Landtag
Nordrhein-Westfalen
18. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 18/1051
12.11.2025

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

96. Sitzung (öffentlich)

12. November 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:06 Uhr bis 11:52 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken – Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte unterstützen! **3**

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/13821

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

* * *

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

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/13821

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich begrüße alle Ausschussmitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zur heutigen Anhörung von Sachverständigen.

Als stellvertretender Vorsitzender leite ich die heutige Sitzung. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Herren, die wir als Sachverständige anhören werden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Ich eröffne die Anhörung. Der Antrag wurde vom Plenum zur Federführung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie überwiesen. Die Sachverständigen Herren hier im Saal begrüße ich recht herzlich. Zugeschaltet sind Herr Weber und Herr Dahlhoff. Zwei weitere Sachverständige werden sich aufgrund der Verkehrssituation heute Morgen ein wenig verspäten. Herr Stapper-Müer kommt noch, und Herr Keck ist bisher auch nicht da und wird noch zu uns stoßen.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses, dass Sie uns hier vor Ort und durch Zuschaltung heute zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für Ihre vorab eingereichten Stellungnahmen. Diese liegen am Saaleingang aus. Ich weise darauf hin, dass während der Anhörung Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen sind.

Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden Ihnen in gewohnter Weise Fragen stellen. Wir haben zunächst zwei Fragerunden vorgesehen. Inwieweit wir eine dritte Fragerunde brauchen, werden wir sehen. Ich schlage vor, wir sammeln die Fragen der Fraktionen zunächst in einer ersten Runde. Ich beginne mit der ersten Fragerunde und bitte um die Fragen der Fraktionen.

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender! Werte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Sachverständige! Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass wir uns heute zur Verfügung stehen. Aufgrund der Tatsache, dass noch nicht alle Sachverständige da sind, geht meine erste Frage nach Bad Sassendorf an Malte Dahlhoff. Schönen guten Morgen. Herr Dahlhoff, ich wüsste gerne, welche Bedeutung aus Ihrer Sicht die wirtschaftliche Situation der Reha-Einrichtungen für die Entwicklung der Heilbäder und Kurorte in Nordrhein-Westfalen hat. Inwiefern spielt aber auch das örtliche Umfeld, zum Beispiel

Einkaufsmöglichkeiten und deren Öffnungszeiten, eine wichtige Rolle, gerade wenn sich die traditionelle Verbindung von Kurorten und Reha lockert?

Wie könnten Netzwerke zwischen Reha-Einrichtungen und anderen Gesundheitsanbietern vor Ort etabliert werden?

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Meine Damen und Herren! Einen schönen guten Morgen und herzlichen Dank auch im Namen der CDU-Fraktion für Ihre Stellungnahmen, die wir alle sehr aufmerksam gelesen haben.

Ich würde in der ersten Fragerunde den Fokus gerne mehr auf die Finanzierung legen und habe zwei Fragen an alle. Die Rehabilitation ist laut allen Beteiligten ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Können Sie mir den Grund nennen, warum es eine schwächere Finanzierung in diesem Bereich gibt als in der Akutversorgung?

Es ist ja so, dass die Sozialversicherungsträger die Kosten ausschließlich tragen. Haben Sie dafür eine andere Lösung, ein besseres Modell, vielleicht ein Mischmodell?

Dann habe ich eine Frage an die Privatkliniken. Welche konkreten Maßnahmen könnten Rehakliniken selbst ergreifen, um jenseits von staatlicher Unterstützung wirtschaftlich stabiler zu werden?

Vom vdek möchte ich wissen: Wenn die GKV-Ausgaben für Reha um 40 % gestiegen sind, wie man in Ihrer Stellungnahme lesen konnte, spiegelt dieser Anstieg dann tatsächlich eine bessere Versorgungsqualität wider, oder geht es lediglich um die höheren Kosten von Energie und Personal?

Jule Wenzel (GRÜNE): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen der demokratischen Fraktionen! Sehr geehrte Herren Sachverständige! Auch ich freue mich, dass wir heute über die Lage der Rehakliniken sprechen können. Da meine Kollegin Frau Fuchs-Dreisbach gerade schon zu Genüge auf die finanzielle Situation eingegangen ist, möchte ich in der ersten Runde generellere Fragen stellen, und zwar an Herrn Ruiss und Herrn Kantus vom vdek. Ihnen fehlt im Antrag eine Differenzierung zwischen gesundheits- und wirtschaftspolitischen Zielen. Können Sie aus Ihrer Sicht darstellen, warum das problematisch sein kann?

Sie fordern Evidenzkriterien für digitale Innovationen. Wie und von wem könnten diese praktisch definiert und überprüft werden?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen bedanken und vor allen Dingen für die Möglichkeit der Rückfrage, von der ich gerne Gebrauch mache.

In der ersten Fragerunde möchte ich gerne Herrn Dr. Weber fragen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme sehr deutlich den strukturellen Unterschied zwischen sprechender bzw. manueller Therapie oder händischer Therapie und Gerätemedizin bzw. operativen Fächern aufgezeigt. Das ist in der Finanzierung immer wieder ein Problem. Vielleicht

könnten Sie ausführen, was aus Ihrer Sicht Möglichkeiten wären, um das besser zu harmonisieren, um sprechende Medizin besser im System abbilden zu können.

Sie haben unter anderem das ACES-Modell benannt. Dieses und ähnliche Modelle sehen vor allen Dingen ein höheres Maß an Patientenbefähigung vor, was, glaube ich, gerade im Reha-Kontext Sinn macht, weil die Dinge, die man dort lernt, am besten wirken, wenn man sie in den Alltag implementiert. Vielleicht könnten Sie dazu ausführen, wie das im Reha-Alltag am Ende des Tages auch eine Stärkung der kurativen Kraft entfalten würde.

Sie haben die Reform der medizinischen Ausbildung in den Blick genommen, um mehr interdiszipliniertes Denken zu verankern. Vielleicht könnten Sie ausführen, inwieweit ein größeres Verständnis in den verschiedenen Disziplinen der Medizin und der Fächer untereinander dazu beiträgt, damit Operatives auf der einen Seite und Reha auf der anderen Seite besser verbunden werden können.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank an Dr. Vincentz. – Ich begrüße Herrn Stapper-Müer und Herrn Keck. Schön, dass Sie es jetzt geschafft haben. Der Verkehr ist tatsächlich sehr herausfordernd. Wir kennen das.

Thorsten Klute (SPD): Oh, ja, das kenne ich auch bei weiter Entfernung und dem Verkehr hierher. – Herzlichen Dank auch seitens der SPD-Fraktion für die sehr guten und informativen Stellungnahmen.

Die deutschen Rentenversicherungen berufen sich in ihrer Stellungnahme auf das neue Vergütungssystem, das zum 1. Januar eingeführt wird. Zum 1. Januar 2026 wird die DRV bundesweit „ein neues Vergütungssystem einführen, durch das sich die Vergütung künftig stärker anhand der Struktur, des Bedarfs und der Qualität der Leistungserbringung leistungsdifferenziert bemessen lassen wird“ – anhand von Aufwand, Indikation und Komplexität. Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie als Vertreter der Rentenversicherungen die damit einhergehenden Veränderungen aus Ihrer Sicht stärker darstellen.

Dazu interessiert uns auch die Haltung der Krankenversicherungen. Wirkt sich das in dem dortigen System auch irgendwo aus? Uns interessiert, was die Trägervertreter, also Herr Dahlhoff und Herr Stapper-Müer, davon halten, wenn das Vergütungssystem verändert wird. Wie wirkt sich das aus? Bekommen wir eine stabilere Vergütung dadurch?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Bevor wir in die Beantwortung der ersten Fragerunde einsteigen, gebe ich Frau Schneider von der FDP und Frau Fuchs-Dreisbach von der CDU noch einmal das Wort. – Herr Stapper-Müer, es gab in der ersten Fragerunde, als Sie noch nicht im Raum waren, Fragen an Sie, bzw. eine Frage soll noch gestellt werden.

Susanne Schneider (FDP): Danke Herr Vorsitzender. – Herr Stapper-Müer, in Stellungnahmen ist zu lesen, dass sowohl die deutsche Rentenversicherung als auch die

gesetzliche Krankenversicherung neue Finanzierungsstrukturen für die Reha umsetzen. Hilft das den Kliniken tatsächlich aus der wirtschaftlich schwierigen Lage?

Wie sind die Rehabilitationskliniken regional verteilt? Gibt es noch die traditionelle Verbindung von Kurort und Rehaklinik?

Wie wirkt sich die Ungleichbehandlung der Rehakliniken zu den Krankenhäusern bei der Umsetzung von Vorschriften und Innovationen aus?

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Schön, dass Sie heute hier sind, Herr Keck und Herr Stapper-Müer. Ich hatte in der ersten Runde eine Frage an alle gestellt, die den Fokus auf die Finanzierung legt. In allen Stellungnahmen wird darauf hingewiesen, dass die Rehabilitation ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist. Was halten Sie für den Grund, dass es eine schwächere Finanzierung im Reha-Bereich gibt als in der Akutversorgung? Haben wir eine bessere Lösung, statt die Finanzierung komplett über die Sozialversicherungsträger laufen zu lassen?

Ich habe noch eine konkrete Frage an die Privatkliniken. Welchen konkreten Maßnahmen können Rehakliniken selbst ergreifen, um jenseits von staatlicher Unterstützung wirtschaftlich stabiler zu werden?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich schlage ich vor, wir beginnen mit der Beantwortung der Fragen bei Herrn Dahlhoff. Herr Weber kann sich anschließen.

Malte Dahlhoff (Nordrhein-Westfälischer Heilbäderverband): Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich habe auf dem Weg nach Düsseldorf heute entschieden, kurzfristig aufs Digitale umzusteigen. Ich wäre tatsächlich lieber in Präsenz gekommen. Aber mein Navi hatte mich in Richtung 10:30 Uhr hochgetickert. Dann habe ich gesagt, ich nehme digital teil. Danke schön, dass ich auf diesem Weg teilnehmen kann.

Für den NRW-Heilbäderverband darf ich ausführen, dass die Rehakliniken für die Kur- und Heilbäder in NRW eine sehr große Bedeutung haben – eine sehr erhebliche Bedeutung sogar. Man kann es andersherum sagen: Wenn die Rehakliniken nicht da wären, wäre es um den Fortbestand der Kur- und Heilbäder sehr, sehr schlecht bestellt. Das hängt auch von der örtlichen Struktur ab. E gibt Kurorte, die stärker mit Rehakliniken belegt sind als andere. Aber diejenigen, die Rehakliniken vor Ort haben, können sagen, glaube ich, dass mehr als 50 % der Übernachtungszahlen, teilweise deutlich mehr als 50 % der Übernachtungszahlen, auf die Rehakliniken zurückzuführen sind. Man muss dabei berücksichtigen, dass Rehakliniken ein gewissen Nachzug haben. Das heißt, neben den Patientinnen und Patienten gibt es gerade an den Wochenenden Besucher, die für die Kurorte und Heilbäder eine ganz große Bedeutung haben.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass diejenigen, die sich je nach Form der Rehabilitation und medizinischer Indikation teilweise intensiver mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigen, parallel oder nachgelagert zur Reha Gesundheitsangebote der Kurorte und Heilbäder, eben die natürlichen Heilmittel- und Heilverfahren, gleichermaßen in

Anspruch nehmen. Das ist für den Teil der Naturgesundheit, für den wir in unseren Kurorten und Heilbädern stehen, von ganz besonderer Bedeutung. Wir merken, es gibt dafür eine zunehmende gesellschaftliche Sensibilität. Das Stichwort „Longevity“, also Langlebigkeit, merken wir sehr stark.

Zu der Frage, was das Umfeld angeht. Ja, da gibt es einen sehr starken Zusammenhang. Die Frage, wie attraktiv ein Ort tatsächlich ist, hat eine große Bedeutung für die Auslastung von Kliniken, weil es ein Wunsch- und Wahlrecht gibt, was je nach Ort teilweise mehr als die Hälfte des Wahlverhaltens beeinflusst. Man merkt, dass die Attraktivität des Ortes eine große Rolle spielt. Da sind viele Dinge in infrastruktureller Hinsicht erforderlich.

Aber auch der Punkt, den Frau Abgeordnete Schneider angesprochen hat, nämlich das Thema „Öffnungszeiten“, spielt eine große Rolle. Man muss gar nicht so weit schauen. Die bekannte Urlaubsevidenz nimmt man gerne mit. Wer an der See oder in benachbarten Bundesländern wie beispielsweise Hessen unterwegs ist, sieht, dass es gerade entlang der Seebäder sehr weitreichende Sonntagsöffnungszeiten gibt. Wir merken, dass die Attraktivität des Umfeldes eine Bedeutung hat. Wir merken es gerade in Nahbereichen, beispielsweise in Preußisch Oldendorf auf NRW-Seite und Bad Rothenfelde auf niedersächsischer Seite oder in Willingen auf hessischer Seite sowie Brilon und Olsberg auf NRW-Seite oder im Bereich der Benelux-Staaten. Da merkt man, dass für das Wahlverhalten der Patientinnen und Patienten die Attraktivität des Ortes und damit auch das Thema „Öffnungszeiten“ im Einzelhandel bzw. im Lebensmitteleinzelhandel weiterhin eine sehr große Rolle spielt.

Zum Thema „Netzwerke“ kann ich sagen, dass wir als NRW-Heilbäderverband in Verbindung mit anderen Fachverbänden schon Netzwerkveranstaltungen machen. Die können noch intensiver werden, gerade wenn es um die künftigen Themen geht, beispielsweise das Thema „Vorsorge“, was im SGB als Pflichtleistung mit eingeführt wurde, oder andere Themen im Bereich der Langlebigkeit. Gesundheitsthemen. Da können weitere Netzwerke durchaus sehr dienlich sein, wenn es darum geht, den Gesundheitsstandort NRW weiterzuentwickeln.

Zu den Öffnungszeiten will ich noch sagen, ich glaube, in NRW geht es gar nicht darum, ganz neu nach vorne zu galoppieren – ich formuliere es mal etwas flapsig –, sondern zu schauen, inwieweit wir aus unserer Sicht gegenüber relevanten Mitbewerbern aus Hessen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und mittlerweile auch Bayern versuchen wollen, auf Augenhöhe zu spielen, um Kaufkraftabflüsse und Wertschöpfungsabflüsse in andere Bundesländer zu vermeiden.

Finanzierung ist ein sehr großes Thema, bei dem ich weiß, dass Herr Stappper-Müer die Sachen sehr intensiv vorbereitet hat. Deswegen will ich das nur kurz anreißen. Wir merken, dass es eine unterschiedliche Finanzierung gibt. In Akuthäusern wird beispielsweise alles, was mit dem Thema „Pflege“ zu tun hat, quasi eins zu eins weiterfinanziert. In unseren Rehakliniken gibt es einen festen Satz, aus dem alles finanziert werden muss. Bei bestimmten Veränderungen, die letztendlich auch die Wettbewerbsfähigkeit gerade im Personalbereich betreffen, ist man tatsächlich nicht auf Augenhöhe, was den Akutbereich und damit den Wettbewerb und Fachkräfte angeht. Da sind

Verbesserungen durchaus angezeigt. Aber ich weiß, das kann Herr Stapper-Müer noch intensiver anhand von Beispiel ausführen.

Dr. Andreas Weber (Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit *[per Video zugeschaltet]***):** Zunächst einmal vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen Dank, Herr Dr. Vincentz, für die detaillierten Fragen. In den wesentlichen finanziellen Bereichen möchte ich mich zunächst meinem Vorredner Herrn Dahlhoff anschließen. Die Rehabilitation und die Kurortmedizin sind dort auch unseres Erachtens unterrepräsentiert. Daher habe ich in meiner Stellungnahme das sogenannte ACES-Modell vorgestellt. Ich möchte jetzt näher darauf eingehen und würde zum besseren Verständnis gerne dazu raten, sich mit dieser Stellungnahme zu beschäftigen, weil die Lösung, die wir hier anbieten, auf der Metaebene zu betrachten ist.

Zur ersten Frage, Herr Dr. Vincentz, möchte ich ausführen, dass es sowohl in Deutschland als auch international bereits sehr viele Beispiele dafür gibt, dass Therapien, die sich laut unserem Modell auch mit seelischen und energetischen Dimensionen der Gesundheit befassen, bereits erfolgreich in die Rehabilitationsmedizin integriert wurden. Auf der Seelenebene haben psychologische und spirituelle Ansätze wie Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Lebenszielveränderungen und auch spirituelle Beratung durchweg positive Auswirkungen auf die Genesung gezeigt. Das wird auch durch Studien von Hoffmann et al. im Lancet Psychiatry Magazine veröffentlicht. Es hat sich gezeigt, dass achtsamkeitsbasierte und kognitive Verhaltenstherapien Angstzustände, Depressionen und auch chronische Schmerzen, die wesentlicher Bestandteil der Rehabilitationsmedizin sind und allesamt große Hindernisse für eine erfolgreiche Rehabilitation darstellen, durchaus deutlich reduzieren. Spirituelle Betreuung, die leider in unserer Zeit in den Hintergrund geraten ist, und auch glaubensbasierte Interventionen verbessern ebenfalls die Bewältigungsfähigkeit, Motivationen, Antriebs- und die Lebensqualität.

Auf der Energieebene sind laut diesem ACES-Modell Methoden wie Akupunktur, Magnet- und Elektrotherapie, sowie Lichttherapie Bestandteil und fest in der medizinischen Praxis etabliert, wie aus den deutschen Akupunkturstudien bereits hervorgegangen ist und auch in … *(akustisch unverständlich)* Internal Medicine zu lesen ist.

In ähnlicher Weise wurden auch Niederfrequenz-, Magnetfeld- und Elektrostimulationstherapien für ihre Rolle in der Schmerzbehandlung und Geweberegeneration validiert. Sogar so etwas wie Lichttherapie, was leider auch vernachlässigt wird, kann für saisonale Stimmungsstimmungen und Schlafregulation durchaus relevant sein.

Zusammenfassend kann man zu der ersten Frage sagen, dass diese auf Seele und Energie basierenden Ansätze nicht die Schulmedizin ersetzen; aber sie sind ergänzende Methoden, die sowohl physische, biochemische als auch psychologische Regenerationsprozesse unterstützen. Wenn sie integriert werden, verbessern sie die Funktion, verringern die Abhängigkeit von Medikamenten und steigern das allgemeine Wohlbefinden und die Sinnhaftigkeit, die nun einmal für Genesung unerlässlich sind.

Zur Frage der Patientenbefähigung. Das ACES-Modell steht für Anatomie, Chemie oder Biochemie, Energie und Seele. Das unterstreicht die Notwendigkeit, den Menschen

als ganzheitliches System und nicht als isolierte Körperteile oder Organe zu behandeln und zu betrachten. Im Rahmen der Rehabilitation und den Kurorten schafft dieses Modell praktische Strukturen für eine sinnvolle Patientenbeteiligung. Beispielsweise können in einer ACES-orientierten Rehabilitationsumgebung Patienten in interdisziplinäre Fallkonferenzen einbezogen werden, in denen sie gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten aktiv an der Festlegung ihrer Behandlungsziele und Überwachung ihrer Fortschritte mitwirken. Sie erhalten personalisierte Gesundheitspläne, die alle vier Ebenen abdecken, also anatomische Genesung, beispielsweise durch Bewegung/Physiotherapie, biochemisches Gleichgewicht durch Ernährung bzw. Medikamente, energetische Regulation durch Methoden wie Akupunktur oder Atemarbeit und seelisches Gleichgewicht durch psychologische und spirituelle Begleitung. Auch das wurde in Studien, beispielsweise über Gruppentherapieprogramme wie Achtsamkeitstraining, Yoga oder auch Qigong, nachgewiesen. Den Studien von Kramer et al., zum Beispiel im Magacine for Clinical Rehabilitation oder auch von Epstein and Street im Annals of Family Medicine.

Bezüglich der Ausbildung stellen wir uns eine Reformation der medizinischen Ausbildung in allen Bereichen nach diesem Modell vor. Das hört sich jetzt größer an als es ist. Aber tatsächlich wäre es in diesem Rahmenwerk ein entscheidender Schritt zu einer wirklich integrativen und menschenzentrierten Medizin, die Kurorte und die Rehabilitationsmedizin als Ganzes stärken könnten. Medizinstudenten und junge Ärzte müssen darin geschult werden, zu verstehen, dass Anatomie, Biochemie, Energie und Seele miteinander verbundene Systeme sind, die Gesundheit und Krankheit gleichermaßen beeinflussen. Dies ersetzt natürlich nicht die konventionelle biologischzentrierte Medizin, aber sie erweitert sie um die psychologischen, energetischen und spirituellen Dimensionen der Heilung. Untersuchungen haben gezeigt, dass die integrativen Ausbildungsprogramme beispielsweise zu besseren klinischen Ergebnissen und nachhaltigerem Engagement der Ärzte führen. Eine Studie im JAMA von Krasner et al. zeigt, dass Ärzte, die in Achtsamkeit und Selbstwahrnehmung geschult wurden, weniger Burnout hatten und mehr Empathie zeigten und, ganz wesentlich, dass die aktuelle Strategie der Weltgesundheitsorganisation WHO für traditionelle Medizin in der neuesten Auflage 2025 bis 2034 ausdrücklich fordert, dass es zu einer Integration von traditionellem und energiebasiertem Wissen in moderne Gesundheitssysteme und medizinischer Ausbildung kommt. In der Rehabilitation ermöglicht ein solches interdisziplinäres Verständnis eine präzisere, ganzheitlichere Behandlungsplanung, eine bessere Zusammenarbeit im Team und auch verbesserte Langzeitergebnisse, die definitiv zu einer größeren Kosteneffizienz führen würden. Ein ACES-basierter medizinischer Lehrplan würde daher nicht nur angehende Ärzte, sondern auch beispielsweise im Bereich der Physiotherapie und in der Ausbildung von Krankenpflegern, Krankenschwestern usw. besser auf die Behandlung von Krankheiten vorbereiten. Sie würden auch darauf abzielen, den Heilungsprozess zu begleiten und Patienten dabei zu helfen, die Harmonie zwischen ihrem Körper, ihrer Biochemie, den energetischen Aspekten und ihrer Seele wiederherzustellen.

Dr. Wolfgang Wagener (Deutsche Rentenversicherung Rheinland): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Um zunächst auf die Verteilung h der Reha-Einrichtungen in Bezug auf die Kurorte einzugehen: Das ist im Rheinland

eigentlich keine Gleichartigkeit. Sie haben in unserer Stellungnahme gelesen, dass wir etwa 30 % der Rehabilitationsleistungen ambulant erbringen. Wir sind also im Grunde dissoziiert von den Kurorten. Trotzdem ist uns das natürlich wichtig, weil wir wissen – wir sind ja im Verbund der DRVen –, welche Bedeutung die Kurorte auch für die stationären Reha-Einrichtungen haben. Da haben wir eine ganze Menge. Die Rehabilitation ist unverzichtbar. Ich bin Arzt und denke, dass wir viel zu sehr das Augenmerk auf die Akutmedizin richten, darauf, dass schnell geheilt wird und es noch schneller gehen muss.

Das haben die DRGs im Grunde deutlich befördert. Aber das, was gerade Herr Weber angesprochen hat, die ganzheitliche Behandlung, auch die Perspektiventwicklung … Wie geht es eigentlich nach der Krankenhausentlassung, nach der Akutbehandlung weiter? Wie komme ich in meinem Beruf, in meiner gesellschaftlichen Teilhabe, überhaupt in meiner Teilhabe weiter zurecht? Das ist in der Akutmedizin nach wie vor, auch in der Ausbildung, unterbelichtet.

In der Rehabilitation geht es letztlich nicht allein um Heilung, sondern mehr um Krankheitsbewältigung und Eingliederung der Problematik, die man mit seinen gesundheitlichen Problemen hat, in den beruflichen und privaten Alltag. Gerade bei der alternden Bevölkerung und der zunehmenden Chronizität der Erkrankungen, die wir zu behandeln haben, ist die Rehabilitation wirklich unverzichtbar. Wir haben in Deutschland nach meiner Auffassung ein System, was weltweit beispielhaft ist, an dem sich viele ein Vorbild nehmen und für das einfach mehr Augenmerk auch in der Ausbildung und in der universitären Wahrnehmung erforderlich ist. Die Rehabilitation ergänzt unverzichtbar die Akutmedizin, die genauso vieles Unverzichtbare leistet. Aber die Rehabilitation wird mit ihren Möglichkeiten, den Patienten wieder auf den richtigen Weg in Bezug auf die Teilhabe zu bringen, nicht ausreichend wahrgenommen.

Bezüglich des Vergütungssystems. Wir sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts zur Transparenz aufgefordert. Es soll eine klarere oder klarer vermittelbare Struktur schaffen, nachdem es bisher meistens auf Verhandlungsebene gelaufen ist. Wenn es jetzt einen Basis-Satz weniger und einen einrichtungsspezifischen Satz diesbezüglich gibt, dann denken wir, dass das gerechter und auch nachvollziehbarer sein wird. Dass ein planbares und wirtschaftliches Auskommen für die Reha-Einrichtungen ganz in unserem Sinne, und ich denke im Sinne aller Reha-Träger aus dem Sozialgesetzbuch ist, halten wir eigentlich für selbstverständlich, sodass wir auch ein eigenes Interesse daran haben, die Reha-Einrichtungen zu erhalten bzw. zu fördern.

Wir können üblicherweise für eine stationäre Reha zwei ambulante Rehabilitationen finanzieren, sodass wir im Nordrhein-Westfalen oder im Rheinland diesbezüglich besonders gut aufgestellt sind.

Thomas Keck (Deutsche Rentenversicherung Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine Damen! Meine Herren! Lassen Sie mich das kurz gliedern. Die Kurorte in Nordrhein-Westfalen und auch die ambulante Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen sind gut aufgestellt. Die Kurorte tun ihr Bestes, um das im Rahmen der Strukturveränderungen und der qualitativen Veränderungen der Maßnahmen zu leisten.

Nicht zu vergessen ist die gesellschaftliche Veränderung. Gesellschaft zieht es nicht mehr in Kurorte, um das einmal deutlich zu sagen. In den 60er- und 70er-Jahren wurden Kurorte am Wochenende noch deutlich stärker frequentiert. Ich kann das aus eigener Erfahrung sagen. Man entführte mich jedes Wochenende in einen Kurort. Da musste man durch Salinen gehen und dergleichen – es war ja gesund. Heute ist das nicht mehr Common Sense, das heißt, wir haben eine ganz andere gesellschaftspolitische Entwicklung. Aus meiner Sicht dürfen wir die Augen davor nicht verschließen.

Ich möchte die Frage der Rehabilitation und der Bedeutung der Rehabilitation für die Rentenversicherung noch einmal in den Vordergrund rücken. Dr. Wagener hatte es eben schon sehr deutlich ausgeführt. Eines ist klar: Die Rentenversicherung leistet Rehabilitation, um die Menschen im Berufsleben zu erhalten, um ihnen die Möglichkeit zu geben, eigenverantwortlich Strukturen zu erhalten, weiterzuentwickeln und gesund weiterzuleben. Das ist unser Ziel, und das verfolgen wir nachhaltig.

Dazu haben wir Qualitätskriterien aufgestellt, die aus unserer Sicht seit über 20 Jahren funktionieren und die Rehabilitation weiterbringen. Das versuchen wir stetig und ständig weiterzuentwickeln. Vor dem Hintergrund der Fachkräftesicherung ist es umso wichtiger, die Menschen gesund zu erhalten und am Arbeitsplatz zu halten, damit sie die Möglichkeit haben, weiterzuarbeiten. Es gibt für uns die Möglichkeit der Rehabilitation, aber auch der Prävention, also im Vorfeld tätig zu werden, um Rehabilitationsleistungen zu vermeiden oder zu verbessern.

Rehabilitation zielt schlicht auf eine Lebensstiländerung, und Lebensstiländerungen sind, wenn Sie sich selbst hinterfragen, nicht einfach. Rehabilitation ist eine Lebensstiländerung auf Dauer. Wenn Sie eine Chronifizierung haben, dann haben Sie eine Lebensstiländerung auf Dauer, die Sie durchführen müssen. Wenn Sie das nicht tun, werden Sie das relativ schnell spüren, oder das Versorgungssystem wird das relativ schnell spüren. Eines von beiden oder beides gleichzeitig.

Vor dem Hintergrund der Kosten lassen Sie mich sehr deutlich sagen, die Rentenversicherung gibt derzeit bundesweit 8,5 Milliarden Euro jährlich aus. In Westfalen und im Rheinland sind wir bei etwas über 1 Milliarde Euro, wenn man zusammenrechnet, was wir jedes Jahr in die Rehabilitation fließen lassen. Wenn wir an das Beispiel Ostwestfalen denken, investiert die Rentenversicherung da momentan in Summe mit dem Bund und der Knappschaft etwa eine halbe Milliarde Euro jährlich in die Rehakliniken und in ambulante Einrichtungen. Das ist nicht von ungefähr so. Vor dem Hintergrund der Ausschöpfung unseres Budgets – wir liegen derzeit bei 101 % –, heißt das nach der gesetzlichen Lage im SGB VI, in zwei Jahren müssen wir diesen einen Prozentpunkt sparen. Das ist nicht trivial, um das deutlich zu sagen. Insofern verweise ich auf die Bundestagsdrucksache 21/2453 aus diesem Jahr zum Thema „Case- und Fallmanagement“. Darin ist noch einmal deutlich darauf hingewiesen worden, dass diese Leistungssteigerungen inhaltlich nicht ohne finanzielle Begleitung möglich sind. Das heißt, das Budget muss uns ein wenig mehr Flexibilität geben. Bislang haben wir das Budget nur quantitativ ausgestattet, aber nicht qualitativ.

Die Qualität der Rehabilitationsleistung hat sich in den letzten Jahren verändert. Gesellschaft hat sich verändert. Sie ist anspruchsvoller geworden, und die Maßnahmen sind intensiver geworden. Gucken Sie sich die Coronazahlen an und was sich aus

Corona entwickelt hat. Nehmen Sie nur das Fatigue-Syndrom. Momentan behandeln wir relativ viele Menschen auf das Fatigue-Syndrom. Die Frage, die wir uns stellen müssen, ist: Ist das Fatigue-Syndrom vorher schon da gewesen, und/oder – und das ist die wahrscheinlichere Lösung –, es hat sich deutlich verstärkt, hat es sich potenziert? Vorherige Erkrankungen sind deutlich verstärkt geworden.

In der Eingangshalle steht ein großer Aufsteller zu ME/CFS. Aus meiner Sicht völlig unterschätzt und auch nicht entsprechend versorgt! Das gilt es aus meiner Sicht nachzuhalten. Wir haben ein halbes Jahr für das Ministerium die Hotline für ME/CFS geleitet und dabei eine deutliche Erfahrung gemacht, was das heißt. Das muss aus meiner Sicht stärker in die Kliniken einfließen.

Zu Kurorten und Rehakliniken bzw. der Ungleichbehandlung der Finanzierung darf ich auch antworten. Damit komme ich direkt zur Frage der stabilen Vergütung und des Vergütungssystems. Ich leite die Arbeitsgruppe im DRV-Bund. Das ist nicht trivial. Das ist 2023 im Rahmen des Trio-Gesetzes eingeführt worden. Es ist von einem diskriminierungsfreien, nachvollziehbaren, transparenten Vergütungssystem die Rede gewesen. Der Hintergrund ist schlicht: Damit wird eine Ausschreibung der Reha-Leistungen vermieden, indem wir dieses System versuchen, umzusetzen. Das ist gerade in den Anfängen. Wir sind dabei, diese Einrichtungsspezifik deutlich stärker auszugestalten. Da bedarf es letztendlich auch der Kreativität und der Verhandlung der Beteiligten. Das steckt momentan aus meiner Wahrnehmung heraus am Anfang. Da gilt es nachzuschärfen.

Der Basissatz selbst hat die übergreifenden Vergütungen im Fokus, also all das, was gleich ist. Unser Ziel war aber nicht, Orthopädie in München wie im Bayerischen Wald oder Orthopädie in Hamburg oder in Bad Salzuflen gleich zu behandeln. Das können Sie nicht gleich behandeln.

Die Therapieformen ähneln sich, aber die Therapieteams ähneln sich nicht. Die sind unterschiedlich. Die sind individuell, genauso wie die Menschen individuell sind. Wenn Sie nach dem Bundesteilhabegesetz individuell vorgehen wollen und müssen, dann werden Sie unterschiedliche Verbindungssätze vereinbaren müssen, weil Sie unterschiedliche Teams und unterschiedliche Einrichtungen haben. Das hindert nicht daran, den Basissatz, die übergreifende Indikation gleich zu behandeln, aber die Spezifik vor Ort neu, aber transparent zu bewerten – nach gleichen Kriterien und nicht „willkürlich“, wie das manchmal vorgeworfen wurde.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Fragen. Ich beginne mit der Frage von Ihnen, Frau Fuchs-Dreisbach. Sie haben eingeleitet mit der Bedeutung der Reha. Wir unterstützen im Übrigen auch, was grundsätzlich der Impuls des Antrages vorsieht, nämlich die Reha stärker in den Blick zu nehmen als bisher. Sie haben darauf abgezielt, eine vermeintlich schwächere Finanzierung bei den Rehakliniken im Vergleich zum Akutbereich zu diagnostizieren. Ich glaube, man muss da unterscheiden. Wir haben in der Krankenhausfinanzierung, um mit dem Akutbereich anzufangen, eine sogenannte duale Finanzierung. Die Investitionskosten werden vom Staat aus öffentlichen Haushalten

übernommen; die Betriebskosten tragen die gesetzlichen Krankenkassen. In der Reha haben wir eine monistische Finanzierung, was aber nicht heißt, dass keine Investitionskosten mitfinanziert werden, sondern die Vergütungssätze, die wir als GKV mit den Rehakliniken vereinbaren, beinhalten im Grunde genommen alles im Paket, also Personal-, Sach- und Investitionskosten.

Ich glaube, die Vergütungshöhen lassen sich letztendlich nicht mit denen im stationären Bereich vergleichen, wo wir über DRGs finanzieren. In der Reha sind das auch standortindividuelle Vergütungshöhen in den Tagespauschalen.

Warum diese unterschiedliche Finanzierung da ist, ist eine Frage an den Gesetzgeber. Wir handeln im Rahmen der Aufträge, die wir haben. Es ist unbenommen, dass Politik in einer möglichen Prioritätensetzung sagt, was im Krankenhausbereich mit Investitionskostenbudgets, vielleicht auch getrennten Personalkostenbudgets sinnvoll ist, ist auch im Reha-Bereich sinnvoll. Das ist eine Frage, die Politik entscheiden muss. Das wird im SGB abgebildet werden müssen, wenn man das so möchte.

Ihre Frage zum Anstieg der Ausgaben ist sehr berechtigt. Was heißt das faktisch? Die 40 %, die wir beispielhaft über die letzten zehn Jahre in unseren Ausgaben für die Reha statistisch nachweisen können, sind multifaktoriell. Es ist sowohl eine Berücksichtigung zusätzlich entstandener Kosten – Personal, Inflation, Sachkosten –, aber es ist natürlich auch eine Qualitätsverbesserung zum Beispiel über eine Einstellung von Fachpersonal. Von daher, glaube ich, ist das sowohl eine Abbildung der realen Kosten der Reha-Einrichtungen als auch mindestens eine Qualitätssicherung, wenn nicht sogar eine Qualitätssteigerung. Es bildet im Übrigen eine Entwicklung im demografischen Bereich ab, weil wir erhöhte Fallzahlen haben. Auch das spielt eine Rolle. Die Antwort darauf wäre also: Es ist multifaktoriell und hat verschiedene Ursachen.

Frau Wenzel, Sie haben diese in unserer Stellungnahme gemachte Trennung zwischen gesundheits- und wirtschaftspolitischen Zielen angesprochen. Ich würde da differenzieren und bitte um Nachsicht, wenn das ein bisschen unklar ausgedrückt ist. Uns geht es in dieser Stellungnahme vor allem darum, dass wir zwischen der Finanzierungs- und Verantwortungsstruktur von Versorgungspolitik und Gesundheitspolitik sowie Wirtschaftspolitik und Standortpolitik trennen sollten. Beides ist total legitim und richtig. Wenn in der Folge aber aus dem politischen Raum Wünsche nach einer deutlich besseren Finanzierung, einer höheren Finanzierung artikuliert werden, dann ist es mindestens aus unserer Sicht legitim zu fragen: Wer soll das bezahlen? Da ist eine wichtige Trennung zu machen. Ich glaube, es überrascht Sie nicht, wenn ich für die GKV sage, wir kämpfen seit Jahren in vielen Ausgabenbereichen mit ordnungspolitisch nicht richtigen Zuständigkeiten. Das Thema der Finanzierung der Bürgergeldempfänger ist legendär, wogegen wir letztendlich klagen.

Die Frage der wirtschaftspolitischen Bedeutung eines Versorgungssektors muss auch wirtschaftspolitisch geklärt werden und kann nicht in der Folge über den Beitragszahler alleine finanziert werden. Darauf wollten wir an der Stelle abzielen.

Das mindert überhaupt nicht aus unserer Sicht die richtige und wichtige Bedeutung des Reha-Bereiches – auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Es ist auch absolut richtig, wie die Vorredner gesagt haben, die sich verändernden Reha-

Notwendigkeiten in den Blick zu nehmen und Antworten darauf zu finden. Uns ging es vor allem darum, bei vermeintlichen Ausgaben klar zu fragen: Wer soll das finanzieren, und wer steht in der Verantwortung dafür?

Sie haben eine Frage zur Digitalisierung gestellt. Da würde ich immer differenzieren. Wir finanzieren heute schon Digitalisierung, auch in unseren Pauschalen mit den Reha-Einrichtungen. Das ist sozusagen standortindividuell möglich. Dafür gibt es Töpfe. Wir wollten darauf abzielen, dass wir ein bisschen aus dieser Schlagwortlogik kommen, jede Digitalisierung und jeder technische Vorschlag sei gut. Das ist nicht so. Wir müssen gucken, dass wir dort Geld investieren, wo es den höchsten Grenznutzen hat. Es kann nicht sein und ist auch nicht sinnvoll – das zeigt die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen: ambulant, stationär, Pflege etc. –, dass wir konzentrieren müssen.

Ich will als Gedankenspiel eine gewisse Analogie ziehen. In der klassischen akuten Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich sind wir seit Jahren als GKV aufgefordert, und das machen wir natürlich gerne, sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen zu finanzieren. Für diese technischen Innovationen gibt es ein sehr standardisiertes Bewilligungsverfahren. Das heißt, wir müssen Studien nachweisen. Es muss ein Antrag gestellt werden. Es muss eine Evidenzbasierung da sein. Ein unabhängiges Institut, das BFarM, bewertet das letztendlich, und es gibt im Grunde genommen ein klassisches Zulassungsverfahren. Das klingt nach einer relativ hohen Hürde. Das ist es aber gar nicht, weil damit verbunden ist, dass das, was evidenzbasiert ist, flächendeckend in die Versorgung kommt.

Ich glaube von daher, wenn man in der Analogie für große technische Innovationen so ein Modell denkt, kann man das nicht einfach dem Markt überlassen und jeder bietet alles an. Das wäre ineffizient. Wir müssen gucken, was Sinn macht, und dann muss man es in die Regelversorgung bringen. Das ist der Ansatz.

Die letzte Frage in der ersten Runde war von Ihnen, Herr Klute. Sie haben nach dem neuen Vergütungssystem gefragt und richtigerweise schon gesagt, wie es meine Vorredner Herr Wagener und Herr Keck dargelegt haben, diese neue Vergütungssystematik ist primär und ausschließlich eine der Rentenversicherungen. In der GKV haben wir keine neue Vergütungssystematik. Wir haben aber, und das finde ich ganz wichtig, über die jetzt in Kraft getretene Bundesrahmenempfehlung, die wir übrigens gemeinsam mit den Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene vereinbart und ausgehandelt haben, durchaus inhaltliche Neuausrichtungen in der Reha, die möglicherweise auch das Vergütungssystem betreffen. Das ist gar nicht im Sinne eines Sparprogramms der Fall, aber die werden Auswirkungen haben.

Um das noch einmal zu verdeutlichen: Die neue Rahmenvereinbarung, die übrigens im Gegenzug für die Rente nicht verbindlich ist, sondern das ist eine Aufgabe der GKV und der Leistungserbringerverbände, sieht bundeseinheitliche Regelungen bei den Personalvorgaben, bei den indikationsbezogenen Personalkorridoren vor. Es sind standardisierte Nachweisverfahren, es sind landesbezogene Statistiken zu Personalbelegungen vorgesehen. Indikationen müssen vorgelegt werden. Ich finde es übrigens ganz wichtig, wenn ich das in Richtung FDP sagen darf, dass wir eine Art Monitoring für den Reha-Standort bekommen, wenn wir diese landesbezogenen Auswertungen

haben. Natürlich haben wir in dieser Rahmenvereinbarung Grundsätze und Strukturen der Vergütungen neu vereinbart, um Verhandlungen effizienter zu machen und schneller zu Ergebnissen zu kommen. Von daher wird das indirekt durchaus eine Auswirkung auf das Thema „Vergütung“ haben. Aber wir in der GKV haben in unserer Finanzierungslogik sozusagen kein neues Vergütungssystem. – Damit bin ich erst einmal durch, gebe für Konkretisierungen aber noch kurz an den Kollegen Kantus weiter.

Martin Kantus (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Im Rahmen der Neuausrichtung nach den Bundesrahmenempfehlungen, Herr Ruiss hat schon gesagt, werden sicherlich bestimmte Determinanten neu zu definieren sein. Aus GKV-Sicht ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass dies Mindeststandard sind, die gemeinsam auf Bundesebene diskutiert und verabschiedet worden sind.

Es hat ein Schiedsstellenverfahren gegeben, das dazu geführt hat, dass zum 01.07.2025 diese Rahmenempfehlungen in Kraft getreten sind. Die Leitplanken geben uns allen ausdrücklich auch den Rehakliniken – die Möglichkeit, gemeinsam zu schauen: Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es, sowohl was die Leistungsinhalte angeht – da gibt es sehr umfangreiche Kapitel in der Beschreibung –, als auch, was den Versorgungsvertrag angeht, was die Vergütungsvereinbarungen angeht? Das sind alles Dinge, die dort verankert sind. Wir sind im Bemühen mit den Leistungsanbietern im Land, genau diese Dinge gemeinsam zu diskutieren und umzusetzen.

Noch eine Ergänzung zur SPD-Fraktion. Von dort kam die Fragestellung, das Vergütungssystem zu harmonisieren. Ich denke, sowohl aus der Vergangenheit heraus als auch aus dem, was die Rahmenempfehlungen jetzt vorgeben, wird das so erst einmal nicht gelingen. Aber aus GKV-Sicht ist das auch gar nicht dramatisch oder schlimm, weil sich am langen Ende die Gesamtfinanzierung für eine Klinik darstellen muss. Wenn es unterschiedliche Systeme innerhalb des Sozialbesetzbuches gibt, trägt das auch zur Wirtschaftlichkeit und zur Stabilität einer Rehaklinik bei. Von daher glaube ich schon, dass wir da gemeinsam auf einem guten Wege sind, auch wenn es unterschiedliche Systeme sind.

Sie haben noch die stabilere Vergütung erwähnt. Dazu will ich noch etwas sagen. Die Frage der Leistungsausgaben kann jeder nachlesen. Mir ist ganz wichtig, zu erwähnen, dass wir die Rehakliniken in Nordrhein-Westfalen gerade in schwierigen Zeiten nicht alleingelassen haben. Damit meine ich zum Beispiel die Coronapandemie, in der es Ausgleichszahlungen für die Minderbelegungen gegeben hat. Das hat nicht nur eine Kraftanstrengung für die Rentenversicherung und die GKV bedeutet, sondern das war am Ende ein großer finanzieller Batzen, mit dem wir Willens und auch Wollens gewesen sind, die Rehakliniken zu unterstützen.

Ich glaube, aus der CDU-Fraktion kam die Frage: Haben sich die Preisniveaus aufgrund von Qualitätsveränderungen oder aufgrund von Steigerungen im Personalkostenbereich ergeben? Beides ist aus unserer Sicht richtig. Es hat Qualitätssteigerungen gegeben, ja. Herr Ruiss sagte das eben. Da sind die Fachkräfte sicherlich von Bedeutung. Die Ärzteschaft bei den Kliniken, um eine große Gruppe herauszugreifen, ist qualifiziert, oder weiterqualifiziert. Ja, auch die Löhne sind gestiegen. Wir sind, das ist

ganz wichtig, per Gesetz verpflichtet, die Lohnsteigerungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen abzubilden. Bei den Sachkosten sind es Inflationsraten. Das heißt, die „klassische“ Bindung an Grundlohnsummen, die wir bis 2020 als GKV-System hatten, ist aufgehoben und hat den Kliniken aus unserer Sicht zu Recht die Möglichkeit geben, individuell mit den Kostenträgern auf Landesebene die Preise nach Vorlage entsprechender Unterlagen zu verhandeln, wie sich Personal- und Sachkostenentwicklung in der Wirtschaftsperiode dargestellt haben.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen): Das eine oder andere, das wird Sie nicht völlig überraschen, sehen wir doch mit einem kleinen Bauchgrummeln und einer gewissen Skepsis, gerade was das Thema „Vergütung“ angeht.

Es ist grundsätzlich richtig, es war eine gemeinsame Kraftanstrengung in den vergangenen Jahren, insbesondere während der Coronapandemie, die wirtschaftliche Sicherheit und Existenz der Rehakliniken überhaupt sicherzustellen. Das war allerdings nicht nur eine Aufgabe, die die Sozialleistungspartner übernommen haben, sondern das war auch politischer Wille, weil wir in den Rehakliniken in der Pandemie letztendlich in zahlreichen Fällen als Ersatzkrankenhäuser zur Verfügung gestanden und unsere Strukturen letztendlich daraufhin ausgerichtet haben, im Fall eines Falles Krankenhauspatienten zu übernehmen und in der Präakut-, aber nicht Reha-Phase mitzuversorgen. Das muss man sagen. Hier haben alle Rehakliniken Verantwortung übernommen und sich entsprechend aufgestellt. Insofern war das nicht nur eine pure Unterstützung, sondern die Rehakliniken haben sich auch entsprechend aufgestellt. Das tun sie auch weiterhin, um das ganz klar zu sagen.

Wir haben verschiedene Szenarien, mit denen sich auf Landes- und Bundesebene oder auch europaweit beschäftigt wird. Wir kennen die Krisen- und Bedrohungslage. Wir werden nicht müde, immer wieder zu sagen: Wir stehen parat, wir stehen zur Verfügung und wollen mit den Strukturen mitarbeiten, aber auch, das ist uns ein besonderes Anliegen, mitbedacht und mitbeachtet werden. Wir bewerten es sehr positiv, dass wir jetzt auf Basis des Antrags der FDP-Fraktion in die Diskussion einsteigen und sehen: Welche Rolle spielt Rehabilitation institutionell, aber eben auch im Hinblick darauf, ob ich in dem Gesamtansatz Rehabilitation als Leistung, als Unterstützung, als Maßnahme Teilhabe von Menschen am Arbeitsleben, am gesellschaftlichen Leben gewährleiste bzw. wieder gewährleiste oder wiedererlange. Hier leisten wir unseren eigentlichen Beitrag.

Die Lebensstiländerung spielt dabei eine große Rolle. Die gelingt mal mehr und mal weniger. Das kenne ich von mir selbst. Aber das ist eben der Ansatz, und ich glaube, dass wir dort wirklich Gutes tun und viel erreichen. Das gilt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wir in den Kliniken haben, in denen wir die Menschen so weit versorgen, fördern und fordern, aber auch nach vorne bringen.

Die Vergütungsthematik in diesem Bereich ist für uns zwiespältig und durchaus auch mit einem gewissen Bauchgrummeln versehen. Wir haben unterschiedliche Strukturen. Nehmen wir den GKV-Bereich. Mit der Umsetzung der Rahmenempfehlung starten wir gerade. Das ist auch richtig. Da sind wir in einem guten Gespräch und versuchen, die

Dinge zu bewegen, haben aber auch eine lange Frist, mit der wir arbeiten und die Dinge bewegen wollen. Was am Ende dabei herauskommt, müssen wir abwarten, weil wir im Moment überhaupt nicht absehen können, wie sich die Entwicklung der Finanzlage im GKV-Bereich darstellt.

Natürlich haben wir Ausgabensteigerungen im Reha-Bereich in den zehn Jahren gehabt. Aber wenn man das aufs Gesamtausgabenvolumen der GKV bezieht, ist das relativ bescheiden. Da sind wir, glaube ich, sogar gesunken.

Dem schon mehrfach erwähnten neuen Vergütungssystem im Bereich der deutschen Rentenversicherung haftet im Grundsatz ein großer Charme an, wenn man sagt, wir bilden eine Basis und bilden dann – wir haben auch die Regionalisierung – die Regionen über besondere Spezifikationen ab. Im Moment sieht es eher so aus, dass diese Spezifikationen samt und sonders – jedenfalls fast – auf null gesetzt werden und wir durchaus Kliniken auf Bundesebene haben – ich nehme mal die beiden Rentenversicherungen aus Nordrhein-Westfalen aus der Thematik heraus –, die durchaus 40 oder 50 Euro pro Tag und Patient verlieren werden. Die sind dann so schnell in einer wirtschaftlichen Notlage, dass man gucken muss. Es gibt erste Bestrebungen, zumindest eine Übergangslösung herbeizuführen. Da muss man abwarten. Aber da bleibt eine große Unsicherheit, und da können wir auch in den Rehakliniken bei allen Anstrengungen, die unternommen werden, … Natürlich versuchen die Kliniken alles daran zu setzen, ihre eigene, interne Wirtschaftlichkeit so gut wie möglich aufzustellen. Da gibt es viele, viele Ansätze, viele, viele Kooperationen. Ich nenne als konkretes Beispiel die Energie. Da versuchen wir, Pools zu bilden und, und, und. Da passiert, was passieren kann, um das nach vorne zu bringen. Da ist schon eine Menge passiert, aber die wirtschaftliche Unsicherheit bleibt.

Wir haben unterschiedliche Strukturen in den Kliniken, wir haben grundsätzlich das Problem, dass wir gerade bei der Pflege im Gegensatz zum Krankenhausbereich wie auch zur Altenpflege keine sich automatisch anpassende Refinanzierung haben. Wir werden sehen, wie wir die im Rahmen der neuen Vergütungsstrukturen über die festgesetzten Standards – Personalstandards, Personalkorridore – refinanziert bekommen. Man muss sehen, dass in der Kostenstruktur einer Klinik round about 80 % der Kosten mehr oder weniger vorgegeben sind. Weil wir zwei Drittel Personalkosten haben, resultieren die im Wesentlichen aus Vorgaben, aus Personalkoeffizienten. Da ist gar nicht so viel Spielraum drin.

Thema „Investitionen“. Es ist grundsätzlich richtig, dass wir in den Vergütungssätzen eine Monistik haben. Aber wenn Sie die Vergütungssätze einmal vergleichen, dann ist da nicht viel Spielraum für Investitionen, die Sie als Klinik letztendlich finanzieren und alleine darstellen müssen, obwohl Sie die Finanzierungskosten und die Tilgungsleistung darstellen und auch erwirtschaften müssen. Das wird extrem schwierig.

Wir stellen immer wieder fest, gerade, wenn wir uns bei der Digitalisierung bewegen, wenn wir uns nicht nur im Bereich des Datenschutzes, sondern auch der Datensicherheit bewegen, haben wir eine sehr deutliche Ungleichbehandlung zum Krankenhausbereich. Rehakliniken werden genauso wie Krankenhäuser zur kritischen Infrastruktur gezählt. Rehakliniken erfahren keine Refinanzierung dieser entsprechenden Aufwendungen. Das wird schon sehr schwierig. Wir haben andere Bereiche, in denen wir

durchaus zu Recht – das wollen wir nicht in Abrede stellen – eine Gleichbehandlung mit dem Akutbereich finden, aber auch keine Refinanzierung bekommen. Das gilt zum Beispiel im Bereich der Hygiene. Das macht es Stück für Stück immer schwieriger, eine wirtschaftlich gesicherte Basis zu bekommen. Wir sind auf dem Weg, aber es gibt viele Fragezeichen, die uns eher unruhig zurücklassen als zuversichtlich in Zukunft blicken lassen.

Das Thema „regionale Verteilung“ ist gerade schon angeklungen. Es gibt nicht mehr diese klassische Verbindung zwischen Standorten von Rehakliniken und Kurorten. Das hat sich über die Jahre deutlich verändert. Wir haben nicht nur im ambulanten Bereich, wo wir das sehr häufiger antreffen, sondern auch in der stationären Rehabilitation mittlerweile viele, viele Standorte, ob wir ins Ruhrgebiet nach Essen, nach Dortmund oder sonst wohin gehen, die mit Kurorten eigentlich nichts mehr zu tun haben. Wenn man das rein rehabilitativ-medizinisch nimmt, ist das auch nicht zwingend notwendig. Wir sehen gerade im Bereich der ambulanten Rehabilitation, dass dem nicht so ist. Trotzdem legen wir auch von unserer Seite her großes Augenmerk darauf, dass die Kurorte in ihrer Struktur und in ihren Möglichkeiten gefördert werden. Wir glauben, dass Kurorte letztendlich gerade für Angehörige, Freunde und Bekannte ein gutes Angebot darstellen können sollen, um eine Entscheidung für den Rehabilitanden, die Rehabilitandin, die Patientin und den Patienten zu treffen.

In den Zuweisungs- und Auswahlkriterien der Leistungsträger, ob das Rentenversicherung oder GKV ist, spielt der Kurortstand überhaupt keine Rolle. Wenn eine Rehaklinik ausgesucht wird, ist das nicht zwingend an den Kurort gebunden. Wir müssen aber sehen, dass die Kurorte in ihrer Struktur weiterhin ein qualifiziertes Angebot darstellen, was die Gesundheitsvorsorge bzw. -fürsorge angeht, aber auch ein entsprechendes ich will nicht sagen touristisches Angebot vorhalten, aber doch in der Hinsicht agieren. Da brauchen wir insgesamt Unterstützung und versuchen, das Ganze gemeinsam zu bewegen.

Ich sage immer, wir brauchen über die Kurorte eine Sekundärpräferenz. Wenn die Angehörigen, die Freunde und Familien miteinander diskutieren: „In welche Rehaklinik geht es?“, haben wir definierte Qualitätsmerkmale. Das kann dazu führen, dass diese sagen: Wir gehen nach Bad Sassendorf“ – Sie sind ja gerade dabei, Herr Dahlhoff, da wäre es fatal, andere Orte zu nennen, aber mir würden schon ein paar einfallen –, „dann haben auch wir, wenn wir zu Besuch kommen, eine gute Angebotsstruktur, die wir wahrnehmen können, wo wir für uns noch etwas tun können, wo wir vielleicht einen guten Spaziergang machen können, und, und, und.“

Es wird letztendlich darum gehen, das auch politisch insgesamt zu unterstützen. Das ist unser besonderes Anliegen dabei. Wir brauchen die politische Wahrnehmung für die Rehakliniken, wie sie in diesem Antrag letztendlich zum Tragen gekommen ist. Wir möchten, dass das ganze Thema „Rehabilitation“ im politischen Denkraum für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus mitgedacht wird. Wir haben es bei den Überlegungen zum neuen Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen gesehen; wir haben es im Bereich der Notfallsituation der Coronapandemie gesehen. Wir sehen auch szenisch in dem, was an Krisenstrukturüberlegungen angestellt wird, dass dieser Bereich in seinen Facetten mitgedacht wird.

Die Rehakliniken, das kann ich durchaus über unseren Verband hinaus sagen, stehen bereit, wollen Verantwortung übernehmen und wünschen sich, auch entsprechend wahrgenommen zu werden. Das ist ein altes Motto. Es wäre schade, wenn ich das jetzt nicht sagen würde: Uns ist es ein ernsthaftes Anliegen, dass wir Nordrhein-Westfalen zum Reha-Land Nummer eins in Deutschland machen und das nicht nur dem Süden der Republik überlassen. Dafür werben wir sehr stark, dafür brauchen wir aber auch Ihre Unterstützung.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Stapper-Müer. – Bevor ich in die mögliche zweite Runde einsteige, hat Herr Wagener noch eine Ergänzung zu seinen Ausführungen von eben.

Dr. Wolfgang Wagener (Deutsche Rentenversicherung Rheinland): Ich wollte in Bezug auf den Titel der heutigen Ausschusssitzung darauf hinweisen, dass wir eigentlich eine deutliche Unterscheidung zwischen Rehabilitation und Kur haben. Das ist auch aus den Worten von Herrn Keck hervorgegangen. Was früher Kur war, war im Grunde ein Erholungsaufenthalt, heute vielleicht Wellnessaufenthalt genannt. Bei Rehabilitation geht es heute sowohl aus Sicht der Krankenversicherungen, die die Pflegebedürftigkeit vermeiden wollen, als auch aus Sicht der Rentenversicherung, die die Leute wieder ins Erwerbsleben bringen will – von der Unfallversicherung und so wollen wir gar nicht reden –, darum, dass es quasi ein Trainingslager, ein Wiederaufbau oder Wiedererlangen der Fähigkeiten ist, um in die berufliche Tätigkeit hineinzukommen – möglichst in die bisherige oder sonst in eine andere, vergleichbare Tätigkeit.

Dieser Unterschied ist auch den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gar nicht unbedingt bewusst. Es wird weiter einfach der Ausdruck „Kur“ verwendet. Das ist für die Kurorte sinnvoll und notwendig. Aber das bedeutet natürlich auch, dass der Ort, an dem das stattfindet, nicht zwingend Heilgegebenheiten wie Thermen, Salinen, Heilquellen oder so etwas überhaupt anbieten muss. Es geht darum, ein Trainingslager zu haben, um aus verschiedenen Indikationen wieder ins Leben, in die Teilhabe und aus unserer Sicht natürlich auch in die berufliche Teilhabe zurückzukommen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Wagener. – Ich sehe Wortmeldungen bei Frau Wenzel, Frau Schneider, Frau Fuchs-Dreisbach und Frau Weng. In der Reihenfolge bitte für die zweite Fragerunde.

Jule Wenzel (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre ausführlichen Ausführungen – besonders im Hinblick auf die Refinanzierung. Ich habe jetzt ein Art Fontane‘sche Aufgabenstellung für Sie und hoffe, dass das nicht so sehr in: „Das ist ein weites Feld“ abdriftet. Der Antrag schreibt von einem Modellprojekt zum Bürokratieabbau. Natürlich ist Bürokratieabbau gerade ein heiß diskutiertes Feld, weil Effizienzgewinne und Kostenvermeidung einbezogen werden. Haben Sie Beispiele dafür, welche Maßnahmen von Bürokratieabbau in so einem Modellprojekt erprobt werden könnten? Was sind da gerade Ihre Hauptpunkte? Die Frage richtet sich an das Rund, das hier sitzt, an Herrn Wagener, Herrn Keck, Herrn Kantus, Herrn Ruiss und Herrn Stapper-Müer.

Susanne Schneider (FDP): Herr Ruiss und Herr Stapper-Müer, wie könnte die vom Bund neu eingeführte Möglichkeit von Modellprojekten zur Ausbildung von Pflegeassistenz- und Pflegefachkräften in medizinischen Rehakliniken in Nordrhein-Westfalen genutzt werden, um die Potenziale dieser Ausbildungsstätten sichtbar zu machen?

Herr Stapper-Müer, wie bewerten Sie die politische Unterstützung der Entwicklung der Reha hier in Nordrhein-Westfalen, und mit welchen weiteren Maßnahmen könnte die wirtschaftliche Situation der Reha-Einrichtungen verbessert werden? Inwiefern könnten dabei landespezifische Öffnungsklauseln regionalen Besonderheiten besser gerecht werden?

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die erste Runde. Es ist immer gut, wenn wir solche Sachverständigen und so viel Expertise bekommen; denn wir müssen uns hinterher eine Meinung zum Antrag bilden.

Im Antrag heißt es in einem Punkt, dass sich die Landesregierung auf Bundesebene für eine Länderöffnungsklausel einsetzen soll. Mir ist aufgefallen, dass der Verband der Privatkliniken explizit eine Länderöffnungsklausel unterstützt, und der Verband der Ersatzkassen eine solche komplett ablehnt. Also strikte Ablehnung einer Länderöffnungsklausel von dem Verband der Ersatzkassen. Gehen Sie bitte noch einmal auf das Pro und Kontra dazu ein.

Herr Malte Dahlhoff, vielen Dank für die erste Runde. Im Antrag geht es um die Sonntagsöffnungszeit. Ich verstehe, dass Sie ein verständliches Interesse als Bürgermeister einer Bäderstadt haben. Ich komme selbst aus einer Reha-Stadt. Das Thema „Ladenöffnung“ ist immer aktuell. Sie haben eben berichtet, dass Wettbewerb und Wertschöpfung in diesem Bereich sehr wichtig sind. Der Antrag fordert auf, dass es eine Neuregelung, eine Ausweitung der Sonntagsöffnung geben soll. Halten Sie das wirklich für notwendig? Wir haben eben gehört, dass die Gäste in den Städten heute nicht mehr so zahlreich und die Patienten nicht mehr so mobil sind. Gehen Sie bitte darauf ein, ob Sie es wirklich für notwendig erachten, dass wir das ausweiten.

Christina Weng (SPD): Herzlichen Dank für die hochinteressanten und spannenden Ausführungen in der ersten Runde. Vielen Dank, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass ihr alle meine Fragen schon gestellt habt. Das sind wirklich die richtigen Fragen. Danke schön dafür. Aber etwas würde mich noch interessieren: Durch die zu erwartende weitere Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern wird der Reha-Bereich gerade im operativen Bereich noch einmal sehr gefordert werden. Meine inhaltliche Beurteilung ist, jemand der eben noch Krankenhauspatient gewesen ist, bleibt noch einen Moment lang Krankenhauspatient. Wie wird dieser persönlichen Anforderung begegnet werden können, weil in dieser ersten Phase tatsächlich ein großer Kostenblock entsteht? Das würde mir als letzte Frage reichen. Ich glaube, es ist ein starkes Element.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf mich zunächst für die vielen Wortbeiträge bedanken und habe noch eine Rückfrage an Herrn Dr. Weber von der Gesellschaft für Fortschritt und Freiheit. Eben wurde von Herrn Ruiss

und weiteren ausgeführt, dass am Ende des Tages die Finanzierung nicht beim Beitragszahler bleiben darf, weil das unter Umständen schlichtweg sozusagen die falsche Kostenabteilung ist. Gesamtgesellschaftlich ist aber gut belegt, dass Rehabilitation Kosten spart, und zwar nicht nur in der Primärprävention, sondern auch in der Sekundär- und Tertiärprävention, sodass im Prinzip die Kosten-Nutzen-Rechnung für die Gesellschaft gut ist. Vielleicht könnten Sie noch einmal ausführen, warum die Politik, auch die Landespolitik, gut beraten wäre, hier Kosten zu tragen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Dr. Vincentz. – Ich starte in Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Fragen an die Herren hier im Rund gerichtet sind, mit Herrn Wagener in die zweiten Runde.

Dr. Wolfgang Wagener (Deutsche Rentenversicherung Rheinland): Zum Bürokratieabbau. Das ist uns selbst natürlich auch ein riesiges Anliegen, auch die Online-Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation, die inzwischen umgesetzt sind. Da waren wir zugegebenermaßen als Rentenversicherung etwas hinterher, auch mit unseren eigenen Reha-Einrichtungen. Das wird aber auch von uns mit großer Verve vorangetrieben, sodass wir davon ausgehen, dass der Papieraufwand zunehmend weniger wird. Wir wollen die papierlose Antragsstellung und -bearbeitung. Das funktioniert schon sowohl in den ärztlichen Beratungsstellen als auch in allen anderen, so dass wir da auf jeden Fall einen Bürokratieabbau haben.

Problematisch ist es immer, wenn es zu einem Stromausfall kommt und dann im Grunde alles flachliegt, weil gar nichts mehr geht und man nicht mehr an irgendwelche Daten und sonstigen Dinge kommt, was natürlich ganz wesentlich ist.

Ein weiterer Punkt betrifft die Verkürzung der Liegezeiten und der Kosten. Da haben Sie völlig recht. Die DRGs haben Dinge in die Reha-Einrichtungen gebracht, die vorher überhaupt nicht bekannt waren: Wundversorgung, Wundmanager, Wundpflege. Auch entsprechendes Instrumentarium und Dinge, die dafür erforderlich sind und früher nur im Krankenhaus vorgehalten wurden, sind inzwischen in den Reha-Einrichtungen, insbesondere aus den operativen Bereichen der Orthopädie, der Kardiologie und den weiteren Bereichen quasi fest etabliert. Wenn das so weitergeht, werden wir mit den Reha-Einrichtungen zunehmend zu einer Art Ersatzkrankenhaus, was der Qualität des Personals in den Reha-Einrichtungen sicherlich entgegenkommt – auch in Bezug auf die Ausbildung, was aber im Grunde eine aus meiner Sicht unzulässige Vermischung darstellt. Die Rehabilitation, ich hatte es in meinem ersten Beitrag gesagt, ist eine unverzichtbare Ergänzung und auch ganz wesentlich für viele Dinge der Akutmedizin. Aber sie kann nicht an deren Stelle treten, nur weil man sagt: Die Patienten dürfen nicht mehr so lange im Akutkrankenhaus liegen, sondern müssen nach drei Tagen woanders hinkommen, damit wir die flächendeckende Versorgung aufrechterhalten können.

Welche Kostenauswirkungen gibt es? Das ist im medizinischen Bereich immer etwas günstiger. Man muss wirtschaftlich handeln und so. Von daher kann man das, denke ich, im Moment überhaupt noch gar nicht abschätzen.

Thomas Keck (Deutsche Rentenversicherung Westfalen): Ich möchte einleitend zu dem Ausdruck „Trainingslager Rehabilitation“ Stellung nehmen. Es darf auch Spaß machen, es sollte nur nicht die Kur im alten Sinne wie „Tango und Fango“ sein. Was wir immer etwas bei der Aufgabe „wir wollen Sie wieder fürs Berufsleben fit machen“ vernachlässigen, ist, wir wollen Lebensqualität in bestimmten Situationen zurückgeben. Das ist ein entscheidender Faktor, der gesellschaftspolitisch nicht zu unterschätzen ist: Lebensqualität im Alter und mit Beschwerden und Funktionseinschränkungen.

Ich darf etwas zum Bürokratieabbau sagen. Sie wollen wissen, was wir konkret unternommen haben. Wenn Sie sich beispielsweise RV Fit anschauen, dann ist das ein Programm, das Sie online ohne große Schwierigkeiten buchen können. Sie geben die Versicherungsnummer ein, suchen sich eine Einrichtung aus, beantworten fünf Fragen und dann sind Sie im RV-Fit-Programm. Wir planen gerade zusammen mit den Krankenkassen einen einheitlichen Reha-Antrag, das heißt einen Antrag für alle Leistungen für die Versicherten. Wir wollen von oben nach unten abbauen, sodass das System deutlich klarer wird.

Eines muss man dabei allerdings auch sehen, nämlich das, was immer mit Silodenken beschrieben wird. Wenn wir von den Sozialversicherungsträgern aufgefordert werden, betriebswirtschaftlich zu handeln, dann werden wir selten volkswirtschaftliche Ergebnisse erzielen, sondern in erster Linie betriebswirtschaftliche Ergebnisse bei den Trägern. Volkswirtschaftliche Ergebnisse erzielen wir, wenn wir global und gesellschaftspolitisch denken. Das bedeutet aber auch, den Einfluss von Steuergeldern deutlich stärker mitzunehmen.

Wenn Sie sich die aktuelle Pressemeldung aus dem derzeit stattfindenden Rentenseminar angucken, dann hat Herr Gunkel sehr deutlich gesagt, wenn die Mütterrente 3 aus Steuergeldern finanziert wird, muss das bedeuten, dass auch die Mütterrenten 1 und 2 aus Steuergeldern finanziert werden. Sie werden derzeit aus Beitragsgeldern finanziert. Diese Diskussion müssten wir dann auch vor dem Hintergrund der Frage führen, wie das Reha-Budget und die Beitragssatzentwicklung sich weiter gestalten.

Zur AHB-Geschichte bzw. der Frage der frühzeitigen Verlegung. Es kann für die Rehakliniken durchaus eine Chance bedeuten, da deutlich stärker tätig zu werden. Das bedeutet aber auch einen deutlich stärkeren qualitativen, inhaltlichen und finanziellen Aufwand. Das bedeutet für die Kurorte und die Heilbäder durchaus noch eine andere Aufgabe, wenn man im Rahmen des AHB-Verfahrens dahin verlegen kann.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Frau Wenzel, zum Bürokratieabbau. Wir haben uns bewusst ein bisschen gegen den Begriff gewendet, weil das ein Schlagwort ist, hinter dem sich auch etwas verbergen muss. Nicht jeder Verwaltungsakt ist unnötige Bürokratie.

Ich glaube, man muss sortieren: Wo entsteht die Bürokratie? Entsteht sie bei uns in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Sozialversicherungsträger, oder entsteht sie durch öffentliche Auflagen? Das ist ganz wichtig.

Für den Teil, der uns angeht, würde ich sagen, wir sind gar nicht so schlecht unterwegs. Wir haben zum einen durch die Telematikinfrastruktur eine Erleichterung im

Datenaustausch. Ich will hier noch einmal deutlich sagen, wir sind sehr daran interessiert, dass alle Reha-Einrichtungen sich an dieser Telematikinfrastruktur beteiligen. Das tun sie nicht. Es wird refinanziert. Der Austausch über die Infrastruktur ist gegeben und erleichtert auch Verwaltungsverfahren.

Wir werben sehr dafür, dass wir beim Datenaustausch – Abrechnungen etc. – das Niveau halten. Das haben wir im Grunde genommen schon geschafft und hat in den letzten Jahren zu einer erheblichen Erleichterung des gegenseitigen Transfers geführt. Wir müssen natürlich gucken, dass die Reha-Einrichtungen über die Anbindung an die genannten Strukturen, die wir im Gesundheitssystem haben, auf die Elektronische Patientenakte zurückgreifen können. Auch das hilft, Bürokratie abzubauen und Verwaltungsvorgänge zu erleichtern, weil ein Informationsvorsprung da ist und man nicht alles parallel anlegen muss.

Ansonsten sind wir jederzeit bereit zu schauen, wo sich Erleichterungen erreichen lassen. Ich will das gar nicht Modellverfahren nennen. Wir sind natürlich skeptisch bei möglichen Vorschlägen – die im Übrigen nicht im Antrag gemacht werden, das will ich auch sagen –, die darauf abzielen, Nachweisverfahren einfach über Bord zu werfen oder indikationsbezogene Dokumentationen sein zu lassen, vielleicht auch bei der Nachweispflicht für Vergütungshöhen Abstriche zu machen. Das kann aus unserer Sicht nicht sein. Darunter leiden letztendlich Qualität und Wirtschaftlichkeit. Das hilft irgendwie auch keinem.

Zu der Frage von Frau Schneider. Ich beginne mit dem, was ich jetzt konkret beantworten kann. Bei einer Sache, Frau Schneider, würde gerne noch einmal nachfragen.

Landesspezifische Öffnungsklausen für NRW. Uns hat sich nicht so ganz erschlossen, was das sein soll. Damit will ich nicht einer rein bundeseinheitlichen Logik das Wort reden. Im Gegenteil. Die Bundesrahmenempfehlungen, die wir gemeinsam mit den Leistungserbringern verabschieden haben und die im Übrigen Mindeststandards vorhalten, sind durchaus nach oben variabel. Daran würden wir auch gerne mit den Leistungserbringern festhalten. Nach oben, wohlgemerkt. Das ist ganz wichtig, damit wir uns bei der Frage der Finanzierung, die versorgungs- und bedarfsgerecht möglicherweise ansteht, auch hier in NRW auf andere Lösungen einigen können. Wir sind natürlich auch bereit, über regionale Versorgungsprobleme zu reden. Daran haben wir ein großes Interesse.

Es gibt im Übrigen einen Aufbau von Reha-Kapazitäten, die für mich da reinspielen würden: Wo muss man im Land speziell hingucken? Wo entstehen Bedarfe, die wir abbilden müssen? – Nehmen wir das Beispiel der geriatrischen Rehabilitation. Wenn man einfach aufgrund eines höheren Bedarfs das entsprechende Angebot braucht, dann schaffen wir es natürlich in NRW, das irgendwie aufzubauen.

Wir würden uns schwer damit tun, pauschal zu sagen, es gibt jetzt eine Bundesrahmenempfehlung. Dann macht man eine Öffnungsklausel für was? Uns ist nicht ganz klar, in welche Richtung das gehen soll. Ich will durchaus ein bisschen kritisch sagen, überall da, wo wir derzeit im GKV-System mit Öffnungsklauseln arbeiten, führt das in der Regel zu einer Verwässerung von Qualität, Verantwortung und Wirtschaftlichkeit. Ich nenne den Krankenhausbereich und andere Bereiche. Von daher tun wir uns da

ein bisschen schwer. Das wird nicht Ihr Ansinnen sein, aber dahinter kann man auch vermuten, dass andere unter Öffnungsklauseln letztendlich die Abweichung von Qualitätsstandards verstehen. Das würden wir definitiv ablehnen.

Regionale Besonderheiten nehmen wir gerne im Dialog mit den Leistungsempfängern auf. Wie gesagt, auch die spezifischen Situationen der Häuser nehmen wir in den Verhandlungen auf.

Das Thema der Ausbildung, hoffe ich, habe ich richtig verstanden. Nach unserem Verständnis können, und das haben Sie im Antrag richtig konstatiert, Reha-Einrichtungen derzeit nicht im Rahmen des Pflegeberufegesetzes ausbilden. Das muss bundesgesetzlich geändert werden, wenn man es anders wollte. Man müsste dann die Reha-Einrichtungen ermächtigen, die Qualifikationsvoraussetzungen als Ausbildungsstätte zu erfüllen. Das ist dann das Minimum. Aber ich glaube, in NRW können wir keine Sonderlösung für eine Art „Pflegeberuf Reha“ oder so etwas machen. Das ist eine bundesgesetzliche Regelung. Man muss bundesgesetzlich letztendlich an das Pflegeberufegesetz ran, wenn man es für die Rehakliniken öffnen wollte.

Frau Wenig, zum Übergang von stationärem Aufenthalt zur Reha schließe ich mich im Grunde genommen den Ausführungen von Herrn Keck an. Da wird ein Bedarf entstehen; davon sind wir fest überzeugt. Der ist auch abbildbar. Wir werden mit den Reha-Einrichtungen zusätzliche Bedarfe, die möglicherweise durch die Krankenhausplanung abgebildet werden müssen, abbilden können. Wir bauen gemeinsam Kapazitäten auf. Das wird in der Personalgestaltung einer Reha-Einrichtung eine Rolle spielen, die letztendlich Berücksichtigung finden kann. Von daher sehen wir das Problem auch so, aber es ist aus unserer Sicht lösbar.

Gestatten Sie mir, an dem Punkt ein praktisches Beispiel zur Bedeutung von Reha im Übergang des gesellschaftlichen Wandels zu nennen. Ich glaube, wir müssen genau hingucken, nicht Bedarfe zu identifizieren, die es faktisch in der Realität nicht gibt. Lassen Sie mich ganz besonders das Beispiel „Reha vor Pflege“ nennen. Wir haben seit 10, 14 Jahren eine sehr intensive Diskussion im Gesundheitswesen, wonach berechtigterweise die Reha vor Pflege gestärkt werden soll. Das machen wir im Rahmen der Zusammenarbeit mit den medizinischen Diensten sehr strukturiert seit zehn Jahren. Wir haben die Curricula der Pflegebegutachter explizit ausgeweitet. In jeder Pflegebegutachtung gibt es eine Reha-Empfehlung oder auch nicht. Das ist ganz wichtig und richtig und passiert auch. Jetzt kommt das ganz Entscheidende: Die Reha-Empfehlungen sind gar so hoch wie man meint, weil viele Menschen nicht Reha-fähig sind. Der Anteil derjenigen, die die Reha auch akzeptieren, ist verschwindend klein. Das ist, glaube ich, wichtig für das praktische Leben. Der demografische Wandel wird Reha-Bedarfe ändern und erhöhen. Auch die Reha vor Pflege muss gestärkt werden. Aber es ist nicht so, dass wir in dem Bereich massenhaft Kapazitäten aufbauen müssen, weil der Reha vor Pflege in der Regel durch viele Versicherte gar nicht gewünscht ist. Das muss man akzeptieren. Die Menschen wollen aus psychischen, sozialen und auch physischen Gründen nicht in eine stationäre Reha, auch wenn es versorgungspolitisch sinnvoll wäre. Das muss man berücksichtigen.

Joachim Stapper-Müer (Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen): Natürlich ist das auch für uns ein Punkt, gerade was die Pflege und die Pflegeausbildung angeht. Wir haben schon in den vergangenen Jahren eine Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern erlebt und in den Kliniken festgestellt, dass wir Patientinnen und Patienten mit durchaus höherem postakuten Versorgungsbedarf bekommen. Was machen Sie dann? Was können wir noch tun, und wer macht es? Da schließt sich der Kreis. Darauf gibt es nur drei Antworten: Pflege, Pflege, Pflege.

Wir brauchen dafür Pflegekräfte, wir brauchen auch qualifizierte Pflegekräfte. Da sind wir, und damit komme ich wieder zum Anfang, immer im Hintertreffen zu Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Deshalb noch einmal: Keiner sagt, auch in Nordrhein-Westfalen, Pflegeausbildung in Rehakliniken macht keinen Sinn. Aber jeder sagt, das muss der Bund organisieren. Aber es muss auch aus Nordrhein-Westfalen heraus Druck entwickelt werden, damit das bewegt werden kann. Wir können ausbilden, wir wollen ausbilden, wir haben auch ein interessantes Arbeitsfeld. Wir können damit letztendlich auch eine neue Zielgruppe erreichen. Ich sehe es nicht so, dass wir das dem Bund zuschieben können. Ich denke, wir sind selber in der Verantwortung. Deswegen lassen wir nicht nach, das immer wieder zu thematisieren. Hier kann man viel erreichen und vielleicht dem einen oder anderen auch im höheren Alter schmackhaft machen, doch noch in die Rehaklinik zu gehen.

Das Thema „Bürokratieabbau“ haben wir heute wieder gehört. Meine persönliche Einstellung ist, ich halte jedes Formular, was wir ausfüllen, im Grundsatz erst einmal für überflüssig, bis mir jemand das Gegenteil beweist. Die Regel ist, jeder sagt, wir brauchen jedes Formular, bis mir jemand beweist, dass ich es nicht brauche. Damit kommen wir nicht weit. Das kriegen wir in jeder Diskussion – auch gerade wieder.

Nehmen wir ein klassisches Thema. Ich weiß, das wollen Sie bei der GKV nicht hören. Genehmigungsvorbehalt für Reha-Leistungen Neurologie. Da kann man schon eine ganze Menge machen.

Das ist wirklich mal zu durchforsten und zu fragen: Welches Formular bringt am Ende was für die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem insgesamt, vielleicht auch im Detail in den Kliniken, in Krankenhäusern wie in Rehakliniken? Ich glaube nicht, dass wir viele Sachen haben, die dann zwingend notwendig sind.

Natürlich haben wir viel mit Digitalisierung erledigt. Dass, wenn ich das richtig verstanden habe, die Rehakliniken Telematikinfrastruktur nicht nutzen würden, ist nicht so, finde ich. Ich glaube, das wird genutzt. Es könnte sicherlich mehr sein, da gebe ich Ihnen Recht. Das ist ein Thema. Da kann man sicherlich mehr machen; da können wir mehr tun. Auch hier wieder: politische Unterstützung für die Rehabilitation durch das Land oder das Gesundheitsministerium.

Einige von Ihnen wissen das; einige von Ihnen waren mit uns schon in den Rehakliniken unterwegs. Wir versuchen, durch den Besuch in den Rehakliniken Ihnen und Ihren Kolleginnen und Kollegen aus der politischen Arbeit in Land und Bund deutlich zu machen, was Rehabilitation leistet, was sie leisten kann, welche Rolle wir dabei spielen und welchen Ansatz wir dabei verfolgen, weil wir nicht nur innovativ sein wollen; wir wollen sehen, was wir für die Patientinnen und Patienten, für die Rehabilitandinnen

und Rehabilitanden in den Kliniken Neues entwickeln und nach vorne bringen, was einen tatsächlichen Nutzen hat. Wir wünschen uns natürlich auch entsprechende politische Unterstützung und Wahrnehmung. Da hat sich schon etwas getan; das muss man ehrlicherweise sagen. Es wäre vermessen zu sagen, da hätte sich nichts getan. Es gibt feste Ansprechpartnerinnen und Partnerinnen im Ministerium. Aber wir wollen natürlich weiterkommen. Wir wollen, dass der Rehabilitationsbereich in den Strukturen der Gesundheitsversorgung konsequent mitgedacht wird. Das haben wir während der Coronapandemie schmerzlich vermisst. Im Bereich des Krankenhausplans ist es dann vergessen worden. Wir hoffen, dass wir in den jetzt anstehenden Überlegungen zu Krisenszenarien wieder drin sind. Die Ansätze sind da, aber es bleibt schwierig.

Stichwort und großer Auseinandersetzungspunkt ist immer wieder, weil wir gerade über Neurologie sprachen, die neurologische Frührehabilitation in den Rehabilitationskliniken. Das ist im Rahmen des Krankenhausplans hinten hinübergekippt – man muss fast sagen: wider besseres Wissen. Da kommen wir auch nicht weiter. Da hätten wir uns andere Sachen gewünscht, aber insbesondere die politische Wahrnehmung.

Am Ende haben wir Öffnungsklauseln, aber die sind nicht in irgendeiner Weise institutionalisiert. Wir brauchen Strukturen. Wir sind zur landesspezifischen Umsetzung der Rahmenempfehlung im Gespräch. Das begrüßen wir sehr. Insofern kann man nicht sagen, das gibt es nicht. Aber ich hatte das eine oder andere auch nach dem Motto gelesen: Regionalisierung und Öffnungsklauseln sind Teufelszeug.

Im Bereich der Vergütungen und der Neustrukturierung der Rentenversicherung haben wir über die Rentenversicherung in Westfalen und im Rheinland durchaus eine Regionalisierung, die leider nicht vollumfänglich auf Bundesebene bekannt ist. Insofern wäre es ganz schön, wenn wir da weiterkämen.

Malte Dahlhoff (Nordrhein-Westfälischer Heilbäderverband): Ein paar Punkte will ich an der Stelle zum Ausdruck bringen, weil die im Vorfeld angeteasert worden sind. Kurorte und Heilbäder sind seit jeher Gesundheitsorte. Ich gebe Herrn Wagener völlig recht, wenn er sagt, „Kurort“ ist vielleicht nicht mehr die richtige Bezeichnung, auch wenn das im Kurortegesetz nach wie vor so vorgesehen ist. Tatsächlich sind wir Gesundheitsorte und das sicherlich schon seit jeher. Die Kur, muss man sagen, gibt es faktisch nicht mehr. In dem Leistungsportfolio gibt es natürlich nach wie vor Vorhaltungen im Bereich von Kur. Die Nachfrage hat sich da sehr deutlich verlagert. Das ist eine Entwicklung über die letzten Jahrzehnte. Die ist einfach anzuerkennen. Das ist ein Faktum. Gleichwohl ist die Infrastruktur, die wir haben und die an manchen Stellen auch zu ertüchtigen ist, für den ganzen Bereich der Prävention bestens geeignet. Herr Stapper-Müer sagte eben mit einem Satz, natürlich kann man eine Reha irgendwo machen, die kann man auch in Essen oder in Dortmund machen und die wird sicherlich auch medizinisch sehr gut sein. Als Vertreter des Heilbäderverbandes weiß ich natürlich, dass die Reha-Angebote, die wir in Kurorten und Heilbäder machen, nicht nur gleich gut, sondern vielleicht sogar etwas besser funktionieren, weil Kurorte und Heilbäder genau diese Präventionsinfrastruktur haben. Sie sind in eine naturnahe wunderschöne Landschaft eingebettet. Das gehört sicherlich dazu. Man muss immer daran denken, dass so ein Reha-Alltag sicherlich von 8 bis 16 Uhr mit Therapien belegt ist,

aber es gibt eben auch eine Zeit davor und danach. Wenn man über Nachhaltigkeit von Reha spricht, will man die Menschen auch dazu animieren, beispielsweise für den Bereich der orthopädischen Reha, durch entsprechendes Verhalten dafür zu sorgen, dass die Reha zur Nachhaltigkeit führt, damit man nicht möglicherweise erneut Kunde oder Patient einer Rehaklinik wird. Das ist, glaube ich, ein wesentlicher Faktor. Wenn ich in benachbarte Bundesländer schaue, ist sehr auffällig, dass Patienten, soweit sie einigermaßen mobil sind, Kurorte und Heilbäder sehr häufig als Orte aufsuchen, und das in Kombination mit unseren natürlichen Heilmitteln und Heilverfahren, die wir haben und die dazu einladen, Outdoor-Angebote anzunehmen. Spaziergänge kann man überall machen, aber ich glaube, dass Kurparke oder Kneipp-Wanderwege ganz besonders dazu einladen, das Angebot wahrzunehmen, wenn es um die Verstetigung geht.

In dem Zusammenhang ist auch die Frage der Abgeordneten Fuchs-Dreisbach zu Öffnungszeiten besonders anzusprechen. Ich habe den Antrag nicht so verstanden, dass es darum geht, die Öffnungszeiten zu erweitern. Wir haben im Ladenöffnungsgesetz jetzt schon 40 Öffnungstage, die für Kurorte, Heilbäder und andere vorgesehen sind. Es geht hier um den sogenannten Warenkatalog, der in NRW, will ich einmal sagen, sehr stark fokussiert, um nicht zu sagen begrenzt ist. Der Warenkatalog scheint fast schon denkmalwürdig zu sein. Das Ganze hat sich weiterentwickelt. Der Katalog kommt aus einer Zeit, in der es um Kurangebote mit einem entsprechenden Angebot ging. Das Nachfrageverhalten der Patienten und Gäste hat sich verändert. Insofern gilt zum Thema „Aufenthaltsqualität“, wir müssen als Kurorte und Heilbäder Kulturangebote für unsere Gäste und Patienten vorhalten. Zu einem umfassenden Angebot gehören auch Einkaufsmöglichkeiten, gerade für diejenigen, die als Tagesgäste beispielsweise bestimmte Besorgungen machen, denn die Einzugsbereiche unserer Kurorte und Heilbäder und damit auch der Patientinnen und Patienten der Rehakliniken vor Ort betragen teilweise hundert Kilometer und deutlich mehr. Insofern scheint es durchaus angezeigt, das Ganze zu machen.

Eine schwächelnde Nachfrage erkenne ich im Moment nicht; die Nachfrage scheint sich im Moment noch recht stabil zu entwickeln. Es kommt natürlich auf die Indikation an, darauf, wer mit welcher Indikation behandelt wird. Auch da erlebt man im orthopädischen Bereich, dass die Patientinnen und Patienten mehr als die Hälfte ihrer Aufenthaltsdauer sehr mobil sind. Es ist sicherlich Ziel von Reha, eine frühzeitige Mobilisierung zu erreichen. Sagen wir, ab spätestens der Hälfte der drei Wochen sind auch die Patientinnen und Patienten im orthopädischen Bereich in der Lage, die Angebote des Ortes wahrzunehmen. Insofern gehört das Thema „Einkaufsmöglichkeiten“ sicherlich zu einer Gesamtattraktivität. Deswegen appellieren wir, dafür zu sorgen, dass wir die Mitbewerber in benachbarten Bundesländern nicht aus dem Auge verlieren, denn zum Wunsch- und Wahlrecht gehört das eben auch.

Natürlich steht die medizinische Qualität im Vordergrund. Die Frage, welche Rahmenbedingungen an einem Ort geboten werden, ist sicherlich nicht zu verachten und ein ganz wichtiger Punkt, wenn wir versuchen wollen, ortsnah Angebote in NRW zu entwickeln. Wenn ich auf Ostwestfalen/Südwestfalen schaue, dann sind unsere Kurorte und Heilbäder auch Gesundheitsanbieter für die Bevölkerung vor Ort. Frau Fuchs-Dreisbach kennt das Thema „Bad Berleburg“ sicherlich sehr gut. Wir sind in Siegen-

Wittgenstein sicherlich etwas anders aufgestellt als in der Rheinschiene. Kurorte und Heilbäder haben mit ihren Gesundheitsangeboten auch eine Versorgungsfunktion für die Orte. Insofern ist das Gesamtspiel ganz besonders wichtig. Deswegen kann die Stärkung der Kurorte und Heilbäder sowie der Rehakliniken dazu beitragen, dass man Angebote hat, die der Bevölkerung in NRW gerade in etwas ländlicher geprägten Bereichen insgesamt zugutekommen. Deswegen ist die Ausweitung der Öffnungszeiten nicht das Ziel des Heilbäderverbandes und auch nicht vom Antrag intendiert, glaube ich, sondern es geht schlicht und ergreifend um den Warenkatalog. Ich darf ich an der Stelle noch einmal auf die Seebäder und die jüngsten Entwicklungen im Freistaat Bayern hinweisen, die den Warenkatalog erweitert haben. Ich habe nicht den Eindruck, dass es dort zu einem tatsächlichen Abfall gekommen ist.

Dr. Andreas Weber (Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit *[per Video zugeschaltet]***):** Die Sachlage stellt sich als sehr komplex dar, und ich hätte zu sehr vielen Dingen sehr viel zu sagen, aber in Anbetracht der Zeit, fasse ich mich kurz. Die präzise Frage von Dr. Vincentz war: Warum ist es für Länder und Bund im Endeffekt sehr, sehr wichtig, den Bereich der Rehabilitation und der Kurorte zu stärken? Ich möchte mich hier noch einmal als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Tätiger in einem Reha-Verband und auf anderen Ebenen definitiv für die Patienten einsetzen und hier eine Lanze brechen. Ich denke, das Allerwichtigste ist es, dass wir Patienten befähigen, einen guten Lebensstil zu führen und somit auch ihre Lebensqualität zu verbessern. Lebensstiländerungen und Lebensqualität wurden von verschiedenen Sachverständigen angesprochen, ebenso wie die gesellschaftlichen Herausforderungen.

Ich möchte gerne noch einmal darauf hinweisen, dass Effizienz und Kostensenkung nicht allein durch Stellschraubenveränderungen an den Rahmenbedingungen entstehen, sondern insbesondere auch durch die Fallinzidenz gesteuert werden, ergo aus der Befähigung des Patienten, Krankheit zu verhindern oder aus eigener Kraft anders zu steuern. Da wäre es besonders essenziell, wenn Bund und Länder, insbesondere auch das Land NRW, voranschreiten würden, um die Patientenbefähigung zu stärken. Da bietet das ACES-Modell, was ich vorgestellt habe, sehr, sehr gute Möglichkeiten.

Herr Dahlhoff, ich möchte kurz auf die Besucherzahlen in den Kurorten und die Befähigung der Patienten eingehen, teilzunehmen – besonders im rehabilitativ-orthopädischen Bereich. Ich stimme damit überein. Ich stimme auch überein, dass wir die Befähigung von Rehakliniken im frühfunktionellen Reha-Bereich, sprich kurzer Krankenhausaufenthaltsdauer, hier bei uns vor Ort schon praktizieren und sehr, sehr positive Erfahrungen haben. Hier wäre eine Stärkung auch der Ausbildung von Krankenschwestern und Pflegepersonal essenziell wichtig.

Es ist auch die Frage: Warum suchen immer weniger Menschen Heilbäder oder Kurorte auf? Schauen wir uns an, was Heilbäder und Kurorte anbieten, zum Beispiel Bad Wörishofen. Da war Pfarrer Doktor Sebastian Kneipp tätig. Auch dieser Ort hat einen großen spirituellen Aspekt gehabt. Die Menschen suchen nicht nur ein Trainingslager, was natürlich superwichtig ist, um postoperativ wieder die Befähigung zur ADL, also die Alltagsfähigkeit, zu haben. Sie suchen vor allem auch einen Rückzugsort, Sinnhaftigkeit und einen Erholungsort. Deswegen wäre es wirklich hervorragend, wenn sowohl

auf Länderebene als auch Bundesebene hier weitere Finanzierungen gestärkt und eingeleitet werden könnten.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Dr. Weber. -Ich schaue noch einmal ins Rund und sehe eine Nachfrage bei der CDU-Fraktion. Herr Kantus möchte auch noch etwas sagen.

Guido Görtz (CDU): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Sachverständige! Wir haben zwar eben schon den Bereich „Digitalisierung“ angerissen, ich darf aber explizit im Bereich „KI“ schärfen. Auf der vergangenen REHACARE war nämlich neben dem technischen Fortschritt bei den Hilfsmitteln das Thema „Künstliche Intelligenz“ eines der Bestimmenden. Uns würde aus Ihrer Sicht interessieren: Wo kann KI im Besonderen den Bereich der Rehabilitation unterstützen? Wo gibt es aus Ihrer Sicht Hemmnisse, dort voranzukommen? Wo kann die Landesregierung noch stärker unterstützen? Die Frage richtet sich an Herrn Wagener, Herrn Keck und Herrn Ruiss.

Dr. Wolfgang Wagener (Deutsche Rentenversicherung Rheinland): Das ist eine Frage, die extrem schwer zu beantworten ist. Wir kennen das aus der Diabetologie oder aus der Asthma-Schulung. Wenn mit bestimmten Dingen umzugehen ist und insbesondere, wenn man in der Diabetologie auf die automatisierten Insulindosierungssysteme und die Sensortechnik und so schaut, dann ist das für gut geschulte, für verständige und auch für entsprechend gebildete Patienten ein Highlight und eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität und ihrer Berufsfähigkeiten. Aber nicht jeder ist dafür geeignet.

Sicherlich können die Rehabilitation da einen wesentlichen Beitrag im Vergleich zu den Akut-Kliniken leisten. Das gilt auch in Bezug auf den täglichen Umgang damit, weil die kurzen Liegezeiten im Krankenhaus diese Schulungsmöglichkeiten und diese Dinge meistens gar nicht ermöglichen. Heute wird auch nicht mehr stationär geschult, sondern in ambulanten Praxen. Daher ist die Rehabilitation im Hilfsmittelbereich, sagen wir mal, etwas weniger vertreten. Bei den orthopädischen Fällen, insbesondere bei Amputationen und den immer modifizierteren und besseren Prothesen ist das sicherlich eine extrem gute Möglichkeit, die Leute darauf einzustellen – auch mit dem Umgang. Es ist immer auch die Frage: Wie gehe ich damit um, wenn es nicht so funktioniert wie es eigentlich sein soll? Wie kriege ich Hilfe in dem Moment? Der Support muss gegeben sein. Das sind Dinge, die sicherlich in der Reha deutlich besser aufgehoben sind als in der Akut-Klinik, die das aus meiner Sicht gar nicht leisten können.

Thomas Keck (Deutsche Rentenversicherung Westfalen): Vielen Dank für die Frage. Die Möglichkeiten sind sicherlich noch lange nicht ausgeschöpft, geschweige denn geplant. Aber wir sind dabei, in der Rentenversicherung auch in der Rehabilitation deutlich stärker voranzuschreiten. Sie haben in unserer Stellungnahme gelesen, dass wir inzwischen versuchen, sehr viele digitale Modelle gerade im Bereich der Nachsorge, aber auch in der Rehabilitation anzubieten und weiterzuentwickeln.

Wenn Sie über Künstliche Intelligenz nachdenken, was meinen Sie dann damit? Meinen Sie algorithmisch oder meinen Sie wirklich vernetzt und neuronal vernetzt? Da sind wir, glaube ich, gerade erst am Anfang der Entwicklung. Wenn Sie sich die neuronale Vernetzung angucken, dann hat das aus unserer Sicht zumindest in der Rehabilitation, wenn ich Heil- und Hilfsmittel wie künstliche Extremitäten und dergleichen beiseitelasse, gerade in der Psychosomatik schon früher eine riesige Bewegung gegeben, mit Apps zu unterstützen.

Die Frage gerade bei den Indikationen – Herr Dr. Wagener hat es angedeutet – ist die qualitative Bildung des Einzelnen. Wie kann er damit umgehen, wie versteht er das, und wie bringe ich ihn dahin? Sie dürfen die Indikationen, die Diagnosen nicht unterschätzen. Gerade in psychosomatischen Maßnahmen müssen Sie den Patienten sehen; Sie können nicht alles digital machen Sie müssen mit ihm die ersten Wege gemeinsam gehen, um ihn dann zu befähigen, das weiter und auch selbstständig zu nutzen. Es gibt inzwischen Apps, die Spiele organisieren, Sie wieder zurückholen und anhand bestimmter Indikatoren feststellen, ob eine Depression naht oder nicht und Ihnen in den Moment einen Reminder schickt. Dann können Sie selbst tätig werden. Das ist aber nur für bestimmte Personengruppen geeignet, nicht für alle. Gerade, wenn Sie suizidal gefährdet sind, ist hier große Vorsicht geboten. Hier gehört ein Mensch, ein Therapeut hin, der das gemeinsam mit dem Versicherten entwickelt. KI ja, immer, aber die Frage ist: Wo setze ich sie ein, und wo muss ich ethisch nachfragen? Wo sind die Grenzen der KI? Wo muss der einzelne Mensch mit dem Menschen kommunizieren und Bewegung in sein Leben, in seine qualitative Einschränkung mitnehmen?

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Ich will mich bei dem Thema nicht schlauer machen als ich bin. Ich kann das kaum adäquat beantworten, weil ich kein Experte für KI bin und das eher aus der Versorgung heraus gedacht werden muss. Von daher will ich mich erst einmal den Worten von Herrn Keck anschließen. Man muss genau den Anwendungsbereich anschauen; die ethische Frage ist entscheidend.

Ich kann zumindest beitragen, dass es generell in der Versorgungsforschung, und ich glaube, da muss man gar nicht nach Akut und Reha trennen, durchaus interessante Innovationsansätze gibt, die die Rolle von KI beleuchten. Es macht Sinn, mal reinzuschauen, inwieweit die die Reha berücksichtigen und, wenn das nicht so ist, ob es da möglicherweise Türöffner gibt. Aber das ist vor allem ein Impuls, der aus der Versorgung heraus selber kommen soll. Es gibt diese Ansätze auch in anderen Versorgungsbereichen. Wie gesagt, es gibt den Innovationsfonds, der Versorgungsprojekte, primär Forschungsprojekte, auflegen kann. Wir machen uns gerne die Mühe, in den Katalog dessen zu gucken, was schon erprobt wird. Dann macht es bestimmt Sinn, in der Auswertung zu schauen: Was davon ist auch für die Reha möglicherweise zugänglich?

Thomas Keck (Deutsche Rentenversicherung Westfalen): Ich will noch eine Ergänzung zu Reha im Medizinstudium machen. Wir errichten aktuell mit der Rentenversicherung Rheinland und privaten Einrichtungen eine Stiftungsprofessur in Bielefeld zum Thema „Reha im Medizinstudium“. Das gab es schon einmal vor etwa 20 Jahren

an der Charité. Das ist aber weitgehend im Sand verlaufen. Wir werden das jetzt zusammen mit der Rentenversicherung Bund wiederbeleben.

Martin Kantus (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Ich würde gerne zum Abschluss noch einen allgemeinen Überblick geben. Wir haben heute sehr viel über Regionalitäten, Spezifitäten und auch Fokussierungen in den Regionen gehört. Herr Dahlhoff, Sie hatten mit Ihrem Statement eben darauf hingewiesen, dass die Regionalität ein äußerst wichtiger Aspekt ist. Ich suche jetzt den Schulterschluss zu den Rehakliniken. Wir sind als Krankenkassen durchaus angetreten und müssen antreten als Sichersteller insbesondere für die rehabilitative Versorgung. Ich appelliere noch einmal, dass die Fragestellung der regionalen Versorgung durchaus auch im Interesse der GKV ist. Man müsste nur öfter mit uns reden. Ich sage das ganz bewusst. Das klingt vielleicht ein bisschen provokativ, aber ich denke, Sie wissen, was gemeint ist. Wir versuchen durchaus, regionale Spezifitäten zu berücksichtigen, auch in der Erkenntnis, dass es bestimmte Versorgungsnotwendigkeiten in den Regionen gibt.

Eben kam das Thema „Geriatrie“ auf. Das ist sicherlich ein gutes Beispiel. Auch an der Stelle versuchen wir als GKV, gemeinsam mit den Rehakliniken Lösungsmechanismen zu finden und im Rahmen von Vertragsverhandlungen das eine oder andere anzumerken. Wenn Ideen für Kapazitätserweiterungen oder inhaltliche Veränderungen da sind, haben wir als GKV immer ein offenes Ohr. Aber noch einmal: Dann muss man mit uns reden. Das würde ich gerne zum Abschluss im Sinne des gemeinsamen Umsetzens der Reha-Landschaft in Nordrhein-Westfalen sagen.

An den Rahmenempfehlungen, Herr Ruiss hat es gesagt, kommen wir nicht vorbei. Das ist sicherlich der Mindeststandard. Aber bei dem, was darüber hinausgeht, und damit meine ich auch die gemeinsamen Diskussionen über regionale Stärkungen, sind wir für jegliche Diskussion offen.

(Joachim Stapper-Müer [Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen]): Wir reden ja schon miteinander!)

– Ja, natürlich.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Kantus. – Ich sehe keine weiteren Fragen. Wir sind am Ende der heutigen Anhörung angekommen. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen, dass sie uns hier vor Ort und per Zuschaltung für die Beantwortung der Fragen zu Verfügung gestanden haben. Ich wünsche Ihnen einen guten Weg nach Hause oder an den Arbeitsplatz und, ich glaube, man darf das nach dem 11.11. sagen, auch eine schöne vorweihnachtliche Zeit; die steht sicherlich noch einmal besonders im Vordergrund.

Das Protokoll der heutigen Veranstaltung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Landtags einsehbar.

Danke auch an die Kolleginnen und Kollegen. Wir sehen uns nachher noch im Ausschuss.

Ich schließe die Anhörung.

gez. Daniel Hagemeier
stellv. Vorsitzender

Anlage
21.11.2025/27.11.2025

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken – Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte unterstützen!
Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/13821

am Mittwoch, dem 12. November 2025
10.00 bis (max.) 12.00 Uhr, Raum E 1 D05, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellung-nahme
Malte Dahlhoff Vorsitzender des Nordrhein-Westfälischen Heilbäderverbandes e. V. Bad Sassendorf	**Malte Dahlhoff** *per Videozuschaltung*	---
Joachim Stapper-Müer Geschäftsführer des Verbands der Privatkliniken NRW e.V. Lippstadt	**Joachim Stapper-Müer**	**18/3118**
Dirk Ruiss Leiter der Landesvertretung Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	**Dirk Ruiss** **Martin Kantus**	**18/3126**
Thomas Keck Vorsitzender der Geschäftsführung Deutsche Rentenversicherung Westfalen Unternehmenskommunikation Münster	**Thomas Keck**	**18/3132**
Deutsche Rentenversicherung Rheinland Düsseldorf	**Dr. Wolfgang Wagener**	**18/3124**
Dr. Andreas Weber Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit Köln	**Dr. Andreas Weber** *per Videozuschaltung*	**18/3133**

<u>weitere Stellungnahme</u>

Dr. Becker Klinikgesellschaft SE & Co. KG (DBKG)
Köln **18/3095**