

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

Was treibt den Minister?

Von Thomas Bublitz

Für das „Sorgenkind Reha“ gibt es die begründete Hoffnung auf finanzielle Entlastung, wenn die Deutsche Rentenversicherung Ende November den vollen Orientierungswert in Höhe von 6,95 Prozent als Richtwert der Vergütungssatzanpassungen für das Jahr 2024 festgelegt hat. Das bedeutet zwar keine Befreiung von allen Nöten, ist aber ein wichtiges Signal für die Reha-Einrichtungen, dass der Preisanstieg in der Vergütungssatzrunde ausgeglichen wird. Davon können die Krankenhäuser nur träumen! Sie erhalten nämlich den Orientierungswert zum Ausgleich der Preissteigerung nicht in voller Höhe. Bei ihnen wird der Veränderungswert irgendwo zwischen der Grundlohnrate und dem Orientierungswert gekappt, um die Finanzen der Krankenkassen zu schonen. Ein weiteres fragwürdiges Element in der Krankenhausfinanzierung ist die Abschaffung der seit Jahrzehnten bestehenden Abhängigkeit des Landesbasisfallwerts von den Fallzahlen: Stiegen die Fallzahlen, sank der Landesbasisfallwert nach unten, bei sinkenden Fallzahlen sollte er ansteigen. Diesen Mechanismus hat der Bundesgesetzgeber mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz in Anbetracht sinkender Fallzahlen dauerhaft außer Kraft gesetzt. Damit ist klar, dass alle Krankenhäuser wegen der nicht ausgeglichenen Kostensteigerungen und dem nicht ausgeglichenen Fallzahlrückgang ins betriebswirtschaftliche Minus rutschen. Verantwortlich dafür sind die jeweiligen Bundesregierungen mit ihren jeweiligen Bundesministern!

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wäre es, der diese offensichtliche Finanzierungslücke durch kleine Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz schließen könnte. Das tut er aber nicht. Stattdessen behauptet er auf dem Deutschen Krankenhaustag: „Ich glaube nicht, dass 2024 das Jahr des Krankenhaussterbens sein wird. Das halte ich für ausgeschlossen.“ Dem Fachpublikum blieb verborgen, woher er diese Zuversicht nimmt. Die kurz zuvor veröffentlichte Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts zeigt, dass sich die Liquiditätslage bei 80 Prozent der deutschen Kliniken massiv verschlechtert und viele Probleme haben, die Weihnachtsgelder zu zahlen. Nervös sind nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Bundesländer wegen der Übergriffigkeit des Ministers in die Krankenhausplanung der Länder. Für das Krankenhaustransparenzgesetz steht die Anrufung des Vermittlungsausschusses bevor. Sogar ein Scheitern der Krankenhausreform wäre möglich, was den Krankenhäusern allerdings auch nicht aus ihrer finanziellen Misere hilft.

So bleibt die Frage, was den Minister antreibt. Ist es Machtdemonstration oder Taktik? Fehlende Finanzmittel können es nicht sein, denn die kämen nicht aus dem Bundeshaushalt, sondern von den für die Betriebskostenfinanzierung zuständigen Krankenkassen, die gerade von den gesunkenen Fallzahlen profitieren.

Krankenhausreform

Wege aus der Sackgasse

Ein erster Gesetzentwurf für die Krankenhausreform wird wohl erst im Dezember vorliegen. Der für eine Einigung zwischen Bund und Ländern notwendige Konsens könnte nach Auffassung des BDPK mit dem von ihm vorgeschlagenen Planungsinstrument für eine integrierte regionale Versorgung erreicht werden.

Bei der Vorstellung ihres Eckpunktepapiers hatten Bund und Länder im Juli angekündigt, dass bis September ein erster Gesetzentwurf für die Krankenhausreform auf dem Tisch liegt. Doch davon sind die Verhandler auch Ende November offenbar noch weit entfernt. Die nach wie vor grundlegenden strittigen Punkte sollten am 23. November bei einem Treffen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach mit den Ländern erneut besprochen und danach ein konsentierter Entwurf vorgelegt werden.

Ihre Hauptkritikpunkte hatten die Gesundheitsminister der Länder in einem 7-Punkte-Papier zusammengefasst. Dissens besteht danach vor allem beim Kernstück der Reform, dem Finanzierungssystem, das aus Ländersicht weiterhin unklar sei und dessen Folgen für die Krankenhauslandschaft nicht abgeschätzt werden könnten. Das Bundesgesundheitsministerium müsse insbesondere darlegen, wie die Finanzierung der Vorhaltevergütung sowie der Tagesentgelte für die sektorenübergreifenden Versorger im Detail erfolgen solle und ob damit überhaupt eine finanzielle Verbesserung beziehungsweise eine auskömmliche Finanzierung erfolgen könne. Ob Bund und Ländern noch eine Einigung gelingt, hängt sicherlich auch davon ab, ob am 24. November im Bundesrat beschlossen wurde, zum Krankenhaustransparenzgesetz den Vermittlungsausschuss anzurufen und ob der Bundesrat Einspruch gegen das Gesetz einlegt.

Baustellen voneinander trennen

Aus Sicht des BDPK beruht das vorgesehene Finanzierungssystem auf der Illusion, dass die bestehenden Probleme gelöst würden, wenn Kliniken geschlossen und Geld und Personal umverteilt werden. Mit diesem Trugschluss wird die Reform scheitern und zu noch größeren Problemen führen, denn es ist zu erwarten, dass dann etablierte Versorgungsstrukturen zerstört werden, die sich nicht oder nur langsam und mit hohem Aufwand wieder aufbauen ließen.

Für eine tragfähige und nachhaltige Überwindung der zentralen Probleme müssen die vorhandenen Baustellen unseres Gesundheitssystems sauber voneinander getrennt werden.

Die größte Baustelle ist die seit Jahren bestehende strukturelle Unterfinanzierung. Die dadurch ausgelöste schwierige wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser haben Energiepreiserhöhungen, inflationsbedingte Mehrkosten und gestiegene Lohnkosten drastisch verschärft. Hierfür gibt es – unabhängig von möglichen mittel- oder längerfristig wirkenden Re-

formen für die anderen Baustellen – nur eine einzige Lösung: die Vergütung der Krankenhäuser schnellstmöglich so anzupassen, dass Kostensteigerungen vollständig und zeitnah berücksichtigt werden. Dazu müssten die Landesbasisfallwerte und die Psychiatrieentgelte an die Inflation angepasst werden. Erst dann macht es auch Sinn, weitsichtige und mutige Maßnahmen für Strukturverbesserungen und eine Modernisierung des Finanzierungssystems auf den Weg zu bringen oder die überbordende Bürokratisierung und den Fachkräftemangel zu bekämpfen. Wenn die Unterfinanzierung aber nicht beseitigt wird, werden Insolvenzen weitere Reformen überflüssig machen.

Versorgungsbereiche im Ganzen sehen

Ein praktikabler und wirksamer Weg, bei der Reform auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen, ist aus Sicht des BDPK die Einführung eines Planungsinstruments, das auf die relevanten Versorgungsangebote in den Regionen ausgerichtet ist. Die bisherigen Reformvorstellungen sind vor allem auf die Planung der Krankenhausversorgung fokussiert. Wenn aber die ambulante, rehabilitative und pflegerische Versorgung sowie der Rettungsdienst ausgeblendet bleiben, ist kein wirklicher Fortschritt für die Patient:innen möglich. Sinnvoller ist es, wenn die Versorgungsbereiche im Ganzen und in ihrer Wechselwirkung Berücksichtigung finden. Ansonsten drohen vor allem in den ländlichen Regionen Versorgungsdefizite.

Der BDPK hatte den Verhandlern für die Reform mehrfach vorgeschlagen, dass Bund und Länder gemeinsam ein solches Planungsinstrument entwickeln. Ausgehend von einem regional zu ermittelnden Versorgungsbedarf könnten damit Unter- und Überversorgung identifiziert und entsprechende Planungsentscheidungen getroffen werden.

In einer regional ausgerichteten Versorgungsplanung könnten die Krankenhäuser des vorgesehenen Levels 1i eine zentrale Rolle übernehmen. Dazu ist aber auch deren Überlebensfähigkeit zu sichern, indem sie in die Vorhaltevergütung und die regelhafte Investitionsfinanzierung eingebunden werden. Dort, wo die haus- und fachärztliche Versorgung nicht gesichert ist, müssten die Level-1i-Kliniken konsequent für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geöffnet werden. Mit solchen positiven Anreizen würde eine gute Gesundheitsversorgung in den Regionen erreicht und die Reform einen Weg aus der Sackgasse nehmen.

Geriatrische Reha

Kernfragen unbeantwortet

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hat Ende Oktober 2023 einen Bericht über die Erfahrungen mit der neu geregelten Verordnung von geriatrischer Rehabilitation vorgelegt. Aufschlussreiche Daten zu den beantragten und bewilligten Maßnahmen fehlen jedoch.

Krankenkassen prüfen seit dem 1. Juli 2022 bei der Verordnung einer geriatrischen Reha nicht mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Der Prüfvorbehalt entfällt für Patient:innen, die 70 Jahre und älter sind und wenn mindestens eine rehabegründende Funktionsdiagnose sowie mindestens zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen und die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Nach gesetzlicher Vorgabe soll der GKV-Spitzenverband die Umsetzung der neuen Verordnungspraxis in einem jährlichen Bericht darlegen, damit Fehlentwicklungen erkannt und korrigiert werden können.

Der im Oktober für Juli bis Dezember 2022 vorgelegte Bericht enthält zwar allgemeine Daten und Einschätzungen, er ist aus Sicht des BDPK aber nicht aussagekräftig. Denn gerade die wichtigen Aussagen dazu, wie viele Verordnungen nach den neuen Vorgaben für eine geriatrische Rehabilitation von nie-

dergelassenen Ärzt:innen gestellt und ohne Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit seitens der Krankenkassen tatsächlich genehmigt wurden, enthält der Bericht nicht. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst dürfte in diesen Fällen ebenfalls nicht erfolgen. Der Bericht suggeriert aber, solche Prüfungen seien erfolgt. Des Weiteren ist im Bericht ausgeführt, dass nur rund 42 Prozent der Versicherten eine genehmigte geriatrische Reha tatsächlich wahrgenommen haben. Als Gründe sind im Bericht unter anderem lange Wartezeiten bis zur Aufnahme, mangelnde Reha-Kapazitäten und fehlende geeignete Einrichtungen genannt. Aus Sicht des BDPK verfehlt der vorgelegte Report die Intention des Gesetzgebers, denn die wesentliche Frage wird nicht beantwortet. Zudem ist dringend zu prüfen, ob geriatrische Angebote ausgebaut werden müssen. Die Krankenkassen haben dafür zu sorgen, dass lange Wartezeiten und fehlende Angebote vermieden werden.

Pflegeausbildung in der Reha

Unvernünftige Blockade

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist vorgesehen, die Ausbildung von Pflegekräften auch in Reha-Einrichtungen zu ermöglichen. Bisherige Gesetzgebungsinitiativen haben dieses Vorhaben jedoch noch nicht aufgegriffen. Die möglichen Gründe dafür sind aus Sicht des BDPK nicht nachvollziehbar.

Nach Auffassung des BDPK erfüllen Reha-Kliniken sachliche und fachliche Voraussetzungen für die Pflegeausbildung. In Anbetracht des Fachkräftemangels ist es deshalb höchste Zeit, die Koalitionsvereinbarung umzusetzen und politische Versprechungen nicht weiter hinauszuzögern. Gerade im ländlichen Raum, in dem Reha-Einrichtungen häufig angesiedelt sind, besteht ein zunehmender Bedarf an wohnortnahen Ausbildungsmöglichkeiten, den eine Zulassung der Kliniken besser deckte.

Deshalb hat der BDPK in den dazu passenden Gesetzgebungsverfahren – zuletzt beim Pflegestudiumstärkungsgesetz – immer wieder für die Pflegeausbildung in der Reha geworben – bisher ohne greifbares Ergebnis. Grund für die offensichtliche Blockade könnten die Befürchtungen der Politik sein, mit Ausbildungsangeboten in der Reha entstünde eine Konkurrenz zu anderen Ausbildungsstätten oder zusätzliche Ausbildungs-

plätze seien nicht erforderlich. Tatsächlich gibt es in Deutschland viele freie Pflegeausbildungsplätze – in der beruflichen wie in der hochschulischen Pflegeausbildung. Laut Bundesinstitut für Berufsbildung konnten für 2022 nur rund 21 Prozent der Pflegeschulen ihre Ausbildungsplätze voll besetzen, bei den weiteren Ausbildungseinrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegedienste) waren es 27,4 Prozent. Aus Sicht des BDPK dürfen die Reha-Einrichtungen aber nicht als Konkurrenz zu den bereits vorhandenen Ausbildungsträgern gesehen werden, sondern vielmehr als sinnvolle Ergänzung und Erweiterung des Ausbildungsangebots. Die Attraktivität des Berufsbilds würde durch die besonderen Möglichkeiten in der Reha verbessert und die Einrichtungen könnten zur Verbesserung regionaler Ausbildungsangebote beitragen, um mehr Berufsanfänger als dringend benötigtes Pflegefachpersonal zu gewinnen.

Digitalisierung wird ausgebremst

Kürzungen statt Förderung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) kürzt die Vergütung für digitale Nachsorgeangebote sowie den Leistungsumfang für Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Die von den Leistungserbringer-Verbänden vorgetragene Kritik wird von der DRV abgetan.

Im Sommer 2023 hatte die DRV den Reha-Einrichtungen per Rundschreiben mitgeteilt, die Verweildauer für MBOR-Leistungen in der Orthopädie für stationäre und ambulante Leistungen werde um einen beziehungsweise anderthalb Tage verkürzt. Eine Begründung blieb aus und die Vorgabe sei ab sofort bei Neuaufnahmen zu berücksichtigen. Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) kritisierte dies in einem Schreiben an die DRV Bund und ihre Regionalträger und wies darauf hin, dass das Vorgehen der DRV die Einrichtungen vor schwierige Herausforderungen stelle und zwangsläufig zu einer qualitativen Herabstufung der MBOR-B-Leistungen führe. Hintergrund ist, dass die Kliniken nach Aufforderung der DVR bereits vor Jahren ein Konzept und eine Vergütungskalkulation vorgelegt haben, die die DRV Bund zwar zugelassen hatte, aber zu einem anderen, nicht näher definierten Vergütungssatz, der unterhalb der Kalkulationen der Kliniken lag. Damals wurde den Einrichtungen der niedrigere Preis so begründet, dass kompensatorisch die Verweildauer bei MBOR-B-Leistungen länger als bei der Standard-Reha sei.

Knapp zwei Monate für ein Antwortschreiben

Die jetzt angekündigte Kürzung ist also – auch wenn sie oberflächlich betrachtet gering ausfällt – ein weiterer herber Vergütungseinschnitt für die Einrichtungen. Zugleich verschlechtert sich damit die Qualität der MBOR-Leistungen für Patient:innen in der Orthopädie. Mit ihrer Antwort auf die Kritik ließ sich die DRV fast zwei Monate Zeit, um dann der AGMedReha lapidar mitzuteilen, dass eine „Vereinheitlichung und Angleichung der Verweildauer der MBOR-Leistungen an die Verweildauer der Basisabteilung dringend geboten ist, um Benachteiligungen der MBOR-Abteilungen zu vermeiden“. Ein Änderungsbedarf für diese Entscheidung sei nicht erkennbar. Unbeantwortet blieb die Frage der AG MedReha, wie eine ebenfalls von der DRV geforderte Personalaufstockung zum 1. Januar 2025 finanziert werden soll. Diese erstmalig verpflichtenden ergänzenden Personalvorgaben für die MBOR waren den Einrichtungen auferlegt worden, ohne die Refinanzierung dieser zusätzlich verpflichtenden Stellen zu regeln. Zu verstehen ist das nicht.

Hoheitliches Verwaltungshandeln

Mindestens ebenso „hoheitlich“ ist das Vorgehen der DRV bei der Kürzung der Vergütung für die digitale Nachsorge. Dazu haben die DRV-Gremien einen Abschlag um 30 Prozent beschlossen.

Diese einseitige, unangekündigte Preissenkung ist aus Sicht der AG MedReha für zahlreiche Reha-Einrichtungen, die digitale Nachsorge anbieten, außerordentlich problematisch. Wird die Kürzung nicht zurückgenommen, ist zu befürchten, dass viele Kliniken aus dieser innovativen und patientenorientierten Versorgungsform wieder aussteigen. Die Kürzung würde damit zu einem Rückschritt in der Vielfalt der Versorgungsangebote führen. Dies geht in erster Linie zulasten der Leistungsberechtigten, denn sie verlieren Wahlmöglichkeiten und den Zugang zu einer flexiblen und digitalen Versorgung. Doch auch zu diesem brisanten Thema und der dazu vorgetragenen Kritik hat die DRV Bund im Antwortschreiben nur allgemeine Erläuterungen gegeben und erklärt, dass sie keinen Änderungsbedarf sieht.

Bleiben nur Rückzug oder Rechtsweg?

Die betroffenen Reha-Einrichtungen stehen jetzt vor der Entscheidung, welche Konsequenzen sie aus der Vergütungskürzung ziehen sollen und müssen. Klar ist, dass ohne ausreichende Vergütung eine wirtschaftliche Leistungserbringung nicht mehr möglich ist. Sollte es also kein Einlenken der DRV geben, müssten zahlreiche Einrichtungen ihre entsprechenden Leistungsangebote einstellen oder zumindest erheblich reduzieren. Erste Reha-Einrichtungen haben wegen der Kürzung bereits ihre digitalen Nachsorgeangebote eingestellt. Wenn weitere Kliniken folgen, wird damit eine sinnvolle und innovative Entwicklung, deren Erfolg für die Patientenversorgung offensichtlich ist, komplett zum Erliegen kommen.

Eine weitere Möglichkeit wäre, die DRV-Entscheidungen rechtlich zu überprüfen und dagegen vorzugehen. Ansatzpunkte bieten sich dafür durchaus, da die DRV die erforderliche Beteiligung der Verbände und Leistungserbringer unterlassen hat – ein formaler Mangel. Möglicherweise verstößt die pauschale Preisreduzierung für die digitale Nachsorge auch gegen das Gebot einer wirtschaftlichen und auskömmlichen Finanzierung der Leistungserbringer. Dem Rechtsweg vorzuziehen ist aus Sicht des BDPK der Versuch, die DRV zu einer Rücknahme oder zumindest Aussetzung der Entscheidungen zu bewegen. Die DRV sollte auch angesichts der von der Bundesregierung vorangetriebenen Digitalisierung überdenken, ob die Reduzierung der Vergütung eine politisch gewollte und nachvollziehbare Maßnahme ist. Gemeinsames Ziel der Leistungsträger und -erbringer muss sein, die Digitalisierung auch in der Reha zu fördern, um die Versorgungsqualität zu verbessern, Effizienzreserven zu heben und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.