LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN
18. Wahlperiode

E 18/1515

05.11.2025

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Josef Neumann MdL

Einladung

96. Sitzung (öffentlich, **Livestream**)
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am Mittwoch, dem 12. November 2025,
10.00 Uhr bis (max.) 12.00 Uhr, Raum E1 D05

Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Die Einladung geht nachrichtlich an den Ausschuss für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie.

Gemäß § 53 Absatz 1 der Geschäftsordnung des Landtags berufe ich den Ausschuss ein und setze folgende Tagesordnung fest:

Tagesordnung

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

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/13821
Stellungnahme 18/3118
Stellungnahme 18/3124
Stellungnahme 18/3126
Stellungnahme 18/3132
Stellungnahme 18/3133

Stellungnahme 18/3095

Anhörung von Sachverständigen

gez. Josef Neumann
- Vorsitzender -

F. d. R.

Susanne Stall
- Ausschussassistenz -

Anlage
Verteiler

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

Verteiler

Malte Dahlhoff
Vorsitzender des
Nordrhein-Westfälischen
Heilbäderverbandes e. V.
c/o Rathaus Bad Sassendorf
Bad Sassendorf

Joachim Stapper-Müer
Geschäftsführer des Verbands der
Privatkliniken NRW e.V.
c/o Reha-Klinik Panorama GmbH
Lippstadt

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung Düsseldorf
Düsseldorf

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Marcus Kloppenborg
Leiter Referat Unternehmenskommunikation
Münster

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland
Düsseldorf

Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit
Dr. Andreas Weber
Köln

***

- TOP -

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

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN
18. Wahlperiode

Drucksache **18/13821**

13.05.2025

Antrag

der Fraktion der FDP

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

I. Ausgangslage

Rehabilitation ist neben der ambulanten und stationären Akutversorgung und der Altenpflege eine wesentliche Säule des deutschen Gesundheitssystems. Sie unterstützt mit vielfältigen und passgenauen Leistungen und Maßnahmen die gesellschaftliche Teilhabe zum Beispiel nach einem Unfall oder einer schweren Erkrankung. Dabei soll medizinische Rehabilitation eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung verhindern oder einer Verschlimmerung vorbeugen.

Kurorte leisten mit ihren Angeboten und Einrichtungen einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung sowie für präventive Maßnahmen zur Verhinderung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Mehr als 350 Heilbäder und Kurorte in Deutschland halten mit ortsgebundenen und ortstypischen Heilmitteln bzw. Heilverfahren Angebote für die Vorbeugung und Nachsorge von Krankheiten vor.

Für unsere Gesellschaft ist es von fundamentaler Bedeutung, die Rehabilitation auch in Zukunft als leistungsfähigen Teil der Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte sind zudem ein bedeutender Wirtschaftsfaktor in unserem Land. Um Nordrhein-Westfalen als Reha-Land nachhaltig zu stärken sind aber weitere Anstrengungen nötig.

In Folge von der Corona-Pandemie und Inflation stehen viele Rehabilitationseinrichtungen vor wirtschaftlichen Herausforderungen. Um die wirtschaftliche Situation der Reha zu stärken und Insolvenzen von Reha-Kliniken zu verhindern, muss der Bund endlich aktiv werden. Die übergreifenden Rahmenverträge engen die Spielräume der Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen in den Ländern ein. Landesspezifische Besonderheiten werden dabei nicht ausreichend berücksichtigt. Daher sollte eine Länderöffnungsklausel vorgesehen werden.

Um die medizinische Rehabilitation generell zu stärken, sollten Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz berücksichtigt werden. Ansonsten besteht für Reha-Kliniken keine Chancengleichheit auf dem umkämpften Fachkräftemarkt für Pflegekräfte. In Reha-Kliniken könnten zudem wohnortnahe Ausbildungsmöglichkeiten im ländlichen Raum entstehen. Auch im Bereich der Medizinerausbildung sollen die Themen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung eine deutlich größere Rolle als bisher einnehmen.

Datum des Originals: 13.05.2025/Ausgegeben: 13.05.2025

Die Bürokratie, die auch auf der Rehabilitation lastet, verschärft die Situation der Einrichtungen, die durch die unterschiedlichen Kostenträgerstrukturen zwischen Rentenversicherung, Pflege- und Krankenkassen und damit einhergehenden unterschiedlichen Qualitätsvorgaben bereits beeinträchtigt wird. Daher sollten Möglichkeiten zum Bürokratieabbau bzw. zur Bürokratievermeidung in der Reha über ein Modellprojekt in einer Region mit zahlreichen Standorten von Einrichtungen in der Praxis erprobt werden.

Darüber hinaus ist eine stärkere Unterstützung bei der Digitalisierung und der Nutzung Künstlicher Intelligenz nötig. Anwendungsbereiche können u. a. Verwaltung, Dokumentation, individuelle Behandlungsplanung, Überwachung von Körperfunktionen und Behandlungsverlauf, automatisierte Bewegungsanalyse, Roboter-Exoskelette und andere technische Assistenzsysteme sein. Mit diesen Möglichkeiten kann eine Rehabilitation unterstützt und besser auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden, zudem kann Fachpersonal entlastet werden. Die Einführung in den Behandlungsalltag der Reha-Kliniken erfordert jedoch entsprechende Investitionen.

Neben ihrem Beitrag für das Gesundheitswesen haben viele Kurorte eine touristische Bedeutung. Für Besucherinnen und Besucher, aber auch für die Patientinnen und Patienten in den örtlichen Rehaeinrichtungen spielen Einkaufsmöglichkeiten eine wichtige Rolle. Diese sollten gerade auch am Wochenende zur Verfügung stehen. Für Verkaufsstellen in Kurorten, Ausflugs-, Erholungs- und Wallfahrtsorten ist gemäß § 6 Abs. 2 des Ladenöffnungsgesetzes NRW eine Öffnung an jährlich höchstens 40 Sonn- oder Feiertagen bis zur Dauer von acht Stunden zulässig. Neben den Waren, die für diese Orte kennzeichnend sind, dürfen Waren zum sofortigen Verzehr, frische Früchte, Tabakwaren, Blumen und Zeitungen verkauft werden. Diese Regelung sollte insofern erweitert werden, dass die Palette der zulässigen Produkte u. a. alle Lebensmittel umfasst.

II. Beschlussfassung

Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

- sich auf Bundesebene für eine bessere wirtschaftliche Situation der Reha-Kliniken einzusetzen,
- sich auf Bundesebene für eine Länderöffnungsklausel der bundesweiten Rahmenverträge zur besseren Berücksichtigung regionaler Besonderheiten einzusetzen,
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass auch Reha-Kliniken als Träger der praktischen Pflegeausbildung anerkannt werden,
- zu prüfen, wie die Themen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung verstärkt in den Studiengängen der medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen berücksichtigt werden können,
- Möglichkeiten zum Bürokratieabbau bzw. zur Bürokratievermeidung in der Reha über ein Modellprojekt in der Praxis zu erproben und in der Folge flächendeckend umzusetzen,
- Reha-Kliniken im Bereich der Digitalisierung und der Nutzung Künstlicher Intelligenz zu unterstützen,
- bis Mitte 2026 einen Bericht zur aktuellen Situation der Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte in Nordrhein-Westfalen sowie zu deren Entwicklungsmöglichkeiten und zu politischen Handlungsoptionen vorzulegen,
- die Regelung zur Sonntagsöffnung in Kurorten, Ausflugs-, Erholungs- und Wallfahrtsorten auszuweiten sowie

- sich für die Einrichtung regionaler Reha-Netzwerke zwischen Reha-Einrichtungen und der lokalen Gesundheitsinfrastruktur von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken etc. einzusetzen.

Henning Höne
Marcel Hafke
Susanne Schneider
Dietmar Brockes

und Fraktion

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3118

A01, A18

VDPK NRW
Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V.

VDPK NRW e.V. ▪ Gräulinger Str. 120 ▪ 40625 Düsseldorf

An die
Ausschussassistenz des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtages 1
40221 Düsseldorf

Verband der Privatklinken in
Nordrhein-Westfalen e.V.
c/o Sana Kliniken Düsseldorf
GmbH
Gräulinger Str. 120
40625 Düsseldorf

Telefon: 02941/881570
E-Mail: info@vdpk-nrw.de
Internet: www.vdpk-nrw.de

04.11.25

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen am 12.11.25 zum Antrag der Fraktion der FDP:

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

Drucksache 18/13821

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Neumann,
sehr geehrte Frau Stall,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum oben genannten Antrag.

Der Verband der Privatkliniken in Nordrhein-Westfalen e.V. (VdPK-NRW) vertritt mehr als 100 Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken und weiteren Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Als Spitzenverband in Nordrhein-Westfalen bilden wir die Gesamtstruktur der medizinisch/rehabilitativen Versorgung ab. Rund die Hälfte der Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen ist in unserem Verband organisiert. Darüber hinaus ist der VdPK-NRW eng eingebunden in die Strukturen und die Arbeit des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. in Berlin. Unserem Verband wie auch unseren Mitgliedern ist es ein besonderes Anliegen durch Innovation und Verantwortungsübernahme die medizinische/rehabilitative Versorgung der Bevölkerung zuverlässig sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Die Krankenhäuser wie auch Rehabilitationskliniken haben das bereits während der Corona-Pandemie gezeigt und stehen auch im Rahmen der derzeitigen Überlegungen und Szenarien zur Krisenvorsorge uneingeschränkt zur Verfügung.

Der Darstellung der Ausgangslage im vorliegenden Antrag der Fraktion der FDP können wir umfänglich zustimmen. Die Rehabilitationseinrichtungen leisten einen essentiell wichtigen Beitrag im Versorgungsprozess erkrankter Menschen. Dabei gilt es zwei unterschiedliche Rehabilitationsansätze zu trennen. Zum einen verfolgen wir insbesondere zusammen mit der

Deutschen Rentenversicherung das Ziel, durch Prävention und Rehabilitation frühzeitige und signifikante Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern bzw. abzumildern („Reha vor Rente“). Zum anderen verfolgen wir, in diesem Bereich insbesondere zusammen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung, das Ziel durch gezielte und individualisierte Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitige und dauerhafte Beeinträchtigungen zu verhindern, die zum Beispiel zu Pflegebedürftigkeit führen können. Beiden Ansätzen und Wegen ist gemein, dass sie das übergeordnete Ziel verfolgen, gesellschaftliche Teilhabe so umfassend und so kontinuierlich wie möglich wieder zu erreichen bzw. zu gewährleisten.

Zu den Punkten der Beschlussfassung nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Die wirtschaftliche Situation der Rehabilitationskliniken muss dringend und nachhaltig verbessert werden. Die in Folge der Corona-Pandemie und nach Beginn des Ukraine-Krieges erfolgten Kostensteigerung treffen die Rehabilitationskliniken in besonderem Maße, da, im Unterschied zum Akutbereich, nur eine monistische Finanzierung existiert und somit aus den Vergütungssätzen sowohl der laufende Betrieb wie auch jegliche Investition dargestellt werden muss. „Sondertöpfe“ zur Finanzierung wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung existieren bisher nicht.
2. In diesem Zusammenhang begrüßen wir ausdrücklich die Forderung, landesspezifische Öffnungsklauseln zu ermöglichen, um regionalen Besonderheiten besser gerecht werden zu können.
3. Im Gesamtbereich der Entwicklung digitaler Dienste und digitaler Unterstützungen, wie zum Beispiel den Einsatz von Künstlicher Intelligenz, stehen die Rehabilitationskliniken vor enormen Herausforderungen in technischer, struktureller, organisatorischer aber auch finanzieller Hinsicht. Dabei sind die Rehabilitationskliniken gleichsam von zwei Seiten betroffen. Neben der Einführung neuer Techniken spielt die gleichzeitige Absicherung – Stichwort „Kritische Infrastruktur“ – eine immer größere und wichtigere Rolle. Die Kosten zur Absicherung der IT-Struktur in den Rehabilitationskliniken sind in den vergangenen Jahren exponentiell gestiegen und nichts deutet daraufhin, dass diese Entwicklung sich auch nur verlangsamt. Finanzielle Unterstützung ist in diesem Bereich unverzichtbar und notwendig. Für Krankenhäuser bestehen diesbezüglich deutlich bessere Möglichkeiten als für Rehabilitationskliniken. Dies gilt im Übrigen auch in Bereichen wie Hygiene oder Klimaschutz und Hitzeprävention.
   Die Mitgliedskliniken des VdPK-NRW verfolgen darüber hinaus mit dem verstärkten Einsatz und der steten Weiterentwicklung der IT-Strukturen das Ziel, die Belastungen und den Zeitbedarf zur Erledigung rein bürokratischer Aufgaben und Vorgänge für interne als auch externe Zwecke zu reduzieren. Wir plädieren stark dafür, diesen Bereich intensiv auf unabweisbare Notwendigkeiten einerseits und im Hinblick auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung andererseits zu überprüfen. Arbeitszeit, die für bürokratische Aufgaben verwendet werden muss, steht letztlich nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung.
4. Für die Öffnung der Pflegeausbildung im Hinblick auf den Rehabilitationsbereich setzen wir uns seit Jahren ein. Es ist und bleibt völlig unverständlich, warum das nicht längst der Fall ist. Die Rehabilitation stellt ein hoch attraktives Arbeitsfeld für Pflegekräfte dar und kann neben Krankenhaus und Altenpflege einen weiteren Anreiz für eine Pflegeausbildung bieten. Es ist eine Chance, die bisher vollständig vernachlässigt wird.

5. Abschließend sei angemerkt, dass wir die Weiterentwicklung der Kurorte unterstützen. Eine Ausweitung der Regelungen beispielweise zu Ladenöffnungszeiten halten wir für geboten und notwendig. Kurorte bieten ein attraktives Umfeld, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (soweit das gesundheitlich möglich), aber auch insbesondere deren Familien, Angehörige und Freunde gerne aufsuchen.

Seit einigen Jahren verfolgt der VdPK-NRW das Ziel, Nordrhein-Westfalen zum Reha-Land Nr. 1 in Deutschland zu machen. Die Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen leisten einen sehr wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland. Wir wollen diesen Weg weitergehen und dafür Verantwortung übernehmen. Dazu wünschen wir uns eine stärkere Berücksichtigung im Rahmen der laufenden Umsetzung beispielsweise des neuen Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen oder auch zu den Szenarien der Krisenvorsoge. Insofern heißen die politische Unterstützung der weiteren Entwicklung der Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen sehr willkommen.

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Stapper-Müer
Geschäftsführung

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3124

A01, A18

Deutsche Rentenversicherung
Rheinland

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

Anhörung von Sachverständigen des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 12. November 2025

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/13821

hier:

Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf

Gerne nimmt die DRV Rheinland zu den unter der Ziffer II („Beschlussfassung“) genannten Forderungen wie folgt Stellung:

Zu 1.Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Reha-Kliniken

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland ist derzeit für insgesamt 39 medizinische Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen federführend zuständig (Stand: 31. Oktober 2025; 12 stationäre und 27 ganztägig ambulante Einrichtungen). Sie ist damit für den gesamten Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung verantwortlich, mit diesen Einrichtungen beispielsweise die Vergütung zu verhandeln. Im Landesteil Nordrhein (= Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Rheinland) finden sich neben den 27 durch die DRV Rheinland federgeführten ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen noch 29 weitere ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Bund geführt werden. Damit verfügt der Landesteil Nordrhein über das dichteste Netz an ganztägig ambulanten Rehabilitationsangeboten in Deutschland. Rund 30 % aller jährlich durchgeführten medizinischen Leistungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland werden in ganztägig ambulanter Form, wohnortnah für unsere Kunden, durchgeführt.

Die Vergütung durch die Deutsche Rentenversicherung erfolgt über tagesgleiche, vollpauschalierte Vergütungssätze, die sowohl die im Rahmen der Rehabilitation erbrachten Leistungen als auch die Investitionskosten abdecken und damit eine auskömmliche Refinanzierung der Einrichtung gewährleisten sollen.

In den vergangenen Jahren haben die Zahl der Anträge und Bewilligungen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kontinuierlich zugenommen. Ursächlich hierfür ist eine zunehmend alternde Gesellschaft (demografische Entwicklung) und eine damit verbundene Zunahme an chronischen und psychischen Erkrankungen, wodurch sich zugleich auch der grundsätzliche Reha-Bedarf erhöht hat. Nach vorliegenden Prognosen wird sich dieser Trend in den nächsten Jahren auch fortsetzen. Insofern ist auch bei den Reha-Einrichtungen ein höhere Fallzahl in den letzten Jahren zu verzeichnen.

Zum 01. Januar 2026 wird die Deutsche Rentenversicherung bundesweit ein neues Vergütungssystem einführen, durch das sich die Vergütung künftig stärker anhand der Struktur, des Bedarfs und der Qualität der Leistungserbringung leistungsdifferenziert (Aufwand, Indikation, Komplexität) bemessen lassen wird.

Es besteht dann aus einer Einrichtungsübergreifenden und einer Einrichtungsspezifischen Komponente, die beispielsweise regionale Besonderheiten, innovative Behandlungskonzepte oder auch Tarifkomponenten im Vergütungssatz berücksichtigen werden. Die Summe beider Komponenten ergibt den abschließenden Vergütungssatz. Die Vergütung wird jedoch weiterhin mit vollpauschalierten, tagesgleichen Vergütungssätzen erfolgen.

Unter Berücksichtigung des gesetzlichen Auftrages der Deutschen Rentenversicherung und mit dem Ziel, ein nachhaltiges, qualitativ hochwertiges und bedarfsgerecht aufgestelltes Netz an Rehabilitationseinrichtungen im eigenen Zuständigkeitsgebiet vorzuhalten, liegt es auch in unserem Interesse, sichere, planbare und wirtschaftliche Voraussetzungen für die Reha-Einrichtungen zu schaffen.

Insofern vertreten wir im Rahmen unserer Möglichkeiten auch die Belange der Reha-Einrichtungen in unseren Beratungen auf der Bundesebene.

Zu 2: Länderöffnungsklauseln der bundesweiten Rahmenverträge

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben keine Rahmenverträge geschlossen.

Zu 3. Anerkennung von Reha-Kliniken als Träger der praktischen Pflegeausbildung

Eine Anerkennung von Reha-Kliniken als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz anzuerkennen, wird begrüßt.

Gerade in den stationären Einrichtungen sind die Pflegekräfte ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsteams und in den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung vorgesehen. Die Möglichkeit, selber Fachkräfte ausbilden zu können, würde die Gewinnung von qualifiziertem Personal erleichtern. Ebenso würde hiermit die Möglichkeit eröffnet werden, dem bestehenden Fachkräftemangel entgegen treten zu können.

Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass für die Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit bestehen muss, sich an bestehende Strukturen wie Pflegeschulen angliedern zu können. Auch müssen Kooperationen mit den bestehenden Ausbildungsbetrieben geschlossen werden können, um die in den Rehabilitationseinrichtungen ggfls. nicht abbildbaren Praxisabschnitte in der Nähe durchführen zu können.

Zu 4. Berücksichtigung der Themen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung in den medizinischen Studiengängen

Hier ist die DRV Rheinland bereits sehr aktiv und unterstützt diese Forderung ausdrücklich. Der Stellenwert von Rehabilitation und Prävention in der Medizinerausbildung muss dringend gestärkt werden. Mitarbeitende der DRV Rheinland halten bereits eine Vielzahl von Vorlesungen an diversen Universitäten. Eine höhere Gewichtung der Themen innerhalb der medizinischen Studiengänge würde insgesamt zu einer Stärkung der Relevanz von Rehabilitation im Kontext der Mediziner*innenausbildung, der Wissenschaft sowie in der Gesundheitsversorgung generell führen und kann zugleich die ärztlichen Personalbedarfe der Rehakliniken deutlich fördern.

Zu 5. Möglichkeiten zum Bürokratieabbau in der Rehabilitation

Die DRV Rheinland unterstützt das Ziel des Bürokratieabbaus und des Aufbaus von effizienten Prozessstrukturen. Auch wenn hier zunächst die interne Trägerverwaltung im Vordergrund steht, haben diese Bemühungen entsprechende Auswirkungen auf die Reha-Einrichtungen als Partner der Deutschen Rentenversicherung. Es geht hier vor allem darum, auch gemeinsam effiziente Strukturen und Prozesse zu gestalten, um den Bürokratieabbau weiterhin zu stärken.

Zu 6. Digitalisierung und Einführung von KI in den Reha-Kliniken

Diese Auffassung teilt die DRV Rheinland. Unter anderem aus diesem Grund hat sie gemeinsam mit anderen Träger der Deutschen Rentenversicherung den Förderschwerpunkt "Digitalisierung in der medizinischen Reha " ins Leben gerufen, an dem sich beispielsweise die DRV Rheinland mit einem jährlichen Betrag von bis zu 100.000 EUR für die nächsten fünf Jahre beteiligen wird.

Ebenso finden mit der Digitalisierung verbundene Kosten beispielsweise ebenso Berücksichtigung im neuen Vergütungssystem. Hier findet sich die sog. Innovationskomponente, die im Rahmen der einrichtungsspezifischen Komponente berücksichtigt werden kann.

Weiterhin beteiligt sich die Deutsche Rentenversicherung in Form des „Telematik-Zuschlages“ an den entstehenden Kosten der Reha-Einrichtungen im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematik-Infrastruktur. Grundlage hierfür ist eine gemeinsame Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Alterskasse und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) aus dem Jahr 2021.

Im gemeinsamen Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung wird die Digitalisierung als grundlegende Voraussetzung für niederschwellige, flexible Prozesse definiert, um sowohl administrative Abläufe (Antragstellung, Kommunikation zwischen Leistungserbringern, verschiedenen Sozialversicherungsträgern etc.) als auch die eigentliche Leistungserbringung (z. B. digitale bzw. hybride Angebote in Prävention, Rehabilitation und Reha-Nachsorge) voranzutreiben.

So finden insbesondere in der medizinischen Rehabilitation digitale Anwendungen stetig mehr Berücksichtigung, um Zugänge und Umsetzbarkeit zu vereinfachen und therapeutische Inhalte besser mit der Lebenswelt der Versicherten zu verknüpfen.

Zu 7. Bericht zur Situation der Reha-Kliniken

Hierzu ergeben sich aus Sicht der DRV Rheinland keine Anmerkungen.

Zu 8. Regelungen zur Sonntagsöffnung in Kurorten

Grundsätzlich wird die Stärkung der Bedeutung der Kurorte begrüßt. Entsprechend notwendige Regelungen liegen außerhalb unseres Zuständigkeitsbereiches.

Zu 9. Gründung regionaler Reha-Netzwerke

Die Gründung regionaler Reha-Netzwerke wird begrüßt. Bereits heute bestehen in Form der Kommunalen Gesundheitskonferenzen Möglichkeiten zum gemeinsamen Austausch. Hier sind alle an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beteiligten Institutionen eingebunden. Hier besteht aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Rheinland die Möglichkeit, auch dem Thema Rehabilitation eine stärkere Bedeutung beizumessen.

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3126

A01, A18

vdek
Die Ersatzkassen

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

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

Antrag der Fraktion der FDP
- Drucksache 18/13821 -

Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 12. November 2025

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

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

Grundsätzliche Bewertung

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

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

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

Insbesondere bemängeln die Ersatzkassen:

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

Bewertung ausgewählter Punkte des Antrags

Wirtschaftliche Situation der Reha-Kliniken

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

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

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

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

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

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

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

Länderöffnungsklausel in bundesweiten Rahmenverträgen

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

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

Reha-Kliniken als Träger der praktischen Pflegeausbildung

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

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

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

Bürokratieabbau und Modellprojekt

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

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

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

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz

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

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

Fazit:

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

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

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

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3132

A01, A18

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

hier:

Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Münster

05.11.2025

Zu den unter Punkt II. „Beschlussfassung“ benannten Forderungen der Verfasser des Antrages der Fraktion der FDP wird wie folgt Stellung genommen.

Zu 1. Wirtschaftliche Situation der Rehaeinrichtungen

In Nordrhein-Westfalen gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt 36 Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Zuständigkeit der DRV Westfalen, als federführender Rentenversicherungsträger. Dennoch können sowohl die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) als auch die Deutsche Rentenversicherung (SGB VI) Träger einer solchen Leistung sein. Die wirtschaftliche Gesamtsituation einer Rehabilitationseinrichtung hängt somit von der Inanspruchnahme von Leistungen sowie von der Vergütungshöhe aller Träger ab.

Die Deutsche Rentenversicherung vergütet die unter ihre Trägerschaft fallenden Leistungen mit tagesgleichen, vollpauschalierten Vergütungssätzen, die sowohl die im Rahmen der Rehabilitation erbrachten Leistungen als auch die Investitionskosten abdecken und damit eine auskömmliche Refinanzierung der Einrichtung gewährleisten sollen. Vorrangiger Faktor hinsichtlich der Refinanzierung ist somit die Anzahl an Leistungstagen, die sich wiederum aus den Gesamtantrags- sowie Bewilligungszahlen des Leistungsträgers ergibt.

Ergänzend dazu sei erwähnt, dass es eine vollständige Gegenfinanzierung der medizinischen Rehabilitationsreinrichtungen für die dort erbrachten Leistungen nicht mehr gibt. Hintergrund dieser Änderung war, die Rehabilitationseinrichtungen zu einem stärkeren wirtschaftlichen Handeln zu veranlassen, um dadurch sowohl die Träger der Rentenversicherung als auch die

Rehabilitationseinrichtungen gleichermaßen in die Verantwortung des wirtschaftlichen Risikos zu nehmen.

In den vergangenen Jahren hat die Zahl der Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kontinuierlich zugenommen. Die Zahl der Bewilligungen kann dabei eine vergleichbare Entwicklung, wenn auch auf niedrigerem Niveau, vorweisen. Begründen lässt sich dies insbesondere durch eine zunehmend alternde Gesellschaft (demografische Entwicklung) und eine damit verbundene Zunahme an chronischen und psychischen Erkrankungen, wodurch sich zugleich auch der grundsätzliche Reha-Bedarf erhöht hat. Diese Bedarfszunahme führte gleichermaßen zu steigenden Fallzahlen bei den Rehabilitationseinrichtungen. Zugleich hat sich, u.a. durch das Flexi-Rentengesetz (Fl-RG) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das Portfolio an möglichen Teilhabeleistungen erweitert, die durch Einrichtungen perspektivisch angeboten werden können. Durch den Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird der Grundsatz: „Prävention vor Reha vor Rente“ noch einmal aufgegriffen und bekräftigt. Präventive Leistungen der Rentenversicherungsträger wie der Ü45-Check sollen weiter ausgeweitet werden, was prognostisch die Antragszahlen bezogen auf Präventions- und/oder Rehabilitationsleistungen zulasten der Rentenversicherungsträger ansteigen lassen wird.

Neben der gestiegenen Leistungsnachfrage führten jedoch zugleich deutliche Kostensteigerungen für Personal und Energie sowie allgemeine Inflationsentwicklungen in den vergangenen Jahren zu einem zunehmenden Kostendruck.

Ergänzend dazu fördert das TRIO-Gesetz seit 2023, durch seine Einführung des Wunsch- und Wahlrechts für Versicherte, den Wettbewerbsdruck zwischen den Einrichtungen. Qualitätsmerkmale sowie Weiterempfehlungsquoten haben dadurch deutlich an Bedeutung gewonnen und der marktwirtschaftliche Grundsatz des Wettbewerbs Einzug erhalten. Damit erhöhte sich der wirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen ebenfalls.

Um einem möglichen wirtschaftlichen Ungleichgewicht entgegenzuwirken und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zukünftig transparent und insbesondere gerecht zu vergüten, auch unter Berücksichtigung der beschriebenen Entwicklungen, wird die Deutsche Rentenversicherung zum 01.01.2026 bundesweit, gemäß §15 SGB VI, ein neues Vergütungssystem einführen, durch das sich die Vergütung künftig stärker anhand der Struktur, des Bedarfs und der Qualität der Leistungserbringung leistungsdifferenziert (Aufwand, Indikation, Komplexität) bemessen lassen wird. Das neue Vergütungssystem besteht dann aus einer Einrichtungsübergreifenden und einer Einrichtungsspezifischen Komponente (EÜK, ESK), die beispielsweise regionale Besonderheiten, innovative Behandlungskonzepte oder auch Tarifkomponenten fair im Vergütungssatz berücksichtigen werden. Die Summe beider Komponenten ergibt den abschließenden Gesamtvergütungssatz.

Die Vergütung wird jedoch weiterhin mit vollpauschalierten, tagesgleichen Vergütungssätzen erfolgen.

Das wirtschaftliche Gleichgewicht der Rehabilitationseinrichtungen soll hierdurch nachhaltig gewährleistet und der Markt insgesamt zukunftsfähig aufgestellt werden.

Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages der Deutschen Rentenversicherung und mit dem Ziel, ein nachhaltiges, qualitativ hochwertiges und bedarfsgerecht aufgestelltes Netz an Rehabilitationseinrichtungen im eigenen Zuständigkeitsgebiet vorzuhalten, liegt es im Interesse der Leistungsträger sichere, planbare und wirtschaftliche Voraussetzungen für die Einrichtungen zu schaffen.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen vertritt daher die Belange der federgeführten Einrichtungen in den Gremien der Deutschen Rentenversicherung auf Bundesebene und setzt sich für eine entsprechende Berücksichtigung dieser im Rahmen von Grundsatzentscheidungen ein, um für eine nachhaltig wirtschaftliche Stabilität der Einrichtungen, insbesondere auch in Krisenzeiten, Sorge zu tragen.

Zu 2. Länderöffnungsklausel

Die in dem Antrag genannten Rahmenverträge betreffen die Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Rehabilitationseinrichtungen. Diese sind der Deutschen Rentenversicherung Westfalen auf Grund dessen nicht bekannt und gleichermaßen auch nicht bindend.

Zu 3. Anerkennung von Reha-Kliniken als Träger praktischer Pflegeausbildung

Gemäß § 7 Abs. 1 Pflegeberufegesetz (PflBG) sind Träger der praktischen Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann ausschließlich zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V), zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI) und zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI und § 37 SGB V), die eine eigene Pflegeschule betreiben oder mindestens einen Durchführungsvertrag mit einer Pflegeschule geschlossen haben (§ 8 Abs. 2 PflBG). In den genannten Einrichtungen finden die Pflichteinsätze in der allgemeinen Akutpflege, der allgemeinen Langzeitpflege und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege statt. Zugleich schließt die Einrichtung mit dem Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag (§ 8 PflBG).

Damit sind für Ausbildungseinrichtungen grundlegende Voraussetzungen zu erfüllen, die (1) die Anbindung an Pflegeschulen, (2) die Gewährleistung einer dauerhaften Praxisanbindung sowie (3) das Vorhalten von entsprechend ausgebildetem Fachpersonal vorsehen, welches ausbildungsbefähigt ist und insgesamt wiederum in Konflikt zum Fachkräftemangel,

insbesondere in ländlichen Regionen, steht. Darüber hinaus ist (4) die Sicherstellung der Ausbildungsziele zu gewährleisten.

Selbstverständlich ist der branchenübergreifende Fachkräftemangel ebenfalls im Rehabilitationssektor spürbar. So sollen differenzierte Strukturanforderungen an die Einrichtungen vorrangig die Qualität der Versorgungsleistung sicherstellen. Zugleich führen diese aber auch zu konstant wachsenden Herausforderungen im Zuge der Personalgewinnung. Die Option der eigenständigen Ausbildung von Nachwuchskräften besäße in diesem Zusammenhang daher großes Potenzial, um sowohl zu einer besseren Personalgewinnung als auch zu einer effektiveren Personalbindung beizutragen. Diese positiven Effekte zeigen sich längst bei den Kliniken der DRV Westfalen, die folgende Berufe bereits selbst ausbilden:

- Kauffrau/mann Büromanagement
- Kauffrau/mann im Gesundheitswesen
- Medizinische Fachangestellte
- Kauffrau/Kaufmann im Digitalisierungsmanagement
- Köch*in
- Fachkraft für Gastronomie
- Hauswirtschafter*in

Im Hinblick auf die Aufforderung, Reha-Kliniken als Träger der praktischen Pflegeausbildung anzuerkennen, zeigt sich, dass insbesondere auf Grund der in den Strukturanforderungen definierten Vorhaltung von Pflegefachpersonal[1] ein grundsätzlicher Bedarf der Kliniken besteht, als Ausbildungseinrichtung zugelassen zu werden. Zugleich ist jedoch kritisch zu hinterfragen, ob die notwendigen Ausbildungsinhalte des Berufes des/der Pflegefachmanns/frau vermittelt und damit die in § 5 PFLBG definierten Ausbildungsziele in einer Rehabilitationseinrichtung überhaupt erreicht werden können. So muss die Qualifizierung (Pflegequalität und -komplexität) in einer Rehabilitationseinrichtung dem Ausbildungsberuf des/ der Pflegefachmanns/frau insgesamt in Art und Umfang gerecht werden und im Vergleich zu den bereits zugelassenen Ausbildungseinrichtungen, ein deutliches Gefälle in der Fallkomplexität und der Fallschwere ausgleichen können. Eine Anschlussfähigkeit des in einer Rehabilitationseinrichtung erlangten Abschlusses ist sicherzustellen.

Die von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen befragten Rehabilitationseinrichtungen begrüßen die Bestrebungen unbedingt, diese als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz anerkennen zu lassen. Gerade in den stationären Einrichtungen sind die Pflegekräfte integraler Bestandteil des Behandlungsteams und in den Strukturanforderungen der

[1] Die Strukturanforderungen orientieren sich in Art und Umfang des vorzuhaltenden Personals an den Anforderungen der jeweiligen Fachabteilung.

Deutschen Rentenversicherung vorgesehen. Die Möglichkeit, selber Fachkräfte ausbilden zu können, würde die Gewinnung von qualifiziertem Personal erleichtern. Ebenfalls werden aber Schwierigkeiten bei der Umsetzung des geforderten Ausbildungspensums gesehen. Für die Rehabilitationseinrichtungen muss die Möglichkeit bestehen, sich an bestehende Strukturen, wie Pflegeschulen, angliedern zu können. Auch müssen Kooperationen nach § 6 Abs. 4 PflBG mit den bestehenden Ausbildungsbetrieben geschlossen werden können, um die in den Rehabilitationseinrichtungen nicht abbildbaren Praxisabschnitte in der Nähe durchführen zu können.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels und dem daraus resultierenden steigenden Druck für Rehabilitationskliniken, den Strukturanforderungen der Leistungsträger Rechnung zu tragen, ist seitens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen die Erweiterung des § 7 PflBG um Einrichtungen zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen zu befürworten.

Zu 4. Implementierung der Themen der Rehabilitation und der Anschlussheilbehandlung in den Studiengängen der med. Fakultäten

Die Zahl von Menschen, die mit chronischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen leben, nimmt aufgrund der demographischen Entwicklung und der verbesserten Überlebenschancen nach schweren Erkrankungen und Unfällen kontinuierlich zu[2]. Obwohl die Rehabilitation seitens der WHO als wichtiger Teil der Gesundheitsstrategie 2030 bezeichnet wird[3], ist sie nur in einem geringen Umfang in den Lehrplänen der medizinischen Fakultäten abgebildet.

Die Inhalte der Rehabilitation wurde mit der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApproO) am 1. Oktober 2003 als obligatorischer Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ in den klinischen Teil des Medizinstudiums aufgenommen (§ 27 ÄApprO). Rehabilitation ist damit ein eigenständiges Fachgebiet im Studium der Humanmedizin. Der Lehrplan beinhaltet grundlegende medizinische Konzepte, aber auch spezifische Inhalte wie Biomechanik, Sporttherapie, Prävention, Trainingsplanung und den interdisziplinären Ansatz, um Patienten in das soziale und berufliche Leben zu integrieren. Zugleich besteht die Möglichkeit die im Studium regelhaften Famulaturen u.a. auch in einer Rehabilitationsklinik abzuleisten. Zuvor waren Inhalte der Rehabilitation, wie sie heute

[2] Vgl. RKI: Themenschwerpunkt: Demografischer Wandel, 2024
Abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Gesundheit-im-Lebensverlauf/Demografischer-Wandel/themenschwerpunkt-demografischer-wandel.html?nn=16780038
[3] Vgl. WHO: Rehabilitation 2030 Initiative, 2017
Abrufbar unter: https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030#:~:text=The%20Rehabilitation%202030%20initiative%20draws,for%20achieving%20universal%20health%20coverage.

gelehrt werden, nicht flächendeckend als festes Lehr- und Prüfungsfach Teil des Medizinstudiums.

Das Modul wird entsprechend an allen Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen im Umfang von durchschnittlich sechs Lehrveranstaltungen gelehrt.

Im Hinblick auf die Aufforderung, die Themen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung verstärkt in den humanmedizinischen Studiengängen zu verankern, ist seitens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen dieser Vorstoß zu begrüßen, da bereits selbst Handlungsbedarf festgestellt wurde.

Die DRV Bund fördert beispielsweise seit 2025 im Rahmen der „Machbarkeitsstudie Reha-Modulwoche“ (MS ReMo) die Forschung an ergänzenden curricularen Elementen. Dabei wird untersucht, wie die Rehabilitations- und Präventionskompetenzen künftig stärker in die medizinische Ausbildung integriert werden können (Projektlauzeit: 01.01.2025 – 31.12.2026). Ziel des Projekts ist es, praxisnahe Konzepte zu entwickeln, die zeigen, wie eine interprofessionelle Reha-Modulwoche im Praktischen Jahr umgesetzt werden kann und wie die dazugehörigen klinischen Kompetenzen strukturiert vermittelt werden können, um die Lehre zur Rehabilitation nachhaltig im Medizinstudium zu verankern. Seitens der Studie wird erwartet, dass solche Lehrkonzepte zu einer erheblichen Qualitätssteigerung im Medizinstudium beitragen können, mittelfristig das Versorgungssystem entlasten und zugleich das Interesse der Medizinstudierenden für das Feld der Rehabilitation steigern.

Gleichermaßen zeigen sich auch zunehmend Schwierigkeiten in der (Nach-) Besetzung von ärztlichen Stellen in den Kliniken der Rentenversicherung selbst.

So konnte auch im Rahmen einer in 2023 erstellten wissenschaftlichen Analyse der Charité, auf Grundlage aller stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der Qualitätssicherungsdatenbank der DRV (QS-REDA), dargelegt werden, dass insbesondere in einkommensstarken Ländern ärztlicher Fachkräftemangel verbreitet ist, der auch bei Rehabilitationseinrichtungen dazu führt, dass das Rekrutieren und Halten von Mediziner*innen erschwert ist. Die Studie zeigt zudem, dass besonders die ländliche Lage von Kliniken eine zusätzliche Rekrutierungsbarriere für ärztliches Personal darstellt und zugleich in den nächsten Jahren davon auszugehen ist, dass die Zahl der Mediziner*innen den Bedarf der Einrichtungen sukzessive weniger abdecken wird.[4]

Eine höhere Gewichtung des Themenfeldes innerhalb des medizinischen Curriculums würde somit insgesamt zu einer Stärkung der Relevanz von Rehabilitation im Kontext der

[4] Vgl. E. Jansen, M. Marquardt: Ärztlicher Fachkräftemangel in der Rehabilitation – Ergebnisse einer quantitativen Umfrage in deutschen Rehabilitationsfachabteilungen, 2024

Mediziner*innenausbildung, der Wissenschaft sowie in der Gesundheitsversorgung generell führen und könnte zugleich die ärztlichen Personalbedarfe der Rehakliniken deutlich fördern. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Westfalen wäre eine solche Entwicklung daher sehr zu begrüßen.

Zu 5. Möglichkeiten zum Bürokratieabbau in der Rehabilitation

Das Ziel des schrittweisen Bürokratieabbaus und des Ausbaues effizienter Prozessstrukturen ist ein wesentliches Anliegen der Deutschen Rentenversicherung und wurde zugleich in den vergangenen Jahren auch im Rahmen der Gesetzgebung durch die Bundesregierung berücksichtigt.

Dies zeigt sich beispielhaft mit dem in 2024 erfolgten Erlass des Bürokratieentlastungsgesetzes IV (BEG IV), welches neben der Entlastung der Wirtschaft insbesondere auch die Verwaltung als Zielgruppe entlastender Maßnahmen vorsah, um Verwaltungsaufwände und Kosten zu reduzieren.

Noch deutlich konkreter sind die geplanten Ziele, die mit dem für 2026 vorgesehenen Gesetz zur Anpassung des Sechsten Sozialgesetzbuches (SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG) adressiert werden sollen. So setzt ein leistungsfähiger Sozialstaat gem. des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) eine effiziente und moderne Sozialverwaltung voraus und plant auf Grund dessen Maßnahmen umsetzen, die zur digitalen Transformation, zur Rechtsvereinfachung und zum Bürokratieabbau beitragen sollen. So soll künftig beispielsweise im Bereich der Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) die Entwicklung von KI-Modellen und KI-Systemen rechtssicher geregelt und unnötige Bürokratie sowie rechtliche Komplexität für die Rentenversicherungsträger reduziert werden.

Dabei gilt es ergänzend zu berücksichtigen, dass diese konkreten Anpassungen des rechtlichen Rahmens nicht nur ausschließlich Auswirkungen auf die Arbeit der Rentenversicherungsträger haben. Vielmehr lassen sich ebenfalls unmittelbare Mehrwerte für die Rehabilitationseinrichtungen daraus ableiten, die als Teil des Rehabilitationssystems von diesen vorgelagerten Optimierungsansätzen ebenfalls profitieren können (Reduzierung der Komplexität in der Zusammenarbeit, z.B. durch die Vereinfachung von Verfahren oder Förderung von Digitalisierungsmodellen).

Zu gleich ist bei den Bestrebungen zum Bürokratie-Abbau allerdings auch zu berücksichtigen, dass verschiedene Kostenträger für Rehabilitationsleistungen zuständig sein können, die wiederum auf Grundlage unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und entsprechender

gesetzlicher Aufträge agieren. Hier finden aber bereits Gespräche zwischen den Trägern der Krankenkasse und den Rentenversicherungsträgern statt.

Es zeigt sich also, dass mit diesem Themenfeld nach wie vor eine anhaltende Dynamik verbunden ist und sowohl seitens des Gesetzgebers als auch seitens der Träger ein stetiges Bewusstsein für die Notwendigkeit von Bürokratieabbau vorherrscht. Die Rehabilitationseinrichtungen befinden sich hier in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis und werden maßgeblich von den Bemühungen der genannten Akteure im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit, Planbarkeit und Effizienzsteigerung mitbestimmt. Dessen ist sich die Deutsche Rentenversicherung Westfalen bewusst und arbeitet daher konstant an der Gestaltung von gemeinsamen, effizient umsetzbaren Strukturen und Prozessen mit den Rehabilitationseinrichtungen, um die Hürde der Bürokratie Stück für Stück zu senken.

In Ergänzung zu diesem Abschnitt sei zudem auf die Ausführungen zu Punkt 6 verwiesen.

Zu 6. Unterstützung der Rehaeinrichtungen im Bereich der Digitalisierung und der Nutzung von KI

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Alterskasse (SVLFG) und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) haben in 2021 eine „Vereinbarung zum Ausgleich der bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 381 Absätze 1 und 2 SGB V“ geschlossen.

Die Vereinbarung stellt eine grundlegende Refinanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten für die Anbindung und den Betrieb der Telematikinfrastruktur (TI) für Rehabilitationseinrichtungen sicher. Seit dem 1. Januar 2021 erhalten diese einen Ausgleich von den gesetzlichen Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 381 SGB V). Ausgleichsfähig sind die Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Anschaffung, Installation und der Einbindung in die einrichtungsinterne Hard- und Software anfallen. Die DRV zahlt ihren Einrichtungen einen individuellen TI-Zuschlag auf Grundlage der nachgewiesenen Ausgaben.

Neben der beschriebenen finanziellen Förderung von Maßnahmen zum Aufbau digitaler Strukturen innerhalb der Klinik, profitieren die Kliniken ebenfalls unmittelbar von weiteren Maßnahmen der DRV zur Weiterentwicklung der digitalen Strukturen und Versorgungsleistungen im Gesamtsystem.

Grundlage hierfür ist das gemeinsame Strategiepapier der deutschen Rentenversicherung (2023), welches die Digitalisierung als grundlegende Voraussetzung für niederschwellige, flexible Prozesse definiert, um sowohl administrative Abläufe (Antragstellung, Kommunikation zwischen Leistungserbringern, verschiedenen Sozialversicherungsträgern etc.) als auch die eigentliche Leistungserbringung (z. B. digitale bzw. hybride Angebote in Prävention, Rehabilitation und Reha-Nachsorge) zukunftsweisend aufzustellen.[5]

Die DRV entwickelt ihr Repertoire an digitalen Anwendungen im Bereich der Rehabilitation, Prävention und Nachsorge daher stetig weiter[6]. Neben digitalen Angeboten in der Reha-Nachsorge oder dem Präventionsportal RV Fit, finden insbesondere in der medizinischen Rehabilitation digitale Anwendungen stetig mehr Berücksichtigung, um Zugänge und Umsetzbarkeit zu vereinfachen und therapeutische Inhalte besser mit der Lebenswelt der Versicherten zu verknüpfen.

Neben den digitalen Präventions- und Nachsorgeleistungen werden im Zuge der DigiFlexReha derzeit außerdem stationäre bzw. ambulanten Leistungsangebot erprobt, die um digitale Elemente ergänzt werden.[7] Darüber hinaus fördert die DRV auch den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu diesem Themenfeld und baut derzeit einen Forschungsschwerpunkt zur „Digitalisierung in der medizinischen Reha“ auf. Zugleich wurden im Rahmen des Bundesförderprogrammes rehapro[8] zahlreiche Modellprojekte gemeinsam mit Rehabilitationseinrichtungen zu innovativen digitalen Versorgungsformen in den vergangenen sieben Jahren entwickelt, evaluiert und bereits zum Teil in die Regelversorgung überführt.

„Gemeinsames Ziel ist es, Rehabilitationseinrichtungen und Forschende zu motivieren, digitale Möglichkeiten in der medizinischen Reha zu erforschen und eine wissenschaftliche Grundlage für digitale Angebote in der Regelversorgung zu schaffen. Damit leistet die Rentenversicherung einen wichtigen Beitrag für eine moderne, patientenorientierte und nachhaltige Versorgung“.[9]

Gleichermaßen liegt der Fokus auch auf der Entwicklung und Implementierung von KI-gestützten Anwendungen (u.a. Bots) zur Reduzierung von Arbeitsaufwendungen in

---

[5] Abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.html

[6] Vgl. Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), 23.062025 in Münster

[7] Bei der „DigiFlexReha mit digitalen Zeitfenstern“ werden einzelne Therapien online durchgeführt. Die „DigiFlexReha mit multimodaler Phase“ besteht aus einer Phase in einer Reha-Einrichtung und einer anschließenden digitalen und damit ortsunabhängigen Phase. Beide Varianten sind ambulant und stationär möglich.

[8] Vgl. https://www.modellvorhaben-rehapro.de/

[9] Hans-Werner Veen, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), 23.062025 in Münster

Regelprozessen, einer regelbasierten Entscheidungsunterstützung sowie zum Abbau von Bürokratie, die auch den Einrichtungen einen Mehrwert verschaffen können (z.B. Reduzierung von Wartezeiten, Optimierung im Daten- und Kommunikationsaustausch).

Abschließend ist außerdem auch die Einführung und Umsetzung des Datenübermittlungsverfahrens gemäß § 301 SGB V ergänzend im Rahmen des Digitalisierungsausbaues der Deutschen Rentenversicherung anzuführen, durch welches ein digitales Abrechnungsverfahren zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht wurde.[10]

Auf Grund dessen sollte erkennbar sein, dass der beschriebene digitale Wandel für die Deutsche Rentenversicherung einen hohen Stellenwert besitzt und die Notwendigkeit der Förderung, Entwicklung und Anwendung von KI und Digitalisierungstools erkannt wurde, um eine geeignete Flexibilisierung von Leistungen zu erreichen, adäquate Reduzierung von bürokratischen Hürden sicherzustellen, nachhaltige Sicherung von Qualität zu verbessern und dem Fachkräftemangel lösungsorientiert zu begegnen. Hieraus resultieren nicht nur strukturelle Veränderungen und Mehrwerte für die eigene Organisation, sondern gleichermaßen auch für die Leistungserbringer, die als wichtiger Teil des Rehabilitationssystems im Rahmen der bundesweiten Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse regelhaft Berücksichtigung finden. Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen teilt somit die Ansicht, die digitale Weiterentwicklung der Rehabilitationseinrichtungen weiter zu fördern und wird dies auch zukünftig weiter vorantreiben.

Die Rehabilitationseinrichtungen können somit sowohl von den seitens des Trägers forcierten strukturellen Entwicklungen im Rahmen der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie als auch vom implementierten TI-Zuschlag profitieren. Eine kontinuierliche Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Digitalisierung und eine regelhafte Anbindung an die Entwicklungsprozesse der Deutschen Rentenversicherung können somit gewährleistet werden.

In Ergänzung zu diesem Abschnitt sei zudem auf die Ausführungen zu Punkt 5 verwiesen.

Zu 7. Bericht zur aktuellen Situation der Rehabilitationseinrichtungen in 2026

In diesem Zusammenhang wird auf Punkt 1 verwiesen.

[10] Vgl. Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 und 4a SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung) vom 6. März 2012 in der Fassung vom 14. Oktober 2022

Zu 8. Regelung zur Sonntagsöffnung

Grundsätzlich ist aus Sicht der DRV Westfalen die Stärkung von Kurorten sowie Orten, die eine Rehabilitationseinrichtung aufweisen, zu unterstützen. Die darüber hinaus gehende touristische Bedeutung kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Im Zuge dessen wird daher auf die entsprechenden Vertreter der Kurorte und Heilbäder verwiesen (u.a. Heilbäderverband e.V., Verband Deutscher Kneippheilbäder und Kneippkurorte, Tourismusverbände).

Zu 9. Regionale Reha-Netzwerke zwischen Reha-Einrichtungen und der lokalen Gesundheitsinfrastruktur

Seitens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen werden der Aufbau sowie die Aufrechterhaltung regionaler Netzwerkstrukturen von Rehabilitationseinrichtungen zu anderen Leistungserbringern oder sonstigen Institutionen (z.B. Selbsthilfe), sowohl im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung als auch im Hinblick auf eine nachfolgende berufliche Reintegration, als grundsätzlich förderlich erachtet.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung solcher Netzwerke liegt es jedoch im Ermessen der Einrichtungen, in welcher Form und in welchem Umfang diese zu einem Mehrwert im Rahmen der Rehabilitation beitragen können und dementsprechend zu gestalten sind. Darüber hinaus sind entsprechende Netzwerkstrukturen durchaus bereits vorhanden und durch die Initiative der Einrichtungen etabliert worden. Hierdurch können beispielsweise gesonderte medizinische Bedarfe im Zuge einer stationären Rehabilitation durch die Anbindung an Fachärzte im regionalen Umfeld abgedeckt werden.

Gez. Schneider / Vogt

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3133

A01, A18

Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit e.V.

Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit e.V. Hannelore Thomas c/o
Postflex #624 Emsdettener Str. 10 48268 Greven
Landtag Nordrhein-Westfalen
Referat I.A.2/ A01
Frau Susanne Stall
Postfach 10 11 43
40221 Düsseldorf

Datum: 05. 11.2025

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

Schriftliche Stellungnahme von Andreas Weber, MD, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; DAFOH (Doctors Against Forced Organ Harvesting dafoh.org) Deputy Director für Europa; ärztlicher Mitarbeiter eines der größten deutschen Rehabilitationszentren Deutschlands und Europas.

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

Medizin für den ganzen Menschen: Umsetzung des ACES-Modells für eine inklusive und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung

Stand der Dinge:
Das deutsche Gesundheitswesen steht massiv unter Druck. Sowohl die Patientenversorgung im ambulanten Sektor, als auch im klinischen Sektor sind frappierend. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind nicht mehr in der Lage, aus eigener Kraft, die entstehenden Behandlungskosten zu tragen. Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) steht unter erheblichem Druck und hangelt sich von Monat zu Monat. Es ist fraglich, ob dauerhafte Zuschüsse von Bund und Ländern die Defizite in GKVs und DRVs dauerhaft ausgleichen und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen können.
Auch die bisherigen Reformen, wie beispielsweise die Krankenhausreform oder Reformierungen im Abrechnungssektor für Ärzte nach GoÄ, der privaten Krankenkassen (PKV), konnten die Patientenversorgung bisher nicht spürbar verbessern. Auch die

Infrastruktur der Gesundheitseinrichtungen, also die Erreichbarkeit von Leistungserbringern für Patienten hat sich durch Reformen, wie wir sie bisher hatten, nicht verbessert.
Zusätzlich hat sich bei den Patienten scheinbar eine Art Vollkaskomentalität eingeschlichen, welche eine materialistische Sichtweise auf den eigenen Körper und die eigene Gesundheit fördert. „Ich habe morgen meinen Checkup“, ist beispielsweise eine gängige Redewendung, welche impliziert, dass der untersuchende Arzt die volle Verantwortung für die Erkennung und zur Beseitigung möglicher Krankheiten und sogar auch Befindlichkeiten trägt.
Eigenverantwortung, wie beispielsweise in der alten traditionellen chinesischen Medizin, spielt im deutschen Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle und wird allenfalls darin interpretiert, dass man regelmäßig seine Tabletten nimmt und einigermaßen pünktlich zu Terminen und Interventionen erscheint.
Zu allem Übel ist die Pharmaindustrie scheinbar nicht darauf ausgerichtet einen Patienten zu heilen. Es ist in ihrer DNA verwurzelt auf Gewinnmaximierung aus zu sein. Ergo ist es viel lukrativer einen Patienten möglichst lebenslang als „Kunden“ zu haben. Natürlich ist der Patient nicht direkter Kunde der Pharmaindustrie, deshalb die Anführungszeichen, aber er ist der finale Konsument, welcher durch seine biologische Existenz primäres Zielobjekt für Behandlungen aller Art im Gesundheitswesen darstellt.
Somit ist es für die Akteure im Gesundheitswesen lohnend, das finale Zielobjekt Patient, möglichst lebenslang von Therapien jeglicher Art abhängig zu machen. Ihn also in einem gewissen Krankeitsstadium zu fixieren. Je chronischer eine Erkrankung ist, desto lukrativer für die Leistungserbringer. All das geht am Ende zu Lasten der Menschen, zu deren Leistungsfähigkeit und Gesunderhaltung, ein Gesundheitswesen einst initiiert wurde. Der einzelne Mensch zahlt am Ende die komplette Rechnung und das selbst wenn er nicht in das System mit eigenem Geld einzahlt. Am Ende zahlt ein jeder mit seiner Gesundheit und auch mit Geld.
Der Trend zum Anstieg von chronischen Erkrankungen ist nicht von der Hand zu weisen. Nicht nur in Deutschland, sondern weltweit! Die Zahlen sind bekannt und einsehbar!
Es ist Zeit für ein Umdenken und neue Wege zu beschreiten und hierbei können Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte die Schlüsselrolle spielen. Aber wie?

Das ACES-Modell

Die moderne Schulmedizin verfügt über außergewöhnliche technische Möglichkeiten, ist jedoch nach wie vor schlecht darauf ausgerichtet, die Gesundheit des Menschen als Ganzes zu betrachten. Eine fragmentierte Versorgung hat zu chronischen Krankheiten, Burnout bei Ärzten, Frustration bei Patienten und untragbaren Kosten geführt.
Das ACES-Modell für Gesundheit und Medizin – Anatomie, Chemie, Energie und Seele – wird als einheitlicher, vierdimensionaler Rahmen vorgeschlagen, der alle legitimen Heilmethoden umfasst und sie gleichzeitig für einen strategischen und kosteneffizienten Einsatz organisiert(1).
Das Modell ersetzt weder Chirurgie, Pharmakologie, Psychotherapie noch moderne Medizin, sondern ordnet sie in ein größeres, kohärentes, wertorientiertes System ein.
Hier soll auf die Umsetzung dieses Modells in der Praxis eingegangen werden, indem ich ACES in vier Systeme operationalisiere: 1) Finanzierung; 2) Ausbildung; 3) Praxis; und 4) Patientenbeteiligung. Durch die Ausrichtung dieser vier Systeme auf diesen Rahmen können Gesundheitssysteme vorhandene Ressourcen effizienter nutzen, Interventionen sinnvoll aufeinander abstimmen und sowohl Ärzten, Therapeuten als auch Pflegekräften wieder mehr Bedeutung verleihen anstatt redundant oder isoliert voneinander zu agieren.

Die moderne medizinische Versorgung ist hervorragend darin, Instrumente zu entwickeln, hat jedoch Schwierigkeiten, diese kohärent einzusetzen, und reagiert oft eher reaktiv als proaktiv. Präzisionsbildgebung, Gentechnik, Pharmakotherapie, minimalinvasive Chirurgie und digital unterstützte Therapien haben zwar zu einem Wandel geführt, doch die Gesundheitsergebnisse stagnieren weiterhin:
Schätzungsweise bis zu 30 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Krankheiten, psychische Störungen nehmen weiter zu, und die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben in 2023 500 Mrd. Euro überschritten, während die Lebenserwartung nachdem sie 2020 und 2021 sogar gesunken ist, sich in 2024 für Männer bei 78,5 und für Frauen bei 83,2 Jahren stabilisiert hat. Was aber immer noch einen Rückgang der Lebenserwartung zu Zeiten vor der Corona-Pandemie abbildet. Das Problem ist nicht ein Mangel an Therapiemöglichkeiten, sondern das Versagen einer kohärenten und organisierten Anwendung der verfügbaren Gesundheitssysteme.

ACES als inklusiver, klinischer Wegweiser
Ein zentraler Beitrag von ACES ist die Ablehnung der Trennung zwischen „konventioneller und alternativer Medizin“. Stattdessen bietet es eine funktionale Taxonomie. So fallen beispielsweise orthopädische Chirurgie, Bildgebung und regenerative Injektionen in den Bereich Anatomie, Pharmakologie, Hormonmodulation und Ernährung in den Bereich Chemie, Akupunktur, Biofeedback und Herzfrequenzvariabilitätstraining in den Bereich Energie und Psychotherapie, Vergebungsarbeit, narrative Medizin und Spiritualität in den Bereich Seele.
Viele Interventionen überschreiten Grenzen – beispielsweise umfasst die psychedelisch unterstützte Therapie Chemie, Energie und Seele; Akupunktur beeinflusst sowohl Anatomie als auch Energie.
Das ACES-Modell dient als Kompass für eine umfassende Orientierung, die den übermäßigen Einsatz von Lösungen aus einem einzigen Bereich reduziert, das Auslassen vernachlässigter Dimensionen verhindert und es Ärzten ermöglicht, zu verstehen, wo eine Zusammenarbeit oder Überweisung erforderlich ist. Es schafft auch eine gemeinsame Sprache, die die teamorientierte Versorgung sowie die Schulung und Aufklärung der Patienten erleichtert.

Operationalisierung von ACES in vier Bereiche
1. Erstattung: Reform der Richtlinien und Zahlungen
Das derzeitige Erstattungsumfeld belohnt Volumen und begünstigt Verfahren, die überwiegend in den Bereichen Anatomie und Chemie angesiedelt sind. Energie- und seelenbasierte Interventionen – wie z.B. traumainformierte Therapie, autonome Regulierung, spirituelle Beratung oder Ernährungsberatung – werden finanziell nach wie vor nur unzureichend unterstützt, obwohl sie in der Lage sind, Folgekosten und Leiden zu reduzieren.

Die Einführung von ACES in die Erstattungspolitik kann die Ausweitung wertorientierter Zahlungsmodelle umfassen, um Anreize für multidisziplinäre Versorgungspläne zu schaffen, die die Polypharmazie und Rücküberweisungen reduzieren; die Entwicklung von Pauschalzahlungen für chronische Erkrankungen, die sequenzielle Interventionen erfordern; und die ausdrückliche Übernahme der Kosten für nicht-pharmakologische und nicht-chirurgische Therapien, wenn diese mit messbaren Ergebnissen verbunden sind.

Innovationsprogramme des Bundes oder der Länder und private Kostenträger können ACES-zertifizierte Pilotkliniken fördern, um fundiertere Belege für Kosteneinsparungen und Ergebnisverbesserungen zu generieren, die beide bereits in begrenztem Umfang realisiert in den USA wurden. In einem ersten Schritt können Rehakliniken und Gesundheitseinrichtungen in Kurorten als ACES Pilotkliniken zertifiziert werden.

2. Ausbildung: Vorklinische und berufliche Ausbildung

Die medizinische Ausbildung ist nach wie vor stark reduktionistisch ausgerichtet. Nur wenige Studiengänge vermitteln den Studierenden die Fähigkeit, über physikalische, biochemische, energetische und molekulare Ebenen hinweg zu denken. Durch die Einbindung von ACES in die Lehrpläne würden Studierende der Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie, Physiotherapie und Sozialarbeit mit der Fallanalyse in vier Bereichen, der interdisziplinären diagnostischen Bewertung und dem Wahlfachstudium in kontemplativer Wissenschaft, Traumaphysiologie und sinnbezogener Pflege vertraut gemacht.
Fachschulen und Assistenzarztprogramme können zu ACES-orientierten Ausbildungsstätten werden, die Kliniker hervorbringen, die über ihren eigenen Bereich hinaus komfortabel zusammenarbeiten und gleichzeitig ihre Fachkompetenz aufrechterhalten.

3. Praxis: Versorgung im klinischen Betrieb
Ärzte arbeiten in Deutschland überwiegend in isolierten Fachgebieten, und Überweisungen erfolgen eher punktuell als integrativ. Das ACES-Modell bietet ein praktisches Orientierungssystem: Bewertungsinstrumente können strukturelle, biochemische, energetische und existenzielle Faktoren untersuchen; elektronische Gesundheitsakten können vierdimensionale Bereiche einbeziehen, sodass Teams behandelte und vernachlässigte Ebenen visualisieren können; und interdisziplinäre Fallbesprechungen können nach Bereichen strukturiert werden, was eine bewusste Abfolge von Interventionen fördert. Solche Systeme helfen Ärzten auch dabei, die Bedeutung ihrer Arbeit wiederzugewinnen, indem sie ihren Beitrag in einen ganzheitlichen Plan einbetten, anstatt isolierte Verfahren anzuwenden.

4. Patientenbeteiligung: Aufklärung und Befähigung der Öffentlichkeit

Patienten, die seit langem daran gewöhnt sind, ihre Gesundheit an Krankheitsmanagementsysteme zu delegieren, müssen die verschiedenen Dimensionen ihrer Gesundheit verstehen und befähigt werden, ihre Heilungsreise selbst in die Hand zu nehmen. Das ACES-Modell kann einen klaren Wegweiser für einen Behandlungsplan bieten und aufzeigen, wo Anatomie, Chemie, Energie und Seele in den Behandlungsplan eines Patienten passen.
Community-basierte Gruppen, die sich mit Traumabewältigung, Vergebung und Sinnfindung befassen, können die Nachfrage nach integrierten Dienstleistungen steigern und nachhaltige Veränderungen des Gesundheitsverhaltens unterstützen. In den Kliniken sollte die Aufklärung über die vier Dimensionen von ACES routinemäßig während der

Patientenbesuche erfolgen – mit Gesundheitsdienstleistern, die für diese Aufklärung geschult und vergütet werden.

Öffentliche Gesundheit als Parallelkonzept

Obwohl der Schwerpunkt dieser Stellungnahme auf der klinischen Umsetzung im Gesundheitswesen liegt, erfordert die öffentliche Gesundheit eine parallele Entwicklung, um bessere Gesundheitsergebnisse auf Bevölkerungsebene zu erzielen. Ein ACES-orientiertes System der öffentlichen Gesundheit würde sich von einem Top-down-Risikomanagement hin zu einer gemeinschaftlichen Initiative entwickeln:

Vermittlung von körperlichen und energetischen Übungen als Primärprävention, Wiederherstellung lokaler Ernährungssysteme, Förderung von Traumawissen und sozial-emotionalen Fähigkeiten sowie Verankerung von Sinnhaftigkeit und kultureller Kohärenz als Resilienzfaktoren. Diese Neuausrichtung könnte in einer speziellen politischen Arbeit angegangen werden, die von der klinischen Transformation getrennt ist, diese jedoch ergänzt.

Pilotprojekte und Bewertung: Aktueller Stand

Einige ausgewählte integrative Kliniken haben begonnen, das ACES-Modell informell anzuwenden (2,3,4,5), was zu einer Verringerung der Kosten, der Anzahl der Notaufnahmen und des Burnouts geführt hat; groß angelegte Studien wurden jedoch noch nicht durchgeführt.

Ein engagiertes Team arbeitet intensiv daran, über das Center for Medicare and Medicaid Innovationsprogramme in den USA und über das US National Institute for Health (NIH), private Versicherer und philanthropische Einrichtungen Finanzmittel für streng konzipierte Pilotstudien an mehreren Standorten zu sichern. Diese Pilotprojekte werden anhand mehrdimensionaler Messgrößen – vom Patienten berichtetes körperliches, emotionales und spirituelles Wohlbefinden, funktionelle Biomarker wie Entzündungsmarker und Herzfrequenzvariabilität sowie narrative Indikatoren für die Wiederherstellung der Identität – testen, ob eine koordinierte Versorgung in vier Bereichen die Qualität verbessert und die Kosten senkt. Diese Arbeit wird die Evidenzbasis für nachfolgende politische und zahlungsbezogene Reformen bilden.

Innovatoren, Geldgeber und politische Entscheidungsträger

Die Ausweitung des ACES-Modells erfordert die Zusammenarbeit zwischen Innovatoren – klinischen Unternehmern, Führungskräften im Gesundheitswesen und Technologieentwicklern, die bereichsspezifische elektronische Patientenakten und Referenznetzwerke erstellen – und Geldgebern oder politischen Entscheidungsträgern, die Anreize neu ausrichten können, um ganzheitliche Ergebnisse anstelle von Verfahrensvolumina zu belohnen. Philanthropische und sozial engagierte Investoren können ACES- Modellprojekte und gemeinsame Dateninfrastrukturen finanzieren. Arbeitgeber und Leistungsmanager können ACES-konforme Wellness- und Versorgungsnavigation in ihre Gesundheitsstrategien für Mitarbeiter integrieren.

Wenn Sie zu den genannten Innovatoren gehören und herausfinden möchten, wie Sie zur Verwirklichung des ACES-Modells beitragen können, laden wir Sie ein, uns Ihre Vorschläge

mitzuteilen, Ihr Interesse zu bekunden und sich für ACES-Updates in dieser kurzen Umfrage anzumelden: (https://aceswell.com/survey/).

Fazit

ACES beschreibt einen Fahrplan für Veränderungen auf mehreren Ebenen verschiedener Systeme. Durch die Einteilung der Maßnahmen in die Bereiche Erstattung, Ausbildung, Praxis und Patientenbeteiligung beschreibt dieses Modell, wie alle Heilungsmethoden kohärent und unter Berücksichtigung der finanziellen Verantwortung einbezogen und eingesetzt werden können. Rehaeinrichtungen und Kurorte könnten in solide finanzierten Pilotprojekten massiv unterstützt und gestärkt werden und gleichzeitig einen wesentlichen Beitrag zu einer Patientenzentrierten, kosteneffizienten Versorgung im Gesundheitswesen leisten.

Interessierte Innovatoren werden dazu aufgefordert, Ideen und Aufgaben vorzuschlagen, die sie bei der Umsetzung des ACES-Modells und der Umgestaltung des Gesundheitswesens zur ganzheitlichen Behandlung des Menschen übernehmen können.

(1)Yang J. A Health Declaration Grounded in Humanity, Science, and Wisdom: Reclaiming Health with the ACES Model. J Indep Med. 2025;1(3):239-244.
(2)Ornish D, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA. 1998;280:2001-2007.
(3)Zadro JR, Stapleton P. Biofield therapies and autonomic regulation: a systematic review. Front Psychol. 2022;13:956423.
(4)Cleveland Clinic Center for Functional Medicine. Functional medicine improves HRQoL. BMJ Open. 2021;11:e041365.
(5)Veterans Affairs Office of Patient-Centered Care. Whole Health evaluation reports 2019-2023.

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/3095

A01, A18

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landtag Nordrhein-Westfalen am 12. November 2025

zum Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/13821 vom 13. Mai 2025
„Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken – Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte unterstützen!“

eingereicht von
Dr. Becker Klinikgesellschaft SE & Co. KG (DBKG)
Parkstraße 10, 50968 Köln

www.dbkg.de

vertreten durch den Vorstand der Dr. Becker Klinikverwaltung SE
Sandra Bothur (Vors.), Tobias Hummel, Bastian Liebsch

Verfasserinnen

Dr. Ursula Becker, Gesellschafterin und Mitglied des Aufsichtsrats der Dr. Becker Klinikverwaltung SE

und

Simone Köser, Referentin für Strategie und Entwicklung in der medizinisch-rehabilitativen Versorgung, Dr. Becker Klinikgruppe

Kontakt: u.becker@dbkg.de, cc: skoeser@dbkg.de

Köln, 23.10.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Dr. Becker Klinikgruppe nehme ich im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Antrag der FDP-Fraktion „Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken – Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte unterstützen!“ Stellung.

Als eines der größten familiengeführten Rehaunternehmen in Nordrhein-Westfalen versorgen wir seit fast 50 Jahren jährlich rund 30.000 Patienten und bringen uns darüber hinaus mit vielfältigem Engagement in die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation nachhaltig ein. Wir sehen die im Antrag aufgezeigten Handlungsfelder als zentral für die zukünftige Versorgungssicherheit und Weiterentwicklung der Rehabilitation im Land an. Sie betreffen unmittelbar die Sicherung der Versorgungskapazitäten, die Qualität der rehabilitativen Leistungen sowie die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitsstandortes Nordrhein-Westfalen.

Diese Stellungnahme bewertet die im Antrag formulierten Zielsetzungen fachlich, unterstützt sie ausdrücklich und ergänzt sie durch weitere Empfehlungen zur wirtschaftlichen Stabilisierung, Fachkräftesicherung, Digitalisierung und Pflegeprävention. Ziel ist es, die Rehabilitation in NRW nachhaltig und zukunftsfähig aufzustellen – verbunden mit der Bereitschaft der Dr. Becker Klinikgruppe, diesen Prozess aktiv zu begleiten.

Wir danken dem Landtag Nordrhein-Westfalen für die Gelegenheit, unsere Expertise einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

U. Becker

Dr. Ursula Becker
Gesellschafterin und Mitglied des Aufsichtsrats der Dr. Becker Klinikgruppe

P.S: Der besseren Lesbarkeit halber bevorzuge ich das generische Maskulinum, welches selbstverständlich M/W/D umfasst und alle Menschen einschließt.

I. Die Dr. Becker Klinikgruppe – Familienunternehmen mit NRW-Schwerpunkt

Die Dr. Becker Klinikgruppe ist ein in zweiter Generation geführtes Familienunternehmen mit Sitz in Köln. Mit rund 1.800 Mitarbeitenden versorgt sie in bundesweit acht Rehakliniken jährlich etwa 30.000 Patienten. In Nordrhein-Westfalen betreibt die Gruppe vier große stationäre Rehakliniken in den Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Psychokardiologie Neurologie und Psychosomatik. Durch ihr Engagement in Fachverbänden und Forschung trägt sie wesentlich zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsmedizin und zur Sicherung regionaler Versorgungsstrukturen bei.

II. Rehabilitation in NRW – Lage, Potenziale und Herausforderungen

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine leistungsfähige Rehabilitationslandschaft mit 128 Einrichtungen. Im Jahr 2024 wurden dort knapp 229.000 Patienten stationär behandelt – ein Plus von 2,1 % gegenüber dem Vorjahr. Die Einrichtungen sichern über 16.000 Arbeitsplätze, leisten einen wichtigen Beitrag zur regionalen Wertschöpfung und sind ein zentraler Bestandteil der Gesundheitswirtschaft (IT.NRW 2024).

Der demografische Wandel führt zu einer alternden Patientenpopulation: Bis 2035 wird die Zahl der über 65-Jährigen in NRW auf rund 3,4 Millionen steigen – ein Zuwachs um etwa 28 % gegenüber 2023 (vgl. Destatis 2023). Gleichzeitig verlängert sich die Lebensarbeitszeit. Rehabilitation gewinnt damit als präventives (Tertiärprävention) und arbeitsmarktpolitisches Instrument an Bedeutung: Sie kann Pflegebedürftigkeit verzögern oder verhindern und trägt damit maßgeblich zur Entlastung des Pflegesystems bei.

II.1 Polytrauma-Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen

Ein bislang unterrepräsentiertes, aber wachsendes Versorgungsfeld ist die Polytrauma-Rehabilitation. Trotz hoher Fallzahlen schwer mehrfachverletzter Patienen – etwa nach Verkehrs-, Arbeits- oder Freizeitunfällen – bestehen in Nordrhein-Westfalen nur wenige spezialisierte Reha-Angebote für diese komplexen Fälle. Die Nachsorge von Polytraumata erfordert ein interdisziplinäres, phasenübergreifendes Behandlungskonzept, das medizinische, neuropsychologische und berufliche Rehabilitation eng miteinander verzahnt.

Der gezielte Ausbau spezialisierter Polytrauma-Reha-Zentren – insbesondere in Kooperation mit unfallchirurgischen Maximalversorgern – könnte Versorgungslücken schließen, Langzeitfolgen verringern und die Rückkehr ins Erwerbsleben verbessern. Zugleich würden dadurch Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung reduziert, was langfristig sowohl sozialpolitisch als auch ökonomisch positive Effekte für das Land NRW hätte. (vgl. BAR 2021)

III. Fachliche Bewertung der im Antrag genannten Punkte (Drucksache 18/13821)

Die nachfolgenden Punkte beziehen sich auf die im Antrag der FDP-Fraktion konkret formulierten Handlungsfelder. Die Dr. Becker Klinikgruppe unterstützt die Zielrichtungen ausdrücklich und formuliert ergänzende Anregungen zur Umsetzung auf Landesebene.

III.1 Wirtschaftliche Stabilisierung

Die Anerkennung der schwierigen wirtschaftlichen Lage vieler Reha-Kliniken infolge der Pandemie, Inflation sowie steigender Energie- und Personalkosten ist richtig. Es ist notwendig, sich auf Bundesebene für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationskliniken einzusetzen (vgl. BDPK 2025).

III.2 Länderöffnungsklausel

Landesspezifische Handlungsspielräume sind zentral, um regionale Besonderheiten der Rehabilitation zu berücksichtigen. NRW sollte auf eine Länderöffnungsklausel in bundesweiten Rahmenverträgen hinwirken, um landesspezifische Anforderungen und regionale Bedarfe besser berücksichtigen zu können. Dadurch können auch landesspezifische Versorgungskonzepte – etwa in der neurologischen Rehabilitation – gezielt gefördert werden.

III.3 Fachkräftesicherung und Ausbildung

Die Anerkennung von Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger in den Pflegeberufen ist ein entscheidender Schritt zur Fachkräftesicherung. Der in den Bundestag eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sowie die Stellungnahme des Bundesrates (vgl. Begründung BT-Drs. 21/1935) war richtig uns wichtig, damit Rehakliniken auch in Zukunft ihren eigenen Fachkräftebedarf decken können. Insbesondere Rehakliniken mit neurologischer, kardiologischer und geriatrischer Schwerpunktsetzung sollten kurzfristig als Ausbildungsträger zugelassen werden. Darauf ist auf Bundesebene hinzuwirken.

Auch wenn wir die nun eingeführte Möglichkeit Modelle zu implementieren als eine reine Verzögerungstaktik des BMG betrachten um die Rehakliniken weiterhin von der Ausbildung auszuschließen (vgl. BDPK Pflegeassistenz 2025) , schlagen wir vor schon jetzt eine zukunftsweisende Richtung einzuschlagen und in NRW zeitnah und ohne überbordende bürokratische Hürden ein erstes Modellprojekt zur Ausbildung von Pflegeassistenz- und Pflegefachkräften in medizinischen Rehakliniken auf Landesebene zu initiieren, um die Potenziale dieser *Ausbildungsstätten* sichtbar zu machen. Auch durch die Krankenhausreform sowie das Sterben von stationären Pflegeeinrichtungen wegfallende Ausbildungskapazitäten können so kompensiert werden

Ergänzend sollten Reha-Themen verbindlich in medizinischen Studiengängen in NRW verankert werden. Gute Kenntnisse der medizinischen Rehabilitation sind Voraussetzung, um Patienten nach der Akutbehandlung – insbesondere im Zuge der zunehmenden Ambulantisierung – kompetent weiterversorgen zu können.

III.4 Bürokratieabbau

Die hohen administrativen Anforderungen belasten Einrichtungen und Patientenerheblich, etwa beim Zugang zur Rehabilitation. Auch die Einführung des nicht evaluierten **SINGER-Patientenprofils** bei GKV-Anschlussrehabilitationen führte zu erheblichem Mehraufwand im Krankenhaus und Rehaklinik und teils unsicheren Verlegungsverläufen, insbesondere bei neurologischen Patienten (vgl. f & w 2024, DGNR Offener Brief 2025).

Gerade die aktuelle Krankenhausreform bietet die Chance, neue bürokratieentlastende Prozesse zu implementieren. Ein Modellprojekt **„Bürokratiearme Reha NRW“** sollte gezielt in der Anschlussrehabilitation erprobt werden. Ziel muss eine antragsfreie Direktverlegung aus dem

Krankenhaus in die medizinische Rehabilitation bei vorliegender medizinischer Indikation sein. Dieses Verfahren reduziert Bürokratie, verkürzt Liegezeiten und entlastet das Akut- und Rehasystem gleichermaßen. Während der Corona-Pandemie konnte dieses Vorgehen in der neurologischen Rehabilitation bereits erfolgreich erprobt werden (vgl. Dtsch Ärztebl Int 2021).

Aber auch der durch die unterschiedlichen Qualitätsvorgaben von Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung entstehende bürokratische Aufwand für die Rehabilitationskliniken muss reduziert werden. Hierzu sollten praxistaugliche Lösungen entwickelt werden.

III.5 Digitalisierung und Künstliche Intelligenz

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz bieten erhebliche Potenziale für Prozessoptimierung und individualisierte, moderne Therapie. Das Land NRW sollte Förderprogramme für digitale Infrastruktur, Software und Schulungen auflegen sowie Pilotprojekte in Tele-, Online- und Hybrid-Rehabilitation, Robotik, digitaler Nachsorge und sektorenübergreifender Vernetzung initiieren und Rehakliniken die diese entwickeln, pilotieren und implementieren mit Förderungen unterstützen.

So kann NRW sich als **Innovationsstandort** profilieren und neue Maßstäbe für eine zukunftsorientierte Rehabilitation setzen.

III.6 Regionale Netzwerke und Kurorte

Regionale Reha-Netzwerke zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten und Kommunen sind entscheidend für die sektorenübergreifende Versorgung von morgen. Sie erhöhen die Effizienz, verbessern Übergänge und ermöglichen wohnortnahe Behandlungspfade.

Kurorte in NRW sind attraktive Erholungsorte die auch touristisch genutzt werden. Eine Flexibilisierung der Öffnungszeiten in Kurorten stärkt die lokale Wirtschaft und erhöht die touristische Attraktivität der Reha-Standorte.

IV. Ergänzende Empfehlungen im Rahmen der Reha-Initiative NRW

Über die im Antrag genannten Punkte hinaus empfiehlt die Dr. Becker Klinikgruppe, die Rehabilitation in NRW durch eine strukturierte Landesinitiative strategisch weiterzuentwickeln. Ziel ist, die Reha stärker in Versorgungsplanung, Pflegeprävention und Gesundheitsstrategie des Landes einzubetten. Da der neue Krankenhausplan in NRW sich im Bereich der Anschlussrehabilitation auch auf die medizinischen Rehabilitationskliniken auswirken wird, ist es notwendig, ihre sektorverbindende Funktion nach Krankenhausaufenthalten und im Übergang zur ambulanten, häuslichen Versorgung in zukünftigen Strukturgutachten zu berücksichtigen und in allen regionalen Konferenzen zur sektorübergreifenden Versorgung einzubeziehen.

IV.1 Reha als Pflegeprävention

Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit wirksam verhindern oder verzögern. Ein Landesprogramm **„Reha zur Pflegeprävention in NRW“** sollte indikationsbezogene Angebote für Menschen mit ersten funktionellen Einschränkungen (z. B. bei drohendem Pflegegrad 0-1) schaffen. So könnte die präventive Wirkung von Reha (tertiäre Prävention) als fester Bestandteil zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit im Versorgungssystem etabliert und Pflegekosten könnten langfristig reduziert werden.

IV.2 Zukunftsstrategie Reha-Initiative NRW

Für eine zukunftsfähige Reha-Versorgung in NRW schlägt die Dr. Becker Klinikgruppe die Entwicklung einer **„Reha-Initiative NRW“** vor. Diese sollte zentrale Handlungsfelder – von Finanzierung und Fachkräftesicherung bis Digitalisierung und Pflegeprävention – bündeln und eine strukturierte Plattform für Umsetzung, Monitoring und Evaluation schaffen.

Eine solche Initiative sollte bis Mitte 2026 unter Einbindung der Leistungsträger, Kommunen, Reha-Verbände und der Landespolitik erarbeitet werden.

V. Herausforderungen

Die Rehabilitationskliniken in NRW stehen vor großen Herausforderungen die es zu bewältigen gilt, damit sie auch weiterhin ihrer Aufgabe gerecht warden können. Im Folgenden benennen wir drei besonders elementareHerausforderungen:

1. **Durch Spezialisierungen und Leistungsverschiebungen im Rahmen der Umsetzung des NRW Krankenhausplans müssen sich auch die Rehakliniken auf veränderte Zuweisernetzwerke einstellen.**
2. **Hinzu kommt ein neues Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung, welches ohne Konvergenzphase umgesetzt werden soll. Stand heute 28.10.2025 haben die Rehakliniken noch keine verlässliche Indikation über ihren neuen Tagessatz ab dem 1.1.2026.**
3. **In den nächsten Jahren wird die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen im Bereich der GKV Reha zudem zu einem massiven Bürokratieaufbau führen, den es abzuschwächen gilt damit die Leistungsfähigkeit der Rehabilitation in NRW nicht darunter leidet.**

V. Schlussfolgerung

Medizinische Rehabilitation ist zentraler Bestandteil einer zukunftsfähigen Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Pflegepolitik. NRW hat die Chance, durch gezielte Förderprogramme, Vernetzungsinitiativen und innovationsorientierte Rahmenbedingungen das Rehaland-NRW zu stärken und bundesweit Vorreiter einer modernen Rehabilitation zu werden.

Die Dr. Becker Klinikgruppe steht gerne bereit, diesen Prozess aktiv zu unterstützen und ihr Fachwissen einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ursula Becker
Gesellschafterin und Mitglied des Aufsichtsrats, Dr. Becker Klinikgruppe

Simone Köser

Referentin für Strategie und Entwicklung in der medizinisch-rehabilitativen Versorgung, Dr. Becker Klinikgruppe

VI. Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2021): Der Mensch hinter den Zahlen – Polytrauma. In: Reha-Info 01/2021. Online verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2021/reha-info-012021/der-mensch-hinter-den-zahlen-polytrauma.html, Zugriff am 23.10.2025.

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (2025): Reha und Vorsorge in der Krise. Online verfügbar unter: https://www.bdpk.de/veroeffentlichungen/verbandsmitteilungen/ausgabe-februar-2023/standard-titel-1, Zugriff am 21.10.2025.

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (2025): Pflegefachassistenz Reha im Modell. Online verfügbar unter: https://www.bdpk.de/news/artikel/pflegefachassistenz-reha-im-modell, Zugriff am 22.10.2025.

Deutscher Bundestag (2025): Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Drucksache 21/1935, Berlin.
Online verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/21/019/2101935.pdf, Zugriff am 21.10.2025.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2023): Bevölkerungsvorausberechnung für NRW 2024 bis 2050/2070. Entwicklung der Bevölkerung im Erwachsenenalter.
Online verfügbar unter: https://statistik.nrw/service/veroeffentlichungen/statistik-kompakt/bevoelkerungsvorausberechnung-fuer-nrw-2024-bis-2050-2070, Zugriff am 21.10.2025.

DGNR- Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation: Offener Brief an den GKV Spitzenverband,

Online verfügbar unter: https://www.dgnr.de/aktuelles/104-aus-der-gesellschaft/226-offener-brief-zum-singer-patientenprofil, Zugriff am 22.10.2025.

f & w – führen und wirtschaften im Krankenhaus (2024): Entlassmanagement – Der bürokratische Exzess des G-BA.
Online verfügbar unter: https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/ein-buerokratischer-exzess-des-g-ba, Zugriff am 21.10.2025.

IT.NRW – Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2024): Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen.
Online verfügbar unter: https://www.it.nrw/thema/krankenhaeuser-vorsorge-und-rehabilitationseinrichtungen, Zugriff am 21.10.2025.

Studer, B.; Roukens, R.; Happe, S.; Schmidt, S. B.; Knecht, S. (2021): COVID-19 reveals opportunities for better care of stroke patients – direct transfer to postacute rehabilitation, reduction in length of stay, and treatment outcomes. In: Deutsches Ärzteblatt International 118, S. 346–347. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0219.
Online verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/covid-19-zeigt-moeglichkeiten-fuer-bessere-schlaganfallversorgung-c690b47f-b6a2-41b6-bb30-a8567ca92674, Zugriff am 21.10.2025.