

Presseinformation

23. Juni 2003

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR) zur aktuellen Entwicklung in der kardiologischen Rehabilitation

Autor für die DGPR: Prof. Dr. med. Klaus Held, Ärztlicher Geschäftsführer

Qualität – ein Wettbewerbsnachteil?

Qualität

Über Jahrzehnte ist in der Rehabilitation (Reha), besonders dank der konzeptionellen Entwicklungen der Rentenversicherung (RV), ein Qualitätsprogramm entstanden, das seinesgleichen in jedem anderen deutschen Versorgungssektor sucht.

Struktur- und Prozessqualität der kardiologischen Reha sind definiert und werden laufend überprüft. Das Verzeichnis der DGPR über die Kliniken mit zertifizierter Strukturqualität diene bisher den Kostenträgern als wichtige Orientierung für die Belegung.

Qualität kann es aber auch in der Reha nicht zum Nulltarif geben: strukturelle Vorgaben und besonders auch die personalaufwendige Prozessqualität der umfassenden Rehabilitation durch das „multidisziplinäre Team“ fordern ihren Preis. Die allgemeine Preissteigerung bei Sach- und Personalkosten verschonen natürlich auch die Reha-Einrichtungen nicht.

Kostenerstattung eingefroren - oder im Sinkflug

Seit Jahren sind die Pflegesätze von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „bestenfalls“ eingefroren. Schon hier öffnet sich die Schere zwischen allgemeiner Kostensteigerung und ihrer Erstattung durch die Kostenträger.

Aber schlimmer noch: offen oder verdeckt haben viele Krankenkassen begonnen, die Pflegesätze sogar zu senken und haben damit einen ruinösen Wettbewerb zwischen den Kliniken eröffnet.

Krasses Beispiel ist derzeit das Ampelmodell der AOK Bayern: Kliniken mit dem niedrigsten Pflegesatz liegen im grünen Bereich und werden belegt. Kliniken mit mittleren Pflegesätzen befinden sich im gelben Bereich und haben damit bei weiterer Senkung ihrer Pflegesätze eine Aufstiegschance in den grünen (Belegungs-) Bereich. Pflegesätze im roten Bereich haben bei der AOK keine Chancen.

Die mildere Variante: Krankenkassen schließen mit einzelnen Reha-Einrichtungen exklusive Belegungsverträge ab, sofern diese sich dem Preisdiktat beugen. Alternativ werden nur eigene Einrichtungen belegt, deren Preis der jeweilige Kostenträger selbst bestimmt.

Kostenerstattung versus Qualität

Die eingeforderten Qualitätsstandards (s. oben) einzuhalten, wird für die Einrichtungen mehr und mehr ein selbstmörderisches Risiko. Eine hohe Belegung kann so in den wirtschaftlichen Ruin führen. Damit wächst sich hochwertige Qualität zum Wettbewerbsnachteil aus, besonders augenfällig im Ampelmodell der AOK Bayern.

Tatsächlich hat der Abbau von Personal und Leistungen längst begonnen: Eine Umfrage des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern ergab im Dezember 2002 Bayern, dass nur 13 Prozent der teilnehmenden Kliniken eine Pflegesatzerhöhung erhielten, aber 71 Prozent eine Reduktion hinnehmen und deswegen in 22 Prozent der teilnehmenden Kliniken insgesamt 225 Personalstellen (in Vollzeitkräften) abgebaut werden mussten. Mitarbeiter mussten in 34 Prozent der teilnehmenden Kliniken faktische Lohneinbußen hinnehmen oder werden gar nicht selten nur noch nach der Bettenbelegung beschäftigt.

Und die Patienten? Eine Leistungseinschränkung ließ sich nach Auffassung der Hälfte (!) der teilnehmenden Kliniken nicht vermeiden, die sich vornehmlich bei Kostenträgern auswirkten, die eine Pflegesatzreduzierung durchgesetzt hatten. Ist der Wettbewerb der Kassen so zu verstehen? Weiteren Personalabbau und Leistungseinschränkung erwarteten 61 Prozent der

teilnehmenden Kliniken bei weiteren Pflegesatzabsenkungen. Die Qualität der Einrichtungen wurde nur in 22 Prozent der teilnehmenden Kliniken von der AOK Bayern abgefragt und noch seltener (und dann eher oberflächlich) in 15 Prozent vor Ort überprüft. Gleichbleibende gute Qualität bei Dumpingpreisen? Diesen Beweis sind die Krankenkassen bislang schuldig geblieben.

Diese Abwärtsspirale bestätigte sich auch bei einer bundesweiten Umfrage der DGPR bei 59 kardiologischen Reha-Kliniken im Jahre 2003: In 54 Prozent blieb der Pflegesatz „eingefroren“, bei 11 Prozent wurde er vom Hauptkostenträger sogar weiter reduziert. Leistungseinschränkung für die Patienten (20 Prozent) und Personalabbau (34 Prozent) waren die Folgen. Düster auch die Prognosen: 24 Prozent erwarten weitere Leistungseinschränkungen und gar 43 Prozent einen Personalabbau.

Transparenz unerwünscht

Wer wäre so naiv ein Qualitätsprodukt oder eine Leistung heute zum Preis von 1997 oder gar einem noch niedrigeren zu erwarten? Dieses betriebswirtschaftliche Zauberwerkstück gelingt offenbar nur in der Reha – jedenfalls, wenn man den Fest- und Sonntagsreden verantwortlicher Kassenoberer glaubt, die sich unermüdlich zu hochwertiger Qualität bekennen, ja sie sogar einfordern. Ist dies realitätsfern, doppelzünftig oder schlicht unredlich?

Politik, Gesetzgebung (SGB IX) und Sachverständigenrat dürften sich etwas anderes gedacht haben, als sie gemeinsam eine Unterversorgung des chronisch Kranken in der Rehabilitation feststellten und deren Verbesserung anmahnten.

Wo bleibt die Partizipation des Patienten, der keine Wahlmöglichkeit mehr hat? Es mehren sich vielmehr die Klagen von Patienten über ihre Zwangseinweisung nur noch in die Konzessionsklinik ihrer Krankenkasse. Nicht nur ausnahmsweise führt dies zu einem unseligen Reha-Tourismus, der vorwiegend den Transportunternehmen, nicht aber den Patienten nützt. Auch nachlassende Leistungen werden von den Patienten schon wahrgenommen. Sind sie emanzipiert und mutig genug sich laut zu beklagen, haben sie im Einzelfall die Chance, dass der Sachbearbeiter ihrer Krankenkasse „einknickt“.

Welche Krankenkasse hat den Mut ihren Versicherten reinen Wein einzuschenken und ihnen klar und deutlich zu sagen, dass das Budget der Krankenkasse nicht mehr zulässt?

Einstieg in die 2-Klassen-Rehabilitation?

Wohl dem, der noch jung genug ist, dass der Kostenträger seiner Reha die Rentenversicherung ist, die sich nicht an dem ruinösen Preiswettbewerb beteiligt und ihm eine qualitätsgesicherte Rehabilitation gewährleistet. Was aber wird der 75-jährigen alleinstehenden Frau nach ihrer Herzoperation und mit „Komorbidität“ (Hypertonie, Diabetes, degenerativen Skelettveränderungen u.a.) widerfahren? Wenn sie Glück hat, genehmigt ihr Kostenträger noch eine Anschlussrehabilitation (AR), die tatsächlich aus Kostengründen nur noch eine „Reha light“ sein kann. Wenn sie Pech hat, wird ihr neuerdings auch die Reha ganz verweigert werden können, weil sie geheime Kriterien ihres Kostenträgers nicht erfüllt.

Diese Stellungnahme mag polemisch klingen. Es ist jedoch an der Zeit eine bedrohliche Entwicklung öffentlich zu machen, deren Opfer nicht nur die „Leistungserbringer“, sondern vor allem die Patienten sind. Sie, deren Partizipation und Information vom Gesetzgeber festgeschrieben wurde, haben ein Anrecht darauf.

Getroffen wird aber auch mittelfristig das Gesundheitssystem: verminderte Qualität kann nur zu schlechteren Ergebnissen führen, die aber erst später deutlich werden und dann ein anderes Teilbudget der entsprechenden Krankenkasse belasten. Welche Milchmädchenrechnung: die kleinen, aber für das Reha-System ruinösen Einsparungen von heute werden morgen zu höheren Kosten führen.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Klaus Held
Ärztlicher Geschäftsführer
c/o Deutsche Gesellschaft für Prävention
und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)
Friedrich-Ebert-Ring 38, 56068 Koblenz
Telefon 0261 – 30 92 31, Telefax 0261 – 30 92 32
E-Mail: info@dgpr.de