

BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

V.i.S.d.P.: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer
des BDPK

Ein neuer Politikstil zieht ein

Von Thomas Bublitz

Inhaltlich liegen die Vorstellungen der privaten Krankenhäuser mit den Vorstellungen der Bundesregierung zur Reform der Krankenhauslandschaft nicht weit auseinander. Viele der heute geltenden Regelungen für die stationäre Behandlung sind nicht mehr zeitgemäß und müssen modernisiert oder abgeschafft werden. Dazu gehören vor allem die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Abschaffung der Mindestverweildauer. Das Besondere an der Krankenhausbehandlung ist sicher nicht die Übernachtung, sondern die umfassende medizinische Versorgung mit allem, was die moderne Medizin zu bieten hat. Auf lange Sicht können solche Reformansätze unsere Krankenhäuser und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten.

Respekt, Herr Minister! Das einfach so ins Gesetz zu schreiben, ohne darüber mit Parlamentariern und Praktikern zu diskutieren, ist mutig. Nicht einmal 24 Stunden blieben den anheörungsberechtigten Verbänden zwischen Vorlage der entsprechenden Änderungsanträge und der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Irritierend ist für mich die Tatsache, dass sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) für bedeutsame Änderungen wie zum Beispiel die Einführung der sogenannten Hybrid-DRG oder eines Pflegebedarfsbemes-sungsinstrumentes die Ausgestaltungsmöglichkeiten per Rechtsverordnung zuweisen lässt. Wie die so wichtigen Details letztlich aussehen, entscheidet nun das BMG beziehungsweise der Minister allein.

Wenn keine inhaltliche Debatte gewünscht und nötig ist, geben wir unsere Hinweise deshalb auf diesem Weg: Bei der stationären Tagesbehandlung muss die untere Grenzverweildauer weg. Es macht doch keinen Sinn, die Patienten so oft wieder ins Krankenhaus einzubestellen, wie sie auch stationär mit Übernachtung hätten bleiben müssen. Das ist nicht nur unnötig, sondern kostet auch noch das Geld der Patientinnen und Patienten, die schließlich die täglichen Fahrtkosten selbst tragen sollen. Unabhängig von dem Haftungsrisiko haben diese Knackpunkte Killerpotenzial für eine eigentlich gute Idee.

Noch ein Hinweis zum geplanten Pflegebedarfsbemes-sungsinstrument: Die Einführung und die Sanktionierung zusätzlich zu den umfassenden Pflegepersonaluntergrenzen wird für die Krankenhäuser unbeherrschbar und helfen der Pflege nicht. Die brauchen nämlich Unterstützung durch mehr Pflegekräfte, durch Therapeuten, durch Hebammen und durch Pflegehilfskräfte. Dieses Personal zukünftig nicht mehr aus dem Pflegebudget zu bezahlen, ist das Gegenteil von „Wir stärken die Pflege“!

Energiekostenhilfe

Zügige Umsetzung erforderlich

Krankenhäuser und Reha-Vorsorgeeinrichtungen sollen angesichts der massiv angestiegenen Kosten für Gas und Strom finanziell entlastet werden. Der BDPK begrüßt die von der Bundesregierung angekündigten sowie beschlossenen Hilfsmaßnahmen und hofft auf eine ebenso unbürokratische wie schnelle Umsetzung.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte für Ende November konkrete gesetzliche Regelungen zu den Klinikhilfen angekündigt. Das geplante Gesetz basiert auf dem Anfang November von Bund und Ländern vorgelegten Eckpunktepapier zur „Umsetzung der Entlastungsmaßnahmen Gas und Strom“. Danach sollen den Krankenhäusern sechs Milliarden Euro und den Reha-Einrichtungen eine Milliarde Euro in Härtefallfonds bereitgestellt werden. Wie die Verteilung der Hilfen an die Krankenhäuser konkret geregelt wird, stand bei Redaktionsschluss für diese *f&w*-Ausgabe noch nicht fest, für den 18. November war ein entsprechender Kabinettsbeschluss angekündigt.

Geplant ist offensichtlich, dass die Länder eingebunden werden sollen und dass sich der Auszahlungsbetrag an der Bettenzahl orientiert. Mit dem „Gesetz zur Einführung einer Preisbremse für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme“ soll geregelt werden, dass Reha- und Vorsorgeeinrichtungen auf Antrag bei den Rehabilitationsträgern einen einmaligen Zuschuss zu den Kosten für Gas und Wärme für das Jahr 2022 erhalten. Die formellen und materiellen Voraussetzungen dieses Zuschusses, die Zuschusshöhe und deren Bemessung, der Auszahlungszeitpunkt, das Antrags- und Auszahlungsverfahren sowie das Verfahren zur Umsetzung des Erstattungsanspruchs der Rehabilitationsträger soll das Bundesministerium für Arbeit und Soziales per Rechtsverordnung regeln.

Bereits verabschiedet wurde vom Bundestag das ERP-Wirtschaftsplangesetz mit einem „Maßnahmenprogramm zur Entlastung der Verbraucher“ einschließlich der Klein- und Mittelstandsbetriebe“. Es enthält neben einmaligen Entlastungsbeträgen im Jahr 2022 auch Preisbremsen ab 2023 für Strom, Gas und Fernwärme.

Passgenaue Umsetzung erforderlich

Der BDPK bewertet die angekündigten Entlastungen der Krankenhäuser sowie Reha- und Vorsorgeeinrichtungen angesichts der explosionsartig gestiegenen Energiekosten grundsätzlich positiv. Die Kliniken waren in den letzten Monaten immer stärker in eine finanzielle Schieflage geraten, da sie die gestiegenen Kosten nicht durch höhere Preise abfedern können. Aus Sicht des BDPK besteht nun für die Regierung die große Herausforderung, die vorgesehenen Maßnahmen passgenau gesetzgeberisch umzusetzen. Hierbei ist wichtig, dass die Entlastungen möglichst schnell und unbürokratisch



Die Energiekostenhilfen sind ein richtiger und wichtiger Schritt. Zur Bewältigung der Klinikkrise sind aus Sicht des BDPK aber noch weitere Entlastungsmaßnahmen erforderlich.
Foto: AdobeStock

die Kliniken erreichen, damit sie kurzfristig von den Hilfsmaßnahmen profitieren können. In Bezug auf die Härtefallregelung für Krankenhäuser, Reha-, Vorsorge- und Pflegeeinrichtungen muss sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Mittel wirklich ausreichen.

Zudem müssen die Krankenhäuser und Reha-Kliniken unabhängig vom Verbrauch bei der Gas- und Strompreisbremse als industrielle Verbraucher mit registrierender Leistungsmessung (RLM-Kunden) eingestuft werden. Es macht keinen Sinn, Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Reha-Einrichtungen als wichtige Gesundheitsversorger unterschiedlich zu bewerten.

Energiehilfen sind nur ein Schritt

Der BDPK weist darauf hin, dass die geplanten Entlastungsmaßnahmen zwar ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung zur Bewältigung der Klinikkrise seien. Sie entbinden die Bundesregierung aber nicht von ihrer Verantwortung, Krankenhäuser sowie Reha- und Vorsorgeeinrichtungen auch vor den weiteren Belastungen zu schützen. Neben den stark gestiegenen Energiekosten werden die Kliniken nach wie vor auch von den enormen Steigerungen der Personal- und Sachkosten geplagt, während gleichzeitig durch Belegungsrückgänge die Einnahmen zum Teil drastisch zurückgegangen sind. Aufgrund des komplexen Vergütungssystems bekommen die Kliniken diese Preissteigerungen nicht refinanziert.

Krankenhausreform

Gute Ansätze sind vorhanden

Der BDPK gibt klare Empfehlungen für die Einführung von tagesklinischen Krankenhausbehandlungen und zur finanziellen Ausstattung von Pädiatrie und Geburtshilfe. Für die angekündigte „große Krankenhausreform“ hat der BDPK seine Vorschläge in einem Eckpunktepapier zusammengefasst.

Die Vorschläge der Krankenhaus-Expertenkommission zur tagesklinischen Versorgung in Krankenhäusern sind nach Auffassung des BDPK der richtige Ansatz für die Überwindung der Sektorengrenzen. Bei der Umsetzung in gesetzliche Regelungen sind allerdings Nachbesserungen erforderlich, damit der gewünschte Erfolg tatsächlich erreicht wird. Vor allem sollte die Öffnung nicht ausschließlich auf stationäre Krankenhausleistungen beschränkt sein, sondern auch auf Leistungen erweitert werden, die in der ambulanten Versorgung erbracht werden. Damit würden vorhandene Bruchstellen wirklich abgebaut und eine echte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung erreicht. Zudem muss die vorgesehene Überprüfung der primären Fehlbelegung durch den Medizinischen Dienst gestrichen werden. Ansonsten käme es zu kleinteiligen und bürokratischen Streitigkeiten mit den Krankenkassen – mit der Folge, dass die Krankenhäuser von der optionalen Tagesbehandlung wohl keinen Gebrauch machen.

Hinderlich ist bei der Umsetzung der Kommissionsempfehlungen zudem die Festschreibung der unteren Grenzverweildauer, die gestrichen werden sollte. Patient:innen, die aus medizinischen Gründen nach Hause entlassen werden können, dürfen wegen Abrechnungsbestimmungen nicht unnötig im Krankenhaus bleiben. Ebenso problematisch ist die vorgesehene Regelung, wonach die Patient:innen sechs Stunden im Krankenhaus sein und davon die überwiegende Zeit behandelt werden müssen, also genau drei Stunden und eine Minute. Diese kleinteilige Zeitvorgabe birgt großes Streitpotenzial mit den Krankenkassen und zieht ein hohes Maß an Dokumentationsbürokratie nach sich.

Grundsätzlich positiv bewertet der BDPK auch die Pläne für die Finanzierung von Pädiatrie und Geburtshilfe. Es ist gut, dass die Politik die hier bestehende Unterfinanzierung endlich angeht. Problematisch ist allerdings, dass die tatsächlich anfallenden Kosten in der Kalkulation nicht abgebildet werden sollen. Zweifel bestehen auch bei der komplizierten Orientierung am Erlösvolumen mit vorgesehenen Abschlägen, weshalb die Kliniken schlussendlich doch wieder auf höhere Fallzahlen angewiesen sein werden. Ein Zuschlag pro Fall wäre die einfachere Lösung. Hinzu kommt, dass die für Pädiatrie und Geburtshilfe vorgesehenen Mittel den Krankenhäusern an anderer Stelle gestrichen wurden: Das BMG hatte die DRG-Erlöse um 400 Millionen Euro gesenkt. Die Unterstützung für die Pädiatrie und Geburtshilfe finanzieren die Krankenhäuser deshalb im Prinzip aus der eigenen Tasche.

BDPK-Eckpunkte zur Krankenhausreform

Zur „großen Krankenhausreform“, deren Umriss laut Ankündigung des Bundesgesundheitsministers Anfang Dezember der Öffentlichkeit vorgestellt werden sollen, hat der BDPK bereits ein Eckpunktepapier veröffentlicht und an die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission adressiert. Wesentlicher Reformansatz sollte aus Sicht des BDPK die ambulante Öffnung von Krankenhäusern und die Umwandlung nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in ambulante Versorgungszentren sein. So ließen sich notwendige Strukturbereinigungen anschieben und die Krankenhausplanung würde leistungsorientiert sowie nach Qualitätskriterien ausgerichtet. Nachrangige Aspekte wie Größe, Sektorenzugehörigkeit oder Trägerschaft würden dadurch richtigerweise in den Hintergrund treten.

Von grundlegender Bedeutung ist nach Auffassung des BDPK auch, dass bei der Festlegung der geplanten Versorgungsstufen die in Deutschland vorhandenen Spezialkliniken einbezogen werden. Durch Kooperation unterschiedlicher Versorgungsstufen würde sowohl die Expertise der Spezialkliniken in den vor- und nachgelagerten Stufen genutzt als auch die notwendige Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung verbessert werden.

Zur Vergütung empfiehlt der BDPK, dass gleiche Leistungen in gleicher Höhe honoriert werden sollten, unabhängig davon, in welcher Versorgungsstufe sie erbracht werden. Die bestehende Vergütungsform nach Fallpauschalen sei dafür ein gutes und bewährtes System, das zwar weiterentwickelt werden müsse, aber nicht demontiert werden dürfe. Vorhaltefinanzierung sollte daher nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen, sondern nur dem Zweck dienen, Leistungseinheiten von Krankenhäusern finanziell abzusichern, ohne dass sie gezwungen sind, zur Refinanzierung Patienten stationär aufnehmen zu müssen. Dazu sollte zunächst eine eng begrenzte Vorhaltefinanzierung ausprobiert werden, beispielsweise für die Geburtshilfe. Wenn hingegen ein Krankenhaus in Gänze bedarfsnotwendig ist, wie zum Beispiel „Inselkliniken“ oder Kliniken in ländlichen Regionen, sollte deren wirtschaftliche Absicherung nicht durch Vorhaltekosten, sondern durch umfassende Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien weiterentwickelt werden.

Neue DRV-Regelungen

Echte Beteiligung gefordert

Die Verbände der Reha-Leistungserbringer fordern von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) essenzielle Nachbesserungen am vorliegenden Entwurf zu den „Verbindlichen Entscheidungen“. Transparenz und Konsens müssen gestärkt und die Qualität oberstes Entscheidungskriterium werden.

Die DRV Bund hat den gesetzlichen Auftrag, bis zum 30. Juni 2023 Verbindliche Entscheidungen festzulegen, mit denen die Zulassungsanforderungen für medizinische Rehabilitationseinrichtungen, das Vergütungs- und Belegungssystem sowie die Veröffentlichung von Qualitätsdaten grundlegend und einheitlich definiert werden. Zu den gesetzlichen Vorgaben für die Umsetzung dieses Auftrags gehört auch die Beteiligung der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände an der Entwicklung dieser „konsensualen Regelungen“. Zur Umsetzung der Beteiligung hat die DRV Bund ein Beratergremium aus Vertreter:innen der Verbände und der DRV eingerichtet sowie im Frühjahr 2022 ein erstes Stellungnahmeverfahren veranstaltet. Auf den von der DRV Bund Anfang Oktober vorgelegten Entwurf für die Verbindlichen Entscheidungen haben die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im November eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben.

Grundlegender Änderungsbedarf

In ihrem Papier weisen die Verbände einleitend darauf hin, dass zahlreiche und wesentliche Regelungen der Verbindlichen Entscheidungen noch durch weitere Verfahrensvorschriften oder Informationen der DRV ausgefüllt sowie konkretisiert werden müssen. Eine Veröffentlichung dieser wichtigen Details hat die DRV Bund zwar angekündigt, sie ist aber noch nicht erfolgt. Da die Inhalte und Auswirkungen der Verbindlichen Entscheidungen ohne Kenntnis dieser Ausführungsbestimmungen nicht zuverlässig und vollständig bewertet werden können, kann auch die Stellungnahme der Verbände noch nicht abschließend sein. Von grundlegender Bedeutung ist nach Auffassung der Verbände außerdem, dass sich das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel einer konsensualen Regelung nur umsetzen lässt, wenn die Leistungsberechtigten und Leistungserbringer allen Verbindlichen Entscheidungen inhaltlich zustimmen. Fehlender Konsens zu einem der vier Teilbereiche beseitigt auch den Gesamtkonsens zum Regelwerk.

Bei den von der DRV vorgesehenen Zulassungsanforderungen für Reha-Einrichtungen sehen die AG MedReha und die DHS eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung, da die trägereigenen Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherung automatisch als zugelassen gelten, während die Einrichtungen in anderer Trägerschaft einer Zulassung durch

Verwaltungsakt bedürfen. Die Verbände fordern deshalb einen Bestandsschutz und die automatische Zulassung aller Rehabilitationseinrichtungen, die bis zum 30. Juni 2023 in einem Rechtsverhältnis zu den Trägern der Deutschen Rentenversicherung stehen. Zudem soll die DRV Bund die Zulassungsvoraussetzungen für Reha-Einrichtungen nicht einseitig festlegen dürfen, sondern entsprechende Kriterien mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen vereinbaren.

Zentrale Kritikpunkte

Zu den zentralen Kritikpunkten am vorliegenden Regelungsentwurf gehört, dass Reha-Einrichtungen sich für die Zulassung verpflichten sollen, das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung Bund anzuerkennen. Dieses ist bisher allerdings noch so intransparent, dass die Verbände dazu keine Zustimmung geben können. Sie fordern ein transparentes, leistungsgerechtes und diskriminierungsfreies Vergütungssystem, das nur gemeinsam mit allen Beteiligten entwickelt und nicht einseitig von der DRV festgelegt werden kann. Als wesentlichen Bestandteil dieses Vergütungssystems fordern die Verbände eine Basisvergütung, die nicht an den Marktpreisen des Jahres 2022 orientiert ist (wie von der DRV vorgesehen), sondern kalkulierte Daten als Grundlage hat. Entsprechende Leistungsvorgaben sollen durch ein unabhängiges Institut festgelegt werden.

Die von der DRV beabsichtigten Regelungen zur Einrichtungsauswahl beinhalten nach Auffassung der AG MedReha und der DHS keine echte Beteiligung der Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Betroffenen. Sie fordern deshalb, dass das Belegungssystem mit den Interessenvertretern abgestimmt und konkret in den Verbindlichen Entscheidungen beschrieben wird. Dazu gehört auch die Änderung der vorgesehenen Regelung, nach der die DRV bei der Nichtausübung des Wunsch- und Wahlrechts den Patient:innen jeweils zwei DRV-eigene und zwei Vertragseinrichtungen benennt. Dies entbehrt jeder rechtlichen Grundlage und ist offensichtlich nicht diskriminierungsfrei. Stattdessen sollten, gewichtet nach Qualitätskriterien, insgesamt vier Rehabilitationseinrichtungen genannt werden, welche trägerunabhängig und objektiv betrachtet die Voraussetzungen erfüllen, um die Erkrankung erfolgreich zu behandeln. Die vollständige Stellungnahme der AG MedReha und der DHS ist auf der BDPK-Homepage (www.bdpk.de) veröffentlicht.