

Berlin, 06.10.2009

Pflege vermeiden – Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung einführen

Regelungserfordernis:

Es muss ein Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen werden, damit die Krankenkassen motiviert werden, Leistungen zu erbringen, die Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dazu werden die durchschnittlichen Kosten für solche Leistungen (z. B. Rehabilitation) von der Pflegeversicherung erstattet.

Begründung:

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist nicht schicksalhaft und kann durch geeignete Maßnahmen, wie Rehabilitation, verhindert oder zumindest zeitlich verschoben werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens hat in seinem Gutachten 2005¹ festgestellt, dass die bestehenden rehabilitativen und präventiven Möglichkeiten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Ausgestaltung des deutschen Sozialversicherungssystems eingeschränkt sind.

Ausgelöst wird das Problem durch die bestehende Trennung zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung. Trotz vorhandenem Teilhabepotential und eindeutiger gesetzlicher Vorgaben zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden bei den Krankenkassen viele Möglichkeiten zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit aus rein ökonomischen und wettbewerbsbedingten Gründen nicht ergriffen. Die Krankenkassen stehen im Beitragswettbewerb und würden im eigenen Sinne unwirtschaftlich handeln, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflege

¹ vergleiche Kurzfassung des Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2005, Nummer 96

investierten. Günstiger ist es daher die Versicherten an die Pflegeversicherung „abzugeben“. Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird unterlaufen. Wenn die kranken und hilfsbedürftigen Menschen erst einmal ins Pflegeheim eingewiesen und ihre bisherige Wohnung oder das Haus weg ist, wird die Rückkehr ins normale Leben schwer oder fast unmöglich.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes werden in Deutschland bereits im nächsten Jahr rund 2,40 Millionen Menschen pflegebedürftig sein. In den nächsten zehn Jahren steigt die Zahl auf 2,91 Millionen und für das Jahr 2030 ist mit etwa 3,36 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen.

Versorgungsqualität sichern – fairen Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken schaffen

Regelungserfordernis:

Der Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken muss nachjustiert werden. Seit der Reha-Krise 1997 findet ausschließlich ein Preiswettbewerb statt, der die Versorgungsqualität gefährdet.

- Deshalb muss eine **Schiedsstelle** für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken geschaffen werden. Vorbild ist die mit dem KHRG geschaffene Schiedsstelle für Heilmittel.
- Wie für die Krankenhausvergütung muss für die Preise der Rehabilitationskliniken der **Orientierungswert nach KHG** Anwendung finden. Klarzustellen ist juristisch eindeutig und zweifelsfrei, dass die Grundlohnrate im Hinblick auf Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken nach § 111 Abs. 5 SGB V **nicht** anwendbar ist.

Begründung:

Die Krankenkassen verfügen einseitig über alle strategischen Entscheidungsoptionen vom Vertragsabschluss, der Preisvereinbarung über die Leistungsentscheidung für die Versicherten bis hin zur Auswahl der zu belegenden Klinik. Gleichzeitig werden die Preise für Leistungen der medizinischen Rehabilitation zwischen den Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen frei und „ohne Leitplanken“ vereinbart. Dabei nutzen die Krankenkassen ihre übermächtige Marktposition rücksichtslos aus. Seit der Reha-Krise 1997 sind die Preise in Folge dieser Verhandlungsübermacht der Krankenkassen stetig gesunken. Noch nicht einmal die Kostensteigerungen, die für Rehabilitationskliniken mit denen der Krankenhäuser (Tarifverträge mit ver.di und dem Marburger Bund oder Energiekosten) vergleichbar sind, werden seit dieser Zeit ausgeglichen. Dabei tragen die Rehabilitationskliniken maßgeblich die Risiken, die sich aus der früheren Krankenhausentlassung, dem steigenden Lebensalter und der Multimorbidität ergeben.

Verlangt eine Rehabilitationsklinik in den Vergütungsverhandlungen wegen der Kostenentwicklung höhere Preise, wird unverhohlen mit der Einstellung der Belegung gedroht. Ein Vertragswettbewerb auf Augenhöhe findet nicht statt. Einen zusätzlichen Schub erfährt diese Praxis seit der Einführung des Gesundheitsfonds, weil die Krankenkassen um jeden Preis Zusatzbeiträge vermeiden wollen. Die

einzig ungeschützten Eingriffsmöglichkeiten bestehen dabei für die Krankenkassen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, der lediglich 1,4 % der GKV-Ausgaben ausmacht. Verstärkt wird die Entwicklung durch die Krankenkassenfusionen.

Nach mehr als 12 Jahren dieser Praxis ist die Gewinnung und Beschäftigung von qualifiziertem Fachpersonal, das für die Gewährleistung des Therapieerfolgs der Versorgung der älteren Menschen nach Schlaganfällen, Herzinfarkten, Oberschenkelhalsbrüchen und endoprothetischer Versorgung unerlässlich ist, kaum noch möglich. Finanzieller Spielraum fehlt auch für dringend notwendige Investitionen.

Patientensouveränität stärken - Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation bedarfsgerecht ausgestalten

Regelungserfordernis:

Patienten mit ärztlich festgestelltem Rehabilitationsbedarf müssen ohne nachgelagerte Leistungsentscheidung der Krankenkasse allein auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung die notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Die Entscheidung über die Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahme sowie die dazu geeignete Rehabilitationskliniken muss in enger Abstimmung mit dem Patienten durch den behandelnden Arzt getroffen werden.

Vorbild ist die Regelung für die Verordnung der Krankenhausbehandlung.

Begründung:

Regelhaft kollidieren ärztliche Verordnungen zu notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit den Ermessensspielräumen, die den Krankenkassen bei der Genehmigung der Leistung eingeräumt sind. Der behandelnde Arzt verfügt gemeinsam mit dem Patienten über die Kompetenz, zu beurteilen, ob und in welcher Form eine medizinische Rehabilitation notwendig ist.

Die Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen zur Auswahl wirtschaftlicher und geeigneter Rehabilitationseinrichtungen erfolgt durch den Abschluss von Versorgungsverträgen. Versorgungsverträge werden nur mit Kliniken geschlossen, die eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sicherstellen. Desweiteren wird die Struktur-, Behandlungs-, und Ergebnisqualität regelmäßig im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben überprüft und durch die Zertifizierungspflicht dokumentiert.

Vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherstellen – Rehabilitationskliniken in die Versorgung einbeziehen

Regelungserfordernis:

Die Rehabilitationskliniken müssen in den Gebieten, in denen die vertragsärztliche / fachärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist, zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.

Begründung:

Der Ärztemangel führt insbesondere in ländlichen Gebieten zu Versorgungsengpässen bei der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch entstehen teilweise untragbare Entfernungen bzw. Wartezeiten für die Patienten. Mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten wurde eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Hierfür sollten die Rehabilitationskliniken ebenfalls einbezogen werden. Rehabilitationskliniken sind häufig nicht in Ballungs- sondern in diesen strukturschwachen Gebieten angesiedelt. Gleichzeitig halten Rehabilitationskliniken ein umfassendes Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften vor.

Grundsätzliche wettbewerbliche Regelungen – Schaffung eines „fairen“ Wettbewerbsrahmens für Leistungserbringer und Krankenkassen

Regelungserfordernis:

Sollte der bisher eingeschlagene Weg zur Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen fortgeführt werden, ist ein geeigneter Wettbewerbsrahmen zu schaffen, der gleiche wettbewerbsrechtliche Spielregeln für Krankenkassen und Leistungserbringer definiert.

Begründung:

Das für freie Märkte konzipierte Wettbewerbsrecht kann aufgrund der Sicherstellungsverpflichtung der Leistungserbringer zur flächendeckenden Versorgung einschließlich der Notfallversorgung nicht voll angewendet werden.

Die kartellrechtliche Fusionskontrolle findet für Krankenkassen keine oder nur begrenzte Anwendung. Dies ist im Hinblick auf die derzeitige Welle von Kassenfusionen und deren Rolle als „Einkäufer von Leistungen“ problematisch.

Daher muss ein geeigneter Wettbewerbsrahmen für das Gesundheitswesen geschaffen werden.

Medizinische Versorgungszentren

Regelungserfordernis:

Die vom Gesetzgeber im § 95 SGB V geschaffene Möglichkeit zur Gründung von „Medizinischen Versorgungszentren“ muss in der jetzigen trägerpluralen Form erhalten bleiben. Krankenhäusern darf nicht verboten werden MVZ zu gründen und zu betreiben.

Begründung:

Nach dem Willen des Gesetzgebers stellen MVZ einen wichtigen Bestandteil der integrierten Versorgung dar, die dem Patienten eine Versorgung aus einer Hand bieten sollen. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber noch einmal die Gründung von MVZ erleichtert und einige gesetzgeberische Hürden aus dem Weg geräumt.²

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde der Weg für diese neue Versorgungsform geebnet. Hierbei hat man als Betreiber bewusst neben Ärzten auch Krankenhäuser sowie weitere Leistungserbringer, die an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter teilnehmen, zugelassen. Eine Abkehr hiervon würde die weitere Entwicklung der MVZ erheblich bremsen.

² Z. B.: Schaffung der Möglichkeit der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen, Fachübergreifend ist ein MVZ im oben genannten Sinne immer dann, wenn im MVZ mindestens zwei verschiedene Facharztgruppen vertreten sind. Mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zum 1.1.2007 ist diese Regelung insoweit gelockert worden, als es nun ausreicht, dass zwei Fachärzte über unterschiedliche Schwerpunktbereiche verfügen.

Die aktuellen Kennzahlen zu Medizinischen Versorgungszentren der KBV zeigen derzeit folgendes Bild:

Anzahl der Zulassungen	1.206
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	5.536
Ärzte im Anstellungsverhältnis	4.270
MVZ-Größe	Ø 4,6 Ärzte
vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
in Trägerschaft von Vertragsärzten	54,1%
in Trägerschaft eines Krankenhauses	37,4%
vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR, Partnerschaft
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte und Internisten

Eine Gefährdung der freien Arzt- und Behandlungswahl des Patienten ist anhand dieser Übersicht nicht ersichtlich. Auch eine Übermacht der Krankenhäuser als Betreiber eines MVZ ist nicht feststellbar. Eine Einschränkung der Zulassung von MVZ nur auf Ärzte ist u. E. nicht sachgerecht und würde eine reine politische Willkür darstellen, die die gewollte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau würde in Frage stellt.

Außerdem ist zu bedenken, dass die Veräußerung der Praxis an ein MVZ derzeit für viele niedergelassene Ärzte die einzige Möglichkeit ist, einen relevanten Beitrag zur persönlichen Altersversorgung zu leisten. Die Möglichkeit der Veräußerung würde durch die Einschränkung der Betreiberschaft auf Vertragsärzte massiv eingeschränkt.

Vergütungssystem für die neurologische Frührehabilitation Krankenhaus weiterentwickeln

Regelungserfordernis:

Für die Vergütung der neurologischen Frührehabilitation (NFR) im Krankenhaus muss ein differenziertes, tagesbezogenes, pauschaliertes Entgeltsystem wie für die Psychiatrie und Psychosomatik entwickelt werden.

Begründung:

Die Verweildauer hängt in der NFR ebenso wie in der Psychiatrie kaum von der zugrundeliegenden Diagnose, sondern vielmehr von der Schwere der aus der Diagnose resultierenden Beeinträchtigungen ab. Damit verbunden sind sehr unterschiedliche Behandlungsbedarfe. Zudem erschwert die große und inhomogene Streuung der Verweildauer die Ermittlung von kostenhomogenen Fallgruppen im DRG-System, die für die Kalkulation von Fallpauschalen erforderlich ist. Deshalb ist die Entwicklung von tagespauschalierten Entgelten für die NFR sachgerechter als eine verweildauerorientierte DRG.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik wurde mit dem KHRG die Einführung eines tagesbezogenen, pauschalierten Entgeltsystems beschlossen. Die NFR im Krankenhaus weist hinsichtlich Organisation, Aufgaben und Abläufen zahlreiche Parallelen zur Psychiatrie auf.

Wettbewerbsnachteile für die belegärztliche Versorgung abschaffen

Regelungserfordernis:

Die in § 18 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetzes (KHG) enthaltene Preisbegrenzung auf 80 % der Hauptabteilungs-DRG muss abgeschafft und stattdessen eine 100%-ige Finanzierung etabliert werden.

Begründung:

Die Abschaffung bestehender Ungleichbehandlungen im Rahmen der belegärztlichen Versorgung war bereits in der alten Koalitionsvereinbarung enthalten, die bestehende Problematik wurde aber nur unzureichend gelöst.

Sinnvollerweise schafft das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Möglichkeiten, dass Krankenhäuser zur Erbringung von Krankenhausleistungen mit niedergelassenen Vertragsärzten zusammenarbeiten können. Dies ist aufgrund des Ärztemangels dringend notwendig.

Die wirtschaftlichen und leistungsfähigen Belegkliniken können jedoch im Wettbewerb mit "normalen" Krankenhäusern, die die Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes nutzen und 100 % der A-DRG abrechnen, nicht konkurrieren. Für die ungleiche Finanzierung der gleichen Leistung besteht kein Grund. Deshalb muss die im KHRG eingeführte Preisbegrenzung auf 80 % abgeschafft und Chancengleichheit mit anderen Krankenhäusern hergestellt werden.

Zusammenarbeit von niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern rechtssicher ausgestalten

Regelungserfordernis:

Die vorhandenen sinnvollen gesetzlichen Regelungen zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern bei der Erbringung stationärer Krankenhausleistungen müssen rechtssicher ausgestaltet werden.

Begründung:

Die Sozialgerichte und zunehmend auch die Krankenkassen stellen die rechtliche Zulässigkeit der Kooperation von niedergelassenen Vertragsärzten mit Krankenhäusern bei der Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung infrage. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern ist aber aufgrund des Ärztemangels dringend notwendig. Die in § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG enthaltenen Formulierungen müssen rechtssicher ausgestaltet werden, damit solche sinnvollen Kooperationen praktiziert werden können.