

28.05.2014

Positionen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) zur Sicherung der qualitativ hochwertigen Versorgung von geriatrischen Patienten in baden-württembergischen Rehabilitationseinrichtungen

Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung stellt die Sicherstellung einer auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmten Versorgungsstruktur eine der wesentlichen Herausforderungen für Politik und Gesellschaft dar. Bereits Mitte der 80er Jahre hat die Landesregierung den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Im Rahmen des ersten Landesgeriatriekonzepts aus dem Jahr 1989 wurde die Entwicklung zukunftsfähiger geriatrischer Versorgungsstrukturen angestoßen.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt des Geriatriekonzepts stellte der flächendeckende Aufbau von geriatrischen Reha-Kliniken in Baden-Württemberg nach dem Prinzip der wohnortnahen Versorgung dar. Heute steht den Bürgerinnen und Bürgern ein wohnortnahes Angebot von knapp 40 stationären geriatrischen Reha-Kliniken zur Verfügung, welche teilweise auch ambulante geriatrische Rehabilitationsleistungen erbringen.

Baden-Württemberg galt lange Jahre als „Leuchtturm“ für eine qualitativ hochwertige wohnortnahe Versorgung der mehrfach erkrankten älteren Bürger. Heute sind jedoch eben diese herausragenden Versorgungsstrukturen akut gefährdet, insbesondere durch eine unzureichende Finanzierung.

Im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 wurden auch für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation gute Ansätze abgestimmt, welche nun mit Leben gefüllt werden müssen. Zudem ist es nach langen Anstrengungen und politischer Intervention gelungen, die bestehende Unterfinanzierung der geriatrischen Reha-Kliniken ins Bewusstsein der Krankenkassen zu rufen und erste Anpassungen in der Vergütung zu erreichen. Es bleibt jedoch dabei, dass auch der für die Rehabilitation geltende gesetzliche Rahmen weiter ergänzt werden muss.

Die Träger der Reha-Kliniken sind weiterhin bereit, sich zu engagieren. Aber auch der Bundesgesetzgeber, das Land und die Krankenkassen stehen in der Verantwortung.

Zur Aufrechterhaltung und Sicherung der geriatrischen Rehabilitation fordert die BWKG von Bundesgesetzgeber, Land und Krankenkassen die Grundlagen zu schaffen für eine zeitnahe Umsetzung folgender Maßnahmen

- 1. Eine leistungsorientierte Vergütung der geriatrischen Reha-Kliniken garantieren**
- 2. Eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen**
- 3. Die geriatrische Institutsambulanz (GIA) an geriatrischen Reha-Kliniken anbinden**

Dabei besteht folgender konkreter Handlungsbedarf für:

- den Bundesgesetzgeber

- Zügige Verankerung eines Rechtsanspruchs der Reha-Kliniken auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX, die Investitionskosten, Qualitätsvorgaben und Personal- und Sachkostensteigerungen abdeckt
- Gesetzliche Verankerung, dass Abweichungen von der Reha-Verordnung des einweisenden Arztes seitens der Krankenkasse nur nach medizinischer Begründung zulässig sind
- Schaffung einer Kostenerstattungsregelung von der Pflege- an die Krankenversicherung, um den Krankenkassen Anreize zur Durchführung von Reha-Maßnahmen zu geben
- Erweiterung des Geltungsbereichs der Geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V um geriatrische Rehabilitationskliniken sowie geriatrische Schwerpunkte und Zentren

- die Krankenkassen

- Garantie von anforderungsgerechten und leistungsorientierten Vergütungen, die zudem die jährlichen Kostensteigerungen abdecken
- Abstimmung eines Kalkulationsschemas mit den Partnern der Selbstverwaltung zum Einsatz in den Vergütungsverhandlungen

- Zuweisung von geriatrischen Patienten in die jeweilige Rehabilitationsform gemäß der medizinischen Einschätzung des zuweisenden Arztes: von dieser darf nur nach medizinischer Begründung abgewichen werden

- das Land Baden-Württemberg

- Engagement für die Aufrechterhaltung der Versorgungsform geriatrische Rehabilitation für die Bürgerinnen und Bürger
- Unterstützung der Reha-Kliniken in ihren Forderungen nach der Optimierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen
- Einwirkung auf die Krankenkassen jenseits der gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung einer leistungsgerechten Vergütung und bedarfsgerechten Versorgung

Konkrete Formulierungsvorschläge zu den Gesetzesänderungen stellt die BWKG gerne zur Verfügung.

Zur Aufrechterhaltung und Sicherung der geriatrischen Rehabilitation fordert die BWKG eine zeitnahe Umsetzung folgender Maßnahmen:

1. Eine leistungsorientierte Vergütung der geriatrischen Reha-Kliniken garantieren

Das aktuelle Finanzierungssystem für die geriatrischen Reha-Kliniken ist nicht in der Lage, eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Deshalb sind nahezu alle geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen stark defizitär und konnten in den letzten Jahren oft nur durch massive Quersubventionierungen finanziert werden. In den Jahren 2012 und 2013 mussten bereits vier stationäre geriatrische Reha-Kliniken schließen; in 2014 gehen zwei weitere stationäre geriatrische Reha-Kliniken vom Versorgungsnetz.

Die Ursachen hierfür sind hinreichend bekannt: Einerseits sind die Kliniken mit stetig gestiegenen Anforderungen an die personelle und räumliche Ausstattung, einem veränderten

Patientengut sowie jährlichen Lohn- und Sachkostensteigerungen konfrontiert. Andererseits werden die Pflegesätze nicht in dem notwendigen Maß angepasst. Bei Ansetzen der Strukturanforderungen der Krankenkassen ergeben sich für die Kliniken Kosten in der Größenordnung von mindestens 210 EUR pro Behandlungstag. Der durchschnittliche Tagespflegesatz in der geriatrischen Rehabilitation beträgt dagegen rd. 180 EUR. Damit besteht eine tägliche Unterdeckung von im Durchschnitt mindestens 30 EUR pro Patient. Hochgerechnet auf ein Jahr resultiert daraus für eine Klinik mit beispielhaft 50 Betten – selbst bei Vollauslastung – ein Jahresdefizit von über einer halben Million.

Zwar bewegt sich das Vergütungsniveau langsam nach oben. Das bedeutet jedoch nicht, dass das System funktioniert. Tatsächlich hat der neue Konfliktlösungsmechanismus der Reha-Schiedsstelle die in ihn gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Grund hierfür ist, dass die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zur Festsetzung der Vergütung von einem partnerschaftlichen Miteinander gleichberechtigter Verhandlungspartner ausgehen. Es hat sich jedoch vielfältig gezeigt, dass dieses in der Rehabilitation nicht gegeben ist. Da das Gesetz keine klare Regelung zur Bemessung der Vergütung enthält, greifen die Schiedsstellen auf allgemeine Grundsätze (§ 71 SGB V) zurück und lehnen damit die berechtigten Ansprüche der Kliniken ab.

Die richtigerweise geschaffene Reha-Schiedsstelle kann also ihre interessenausgleichende Wirkung nicht entfalten, so lange klare gesetzliche Vorgaben zum Rechtsanspruch der Kliniken auf leistungsgerechte Vergütung fehlen.

An die Gesundheitspolitiker auf Bundesebene ergeht daher der dringende Appell: Flankierend zu der neuen Schiedsstellenregelung muss dringend ein Rechtsanspruch auf eine leistungsorientierte Vergütung im SGB V und SGB IX verankert werden.

Dieser muss umfassen:

- Bei der Bemessung der Vergütungen sind die notwendigen Investitionskosten zu berücksichtigen.
- Die durch Qualitätsvorgaben – dies umfasst die diversen Strukturanforderungen der Krankenkassen – verursachten Kosten sind zu finanzieren. Fahrkosten und Medikamente, die nicht im tagesgleichen Pflegesatz bzw. der Fallpauschale abgebildet sind, sind zusätzlich zu vergüten.

Die Vergütungen sind zudem von den Vereinbarungspartnern jährlich zu überprüfen und anzupassen, so dass neue Qualitäts- und Strukturanforderungen sowie Personal- und Sachkostensteigerungen finanziert werden.

Bis dahin liegt eine hohe Verantwortung bei den Krankenkassen: Um weitere Klinikschließungen in der geriatrischen Rehabilitation zu verhindern, sind seitens der Krankenkassen anforderungsgerechte und leistungsorientierte Vergütungen zu garantieren und jährlich anzupassen. In den Vergütungsverhandlungen ist ein Kostenkalkulationsschema einzusetzen, welches auf Landesebene zwischen den Partnern der Selbstverwaltung abzustimmen ist.

An das Land geht der Appell, die Kliniken einerseits in ihren Forderungen nach Optimierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu unterstützen. Andererseits ist das Land jenseits der gesetzlichen Regelungen in der Verantwortung, auf die Krankenkassen einzuwirken und dafür Sorge zu tragen, dass die im Geriatriekonzept gemachten Zusagen hinsichtlich leistungsgerechter Vergütung und Zugang zur geriatrischen Rehabilitation auch tatsächlich eingehalten werden.

2. Eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen

Die bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patienten ist derzeit nicht gewährleistet. Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, ist u.a. erforderlich:

- Den geriatrischen Patienten regelhaft erkennen

Der geriatrische Patient zeichnet sich durch ein höheres Lebensalter und eine Multimorbidität, also ein Vorliegen mehrerer behandlungsbedürftiger Krankheiten, aus. Zusätzlich weisen diese Patienten eine erhöhte Vulnerabilität/Gebrechlichkeit (frailty) aus. Diese drückt sich im häufigen Auftreten von Komplikationen, der Gefahr der Chronifizierung sowie in einem erhöhten Risiko des Verlustes der Autonomie aus. Wichtig ist, dass sowohl der Hausarzt als auch das Krankenhaus den geriatrischen Patienten regelhaft bei Behandlungsbeginn als solchen erkennen, um frühzeitig eine bedarfsgerechte geriatrische Weiterversorgung, z. B. in Form von vertiefenden Untersuchungen oder einer geriatrischen Rehabilitationsbehandlung, einzuleiten. Für die regelhafte Erkennung des geri-

atrischen Patienten im Krankenhaus hat die BWKG eine Arbeitshilfe erstellt, in welcher der so genannte „Geriatric-Check“ als Identifikationsinstrument vorgestellt wird. Entsprechende Instrumente sollten auch im niedergelassenen Bereich zur Anwendung gelangen.

- **Zu einer bedarfsorientierten Belegung der Reha-Kliniken übergehen**

In den Reha-Kliniken zeigt sich, dass ältere Patienten oftmals nicht nach ihrem individuellen medizinischen Bedarf, sondern nach Aspekten der Kostenersparnis von den Krankenkassen in die unterschiedlichen Rehabilitationsformen zugewiesen werden. Dies führt zum einen dazu, dass Patienten mit geriatrischem Rehabilitationsbedarf nicht in die geriatrische Rehabilitation gelangen. Zum anderen werden geriatrische Reha-Kliniken mit Patienten belastet, die einen höheren Versorgungsbedarf aufweisen.

Die Krankenkassen müssen – um eine bedarfsgerechte Versorgung der geriatrischen Patienten sicherzustellen – den medizinischen Einschätzungen der Ärzte folgend die älteren Patienten nach deren Versorgungsbedarf und nicht nach primär finanziellen Aspekten in die jeweilige Rehabilitationsform zuweisen.

Der Gesetzgeber muss hierfür gesetzlich verankern, dass Abweichungen von der Verordnung des Arztes nur nach medizinisch fundierter Begründung und nicht nach Aktenlage erfolgen können.

- **Geriatrische Rehabilitationsleistungen an die Krankenhausbehandlung anschließen**

Das Geriatriekonzept verfolgt das Ziel einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der älteren Bevölkerung. Folgerichtig wird dort ausgeführt, dass die Versorgung geriatrischer Patienten in allen Krankenhäusern im Land erfolgt und nicht auf wenige Spezialkliniken beschränkt werden kann. Dies gilt auch für die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung, welche einen Ausschnitt der geriatrischen Krankenhausbehandlung darstellt. Die Krankenkassen meinen, dass bei Durchführung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus oftmals eine geriatrische Anschlussrehabilitation nicht mehr erforderlich ist. Tatsächlich ist diese Frührehabilitation im Krankenhaus häufig notwendig, um die Potenziale des Patienten zum frühest möglichen Zeitpunkt zu fördern und die für eine Weiterbehandlung erforderliche Rehabilitationsfähigkeit erst zu erreichen. Bei Vorenthalten dieser Leistung würden viele Patienten direkt in die Pflege übergeleitet werden müssen. Die Tatsache, dass vor einer verordne-

ten geriatrischen Anschlussrehabilitation Leistungen der Frührehabilitation im Krankenhaus stattgefunden haben, stellt keinen Ablehnungsgrund für eine Anschlussrehabilitation dar.

Die Krankenkassen haben, sofern eine geriatrische Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt medizinisch geboten ist, diese zu genehmigen. Für eine „Anrechnung“ der Kosten der Krankenhausbehandlung auf die danach noch für Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel und somit eine Verkürzung des Leistungsanspruchs findet sich im geltenden Recht keine Grundlage.

- **Reha vor Pflege: Schaffung einer Kostenerstattungsregelung von der Pflege- an die Krankenversicherung**

In den Jahren 2005-2012 hat lt. Statistischem Landesamt die Anzahl an Krankenhausausschreibungen ins Pflegeheim landesweit um 135 % zugenommen. Und das, obwohl in Baden-Württemberg mit der geriatrischen Rehabilitation eine adäquate Versorgungsform zur Verfügung steht, Pflegeheimaufnahmen im relevanten Umfang wirksam und nachhaltig zu verhindern. Tatsächlich fehlen für die Krankenversicherung bei älteren Versicherten Anreize für die Erbringung von erforderlichen und erfolgversprechenden Rehabilitationsleistungen. Denn der Nutzen einer Rehabilitation von älteren oder bereits pflegebedürftigen Versicherten kommt zu einem großen Anteil nicht der Krankenkasse, sondern der Pflegekasse zugute, während die Ausgaben für die Rehabilitationsmaßnahme voll zu Lasten der Krankenkasse gehen.

Um den Krankenkassen echte Anreize für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verringerung der Pflegebedürftigkeit zu setzen, ist die Pflegeversicherung zu einem finanziellen Ausgleich an die Krankenkasse zu verpflichten. Bezüglich der Umsetzung wird auf die Vorschläge des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) verwiesen.

3. Die geriatrische Institutsambulanz (GIA) an geriatrischen Reha-Kliniken anbinden

Um die geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung nutzen zu können, wurde im Rahmen des PsychEntgG die geriatrische Institutsambulanz (GIA) in § 118a SGB V verankert. Demnach können geriatrische Fachkrankenhäu-

ser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen und Krankenhausärzte zur GIA ermächtigt werden.

In Baden-Württemberg wird eine hochqualifizierte geriatrische Versorgung jedoch insbesondere über geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach dem Prinzip der wohnortnahen Versorgung angeboten. Dort arbeiten interdisziplinär Ärzte und Therapeuten in einem geriatrischen Team eng zusammen. Dasselbe gilt für die besonderen Strukturen an Krankenhäusern der landesplanerisch ausgewiesenen sogenannten Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren.

Damit die GIA in Baden-Württemberg zur Umsetzung kommen kann, muss der Geltungsbereich – wie bereits im Änderungsantrag 3 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Beratung des Gesetzentwurfs zum Psych-Entgeltgesetz (BT-Drs. 17/8986) gefordert – um geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sowie auch um Geriatrische Schwerpunkte und Zentren erweitert werden. Zudem ist die „Kann“-Ermächtigung in eine „Muss“-Ermächtigung zu überführen. Auch sollte die Finanzierung nicht über die vertragsärztliche Gesamtvergütung erfolgen, sondern die Leistungen sollten analog zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) direkt mit den Krankenkassen in Form einer Pauschalierung abgerechnet werden können. Hierfür ist eine Anpassung des § 118a SGB V erforderlich.