

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don

AUSWIRKUNGEN DER NACHFRAGEÜBERMACHT
DER KRANKENKASSEN AUF
DIE WETTBEWERBSVERHÄLTNISSE IM
REHABILITATIONSSEKTOR

15. März 1994

Veröffentlicht
in:
VdK-Bayern (Hrsg.):
Rehabilitationskliniken im Interessenkonflikt
München 1994

Vorbemerkung:

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarf, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile weit über 200 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassenforschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung wird gefragt, welche Konsequenzen sich aus den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zur Krankenkassenorganisation einerseits und zur Rehabilitationsversorgung andererseits ergeben.

In der Politik, vor allem auch in der Sozialpolitik, sind die Parteien und die Verbände dazu da, auf ihre jeweiligen Klientelen abgestellte Zielsetzungen zu entwickeln und zu verfolgen. Die Parlamente und mehr noch die Ministerialbürokratien müssen daraus dann allgemeinverträgliche Aufgabenstellungen für den Staat und allgemeingültige Vorschriften für die Privaten machen. Demgegenüber ist es Sache der Wissenschaft, die nichtbeabsichtigten Wirkungen und vor

allem die unterschlagenen Nebenwirkungen solcher Zielsetzungen, Aufgabenstellungen und Vorschriften der Parteien, Parlamente und der Bürokratien aufzuzeigen und anzumahnen.¹

Ganz im diesem Sinne geht es nachfolgend um die nichtbeabsichtigten Wirkungen und vor allem um die unterschlagenen Nebenwirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Bereich der stationären Rehabilitation. Wenn man das GSG insgesamt und nicht nur ausschnittsweise betrachtet, dann hat dieses Gesetz auf der Seite der Kostenträger ein übermächtiges Finanzierungsoligopol geschaffen und auf der Seite der Rehaeinrichtungen den schon bestehenden Konkurrenzdruck deutlich verschärft.

Diese vom GSG geschaffene Nachfrageübermacht der Krankenkassen wird vor allem die Wettbewerbsstellung der kleineren, niedrigstufigen Rehaeinrichtungen verschlechtern.

Die Folge davon wird dann auch eine Verschlechterung der Rehaversorgung der älteren, chronischkranken und multimorbiden Versicherten, aber auch anderer Problemgruppen der Rehaversorgung wie Suchtkranke oder Kinder und Jugendliche sein.

Marquartstein, 15. März 1994

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

¹ Vgl. bspw. Goeschel/Harms (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik, Frankfurt am Main 1988 und Landenberger, Margarete: Die Beschäftigungsverantwortung der Rentenversicherung, Berlin 1991.

1. Die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes zur Nachfrageübermacht und zur Wettbewerbsverschärfung

Zunächst einige Hinweise und Anmerkungen zu denjenigen Regelungen des GSG, durch die zu einer Nachfrageübermacht der Krankenkassen und zu einer Wettbewerbsverschärfung zwischen den Rehaeinrichtungen gekommen ist: Die Bestimmungen des GSG zur Konzentration und Zentralisierung der Ortskrankenkassen² und die Bestimmungen des GSG zur Bildung von Landesebenen der Ersatzkassen³ haben Finanzierungsoligopole der Krankenkassen auf der Landesebene geschaffen.

Den Rehabilitationseinrichtungen werden in Zukunft im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im wesentlichen nur noch zwei übermächtige Vertrags- und Verhandlungspartner⁴ gegenüberstehen: Die zu Landes-AOKen konzentrierten und zentralisierten Ortskrankenkassen und die durch Landesvertretungen regionalisierten Ersatzkassen.

Durch die gleichzeitigen Bestimmungen des GSG über die Versorgungsverträge⁵, über die Vergütungen⁶ und über die Qualitätssicherung⁷ in der stationären Rehabilitation können diese Landes-AOKen und diese Ersatzkassen-Landesvertretungen fast uneingeschränkt Anzahl, Art und Umfang der Rehabilitationseinrichtungen festlegen, diesen Rehabilitationseinrichtungen die Preise vorschreiben und diesen Rehabilitationseinrichtungen auch noch die Qualitätsstandards vorgeben.

Umgekehrt hat das GSG den Ausgabenrahmen der Krankenkassen für die Versorgung der Versicherten in den Rehabilitationseinrichtungen begrenzt.⁸ Die Rehabilitationseinrichtungen müssen demnach um ein budgetiertes Finanzierungsvolumen und damit verschärft konkurrieren.

Die gleichzeitigen Bestimmungen des GSG über die Versorgungsverträge⁵, über die Vergütungen⁶ und über die Qualitätssicherung⁷ in der stationären Rehabilitation begünstigen dabei

² § 145 Abs.1 und 2 SGB V

³ § 212 Abs.5 Satz 4 SGB V

⁴ Dies gilt sowohl für die Versorgungsverträge wie auch für die Vergütungsvereinbarungen.

⁵ § 111 Abs.2 und 4 Satz 3 SGB V und amtliche Begründung

⁶ § 111 Abs. 5 SGB V und amtliche Begründung

⁷ § 137 SGB V und amtliche Begründung

⁸ Vgl. §§ 23 Abs.5 Satz 3 und 40 Abs.3 Satz 3 SGB V

dann solche Rehabilitationseinrichtungen, die "in der Lage sind, einen hohen Versorgungsstandard kostengünstig anzubieten".⁹

Die Frage stellt sich, welche Arten von Rehaeinrichtungen und welche Gruppen von Versicherten die Verlierer dieser neugeschaffenen Nachfrageübermacht der Krankenkassen und dieser Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Rehaeinrichtungen sein werden.

2. Die bestehende Rehabilitationslandschaft ist durch Klein- und Familienbetriebe geprägt

Wenn man eine Antwort auf die Frage nach den GSG-Verlierern im Rehabereich sucht, dann muß man zunächst einen Blick auf die gegenwärtige Rehabilitationslandschaft werfen. Es muß festgestellt werden, welche Angebotstypen derzeit in der stationären Vorsorge und Rehabilitation existieren, welche Quoten diese verschiedenen Angebotstypen am gesamten Angebotsvolumen haben und welche regionalen Angebotskonzentrationen sich hierbei feststellen lassen. Ebenso sollte aber auch ermittelt werden, welche Angebotstypen der stationären Vorsorge und Rehabilitation einen besonders hohen Beitrag zur Versorgung bestimmter Indikationen und einen besonders hohen Beitrag zur Versorgung der unterschiedlichen Sozialschichten leisten.

Aus Untersuchungen kann hierzu angemerkt werden, daß von den, großzügig gerechnet, rund 72.000 Betten für die Vorsorge und Rehabilitation degenerativ-rheumatischer und orthopädischer Erkrankungen derzeit bundesweit noch grob 70 Prozent durch Klein- und Familienbetriebe bereitgestellt werden.¹⁰

Nur 30 Prozent des Gesamtbettenangebotes im genannten Indikationsbereich entfallen demgegenüber auf Mittel- und Großbetriebe.

⁹ Vgl. die amtliche Begründung zu § 111 Abs.5 SGB V.

¹⁰ Vgl. Watzlawczik, Gerd-Uwe: Branchenanalyse der Rehabilitationsversorgung: Angebotstypen und Regionalverteilung von Rehabilitationseinrichtungen. Manuskript der Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, November 1993.

Dabei konzentriert sich das klein- bzw. familienbetriebliche Bettenangebot insbesondere auf Nordrhein-Westfalen und auf Bayern. Beide Bundesländer stellen neben Baden-Württemberg die größten Bettenangebote im Bereich der degenerativ-rheumatischen und der orthopädischen Erkrankungen; beide Bundesländer haben aber deutlich höhere Klein- und Familienbetriebsquoten als Baden-Württemberg.

Übersicht 1: Ökonomische Struktur der Einrichtungen für die Vorsorge und Rehabilitation von degenerativ-rheumatischen und orthopädischen Erkrankungen 1993

Soweit es nun den Beitrag der Klein- und Familienbetriebe einerseits und der Mittel- und Großbetriebe andererseits zur Vorsorge und Rehabilitation der unterschiedlichen Sozialschichten betrifft, haben wir aus Einzeluntersuchungen, die allerdings noch nicht verallgemeinerbar sind, zunehmend den Eindruck gewonnen, daß vor allem die niedrigstufigen Klein- und Familienbetriebe stärker als die Mittel- und Großbetriebe zur Versorgung älterer chronischkranker und multimorbider Versicherter aus den schwächeren Sozialschichten beitragen.¹¹

Zur weiteren Beantwortung der Frage nach den Auswirkungen der vom GSG geschaffenen Nachfrageübermacht der Krankenkassen und der vom GSG bewirkten Wettbewerbsverschärfung zwischen den Rehabilitationseinrichtungen muß untersucht werden, welche grundsätzliche Konzeption die Kassenseite im Bereich der stationären Rehabilitation verfolgt und unter welchen Annahmen und mit welchen Zielsetzungen die Kassenseite ihre Nachfrageübermacht gegenüber den Rehabilitationseinrichtungen ausüben wird.

¹¹ Dazu würde es schon genügen, daß die vorwiegend älteren und damit häufiger chronischkranken und multimorbiden Versicherten der bisherigen RVO-Kassen vorrangig in den Klein- und Familienbetrieben rehabilitativ versorgt werden.

ÜBERSICHT 1

**Ökonomische Struktur der Einrichtungen
für die Vorsorge und Rehabilitation
von degenerativ-rheumatischen
und orthopädischen Erkrankungen
1993**

Einrichtungen *	Klein- bzw. Familien- betrieb ¹	Mittel- betrieb ²	Großbetrieb, Unternehmens- gruppe ³	Einrichtungen zusammen
	Anteil an allen Betten In Prozent			Betten absolut
Bundesländer				
Bundesrepublik Deutsch- land insgesamt ⁴	68,8	9,4	21,8	71.856
dabei:				
Baden-Württemberg	61,5	17,6	20,9	18.026
Bayern	71,2	5,1	23,7	17.964
Berlin	-	-	-	-
Brandenburg	69,8	6,5	23,7	1.301
Bremen	-	-	-	-
Hamburg	-	-	-	-
Hessen	64,1	12,0	23,9	7.356
Mecklenburg- Vorpommern	65,7	34,3	-	886
Niedersachsen	64,7	-	35,3	4.944
Nordrhein-Westfalen	84,7	-	15,3	10.363
Rheinland-Pfalz	58,6	19,0	22,4	4.240
Saarland	70,1	29,9	-	820
Sachsen	58,1	19,0	22,4	4.240
Sachsen-Anhalt	74,2	-	25,8	1.098
Schleswig-Holstein	75,9	-	24,1	1.802
Thüringen	95,8	-	4,2	955

1) Träger von 1 Einrichtung

2) Träger von 2 bis 4 Einrichtungen

3) Trägerkette, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Sozialversicherungen

4) Insgesamt 71.856 Betten für die Indikation degenerativ-rheumatische und orthopädische Erkrankungen.

*) Einschließlich Müttergenesungswerke.

Quelle: Eigene Auswertungen aus Graeve Verlag (Hrsg.): VRK-Vorsorge-, Rehabilitations- und Kureinrichtungen, Bochum, Loseblatt, 3. Auflage 1993.

3. **Das Bedarfskonzept der Krankenkassen beinhaltet eine einseitige
Ausübung ihrer Nachfrageübermacht zuungunsten der Klein- und
Familienbetriebe**

Die folgenden Ausführungen werden auf den entscheidenden Gesichtspunkt konzentriert, welches Konzept von Bedarf, Bedarfsgerechtigkeit, Bedarfsnotwendigkeit und Bedarfsplanung die Kassenseite im Rehabereich verfolgt.

Entscheidend ist dieser Bedarfsgesichtspunkt dabei weniger deshalb, weil er durch das GSG als zusätzliches Kriterium für den Abschluß von Versorgungsverträgen durch die Kassenseite neu eingeführt worden ist. Entscheidend ist dieser Bedarfsgesichtspunkt vielmehr vor allem deshalb, weil er die Kassenseite bei der Ausübung ihrer Nachfrageübermacht beim Abschluß von Versorgungsverträgen mit Rehakliniken den gleichen Maßstäben unterwirft, denen bislang nur die Länder bei der Ausstellung von Planaufnahmebescheiden für Akutkrankenhäuser unterworfen waren.¹² Mit dieser Bindung der Kassenseite an das Bedarfskriterium wird die öffentlich-rechtliche Eigenschaft und damit aber auch die öffentlich-rechtliche Eingrenzung und Verantwortung der Nachfrageübermacht der Kassenseite deutlich gemacht.

Ganz im Gegensatz zu dieser besonderen Bedeutung des Bedarfsgesichtspunktes für die Ausübung der Nachfrageübermacht der Kassenseite beim Abschluß von Versorgungsverträgen mit Rehaeinrichtungen verfügt die Kassenseite bislang über kein oder über ein nur spurhaftes Konzept von Bedarf, Bedarfsgerechtigkeit, Bedarfsnotwendigkeit und Bedarfsplanung im Rehabereich. Bislang ist lediglich von einem "qualifizierten, strukturierten und an den Funktionsdefiziten spezifisch orientierten Angebot" die Rede, das durch "Sanatorien, Rehabilitations-(Kur)-Kliniken oder Schwerpunkt-(Fach)-Kliniken" gestellt werden soll.¹³

Dies ist, gemessen an der mit der geschaffenen Nachfrageübermacht der Kassen und der damit verbundenen auch öffentlich-rechtlichen Verantwortung der Kassenseite nichts und im Vergleich zur ausdifferenzierten Bedarfskonzeption der Rentenversicherung noch weniger.

¹² Vgl. Bruckenberger, Ernst: Planungsunsicherheit durch Zuständigkeitsvielfalt, Vortrag auf einer Fachkonferenz der Studiengruppe für Sozialforschung e.V, Prien, 4.11. 1993, S. 6 und 15.

¹³ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.): Begutachtungsanleitung Kuren, Essen, 1993, Ziff. 3.3.1., Seite 26.

Insgesamt kann die auffallende Unzulänglichkeit des Bedarfskonzeptes der Krankenversicherungsträger durch einen Vergleich mit dem Bedarfskonzept der Rentenversicherungsträger eindrucksvoll verdeutlicht werden. Einige Befunde eines solchen Vergleiches¹⁴ werden nachfolgend dargestellt:

3.1. Die Krankenversicherungsträger verfolgen ein restriktives, die Rentenversicherungsträger ein expansives Bedarfskonzept

Dieser Befund kann beispielhaft daraus abgeleitet werden, daß die Begutachtungsanleitungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen vorrangig auf eine Verringerung der stationären Vorsorge und Rehabilitation abzielen und vor allem Ausgaben einsparen wollen.¹⁵

Im Gegensatz dazu befassen sich die Berichte und Empfehlungen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger an hervorgehobener Stelle vor allem auch mit der Frage, wie die Zugangshemmnisse zur Rehabilitation abgebaut werden können.¹⁶ Ausgabeinsparungen für die Rehabilitation werden dementsprechend abgelehnt.¹⁷ Rehabilitation bedeutet in der Logik des Krankenversicherungsrechts die Vermeidung von Ausgaben für andere Formen der Versorgung der Versicherten, d.h. vorrangig die Vermeidung von Ausgaben der Krankenversicherung überhaupt.¹⁸

¹⁴ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Bedarfsnotwendigkeit der Klinik Birkenkamp, Bad Rothenfelde, Marquartstein, Dez. 1993, Allgemeiner Teil.

¹⁵ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.): A.a.O., S. 9 ff.

¹⁶ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte Band II, Frankfurt am Main 1991. Nachfolgend stets: VDR-Abschlußbericht sowie ders. (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt am Main 1992, S. 103 ff. Nachfolgend stets: VDR-Empfehlungen.

¹⁷ Vgl. VDR-Empfehlungen, S. 83.

¹⁸ Vgl. § 23 Abs.1 und 2 und § 40 Abs.1 und 2 SGB V

Demgegenüber bedeutet Rehabilitation in der Logik des Rentenversicherungsrechts die Wiedererlangung der Erwerbs- und damit Beitragszahlungsfähigkeit der Versicherten, d.h. vorrangig eine Sicherung der Einnahmen der Rentenversicherung überhaupt.¹⁹

Dies sind die eigentlichen Ursachen für das restriktive Bedarfskonzept der Krankenversicherungsträger einerseits bzw. für das expansive Bedarfskonzept der Rentenversicherungsträger andererseits.

3.2. Die Krankenversicherungsträger verfolgen einen einrichtungsorientierten, die Rentenversicherungsträger einen erkrankungsorientierten Bedarfsbegriff.

Dieser Befund kann beispielhaft daraus abgeleitet werden, daß im Mittelpunkt der Begutachtungsanleitung Kuren des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen das gestufte System der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder Kurort steht.²⁰ Im Gegensatz dazu befassen sich die Berichte und Empfehlungen der Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger vorrangig mit der Darstellung des Therapiekonzeptes der Rentenversicherung.

Dabei werden für neun Krankheitsgruppen und für dreissig einzelne Indikationen und insbesondere auch für Personenkreise mit zu geringer Rehaanspruchnahme und mit ausgeprägter Multimorbidität spezifische Therapiekonzepte vorgestellt.²¹

Erst aus diesen Therapiekonzepten werden dann Anforderungsprofile und Qualitätsstandards für Rehabilitationseinrichtungen abgeleitet.²²

¹⁹ Vgl. § 9 Abs.1 und SGB VI

²⁰ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.): A.a.O.

²¹ Vgl. VDR-Abschlußberichte, Band III 1 - 3 und VDR-Empfehlungen, 175 ff., bes. S. 187 ff.

²² Vgl. VDR-Abschlußberichte, Band III 1 - 3 und VDR-Empfehlungen, S. 33.

Im medizinischen Leistungsrecht der Krankenversicherung stehen die Berufe und die Einrichtungen der Krankenbehandlung und deren Eigenschaften wie z.B. ihre Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit im Mittelpunkt. Die Krankheiten, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeiten der Versicherten sind lediglich Randbedingungen für die Beurteilung der Notwendigkeit, des Ausreichens, der Zweckmäßigkeit oder der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung bzw. der Berufe und Einrichtungen dieser Krankenbehandlung.²³

Im medizinischen Leistungsrecht der Rentenversicherung ist dies deutlich anders. Dort stehen die Versicherten und ihre Erkrankungen und Behinderungen im Mittelpunkt. Dagegen sind die Art, der Umfang oder der Ort der medizinischen Leistungen nur Randbedingungen für die Erreichung der Ziele der medizinischen Leistungen für die Versicherten.²⁴

Hierin liegen die tieferen Ursachen für den einrichtungsorientierten Bedarfsbegriff der Krankenversicherungsträger einerseits bzw. für den erkrankungsorientierten Bedarfsbegriff der Rentenversicherungsträger andererseits.

3.3. Die Krankenversicherungsträger verfolgen ein hierarchisches, die Rentenversicherungsträger ein differenziertes Versorgungskonzept

Dieser Befund kann beispielhaft daraus abgeleitet werden, daß in den Begutachtungsanleitungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen ausschließlich das herkömmliche Gefüge von Sanatorien, Rehabilitations-(Kur)- und Schwerpunkt-(Fach)-Kliniken sowie Müttergenesungseinrichtungen genannt wird.²⁵

²³ Vgl. §§ II Abs.1 und 2; 12 Abs.1 und 27 Abs.1 SGB V sowie §§ 27-52 SGB V

²⁴ Vgl. §§ 9 Abs.1 und 2; 10 Abs. 1 und 2 und §§ 13,14 und 15 SGB VI

²⁵ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) A.a.O., S. 26

Im Unterschied dazu stellen die Berichte und Empfehlungen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger dieses herkömmliche Gefüge der Rehabilitationseinrichtungen deutlich in Frage. Dabei wird einerseits befürchtet, daß sich die Entwicklung bei der bisherigen Leistungsstufung zu wenig am tatsächlichen Bedarf und zu sehr am jeweiligen höherstufigen Bestand und dessen Ausstattung orientiert. Andererseits wird betont, daß sich die Anforderungen an Rehaeinrichtungen mittlerweile zwischen den einzelnen Indikationsbereichen stärker als zwischen den verschiedenen Klinikstufen innerhalb der jeweiligen Indikationsbereiche unterscheiden.²⁶

Aus dieser kritischen Einschätzung der gegenwärtigen Struktur des Bestandes an Rehabilitationseinrichtungen heraus macht die Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger weitreichende Vorschläge zu einer Neugliederung der Rehaeinrichtungen. Dabei soll vor allem eine zunehmende Differenzierung an Stelle der vorherrschenden Hierarchisierung der Rehaeinrichtungen erreicht werden. Aus diesem Grunde soll die Leistungsstufenhierarchie der Rehabilitationseinrichtungen abgeflacht werden. Zukünftig sollen nur noch Reha-Kliniken und Reha-Fachkliniken unterschieden werden. Unterscheidungsmerkmale sollen die Rehabilitationsziele, die diagnostisch-therapeutischen Verfahren und die medizinisch-therapeutische Ausstattung sein.²⁷

3.4. Die Krankenversicherungsträger erhöhen das Ausgrenzungsrisiko der Sanatorien, während die Rentenversicherungsträger den Sanatorien eine Qualifizierungschance bieten.

Während sich die Krankenversicherungsträger weiterhin vor allem an den bestehenden hierarchischen Versorgungsstrukturen des stationären Rehabereiches orientieren, haben die Rentenversicherungsträger Vorstellungen für eine zukünftige differenzierte Versorgungsstruktur in der stationären Rehabilitation entwickelt.

²⁶ Vgl. VDR-Empfehlungen, S. 147 ff. und VDR-Abschlußbericht III-1, S.18 ff. und III-3, S. 196 ff.

²⁷ Vgl. VDR-Empfehlungen, S. 147 ff., bes. S. 149 und VDR-Abschlußbericht III-1, S. 18 ff. und III-3, S. 916 ff.

Für die kleineren, niedrigstufigen Rehaeinrichtungen, bspw. also für die Sanatorien, beinhaltet die restriktive, einrichtungsorientierte und an der hierarchischen Versorgungsstruktur ausgerichtete Bedarfskonzeption der Krankenversicherungsträger, vor allem in Verbindung mit der faktischen Qualitätssicherungshoheit der Krankenkassen, ein wachsendes Ausgrenzungsrisiko. Im Unterschied dazu wollen die Rentenversicherungsträger die kleineren, niedrigstufigen Rehaeinrichtungen, vor allem die Sanatorien, insbesondere auf dem Gebiet der multimorbiditätsorientierten, krankheitsübergreifenden und verhaltensmedizinischen Therapieverfahren gezielt weiterentwickeln.²⁸ Die Rentenversicherungsträger bieten demnach den Sanatorien Qualifizierungschancen.

4. Die Klein- und Familienbetriebe im Spannungsfeld von Ausgabenbegrenzung, Kassenwettbewerb und Länderbedarfsplanung

Die Antwort auf die Frage, welche Auswirkungen die vom GSG geschaffene Nachfrageübermacht der Krankenkassen und die vom GSG bewirkte Wettbewerbsverschärfung zwischen den Rehaeinrichtungen auf die Rehabilitationslandschaft haben werden, wurde in den Konzeptionen gesucht, nach denen die Kassenseite ihre Nachfrageübermacht im Rehabereich ausüben wird.

Soweit es dabei das für die Ausübung dieser Nachfrageübermacht zentrale Bedarfskonzept der Krankenversicherungsträger betrifft, wurde gezeigt, daß dieses Bedarfskonzept restriktiv, einrichtungsorientiert und hierarchisch ist und damit vor allem für die kleineren, niedrigstufigen Rehabilitationseinrichtungen, d.h. für die Sanatorien bzw. die Klein- und Familienbetriebe ein hohes Ausgrenzungsrisiko beinhaltet. Von der Grundtendenz her wird demnach die vom GSG geschaffene Nachfrageübermacht der Krankenkassen zu einer deutlichen Verschlechterung der Wettbewerbsstellung der kleineren, niedrigstufigen Einrichtungen gegenüber den größeren, höherstufigen Einrichtungen führen.

Diese Verschlechterung der Wettbewerbsstellung der Klein- und Familienbetriebe braucht sich dabei keineswegs unmittelbar durch Vertragskündigungen oder Nichtbelegung und von heute auf morgen zu vollziehen. Es ist derzeit vielmehr wohl so, daß die Krankenkassen wegen des zwischen ihnen eröffneten Wettbewerbs um Mitglieder Rehamaßnahmen für ihre Versicherten

²⁸ Vgl. VDR-Empfehlungen, S. 150.

weiterhin möglichst großzügig gewähren möchten. Gleichzeitig ist der Ausgabenrahmen der Krankenkassen für solche Rehamaßnahmen begrenzt worden.

Der Ausweg für die Krankenkassen liegt darin, die Vergütungen der Rehaeinrichtungen bzw. bestimmter Gruppen von Rehaeinrichtungen möglichst zu drücken und gleichzeitig möglichst viele Rehamaßnahmen in diesen niedrigpreisigen Rehaeinrichtungen durchzuführen. Dies führt in der Praxis zu der derzeit häufig zu beobachtenden Situation, daß gerade die kleineren, niedrigstufigen Rehaeinrichtungen bei den Vergütungsverhandlungen erheblich im Preis gedrückt werden, gleichzeitig in der Belegung dann aber gut ausgelastet ist.

Genau dies kann aber mittelfristig zu einem Substanzverzehr dieser Einrichtungen und zu ihrem stillen Ausscheiden aus dem Versorgungsangebot führen. Die ganz große Gefahr ist dabei, daß diese Ausgrenzung der kleineren Einrichtungen von der Öffentlichkeit nicht bemerkt wird.

Die Ursache dafür ist das sogenannte statistische Dunkelfeld in der Rehabranche. Über rund 850 von insgesamt etwa 1970 Rehaeinrichtungen liegen derzeit keine veröffentlichten Unternehmens- oder Betriebsdaten vor.

Übersicht 2: Umfang des Dunkelfeldes im Vorsorge- und Rehabilitationssektor in den Bundesländern 1992/1993

Es besteht Anlaß zu der Sorge, daß genau in dieser Grauzone die Ausgrenzung durchgezogen wird. Nachfolgend werden daher drei Vorschläge gemacht, wie eine Ausgrenzung der kleineren, niedrigstufigen Einrichtungen erschwert werden kann:

1. Unterstützung der Länder bei ihren Bemühungen um eine gemeinsame qualifizierte Bedarfsplanung für die Rehaeinrichtungen durch die Bundesländer, Krankenversicherungsträger und Rentenversicherungsträger.
2. Gemeinsame Vergütungsverhandlungen aller Rehaeinrichtungen eines Standortes mit den Kostenträgern.
3. Eigene Bedarfsanalysen und Qualifikationskonzepte der kleineren, niedrigstufigen Einrichtungen.

ÜBERSICHT 2

**Umfang des Dunkelfeldes im
Vorsorge- und Rehabilitationssektor
in den
Bundesländern
1992/1993**

Dunkelfeld	Anteil der Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation <u>ohne</u> veröffentlichte Unternehmens und/oder Betriebsdaten an allen Einrichtungen
Bundesländer	In Prozent
Bundesrepublik Deutschland insgesamt *	42,7
dabei:	
Baden-Württemberg	39,1
Bayern	42,6
Berlin	100
Brandenburg	19,3
Bremen	-
Hamburg	80,0
Hessen	54,3
Mecklenburg-Vorpommern	8,3
Niedersachsen	52,3
Nordrhein-Westfalen	41,7
Rheinland-Pfalz	39,5
Saarland	-
Sachsen	9,1
Sachsen-Anhalt	-
Schleswig-Holstein	54,7
Thüringen	3,2

*) Einrichtungen mit veröffentlichten Unternehmens- und/oder Betriebsdaten: 1129

Einrichtungen ohne veröffentlichte Unternehmens- und/oder Betriebsdaten: 843

Quelle: Eigene Erhebungen und Auswertungen sowie Graeve-Verlag (Hrsg.): VRK-Vorsorge-, Rehabilitations- und Kureinrichtungen, Bochum, Loseblatt bis 6-1993.