

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

U x V x E > W

Von Thomas Bublitz

Gibt es eine Erfolgsformel für das extrem anspruchsvolle Reformvorhaben, dessen Eckpunkte der Bundesgesundheitsminister in wenigen Tagen vorstellen will? Prof. Dr. Stefan Scholtes von der University Cambridge und Mitglied des Aufsichtsrates der Cambridge University Hospitals, machte dazu auf dem BDPK-Bundeskongress einen Vorschlag: $U \times V \times E > W$. Das ist die Formel für erfolgreiches Changemanagement. U steht für die Unzufriedenheit, die alle Beteiligten gleichermaßen haben. V steht für die Vision, also die Lösung der bestehenden Probleme. E sind die ersten Schritte zur Umsetzung und W die Widerstände, die aus der Veränderung resultieren. Gute Reformchancen bestehen, wenn das Produkt von $U \times V \times E$ größer ist als die Summe der Widerstände. Bei der Frage, welches Erfolgspotenzial die Reform nach dieser Formel hat, ist die Vision der entscheidende Faktor, also welche konkreten Lösungen die bisher bekannten Reformvorschläge beinhalten. Fangen wir beim Fachkräftemangel an: Den bekämpft die Reform überhaupt nicht. Es werden nicht mehr Mediziner oder Pflegekräfte ausgebildet und es wird nichts dafür getan, dass Fachkräfte, die dem Krankenhaus den Rücken gekehrt haben, dorthin zurückkehren. Fehlanzeige auch bei Bürokratieabbau, Digitalisierung, verlässlichen Arbeitszeiten oder anderen Anreizen. Darauf zu hoffen, dass die Fachkräfte an die verbleibenden Krankenhäuser wechseln werden, könnte ein Trugschluss sein. Vielleicht sind sie gar nicht so mobil, dass sie in den Ballungszentren, in denen dann die Level-2- und 3-Kliniken wären, wohnen und arbeiten können und wollen. Ähnliches gilt übrigens auch für Mobilität der Patient:innen. Zudem fehlen Lösungen zur Verbesserung der Durchgängigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Auch bei der Verbesserung der Versorgungsqualität bietet die Reform keine brauchbaren Instrumente, sondern setzt in antiquierter Art und Weise lediglich auf die Strukturqualität. Dahinter steht offenbar der Glaube, dass derzeit jeder aufgrund des ökonomischen Drucks alles macht. Zu viele Krankenhäuser: Hier wird es eine Wirkung geben. Die Kombination aus Leveln und Leistungsgruppen würde viele Krankenhäuser in ländlichen Regionen von der Versorgung ausschließen. Als Level-1i-Haus weiterzumachen, dürfte wenig Erfolg versprechend sein, denn von dem, was diese Einrichtungen zukünftig tun sollen, werden sie wirtschaftlich nicht überleben können. Hinzu kommt noch die desolante wirtschaftliche Lage der Kliniken in der Inflation. Auch hier wird nichts getan. Man hofft wohl, dass die wirtschaftlichen Probleme sich dadurch lösen, dass Kliniken schließen. In der Summe ist das aus meiner Sicht zu wenig Substanz für eine Vision, die die Widerstände der für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländer überlagern kann.

Bürokratieabbau

Gegen das Regelungsdickicht

Der BDPK hat im Rahmen des geplanten Bürokratieentlastungsgesetzes eine Zusammenstellung konkreter Vorschläge zum Bürokratieabbau in Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen vorgelegt. Die Liste ist lang.

Mit dem Projekt „Bessere Rechtsetzung und Bürokratieabbau“, an dem alle Ministerien der Bundesregierung und das Bundeskanzleramt beteiligt sind, soll noch in diesem Jahr ein Referentenentwurf für ein neues Bürokratieentlastungsgesetz vorgelegt werden. In seiner Eingabe an das federführende Justizministerium macht der BDPK die dringende Handlungsnotwendigkeit im Krankenhaus- und Reha-Bereich deutlich: Aktuellen Umfragen zufolge verbringen 60 Prozent der Ärzt:innen mindestens drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit Bürokratie, für 35 Prozent sind es vier oder mehr Stunden täglich. Bei den Pflegenden muss ein Viertel über die Hälfte der Arbeitszeit für Bürokratie aufwenden, im Mittelwert sind es 42 Prozent. Die Bürokratiekosten betragen rund 21 Prozent des gesamten Personalaufwands für Ärzt:innen

und Pflegepersonal. Der BDPK listet in seinem Papier ein Dutzend konkrete „Bürokratiemonster“ auf, die die Kliniken unnötig belasten. Dazu gehören der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) in der Krankenhausvergütung, Hindernisse bei der Einstellung und Ausbildung von Fachkräften, Datenschutzbestimmungen, Dokumentationen zur Einhaltung von G-BA-Richtlinien, Wirtschaftsprüferstate und Nachweise über die Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen. Neben der Benennung und Beschreibung der bürokratischen Lasten macht der BDPK in seiner Zusammenstellung auch Vorschläge, was getan werden müsste, um die unnötige Bürokratie jeweils zu beseitigen. Das Papier zum Bürokratieabbau ist auf der Homepage des BDPK (www.bdpk.de) veröffentlicht.

Fachkrankenhäuser

Spezialisten fördern statt stören

Die ursprünglichen Empfehlungen der Regierungskommission hätten zu massiven Veränderungen für Fachkrankenhäuser und Nachteilen für die Patientenversorgung geführt. Inzwischen diskutiert die Politik die Einführung eines „Level F“. Der BDPK hat dazu einen Definitions- und Regelungsvorschlag vorgelegt.

In dem Konzeptpapier, das in einer BDPK-Facharbeitsgruppe von Klinikvertreter:innen erarbeitet wurde, werden der besondere Versorgungsauftrag und die spezielle Arbeitsweise der Fachkrankenhäuser erläutert. Schon allein an der Sonderstellung der vielen hoch spezialisierten Fachkrankenhäuser, die auch die schweren und schwersten Krankheitsbilder fast aller Fachrichtungen behandeln, wird deutlich, dass sie in den bisherigen Reformvorschlägen nicht angemessen berücksichtigt wurden. So war im Modell der Regierungskommission vorgesehen, dass die Fachkrankenhäuser auch allgemeine Leistungsgruppen (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie) vorhalten sollen. Dies ist aber in der Regel weder medizinisch erforderlich noch sinnvoll. Auch die angedachte bauliche Verlagerung der Fachkrankenhäuser an Krankenhäuser der Level 2 und 3 ist sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Perspektive

abzulehnen. Zudem wäre es nicht sachgerecht, von den Fachkrankenhäusern die Erbringung der allgemeinen Notfallversorgung zu verlangen. Sie sind je nach Indikationsgebiet in die Notfallversorgung eingebunden und zur Sicherstellung der allgemeinen Notfallversorgung nicht verpflichtet, deshalb darf für sie auch kein Abschlag angewendet werden.

Im Konzeptpapier wird empfohlen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsvorgaben für Fachkrankenhäuser in Leistungsgruppen zu definieren. Hier sollten bürokratiearme Kriterien wie Mindestmengen oder Ergebnisqualität Vorrang vor Strukturvorgaben haben. Das Papier ist auf der Homepage des BDPK (www.bdpk.de) veröffentlicht.

BDPK-Bundeskongress 2023

Fortschritt antreiben statt bremsen

Klinikvertreter:innen diskutierten Anfang Mai in München mit der Politik und den Kostenträgern über die anstehenden politischen Weichenstellungen. Die privaten Klinikträger machten dabei klar, dass sie eine wettbewerbsfeindliche Gesundheitspolitik ablehnen.



Die anstehende Krankenhausreform und das Verfahren der Vergütungsverhandlungen der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen waren die beiden zentralen Themen beim diesjährigen BDPK-Bundeskongress, der aus Anlass des 75-jährigen Jubiläums des Verbandes der Privatkliniken in Bayern e.V. (VPKA) am 8. Mai 2023 in München stattfand. Verbindendes Element der Vorträge und Diskussionen zu beiden Bereichen war die Überzeugung der privaten Klinikträger, dass eine wettbewerbsfeindliche Grundhaltung in der Gesundheitspolitik abzulehnen ist. „Der Wettbewerb ist nicht der Feind des Patienten, sondern sein engster Verbündeter“, erklärte BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel in ihrer Begrüßungsrede.

Die Wahlfreiheit zwischen mehreren Anbietern sei ein wichtiger Wert der Gesundheitsversorgung, da der Wettbewerb die Kliniken permanent antreibe, besser zu werden, und Innovationen fördere. Bei der geplanten Krankenhausreform sollten deshalb mehr Anreize und Freiräume für bessere Behandlungsqualität und Effizienz geschaffen werden. Damit würde eine wirksamere und nachhaltigere Modernisierung



Oben: Bundesgesundheitsminister Lauterbach richtete eine Videobotschaft an die Kongressteilnehmer:innen.

Unten: Prof. Tom Bschor, Koordinator der Regierungskommission zur Krankenhausreform



der Gesundheitsversorgung erreicht als durch bürokratische Beschränkungen und kleinteilige Reglementierungen.

In der Diskussion zur Krankenhausreform machten die Klinikvertreter deutlich, dass die Reform sich nicht wie vorgesehen an der Größe und der Zahl der Fachabteilungen der Krankenhäuser orientieren dürfe, sondern vielmehr an ihrer Spezialisierung und der Qualität der Behandlungsprozesse. BDPK-Vizepräsident Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender (CEO) der Sana Kliniken AG, appellierte an den Gesetzgeber, die Gesundheitsversorgung nicht weiter mit negativen Restriktionen regulieren zu wollen, sondern stattdessen ein positives Anreizsystem zu schaffen: „In die Förderrichtlinien der Bundesländer gehören Anreize zur Ambulantisierung. Wenn es nur um Betten geht, gelingt keine Änderung der Strukturen“, so Lemke. BDPK-Vorstandsmitglied Kai Hankeln, Vorstandsvorsitzender (CEO) der Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, stellte fest: „Alle Beteiligten müssen akzeptieren, dass Produktivität und Effizienz wichtig sind. Wir brauchen landkreisbasierte Strukturänderungen und kleinere Kliniken sollten in ambulante Zentren umgewandelt werden. Alles andere wäre eine Werteverwässerung!“

Zusage des Bundesgesundheitsministers

Dass die Anliegen der Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen ernst genommen werden, versprach Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach in einer Videobotschaft an die Kongressteilnehmer:innen: „Die Kliniken werden in Zukunft besser abgesichert. Wir tragen dafür Sorge, dass keine wegen Insolvenz vom Netz gehen wird.“ Ähnlich äußerte sich in der Podiumsdiskussion auch Prof. Dr. Tom Bschor, Leiter der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. In den Empfehlungen der Regierungskommission komme das Wort „Schließung“ nicht vor, versicherte er. Zudem seien die Kommissionsmitglieder nie davon ausgegangen, dass ihre Vorschläge eins zu eins in einer Reform umgesetzt würden. Dass es sich bei den Kommissionspapieren um „vorsichtige perspektivische Empfehlungen“ handele, machte er am Beispiel der Fachkrankenhäuser deutlich: „Fachkrankenhäuser sind absolut relevant für die Versorgung in Deutschland. Sie sollen nicht abgerissen und an anderer Stelle wieder aufgebaut werden“, so Bschor. Für den Bereich der Psychiatrie sei in absehbarer Zeit eine eigene Stellungnahme der Regierungskommission zu erwarten.



Oben links: Dr. Christos Pantazis, Mitglied im Bundestagsausschuss Gesundheit und krankenhauspoltischer Sprecher der SPD-Fraktion, war der Diskussion online zugeschaltet.

Rechts oben: Bernhard Seidenath, Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Fraktion und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag

Mitte: Prof. Dr. Stefan Scholtes von der Cambridge Judge Business School

Unten: Podiumsdiskussion zur Krankenhausreform mit Thomas Lemke (Sana Kliniken), Bernhard Seidenath, Prof. Tom Bschor, Kai Hankeln (Asklepios Kliniken), Prof. Stefan Scholtes und BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz



Dass die Kommissionsempfehlungen kein Dogma für die Reform seien, bekräftigte auch Dr. Christos Pantazis, Mitglied im Bundestagsausschuss Gesundheit und krankenhauspoltischer Sprecher der SPD-Fraktion, der dem Kongress online zugeschaltet war. Er berichtete, dass derzeit über die Einführung eines eigenen „Levels F“ für Fachkrankenhäuser diskutiert würde. Bernhard Seidenath, Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Fraktion und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag, machte klar, dass die Bundesländer die Reform mitentscheiden werden. Sie könnten zwar Empfehlungen vom Bund entgegennehmen, am Ende müsste es aber regionale Entscheidungen geben.

Eine wissenschaftliche Außenansicht auf den aktuellen Reformprozess in Deutschland gab den Kongressteilnehmer:innen Prof. Stefan Scholtes von der Cambridge Judge Business School in einem Kurzvortrag. Laut einer Grundformel für das Changemanagement stehe am Anfang einer Neuordnung die „geteilte Unzufriedenheit“ aller Beteiligten. Aus ihr folge die konsentrierte Formulierung langfristiger Ziele und darauf aufbauend die schrittweise und einvernehmliche Umsetzung der Maßnahmen. Nach Scholtes Bewertung wird dieses Prinzip bei der deutschen Krankenhausreform nur ansatzweise befolgt, deshalb bestehe in der politischen Vorgehensweise Optimierungsbedarf.

Vergütung dringend reformbedürftig

Den zweiten Kongressteil eröffnete BDPK-Vorstandsmitglied Dr. York Dhein, Vorstand (COO) der Mediacin AG, mit einem deutlichen Appell an die Politik: „Ebenso wie die Krankenhäuser befinden sich die Reha-Einrichtungen wegen der jahrelangen Unterfinanzierung in einer prekären Situation und stehen vor einem kalten Strukturwandel mit drohenden Schließungen. Deshalb ist es dringend erforderlich, die Reha mit in die Diskussion um die Krankenhausreform zu nehmen.“ Die bestehenden massiven Liquiditätsprobleme und der enorme Kostendruck seien deutliche Zeichen dafür, dass das bestehende Reha-/Vorsorge-Vergütungssystem dringend reformbedürftig ist. Die aufwendigen Vergütungsverhandlungen mit unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung sowie der Gesetzlichen Krankenversicherung seien unzeitgemäß und zermürbend. Einen wesentlichen Anteil an der zunehmend desolaten finanziellen Lage der Rehabilitations- und Vorsor-



Oben: Dr. York Dhein (Mediacin AG) (links) und BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz, der die beiden politischen Diskussionsrunden moderierte

Mitte: Brigitte Iding, Mitglied der Geschäftsführung der DRV Bayern Süd

Unten: Dr. Laura Mayer, Anwaltskanzlei Seufert



geeinrichtungen hätten die konfliktreichen Verhandlungen mit den einzelnen Krankenkassen. Die Kliniken müssten sich deshalb bereits vor Beginn der Verhandlungen auf den Gang zu den Schiedsstellen einstellen und vorbereiten. Daran anknüpfend stellte Dr. Laura Meyer von der Anwaltskanzlei Seufert die rechtlichen Rahmenbedingungen und Herausforderungen des Schiedsstellenverfahrens dar und Dr. Norbert Hemken, Geschäftsführer Reha-Zentrum am Meer, erläuterte anhand eigener Erfahrungen praktische Handlungswege. In der anschließenden Diskussion schilderte Prof. Dr. Claus Loos, Vorsitzender der Reha-Schiedsstelle in Bayern, das Problem der fehlenden gesetzlichen Grundlagen für Vergütungsverhandlungen. Er schauete mit Spannung auf die sich in der Entstehung befindenden Rahmenempfehlungen, die auch Grundsätze der Vergütung regeln sollen. Die Diskussion machte deutlich, dass die Anrufung der Schiedsstellen eine schnelle außergerichtliche Entscheidung bringen und den

langen und mühsamen Weg über die Sozialgerichte ersparen soll. Klagen gegen Schiedsstellenentscheidungen sind mit dem Risiko der aufschiebenden Wirkung verbunden, was aufgrund der aktuellen Gesetzgebung zulasten der Reha-Einrichtungen geht und sie in weitere finanzielle Bedrängnisse bringt. Die BDPK-Mitgliedereinrichtungen appellierten deshalb bei ihrem Bundeskongress an den Gesetzgeber, die „aufschiebende Wirkung“ abzuschaffen.

Den geselligen Abschluss des BDPK-Bundeskongresses 2023 bildete eine gemeinsame Abendveranstaltung im Münchener Hofbräuhaus, zu der der VPKA Bayern eingeladen hatte. Daran nahm auch der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek teil und richtete ein Grußwort an die Gäste. Am darauffolgenden Tag fand die geschlossene BDPK-Mitgliederversammlung statt, bei der nach intensiven Aussprachen Beschlüsse zu verschiedenen Sachthemen getroffen wurden.



Oben links: Dr. Norbert Hemken, Geschäftsführer Reha-Zentrum am Meer

Oben rechts: Dr. Katharina Nebel, BDPK-Präsidentin

Unten: Podiumsdiskussion zur Reha-Vergütung mit Dr. Laura Meyer, Dr. York Dein, Prof. Dr. Claus Loos (Vorsitzender der Reha-Schiedsstelle Bayern), Brigitte Iding, Thomas Bublitz und Dr. Norbert Hemken