

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

zum Thema:

„Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken  
– Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte  
unterstützen!“

Antrag der Fraktion der FDP

- Drucksache 18/13821 -

Anhörung

des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 12. November 2025

Die Ersatzkassen begrüßen die politische Aufmerksamkeit, die der Antrag der FDP-Fraktion dem Thema „Rehabilitation“ widmet. Gleichzeitig bewerten die Ersatzkassen den Antrag in mehreren Punkten inhaltlich kritisch, da er in Teilen darauf abzielt, die Finanzierungsverantwortung einseitig auf die gesetzlichen Krankenkassen zu verlagern. Die Prozessoptimierung zum Erhalt und Verbesserung von Qualität, Wirksamkeit und Effizienz der Rehabilitationsleistungen muss weiterhin Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen sein. Hierzu sind mit Wirkung zum 01.07.2025 die „Bundesrahmenempfehlungen zur Rehabilitation“ gemäß §§ 111 ff SGB V in Kraft getreten. Sie beschreiben erstmals bundesweit einheitlich und verbindlich Leistungs- und Qualitätsstandards sowie die Verfahren zu Vergütungsinhalten und Vergütungsverhandlungen. Sie wurden vom GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Reha-Verbänden auf Bundesebene ausgearbeitet.

Die Ersatzkassen sprechen sich daher für einen qualitätsorientierten, bundesweit kohärenten Ansatz aus, der über die Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlungen hinaus durchaus regionale Besonderheiten zulassen kann.

## Grundsätzliche Bewertung

Rehabilitation ist eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens. Sie sichert die Teilhabe, beugt Pflegebedürftigkeit vor und unterstützt die Rückkehr ins Erwerbsleben.

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Rehabilitation haben sich in den letzten zehn Jahren um fast 40 Prozent erhöht, allein 2024 im Vorjahresvergleich um 10,7 Prozent. Damit stellt die Rehabilitation im letzten Jahr den Versorgungssektor mit der zweithöchsten Steigerungsrate im gesamten GKV-Leistungssystem dar. Wesentlicher Faktor für diese Entwicklung sind Vergütungssteigerungen mit einer Anerkennung der Tarifsteigerungen insbesondere im öffentlichen Dienst sowie die Berücksichtigung der Inflationsrate im Zuge der Vergütungsverhandlungen mit Rehabilitationskliniken. Hierzu beigetragen haben auch die nach der Corona-Pandemie seit 2023 wieder angestiegenen Fallzahlen an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Der vorliegende Antrag greift legitime und aus Sicht der Ersatzkassen zustimmungsfähige Anliegen auf – etwa Fachkräftesicherung und Digitalisierung – formuliert diese aber aus Sicht der Ersatzkassen nicht systematisch und differenziert genug.

Insbesondere bemängeln die Ersatzkassen:

- die fehlende Differenzierung zwischen gesundheitspolitischen und wirtschaftspolitischen Zielen,
- den Versuch, bundesrechtlich verbindlich geregelte Leistungs- und Vertragsstrukturen durch landespolitische Entscheidungen zu relativieren, sowie
- die unausgewogene Verteilung von Verantwortung und Finanzierung zu Lasten der GKV.

## Bewertung ausgewählter Punkte des Antrags

### Wirtschaftliche Situation der Reha-Kliniken

Die Ersatzkassen erkennen an, dass viele Reha-Einrichtungen infolge von Pandemie, Kostensteigerungen und Fachkräftemangel wirtschaftlich belastet sind. Zur Gesamtschau gehört allerdings auch, dass es während der Pandemie zulasten der GKV (im Übrigen auch für die Rentenversicherung) Ausgleichszahlungen für die Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen, zur Abfederung pandemiebedingter Minderbelegungen sowie Aufwendungen für Hygienemaßnahmen gegeben hat.

Die in den letzten Jahren eingetretenen Steigerungen bei den Personal- und Sachkosten waren und sind regelhaft Gegenstand von Vergütungsverhandlungen der Krankenkassen mit Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen und werden gesetzeskonform von den Kostenträgern adäquat und mit Augenmaß berücksichtigt. Allerdings darf daraus kein pauschaler Automatismus für generell höhere Vergütungen abgeleitet werden.

Kritisch sehen die Ersatzkassen, dass der Antrag eine pauschale „Stärkung der wirtschaftlichen Situation“ fordert, ohne dass das bisher erreichte leistungsgerechte Vergütungsniveau in den Blick genommen wird. Im Hinblick auf die wesentlichsten rehabilitationsleitenden Indikationen ist festzuhalten, dass sich das durchschnittliche GKV-Vergütungsniveau betreffender Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen exakt gleich bzw. leicht oberhalb der bundesweiten Vergütungsniveaus befindet. Insofern bewegen sich die allermeisten Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen in einem bundesweit gleichmäßigen Ranking und lassen keinen Rückschluss auf eine systematische Unterfinanzierung in Nordrhein-Westfalen zu. Auch sind den Krankenkassen in den letzten Jahren keine Insolvenzen bzw. Schließungen von Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen bekannt. Mancherorts konnten wirtschaftliche Schieflagen in Eigenregie oder durch Trägerwechsel gelöst werden.

Insgesamt und insbesondere in der jetzigen Situation der finanziellen Instabilität der GKV kann der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität nicht gänzlich außer Acht gelassen werden. Hinzu kommt, dass die Gesamtfinanzierung einer Rehabilitationsklinik ebenso durch die Belegung durch die Rentenversicherungsträger bestimmt wird. Hier gelten jedoch unterschiedliche Größenordnungen (Hauptbeleger, Nebenbeleger) und andere Rechtskreise hinsichtlich der Vergütungsfindung.

Weitergehende wirtschaftliche Unterstützungsmaßnahmen für Reha-Einrichtungen, die über das gesetzlich definierte Maß einer GKV-Vergütung hinausgehen, stehen nicht in der Finanzierungsverantwortung der GKV.

Ergänzend hierzu ist festzuhalten, dass die Vergütungen für Rehabilitationskliniken in angemessener Form auch Bestandteile für erforderliche Investitionen und Ersatzbeschaffungen beinhalten und insofern individuell verhandelbar sind. Auf Antrag der Kliniken unterstützen und fördern die Krankenkassen die Kliniken außerdem bei Digitalisierungsmaßnahmen oder Energieeffizienz. Hierzu kann ein Zuschlag zur Vergütung vereinbart werden. Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Kliniken bislang wenig Gebrauch von dieser Möglichkeit gemacht haben.

Investitionen zur Verbesserung von allgemeinen sowie regionalen Infrastrukturen stellen aus Sicht der Ersatzkassen dagegen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die nicht aus den Mitteln der GKV zu finanzieren ist. Der zu Recht skizzierte Fachkräftemangel trifft sicherlich nicht nur die Rehabilitationskliniken, sondern ist ein gesamtwirtschaftliches Problem mit weitreichenden Auswirkungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens.

### **Länderöffnungsklausel in bundesweiten Rahmenverträgen**

Die Forderung nach einer Länderöffnungsklausel ist aus Sicht der Ersatzkassen allein schon mit Blick auf die bundesweite Verbindlichkeit der genannten „Bundesrahmenempfehlungen Rehabilitation“ grundsätzlich abzulehnen. Diese Empfehlungen beschreiben Mindestanforderungen, haben normativen Charakter und stellen insofern eine maßgebliche und vom Gesetzgeber so gewollte Grundlage für alle Rehabilitationskliniken im Bundesgebiet dar.

Die bundesweite Systematik sichert für die GKV einheitliche Leistungs- und Qualitätsniveaus und faire Vertragsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Ersatzkassen sprechen sich daher gegen die Einführung einer Länderöffnungsklausel aus. Auf Landesebene können im Bedarfsfall und darüberhinausgehend Kooperationsforen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dazu beitragen, regionale Versorgungsbedarfe gezielt zu identifizieren und gemeinsam in strukturelle Maßnahmen umzusetzen, ohne dabei die bundesweite Systematik und Vergleichbarkeit der Reha-Versorgung aufzulösen.

### **Reha-Kliniken als Träger der praktischen Pflegeausbildung**

Die Ersatzkassen befürworten, dass Reha-Einrichtungen stärker in die Ausbildung eingebunden werden, wenn Qualität und Ausbildungsstrukturen gesichert sind. Die Forderung, Rehabilitationskliniken pauschal als Ausbildungsträger anzuerkennen, ist jedoch unausgereift. Viele Rehabilitationskliniken verfügen derzeit nicht über entsprechende personelle und organisatorische Strukturen, um eine vollständige qualitätsgesicherte praktische Ausbildung zu gewährleisten.

Eine Anerkennung ohne vergleichbare Qualitätssicherung und Ausbildungsstrukturen würde das Ausbildungsniveau der Pflegeausbildung mindern und zu Wettbewerbsverzerrungen gegenüber Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen führen.

Die Ersatzkassen plädieren daher dafür, Reha-Einrichtungen nur dann als Träger der praktischen Pflegeausbildung anzuerkennen, wenn sie ihre Eignung durch geeignete Qualitätsnachweise belegen, über ausreichende Praxisanleitungsstrukturen verfügen und die finanzielle Absicherung der Ausbildungsplätze gewährleistet ist. Dies setzt jedoch eine bundesgesetzliche Neuregelung des Pflegeberufegesetzes voraus. Darüber hinaus sollte auf landesrechtliche Sonderwege außerhalb des Pflegeberufegesetzes möglichst verzichtet werden, um einheitliche Standards und die Vergleichbarkeit der Ausbildung bundesweit zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund des sich stetig verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege wäre zur Generierung von qualifizierten Pflegekräften grundsätzlich darüber nachzudenken, wie ausländische Fachkräfte gewonnen und das Anerkennungsverfahren für deren Ausbildung bürokratie- und anforderungsärmer gestaltet werden kann.

## Bürokratieabbau und Modellprojekt

Der Antrag adressiert zu Recht den hohen administrativen Aufwand im Reha-Bereich. Allerdings fehlt eine konkrete Analyse, welche Regelungen als belastend gelten und wie Doppelstrukturen vermieden werden sollen. In diesem Kontext ist allerdings auch zu konstatieren, dass durch eine Fülle gesetzgeberischer Neuerungen und Anforderungsprofilen in den letzten Jahren auch auf Seiten der Krankenkassen erhebliche administrative Mehrbelastungen zugekommen sind. Insofern unterstützen die Ersatzkassen eine kritische Analyse zum beiderseitigen Abbau von Bürokratie.

Bürokratieabbau darf dabei nicht zur Aufweichung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen führen. Notwendig sind gezielte Optimierungskriterien, z. B. die Unterstützung durch digitale Verfahren; pauschale Entlastungsversprechen ohne Konkretisierung und reale Umsetzungschancen gehen ins Leere. Ein zentraler Bestandteil sollte deswegen die konsequente Digitalisierung in allen geeigneten Leistungsbereichen sein, z. B. die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI).

So hat beispielsweise die Digitalisierung des Abrechnungs- und Genehmigungsverfahrens mit den Krankenkassen zu Erleichterungen und Verfahrensbeschleunigungen geführt (Datenträgeraustausch). Jedoch stehen die Kliniken weiterhin vor erheblichen Auflagen und Dokumentationsverpflichtungen, die nicht ursächlich auf die GKV zurückzuführen sind, z. B. im Bereich Brand- schutz, Hygiedokumentation, Datensicherheit usw.

## Digitalisierung und Künstliche Intelligenz

Digitalisierungspotenziale in der Rehabilitation sind groß – z. B. durch Tele-Reha, Bewegungsanalyse, digitale Therapiepläne oder Leistungsdokumentationen. Der Antrag benennt diese Chancen, jedoch müssten auch die Voraussetzungen (Interoperabilität, Datenschutz, Evidenznachweis) benannt werden. Eine pauschale Förderung „digitaler Innovationen“ ohne definierte Qualitäts- und Evidenzkriterien wäre nicht zielführend und wirtschaftlich zumindest fragwürdig. Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein.

Die Ersatzkassen unterstützen die Rehabilitationskliniken in ihrem Bemühen, digitale Systeme, die TI-kompatibel, evidenzgestützt und interoperabel sind, einzuführen. Dazu finanzieren die Krankenkassen gemäß § 381 SGB V die Ausstattungs- und Betriebskosten, die den Vorsorge- und Reha-Einrichtungen durch die Anbindung an die TI entstehen. So wird gewährleistet, dass diesbezügliche Investitionen nachhaltig wirken und sich nahtlos in die bestehenden digitalen Strukturen des Gesundheitswesens einfügen. Beispielsweise haben Reha-Einrichtungen ebenso wie alle anderen Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit, über die Institutionsberechtigung auf die elektronische Patientenakte zuzugreifen. Diese Möglichkeit besteht für autorisierte Teams in den Einrichtungen, sodass keine Einzelfreigaben notwendig sind. So erhalten Behandlungsteams im Reha-Kontext einen vollständigen Überblick, unabhängig von ambulanter oder stationärer Versorgung.

## Fazit:

Der Antrag enthält zum Teil richtige Zielrichtungen, beschreibt aber zu einseitige bzw. unspezifische Instrumente und Lösungsmechanismen.

Die Ersatzkassen teilen die Einschätzung, dass die Reha-Versorgung weiter gestärkt werden muss, um sich qualitativ, strukturell und digital weiterzuentwickeln. Dies kann nur in einem partnerschaftlichen und konstruktiven Miteinander gelingen. Die Ersatzkassen lehnen jedoch Ansätze ab, die darauf hinauslaufen, die bundesrechtlich abgestimmte Grundstruktur der Rehabilitation auf Landesebene aufzuweichen, Fördermaßnahmen ohne klare Qualitäts- und Zielvorgaben zu ermöglichen oder die Beitragsmittel der Versicherten unverhältnismäßig bzw. zweckentfremdet zu verwenden. Eine nachhaltige Stärkung der Rehabilitation kann nur dann gelingen, wenn Qualität, Wirtschaftlichkeit und Solidität der Finanzierung gleichermaßen gewahrt bleiben. Die Ersatzkassen unterstützen alle Initiativen, die die Reha-Versorgung sachgerecht weiterentwickeln, nicht zuletzt auch unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklungen in den kommenden Jahren.

Der vorliegende Antrag enthält anzuerkennende positive Impulse, müsste aber die notwendige Systemvertiefung sowie eine differenzierte Betrachtung insbesondere bei der Finanzverantwortung einnehmen.