

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

Endlich: Politik stärkt die Rehabilitation

Von Thomas Bublitz



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer
des BDPK

Immer wieder haben wir in den vergangenen Jahren mit den Gesundheitspolitikern das Gespräch gesucht. Und immer wieder ging es dabei um die dringend notwendigen Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation. Noch in meinem Editorial in der Augustausgabe von *f&w* äußerte ich die Sorge, dass die Rehabilitation und die Gesundheitspolitik wohl nie beste Freunde sein würden. Gleichzeitig hoffte ich, dass sich der Wind langsam drehen würde. Und das ist nun geschehen: Positiv überrascht dürfen wir uns über den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) freuen. Der Minister und sein Ministerium halten, was sie uns noch Anfang Juli beim Spitzengespräch mit dem BDPK versprochen haben: die Vorlage eines Gesetzentwurfes zur Stärkung der Reha noch in der Sommerpause 2019! Chapeau und vielen Dank Herr Spahn!

Mit der Gesetzesvorlage werden deutliche Verbesserungen für die Versorgung von älteren Patienten erreicht. Das erspart diesen die Pflegebedürftigkeit und damit die Abhängigkeit von fremder Hilfe und ist ein wichtiger Beitrag zur Bekämpfung des Pflegenotstands.

Eine wesentliche Änderung betrifft die Direktverordnungsmöglichkeit von Reha-Leistungen durch niedergelassene Ärzte für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Damit wird die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitationsleistung durch den behandelnden Vertragsarzt auch für die Krankenkassen endlich verbindlich. Bei allen Reha-Leistungen dürfen die Krankenkassen von dem in der Verordnung attestierten medizinischen Bedarf nur noch abweichen, wenn sich dies zweifelsfrei aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ergibt. Wichtig wäre nun noch aus unserer Sicht im Gesetz auch zu verankern, dass dieses Gutachten den Patienten und dem verordnenden Arzt zur Verfügung gestellt wird.

Zum Thema Vergütung: Die Begrenzung der Pflegesatzsteigerungen durch die sogenannte Grundlohnrunde wird gestrichen. Ein wesentliches Hemmnis für eine angemessene Refinanzierung der medizinischen Rehabilitation ist dann endlich Vergangenheit! Wichtig auch, dass wir auf der Bundesebene nun gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach § 111 SGB V vereinbaren müssen. Zu regeln sind Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie Vergütungsverträge zu angemessenen und leistungsgerechten Preisen. Zum Thema Klinikwahl ist vorgesehen, dass die Patienten, auch dann wenn sie kein berechtigtes Wunsch- und Wahlrecht haben, nur noch zur Hälfte an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationsklinik entscheiden. Ich freue mich außerordentlich über diesen Gesetzentwurf – trotz des Nachbesserungsbedarfs an einigen Stellen.

MDK-Reformgesetz

Noch nicht ausgereift

Nach dem Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium im Mai legte die Bundesregierung im Juli 2019 ihren Entwurf für das MDK-Reformgesetz vor. Der BDPK sieht weiterhin Änderungsbedarf.

Die gute Absicht des Gesetzgebers ist erkennbar: Bürokratie abbauen, den Aufwand der Abrechnungsprüfungen eindämmen, eine Obergrenze der zulässigen Prüfungen und ein Aufrechnungsverbot einführen. Damit werden langjährige Forderungen der Krankenhäuser aufgegriffen. Und grundsätzlich ist es auch sinnvoll, zukünftig ein gestuftes System der Abrechnungsprüfung vorzugeben. Allerdings muss nach Auffassung des BDPK bei der Einführung sorgfältig darauf geachtet werden, dass die Einordnung der Stufen nach objektiven Kriterien erfolgt, die von den Kliniken beeinflussbar sind. Die Höhe der zulässigen Prüfquote und der Sanktionen ergibt sich nach dem Regierungsentwurf nach dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen. Würde die Regelung so umgesetzt, könnten Krankenkassen beziehungsweise die Medizinischen Dienste im Prinzip jede Abrechnung streitig stellen und somit „beanstanden“, um Prüfquoten und damit auch Sanktionen systematisch zu erhöhen. Auch berechnete Einwendungen der Krankenhäuser, welche erst nach

Abschluss eines Sozialgerichtsverfahrens geklärt sind, wären für die Berechnung der Prüfquoten irrelevant. Hier müssen zumindest Ausgleich geschaffen werden, wenn sich eine beanstandete Abrechnung im Nachhinein als korrekt erweist.

Dringender Handlungsbedarf besteht bei den bis zum 31. Dezember 2020 vorgesehenen Strukturprüfungen. Denn auch nach dem aktuellen Entwurf können Kliniken Leistungen ab 2021 nicht mehr erbringen, wenn eine Bescheinigung bis zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegt. Geht man von Strukturprüfungen in drei Fachabteilungen je Krankenhaus aus, so müssten vor dem 1. Januar 2021 5.826 Prüfungen an circa 250 Arbeitstagen (ohne Wochenenden und Feiertage) durchgeführt werden. Dies ist organisatorisch nicht realisierbar und gefährdet die bedarfsnotwendige Versorgung der Patienten! Der BDPK plädiert deshalb dafür, dass die Kliniken zunächst ab 2021 die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, wenn sie dies bereits im Jahr 2020 getan haben (Bestandsschutz).

Reform der ambulanten Notfallversorgung

Die Richtung stimmt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Juli den Diskussionsentwurf für ein Gesetz zur Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgelegt. Aus Sicht des BDPK ist die geplante grundlegende Neugestaltung der richtige Kurs, Korrekturen sind aber unerlässlich.

Nach dem Entwurf werden Krankenhäuser die zentrale Örtlichkeit für ambulante Notfallpatienten, der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entfällt. Die Länder sollen im Rahmen ihrer Krankenhausplanung Kliniken festlegen, die in „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) Patienten der ambulanten Notfallversorgung behandeln. Krankenhäuser und KVen betreiben die INZ gemeinsam, und die erbrachten ambulanten Notfallleistungen sollen in einem eigenständigen System vergütet werden. Hierfür ist eine fallzahlunabhängige Grundpauschale für Vorhaltekosten sowie eine nach Schweregrad der Fälle differenzierte Pauschale vorgesehen.

Aus Sicht des BDPK unterhöheln einige der vorgesehenen Regelungen die gute Absicht einer krankenzentrierten Notfallversorgung. Es muss sichergestellt sein, dass an allen

heutigen Notfallkrankenhäusern INZ eingerichtet werden, um eine flächendeckende ambulante Notfallversorgung zu gewährleisten. Der im Entwurf vorgesehene Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Rahmenvorgaben für die INZ zu definieren, wäre demnach überflüssig – und ist es zudem auch deshalb, weil der G-BA erst im April 2018 detaillierte Anforderungen für ein gestuftes System der stationären Notfallversorgung festgelegt hat. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass jedes Krankenhaus, das die Anforderungen der stationären Basisnotfallversorgung heute erfüllt, auch zukünftig zur Erbringung ambulanter Notfallleistungen geeignet ist. Völlig inakzeptabel sind die vorgesehenen Vergütungsabschläge von 50 Prozent für Krankenhäuser, die über kein INZ verfügen.

Entlassmanagement in der Reha

Mehr Arbeit und Klarheit

Seit dem 1. August 2019 sind die Reha-Kliniken verpflichtet, den im Februar 2019 in Kraft getretenen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement umzusetzen. Wie das in der Praxis funktioniert, haben wir Dr. Ralf Bürgy, Leiter der Abteilung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement bei MedClin, gefragt.



Dr. Ralf Bürgy, Leiter der Abteilung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement, MedClin AG

Herr Dr. Bürgy, welche Neuerungen und Herausforderungen hat der Rahmenvertrag Entlassmanagement für MedClin mit sich gebracht?

Vorab möchte ich sagen, dass das Entlassmanagement im Akutbereich bereits längere Zeit erprobt ist als bei Reha-Einrichtungen. Unser Eindruck ist, dass es an manchen Stellen bei der Umsetzung des Entlassmanagements im Akutbereich noch hapert. Aus Sicht von Rehabilitationskliniken kommen damit verbundene Informationen zum Patienten lückenhaft oder gar nicht an – wie der qualifizierte Medikationsplan mit QR-Code für die automatisierte Übernahme in eine elektronische Patientenakte oder eine aus dem Entlassmanagement abgeleitete strukturierte Überleitungsinformation. Die Organisation der Nachversorgung ist in der medizinischen Rehabilitation ein wichtiger Aspekt im Behandlungsprozess, sodass sich bei uns wenig inhaltliche Veränderungen durch das neue Entlassmanagement ergeben haben.

In den letzten Monaten haben wir in unseren Reha-Einrichtungen die administrativen Anforderungen vermittelt, Zuständigkeiten festgelegt und technische Voraussetzungen für die Erstellung der Dokumentation und von Verordnungen vorbereitet. Eine der größten Herausforderung ist die Anschaffung der IT und Technik, die für die elektronisch unterstützte Verordnung beziehungsweise Ausstellung von erforderlichen AU-Bescheinigungen beziehungsweise des qualifizierten Medikationsplans erforderlich sind. Das ist

nicht nur eine logistische, sondern auch eine finanzielle Komponente, die die Kliniken zusätzlich belastet. Durch das Entlassmanagement klären wir mit dem Patienten den Auftrag für die Nachversorgung und dokumentieren erforderliche Schritte dazu, das schafft Sicherheit für beide Seiten, aber erhöht den Dokumentationsaufwand. Die vollständige Umsetzung der zusätzlichen administrativen Aufgaben durch das Entlassmanagement wird in der Rehabilitation wohl noch einige Jahre dauern, denn viele Reha-Kliniken verfügen noch nicht über eine elektronische Patientenakte mit Medikationsmodul. Deshalb muss der Medikationsplan am Ende der Behandlung ebenso wie der Entlassbrief zusätzlich manuell erstellt werden. In unseren Kliniken mit elektronischer Patientenakte wird das Entlassmanagement elektronisch unterstützt, aber die KIS-Hersteller fordern für die neue Funktion zusätzliche Lizenz- und Wartungskosten. Ein weiterer Punkt, der die Kosten für Reha-Kliniken erhöht – ohne eine Gegenfinanzierung. Die Transparenz und Nachverfolgbarkeit für die Organisation der Weiterversorgung von Patienten verursachen zusätzlichen administrativen Aufwand und Kosten, auf denen die Rehabilitationskliniken sitzen bleiben. Darüber hinaus drohen den Reha-Kliniken durch das eingeschränkte Verordnungsrecht noch mögliche Regressrisiken. Hier sehen wir Handlungsbedarf.

Gibt es neben den Herausforderungen auch positive Erfahrungen, die Sie gemacht haben?

Es ist nicht alles schlecht. Die neuen Regelungen zum Entlassmanagement bringen Klärung bei Fragen zur Weiterversorgung. So ist es hilfreich, dass der Rahmenvertrag ein Informationsschreiben mit allen Leistungen des Entlassmanagements und ein Einwilligungsförmular für die Patienten enthält. Die Patienten werden umfassend informiert und Zuständigkeiten geklärt. Die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter wird dadurch auf die besonderen Bedarfe für die Zeit nach der Entlassung gelenkt. Die Möglichkeit der digitalen Übernahme des Medikationsplanes über den qualifizierten QR-Code vereinfacht die Aufnahme von Medikamenten in eine elektronische Patientenakte. Damit solche Vorteile in Reha-Kliniken erschlossen werden können, muss die Umsetzung des Entlassmanagements in zuweisenden Akutkliniken sich deutlich verbessern und Informationen bei Aufnahme zur Verfügung stehen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Zwischen Pflicht und Kür

Was tun Kliniken für ihre Arbeitnehmer in Sachen Gesundheit? Dieser Frage geht eine Beitragsserie nach, die ihren Auftakt im Februar hatte. Über den Stellenwert des Gesundheitsmanagements in ihrem Unternehmen berichtet diesmal Birgit Richter, Verwaltungsdirektorin der Tessinum GmbH.

Betriebliches Gesundheitsmanagement – was wird darüber nicht alles wissenschaftlich geschrieben. Und immer die Frage: Pflicht oder Kür? Unser Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) fängt an der Eingangstür an. So gehören zur Pflichtausstattung Desinfektionsspender. Der Austausch mechanischer gegen automatisch dosierende Spender hat seine Wirkung nicht verfehlt. Anhand der Protokolle können wir feststellen, dass sie in regelmäßiger Dosierung verwendet werden. Schulungen für alle Bereiche zur Hygiene und zum Arbeitsschutz gehören ebenso dazu wie Begehungen der Arbeitsplätze. Es wird beispielsweise geprüft: Ist es der richtige Bürostuhl oder gibt es genug Hilfsmittel für die körperlich schwere Arbeit in der Pflege? Ob Sauberlaufmatten in den Bereichen, die nicht nur funktional, sondern beim Betreten der Einrichtung eine angenehme Atmosphäre spüren lassen, ob Arbeitsbekleidung, die nicht nur den hygienischen Anforderungen entspricht, sondern ein angenehmes Gefühl vermittelt: Das trägt zum Wohlbefinden bei und da beginnt für mich Gesundheitsmanagement.

Die Mitarbeiter haben auch die Möglichkeit, Missstände zu melden. Ob anonym oder direkt bleibt jedem überlas-



Birgit Richter, Verwaltungsdirektorin, Tessinum GmbH

sen. Uns ist es wichtig, dass wir erfahren, was nicht so gut läuft. Jeder Mitarbeiter muss spüren, dass er gefragt und geschätzt ist.

Uns geht es um viele Facetten des Gesundheitsmanagements. Körperliche Belastungsfähigkeit ist nie losgelöst von der psychischen Verfassung zu sehen. Die Arbeitsintensität wächst und so versuchen wir, mit bestimmten Events hier entgegenzuwirken. Auch für die körperliche Ertüchtigung bieten wir einiges an. Unser Sporttherapeut hat wenig Einsehen, wenn es um mangelnde Bewegung geht. Ich höre im Anschluss die Mitarbeiter nach so einer 90-minütigen Aktivität stöhnen und doch nehmen sie regelmäßig teil. Und unsere Ernährungsberatung bietet jedem Mitarbeiter die Chance zu erfahren, was für ihn die richtige Ernährung ist.

Dass wir gut aufgestellt sind, erlebt unsere Personalreferentin beim Vorstellungsgespräch, wenn sie über die Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge in unserem Hause informiert und die Bewerber ihrem Staunen Ausdruck geben.

Zu Beginn hatte ich die Frage aufgeworfen, ob BGM Pflicht oder Kür für uns als Unternehmen sei. Die Antwort lautet: Es ist sowohl Pflicht als auch Kür. Dazu fällt mir ein Sprichwort von Annaeus Seneca ein: „Wenn du’s aufschiebst, versäumst du das Leben.“ Mein Sprichwort dazu heißt: „Wenn du’s aufschiebst, versäumst du Gesundheit.“ In diesem Sinne werden wir weiter aktiv in der Gesundheitsförderung sein und alles daransetzen, dass unsere Mitarbeiter auch durch uns die Chance einer gesunden Lebensführung erhalten.

i

Entlassmanagement Reha

Seit dem 1. August 2019 ist der zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den elf Reha-Leistungserbringerverbänden abgeschlossene Rahmenvertrag zum Entlassmanagement umzusetzen. Damit soll die Anschlussversorgung von gesetzlich krankenversicherten Rehabilitanden in stationären Rehabilitationseinrichtungen strukturierter als bisher sichergestellt werden. Die Krankenkassen sind zur Unterstützung des Entlassmanagements verpflichtet, die behandelnden Einrichtungen prüfen je nach Bedarf den Umfang der Maßnahmen für jeden Rehabilitanden. Neu geregelt wurde das Ordnungsrecht für erforderliche Anschlussleistungen. Für diese Verordnungen sind, sofern keine lebenslange Arztnummer vorliegt, die siebenstellige Pseudoarztnummer und der zweistellige Fachgruppencode zu verwenden. Das Entlassmanagement kann bei jedem Patienten durchgeführt werden, der dazu seine Zustimmung erteilt hat.