



UMGANG MIT MANGELVERWALTUNG KNAPPE RESSOURCEN IN DER MEDIZINISCHEN REHA

Thomas Bodmer,
stv. Vorstandsvorsitzender

Ausgangslage – steigender Bedarf trifft auf knappe Ressourcen

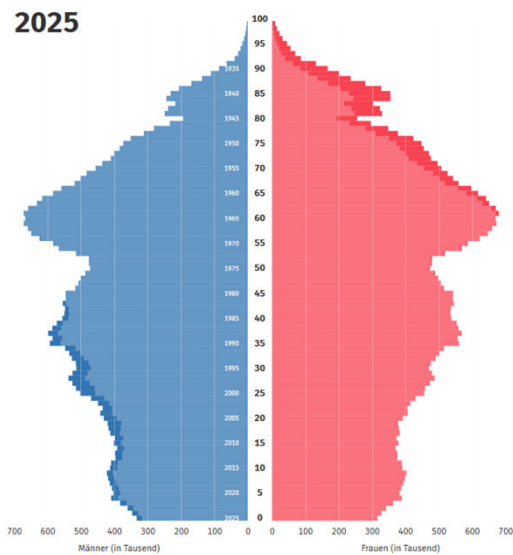


Demographischer Wandel

Wartezeiten

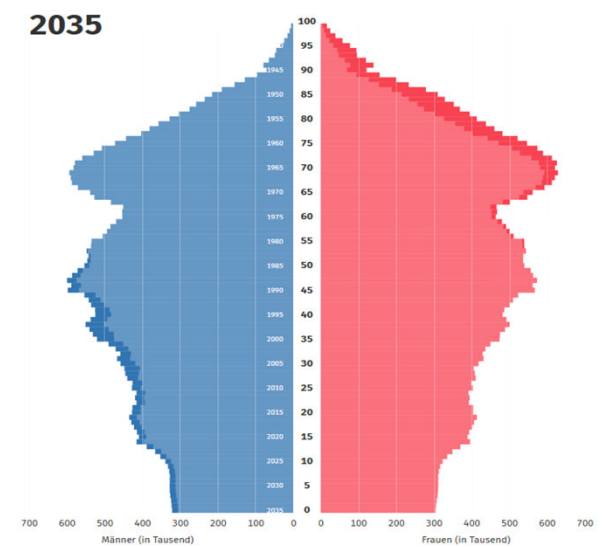
Risikoselektion

Rehabilitationsbedarf wird durch Demographische Entwicklung steigen



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

- Alternde Gesellschaft wird vermehrt Rehabilitationsleistungen nachfragen
- Verstärkung der Nachfrage durch Zunahme chronischer Krankheitsbilder
- Weitere Verstärkung durch Erwartungshaltung der Patienten



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Knappe Ressourcen sind Bestandteil im Reha-Tagesgeschäft

Wartezeiten

- nehmen regional und differenziert nach Indikation zu
- erreichen in einigen Regionen / Indikationen bereits die zeitkritische Anschlussrehabilitation

Risikoselektion

- Bevorzugte Aufnahme von Patienten mit geringem Rehabilitationsbedarf
- Versorgung von Patienten mit Rehabilitations-Empfehlungen aus der Pflege-Begutachtung zunehmend problematisch

Beispiel Anschlussrehabilitation

Pauschaler Reha-Bedarf auf Basis spezifischer Indikationsgruppen und ICD-Codes

- Widerspricht dem Prinzip einer individuellen Bedarfsprüfung des jeweiligen Einzelfalls.
- Die Notwendigkeit wird pauschal unterstellt - unabhängig davon, ob Funktionseinschränkungen vorliegen bzw. ob diese mit der Anschlussrehabilitation wiederhergestellt werden können.

Auswirkungen

- Mengensteigerungen
- Kostensteigerung
- Fehlallokation
- Über- und Fehlversorgung
- Wartezeiten

Die Kapazitätsverknappung ist eine Folge des gesetzlichen Rahmens und bereits heute spürbar

Beispiel Geriatrische Rehabilitation

Pauschale Verordnung ohne Prüfliegitation durch den Kostenträger

- Widerspricht dem Prinzip einer individuellen Bedarfsprüfung des jeweiligen Einzelfalls.
- Keine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch den MD zu Rehabilitationsfähigkeit und zu Rehabilitationszielen möglich

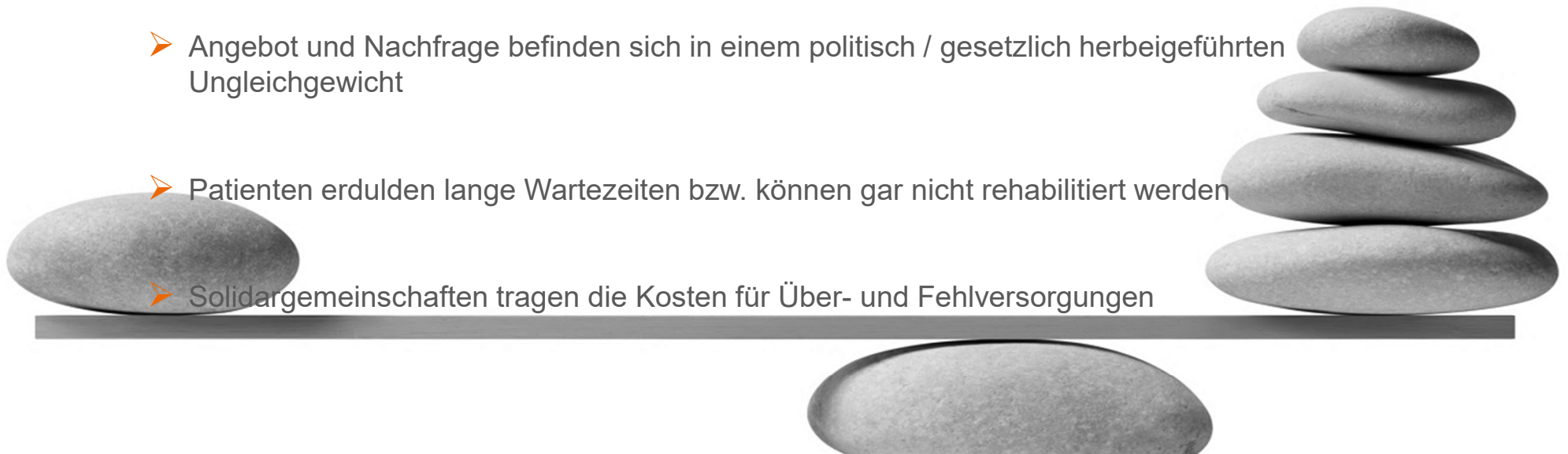
Auswirkungen

- Mengensteigerungen
- Kostensteigerung
- Fehlallokation
- Über- und Fehlversorgung
- Wartezeiten

Komplexe und hochpreisige Versorgung muss im persönlichen und gesellschaftlichen Kontext einen Nutzen entfalten

Fazit: Knappheit ist kein Steuerungsversagen, sondern strukturelle Realität

- Verordnungsleistungen wirken massiv auf begrenzte Ressourcen
- Angebot und Nachfrage befinden sich in einem politisch / gesetzlich herbeigeführten Ungleichgewicht
- Patienten erdulden lange Wartezeiten bzw. können gar nicht rehabilitiert werden
- Solidargemeinschaften tragen die Kosten für Über- und Fehlversorgungen



Forderung: Der Blick auf den demographischen Wandel erfordert **notwendige** Anpassungen

Die Wahrnehmung der gemeinsamen Versorgungsverantwortung für die Patienten ist nötig

- Gesetzlicher Rahmen orientiert sich an den Reha-Grundsätzen

- individuelle Bedarfsprüfung, statt pauschaler Verordnungsermächtigung
- Liegt ein Rehabilitationsziel vor und kann es auch erreicht werden? (Rehafähigkeit, Prognose usw.)

- Stärkung des gestuften Systems („ambulant vor stationär“)

- Ergebnis- statt Mengen-Orientierung

- Den Rahmen für eine den Einnahmen angemessene Ausgabenpolitik in der Reha bilden

Politik

Kostenträger



- Leistungsgewährung nach den Reha-Grundsätzen
- Klinikauswahl nach medizinischer Eignung
- Anwendung des gestuften Systems
- Angemessene Berücksichtigung von Patientenwünschen

Leistungserbringer

Stärkung von Qualität, Transparenz und Verbindlichkeit, z.B. Verantwortlichkeit auch bei schweren Fällen zeigen

- Dialog mit Kostenträgern statt Konfrontation
 - Vermeidung gegenseitiger Überforderung in Vergütung und Leistung

Vielen Dank!

Kontakt:
Thomas Bodmer
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg

Mail: thomas.bodmer@dak.de

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.