

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Fritz Kuhn, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/1633 –

Stand und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sollte die medizinische Rehabilitation gestärkt und die einzelnen Versorgungsbereiche – z. B. die Rehabilitation und Pflege – besser als bislang miteinander vernetzt werden. Seit dem 1. April 2007 ist die medizinische Rehabilitation daher eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Zusätzlich sollte der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 gestärkt werden (§§ 31, 87a des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI).

In ihrer Koalitionsvereinbarung stellen CDU, CSU und FDP fest: „Qualifizierte medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft und nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein“. Die Koalition hat darüber hinaus vereinbart, dass sie die Rechte der Patientinnen und Patienten stärken und ihre Entscheidungsspielräume ausbauen möchte. Dazu sollen Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöht, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger verbessert und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten gestärkt werden. Entscheidend sei dabei auch, wie die einzelnen Krankenkassen mit den Leistungsanträgen der Versicherten umgehen.

Die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (§ 40 Absatz 3) vorgesehenen Statistiken über die Erledigung von Anträgen auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation könnten den Versicherten dabei als Orientierung dienen. Die Regelung ist am 1. April 2007 in Kraft getreten. Zum jetzigen Zeitpunkt müssten daher Daten aus den Jahren 2008 und 2009 verfügbar sein. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse der verpflichtenden Erhebungen der Krankenkassen liegt bislang nicht vor.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation ist vor dem Hintergrund der bekannten Entwicklungen wie der Zunahme chronischer Krankheiten und der demographischen Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen eine bedeutende Herausforderung.

Die Rehabilitation ist ein wichtiger Schwerpunkt der Gesundheitspolitik der Bundesregierung. In der vergangenen Legislaturperiode wurde dieses Ziel u. a. durch die Umwandlung aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter von Ermessens- in Pflichtleistungen verfolgt.

Ziel der Bundesregierung ist es, die Vorsorge und Rehabilitation und das Fortbestehen der qualitativ hochwertigen Versorgung zu stärken.

1. a) Aus welchem Grund ist bisher noch keine Veröffentlichung der Ergebnisse der differenzierten statistischen Erhebungen über Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 Absatz 2 Satz 3 sowie auf medizinische Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 4 Satz 2 SGB V durch die Krankenkassen erfolgt?

Mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden § 23 Absatz 4 und § 40 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dahingehend erweitert, dass von den Krankenkassen erstmals für das Jahr 2008 Daten zur Antrags- und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erheben sind.

Der Vordruck zur Statistik von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde entsprechend ergänzt, so dass die Ergebnisse im Rahmen der Statistik KG 5 vorzulegen sind und über den GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeldet werden (§ 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV). Die Daten sollen zur Transparenz der Antrags- und Bewilligungspraxis beitragen.

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG hatten die Krankenkassen eine Vorlaufzeit von mehr als zwei Jahren, um sich auf die Berichtspflicht einzustellen und ihr nachzukommen. Mit der Statistik KG 5 hätten die Meldungen für das Jahr 2008 erstmals im Sommer 2009 erfolgen müssen. Eine Prüfung der bislang eingegangenen Meldungen hat jedoch ergeben, dass aufgrund unvollständiger Datenlieferungen, die zudem Unplausibilitäten enthalten, eine belastbare Analyse dieser Daten zurzeit ausgeschlossen ist.

- b) Wird sich die Bundesregierung dafür einsetzen, die Veröffentlichung dieser Ergebnisse zu erwirken?

Falls ja, wann, und in welcher Form wird sich die Bundesregierung dafür einsetzen?

Falls nein, warum nicht?

Das BMG hatte in einem ersten Schritt über den GKV-Spitzenverband die Krankenkassen zur Nachbesserung der Datenlieferung aufgefordert. Trotz zwischenzeitlich erfolgter Korrekturen und Nachlieferungen einzelner Krankenkassen konnten die oben angeführten Unplausibilitäten nicht in einer Weise ausgeräumt werden, dass zuverlässige Aussagen zu Anträgen und Bewilligungen des Jahres 2008 aus der Statistik abzuleiten sind.

Daher wurden in einem zweiten Schritt die Aufsichtsbehörden ausgewählter Krankenkassen mit Schreiben vom 1. März 2010 gebeten, darauf hinzuwirken, dass die unter ihrer Aufsicht stehenden Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, bezüglich der statistischen Erfassung der Antragstellung und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vollständige und plausible Datenmeldungen auch für das Jahr 2009 abzugeben.

Die statistische Erfassung der Antragsstellung und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen war u. a. auch Gegenstand von Beratungen

auf der 76. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder, die vom 14. bis 15. April 2010 in Hamburg stattfand, mit dem Ziel, sicherzustellen, dass die Antrags- und Bewilligungsstatistik, insbesondere in die Zukunft gerichtet, plausible Ergebnisse bringt. Für die Krankenkassen soll damit deutlich werden, dass sie die Einhaltung ihrer Lieferpflichten nicht unterlaufen können. Zwar sind die Daten der amtlichen Antrags- und Bewilligungsstatistik für das Jahr 2009 von den Krankenkassen erst im Sommer 2010 über den GKV-Spitzenverband dem BMG zuzuleiten – eine Lieferung zu diesem Termin setzt jedoch im Vorfeld die adäquate Infrastruktur der diesbezüglichen Datenerfassung voraus.

c) Liegen der Bundesregierung diese Ergebnisse bereits vor?

Falls ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus, und wann wird sie die Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen?

Falls nein, wann ist mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse für die Jahre 2008 und 2009 zu rechnen?

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder haben die ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen, deren Datenmeldungen qualitative Defizite aufweisen, aufgrund des BMG-Schreibens vom 1. März 2010 schon vor der Aufsichtsbehördentagung zu kurzfristigen Nachbesserungen ihrer Meldungen für das Jahr 2008 aufgefordert. Ergebnisse liegen jedoch bisher noch nicht vor. Daten für das Jahr 2009 sind von den Krankenkassen erst im Sommer 2010 über den GKV-Spitzenverband an das BMG zu liefern (siehe Antwort zu Frage 1b).

Dementsprechend wurde auf der o. g. 76. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger auch beschlossen, dass die Aufsichtsbehörden – soweit erforderlich – darauf hinwirken, dass die unter ihrer Aufsicht stehenden Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen.

2. Liegen der Bundesregierung Angaben über die Gründe für die Ablehnung von Anträgen auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitierung vor?

Falls ja, welche sind dies?

Falls nein, warum nicht?

Zur Einschätzung der Gründe für die Ablehnung von Anträgen auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation bedarf es einer Einzelfallbetrachtung, die zwangsläufig auf personenbezogenen Daten beruht. Die Statistik der GKV erhebt grundsätzlich keine personenbezogenen Daten, somit ist auch eine darauf basierende Erhebung von Ablehnungsgründen nicht möglich.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung lehnen Leistungen auf medizinische Rehabilitation ab, wenn aus medizinischen Gründen kein Rehabilitationsbedarf besteht. Bei bestehendem Rehabilitationsbedarf und Nichterfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung werden bei Versicherten, die sowohl in der GKV als auch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, die Rehabilitationsanträge an die Krankenversicherung weitergeleitet (§ 14 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IX). Sofern Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung nicht in der GKV versichert sind, können auch Ablehnungen aus versicherungsrechtlichen Gründen erfolgen (z. B. Selbständige und Beamte mit Vorversicherungszeit).

3. a) Liegen der Bundesregierung Daten darüber vor, ob und wie sich die Zahl der Genehmigungen von Rehabilitationsleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen seit ihrer Umwandlung in Pflichtleistungen generell und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen, geriatrischen Patientinnen und Patienten, Menschen mit Behinderungen sowie bei Kindern und Jugendlichen (bitte nach Altersgruppen aufgeschlüsselt) im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt hat?

Falls ja, wie ist die Entwicklung?

Falls nein, warum nicht?

Bezüglich der vorliegenden Daten wird auch auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen. Die Zahl der durchgeführten Fälle sowie der entsprechenden Aufwendungen sind den nachstehenden Tabellen zu entnehmen. Die Statistiken der GKV enthalten keine Aufschlüsselung nach den genannten Personengruppen.

Jahr	Fälle von Rehabilitationsmaßnahmen (stationär und ambulant)				Mutter-/Vater-Kind- Maßnahmen	
	Insgesamt	An- schluss- Reha	Maßnahmen ohne Anschluss-Reha		Fälle	% zum VJ
			Fälle	% zum VJ		
2005	667 848	543 540	124 017	–7,52	118 792	–9,10
2006	691 343	566 243	126 144	1,72	119 289	0,42
2007	710 093	567 604	141 097	11,85	131 009	9,82
2008	697 747	564 155	133 929	–5,08	144 215	10,08

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (stationär und ambulant)				Mutter-/Vater-Kind- Maßnahmen	
	Insgesamt in Euro	Anschluss- Reha in Euro	Maßnahmen ohne Anschluss-Reha		Euro	% zum VJ
			Euro	% zum VJ		
2005	2 054 304 068	1 652 630 501	401 673 567	1,10	260 395 096	–9,29
2006	2 024 253 360	1 649 162 947	375 090 413	–6,62	258 453 155	–0,75
2007	2 105 647 440	1 719 336 700	386 310 740	2,99	301 973 587	16,84
2008	2 113 565 267	1 731 853 375	381 711 892	–1,19	335 434 565	11,08
2009 (p)	keine Vergleichbarkeit, da keine Trennung nach Vor- sorge- und Reha-Maßnahmen				318 655 535	–5,11

(p) = Vorläufiges Rechnungsergebnis nach der Statistik KV45

- b) Hält die Bundesregierung die Zahl der bewilligten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen angesichts der demographischen Entwicklungen für ausreichend?

Falls ja, warum?

Falls nein, welche konkreten Maßnahmen wird sie ergreifen, um dieses Leistungsangebot auszubauen?

Zur Anzahl der bewilligten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen liegen keine Statistiken der GKV vor. Das geltende Leistungsrecht bietet den Rahmen

für eine sachgerechte und am Bedarf der Versicherten orientierte rehabilitative Versorgung.

4. Mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung Leistungen/Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Pflege besser aufeinander abstimmen, und welche Zeitschiene verfolgt sie dahingehend?
5. a) Mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung – wie in der Koalitionsvereinbarung von CDU, CSU und FDP festgehalten – den bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege fördern, und welche Zeitschiene verfolgt sie dahingehend?
 - b) Um welche konkreten Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern, auf die in der Koalitionsvereinbarung hingewiesen wird, handelt es sich?
 - c) Mit welchen konkreten Maßnahmen will die Bundesregierung diese Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme beheben, und welche Zeitschiene verfolgt sie dahingehend?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Rehabilitationsträger sind nach § 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) u. a. die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe. Die Krankenkassen sind insbesondere dann zuständig, wenn Menschen nicht erwerbsfähig sind, d. h. etwa für lebensältere Menschen. Die Krankenkassen sind auch zuständig für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für mitversicherte Familienangehörige sowie für krankenversicherte Selbständige und/oder wenn Pflegebedürftigkeit droht.

Eine besondere Stellung hat in diesem Zusammenhang der Gesetzgeber den Trägern der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen, denn diese sind nicht selbst Rehabilitationsträger. Sie haben aber u. a. gemäß § 5 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der medizinischen Rehabilitation – wie auch der Prävention oder Krankenbehandlung – eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Auch müssen die Pflegekassen nach den §§ 31, 32 SGB XI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (sowie ergänzende Leistungen) vorläufig erbringen, wenn aufgrund einer Einzelfallprüfung diese geeignet und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, diese sofortige Leistungserbringung erforderlich ist und der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig wird.

Damit erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation frühzeitig und nahtlos erfolgen und somit der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zum Tragen kommen kann, hat der Gesetzgeber bereits in § 16 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) klargestellt, dass alle Leistungsträger die Anträge entgegenzunehmen haben und bei Unzuständigkeit eine unverzügliche Weiterleitung an den zuständigen Leistungsträger vorzunehmen ist. Die Prüfung der Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und das entsprechende Verfahren ist zudem in § 14 SGB IX mit konkreten Fristen geregelt worden.

Auch eine im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erfolgte Neufassung der §§ 18 und 31 SGB XI in Verbindung mit der Änderung des § 40 SGB V zielt darauf ab, den Zugang des betroffenen Personenkreises zu Rehabilitationsleistungen des zuständigen Trägers (zumeist GKV) leichter und schneller zu gestalten.

Die Krankenkassen müssen den Pflegekassen einen finanziellen Ausgleich leisten, wenn sie pflegebedürftigen Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht haben (§ 40 Absatz 3 Satz 6 SGB V).

Zunächst muss die Wirkung dieser neuen Maßnahmen evaluiert werden, bevor weitere Schritte eingeleitet werden können.

6. Mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung, wie in der Koalitionsvereinbarung angekündigt, die Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöhen, und welche Zeitschiene verfolgt sie dahingehend?
7. Mit welchen konkreten Maßnahmen will die Bundesregierung, wie in der Koalitionsvereinbarung angekündigt, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken, und welche Zeitschiene verfolgt sie dahingehend?

Die Fragen 6 und 7 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach § 65b SGB V fördert der GKV-Spitzenverband als Modellvorhaben Einrichtungen zur unabhängigen Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ist vereinbart worden, eine unabhängige Patientenberatung auszubauen, um die Versicherten in die Lage zu versetzen, möglichst selbständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig sollen Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt werden. Diese Vereinbarung wird noch im Jahr 2010 umgesetzt.

8. a) In wie vielen Fällen haben Pflegeeinrichtungen gemäß § 87a Absatz 4 SGB XI bisher einen zusätzlichen Betrag von 1 536 Euro erhalten, da Heimbewohnerinnen und -bewohner durch aktivierende und rehabilitative Pflege in eine geringere Pflegestufe oder auf nicht erhebliche Pflegebedürftigkeit zurückgestuft werden konnten?
- b) In wie vielen Fällen musste dieser zusätzliche Betrag gemäß § 87a Absatz 4 SGB XI von Pflegeeinrichtungen bisher zurückgezahlt werden, da die Betroffenen binnen sechs Monaten wieder höher eingestuft werden mussten?
- c) In wie vielen Fällen wurden die Betroffenen nach Ablauf der in § 87a Absatz 4 SGB XI vorgeschriebenen Frist von sechs Monaten wieder höher eingestuft?
- d) Wie bewertet die Bundesregierung den Erfolg dieser Neuregelung?
- e) Welche weiteren Möglichkeiten zur Setzung von Anreizen für eine grundsätzlich rehabilitativ ausgerichtete Pflege sieht die Bundesregierung, und wann und wie will sie sie umsetzen?

Eine Fallzahlstatistik liegt nicht vor. Im Jahr 2009 haben ausweislich der Finanzstatistik Pflegeeinrichtungen in 750 Fällen einen zusätzlichen Betrag von 1 536 Euro erhalten. Rückzahlungen, die nicht separat erfasst werden, sind dabei schon in Abzug gebracht worden.

Eine Bewertung der Regelung ist auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse noch nicht möglich. Die Möglichkeiten, weitere Anreize zu setzen, wird derzeit geprüft.

9. Plant die Bundesregierung, die Soziale Pflegeversicherung zu einem eigenständigen Rehabilitations-Träger nach § 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) zu machen?

Falls ja, warum, bis wann, und mit welchen Maßnahmen?

Falls nein, warum nicht?

Die Zuständigkeit für Sozialleistungen nach den §§ 18 bis 29 SGB I der jeweiligen Leistungsträger ist nach § 12 SGB I den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches vorbehalten. Insofern präzisiert § 6 SGB IX die Träger der sogenannten Leistungen zur Teilhabe. Der Gesetzgeber definiert damit eindeutig die dort genannten Träger als Rehabilitationsträger. Ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Erweiterung dieses Kreises möglicher Leistungsträger wird derzeit nicht gesehen. Denn auch wenn dort die Pflegekassen nicht als eigenständiger Rehabilitationsträger benannt sind, so sind sie doch maßgeblich in das Gesamtkonzept zur Sicherstellung sachgerechter Reha-Leistungen eingebunden (vgl. auch Antwort zu den Fragen 4 und 5).

10. Plant die Bundesregierung sektorenübergreifende Modelle zu fördern, mit denen der Übergang von der stationären zur ambulanten Rehabilitation besser als bislang geplant werden kann?

Falls ja, bis wann, und mit welchen Maßnahmen?

Falls nein, warum nicht?

Nein. Es gibt bereits heute Angebote, in denen stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen kombiniert werden. Sofern dies medizinisch vertretbar ist und gewünscht wird, können die Rehabilitationsträger bereits heute entsprechend anerkannte und erfolgversprechende Leistungen bewilligen.

Seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) ist geplant, in Gesprächen mit den Rehabilitationsträgern als auch den Anbietern von stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen zu klären, inwieweit diese kombinierten Leistungen verstärkt angeboten werden.

Im Interesse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie der Sicherung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen ist zu prüfen, inwieweit Rehabilitationsprozesse durch Kombination aus stationären und ambulanten Maßnahmen weiter entwickelt und optimiert werden können.

11. Plant die Bundesregierung sektorenübergreifende Modelle zu fördern, mit denen Ärztinnen und Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen verstärkt die ambulante medizinische Versorgung der regionalen Bevölkerung bewältigen, und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen sind dafür gegebenenfalls notwendig?

Falls ja, bis wann, und mit welchen Maßnahmen?

Falls nein, warum nicht?

Im Rahmen der anstehenden Gesetzgebungsvorhaben wird auch zu prüfen sein, inwieweit Ärztinnen und Ärzte, die in Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, z. B. über entsprechende Ermächtigungen in die ambulante medizinische Versorgung einbezogen werden können.

Es ist nicht geplant, entsprechende Modelle zu fördern. Der Bundesregierung liegen keine Informationen vor, dass fachlich und regional erforderliche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen nicht in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen auf die Bereitstellung entsprechender Rehabilitationsangebote hin. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf der Bundesebene maßgebenden Spitzenverbände werden beteiligt.

Bereits heute arbeiten niedergelassene sowie Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern mit den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen zusammen. Entsprechende Befunde und Berichte werden ausgetauscht.

12. Welche Forschungsvorhaben plant die Bundesregierung für den Bereich der Rehabilitation, und in welchem Zeitraum sollen sie realisiert werden?

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung können Fördergelder für Forschungsvorhaben aus dem Bereich der Rehabilitation in unterschiedlichen Fördermaßnahmen beantragt werden.

In der Fördermaßnahme „Versorgungsnaher Forschung – Patientenorientierung und chronische Krankheiten“ werden schon jetzt Forschungsvorhaben im Bereich der Rehabilitation durchgeführt; eine zweite Förderphase wird derzeit vorbereitet. Die Forschung zielt auf die Verbesserung der langfristigen Wirksamkeit von Versorgungsleistungen durch aktive Beteiligung chronisch kranker Menschen. Es handelt sich hierbei um eine gemeinsame Fördermaßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene, dem Verband der privaten Krankenkassen e. V. und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Mitgetragen wird die Fördermaßnahme durch das BMG und das BMAS. In der ersten Förderphase werden derzeit über drei Jahre (2007 bis 2011) 41 Einzelprojekte mit einem Gesamtvolumen von ca. 11 Mio. Euro, davon rund 50 Prozent vom BMBF, gefördert. Für die zweite Förderphase (2011 bis 2013) stehen insgesamt rund 10,5 Mio. Euro – wieder aufgeteilt auf die beteiligten Förderer (50 Prozent des Gesamtvolumens vom BMBF) – zur Verfügung. Das Begutachtungsverfahren für die zweite Förderphase ist noch nicht abgeschlossen.

Darüber hinaus sind Forschungsvorhaben zur rehabilitativen Versorgung grundsätzlich auch im Rahmen der „Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung“ möglich. Das Begutachtungsverfahren der ersten Runde der Fördermaßnahme ist noch nicht abgeschlossen. Projektbeginn ist für Ende 2010 vorgesehen.

Eine weitere Fördermaßnahme fokussiert auf technische Innovationen für die Verbesserung der Rehabilitation. Dazu wurden am 20. April 2010 „Richtlinien zur Förderung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben zu innovativen Hilfen in der Rehabilitation und für Behinderte (zweiter Aufruf)“ veröffentlicht. Mit dem Beginn der Forschungsvorhaben ist Anfang 2011 zu rechnen.