

Geschäftsstelle, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin
Bundesverband Geriatrie e.V.

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Ministerialrat J. Becker
Referat 223 – Leistungsrecht, Beitragsrecht
11055 Berlin



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Vorab per Fax: 030-18 441-4667

21.11.2008

Genehmigungspraxis der Kostenträger im Bereich geriatrische Rehabilitation

- **Ihre Anfrage an den Bundesverband deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) und den Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)**
- **Gemeinsame Stellungnahme**

Sehr geehrter Herr Becker,

wir begrüßen das Interesse des Bundesministeriums an dem Genehmigungsverhalten der Kostenträger im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und haben Ihre Anfrage zum Anlass genommen, aktuell die derzeitige Situation bei den Mitgliedseinrichtungen unserer beiden Verbände abzufragen. Anschließend haben wir die Rückmeldungen zusammengeführt, sodass diese Stellungnahme gemeinsam im Namen beider Verbände erfolgt.

Vorweg ist festzuhalten, dass es seitens der Leistungserbringer keine genaue Statistik über das Genehmigungsverhalten der Kostenträger gibt, bzw. geben kann. Die Rehabilitationseinrichtungen werden über abgelehnte Rehabilitationsanträge nicht informiert. Diese Information geht ausschließlich an den Antragsteller. Gleichwohl lassen Belegungszahlen innerhalb der Geriatrie und persönliche Rückmeldungen gegenüber unseren Mitgliedern – sowohl aus dem Bereich der Antragsteller als auch einzelner Kostenträger – eine Aussage zu Tendenzen und Entwicklungen im Bereich der Genehmigungspraxis zu.

Die Abfrage bei unseren Mitgliedern hat ergeben, dass bereits seit Jahresbeginn Krankenkassen nur sehr restriktiv geriatrische Rehabilitationsleistungen genehmigen. Diese Praxis ist in den einzelnen Bundesländern bzw. in einzelnen Regionen unterschiedlich stark ausgeprägt, zudem gibt es über den Jahresverlauf hinweg starke Schwankungen. Es zeigen sich jedoch klare Hinweise, die auf eine grundsätzliche restriktive Haltung der Kostenträger hindeuten.

VORSTAND

Hon.-Prof. Dr. med. Dieter Lüttje, Osnabrück (Vorstandsvorsitzender)
Dipl. Kfm. Jens Wehmeyer, Hofgeismar (Stellvertretender Vorsitzender)
Dr. med. Susanne Perpeet-Kasper, Wernigerode-Blankenburg
Dr. med. Heinrich-Walter Greuel, Bochum-Wattenscheid
Dipl. Kfm. Ansgar Veer, Lingen/Ems

GESCHÄFTSSTELLE

Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRER

RA Dirk van den Heuvel

Telefon 030/339 88 76-10

Telefax 030/339 88 76-20

E-Mail: geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de

www.bv-geriatrie.de

Eingetragen in das Vereinsregister Berlin

und als gemeinnützig anerkannt

Bedenkt man zusätzlich, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Bedarf an geriatrischer Rehabilitation stetig steigt, so unterstreichen selbst nur leicht rückläufige oder stagnierende Genehmigungszahlen diesen restriktiven Trend.

Noch weitaus deutlich zeichnet sich jedoch der Trend ab, dass zwar geriatrische Rehabilitationsleistungen genehmigt werden, die Patienten anschließend jedoch im Wege der Fallsteuerung durch die Kostenträger in eine organspezifische Rehabilitationseinrichtung „umgeleitet“ werden. Hintergrund sind hier die zum Teil deutlich niedrigeren Vergütungssätze in diesen Einrichtungen. Dass damit dem Versorgungsanspruch des Patienten auf eine fachspezifische und assessmentorientierte geriatrische Rehabilitation nicht erfüllt wird und somit vorhandenes Rehabilitationspotenzial ungenutzt bleibt, bedarf keiner näheren Erläuterung.

In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass die Geriatrie – zumindest in kleinem Maße – auch von diesem sachfremden und nicht regelkonformen Verhalten der Kostenträger profitiert. So sind die Vergütungssätze in der Geriatrie zumeist niedriger als in der neurologischen Rehabilitation, sodass hier teilweise eine Umleitung in Richtung Geriatrie erfolgt. Aus medizinischer Sicht ist diese generelle Steuerungspraxis der Kostenträger nicht zu begründen, sodass damit der gesetzliche Anspruch auf eine, den spezifischen medizinischen Anforderungen entsprechende Rehabilitation, die das vorhandene Rehapotenzial nutzt, nicht erfüllt wird – womit diese Praxis letztlich rechtswidrig ist. Dieser Trend, die Zuweisung nicht vor dem Hintergrund des medizinischen Bedarfs, sondern an den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auszurichten, zeigt sich sehr deutlich und zieht sich mit unterschiedlich starker Ausprägung fast durch das gesamte Bundesgebiet. Öffentliche Proteste bzw. entsprechende Berichte in den Medien haben z.T. zu einer leichten Verbesserung der Lage geführt, aktuell zeichnet sich jedoch erneut ein entsprechender Trend ab. Zu bedenken ist dabei, dass es insbesondere dem älteren Patienten äußerst schwer fällt, sich über seinen Versorgungsanspruch zu informieren und ggf. seine Ansprüche gegenüber den Kostenträgern zu formulieren und durchzusetzen.

Im Bereich der Genehmigung von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen ist zudem die Tendenz zu erkennen, die Dauer der genehmigten Rehabilitation zunehmend zu verkürzen. War früher die Genehmigung von zumeist 21 Tage die Regel, so sinkt diese Genehmigungsdauer in jüngster Zeit ab. So gibt es u.a. Genehmigungen über nur noch 8 oder 10 Tage. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS für die geriatrische Reha die medizinischen Notwendigkeiten aufgreift und daher explizit den Hinweis enthält, dass die Rehabilitationsdauer in der Geriatrie den Durchschnitt zumeist übersteigt. Dies zeigt, welche elementarer Einschnitt diese kurzen Rehamaßnahmen letztlich für den Patienten bedeuten.

Ein weiterer – klar rechtswidriger – Trend seitens der Kostenträger ist es, bereits im Genehmigungsbescheid eine mögliche Verlängerung der Rehabilitation auszuschließen. Dieser Verlängerungsausschluss wird sowohl mündlich ausgesprochen, als auch in jüngster Zeit zunehmend schriftlich der Genehmigung beigefügt. Wird der Kostenträger auf die Rechtswidrigkeit dieses Vorgehens hingewiesen, so erfolgt umgehend eine „Rücknahme“. Dennoch ist eine gewisse „abschreckende Wirkung“ aufseiten der Leistungserbringer dieses Verhaltens zu bemerken. Dies insbesondere, da einzelne Einrichtungen zukünftige Belegungsnighteile fürchten, sofern sie gegen diesen Verlängerungsausschluss vorgehen. Hier ist die Rechtsaufsicht gefordert.

Die hier aufgezeigten Tendenzen beruhen auf Rückmeldungen der Mitglieder der beiden angefragten Verbände. Vor dem Hintergrund der fehlenden Informationspflicht kann hier nur von Trends gesprochen werden, die Hinweise lassen jedoch eine flächendeckende Entwicklung in die aufgezeigten Richtungen vermuten bzw. legen diese eindeutig nahe.

Anzumerken ist, dass durch das GKV-WSG die gesetzliche Verpflichtung der Kostenträger normiert wurde, die Genehmigungspraxis statistisch zu erfassen. Wir erwarten die erste Veröffentlichung dieser Zahlen im ersten Quartal 2009. Hier wird es Aufgabe der Politik sein, auf die Veröffentlichungen der Statistiken zu achten bzw. diese ggf. zeitnah einzufordern.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es noch großer Anstrengungen bedarf, dem im Wege des GKV-WSG eingeführten Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen – und damit auch der Pflichtleistung geriatrische Rehabilitation – in der Praxis umzusetzen. Durch die im Wege der restriktiven Genehmigungspraxis und der Umleitung geriatrischer Patienten in die organspezifischen Reha sinkende Auslastung der geriatrischen Rehabilitationskliniken geraten diese insbesondere mit Blick auf die massiven Kostensteigerungen im Versorgungsumfeld (z. B. Energiekosten und Tarifabschlüsse) unter zum Teil existenziellen wirtschaftlichen Druck. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Vergütungssätze durchschnittlich seit ca. 8 Jahren nicht angepasst wurden. Dies macht das Genehmigungsverhalten besonders brisant.

Für Rückfragen bzw. für weitergehende Informationen zu den angesprochenen Problemfeldern stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Im Namen des BDPK und des BV Geriatrie

Hon.-Prof. Dr. med. D. Lüttje