



HANDLUNGSBEDARF FÜR DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION IN DER 21. LEGISLATURPERIODE

Gemeinsame Positionen der katholischen Reha-Fachverbände und Arbeitsgemeinschaften im Deutschen Caritasverband

Medizinische Rehabilitation ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Sie fördert die Teilhabe am Erwerbsleben, kann Pflegebedürftigkeit verhindern und verbessert die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit akuter oder chronischer Erkrankung. Damit Leistungen der medizinischen Rehabilitation 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 ausgeführt werden.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Unverzichtbar menschlich.



KAG
Müttergenesung.



CaSu
caritas



KINDER-REHA



caritas

PERSONAL

1. Tarifliche Vergütung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag ansetzen
2. Pflegeausbildung in Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen

ENTBÜROKRATISIERUNG

3. Zugang zur Leistung vereinfachen und Wunsch- und Wahlrecht sicherstellen
4. Regeldauer der Kinder- und Jugendreha im SGB V an SGB VI-Regelungen anpassen
5. Gemeinsames Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX realisieren

SCHNITTSTELLENPROBLEME

6. SGB IX als trägerübergreifenden Rahmen weiterentwickeln
7. Übergangspflege in Reha-Einrichtungen ermöglichen

FINANZIERUNG

8. Zeitgleiche Übernahme der Kostensätze DRV durch die GKV regeln
9. Digitalisierung von Einrichtungen der medizinischen Reha fördern
10. Reha-Deckel
11. Investitionen in Klimaschutz und Klimaanpassung

VOR- UND NACHSTATIONÄRE BERATUNG

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



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.

► **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.

2. Pflegeausbildung in Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen

Die generalistische Pflegeausbildung ist im Pflegeberufegesetz (PflBG) geregelt. Sie umfasst neben theoretischem und praktischem Unterricht an Pflegeschulen eine praktische Ausbildung, die durch den Träger der praktischen Ausbildung (Ausbildungseinrichtung) verantwortet wird. Bisher können ausschließlich nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser Verträge mit Auszubildenden abschließen, während Rehabilitationskliniken Auszubildende bisher nur ergänzend in „weiteren Einsätzen“ ausbilden können.

Vor dem Hintergrund der veränderten Rolle der medizinischen Rehabilitation in der stationären Versorgung braucht es hier eine Anpassung: Seit der Einführung der DRG-Systematik 2003 ist die Verweildauer in Krankenhäusern verkürzt, weshalb Rehabilitand*innen insbesondere in geriatrischen und neurologischen Fachabteilungen auf eine umfänglichere pflegerische Versorgung in den Rehabilitationskliniken angewiesen sind und entsprechend die Anforderungen an die pflegerische Versorgung mittlerweile mit denen auf Normalstationen in Akutkrankenhäusern vergleichbar sind. Ohnehin sehen die Strukturanforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung¹ und der Gesetzlichen Rentenversicherung² explizit die Vorhaltung examinierter Pflegefachkräfte in den interprofessionellen Reha-Teams vor und haben sich die Schwerpunkte der Pflegeausbildung mit der Einführung der Generalistik verändert. Ausbildungsziel ist nicht vorrangig das Erlernen spezieller pflegerischer Verrichtungen, sondern fundierter Kenntnisse zur Bedarfserhebung und zur Steuerung des Pflegeprozesses sowie kommunikative Kompetenzen zur Beratung und Anleitung. Diese Ausbildungsziele können äquivalent zur Ausbildung in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern in stationären Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden.

Es entspricht unserer Erfahrung, dass es regional zu Engpässen bei der Planung von Pflichteinsätzen kommt. Vor dem Hintergrund der aktuellen und zunehmenden Klinikschließungen werden Ausbildungskapazitäten in Akutkrankenhäusern perspektivisch zurückgehen, was durch die Aufnahme von Rehabilitationskliniken in den Kreis der als Ausbildungsträger berechtigten Organisationen aufgefangen werden könnte. Gerade in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen gibt es besondere Herausforderungen in der Qualifizierung von Fachkräften. Die bestehenden Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungsstrukturen erschweren es, genügend qualifiziertes Personal für diesen sensiblen Bereich zu gewinnen. Die regulatorischen Hürden verhindern, dass spezialisierte Rehabilitationskliniken als eigenständige Ausbildungsträger agieren können, obwohl sie über die notwendigen Kompetenzen und Strukturen verfügen. Eine gezielte Flexibilisierung der Ausbildungsregelungen ist notwendig, um die Ausbildungskapazitäten auszuweiten und dem steigenden Fachkräftebedarf in diesem Bereich nach-

¹ <https://www.qs-reha.de/> (zuletzt aufgerufen am 10.04.2025)

² Reha-Qualitätssicherung | Strukturanforderungen und Strukturhebung | Deutsche Rentenversicherung (zuletzt aufgerufen am 10.04.2025)

haltig zu begegnen. Gleichzeitig ist ein regelmäßiger Austausch über Qualifikationsanforderungen und Ausbildungsinhalte essenziell, um den tatsächlichen Bedarf an Fachkräften realistisch zu erfassen und die Curricula entsprechend anzupassen.

- ▶ **Wir fordern**, dass nach §§ 111 SGB V geeignete medizinische Rehabilitationseinrichtungen Träger der praktischen Ausbildung werden können. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Ausbildungsinitiative und Fachkräftegewinnung, zumal die multiprofessionellen Teams in Rehabilitationskliniken dringend auf gut qualifizierten Nachwuchs angewiesen sind. Zur Sicherstellung der Finanzierung sind die ausbildenden stationären Rehabilitationseinrichtungen entsprechend in den Ausgleichsfonds der Länder einzubinden.
- ▶ **Wir fordern** die Einrichtung eines Qualitätsentwicklungsdialogs mit der Deutschen Rentenversicherung, in dem eine kontinuierliche Abstimmung über die Qualifikationsanforderungen, Ausbildungsinhalte und Anerkennungsverfahren für Fachkräfte in Gesundheitsberufen sichergestellt wird. Ziel dieses Dialogs ist es, eine praxisnahe Flexibilisierung und Vereinfachung der Ausbildungszugänge zu ermöglichen, insbesondere in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Dabei sollen Leistungserbringer, Ausbildungsinstitute und Rehabilitationsträger gemeinsam Lösungen entwickeln, um langfristig eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

ENTBÜROKRATISIERUNG

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

Die Überregulierung der Reha-Richtlinie bietet weiterhin großes Potential für den Bürokratieabbau im Gesundheitswesen. Die dort getroffenen Vorgaben binden wichtige zeitliche und personelle Ressourcen und führen zu einer einseitigen Patientensteuerung, in der wirtschaftliche Vorteile der einzelnen Krankenkasse einseitig über Versorgungsentscheidungen und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gestellt werden.

Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

§ 40 Absatz 3 SGB V eröffnet grundsätzlich Möglichkeiten eines vereinfachten Zugangs zu Rehabilitationsleistungen. Leider wurden diese Möglichkeiten durch die Rehabilitations-Richtlinie³ des G-BA nicht genutzt. Gegen die Stimmen der Leistungserbringer und entgegen der Empfehlung der Versicherten-Vertretungen wurden die Voraussetzungen der Reha-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. Insbesondere durch die Vorgabe, dass Krankenhäuser im Rahmen ihres Entlassmanagements bei der Einstufung des SINGER-Patientenprofil nutzen müssen, treibt Bürokratiekosten in die Höhe⁴.

Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge lagen 2023 bei 1,45 % der Gesamtausgaben der GKV⁵. Angesichts dieser Größenordnung ist es mehr als fraglich, ob der durch das praktizierte Genehmigungsverfahren entstehende Bürokratieaufwand mit seinen Verwaltungskosten in einem angemessenen Verhältnis zu etwaigen Einsparungen aufgrund möglicher rechtsmissbräuchlicher ärztlicher Verordnungen steht.

- ▶ **Wir fordern** daher, dass nicht die Krankenkassen, sondern behandelnde Ärzt_innen über die Leistung in allen Indikationen entscheiden und die erforderliche Leistung verordnen dürfen. Dazu ist § 40 Absatz 3 SGB V Satz 1 und § 23 Absatz 5 SGB V Satz 1 zu streichen.
- ▶ **Wir fordern** daher, dass die Anforderungen an die Anschlussrehabilitation der Krankenkassen nicht von denen der Deutschen Rentenversicherung abweichen.

³ Vgl. Rehabilitations-Richtlinie - Gemeinsamer Bundesausschuss (zuletzt aufgerufen am 3.3.2025).

⁴ Vgl. <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/ein-buerokratischer-exzess-des-g-ba> (zuletzt aufgerufen am 3.3.2025).

⁵ Vgl. GKV-Kennzahlen - GKV-Spitzenverband (abgerufen am 17.02.2025).

Wunsch- und Wahlrecht

Den Krankenkassen steht nach geltender Rechtslage die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung zu. Dabei muss sie das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten beachten. Sie muss berechtigten Wünschen nachkommen und auf die persönliche Lebenssituation Rücksicht nehmen. Berechtigte Wünsche der Versicherten dürfen nicht zu Mehrkostenforderungen führen (§ 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Versicherte immer wieder zur Übernahme sogenannter Mehrkosten aufgefordert werden, wenn sie das ihnen zustehende Wunsch- und Wahlrecht in Anspruch nehmen wollen. An diesem Umstand hat sich trotz gesetzlicher Modifikationen der ursprünglich im Jahr 2007 eingeführten Regelung in den Jahren 2012, 2015 und 2020 nichts verändert. Um die Patientensouveränität nachhaltig zu stärken ist klarzustellen, dass Versicherte jede geeignete Einrichtung mit Versorgungsvertrag auswählen dürfen und dass das Recht der Krankenkassen, den Leistungsort zu bestimmen, erheblich eingeschränkt werden muss.

- ▶ **Wir fordern** daher in § 40 Abs.3 Satz 1 SGB V die Streichung der Wörter „sowie die Rehabilitationseinrichtung“.
- ▶ **Wir fordern** daher die Streichung von § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V und § 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V.

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

Die entwicklungspezifischen Besonderheiten erfordern in der Kinder- und Jugend-Rehabilitation eine verlängerte, über drei Wochen hinausgehende Regeldauer zumeist im Umfang von vier bis sechs Wochen. Dies ist fachlicher Konsens⁶, jedoch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zumeist nur über bürokratieaufwändige und zum Teil wochenweise Verlängerungsanträge zu erreichen. Dies bindet unnötig Ressourcen in den Einrichtungen und bei den Kostenträgern. Durch eindeutige Festschreibung des fachlichen Konsenses in § 23 Abs. 7 SGB V, auf den § 40 Abs. 3 Satz 17 verweist, kann der bürokratische Aufwand für alle Beteiligten gemindert werden und insbesondere auch für die betroffenen Kinder und Eltern Sicherheit geschaffen werden.

- ▶ **Wir fordern** daher folgende Änderung in § 23 Absatz 7 SGB V, auf den § 40 SGB V Bezug nimmt: (7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder und Jugendliche die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, **werden sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.**

5. Gemeinsames Qualitätssicherungsverfahren im SGB IX realisieren

Zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation betreiben die beiden großen Rehabilitationsträger 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 zugunsten des sparsamen Einsatzes der Ressourcen der Solidargemeinschaft, dass ein gemeinsames Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 37 SGB IX etabliert wird, in dem die Gemeinsamkeiten und die trägerspezifischen Unterschiede adäquat genutzt bzw. abgebildet werden.

⁶ Vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (zuletzt aufgerufen am 13.03.2025).

SCHNITTSTELLENPROBLEME

6. SGB IX als trägerübergreifenden Rahmen weiterentwickeln

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

Stattdessen setzen wir uns für verbindliche Rahmenverträge auf der Grundlage des SGB IX ein, die schiedsstellenfähig sein müssen. In diesen Rahmenverträgen 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 Rehabilitationsträger sollten die Einrichtungen Anspruch auf Versorgungsverträge nach § 38 SGB IX bei allen Rehabilitationsträgern haben. Damit würden die jeweiligen untergesetzlichen Regelwerke und deren gesetzliche Grundlagen in SGB V und SGB IX entfallen

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 Gesetzlicher Rentenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung kann aufgrund einer wechselnden Hauptbelegung variieren. 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 stationären Reha-Einrichtungen ermöglichen

Eine große Versorgungslücke besteht zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung bei Patient:innen, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig, aber gleichzeitig auch noch nicht rehabilitationsfähig 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 stationären 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.

FINANZIERUNG

8. Zeitgleiche Übernahme der Kostensätze DRV durch die GKV regeln

Die Finanzierung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke erfolgt durch verschiedene Kostenträger, darunter die Deutsche Rentenversicherung, die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die zuständigen Sozialbehörden. Fachkliniken im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen verfügen häufig über eine Zulassung sowohl durch die DRV als auch durch die GKV.

In der Regel werden die Kostensätze sowohl für ambulante als auch für stationäre Leistungen mit dem federführenden Leistungsträger der DRV (DRV-Bund oder einem der 14 regionalen Rentenversicherern) verhandelt. Diese verhandelten Sätze werden meist auch von den jeweiligen Gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Allerdings erfolgt die Übernahme durch die GKV mit großer zeitlicher Verzögerung, was für die Leistungserbringer erhebliche finanzielle Unsicherheiten und wirtschaftliche Belastungen mit sich bringt. Dies erschwert nicht nur die wirtschaftliche Planung für die Einrichtungen drastisch, sondern verzögert auch Vertragsabschlüsse und führt zu Unsicherheiten bei Budgetkalkulationen und Investitionen. Eine rückwirkende Anwendung – wie sie bei der DRV etabliert ist – würde die Planbarkeit deutlich verbessern und den Verwaltungsaufwand reduzieren.

Bereits bestehende funktionierende Modelle können als Vorbild dienen. In Nordrhein-Westfalen wurde mit der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG) sowie der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) ein effektives System etabliert. In diesen Strukturen arbeiten DRV und GKV eng zusammen, sodass Reha-Anträge zentral bearbeitet und einheitliche Standards sichergestellt werden. In diesem System gilt ein mit dem federführenden Träger verhandelter Pflegesatz unmittelbar für alle beteiligten Kostenträger, wodurch Verzögerungen vermieden werden.

► **Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen fordern wir**, dass die Gesetzliche Krankenversicherung die mit der Deutschen Rentenversicherung verhandelten Kostensätze rückwirkend zum Jahresbeginn übernimmt – analog zum Vorgehen der DRV. Nur so kann eine verlässliche und wirtschaftlich tragbare Finanzierung für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gewährleistet werden. Ein Modell nach dem Vorbild der Rheinischen und Westfälischen Arbeitsgemeinschaften für Rehabilitation könnte als Grundlage für eine bundeseinheitliche Lösung dienen.

9. Digitalisierung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation fördern

Zur Digitalisierung der Abläufe und Behandlungen der medizinischen Rehabilitation sind erhebliche Investitionen notwendig. Die Finanzierung der Rehabilitation nach den SGB V und SGB VI erfolgt monistisch über leistungsbezogene Fallpauschalen bzw. pauschale Tagesentgelte. Beide Vergütungsformen 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 elektronische 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 Berücksichtigung in der Betriebskostenfinanzierung.

10. Reha-Deckel

Im Jahr 2023 bewilligte die DRV rund 1,2 Mio. Leistungen der medizinischen Rehabilitation (+10,1 % gegenüber 2022) und verausgabte dafür mehr als 6 Mrd. Euro (inkl. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Sozialversicherungsbeiträge und Übergangsgelder)⁷. Trotz der steigenden Antragsstellungen – auch wegen Nachholeffekten nach dem Ende der Coronapandemie – und Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe ist das Reha-Budget der DRV gedeckelt. Der Grund dafür ist, dass das Reha-Budget sich nicht am Bedarf der Leistungsberechtigten orientiert, sondern entlang der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer verhandelt wird.

Damit Reha-Einrichtungen wettbewerbsfähige Lohn- und Arbeitsbedingungen bieten und notwendige Investitionen in Digitalisierung und Infrastruktur einschließlich energetischer Gebäudesanierung getätigt werden können, muss das Reha-Budget angehoben werden.

⁷ Homepage | Reha-Bericht 2024 | Deutsche Rentenversicherung (zuletzt abgerufen am 25.02.2025).

Zudem führt die Tatsache, dass Präventions- und Rehabilitationsangebote beide aus dem Reha-Budget finanziert werden, zu dem problematischen Effekt, dass, wenn Präventionsleistungen ausgeweitet werden, Rehabilitationsleistungen zwangsläufig abgesenkt werden müssen.

► **Wir fordern** die Ermittlung des Reha-Budgets entlang des tatsächlichen Bedarfs. Denn nur so kann der Return on Investment der Rehabilitation voll ausgeschöpft und Menschen durch Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wieder zurück in Beschäftigung und einem Mehr an gesellschaftlicher Teilhabe unterstützt werden.

11. Investitionen in Klimaschutz und Klimaanpassung

Die Notwendigkeit von Klimaschutzmaßnahmen macht auch vor der medizinischen Rehabilitation nicht Halt. Einrichtungen sind bereit, ihren Beitrag zum Klimaschutz zu leisten, doch es fehlen zusätzliche staatliche Investitionen. Die finanziellen Rahmenbedingungen berücksichtigen derzeit keine gezielten Mittel für energetische Sanierungen oder nachhaltige Infrastrukturmaßnahmen. Ohne entsprechende Berücksichtigung in den Entgeltsätzen werden viele notwendige Klimaschutzmaßnahmen nicht umsetzbar sein.

Der Gebäudebestand der medizinischen Rehabilitation ist nicht auf eine zukunftsfähige Klimastrategie vorbereitet. Viele Einrichtungen benötigen dringend Modernisierungen und energetische Sanierungen, um den aktuellen und zukünftigen Anforderungen an den Klimaschutz gerecht zu werden. Dazu gehören auch Maßnahmen der Klimaanpassung, etwa zum Schutz vor Hitze oder Starkregenereignissen. Diese Investitionen können von den Rehabilitationseinrichtungen allein nicht getragen werden und müssen durch gezielte staatliche Fördermaßnahmen unterstützt werden.

► **Wir fordern** eine auskömmliche und kostendeckende Finanzierung der rechtlich vorgeschriebenen Infrastrukturmaßnahmen für die medizinische Rehabilitation. Dies umfasst insbesondere Investitionen in energetische Sanierungen, nachhaltige Bauweisen und klimafreundliche Betriebsprozesse. Ohne eine strukturelle Anpassung der Vergütungssysteme wird es nicht möglich sein, die Rehabilitationseinrichtungen klimaneutral und zukunftsfähig aufzustellen.

VOR- UND NACHSTATIONÄRE BERATUNG

12. Vor- und nachstationäre Beratung im Rahmen von Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und 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. Die vor- und nachstationäre Beratung für die medizinische Rehabilitation oder Vorsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige durch die Trägerverbände des Müttergenesungswerks 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. Auf diese Weise können Beratungs-, Rehabilitation- oder Vorsorge-Suchende passgenau in die Versorgungsstrukturen gewiesen und eine effektive Nachsorge gewährleistet werden.

Bundesarbeitsgemeinschaft Caritas Suchthilfe – CaSu

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Caritas Suchthilfe - BAG CaSu vertritt bundesweit 184 ambulante und stationäre Einrichtungen mit einem vielfältigen Leistungsspektrum, das über die medizinische Rehabilitation hinausgeht. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen umfasst die BAG CaSu 20 Fachkliniken, ganztägig ambulante und Adaptionseinrichtungen sowie rund 130 Suchtberatungsstellen. Diese übernehmen neben Beratung und Vermittlung – unter anderem im Rahmen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen – häufig auch die Durchführung ambulanter medizinischer Rehabilitationsleistungen.

www.caritas-suchthilfe.de | Kontakt: Anja Mevius | E-Mail: 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 benötigen.

www.kinder-reha.de | Kontakt: Heidrun Koop | E-Mail: kinderreha@caritas.de

Katholische Arbeitsgemeinschaft Müttergenesung e. V.

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

www.kag-muettergenesung.de | Kontakt: Dorothee Thielen | E-Mail: dorothee.thielen@caritas.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e.V. vertritt bundesweit 52 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 | Kontakt: Karoline Körber | E-Mail: kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e.V.

Der Deutsche Caritasverband (DCV) ist der katholische Verband der Freien Wohlfahrtspflege und Deutschlands größter Wohlfahrtsverband. In ihren etwa 25.000 Einrichtungen und Diensten bietet die Caritas wirksame Hilfen für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Sie gestaltet zudem die sozial- und gesellschaftspolitische Entwicklung mit. Die Mitglieder des DCV sind die 27 Diözesancaritasverbände, die anerkannten zentralen Fachverbände und Vereinigungen, deren Gliederungen und Mitglieder sowie die überdiözesan tätigen caritativen Orden.

www.caritas.de | Kontakt: Dr. Elisabeth Fix und Vanessa Lindl | E-Mail: vanessa.lindl@caritas.de



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Unverzichtbar menschlich.



KAG
Müttergenesung.



CaSu
caritas



KINDER-REHA
caritas



caritas