

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

Es geht um viel

Von Thomas Bublitz

Rund heraus gesagt: Die Lage ist mehr als bedrohlich! Täglich kommen neue Meldungen in die Öffentlichkeit, die die enorme Verschuldung unserer Krankenhäuser offenbaren. 50 Millionen Defizit oder 130 Millionen, die mit einem Kredit aus dem Steuersäckel gedeckt werden sollen, ohne dass die geringste Hoffnung auf Rückzahlung besteht, scheinen das neue Normal zu sein. Auch die Krankenhäuser in privater und kirchlicher Trägerschaft leiden. Keine Klinik kann die enormen Preissteigerungen auffangen, die sich aus der rund zehnpromtigen Inflation ergeben. Denn die Endpreise sind fix und werden nicht der dramatischen Situation entsprechend angepasst. Ein Ende des Zustands ist nicht in Sicht.

Die Antwort der Politik auf diese Lage ist deprimierend. Eine Krankenhausreform wird versprochen, die die Probleme lösen soll. Die Formel hierfür scheint vordergründig einfach und überzeugend: Wir schließen einige oder viele kleine Kliniken und haben dann Geld und Personal (die zweite Megaherausforderung) übrig, um alle restlichen Kliniken auskömmlich zu finanzieren. Der Denkfehler dabei ist allerdings, dass diese Reform viele Kliniken gar nicht erleben werden. Vorher sind sie pleite, und nicht jeder Klinikbetreiber, den man auch zukünftig bräuchte, hat einen potenten Geldgeber und Bürgen im Hintergrund, der ihn in dieser Zeit stützt. Das trifft auch für viele Kliniken in kommunaler Trägerschaft zu.

Das gilt auch für die rund 1.000 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen. Auch sie werden das zweite Jahr Inflation nach Corona nicht überstehen, wenn nicht bald die Preise um die Inflationsrate angehoben werden. Die Krankenkassen ignorieren den Umstand komplett und argumentieren rückwärtsgewandt mit der Grundlohnrate, um die man allenfalls Preise anheben könnte. Ansonsten seien die Kostensteigerungen nicht ihr Problem, schließlich gebe es keine Selbstkostendeckung. Daher mein dringender Appell an alle politischen Entscheidungsträger: Helfen Sie den Kliniken jetzt und sorgen Sie jetzt für einen sofort wirkenden Inflationsausgleich! Wenn Sie nichts tun, tragen Sie auch dafür die Verantwortung! Vielleicht ist es aber auch an der Zeit, dass wir Klinikbetreiber selbst entschlossener werden und streiken, um endlich von der Politik Gehör und Hilfe zu bekommen.

Krankenhausreform

Länderkompetenzen nutzen

Der BDPK hat seine Positionen und eine Auswirkungsanalyse zu den Empfehlungen der „Regierungskommission Krankenhaus“ zusammengefasst und in die politische Debatte eingebracht. Gestärkt wird die Bewertung des BDPK durch Initiativen mehrerer Bundesländer, die zentralistische Vorgaben ablehnen.

Die mit zahlreichen Grafiken anschaulich aufbereitete Auswirkungsanalyse des BDPK zeigt, dass sich die Versorgungssituation in Deutschland beträchtlich verändern würde, sollten die Kommissionsvorschläge eins zu eins in ein Gesetz übernommen werden. So blieben beispielsweise in Nordrhein-Westfalen von den bestehenden 132 Krankenhäusern mit einer Unfallchirurgie nur noch 65 in den geplanten Leveln II und III (U) erhalten, 51 Prozent dürften diese Leistung nicht mehr erbringen. Noch höher wären die Einschnitte im bevölkerungsreichsten Bundesland in den Bereichen Allgemeine Neurologie (minus 92 Kliniken) sowie Allgemeine Frauenheilkunde und Geburten (minus 158 Kliniken). Ähnliche Szenarien gelten für alle Bundesländer – wobei der BDPK in der Analyse ausdrücklich darauf hinweist, dass es sich um eine optimistische Betrachtung handelt. Aufgrund fehlender Daten konnten nicht alle von der Regierungskommission genannten Einordnungskriterien berücksichtigt werden, deshalb ist die berechnete Anzahl der verbleibenden Kliniken in den Leveln 1n und 2I eher eine Überschätzung und die Anzahl von Level-1i-Kliniken eine Unterschätzung. Es ist daher davon auszugehen, dass die von der Reformkommission vorgeschlagenen Kriterien die Zahl der aus der Krankenhausversorgung herausfallenden Häuser deutlich erhöhen würden.

Einen Abbau von Krankenhauskapazitäten in diesem Ausmaß werden die Bundesländer wohl nicht mitmachen. Obwohl es bei den ersten Bund-Länder-Treffen zur Krankenhausreform durchaus noch einen grundsätzlichen Konsens über das gemeinsame Vorgehen gab, zeigte sich spätestens beim DKG-Krankenhausgipfel Mitte März, dass sich die Länder von Berlin überrollt fühlen. Die unionsgeführten Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Bayern haben sogar ein verfassungsrechtliches Gutachten in Auftrag gegeben und auch in Bundesländern mit rot-grüner Regierungsbeteiligung regt sich Widerstand. Mehr oder weniger deutlich wird der Vorwurf vorgetragen, dass der Bund insbesondere mit einer zentralistischen Level-Einteilung zu sehr in die Hoheit der Länder eingreifen würde.

Krankenhausplanung ist Ländersache

Dass die Planungshoheit im Krankenhausbereich bei den Ländern in den richtigen Händen liegt, gehört auch zu den Grundüberzeugungen des BDPK. Und das aus gutem Grund, wie im BDPK-Positionspapier zur Krankenhausreform 2023 deutlich gemacht wird: Die Berücksichtigung regionaler

Strukturen und Bedürfnisse ist bei der Gestaltung der Krankenhausversorgung von zentraler Bedeutung und bewirkt das Gegenteil der „Rasenmähermethode“. Gute Angebote müssen erhalten bleiben und schlechte Qualität vom Markt verschwinden. Dies wäre über die Krankenhausplanung gut möglich. Die Bundesländer sollten sich deshalb in der weiteren Ausgestaltung der Reform dafür starkmachen, dass die vorgeschlagenen Strukturmerkmale in den jeweiligen Leveln hinsichtlich ihrer Ausgestaltung auf ein wirklich sinnvolles Maß angepasst werden. Zudem muss die verbindliche und zentral festgelegte Zuordnung von Leitungsgruppen zu Leveln unterbleiben, sie könnte allenfalls von den Bundesländern vorgenommen werden.

Bei den Verantwortlichen in den Bundesländern hat sich offensichtlich die Erkenntnis durchgesetzt, dass mit einer ausschließlich strukturellen Herangehensweise keine wirkliche Verbesserung erreicht wird. Ihnen ist bewusst, dass in die Reformüberlegungen auch die Qualität der erbrachten Leistungen einbezogen werden muss, damit am Ende eine verbesserte Patientenversorgung steht. Besonders deutlich wird dies auch an der von der Kommission vorgeschlagenen Verlagerung von sogenannten Fachkliniken an andere Krankenhausstandorte. Mit ihrem hoch spezialisierten Leistungsangebot stellen die Fachkliniken in vielen Regionen Deutschlands die Krankenhausversorgung sicher. Die von der Regierungskommission angeregte prospektive Verlagerung dieser spezialisierten Krankenhäuser an die Kliniken der Stufe II oder III ist aus Sicht der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit ganz klar abzulehnen. Warum sollte man die Fachkliniken schließen, um sie an einem anderen Krankenhaus neu aufzubauen?

Reaktionen ermutigen

Die seinem Positionspapier zusammengefasste Kritik und die unterbreiteten Vorschläge wird der BDPK weiter aktiv in die Debatte einbringen und sich für Nachbesserungen bei der Konstruktion der Reform einsetzen. Wie wichtig dieser Einsatz ist, zeigen die öffentlichen Aussagen von Mitgliedern der Regierungskommission, wonach ihre Empfehlungen als Diskussionsvorschlag und nicht als fertige Lösung zu verstehen sind.

Das BDPK-Positionspapier und die Auswirkungsanalyse sind auf der Homepage des BDPK (www.bdpk.de) als Online-Version und in einer kompakten Zusammenfassung als PDF abrufbar.

Geplante DRV-Regelungen

Vorlage ist diskriminierend

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) soll „konsensuale Regelungen“ für die Beschaffung von Leistungen in der medizinische Reha entwickeln. Ein Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die bisher vorgesehene Ausgestaltung europarechts- und verfassungswidrig ist.

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 Vorgaben für die Umsetzung dieses Auftrags gehört auch die Beteiligung der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände an der Entwicklung dieser „konsensualen Regelungen“.

i BDPK-Bundeskongress am Montag, 8. Mai 2023, in München

Das Programm für den diesjährigen BDPK-Bundeskongress, der aus Anlass des 75-jährigen Jubiläums des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. (VPKA) in München stattfindet, steht. Referenten im Themenblock „Krankenhausreform 2023“ sind **Prof. Dr. Tom Bschor** (Leiter und Koordinator der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung) und **Prof. Stefan Scholtes** (Cambridge Judge Business School, UK). Sie werden auch an der anschließenden Podiumsdiskussion teilnehmen; weitere Diskussteilnehmer sind **Bernhard Seidenath** (MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Fraktion), **Dr. Christos Pantazis** (MdB, Mitglied im Bundestagsausschuss Gesundheit), **Kai Hankeln** (Vorstandsvorsitzender Asklepios Kliniken) und **Thomas Lemke** (Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken). Im Themenblock „Reha-Vergütungssatzverhandlungen in der GKV“ ist der Vortrag eines Vertreters der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, ihre Teilnahme zugesagt haben bereits **Dr. Laura Mayer** (Seufert Rechtsanwälte) und **Prof. Dr. Claus Loos** (Vorsitzender der Reha-Schiedsstelle Bayern), die zu rechtlichen Fragen sprechen werden. Über die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen informiert **Dr. Norbert Hemken** (Geschäftsführer Reha-Zentrum am Meer) und **Brigitte Iding** (Mitglied der Geschäftsführung der DRV Bayern Süd) hält einen Impulsvortrag zu den „Vergütungsverhandlungen in der DRV“. An der anschließenden Podiumsdiskussion mit den Referenten werden zwei Mitglieder des BDPK-Vorstands teilnehmen. Zur Eröffnung des BDPK-Bundeskongresses hat Bundesgesundheitsminister **Prof. Dr. Karl Lauterbach** eine Video-Grußbotschaft zugesagt. An der anschließenden Abendveranstaltung im Münchener Hofbräuhaus, zu der der VPKA Bayern einlädt, nimmt der bayerische Gesundheitsminister **Klaus Holetschek** teil und spricht ein Grußwort. Die Online-Anmeldung ist auf der Homepage des BDPK möglich (www.bdpk.de). Hier können auch Hotelzimmer gebucht werden, die mit Sonderkonditionen für Kongressteilnehmer:innen vom BDPK reserviert wurden.

Nach mehrfachen Beratungen mit den Leistungserbringerverbänden hatte die DRV einen Entwurf für die Verbindlichen Entscheidungen vorgelegt, der aus Sicht der beteiligten Verbände grundlegend nachgebessert werden muss. Zur rechtlichen Bewertung der vorgesehenen DRV-Regelungen hatten der BDPK und mehrere Reha-Kliniken ein Rechtsgutachten bei Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf in Auftrag gegeben. Sie ist Inhaberin des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, insbesondere Verfassungsrecht an der Universität Potsdam. In ihrem inzwischen veröffentlichten Gutachten kommt sie zu dem Ergebnis, dass der zugrunde liegende § 15 SGB VI und die auf diese Vorschrift gestützten Entscheidungen (Verbindliche Entscheidungen, Zulassung, Belegungsvertrag, Belegungsentscheidungen, Vergütungsvertrag) wegen Verstoßes gegen das allgemeine Wettbewerbsrecht der Europäischen Union (Art. 106 Abs. 1 AEUV) unwirksam und damit unanwendbar sind.

Das Gutachten führt dazu aus, dass die DRV nicht nur hoheitliche Funktionen gegenüber ihren Versicherten wahrnimmt, sondern zugleich mit ihren eigenen Reha-Kliniken auf dem Reha-Leistungsmarkt tätig ist. Das EU-Recht, das deutsche Kartellrecht und das Verfassungsrecht fordern jedoch eine generelle Trennung von hoheitlichen Befugnissen und unternehmerischen Funktionen, da anderenfalls die gebotene Gleichbehandlung (Nichtdiskriminierung) – in diesem Fall der Reha-Einrichtungen anderer Träger mit denen der DRV – nicht gewährleistet ist. Da gegen dieses Trennungsgebot verstoßen wird, sind die Gesetzesgrundlage und die hierauf gestützten Einzelentscheidungen unwirksam und unanwendbar. Weil eine strikte organisatorische Trennung von hoheitlichen und unternehmerischen Funktionen der Rentenversicherungsträger aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist, muss die Gleichbehandlung aller Rehabilitationseinrichtungen durch eine gleichberechtigte Beteiligung der Vertragseinrichtungen an den hoheitlichen Entscheidungen sichergestellt werden. Nach diesem Konsensgebot müssen die hoheitlichen Entscheidungen einvernehmlich von den Rentenversicherungsträgern (DRV Bund und Regionalträger) und den Vertragseinrichtungen getroffen werden. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die Positionen der beteiligten Verbände den DRV-Regelungen in relevanten Teilen widersprechen.

Der BDPK hat die DRV und das Bundesarbeitsministerium über das Rechtsgutachten und die strittigen Regelungen informiert und bemüht sich um sinnvolle, rechtskonforme Umsetzung.

Chancen besser nutzen

Pflegefälle durch Reha vermindern

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich seit 2020 mehr als verdoppelt – trotzdem sind die GKV-Ausgaben für Vorsorge und Reha 2022 auf das Niveau von 2018 geschrumpft. Damit der Grundsatz „Reha vor Pflege“ umgesetzt wird, fordert der BDPK einen erleichterten Zugang zu Reha-Leistungen.

Dass „Reha vor Pflege“ nur ungenügend stattfindet, hat der BDPK Mitte März zum wiederholten Mal in einer Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sowie in einer Pressemitteilung zum aktuellen GKV-Finanzergebnis kritisiert. Laut Statistik sind die Ausgaben der Krankenkassen für Reha und Vorsorge 2022 im Vergleich zum Vorjahr zwar um 10,1 Prozent gestiegen, sie liegen damit aber nur auf dem Niveau von 2018 und machen weiterhin lediglich ein Prozent des Gesamtvolumens aus. Ein ebenso unverständlicher wie paradoxer Verlauf, denn die Zahl potenziell pflegebedürftiger Menschen steigt rapide an und Reha-Leistungen können zur Vermeidung von Pflege beitragen und so den drohenden Pflegenotstand stoppen oder zumindest mildern. Eine wesentliche Ursache für die Fehlentwicklung sind die nach wie vor bestehenden überflüssigen Zugangsbarrieren bei der Beantragung und Genehmigung von Reha-Leistungen. Zwar wurde mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) die Genehmigung der geriatrischen Reha vereinfacht, weitere Erleichterungen und die Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens sind zur Beschleunigung des Zugangs aber dringend erforderlich. Denn Reha richtet sich auch in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und hilft bei ihnen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Deshalb sollte für alle ärztlich verordneten oder vom Krankenhaus beantragten Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit die Genehmigung durch die Krankenkassen entfallen und eine Direkteinleitung der Reha auf Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente (rehabilitationsmedizinische Assessments) erfolgen. Bisher lehnen Krankenkassen in vielen Fällen wegen angeblich fehlender Rehabilitationsfähigkeit eine Reha ab, obwohl die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose ärztlich festgestellt wurden. Krankenkassen sollten nur noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen.

gesetz (IPReG) die Genehmigung der geriatrischen Reha vereinfacht, weitere Erleichterungen und die Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens sind zur Beschleunigung des Zugangs aber dringend erforderlich. Denn Reha richtet sich auch in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und hilft bei ihnen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Deshalb sollte für alle ärztlich verordneten oder vom Krankenhaus beantragten Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit die Genehmigung durch die Krankenkassen entfallen und eine Direkteinleitung der Reha auf Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente (rehabilitationsmedizinische Assessments) erfolgen. Bisher lehnen Krankenkassen in vielen Fällen wegen angeblich fehlender Rehabilitationsfähigkeit eine Reha ab, obwohl die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose ärztlich festgestellt wurden. Krankenkassen sollten nur noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen.

Fachkräfteeinwanderung

Zu viele unnötige Hürden

Weniger Bürokratie, kürzere Bearbeitungszeiten und einfache Regeln beim Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegefachkräfte – das fordert der BDPK in zwei Stellungnahmen zu Entwürfen für ein neues Fachkräfteeinwanderungsgesetz und für eine entsprechende Rechtsverordnung.

Mit den neuen Regelungen will die Bundesregierung die Anwerbung und den Einsatz von Fachkräften aus Drittstaaten – also aus Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums – vereinfachen und beschleunigen. Das ist aus Sicht des BDPK aufgrund des akuten Fachkräftemangels im Gesundheits- und Pflegebereich auch dringend erforderlich. In seinen Stellungnahmen zu den Entwürfen für die Regierungsmaßnahmen weist der BDPK auf die Notwendigkeit bundesweit einheitlicher Standards und einheitlicher Fristsetzungen im Anerkennungsverfahren hin. So dauert beispielsweise die Anerkennung einer ärztlichen Qualifikation aus dem Ausland in einigen Bundesländern bis zu anderthalb Jahre, in anderen aber lediglich acht Wochen. Die Erstellung einer Bundesda-

tenbank mit geprüften und anerkannten Berufsabschlüssen sowie eine bundesweit einheitliche Fristsetzung für Anerkennungsverfahren würden die Verfahren wesentlich beschleunigen, die Barrieren für ausländische Fachkräfte reduzieren und die Planungssicherheit für inländische Arbeitgeber erhöhen. Damit ausländische Pflegefachkräfte aus Nicht-EU-Staaten schnellstmöglich in den deutschen Arbeitsmarkt integriert werden können, schlägt der BDPK vor, dass diese für die Dauer des Anerkennungsverfahrens als Pflegehilfskräfte im Sinne der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung eingesetzt werden dürfen. Das wäre ein hilfreicher Beitrag zur Überwindung des Fachkräftemangels und würde die Integration der ausländischen Fachkräfte erleichtern.