

BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

ViSdP: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (030) 2400899-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer
des BDPK

Unangenehme Fragen

Von Thomas Bublitz

Wovor fürchtet sich die Politik? Warum tut sie sich so schwer, den Krankenhäusern ebenso wie den Reha- und Vorsorgekliniken Planungssicherheit zu verschaffen? Was hindert den Gesetzgeber daran, mit verlässlichen und zumindest mittelfristigen Regelungen dafür zu sorgen, dass es in dieser schwierigen Zeit wenigstens eine auskömmliche und stabile Finanzierung für die stationäre Versorgung gibt?

An mangelnden Informationen, Hinweisen und Warnungen vonseiten der Kliniken kann es kaum liegen. DKG, Landeskrankenhausesellschaften und andere Verbände, auch der BDPK, haben spätestens seit Oktober vergangenen Jahres nahezu im Wochentakt immer wieder auf die bedrohliche Lage aufmerksam gemacht und stets auch konkrete Lösungsvorschläge vorgelegt. Dass davon nichts oder zu wenig bei den politischen Entscheidungsträgern angekommen sein könnte, ist schwerlich vorstellbar. Ebenso wenig wie die These, dass die Politik die Schilderungen der Kliniken anzweifelt und deshalb Entscheidungen verzögert oder mehr Zeit für ihre Überprüfung braucht. Es muss also andere Gründe geben.

Nicht wenige Stimmen vermuten hinter dem zögerlichen Kurs die Taktik, dass mit einer Art Rosskur für eine Strukturbereinigung in der Krankenhauslandschaft gesorgt werden soll. Wenn das wirklich die Absicht wäre, droht den Kliniken ein radikaler Kahlschlag. Funktionierende Leistungsstrukturen müssten aufgegeben werden und die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung geriete in Gefahr. Strukturveränderungen mit der Brechstange können nicht das Ziel einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik sein.

Viel wahrscheinlicher ist, dass die Ursachen für die fehlende Durchsetzungskraft ganz anderer Natur sind. Der Politik dürfte bewusst sein, dass ein Rettungsschirm mit pauschalen Voraus- und Ausgleichszahlungen und Ganzjahresausgleich nichts anderes bedeutet als die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Jetzt eingeführt, könnte das auch über die Pandemie hinaus für die zweifellos erforderliche Modernisierung der Krankenhausfinanzierung Wirkung haben. Den Kritikern von Ökonomie und Leistungsorientierung im Gesundheitswesen würde das gefallen, anderen bereitet die Vorstellung Sorge. Sollen Krankenhäuser für ihr Vorhandensein bezahlt werden, auch wenn sie nicht immer gebraucht werden? Oder sollen sich Vergütung und Vorhandensein nach Leistung und Erfordernis richten? Das sind gerade im Wahljahr unangenehme Fragen, aber sie sind grundlegend und wichtig und müssen beantwortet werden.

Kliniken in der Corona-Krise

Es bleibt die große Unsicherheit

Obwohl Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen coronabedingt einen hohen Aufwand leisten, sinken ihre Erlöse im Vergleich zum Normalbetrieb. Wird die Finanzierungslücke nicht kompensiert, drohen massive Einschnitte in die Gesundheitsversorgung.

Noch Anfang Februar hoben die Bundeskanzlerin und die Ministerpräsidentenkonferenz in ihren Beratungen die besondere Bedeutung der stationären Versorgung in der pandemischen Lage hervor. Zudem stellte die Runde fest, dass die Regelfinanzierung für diese besondere Situation nicht ausreichend greift und es deshalb weiterhin eine zusätzliche Absicherung für die Kliniken geben muss. Wie viel von diesem Bekenntnis in die für den 24. Februar angekündigte BMG-Entscheidung einfließen wird, war bei Redaktionsschluss dieser f&w-Ausgabe noch nicht bekannt. Aus Sicht der Kliniken ist jedoch klar: Während ihr Versorgungsauftrag für die Bevölkerung in vollem Umfang bestehen bleibt, schwindet mit jedem Tag die Liquidität der Einrichtungen. Ohne eine ausreichende Liquiditäts- und Budgetsicherung für das Jahr 2021 droht vielen Häusern der wirtschaftliche Kollaps.

Fairer Ganzjahresausgleich für Krankenhäuser

Auf Außenstehende wirken die Entscheidungen der Politik dagegen so, als würden die Krankenhäuser wegen Covid-19 gerade ein paar Fälle weniger behandeln und hätten dadurch etwas geringere Einnahmen als sonst. Tatsächlich berechnen einige Kliniken jedoch momentan, wie viel Zeit ihnen unter den jetzigen Bedingungen noch bis zum Gang zum Insolvenzgericht bleibt.

Tatsache ist auch, dass es nicht sachgerecht war und ist, die Ausgleichspauschale an Kriterien wie die Notfallstufe des Krankenhauses, die regionale Inzidenz und Belegung der Intensivstationen zu knüpfen. Dies führt dazu, dass viele Häuser trotz oder gerade wegen der pandemiebedingten Belastungen aus dem Rettungsschirm herausfielen. Die Krankenhäuser fordern deshalb einen fairen Ganzjahresausgleich, mit dem die Liquiditätshilfe auf 90 Prozent der Ausgleichszahlungen des vergangenen Jahres begrenzt und der am Ende des Jahres abgerechnet wird. Mehr- oder Mindererlöse im Vergleich zum Jahr 2019 können so ausgeglichen werden und es kommt zu keiner Überfinanzierung einzelner Häuser. Statt Regelungen im 14-Tages-Rhythmus würde ein Finanzierungskonzept bis zum Jahresende den Krankenhäusern für das gesamte Jahr 2021 die dringend benötigte wirtschaftliche Stabilität und Planungssicherheit bringen.

Reha: Flickwerk statt verlässlicher Lösungen

Ähnliches gilt auch für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Belegung und Umsatz sind bei ihnen gegenüber dem Vorjahr im Schnitt um knapp 50 Prozent eingebrochen, während die Personalkosten gleichgeblieben und zudem coronabedingte Mehrkosten entstanden sind. Durch die Ausgleichszahlungen werden die Mindererlöse aber nur zur Hälfte ausgeglichen, was von vielen Kliniken kaum zu verkraften ist.

Zusätzlich macht auch der Reha die fehlende Planungssicherheit zu schaffen: Den ersten Reha-Rettungsschirm gab es zunächst nur bis zum 30. September 2020, danach für anderthalb Monate nichts. Ab 18. November wurde dann der Ausgleich auf 50 Prozent reduziert. Die Regelung war bis zum 31. Januar befristet und wurde erst kurz vor Ablauf bis Ende Februar verlängert. Wie es ab März weitergeht, wissen die Kliniken Stand Mitte Februar nicht. Die Unsicherheit kann kaum größer sein.

Allerdings hatte der Gesetzgeber durchaus die gute Absicht, den beträchtlichen Mehraufwand, der den Kliniken durch die Hygiene- und Schutzmaßnahmen an Zeit, Material und Personal entsteht, auszugleichen. Vier Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes ist davon aber, bis auf acht Euro pro Patient, nichts bei den Kliniken angekommen. Denn es wurde offenbar nicht bedacht, dass für die vorgesehenen Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene die rechtliche Grundlage fehlt. Deshalb müsste jede Einrichtung mit jeder Krankenkasse einzeln verhandeln, was bei 1.200 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und über 100 Krankenkassen kurzfristig unmöglich war. Nach massivem Druck der Leistungserbringer haben zumindest AOK und VdEK Anfang Februar 2021 eine Empfehlung von der Bundesebene an ihre Landesverbände gegeben, wonach es für anderthalb Monate einen Ausgleich in Höhe von 50 Prozent geben soll. Das ist aber nicht, wie im Gesetz vorgesehen, ein Verhandlungsergebnis, sondern ein Vorschlag, also unverbindlich und zudem zu wenig und in der Umsetzung kompliziert, zu spät und unsicher. Auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen brauchen jetzt dringend Liquidität und keine langwierigen Auseinandersetzungen, denn die Kosten für Personal und Sachkosten laufen weiter.

Telematikinfrastruktur in der Reha

Kliniken sind keine Arztpraxen

Im März 2021 gehen die Verhandlungen über die Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) in der Reha in die zweite Runde. GKV-Spitzenverband und Deutsche Rentenversicherung Bund haben den Verbänden der Reha-Leistungserbringer einen ersten Entwurf für eine Vergütungsvereinbarung vorgelegt.

Nach den Vorstellungen der Kassen und der Rentenversicherung sollen die Kosten der Kliniken für Ausstattung und Betrieb der TI ähnlich finanziert werden wie für Arztpraxen. So sieht der von den Kostenträgern im Januar 2021 vorgelegte Entwurf einer Vergütungsvereinbarung vor, dass eine Hardware-Ausstattung „der niedrigsten Kategorie“ bezahlt wird und die Abrechnung der laufenden Kosten „gemäß BMV-Ä“ quartalsweise erfolgen soll. Diese Ausrichtung ist aus Sicht der Reha-Leistungserbringer weit entfernt von der Realität und den Erfordernissen der Reha-Einrichtungen.

Arztpraxen erhalten derzeit von den Kassen eine Erstaussstattungspauschale in Höhe von jeweils 1.549 Euro, größere Praxen weitere 535 Euro. Zusätzlich gibt es eine Startpauschale von 900 Euro für Software-Updates, die Installation der Technik sowie den Zusatzaufwand der Praxen in der Startphase. Dagegen betragen die Kosten für die Erstaussstattung einer Reha-Klinik nach vorliegenden Kostenschätzungen rund 90.000 Euro, einschließlich der benötigten Software zur Unterstützung der Fachverfahren (VSDM, QES, NFD, KIM, ePA). Wegen des Patientenaufkommens und der komplexen Behandlungsstrukturen in den Einrichtungen halten die Reha-Leistungserbringer es für angemessen, die TI-Finanzierung an der für die Krankenhäuser getroffenen Vereinbarung zu orientieren.

Politische Zielsetzung nicht unterlaufen

Bei der Einstufung der Reha in die TI-Finanzierung geht es aber nicht um Befindlichkeiten oder Definitionen, sondern einerseits um viel Geld und andererseits um die Frage, ob der Reha-Sektor den von der Politik beabsichtigten Anschluss an die Digitalisierung schafft. Denn mit dem Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) hatte die Bundesregierung im Sommer 2020 explizit geregelt, dass auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in die TI eingebunden werden sollen, damit auch sie neue digitale Angebote im Gesundheitswesen nutzen können. Dazu gehören Patientenstammdaten und medizinische Daten (Notfalldaten, Medikationsplan, Verordnungen) ebenso wie Abrechnungsdaten und eine bessere Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, etwa durch die elektronische Zustellung von Entlassberichten und Überweisungen zu Fachärzten. Zwar soll die Einbindung der Reha nach dem Willen des Gesetzgebers schrittweise und zunächst frei-

willig erfolgen, dennoch ist der politische Auftrag eindeutig: GKV und Rentenversicherung sollen einen Telematikzuschlag vereinbaren, der ausreichend ist, um Ausstattungs- und Betriebskosten der Reha-Einrichtungen zu finanzieren. Damit soll sichergestellt werden, dass die TI alle Akteure des Gesundheitswesens vernetzt und ein sektoren- und systemübergreifender sowie sicherer Austausch von Informationen gewährleistet ist. Wie weit die Kostenträger diesen politischen Auftrag mittragen und umsetzen, wird sich in der nächsten Verhandlungsrunde zeigen, die im März stattfinden soll.

gematik und Bayern sind schon weiter

Während die Finanzierungsfrage für die Reha noch ungeklärt ist, arbeitet die mit der Errichtung und dem Betrieb der TI beauftragte Organisation, die gematik, bereits an den nächsten Entwicklungsschritten. In ihrem kürzlich veröffentlichten „Whitepaper TI 2.0“ kündigt sie an, dass die grundlegende Architektur der TI technologieunabhängiger werden muss, damit Datensilos aufgelöst, Open-Source-Lösungen angewendet und mobile Patientenversorgung möglich werden: „Der Trend geht klar zur Cloud mit unlimited Resources“, prognostiziert die gematik. Für die Reha bedeutet das: Wer jetzt nicht dabei ist, wird es bei den folgenden technologischen Entwicklungsschritten noch schwerer haben.

Dass beim digitalen Anschluss von Reha-Einrichtungen keine Zeit mehr zu verlieren ist, hat auch Bayerns Gesundheits- und Pflegeminister Klaus Holetschek erkannt. Sein Ministerium gab Ende Januar bekannt, dass es ein Forschungsprojekt „Digitales Rehabilitationskonsil mit Anbindung an die Telematikinfrastruktur“ mit 434.000 Euro unterstützt. Gegenstand sind die modellhafte Anbindung von Reha-Einrichtungen an die TI an drei vom Landtag benannten Standorten (Bad Kötzing, Bad Gögging und Bad Kissingen) sowie eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustands der Digitalisierung der Reha-Einrichtungen in Bayern und Handlungsempfehlungen für den zukünftigen Ausbau der Digitalisierung. Zudem soll ein Reha-Konsil erprobt werden, also eine Videoberatung zwischen den behandelnden Ärzten in der Reha-Einrichtung und dem behandelnden Hausarzt auf Grundlage einer zu entwickelnden digitalen Reha-Akte.

Ambulante Reha auf Qualitätskliniken.de

Transparenz spornt an

Das Internetportal Qualitätskliniken.de veröffentlicht seit 2013 ein Ranking für Reha-Kliniken, inzwischen besuchen täglich fast 20.000 Interessierte die Webseite. Nach den stationären Einrichtungen stellen sich jetzt auch ambulante Reha-Anbieter dem Qualitätsvergleich.

Unter den Plattformen für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen belegt Qualitätskliniken.de den Spitzenplatz. Mit 4,8 Millionen Besuchern pro Jahr hat Qualitätskliniken.de andere Portale wie Rehakliniken.de und Kurklinikverzeichnis.de deutlich überholt.

Weit vorn liegt Qualitätskliniken.de auch in der Breite der beteiligten Einrichtungen: Als deutschlandweit erste Klinikgruppe für ambulante Reha-Leistungen ist die ZAR Nanz medico GmbH mit Hauptsitz in Stuttgart dem Portal beigetreten. Das Unternehmen betreibt bundesweit 25 ambulante Reha-Zentren, in denen jährlich rund 55.000 Patienten von über 2.000 Mitarbeitenden versorgt werden. Indikationsschwerpunkte sind Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Onkologie und Psychosomatik. Nanz-medico-Geschäftsführer Markus Frenzer sieht in dem Beitritt zu Qualitätskliniken.de einen An-

trieb zur Qualitätsverbesserung: „Im Qualitätswettbewerb setzt man sich einem ständigen Vergleich mit anderen Anbietern im Markt aus und wird stetig zu Verbesserungen angespornt.“

Wie bei den stationären Reha-Einrichtungen bewertet Qualitätskliniken.de auch die ambulanten Anbieter in den Qualitätsdimensionen Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Organisationsqualität sowie anhand der Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Das im stationären Bereich bewährte Modell wurde mit wenigen Anpassungen auf die Bewertung ambulanter Einrichtungen übertragen. Angewendet werden sollen zukünftig auch die bisher erarbeiteten Indikatorensets zur Ergebnisqualitätsmessung im Bereich Patient Reported Outcome Measurements (PROMS).

Versorgungswerk KlinikRente

Wachstum trotz Pandemie

Wegen der Corona-Pandemie verstärkte das Versorgungswerk KlinikRente die Online-Beratung. Mit Erfolg: Trotz der erschwerten Bedingungen entschieden sich im vergangenen Jahr 360 Unternehmen für Versorgungslösungen von KlinikRente, 14.300 Beschäftigte aus der Gesundheitsbranche wurden abgesichert.

Durch den Zuwachs im vergangenen Jahr gehören dem vom BDPK als Branchenlösung initiierten Versorgungswerk KlinikRente jetzt 4.700 Mitgliedsunternehmen an. Zudem wurden 6.800 Neuverträge zur Einkommenssicherung abgeschlossen. Besonders erfreulich: Neben dem medizinischen Personal entschieden sich verstärkt auch weitere Berufsgruppen aus der Branche Gesundheitswesen für die Einkommenssicherung durch KlinikRente.

Der coronabedingte Ausbau der virtuellen Beratung brachte nach den Erfahrungen von KlinikRente durchaus Vorteile für Beschäftigte und Arbeitgeber: Der Aufwand für Krankenhäuser und Kliniken reduzierte sich, da die Informationstermine nicht in die betrieblichen Abläufe eingriffen. Die Beschäftigten konnten Ter-

mine auch von zu Hause aus wahrnehmen und waren nicht mehr an die Örtlichkeiten des Arbeitgebers gebunden. Außerdem schuf die virtuelle Beratung eine stressfreie Atmosphäre, nahm Beschäftigten potenzielle Ängste und machte eine gemeinsame Beratung mit dem Partner oder der Partnerin möglich. Deshalb sieht KlinikRente im Ausbau der Online-Beratung einen positiven Schritt in die Zukunft der Beratung zur betrieblichen Altersvorsorge.

Ausgebaut hat KlinikRente auch das Portfolio: Neben Direktversicherung und Unterstützungskasse können Beschäftigte im Gesundheitswesen ab sofort auch Pensionsfonds als betriebliche Altersversorgung nutzen. Die Umsetzung erfolgt in enger Kooperation mit dem größten deutschen Versorgungswerk MetallRente innerhalb des MetallPensionsfonds.