



Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation

*Jürgen Wasem, Julia Frankenhauser-Mannuß, Theresa Hüer
und Anke Walendzik*

Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Einleitung – 100
- 6.2 Versorgungskontexte von Patienten und Medizinische Rehabilitation – 100
- 6.3 Medizinische Rehabilitation im gegliederten sozialen Sicherungssystem – 102
- 6.4 Zweifaches Schnittstellenmanagement erforderlich – 104
- 6.5 Innovationsfonds-Projekte „Neue Versorgungsformen“ zum Schnittstellenmanagement – 105
- 6.6 Fazit – 106
- Literatur – 107

■ Zusammenfassung

Die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Rehabilitation ist mit einem Wechsel des Behandlungsfokus und zugleich der Einrichtung verbunden. Bei Einführung des DRG-Systems geäußerte Befürchtungen, die Krankenhäuser würden zulasten der Rehabilitation ökonomisch optimieren, haben sich zumindest nicht flächendeckend realisiert. Auch der Übergang von der Akutversorgung im Krankenhaus zur Rehabilitation bei Erwerbstätigen gilt hinsichtlich des Finanzierungswechsels von der Kranken- zur Rentenversicherung überwiegend als sinnvoll gestaltet, auch aufgrund regulativer Vorgaben. Demgegenüber wird davon ausgegangen, dass beim Übergang von Krankenhaus in die langzeitpflegerische Versorgung Potenziale zur Rehabilitation nicht ausgeschöpft werden. Dies liegt an einer Reihe von Ursachen, unter anderem auch an finanziellen Anreizen für die untereinander im Beitragssatz-Wettbewerb stehenden Krankenkassen.

The intersection between hospital and rehabilitation is associated with a shift in the focus of treatment and at the same time a change of the institution. When DRGs were implemented in Germany, concerns were expressed that hospitals would optimise their business cases at the expense of rehab clinics. At least on a large scale, this has not been the case. With regard to financing agencies, there is an intersection between social pension insurance, which finances rehab for the workforce, and social health insurance, which finances acute care in hospitals. The management of this interface cum grano salis has been solved adequately since regulatory requirements urge both institutions to a close co-operation. However, there are concerns that with regard to the transition from hospital care to long-term care potentials for rehabilitation are not sufficiently exploited. Among other reasons, this is due to financial incentives for social health insurance funds competing with each other, with a low contribution rate as the most important factor for success.

6.1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist in mehrfacher Weise gegliedert bzw. segmentiert. Einerseits bezieht sich dies auf die Versorgungskontexte und -bereiche, andererseits auf die Finanzierungsträger. Der Versorgungsbedarf von Patienten reicht allerdings in vielen Fällen über einzelne Segmente hinaus. In diesen Fällen entstehen Schnittstellen. Es bedarf des Managements der Schnittstellen. Aus der Existenz und dem Management von Schnittstellen können Schnittstellenprobleme entstehen, die sowohl zu Versorgungsbrüchen und -lücken als auch zu doppelter Leistungserbringung führen können. Schnittstellenprobleme sind einerseits eine Folge von Kommunikations- und Kooperationsproblemen, Informationsdefiziten und mangelnder Transparenz. Andererseits können sie vorgeprägt sein durch rechtliche Rahmenbedingungen, die ein optimales Hand-in-Hand-Greifen an den Schnittstellen erschweren, oder aber durch ökonomische Anreize für Akteure, die im Wege einzelwirtschaftlicher Optimierung Schnittstellen nicht adäquat bedienen.

Das Risiko, dass aus dem Vorhandensein von Schnittstellen Probleme resultieren, ist für die Rehabilitation in besonderer Weise gegeben. Denn hier treffen die Segmentierung nach Versorgungskontexten und -einrichtungen und die Gliederung nach Finanzierungsträgern aufeinander. In diesem Beitrag werden die Schnittstellenprobleme zwischen dem Krankenhaus und der Rehabilitation skizziert.

6.2 Versorgungskontexte von Patienten und Medizinische Rehabilitation

Leistungen der medizinischen Rehabilitation richten sich im Kern an Menschen mit Behinderung oder solche, die von Behinderung bedroht sind. Rehabilitation soll ihnen gegenüber erbracht werden, „um ihre Selbstbestimmung

und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“¹ Diese Perspektive gründet auf dem bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und hat sich in der von dieser entwickelten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) niederschlagen.²

So verstandene Rehabilitation ist eine Querschnittsaufgabe im Gesundheitswesen, die in unterschiedlichen Handlungskontexten relevant wird. Medizinische Rehabilitation wird insbesondere einerseits indikationsspezifisch erbracht. Hier geht es darum, eingetretene und drohende Beeinträchtigungen infolge bestimmter Erkrankungen durch Rehabilitation zu adressieren – etwa im Rahmen von kardiologischer Rehabilitation (z. B. nach Herzinfarkt), neurologischer Rehabilitation (etwa nach Schlaganfall), orthopädischer Rehabilitation (etwa nach Hüftgelenkoperationen) oder als Suchtrehabilitation. Die indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation zielt auf Personen mit erhöhtem Risiko, Beeinträchtigungen ihrer selbstbestimmten Lebensführung bis zur Pflegebedürftigkeit aufgrund von zusätzlichen Gesundheitsproblemen und eingeschränkten Reservekapazitäten zu erleiden, ab; die Ursache der Einschränkungen liegt in altersphysiologischen Veränderungen oder bereits bestehenden Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2018). Andererseits werden Rehabilitationsleistungen auch zielgruppenspezifisch erbracht – etwa als Rehabilitation für Mütter und Väter oder für Kinder und Jugendliche.

Wesentlich für den Versorgungskontext ist der Zeitpunkt der Rehabilitation im Rahmen des Krankheitsfortschritts. Je nach Zeitpunkt können unterschiedliche Reha-Ziele verfolgt werden. Hier hat sich für die indikationsspe-

zifische Rehabilitation etwa in der Neurologie ein explizites Phasenmodell (A bis F) etabliert (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2018). In anderen Erkrankungsfeldern ist dies weniger formalisiert, wobei auch dort die Rehabilitation einer entsprechenden Abfolge unterliegt. Die Phasen seien an der Neurologie expliziert: Um den engen Zusammenhang von Akutbehandlung und Rehabilitation auszudrücken, wird die Akutbehandlung in diesem Schema als Phase A bezeichnet. Indikationsübergreifend gilt, dass die sog. „Frührehabilitation“ (Phase B) schon parallel zur Akutbehandlung durchgeführt wird, etwa wenn unter Fortsetzung der ärztlich-pflegerischen Akutbehandlung nach einem Schlaganfall Fähigkeiten wie Sprechen oder Bewegung wieder aufgebaut werden sollen; in dieser Phase ist die Rehabilitationsfähigkeit noch sehr eingeschränkt. In der „Weiterführenden Rehabilitation“ (Phase C) tritt demgegenüber die Akutbehandlung etwas zurück, nimmt jedoch weiterhin noch einen deutlichen Platz in der Patientenversorgung ein; hier ist der Patient schon in stärkerem Maße als während der Frührehabilitation in der Lage, sich aktiv in den Rehabilitationsprozess einzubringen. In einigen Indikationen folgt die „Anschlussheilbehandlung“ (Phase D); dies ist die Phase, in der die Akutbehandlung abgeschlossen ist und die medizinische Rehabilitation zentral im Fokus steht. Die Nachsorge (Phase E) umfasst einerseits nachgehende medizinische Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, andererseits fallen hierunter auch Maßnahmen der Reintegration in das Alltags- und Berufsleben, insbesondere mit beruflich-schulischem Schwerpunkt; hier wird also teilweise nicht nur der engere Bereich der medizinischen Rehabilitation, sondern auch des Gesundheitswesens verlassen. Schließlich wird auch die Langzeitrehabilitation und aktivierende Pflege relevant (Phase F), wenn der Gesundheitszustand des Patienten dies verlangt; auch dies zählt nicht mehr zur medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne.

In der zielgruppenspezifischen Rehabilitation ist demgegenüber kein Phasenmodell

1 § 1 Satz 1 SGB IX.

2 Vgl. <https://www.who.int/classifications/icf/en/> (Zugegriffen: 4. September 2020).

etabliert. Sie wird in eigenen stationären Einrichtungen für die Rehabilitation für Mütter und Väter und für Kinder und Jugendliche durchgeführt.

Die unterschiedlichen Phasen der indikationsspezifischen Rehabilitation finden typischerweise in unterschiedlichen Einrichtungen statt. Akutbehandlung, Frührehabilitation und weiterführende Rehabilitation werden in der Regel in Akutkrankenhäusern durchgeführt. Die Akutkrankenhäuser werden weit überwiegend über morbiditätsorientierte Fallpauschalen vergütet; seit Anfang 2020 sind dabei die Pflegekosten ausgliedert und werden über ein einrichtungsspezifisches Pflegebudget anhand der tatsächlichen Ausgaben vergütet.³ Die Vergütungen gelten gemeinsam und einheitlich für alle belegenden Kostenträger, die bei Plankrankenhäusern sowie Hochschulkliniken einem Kontrahierungszwang unterliegen.⁴

Die Anschlussheilbehandlung demgegenüber wird in eigenen Rehabilitationseinrichtungen erbracht. In Deutschland waren lange stationäre Rehabilitationseinrichtungen vorherrschend, teilstationäre und ambulante Rehabilitation sind demgegenüber erst spät entstanden. Jüngst hat sich aus der ambulanten Rehabilitation die mobile Rehabilitation entwickelt, die als aufsuchende Leistung im gewohnten Wohnumfeld des Rehabilitanden erbracht wird (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2018). Die stationären Rehaeinrichtungen werden im Wesentlichen durch einrichtungsspezifische indikationsabhängige tagesgleiche Pflegesätze finanziert; die Stellung der Leistungsträger, die quasi als Einweiser fungieren und insoweit nur einem eingeschränkten Kontrahierungszwang unterliegen, in den Vergütungsverhandlungen gilt als relativ stark (Staudt und Grabein 2019), auch wenn die Krankenkassen in der Notwendigkeit stehen, ihre Versicherten durch verfügbare Reha-Plätze (Betten) versorgen zu müssen. Die Nachsor-

ge wiederum wird im Rahmen der ambulanten ärztlichen und nicht-ärztlichen Versorgung durchgeführt.

Der deutlich überwiegende Teil indikationsspezifischer Rehabilitation findet in Form der Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt statt.

Zu den Aufgaben des Krankenhauses gehört auch die Initiierung einer Rehabilitationsmaßnahme. Es sind Verfahrensabläufe implementiert worden, mit denen das Krankenhaus den Prozess zur Durchführung einer Reha-Maßnahme startet (Diedrich et al. 2019). In aller Regel wird die daraus resultierende Anschlussheilbehandlung in diesen Fällen in einer vollstationären Rehabilitationsklinik durchgeführt.

Die Schnittstelle des Krankenhauses mit einer stationären Rehabilitationseinrichtung nimmt also für die Patienten eine ganz entscheidende Stelle ein.

6.3 Medizinische Rehabilitation im gegliederten sozialen Sicherungssystem

Medizinische Rehabilitation wird im gegliederten bundesdeutschen sozialen Sicherungssystem von sechs Rehabilitationsträgern durchgeführt: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind dies die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV), Träger nach dem sozialen Entschädigungsrecht (wie etwa die Kriegsopferversorgung), Träger der Jugendhilfe und Träger der Eingliederungshilfe.⁵

Dabei besteht keine Gleichrangigkeit, mit der die Träger in die Finanzierungsverantwortung für medizinische Rehabilitation gehen. So leistet die GKV nur, „wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften ... solche Leistungen nicht

3 Vgl. §§ 5 bis 6a KHEntgG.

4 § 109 SGB V.

5 Vgl. § 6 Abs. 1 SGB IX.

erbracht werden können.“⁶ Daraus resultiert insbesondere eine Nachrangigkeit der Leistungspflicht der GKV gegenüber GRV und GUV. Demgegenüber ist die Leistungspflicht der Krankenkassen etwa vorrangig gegenüber medizinischer Rehabilitation durch die Träger der Eingliederungshilfe.⁷ In der Summe kommt dabei der Finanzierung durch GKV und GRV herausragende Bedeutung zu: Die Ausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes für die laufenden Gesundheitsausgaben weist die Rehabilitationseinrichtungen nur gemeinsam mit den Vorsorgeeinrichtungen aus. Danach sind für Leistungen in solchen Einrichtungen 2018 rd. 10,1 Mrd. € ausgegeben worden. Hiervon entfielen auf die Rentenversicherung 4,01 Mrd. € und auf die Krankenversicherung 3,1 Mrd. €. Es folgen die öffentlichen Haushalte mit 1,3 Mrd. €.⁸

Die gesetzlich vorgegebenen Zielsetzungen insbesondere von GRV und GKV in der Rehabilitation unterscheiden sich deutlich: Bei der GRV geht es nur um einen Ausschnitt des im Kontext der ICF umschriebenen Zielhorizontes von Rehabilitation, nämlich um die Wiederherstellung oder die Vermeidung des Verlustes oder der Verringerung der Erwerbsfähigkeit.⁹ Daraus folgt auch, dass die Rentenversicherung im Wesentlichen der zuständige Rehabilitationsträger für Erwerbstätige ist. Demgegenüber geht die Zielsetzung der Reha in der Krankenversicherung deutlich weiter und ist stärker angelehnt an die allgemeinen Ziele, die das SGB IX aufweist: Medizinische Rehabilitation in der GKV hat das Ziel, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.¹⁰ Aufgrund der skizzierten Nachrangigkeit der GKV ge-

genüber der GRV folgt, dass die Krankenversicherung im Wesentlichen für Nicht-Erwerbstätige als Reha-Träger zuständig ist.

Innerhalb der Rentenversicherung besteht zwar im Allgemeinen, insbesondere hinsichtlich der Rentenzahlungen, ein Finanzverbund zwischen den verschiedenen bundesweiten und regionalen Trägern; dies gilt jedoch nicht für die Ausgaben für Rehabilitation. Diese werden von jedem einzelnen Träger getragen; dabei hat der Gesetzgeber Ende der 1990er Jahre trägerspezifische Rehabudgets vorgegeben, die jährlich weiterentwickelt werden.¹¹ Der einzelne Rentenversicherungsträger ist daher verpflichtet, seine Rehabilitationsmaßnahmen so zu steuern, dass das ihm zur Verfügung stehende Budget nicht überschritten wird.

Anders als die Rentenversicherungsträger, denen die Versicherten ohne Wahlrechte zugewiesen werden,¹² unterliegen die Krankenkassen einem Wettbewerb, da die GKV-Mitglieder regelmäßig die Krankenkasse wechseln können.¹³ Zentraler Wettbewerbsparameter ist der Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse. Die einzelne Krankenkasse hat daher starke Anreize, die Differenz zwischen ihren Ausgaben und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs möglichst gering zu halten (statt vieler: Wasem 2015).

Anders als Kranken- und Rentenversicherung gehört die soziale Pflegeversicherung nicht zu den Rehabilitationsträgern. Die Pflegeversicherung ist insoweit von der hier zu diskutierenden Thematik angesprochen, als Personen, die nach einer Akutbehandlung pflegebedürftig sind, in ihren Leistungsbereich fallen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, wenn dies aus ihrer Perspektive erforderlich ist, bei dem zuständigen Rehabilitationsträger auf notwendige Rehaleistungen hinzuwirken sowie bei sofortigem Handlungsbedarf vorläufige Leistungen selbst zu erbringen.¹⁴ Der Me-

6 § 40 Abs. 4 SGB V.

7 § 91 SGB IX.

8 Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Tabelle 23611-0002. (Download unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=23611-0002> Zugegriffen: 4. September 2020).

9 § 10 SGB VI.

10 § 11 Abs. 2 SGB V.

11 § 219 Abs. 1 SGB VI.

12 Vgl. § 127 SGB VI.

13 Vgl. § 173 SGB V.

14 §§ 5 Abs. 4 und 32 SGB XI.

dizinische Dienst der Krankenversicherung ist verpflichtet, bei der Begutachtung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit auch zu prüfen, inwieweit Maßnahmen der Rehabilitation angezeigt sind, insbesondere, um dadurch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. ihr Ausmaß zu verringern.

6.4 Zweifaches Schnittstellenmanagement erforderlich

6

Die vorstehende Beschreibung hat deutlich gemacht, dass beim Übergang vom Krankenhaus in die Rehabilitation ein zweifaches Schnittstellenmanagement erforderlich ist: Zum einen geht es um den Übergang von einer Einrichtung (dem Krankenhaus) in eine andere Einrichtung (die Reha-Klinik). Zum anderen geht es aber auch um Übergänge der Finanzierung zwischen gesetzlicher Kranken-, gesetzlicher Renten- und sozialer Pflegeversicherung. An beiden Schnittstellen bestehen – miteinander verwobene – Debatten, in deren Folge Gesetzgeber und Selbstverwaltungen bereits mehrfach reagiert haben.

Für die Akutkrankenhäuser wird bereits seit den 1990er Jahren diskutiert, ob ihre Anreize darauf gerichtet sind, Patienten „zu früh“ aus der vollstationären Behandlung in die Rehabilitationseinrichtungen zu entlassen. So wurde in einer Fallstudie zu den Herzzentren beobachtet, dass Patienten möglichst rasch in die Rehaklinik entlassen werden, damit Betten frei werden und die Herzkatheter und die Herzchirurgie „Patientennachschub“ bekommen können (Staender und Bergner 1997).

Die Besorgnis darüber nahm dann nach der Entscheidung des Gesetzgebers, Akutkrankenhäuser über Fallpauschalen zu finanzieren, zu. Insbesondere wurde rasch vermutet: „Stationäre Verweildauerverkürzungen infolge der Einführung der DRGs können zur Verschiebung von Teilleistungen aus dem Akutkrankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung führen. So müssen infolge einer Überweisung zu

einem früheren Zeitpunkt im Genesungsprozess und rationalisierungsbedingten Qualitätseinbußen in der Akutversorgung unter Umständen andere bzw. zusätzliche, in der herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahme nicht enthaltene Leistungen durchgeführt werden.“ (Kleinow et al. 2002)

Nach Einführung der DRGs haben empirische Untersuchungen ein differenziertes, zum Teil auch widersprüchliches Bild gezeigt: Der Anteil der Patienten in den Rehakliniken, die unmittelbar aus Akutkrankenhäusern in eine solche Einrichtung gelangen, hat im Vergleich zur Situation vor Einführung der Fallpauschalen deutlich zugenommen (Baumann 2007). Dies lässt darauf schließen, dass Krankenhäuser das Instrument der Verlegung in eine Rehaklinik im Rahmen ihrer Deckungsbeitragsoptimierung unter DRG-Bedingungen nutzen. Entsprechend wird aus den Rehabilitationskliniken berichtet, dass „die Patienten an einer früheren Stelle des Krankheitsprozesses in die Rehabilitation aufgenommen werden“ (van Eiff et al. 2007). Etwa wurde für die Orthopädie „eine steigende Anzahl von Wundheilstörungen und Hämatomen verifiziert“; für die Kardiologie wurde berichtet: „... die Bypass-Patienten wiesen eine Häufung von Perikard- und Pleuraergüssen auf“.¹⁵ Allerdings stellt die gleiche Studie im Vorher-Nachher-Vergleich keine eingeschränkte Reha-Fähigkeit der untersuchten Patienten fest. Die DRG-Begleitforschung schlussfolgert, die Tatsache, dass parallel zur Einführung der DRGs die Verweildauer in den Reha-Kliniken gesunken ist, deutet „nicht auf eine Verlagerung von Leistungen aus den Krankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen hin“ (Fürstenberg et al. 2013, S. 14 f.).

Damit Krankenhäuser Patienten in die Rehabilitation entlassen können, müssen diese hinreichend rehabilitationsfähig sein. Dies bedarf entsprechender frührehabilitativer Maßnahmen im Krankenhaus. Damit diese auskömmlich finanziert sind, hat die Selbstverwaltung auf der Bundesebene bei der Ausge-

¹⁵ Ebenda.

staltung des DRG-Systems entsprechend reagiert. Bereits der erste Fallpauschalenkatalog von 2003 kannte die Durchführung von Frührehabilitation als Differenzierungsmerkmal. Dieses ist im Laufe der Jahre mehrfach ausgeweitet worden. Damit sollen starke Anreize für die Krankenhäuser abgeschwächt werden, sich gegen die Durchführung frührehabilitativer Maßnahmen zu entscheiden.

Bei Erwerbstätigen ist der Wechsel vom Akutkrankenhaus zur Rehaklinik in der Regel mit dem gleichzeitigen Wechsel von der Finanzierungszuständigkeit der Krankenversicherung zur Finanzierungszuständigkeit der Rentenversicherung verbunden. Der Gesetzgeber hat schon früh erkannt, dass hier potenzielle Probleme des Schnittstellenmanagements bestehen. Die Sozialleistungsträger sind daher zur Zusammenarbeit verpflichtet. Insbesondere soll dadurch verhindert werden, dass Unkenntnis über Zuständigkeiten seitens der Versicherten und Patienten zu deren Lasten zu Zeitverzögerungen oder Lücken in der Versorgung führt. Auf Ebene der Spitzenverbände sowie in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird die Zusammenarbeit durch Rahmenvereinbarungen und Empfehlungen vorgeprägt.¹⁶ Im Gegensatz zur Schnittstelle zwischen Rehaklinik unter Reha-Trägerschaft der GRV und der Nachsorge, bei der teilweise die Finanzierungsträgerschaft und die Leistungsansprüche der Versicherten noch immer nicht befriedigend geklärt sind (Hüer und Walendzik 2019), erscheint der Übergang vom Krankenhaus in die Rehaklinik bei Erwerbstätigen mittlerweile in der Regel vergleichsweise gut gemanagt.

Deutlich kritischer wird in der Debatte nach wie vor die Schnittstelle zwischen Behandlung im Krankenhaus, Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit für Nicht-Erwerbspersonen, insbesondere bei älteren Versicherten und Patienten, beurteilt. Unter anderem der Sachverständigenrat Gesundheit hat mehrfach darauf hingewiesen, dass wohl die Potenziale nicht ausgeschöpft werden, durch Re-

habilitation beim Umgang mit einer schweren chronischen Erkrankung den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder den Schweregrad von Pflegebedürftigkeit zu verringern (Sachverständigenrat 2014). Auch hier findet Rehabilitation als Anschlussmaßnahme an Krankenhausaufenthalte statt – nach dem Erfahrungsbericht des GKV-Spitzenverbandes kommen rd. 80 % aller Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zustande (GKV-Spitzenverband 2018). Demgegenüber spielt das oben angesprochene Instrument der Reha-Empfehlung im Kontext der Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste faktisch kaum eine Rolle.

Dass Rehabilitation zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit als unterausgebaut gilt, wird auch auf die finanziellen Anreizstrukturen in diesem Zusammenhang zurückgeführt: Die Ausgaben für die Rehabilitation bei diesem Personenkreis müssten die jeweiligen Krankenkassen übernehmen. Die finanziellen Effekte in Form geringerer oder gar vermiedener Pflegeleistungen kämen der Pflegeversicherung zugute. Aufgrund des Beitragswettbewerbs gehen die Krankenkassen – so die allgemeine Einschätzung – die Thematik nicht beherzt an. Lösungsansätze werden daher zumeist in veränderten finanziellen Anreizen gesehen – etwa indem die Krankenkassen an den erzielten Einsparungen beteiligt werden (Jahn et al. 2009; Jacobs und Greß 2017).

6.5 Innovationsfonds-Projekte „Neue Versorgungsformen“ zum Schnittstellenmanagement

Im Rahmen der Förderschiene „Neue Versorgungsformen“ wird die Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation in einer Reihe von Projekten untersucht. Die

¹⁶ Vgl. §§ 25, 26 SGB IX.

Sichtung verweist auf den von den Akteuren wahrgenommenen Handlungsbedarf. Daher soll hier exemplarisch auf drei Projekte kurz eingegangen werden. Die Informationen basieren auf den Informationen auf der Webseite des Innovationsausschusses:

Das Projekt *RehaKompetenz – Interdisziplinäre und individualisierte Rehaberatung bei drohender Versorgungslücke sowie bei persistierenden Teilhabestörungen* nimmt seinen Ausgangspunkt bei der Feststellung, dass „es den behandelnden Akutkliniken ... häufig an Zeit und Fachwissen (fehlt), um eine passende Rehabilitationsstrategie für komplizierte Fälle zu entwickeln und zu planen.“¹⁷ In dem von einer Akut- und mehreren Rehakliniken initiierten Projekt sollen sog. Reha-Kompetenzzentren diese Lücke schließen. Die Zentren sollen für potenzielle Rehabilitanden basierend auf einer umfänglichen Untersuchung „passgenaue Rehabilitationspläne“ ausarbeiten.

Fehlende Rehabilitationsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus führt häufig dazu, dass die Patienten vom Krankenhaus entweder in das häusliche Umfeld oder aber in eine Pflegeeinrichtung entlassen werden. Das Projekt *REKUP – Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit*, das unter Konsortialführung der AOK Baden-Württemberg mit Beteiligten aus stationärer Akut- und Reha-Versorgung durchgeführt wird, will rehabilitative Kurzzeitpflege als Missing Link einsetzen. Damit sollen im stationären Umfeld die Refähigkeit verbessert und die Voraussetzungen für eine anschließende erfolgreiche Rehabilitation hergestellt werden können.¹⁸

17 Zitiert nach: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/rehakompetenz-interdisziplinare-und-individualisierte-rehaberatung-bei-drohender-versorgungsluecke-sowie-bei-persistierenden-teilhabe-stoerungen.284> (Zugegriffen: 20. September 2020).

18 Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/rekup-rehabilitative-kurzzeitpflege-im-stationaeren-umfeld-ein-versorgungskonzept-fuer-versicherte-mit-und->

Die Abstimmung zwischen Akutkliniken, ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen zu verbessern, insbesondere durch Etablierung eines zentralen, sektorübergreifenden Versorgungskordinators, steht im Mittelpunkt des Projektes *MSTVK – Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes bei Majoramputation*¹⁹, das unter Konsortialführung der Klinik für Rehabilitationsmedizin der MH Hannover durchgeführt wird.

6.6 Fazit

Dieser Beitrag thematisiert die Schnittstelle zwischen dem Krankenhausaufenthalt und einer anschließenden Rehabilitationsmaßnahme. Es zeigt sich, dass sowohl das Management der Schnittstelle zwischen den beteiligten Leistungserbringern als auch das Management zwischen den beteiligten Finanzierungsträgern voraussetzungsvoll ist. Der Gesetzgeber wie auch die Selbstverwaltung haben mehrfach in der Vergangenheit Informations-, Kommunikations- und Zusammenarbeits-Verpflichtungen geschaffen sowie ökonomische Anreize neu austariert. Dadurch sollen die Voraussetzungen für einen am Versorgungsbedarf der Patienten orientierten Umgang mit der Schnittstelle verbessert werden.

Während bei Einführung des DRG-Systems gemutmaßt wurde, die Krankenhäuser würden im Rahmen einzelwirtschaftlicher Optimierung möglichst rasch noch nicht rehabilitationsgeeignete Patienten auf nachgelagerte Rehabilitationseinrichtungen verlegen, hat sich dies zumindest flächendeckend nicht realisiert. Damit die Krankenhäuser ihrerseits der Verpflichtung zur Frührehabilitati-

[ohne-vorbestehende-pflegebeduerftigkeit.290](#) (Zugegriffen: 20. September 2020).

19 Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/mstvk-aufbau-und-implementierung-eines-multimodalen-sektoren-und-traegeruebergreifenden-versorgungskonzeptes-bei-majoramputation.108> (Zugegriffen: 20. September 2020).

on noch während eines Krankenhausaufenthalts nachkommen, werden hierfür über das DRG-System pauschalierte Ressourcen bereitgestellt. Allerdings wird Optimierungspotenzial in der Reha-Planung durch Krankenhäuser gesehen.

In der versorgungspolitischen Debatte wird insbesondere davon ausgegangen, dass die Möglichkeiten, im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durch Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, nach wie vor unzureichend ausgeschöpft werden. Es ist zu vermuten, dass dies eine Reihe von Ursachen hat. Zu nennen sind die begrenzten Möglichkeiten von Krankenhäusern, adäquate Rehabilitationsmaßnahmen zu identifizieren, die am Ende des Krankenhausaufenthalts oft nicht ausreichend bestehenden Rehabilitationsfähigkeiten der Patienten sowie fehlende Anreize für die Krankenkassen, kostenträchtige Rehabilitation zu finanzieren, während finanzielle Einsparungen der Pflegeversicherung zugutekämen.

Die exemplarisch genannten Projekte der Neuen Versorgungsformen, die sich mit der Schnittstelle von Krankenhaus und Rehabilitation befassen, verweisen schlaglichtartig auf die aktuell perzipierten Defizite und die von Akteuren als untersuchungswert angesehenen Lösungsansätze. Dies entbindet den Gesetzgeber jedoch nicht von der Aufgabe, potenziell Schnittstellenprobleme erzeugende Finanzierungsregelungen wie im Falle der medizinischen Rehabilitation für Nicht-Erwerbstätige auf Reformnotwendigkeiten zu überprüfen.

Literatur

- Baumann L (2007) Aus dem Krankenhaus direkt in die Reha. *Stat Monatsh Baden-Württemb* 2:22–24
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018) Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Springer, Berlin
- Diedrich V, Fuchs H, Morfeld M, Risch L, Ruschmeier R (2019) Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsplanung. BMA Forschungsbericht Nr. 540. Download unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/65991>. Zugegriffen: 20. Sept. 2020
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Kein S, Gierling P, Nolting H-P, Schmidt T (2013) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus. IGES-Institut, Berlin
- GKV-Spitzenverband (2018) Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/pflege_berichte/2018_5/190831_Pflege-Bericht_Reha-Empfehlungen_18a.pdf. Zugegriffen: 14. Sept. 2020
- Hüer T, Walendzik A (2019) Schnittstellenprobleme und Lösungsansätze in der medizinischen Rehabilitation. *GuS* 2:36–42. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-2-36>
- Jacobs K, Greß S (2017) Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017*. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 205–215
- Jahn R, Lux G, Walendzik A, Wasem J (2009) Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Erarbeitung eines Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Campus, Essen (Nr 175)
- Kleinow R, Hessel F, Wasem J (2002) Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen für Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriat* 35:355–360
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018) Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation. Stand: 02.07.2018. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Vorsorge-Reha_18-07-02.pdf. Zugegriffen: 14. Sept. 2020
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin
- Staender J, Bergner E (1997) Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung. *Z Gesundheitswissenschaften* 5:343–357
- Staudt S, Grabein K (2019) Rehabilitation. In: Wasem J, Matusiewicz D, Neumann A, Noweski M (Hrsg) *Medizinmanagement*, 2. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 199–216

- van Eiff W, Meyer N, Klemann A, Greitmann B, Karoff M (2007) Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. *Rehabilitation* 46:74–81
- Wasem J (2015) GKV-Finanzarchitektur als Eckpfeiler der Wettbewerbsordnung: Stand und Weiterentwicklung. *GuS* 69(4):28–33

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

