

Der Minister

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 27. November 2022

Seite 1 von 1

An den  
Präsidenten  
des Landtags Nordrhein-Westfalen  
Herrn André Kuper MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

Landtag  
Nordrhein-Westfalen  
18. Wahlperiode

**Vorlage  
18/517**

**A01**

Aktenzeichen 93.02.01-000068

IV A3

bei Antwort bitte angeben

Mara Tillmann

Telefon 0211 855-3844

Telefax 0211 855-

mara.tillmann@mags.nrw.de

**für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 30.11.22**

**Bericht: „Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der  
Krankenhausplanung in NRW“**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales,  
Herr Josef Neumann MdL, hat mich auf Grundlage eines Schreibens der  
Fraktion der SPD für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit  
und Soziales am 30.11.2022 um einen schriftlichen Bericht zur  
Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der Krankenhausplanung in  
NRW gebeten.

Dieser Bitte komme ich gerne nach und übersende Ihnen den erbetenen  
Bericht mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann MdL)

Dienstgebäude und  
Lieferanschrift:

Fürstenwall 25,

40219 Düsseldorf

Telefon 0211 855-5

Telefax 0211 855-3683

poststelle@mags.nrw.de

www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:

Rheinbahn Linie 709

Haltestelle: Stadttor

Rheinbahn Linien 708, 732

Haltestelle: Polizeipräsidium

**Anlage**



**Bericht**

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtags Nordrhein-Westfalen

**„Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der  
Krankenhausplanung in NRW“**

---

Vorbemerkung

Die in der Berichts-anfrage genannte Phaseneinteilung bezieht sich offenbar auf die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitete Phaseneinteilung in der *neurologischen* Rehabilitation, die folgende Einteilung trifft:

- A) Akutbehandlungsphase
- B) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
- C) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
- D) Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (Medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne)
- E) Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation
- F) Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Diese Phaseneinteilung berücksichtigt allerdings rehabilitationsmedizinische Aspekte und nicht die leistungsrechtliche Abgrenzung der §§ 39 und 40 SGB V und weiterer Sozialgesetzbücher (dies ist insbesondere mit Blick auf die in den Fragen angesprochene Thematik einer „Phase C+“ zu bedenken).

Gemäß § 39 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung neben der Akutbehandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Leistungen dürfen als Teil der Krankenhausbehandlung nur so lange erbracht werden, wie diese erforderlich ist.

Liegt keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mehr vor, kann die Rehabilitation in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V fortgesetzt werden. Der Zeitpunkt des Übergangs ist nach medizinischen Aspekten zu bestimmen.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass zwischen der akutstationären Behandlung (§ 39 SGB V) und der Reha-Behandlung (§ 40 SGB V) unterschieden werden muss. Der Wirkungskreis der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung des Landes erstreckt sich ausschließlich auf die akutstationäre Versorgung. Darauf wird im Folgenden zunächst eingegangen. Auf die in den Fragen angesprochenen Aspekte mit Blick auf die Reha-Behandlung nach § 40 SGB V wird im Anschluss Bezug genommen.

#### Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung des Landes

Die Frage der Berücksichtigung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in der Krankenhausplanung wurde bereits vor der Aufstellung des Krankenhausplans NRW 2015 im Jahr 2013 diskutiert. Der Krankenhausplan NRW 2015 sah vor, dass das Land „bei Hinweisen auf Versorgungsprobleme ... auf eine Verbesserung der Organisation oder Ausbau der Kapazitäten hinwirken“ werde.

In der Folge sind in einigen Regionen Betten für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ausgewiesen worden. So sah der Plan im Jahr 2018 175 Betten und seit dem Jahr 2019 203 Betten für diese Versorgungsform vor. Ein weiterer Ausbau ist in der Folge auf Basis der allgemein gehaltenen Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2015 nicht gelungen. Zu berücksichtigen ist, dass es in NRW neben den im

Krankenhausplan ausgewiesenen Kapazitäten traditionell, vor allem im Rheinland, Angebote auf Basis von Versorgungsverträgen der Krankenkassen mit einzelnen Kliniken gibt.

Gleichwohl hat das vom Land in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW auch im Jahr 2019 Anzeichen für eine Unterversorgung in diesem Versorgungsbereich identifiziert, die sich über die deutlich niedrige Krankenhaushäufigkeit und die sehr heterogene geografische Verteilung der Leistungsanbieter manifestierte.

Vor diesem Hintergrund sieht der neue Krankenhausplan NRW 2022 nun die Planung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation über eine eigene, spezifische Leistungsgruppe vor. Durch die Verknüpfung mit Qualitätskriterien stellt das Land zugleich sicher, dass Krankenhäuser, die diese Leistungen erbringen, auch wirklich das Know-how und die notwendigen Ressourcen besitzen.

Die Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ ist über den auf Bundesebene definierten Prozeduren Komplex-Code 8-552 „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ definiert, der auch im Rahmen der Leistungsabrechnung verwendet wird.

Für diesen Komplexcode sind in den letzten Jahren für NRW folgende Fallzahlen dokumentiert: 2017: 1.980, 2018: 2.406, 2019: 2.512, 2020: 2.563, 2021: 2.831.

Hinsichtlich der Bedarfsprognose stellt der neue Krankenhausplan klar, dass diese Fallzahlen unter Berücksichtigung der bestehenden Unterversorgung zu bewerten sind. Methodisch kann daher auch die auf Basis der Fallzahl des Jahres 2019 erstellte rechnerische Bedarfsprognose den tatsächlichen Bedarf nicht angemessen widerspiegeln.

Deswegen sieht der Plan vor, dass in Regionen mit bestehender Unterversorgung Angebote auch über den rechnerisch prognostizierten Bedarf hinaus zu etablieren sind. Dies wird nun in der regionalen Umsetzung des Krankenhausplans zu verwirklichen sein. Im Sinne der Kontinuität der Versorgung und des Charakters der Frührehabilitation als Teil der akutstationären Behandlung ist die Ausweisung neuer Standorte bevorzugt in Akutkrankenhäusern vorzusehen. In Regionen, in denen auf diese Weise kein ausreichendes Angebot zu realisieren ist, kommt auch die

Ausweisung an Rehabilitationskliniken in Betracht, wenn die Leistungsfähigkeit mit Blick auf die somatische und intensivmedizinische Versorgung nachgewiesen ist.

Die Unterscheidung zwischen Krankenhäusern und Rehakliniken spiegelt sich auch in deren Fördermöglichkeiten wider. Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, werden als sogenannte Plankrankenhäuser vom Land über die Pauschal- und Einzelförderung gefördert. Hinzu kommen Kofinanzierungen zu Bundesförderungen wie dem Krankenhauszukunftsfonds und dem Krankenhausstrukturfonds.

Im Rahmen der Pauschalförderung können Krankenhäuser die Mittel selbstverständlich auch für die Frührehabilitation einsetzen. Zahlen hierzu liegen dem Ministerium nicht vor. Im Sinne der dualen Finanzierung erfolgt die Deckung der Betriebskosten über die Krankenkassen.

### Rehabilitationsbehandlungen

Da das Land keine Planung der Rehakliniken vornimmt, liegen keine Zahlen zu Behandlungsfällen oder Bettenentwicklungen in diesem Bereich vor.

Für Vorsorge- und Reha-Kliniken gelten die bundes- und landesgesetzlichen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung grundsätzlich nicht. Die Länder sind nicht verantwortlich für eine bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Reha- und Vorsorge-Angeboten, daher werden auch Leistungsumfang, Vergütung oder räumliche Verteilung dieser Kliniken nicht landesseitig festgelegt. Vorsorge- und Reha-Kliniken rechnen ihre Leistungen grundsätzlich mit den Sozialversicherungsträgern ab, dazu schließen die Klinikträger Versorgungsverträge mit den Kostenträgern. Bei den Vergütungsverhandlungen ist darauf zu achten, dass die Betriebs- und Investitionskosten der Kliniken über die Vergütung der erbrachten Leistungen gedeckt werden. Dieses Verfahren ist aus Landessicht grundsätzlich nicht zu beanstanden, sofern die Kliniken realistische Kalkulationen vorlegen und die Kostenträger diese anerkennen. Es darf dabei nicht zu einem „Preisdumping“ kommen, bei dem Kliniken, die besonders knapp kalkulierte, ggf. auch nicht auskömmliche Vergütungen aushandeln, verstärkt belegt werden und Kliniken mit realistischer Kostenkalkulation dadurch in einen Nachteil geraten.

Es ist gegenwärtig ein Verfahren anhängig, das die Berechnungsgrundlage der Ausgleichszahlungen gem. § 111d SGB V (Corona-Ausgleichszahlung) zum Gegenstand hat. Da das Verfahren noch läuft, kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Einschätzung seitens der Landesregierung erfolgen.

Weitere Verfahren wurden im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausplans 2015 anhängig. Hinsichtlich dieser Verfahren ist aber mit dem Übergang in die neue Krankenhausplanung nach § 37 Abs. 2 S. 3 KHGG materiell-rechtlich Erledigung eingetreten.