

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

Am Problem vorbei

Von Thomas Bublitz

Mit dem Gesetz „Digitale Rentenübersicht“ reagierte der Gesetzgeber 2021 auf die Kritik, dass bei der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein transparentes und nachvollziehbares Vergütungskonzept fehlt und die Einrichtungsauswahl durch den Träger der Rentenversicherung selektiv erfolgt. Die Lösung sollen die Verbindlichen Entscheidungen bringen, die diskriminierungsfreie, transparente und nachvollziehbare Regelungen für die Zulassung, die Klinikauswahl, das Vergütungssystem und die externe Qualitätssicherung beinhalten.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes haben wir in unzähligen Verhandlungsrunden mit der DRV zum Teil divergierende Positionen ausgetauscht. Nun steht die Verabschiedung der Regelungen in den Gremien der Deutschen Rentenversicherung bevor und wir sind ernüchtert. In Sachen Nachvollziehbarkeit, Diskriminierungsfreiheit und Transparenz hat sich kaum etwas bewegt. Beschließen sollen allein die Gremien der DRV, abweichende Positionen der Leistungserbringer und der Rehabilitanden wurden bei den entscheidenden Fragen allenfalls zur Kenntnis genommen, aber nicht berücksichtigt. Es fehlt an der Bereitschaft der DRV, tatsächlich auf Augenhöhe und im Konsens zu verhandeln. Dabei stützen sich die verantwortlichen DRV-Vertreter auf den möglicherweise nachlässig formulierten Gesetzestext, der vorsieht, dass für das Ziel konsensualler Regelungen die Positionen der Verbände lediglich zur Kenntnis zu nehmen sind.

So will die DRV, dass beim Thema Klinikauswahl nicht die Qualität, sondern die Trägerschaft eine relevante Rolle spielt. Versicherten, die bei der Antragstellung keinen Klinikwunsch geäußert haben, sollen immer zwei trügereigene und zwei Vertragseinrichtungen vorgeschlagen werden, auch wenn diese qualitativ schlechter wären. Aus meiner Sicht ein qualitatives Misstrauensvotum gegen die DRV-eigenen Kliniken! Weiterhin wird damit suggeriert, dass der Marktanteil DRV-eigener Kliniken 50 Prozent beträgt – tatsächlich sind es aber nur 20 Prozent. Eine klare Diskriminierung der Vertragseinrichtungen!

Derzeit müssen alle Reha-Einrichtungen ihre Zulassung erneut beantragen, wenn sie weiterhin DRV-Versicherte behandeln wollen. Dazu müssen sie ein Vergütungssystem anerkennen, das noch nicht existiert und erst ab Juli 2026 gelten soll – zu welchen Preisen kann heute noch niemand sagen. Es ist geradezu absurd, die Reha-Einrichtungen dazu zu zwingen, sich Regelungen unbestimmten Inhalts zu unterwerfen. Dies würden Mitarbeitende der DRV im privaten Bereich nie tun!

Schade, dass die DRV die Chance einer echten Neugestaltung einfach verstreichen lässt und weitermacht wie bisher. Es hätte die Chance bestanden, politisch verspieltes Vertrauen zurückzugewinnen.

Krankenhausreform

Mehr ambulante Öffnung wagen

In den bisherigen Entwürfen und den angekündigten Themenschwerpunkten der Reformkommission fehlen innovative Ideen zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen. Der BDPK appelliert deshalb an die Beteiligten, dieses wichtige Thema auf die Agenda zu nehmen.

Ansätze für mehr ambulante Leistungserbringung durch die Krankenhäuser sind bei der in der Umsetzung befindlichen Ausweitung der Leistungen im AOP-Katalog ebenso wie bei der Einführung von Hybrid-DRG erkennbar. Allerdings fokussieren beide mehr auf die Ambulantisierung stationärer Krankenhausleistungen als auf eine echte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Eine durchgreifende Überwindung der Sektorengrenzen wird nach Ansicht des BDPK damit allein nicht gelingen.

„Gestreift“ wurde das Thema ambulante Öffnung auch von der Regierungskommission, die in ihrer zweiten Stellungnahme die Einführung von Tagesbehandlungen im Krankenhaus empfohlen hatte. Doch die letztendliche Einführung der Tagesbehandlung mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) erfolgte nur für eingeschränkte Anwendungsgebiete mit restriktiven Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzung, wie keine regelhafte Fahrtkostenübernahme für Patient:innen.

Zentraler Bestandteil statt Bruchstück

Nach Auffassung des BDPK muss die ambulante Öffnung von Krankenhäusern als wesentlicher Bestandteil der vorgesehenen Neustrukturierung der Krankenhausversorgung berücksichtigt werden. Dazu sollte – statt einzelner bruchstückhafter Regelungen – eine grundlegende Modernisierung der Rahmenbedingungen erfolgen, wozu an erster Stelle die übergeordneten Rahmenbedingungen der Investitionsfinanzierung und der Versorgungsaufträge gehören, die zielorientiert mit der Förderung ambulante-klinischer Leistungen in Einklang gebracht werden müssen. Auf dieser Grundlage sollten Krankenhäuser auch für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden, womit vorhandene Geräte und das Personal in den Krankenhäusern genutzt und die Versorgung im ländlichen Raum verbessert werden könnte. Für diese Fälle sollte eine sektorengleiche Vergütung in Orientierung an dem DRG-System festgelegt werden und eine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst müsste entfallen.

Die Streichung von MD-Prüfungen bei ambulanten Leistungen und Ein-Tages-DRG gehört zu den zentralen Maßnahmen beim dringend notwendigen Abbau von unnötigen Regulierungen und überflüssiger Bürokratie. Mit diesen und weiteren Deregulierungen kann es gelingen, die Patientenver-

sorgung flexibel und bedarfsgerecht auszugestalten und Spielräume für verbesserte Versorgungsangebote zu schaffen.

Innovationsversprechen einlösen

Ein enormes Verbesserungspotenzial bei der Überwindung der Sektorengrenzen haben nach Ansicht des BDPK zudem innovative Finanzierungsmodelle für Gesundheitsregionen. Die Bundesregierung hatte im Koalitionsvertrag festgelegt, dass die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und der gesetzliche Spielraum für Verträge zu innovativen Versorgungsformen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gestärkt werden sollen. Auch dieses Versprechen sollte der Gesetzgeber bei der anstehenden Reform einlösen. Ein entsprechendes Modellvorhaben für Versorgungsregionen mit pauschalierten Populationsbudgets hat der BDPK gemeinsam mit Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI, bereits 2019 entwickelt und vorgestellt.

BDPK-Geschäftsbericht 2022/2023 online

Rechtzeitig vor seiner Mitgliederversammlung am 9. Mai 2023 hat der BDPK seinen öffentlich zugänglichen Rechenschaftsbericht veröffentlicht. Darin werden die Schwerpunkte, Arbeitsweisen und Ergebnisse der Verbandstätigkeit erklärt und beschrieben. Der Bericht kann auf der BDPK-Homepage als Online-Version und als PDF abgerufen werden. Nach einem einführenden Lagebericht enthält der BDPK-Geschäftsbericht eine Übersicht zur Gesundheitsgesetzgebung in den vergangenen zwölf Monaten und die dazu jeweils vom BDPK herausgegebenen Stellungnahmen und Bewertungen. In den Kapiteln „Krankenhäuser“, „Reha und Vorsorge“ sowie „Tarif und Personal“ erläutert der BDPK ausführlich die besonderen Herausforderungen, Aufgaben und Aktivitäten des Verbandes in der politischen Arbeit. Im Kapitel „Öffentlichkeitsarbeit“ sind die kommunikativen Maßnahmen beschrieben, aufgelistet und verlinkt.

Abgeschlossen wird der Bericht mit Übersichten der aktiven Gremien im Geschäftsjahr, der Kooperationen und Partner sowie der nach IQMP zertifizierten Kliniken. Außerdem enthält der Bericht einen Link zum Servicebereich auf der BDPK-Homepage, wo aktuelle Statistiken zu den Daten der Gesundheitsversorgung in Deutschland zusammengestellt sind. Wie im Vorjahr verzichtet der BDPK auch für das Geschäftsjahr 2022/2023 auf eine gedruckte Ausgabe des Geschäftsberichtes.

Digitalisierung im Krankenhaus

Negatives Anreizsystem

Krankenhäuser sollen mit einem empfindlichen Zwangsgeld belegt werden, wenn sie IT-Standards nicht einhalten. Forderungen nach einer Aussetzung oder Fristverlängerung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen ist der Gesetzgeber bisher nicht nachgekommen – obwohl es dafür viele gute Gründe gibt.

Der „Digitalisierungsabschlag“ in Höhe von bis zu zwei Prozent auf jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall wurde Ende des Jahres 2020 mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) eingeführt. Er gilt für alle im jeweiligen Landeskrankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser, die bis Ablauf des Jahres 2024 die gesetzlich geforderten digitalen Dienste nicht bereitstellen und nutzen. Hierzu gehören unter anderem das Patientenportal, die digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation, Entscheidungsunterstützungssysteme, das digitale Medikationsmanagement und die digitale Leistungsanforderung. Mit Fördermitteln als Ansporn für die Umsetzung und dem Abschlag bei Nichtausführung wollte der Gesetzgeber die Kliniken eigentlich dazu „motivieren“, die Digitalisierung schnell voranzubringen – erreicht wurde jedoch eher das Gegenteil.

Denn die im KHZG vorgesehene Förderung in Milliardenhöhe und die willkürlich festgesetzte Umsetzungsfrist von

vier Jahren haben zu Engpässen bei den Bewilligungsbehörden und zu einem Nachfrageboom in der IT-Branche geführt. So waren Anfang März 2023 rund 45 Millionen Euro der beantragten und den Bundesländern zugewiesenen Fördermittel noch nicht bewilligt, einzelne Bundesländer haben erst jetzt damit begonnen, Bewilligungsbescheide zu erlassen. Währenddessen hat die hohe Nachfrage zu einer massiven Verknappung der Ressourcen in der IT-Branche geführt, die auf ein solches Konjunkturprogramm nicht vorbereitet war. Enorme Preissteigerungen sind die Folge. Zudem haben viele Krankenhäuser, die auf das Vorliegen eines gültigen Förderbescheides angewiesen sind, nicht einmal ein Angebot für die geplanten Projekte bekommen. Und wo Angebote vorliegen, wollen sich die Dienstleister wegen der zahlreichen Aufträge nicht auf verbindliche Umsetzungsstermine festlegen lassen. Ergebnis davon ist, dass viele Krankenhäuser unverschuldet nicht in der Lage sein werden, die geforderten digitalen Dienste rechtzeitig bereitstellen zu können.



Kompodium zur Gründung von Privatkliniken

Der Landesverband der Privatkliniken in Hessen (VDPK) hat einen Leitfaden für die Gründung von Privatkliniken herausgegeben. Der kompakte Ratgeber ist als Online- und Printversion erhältlich und behandelt in fünf Kapiteln die zentralen Themen im Konzessions-, Vertrags-, Arbeits-, Datenschutz- und Steuerrecht. Erarbeitet wurde der Leitfaden zusammen mit der international tätigen Luther Rechtsanwalts-Gesellschaft mbH. Zielgruppen sind Gründerinnen und Gründer von Kliniken sowie bestehende Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag, die ihre spezialisierten Leistungen vorwiegend Beihilfe- und Privatpatienten sowie Selbstzahlern anbieten. Neben der Orientierung zu praxisrelevanten rechtlichen Fragen gibt die Publikation auch einen Einblick in die Arbeit des VDPK und der bundesweiten Facharbeitsgruppe § 30 GewO beim BDPK. Die Broschüre steht als PDF auf der Homepage des VDPK (www.vdpk.de) zur Verfügung. Ein gedrucktes Exemplar kann per E-Mail an sekretariat@vdpk.de angefordert werden.



Belohnen statt bestrafen

Der BDPK hatte ebenso wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bereits vor der Einführung des KHZG auf die Mängel im Gesetz hingewiesen und fördernde Anreize statt einer Bestrafung gefordert. Sinnvoller als ein Abschlag wäre ein Zuschlag zur Finanzierung der Betriebskosten für die Bereitstellung der digitalen Dienste. Neben der positiven Anreizwirkung könnten damit auch die tatsächlich entstehenden Kosten ausgeglichen werden. Zudem müsste die bisher ungelöste Frage der Finanzierung der Betriebskosten für die Krankenhaus-IT beantwortet werden. Aus Sicht des Gesetzgebers würden diese Kosten über die Fallpauschalen sowie die Landesbasisfallwertverhandlungen abzubilden sein. Letztere sind jedoch nach oben begrenzt und in den Fallpauschalen spielen diese Kosten aktuell keine nennenswerte Rolle.

Ob das zuständige Bundesgesundheitsministerium auf die Hinweise und Vorschläge eingeht, ist derzeit ungewiss. Trotz wiederholter Eingaben wurde auch das Ende 2022 verabschiedete Krankenhauspflegeentlastungsgesetz nicht dazu genutzt, zumindest die Fristen für den Digitalisierungsabschlag an die realen Gegebenheiten anzupassen – obwohl das Gesetz über 40 andere Fristverschiebungen enthielt. Stattdessen wurde festgelegt, dass die DKG und der GKV-Spitzenverband die Umsetzung und Ausgestaltung des Abschlags bis zum 30. Juni 2023 in einer Vereinbarung regeln sollen.

Reha als Ausbildungsträger

Chancen auf neue Pflegekräfte

Die Bundesregierung hatte in ihrem Koalitionsvertrag 2021 das Vorhaben formuliert, auch Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger zuzulassen. Doch obwohl sich der Pflegekräftemangel immer weiter zuspitzt, wurde die Umsetzung der politischen Zielvorgabe noch nicht in Angriff genommen.

Schon die vorherige Bundesregierung hatte mit dem 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und im gleichen Jahr mit der Konzierten Aktion Pflege das Ziel ausgegeben, weitere Pflegestellen zu schaffen und mehr Pflegepersonal auszubilden. Doch die Ergebnisse der Maßnahmen sind ernüchternd: Das Statistische Bundesamt meldete Anfang April 2023, dass die Zahl der neuen Auszubildenden in der Pflege im Jahr 2022 nach vorläufigen Berechnungen um sieben Prozent auf 52.300 gesunken ist. Eine fatale Entwicklung, zumal eine Prognose des Instituts der deutschen Wirtschaft vorhersagt, dass sich die Versorgungslücke im Pflegebereich in Deutschland bis zum Jahr 2035 auf insgesamt knapp 500.000 Fachkräfte vergrößern wird. Die möglichst zügige Einbeziehung der Reha-Einrichtungen in die Pflegeausbildung wäre also eine ebenso nützliche wie überfällige gesetzliche Regelung.

Keine Zulassung trotz fachlicher Eignung

Sinnvoll ist die Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen nicht nur wegen der großen Zahl der zusätzlich möglichen Ausbildungsplätze, sondern auch deshalb, weil sie sehr gut für die fachliche Ausbildung geeignet ist. Da die Pflegeprozesse in der Reha über einen längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Reha-Pflege gut planbar ist, haben Pflegeauszubildende hier die Möglichkeit, die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu erlernen und anzuwenden. Das gilt auch für die Formulierung von Pflegediagnosen und die Durchführung von Pflegevisiten sowie für die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation. Anders als im Akutbereich wird in der Reha die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als störungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten erlernt und weniger als Kompensation verlorener Funktionen. Weiterhin bietet die Pflegeausbildung in der Reha die Möglichkeit, sich mit der Integration interdisziplinär erhobener Befunde (wie die Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung vertraut zu machen, und die Reha ermöglicht die Hospitationen bei vielen beteiligten Berufsgruppen (wie Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie). Zudem würde die direkte Vermittlung von Ausbildungsinhalten wie Hilfsmittelversorgung, Erkennen von und Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen oder Hirnleistungsstörungen in der Praxis dazugehören, ebenso wie die



Reha-Einrichtungen bieten ideale Voraussetzungen für die Ausbildung von Pflegefachkräften.
Foto: Fotolia

tägliche Anwendung theoretisch erworbener Inhalte zur Pflegeberatung durch die enge Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess. Doch obwohl es an der fachlichen Eignung von Reha-Einrichtungen keine Zweifel gibt, sind sie derzeit noch nicht als Ausbildungsträger zugelassen. Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen findet derzeit lediglich im Rahmen des „weiteren Einsatzes“ mit 80 Stunden statt.

Dabei sind indikationsübergreifend nahezu alle ambulanten und stationären Einrichtungen als Ausbildungsbetriebe geeignet. Die Gefahr, dass ungeeignete Reha-Einrichtungen ausbilden würden, besteht nicht, da nach der geltenden Ausbildungsverordnung schon jetzt eine Praxisanleitung sichergestellt werden muss (im Umfang von mindestens zehn Prozent der zu leistenden praktischen Ausbildungszeit) und länderspezifische Curricula für praktische Ausbilder erfüllt werden müssen. Dass in einigen Fällen ergänzende Kooperationen erforderlich sein werden, wird bei anderen Ausbildungsträger bisher ebenfalls schon praktiziert. Auch die Gründung eigener Pflegeschulen oder die Kooperation mit Trägern theoretischer Pflegeschulen wäre für die Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen kein Hindernis.

Der BDPK wird sich unter anderem beim geplanten Pflegestudiumstärkungsgesetz verstärkt dafür einsetzen, dass die gesetzliche Öffnung von Reha-Kliniken für die Pflegeausbildung einschließlich der dafür erforderlichen Finanzierungsregelung vorangebracht werden.