

Marktwirtschaft und Marktpreisfindung bei der Vergütungssatzfindung

Peter Borges, Agnes Zimolong, Anna Moorées

Zusammenfassung:

Das System der Rehabilitation in Deutschland erfüllt nicht die Kriterien eines „Marktes“. Es ist vielmehr ein einseitig reguliertes System ohne freien Wettbewerb mit Angebot und Nachfrage. Das aktuelle Verfahren der Vergütungssatzfindung sowie die Belegungssteuerung entsprechen einem einseitigen Monopol ohne die notwendige Systemtransparenz für die Marktteilnehmer und Patienten. Die Preis- und Mengenfestlegung ohne unabhängige Kontrollmechanismen begünstigt eine „Versorgung nach Kassenlage“ und nicht nach dem tatsächlichen Bedarf. Diese systemimmanenten Fehlanreize können zum einen ruinösen Wettbewerb durch Dumping-Angebote führen. Gleichzeitig steigt die volkswirtschaftliche Bedeutung der medizinischen Rehabilitation deutlich an. „Ageing-Society“ und „Rente mit 67“ sind nur zwei Stichworte hierzu. Das aktuelle Finanzierungs- und Belegungssystem der Rehabilitation ist auf die zukünftigen Herausforderungen jedoch nicht vorbereitet. Die Kontingentierung muss einer bedarfsgerechten Versorgung weichen.

Um den Begriff „Markt“ in Zusammenhang mit der Rehabilitation zu klären, lässt sich global auf allgemeingültige Bewertungskriterien für Märkte zurückgreifen. Diese können in statische und dynamische Kriterien unterschieden werden. Zu den statischen

Statische Kriterien	Dynamische Kriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Konsumentenouveränität • Optimale Faktorallokation • Ausgleich von Marktangebot und -nachfrage • Marktleistungsgerechte Einkommensverteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsflexibilität • Technischer Fortschritt

Abb. 1: Bewertungskriterien für Märkte und deren Funktionsweise

Kriterien des Marktes zählen die Konsumentenouveränität, optimale Faktorallokation, der Ausgleich von Marktangebot und -nachfrage und eine marktleistungsgerechte Einkommensverteilung. Bei den dynamischen Kriterien lässt sich Anpassungsflexibilität und der technischer Fortschritt nennen. Sobald alle diese Kriterien umfänglich erfüllt sind, spricht man von einem optimalen Markt.

Inwieweit der Marktbegriff auf den Bereich der Rehabilitation Anwendung finden kann, hängt vom Erfüllungsgrad dieser Marktkriterien ab. Es ist schnell erkennbar,

dass die Kriterien zur Marktbewertung sich nicht auf das Gesundheitswesens und die Rehabilitation anwenden lassen.

Das Gesundheitssystem im Allgemeinen und damit auch die Rehabilitation unterliegen zu Recht einer staatlichen Regulierung und entziehen sich damit zu großen Teilen den freien Marktmechanismen. Die Ursache dafür liegt in der gesetzlich fest verankerten Fürsorgepflicht des Staates für seine Bürger. Die beiden Hauptgründe zur staatlichen Regulierung im Gesundheitswesen sind das Marktversagen und die allgemeine gesellschaftliche Gerechtigkeitsvorstellung.

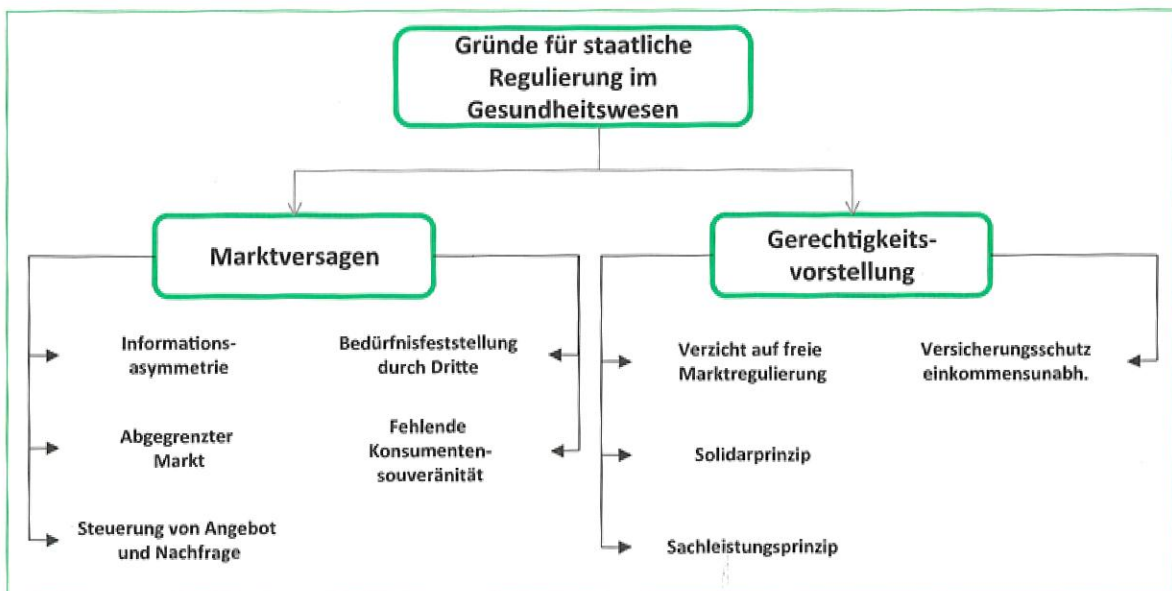


Abb. 2: Staatliche Regulierung im Gesundheitswesen

Das Marktversagen lässt sich zurückführen auf Informationsasymmetrie zwischen Patient (Anfrager) und Leistungserbringer (Anbieter). Beispielsweise ist es nicht realistisch zu glauben, dass Patienten über ausreichend medizinisches Wissen verfügen, um die in einem freien Markt geforderte Konsumentensouveränität zu erfüllen. Die Bedürfnisfeststellung über die Art und Menge einer Gesundheitsleistung liegt damit in den Händen Dritter. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer systematischen Steuerung von Angebot und Nachfrage. Das Ziel ist stets das Allgemeinwohl der Gesellschaft und damit auch ausreichende Ressourcen für das Fortbestehen der Gesellschaft zu sichern.

Die gesellschaftliche Gerechtigkeitsvorstellung beinhaltet aus dem Marktversagen heraus den Verzicht auf eine freie Marktregulierung, die in dem Bereich des Gesundheitswesens die gesellschaftlichen Normen nicht erfüllen könnte. Das Solidarprinzip ist in unserer Gesellschaft tief verwurzelt. Dazu gehört auch ein weitestgehend einkommensunabhängiger Versicherungsschutz.

Es lassen sich jedoch auch im regulierten Markt des Gesundheitswesens sektorale Unterschiede finden. Die Differenzen zwischen akutstationärem Sektor (Krankenhausversorgung) und Rehabilitation lassen sich wie folgt darstellen:

- Krankenhäuser werden über die Bedarfsplanung der Länder gelenkt, wobei sich der Bedarf an Krankenhausleistungen sich durch die freie Zugänglichkeit von den tatsächlichen Inanspruchnahmen ableiten lässt (freier Zugang für Notfälle, Überweisungen/Einweisungen durch Haus- und Fachärzte)
- Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden größtenteils über DRG-Fallpauschalen finanziert, die Investitionsmittel prinzipiell aus Steuermitteln durch die Länder (duale Finanzierung)
- Rehabilitationskliniken dagegen werden monistisch über Vergütungssätze finanziert
- Der Zugang zur Rehabilitation wird über Antragsstellung beim Rehabilitationsträger gelenkt, welcher als Leistungserbringer oder Finanzierer seinen regionalen und indikationsspezifischen Sicherstellungsauftrag erfüllen kann

Allein die in der Rehabilitation deutlich höhere Steuerungsmöglichkeit der Leistungsanspruchnahme über das System der Antragstellung lässt die Schlussfolgerung zu, dass anders als in anderen Sparten des Gesundheitswesens in der Rehabilitation die Gefahr besteht, dass die Kassenlage und nicht der tatsächliche Bedarf die Menge der Leistungen bestimmt. Diese Gefahr ist systemimmanent und sollte daher mittels entsprechender unabhängiger Kontrollmechanismen überwacht werden.

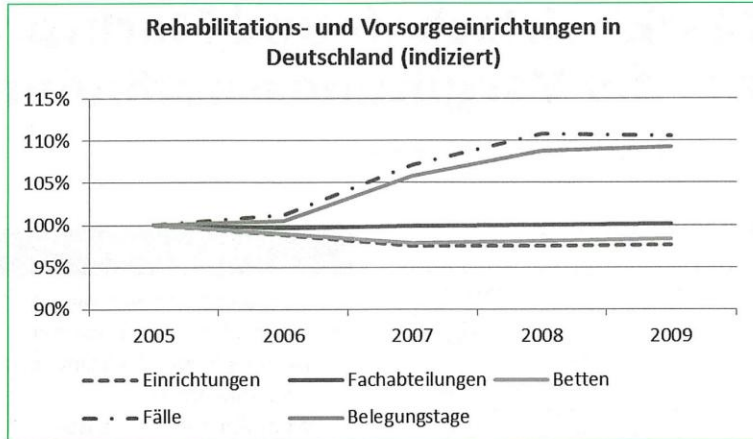


Abb. 3: Entwicklung Kennzahlen Rehabilitation (Quelle: destatis 2010)

Der auffallendste Grundaspekt der Leistungs- und Finanzierungsstruktur der Rehabilitation ist die fehlende Transparenz der Leistungsvergabe und die fehlende direkte Beziehung zwischen Nachfrager (Patient) und Anbieter (Reha-Klinik).

Das Verfahren der Vergütungssatzfindung sowie die Belegung entsprechen einem einseitigen Monopol. Die Leistungsträger steuern die Belegung der Kliniken über Antragsstellung und machen den Leistungserbringern dezidierte strukturelle und leistungsbezogenen Vorgaben zur Erbringung ihrer Rehabilitationsleistungen. Die Leistungserbringer jedoch können als „Verhandlungspartner“ bei Vergütungssatzverhandlungen keine echte Einflussnahme tätigen. Eine Verhandlung höherer Vergütungssätze birgt für die Reha-Kliniken stets die Gefahr der Belegungsrückgänge.

Der Blick in die Vergangenheit verdeutlicht die Abhängigkeit der Rehabilitationsbranche von den gesetzlichen Vorgaben und den politischen Zielen, die in dem regulierten „Markt“ verfolgt werden. Bei einer Betrachtung der Entwicklung des Rehabilitationsmarktes lassen sich vier Phasen unterscheiden.

Im Zeitraum Ende der 80er Jahre bis 1996 gab es keine Beschränkung bei Zulassung und es entstanden Reha-Einrichtungen, deren Investitionskosten durch Steuerbegünstigungen unterstützt und deren Betriebskosten durch Versorgungsverträge mit „großzügigen“ Vergütungssätzen abgegolten wurden. Da medizinische Aspekte oftmals eine untergeordnete Rolle spielten („Fango und Tango“) entstanden diese Einrichtungen überwiegend fernab von Ballungszentren auf der grünen Wiese.

In den Jahren 1996–1997 wurden gesetzliche Reformen zur Kosteneinsparung realisiert. Es gab Budgetkürzungen und der Reha-Zugang wurde erschwert, wodurch die Reha-Branche in eine schwere Krise stürzte.

Durch den Fallzahlenrückgang und die reduzierten Behandlungsdauern entstanden Überkapazitäten. Die Investitionen blieben aus und es begann der Verdrängungswettbewerb.

1998 bis 2002 wurden die restriktiven gesetzlichen Vorgaben der Vorjahre gelockert und die Rehabilitation wurde politisch wieder unterstützt, wodurch die Fallzahlen wieder stiegen. Es gab eine deutliche Erholung des Reha-„Marktes“.

Seit 2003 wird die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation zunehmend erkannt. Die politische Unterstützung wird weitestgehend zugesichert. Der Reha-„Markt“ indes befindet sich in einer Konsolidierungsphase in der Marktbereinigung mit starkem Preis- und Leistungswettbewerb herrscht. Es werden zukunftsfähige Geschäftsfelder selektiert, wie z.B. die AHB und Früh-Reha, es wird die Nähe zu Ballungszentren gesucht und es wird die zunehmende Bedeutung psychischer Indikationen wahrgenommen.

Die Eckdaten der Entwicklungen in der Rehabilitation zeigten in der Vergangenheit sinkende Einrichtungs- und Bettenzahlen bei steigenden Fallzahlen und Belegungstagen.

Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend in Zukunft fortsetzt. Aktuelle Studien, wie z.B. die Prognos-Studie von 2009, gehen von einer weiteren Zunahme des Reha-Bedarfs aus. Als Schlagwort lässt sich die „Rente mit 67“ nennen. Der Bevölkerungsanteil der Erwerbstätigen wird durch Abnahme der jüngeren Bevölkerung sowie den späteren Renteneintritt immer älter. Schätzungen gehen von rund 30.000 zusätzlichen Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter aus. Insbesondere bei der beruflichen Wiedereingliederung ist der volkswirtschaftliche Nutzen von fünf Euro Return on Invest (ROI) für einen Euro Einsatz nachgewiesen. Allerdings werden die anfallenden Kosten für den steigenden Reha-Bedarf aufgrund des

allgemeinen Rückgangs der Erwerbstätigen nicht gedeckt. Eine Erhöhung des Reha-Budgets innerhalb der DRV wird zukünftig notwendig sein.

Der Status Quo der Preisbildung lässt sich durch folgenden Kernaspekte zusammenfassen:

- Intransparente Vergütungssatz- „Verhandlungen“
- Wettbewerbsdruck beim Preis und Belegung mit der Folge einer fraglich ausreichenden Berücksichtigung der Betriebskosten bei der Vergütung und einer Zunahme von Dumping-Angeboten zur Belegungssicherung
- Notwendigkeit von Investitionen für Instandhaltung, Ersatzbeschaffung oder Aufrüstung der bestehenden Strukturen bleibt weitestgehend unberücksichtigt

Diese stetige Unterfinanzierung der Rehabilitation führt langfristig zur Bestandsgefährdung der Branche. Im Rahmen der Gutachtererstellung zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Ausgabe 2010) wurde eine Befragung von Reha-Einrichtungen durchgeführt, deren Ergebnisse zeigen, dass die Steigerungen der Tagessätze stets unter den Kostensteigerungen zurückbleiben.

Für das Jahr 2011 werden aufgrund der Inflation vergleichsweise hohe Kostensteigerungen erwartet. Die Forderung nach Anpassung der Vergütung in der Rehabilitation bleibt also aktuell. Dabei sollten die Finanzierungslücken aus der Vergangenheit möglichst ausgeglichen werden. Weiterhin sollte zukünftig ein transparentes und allgemeingültiges Verfahren zur Vergütungssatzfindung eingeführt werden.

Die Eckpunkte an ein transparentes Vergütungsverfahren lassen sich wie folgt skizzieren:

- Offenlegung und Vereinheitlichung des Kalkulationsschemas für die Berechnung der Vergütungssatzhöhen
- Nachvollziehbarkeit/Übereinstimmung zwischen den Struktur- und Leistungsanforderungen für die Leistungserbringer (Personalstruktur & Leistungsinhalte der Reha)
- Entwicklung eines Verfahrens zur Kalkulation der investiven Mittel und ihre Berücksichtigung in den Vergütungssatz-

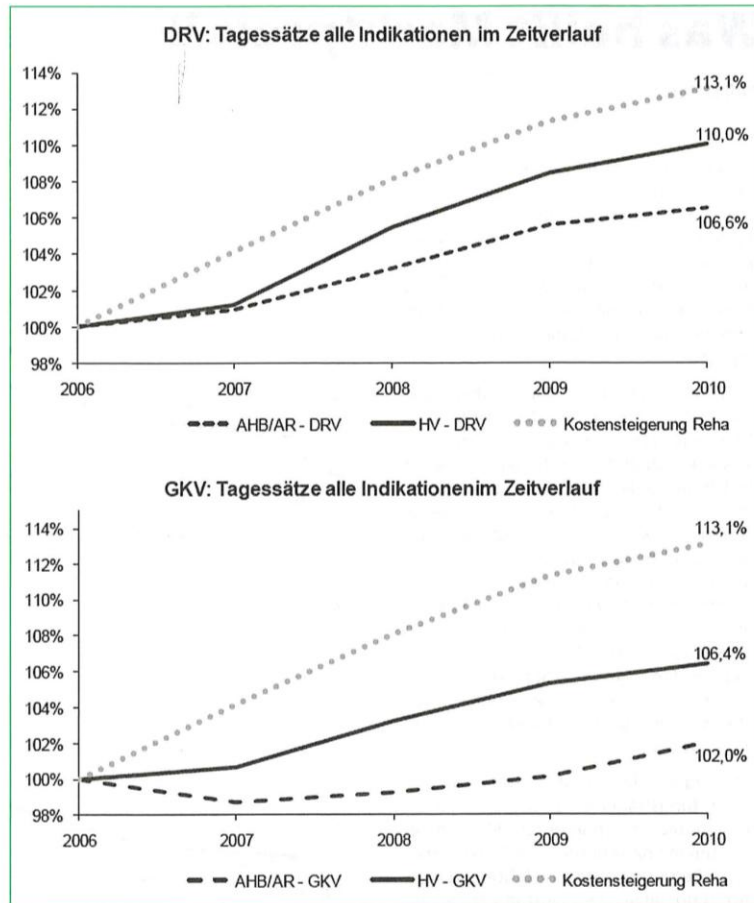


Abb. 4: Vergleich Kosten- versus Vergütungssatzsteigerungen (Quelle: AG MedReha 2010)

verhandlungen (z.B. pauschale auslastungsabhängige Zuschläge ohne Indikationsbezug oder indikationsabhängige fachabteilungsspezifische pauschale Zuschläge)

Falls Anpassungen des Finanzierungssystems in der Rehabilitation nicht erfolgen, werden die systemimmanenten Fehlanreize trotz steigender Bedeutung der Rehabilitation und dem nachgewiesenen Nutzen für die Volkswirtschaft den teilweise ruinösen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern verstärken und diesen wichtigen Bereich des Gesundheitswesens nachhaltig schädigen.

Autoren:
 Prof. Dr. Peter Borges
 Agnes Zimolong
 Anna Moorées
 aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH
 Eupener Straße 70
 50933 Köln
 borges@aktiva-mail.de