

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

Wir alle sind gefragt!

Von Thomas Bublitz

Die Bundesregierung hat am 12. Februar 2020 den Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPREG) beschlossen. Das ist ein wichtiger Schritt zur Sicherung einer leistungsfähigen und hochwertigen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Damit sind bedarfsgerechte und zügige Leistungsentscheidungen der Krankenkassen bei der Genehmigung geriatrischer Rehabilitationsleistungen endlich in Sicht. Aber es ist eben auch nur ein Schritt, weitere müssen folgen.

Als erstes natürlich das parlamentarische Beschlussverfahren zum Gesetz. Ob sich in diesem Verfahren noch Grundlegendes für die Reha ändern wird, kann niemand mit Sicherheit vorhersagen. Denn gerade die Erfahrungen mit den jüngsten Gesetzesinitiativen wie MDK-Reform oder Notfallversorgung zeigen, dass stets Vorsicht geboten ist und wir uns nicht zu früh freuen dürfen. Um keine bösen Überraschungen zu erleben, müssen wir wachsam bleiben und unsere Stimme weiterhin stark und deutlich in den politischen Willensbildungsprozess einbringen. Und das nicht nur in Berlin, sondern auch und gerade in den Wahlkreisen.

Die im Oktober 2019 gestartete Kampagne „Reha. Macht’s besser!“ bietet dafür eine hervorragende Plattform. Mit ihr ist es möglich, Patienten und Mitarbeiter zur Teilnahme zu animieren. Mit ihr können die Reha-Einrichtungen stärker in Kontakt zur regionalen Presse treten und mit individuellen Patientengeschichten auf die problematischen Rahmenbedingungen in der Reha aufmerksam machen. Und mit ihr kann auch der Kontakt der Reha-Einrichtungen zu den Bundes- und Landtagsabgeordneten aus den Wahlkreisen intensiviert werden. Die BDPK-Geschäftsstelle unterstützt Sie dabei, sich an der Kampagne „Reha. Macht’s besser!“ aktiv zu beteiligen. Nutzen Sie diese Möglichkeit! Denn es ist wichtig, dass wir alle mitwirken. Nur so können wir dazu beitragen, dass im Verlauf des parlamentarischen Verfahrens die guten Regelungen nicht wieder aus dem Gesetzentwurf genommen oder ins Gegenteil verändert werden.

Der Reha eine Stimme zu geben, sollte mit der Umsetzung des IPREG nicht enden. Denn auch wenn das Gesetz für die geriatrische Reha ein Segen ist, bleiben noch viele offene Punkte und weitere notwendige Schritte auf dem Weg zur Stärkung der Reha. Aber der Anfang ist gemacht.

Reform der Notfallversorgung

Kernbereiche korrigieren

Der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegte Referentenentwurf für eine Reform der Notfallversorgung hat nach Ansicht des BDPK schwerwiegende Mängel, die korrigiert werden müssen. Seine Positionen dazu hat der BDPK dem BMG in einer Stellungnahme vorgetragen.

Die Strukturen und die Finanzierung der Notfallversorgung müssen reformiert werden, daran besteht kein Zweifel. Die Regelungen im Anfang des Jahres vorlegten Gesetzesentwurf führen nach Auffassung der privaten Klinikträger letztlich jedoch dazu, die Qualität und die Leistungsfähigkeit der Notfallversorgung zu verschlechtern. Die Kritik des BDPK entzündet sich an vier Hauptpunkten:

Ausdünnung der Notfallversorgung

Von den derzeit rund 1.200 an der ambulanten Notfallversorgung beteiligten Krankenhäusern dürfte nach dem neuen Konzept nur ein Bruchteil ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) zugestanden bekommen und weiter an der Notfallversorgung teilnehmen. Dies bedeutet vor allem für die Bevölkerung in ländlichen Gebieten eine fatale Ausdünnung von ambulanten Notfallstrukturen. Der BDPK plädiert deshalb dafür, allen Plankrankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen (oder allen Krankenhäusern der Basisnotfallstufe) die Einrichtung eines INZ zu ermöglichen.

Widerspruch zur gesetzlichen Krankenhausplanung

Nach dem Gesetzesentwurf sollen nicht die eigentlich zuständigen Planungsbehörden, also die Bundesländer, entscheiden, wer ein INZ bekommt, sondern Landesgremien und damit letztlich die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Grundlage von Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Ergebnis wäre ein beliebiges Zu- und Abschalten von Krankenhäusern bei der ambulanten Notfallversorgung. Nach Auffassung des BDPK steht die Planungshoheit der Länder über allen strukturverändernden Maßnahmen und darf keinesfalls über indirekte Eingriffe ausgehöhlt werden. Zudem benötigt eine Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung auch keine weiteren G-BA-Anforderungen.

Keine klaren Verhältnisse

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Leitung der INZ auf die jeweilige KV übertragen wird. Das hätte ein organisatorisches Wirrwarr zur Folge: Die KVen sind keine medizinischen Leistungserbringer, müssten aber Ärzte anstellen, die in den INZ Leitungsfunktionen ausüben, wobei sie aber nicht den Krankenhäusern unterstehen. Dies sind unwirtschaftliche und vollkommen unnötige Doppelstrukturen. Aus Sicht des BDPK ist es deshalb zwingend erforderlich, dass die organisatorische und fachliche Zuständigkeit der INZ bei den Krankenhäusern liegt.

Weitere finanzielle Bestrafung der Krankenhäuser

Kliniken ohne Anerkennung als INZ sollen für die Behandlung eines Notfallpatienten nur noch die Hälfte der Vergütung bekommen, so der Referentenentwurf. Die Patienten werden danach aber nicht fragen, sondern im Notfall weiterhin das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen. Sich aus der Notfallversorgung abmelden oder Patienten wegschicken, dürfen die Krankenhäuser aber nicht, weil die gesetzlichen Regelungen dies nicht zulassen. Eine menschlich, haftungsrechtlich und versorgungspolitisch völlig unververtretbare Situation! Deshalb muss der vorgesehene Vergütungsabschlag nach Auffassung des BDPK ersatzlos gestrichen werden.

Die vom BDPK geforderten Korrekturen an dem Entwurf zielen darauf, die Qualität und Leistungsfähigkeit der Notfallversorgung in Deutschland zu verbessern und eine den Entwicklungen angemessene Reform der Notfallversorgung auf den Weg zu bringen. Private Krankenhausträger sind bereit, mehr Verantwortung bei der ambulanten Notfallversorgung zu übernehmen. Die vollständige Stellungnahme an das BMG ist auf der Webseite des BDPK abrufbar (www.bdpk.de).

Appell an unsere Bundestagsabgeordneten

Strafe für soziale Verantwortung?

Schluss damit!

Wenn Krankenhäuser Patienten nicht entlassen können, weil die Anschlussversorgung (Häusliche Situation, Kurzzeitpflege, Reha-Platz) nicht gewährleistet ist, müssen sie **300 Euro Strafe** zahlen.

Beschlossen von CDU/CSU
und SPD im Dezember 2019 im Bundestag

Auch unser Haus hat häufig solche Fälle.

Wir helfen Menschen, die uns brauchen. Helfen Sie uns!

Ändern Sie dieses Gesetz – jetzt und schnell!

Anzeigen gegen Strafzahlungen

Die im BDPK vertretenen Krankenhäuser beteiligen sich an einer DKG-Kampagne, die bundesweit mit Anzeigen und Berichten in Tageszeitungen auf eine zum Jahresbeginn eingeführte widersinnige Regelung des MDK-Reformgesetzes aufmerksam macht. Sie bedeutet in der Summe Kürzungen in Höhe von 380 Millionen Euro für die Krankenhäuser.

Kartellrecht

Wettbewerb ja, Blockade nein!

Nach Auffassung des BDPK berücksichtigt das geltende Kartellrecht die politisch gewollte und zweckmäßige Strukturentwicklung im Krankenhaussektor nicht ausreichend. Um versorgungspolitisch sinnvolle Fusionen oder Kooperationen zwischen Kliniken zu ermöglichen, fordert der BDPK eine Gesetzesänderung.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) hat am 24. Januar einen Referentenentwurf zur Anpassung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) veröffentlicht. Zum Entwurf können die Länder und Verbände Stellung nehmen und der BDPK hat eine entsprechende Vorlage beim BMWi eingereicht.

Auslöser für die BDPK-Initiative ist, dass die Zentrenbildung in Deutschland zwar gesundheitspolitisch verlangt und gefördert wird, das Kartellamt dies aus kartellrechtlichen Gründen jedoch zum Teil verhindert. Zwischen 2003 und 2019 hat das Amt nach eigenen Angaben 310 angemeldete Zusammenschlüsse von Krankenhäusern geprüft. Weil die beabsichtigten Zusammenschlüsse zu einer marktbeherrschenden Stellung geführt hätten, wurden sieben untersagt, bei zwei Fällen wurden die Anmeldungen nach Bedenken des Amtes zurückgenommen. Das erscheint auf den ersten Blick nicht viel, allerdings legt die Entwicklung der Fallzahlen der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt in der jüngeren Vergangenheit nahe, dass eine partielle Überarbeitung der Vorschriften zur formellen Fusionskontrolle erforderlich ist.

Denn aus Sicht des BDPK werden die Besonderheiten des Krankenhausmarktes, wie das Fehlen von Preiswettbewerb, aktuell nicht berücksichtigt. Zu strenge Vorgaben verhindern jetzt und zukünftig die politisch gewollte Neuausrichtung von Angebotsstrukturen von Krankenhäusern. In den letzten Jahren wurden für Krankenhäuser eine Vielzahl neuer Strukturvorgaben eingeführt, die nur mit größeren Einheiten erreicht werden können und Zusammenschlüsse notwendig machen. Hinzu kommen mit dem GWB konkurrierende Rechtsbereiche wie beispielsweise das Krankenhausplanungsrecht der Länder oder das Krankenhausfinanzierungsrecht, welche den freien Wettbewerb im Krankenhausbereich faktisch nicht zulassen. Der BDPK fordert deshalb in seiner Stellungnahme an das BMWi, dass für die Fusionskontrolle beim Zusammenschluss von Krankenhäusern eine Bereichsausnahme eingeführt wird. Dadurch wären Zusammenschlüsse zulässig, wenn „vergleichbare und ausreichende Krankenhausleistungen nach den Maßstäben der flächendeckenden Versorgung der ‚Sicherstellungszuschläge-Regelungen‘ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erreichbar verbleiben.“

Gestützt werden die Argumente des BDPK auch durch ein Positionspapier des Essener RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung vom April 2019. Das RWI zeigt darin auf,

dass sich das Bundeskartellamt bislang bei der räumlichen Marktabgrenzung an den bestehenden Patienteneinzugsgebietsstatistiken orientiert und Marktanteile in Form historischer Patientenströme berücksichtigt. Nicht betrachtet wurden dabei die Auswahlmöglichkeiten der Patienten zwischen mehreren Krankenhäusern. Das führte im Ergebnis dazu, dass mehrere regionale Krankenhausfusionen, die aus Versorgungsaspekten sinnvoll gewesen wären, untersagt wurden. Das RWI plädiert deshalb, ebenso wie der BDPK, dafür, dass nicht die (vergangenheitsorientierte) Patienteneinzugsgebietsstatistik als Wettbewerb zugrunde gelegt wird, sondern die den Patienten zumutbaren, wettbewerblichen Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Wie der BDPK empfiehlt auch das RWI, den G-BA-Beschluss zu den Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vom 24. November 2016 als Orientierung in Bezug auf die Erreichbarkeit der Grundversorgung zugrunde zu legen. Eine zentrale Rolle spielt dabei, dass das nächste Grundversorgungs Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein muss.

Die vollständige Stellungnahme an das BMWi ist auf der Webseite des BDPK abrufbar (www.bdpk.de).

i

Wettbewerb und Regulierungsdruck als Themen beim BDPK-Bundeskongress 2020

Der diesjährige Branchentreff der Kliniken in privater Trägerschaft findet am Dienstag, 16. Juni 2020, in Berlin statt. Thema ist „Die Patientenversorgung in privaten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – zwischen Regulierungsdruck und Wettbewerb“. Dazu wird es wie gewohnt Impulsvorträge und Diskussionen von und mit Experten aus Politik, Gesundheitswirtschaft sowie der medizinischen Leistungsträger und -erbringer geben. Damit ist der Kongress auch in diesem Jahr wieder wichtiger Impulsgeber für die Gesundheitswirtschaft – sind Sie dabei?

Das aktuelle Programm und die Online-Anmeldung sind abrufbar auf der Webseite des BDPK (www.bdpk.de).

Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl Auf der Zielgeraden

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bereitet mit einer Machbarkeitsstudie die Einführung einer qualitätsorientierten Reha-Einrichtungsauswahl vor. Wir sprachen mit der zuständigen DRV-Bereichsleiterin, Dr. Margarete Ostholt-Corsten, über den aktuellen Stand.

Seit Januar 2019 läuft die Machbarkeitsstudie zur qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl. Welche Erkenntnisse haben Sie aus der Zwischenauswertung erhalten und welche Änderungen sind im weiteren Studienverlauf geplant?

Die Machbarkeitsstudie zur qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl wird für stationäre orthopädische Fachabteilungen von drei Trägern der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt. Nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts sowie sozialmedizinischer Auswahlkriterien wie Diagnose, Nebendiagnosen oder Sonderanforderungen erfolgt die Auswahl nach den Kriterien Qualität, Wartezeit, Preis und Transportfähigkeit. Die Qualität wird dabei hoch gewichtet. Damit setzt die Rentenversicherung ein klares Signal für eine primäre Orientierung an der Qualität bei der Einrichtungsauswahl. In der Zwischenauswertung nach den ersten sechs Monaten der Machbarkeitsstudie zeigt sich eine Verschiebung bei der Einrichtungsauswahl hin zu Einrichtungen mit guten und sehr guten Qualitätsergebnissen. Es zeigt sich auch, dass für die technische Umsetzung des Verfahrens eine rentenversicherungsweit einheitliche Einrichtungsdatenbank erforderlich ist. Daher wurde eine Koordinierungsgruppe zur IT-Unterstützung der Einrichtungsauswahl eingerichtet, um diese Einrichtungsdatenbank zu konzipieren und so die Grundlage für ein einheitliches, IT-gestütztes Verfahren zur Einrichtungsauswahl zu entwickeln. Die Machbarkeitsstudie wird 2020 fortgeführt, eine Ausweitung der Machbarkeitsstudie auf weitere Indikationen bzw. RV-Träger wird diskutiert.

Welche Herausforderungen gilt es noch zu bewältigen, um die qualitätsorientierte Belegungsteuerung rentenversicherungsweit einheitlich, transparent und für die RV-Träger und Reha-Einrichtungen nachvollziehbar realisieren zu können?

Es zeigt sich in der Machbarkeitsstudie, dass das Verfahren der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl hochkomplex ist und die enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Träger der Rentenversicherung erfordert, wie beispielsweise bei der zeitaktuellen Ermittlung der Wartezeit. Auch ist der personelle Aufwand bei der Einrichtungsauswahl bisher sehr hoch. Um diesen zu reduzieren, werden bereits für den Übergang bis zum Einsatz einer einheitlichen Einrichtungsdatenbank IT-gestützte Lösungen erarbeitet.

Probleme bestehen darin, dass die Daten zur Qualitätssicherung zum Teil veraltet sind und auch die Wartezeit zum Reha-Beginn nicht tagesaktuell im System abgebildet werden kann. Welche Lösungsansätze werden RV-intern diesbezüglich diskutiert?

Um zu einrichtungsvergleichenden Qualitätsanalysen zuverlässige und belastbare Aussagen treffen zu können, sind größere Datenmengen von allen 16 Trägern der DRV erforderlich. Diese werden von den einzelnen Trägern der DRV zu bestimmten Terminen an das zentrale Datenzentrum der Rentenversicherung und von dort zur Reha-Qualitätssicherung weitergeleitet. Informationen aus Jahresdatensätzen aller Rehabilitanden der Rentenversicherung sind zum Beispiel für die Adjustierung der Rehabilitandenbefragung erforderlich, um faire Einrichtungsvergleiche zu ermöglichen. Auf diese Weise ist gut nachvollziehbar, dass einrichtungsvergleichende Analysen eine längere Zeit beanspruchen. Die momentane Vorgehensweise zur Ermittlung der Wartezeit über Dekadenmeldungen stellt sich in der Tat als zu wenig dynamisch heraus. Experten und Expertinnen der DRV erarbeiten derzeit eine Lösung für die tagesaktuelle Erfassung der Wartezeit.



Dr. Margarete Ostholt-Corsten MPH,
Leiterin des Bereichs
Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund



Appell des BDPK:

Höchstes Gewicht für Qualität!

Der Vorstoß der DRV in Richtung qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl ist aus Sicht des BDPK ein richtiger und wichtiger Schritt in Richtung eines transparenten Qualitätswettbewerbs in der Rehabilitation. Der Fokus auf die Ergebnis- und Prozessqualitätsergebnisse der Reha-Einrichtungen über den Einbezug der QS-Daten zu Behandlungserfolg und Rehabilitandenzufriedenheit sowie KTL, RTS und Peer-Review ist dabei entscheidend und sollte im Verhältnis zur Strukturqualität auch im Rahmen des gesamten QS-Verfahrens einen größeren Stellenwert bekommen. Für die Fortführung der Machbarkeitsstudie ist im Sinne einer besseren Auswertbarkeit wichtig, dass die teilnehmenden RV-Träger nach einheitlichen Kriterien steuern und dem Parameter Qualität bei der Auswahl der Einrichtungen das höchste Gewicht verliehen wird.