

bag-more - Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V.
BamR - Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.
BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Bundesverband Geriatrie e.V.
buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
DEGEMED - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DER PARITÄTISCHE Gesamtverband e.V.
Diakonie - Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
FVS - Fachverband Sucht e.V.
VDKB - Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V.
VKD – Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Fachgruppe Rehabilitation
ZAT - Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V.

Kontakt:
BDPK – Friedrichstraße 60 • 10117 Berlin
Telefon (030) 2400899-0, E-Mail: post@bdpk.de

Berlin, 02.10.2008

Resolution der Reha-Leistungserbringerverbände

Kassen dürfen sich nicht hinter Paragraphen verstecken!

Sachgerechte Finanzierung der medizinischen Rehabilitation sicherstellen

Mit diesem Dringlichkeits-Appell an Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die Damen und Herren Mitglieder des Deutschen Bundestages fordern die oben genannten Verbände der Anbieter medizinischer Rehabilitationsleistungen von den Politikern, die Krankenkassen stärker in die Verantwortung für die sachgerechte Finanzierung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu nehmen. Die Preisbildung für Rehabilitationsleistungen muss von der Grundlohnrate abgekoppelt und die Anwendbarkeit des für die Krankenhäuser geplanten „Klinikkostenindex“ ermöglicht werden. Anderenfalls ist eine spürbare Verschlechterung der Versorgung vor allem chronisch kranker älterer Menschen nicht mehr zu verhindern.

AUSGANGSLAGE:

Kostensteigerungen durch externe, nicht von den Rehabilitationskliniken beeinflussbare Faktoren

Die deutschen Rehabilitationskliniken mussten in den vergangenen fünf Jahren Kostensprünge von bis zu 20 Prozent verkraften, ohne dass die Vergütungssätze der gesetzlichen Krankenkassen im gleichen Zeitraum nennenswert angehoben wurden. Ursächlich für diese Kostenentwicklung sind die gleichen Kostenschübe wie im Krankenhaus. Zu nennen sind exorbitant gestiegene Personalkosten durch die Tarifabschlüsse der letzten Jahre für ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal, erhebliche Energiekostensteigerungen, die überdurchschnittliche Teuerungsrate vor allem bei den Lebensmitteln, und letztlich auch Kostenbelastungen durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer, die die Kliniken nicht weiterreichen können.

Patienten müssen intensiver medizinisch behandelt und pflegerisch betreut werden

Die massiven Kostensteigerungen treffen mit einem höheren Versorgungsbedarf zusammen, weil die Patienten immer älter und kränker in den Rehabilitationskliniken ankommen. Zudem werden die Patienten immer früher aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation verlegt, sie benötigen dadurch immer intensivere ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung und Medikamente, was die Behandlung aufwändiger und damit teurer macht.

Dies trifft vor allem die vorwiegend älteren Reha-Patienten der gesetzlichen Krankenkassen nach Schlaganfall, Krebs- oder Demenzerkrankung, Herzinfarkt und Gelenkersatz. Rund zwei Millionen Menschen müssen jährlich, auch im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, in der medizinischen Rehabilitation weiterversorgt und auf ein möglichst selbstständiges Leben zu Hause nach dem Klinikaufenthalt vorbereitet werden.

Marktbeherrschende Stellung der Krankenkassen führt zu Preisdumping

Statt einer angemessenen Berücksichtigung dieser offensichtlichen Kostensteigerungen in den Kliniken lassen die Krankenkassen nichts unversucht, um mit ihrer marktbeherrschenden Stellung die Preise für Rehabilitationsleistungen weiter nach unten zu drücken. Das ist nicht mehr verkraftbar, es ruiniert die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschlands Rehabilitationskliniken und gefährdet die Versorgung der Menschen.

Die Entscheidungshoheit über Preise und Auswahl der zu belegenden Rehabilitationsklinik liegt ausschließlich bei den Krankenkassen. Die Kliniken haben damit gar keine andere Wahl, als die Preisdiktate der Kassen zu akzeptieren, wenn sie nicht den Leerstand ihrer Einrichtung durch Nichtbelegung und damit die Insolvenz riskieren wollen. Einige Krankenkassen gehen dabei derart rigoros vor, dass sie täglich telefonisch abfragen, welche Klinik bereit ist, den günstigsten Preis des Vortages zu unterschreiten. Nur diejenigen Kliniken, die sich darauf einlassen, werden belegt. Berechtigte Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten spielen dabei regelmäßig keine Rolle. Auch die neuen Vertragsmodelle mit Fallpauschalen und integrierter Versorgung werden regelhaft zu einer faktischen Senkung der Preise missbraucht.

Auch wenn juristische Zweifel bestehen, ob die Grundlohnsummenbindung für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation überhaupt gilt, kann es den Kliniken nicht gelingen, aus der Kombination von faktischer Marktbeherrschung durch die Krankenkassen und gesetzlichen Einschränkungen zur Preisbildung auszubrechen. Jede Form einer fairen Preisbildung ist damit außer Kraft gesetzt.

Gesundheitsfonds wird den Kostendruck für die Krankenkassen weiter erhöhen

Schon jetzt sind die Auswirkungen des unmittelbar bevorstehenden Starts des Gesundheitsfonds zu spüren, der den Kostendruck auf die Krankenkassen weiter verschärfen wird. Die Krankenkassen werden gezwungen sein, ihre marktbeherrschende Rolle weiter auszunutzen, um die Preise zu drücken. Das hat verheerende Auswirkungen für die Kliniken und deren rund 120.000 MitarbeiterInnen, weil kaum Planungssicherheit besteht, und damit für die Versorgungsqualität der Kassenpatienten mit Rehabilitationsleistungen.

ÄNDERUNGSBEDARF:

Formal begründen die Krankenkassen ihre Verweigerungshaltung, die Vergütungssätze zumindest an die Kostenentwicklung anzupassen, mit der gesetzlich festgelegten Grundlohnsummenbindung. Um den Krankenkassen dieses Ausweichargument zu nehmen, ist es dringend notwendig, im Zuge der anstehenden Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung auch für Rehabilitationsleistungen die bestehende Preisbindung der gesetzlichen Krankenkassen endgültig von der Grundlohnrate abzukoppeln.

Die Reha-Kliniken werden von den gleichen Kostenschüben getroffen wie Krankenhäuser. Deshalb fordern die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer eine analoge Anwendung der geplanten Regelungen im Rahmen des KHRG für die stationäre Rehabilitation.

Ergänzung von § 111 Abs. 5 SGB V um folgende Sätze 2 bis 5:

„§ 71 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 gelten nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt an das Statistische Bundesamt einen Auftrag zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Rehabilitationseinrichtungen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigt. Der Wert soll jeweils zum 30. Juni eines Jahres für das Folgejahr ermittelt werden, erstmals zum 30. Juni 2009. Die Vergütung des Folgejahres nach Satz 1 erhöht sich vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen um diesen Wert.“

Mittelfristig muss eine wettbewerbsrechtlich stabile Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken konzipiert werden.

Hintergrund-Informationen:

- Die 1.255 Rehakliniken in Deutschland beschäftigen rund 160.000 MitarbeiterInnen.
- Das Rhein-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung, (RWI), Essen, hat in seinem „Reha-Rating-Report 2007“ ermittelt, dass rund 26 % der an der Untersuchung teilnehmenden Reha-Kliniken innerhalb eines Jahr die Zahlungsunfähigkeit droht. Weitere 23% der untersuchten Kliniken befinden sich bereits in der "Gelbphase" und sind unmittelbar davon bedroht, in die gleiche schwierige finanzielle Situation wie die oben genannten 26% der Kliniken zu geraten. ([www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWI.../M 38 REHA-RATING-2007 SUM.PDF](http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWI.../M_38_REHA-RATING-2007_SUM.PDF)) .
- Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen betragen 2007 rund 2,44 Mrd. Euro, dies entspricht etwa 1,6 Prozent der Gesamtausgaben von 153,62 Mrd. EUR.
- Der gesamte „Vorsorge- und Reha-Markt“ wird zu rund 35 Prozent durch die GKV finanziert, etwa 37 Prozent entfallen auf die gesetzliche Rentenversicherung, der Rest wird von privaten Haushalten, den Unternehmen/Arbeitgebern und kommunalen Kostenträgern aufgebracht.
- Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften gelten für die Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung andere Vertrags- und Vergütungsstrukturen als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Während die Rentenversicherung hauptsächlich die Reha-Leistungen für Erwerbstätige erbringt („Reha vor Rente“), ist die GKV für Rentner und mitversicherte Familienangehörige zuständig.
- Der Rehabilitationsbereich ist durch seine sogenannte „monistische“ Finanzierung gekennzeichnet. Die Höhe des Pflegesatzes wird einrichtungsbezogen in Pflegesatzverhandlungen zwischen dem (federführend) belegenden Rehabilitationsträger und dem Einrichtungsbetreiber vereinbart; Kollektivverhandlungen finden aktuell nicht statt.