

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

So schnell wird alles anders

Von Thomas Bublitz

Dieses Editorial schreibe ich Mitte März, rund 14 Tage bevor die April-Ausgabe von *f&w* erscheint. Das ist bei gedruckten Medien weder ungewöhnlich noch besonders bemerkenswert. Aber das Coronavirus verändert alles. Niemand kann voraussagen, wie sich die Lage entwickelt. Was gerade noch Gewissheit war, mag in zwei Wochen völlig daneben liegen und überholt sein – wenn das mit diesem Text so ist, werden Sie es mir sicherlich nachsehen!

Wir stehen vor Herausforderungen und Unsicherheiten, wie wir sie alle bisher vermutlich noch nie erlebt haben. Dennoch wage ich eine Prognose: Auch, wenn nach heutigem Stand die Gefahren sehr ernst sind, können wir doch davon ausgehen, dass die Menschen in Deutschland medizinisch gut versorgt werden und keine Katastrophe eintritt. Denn die Politik handelt besonnen, Bund, Länder und Kommunen arbeiten Hand in Hand, wichtige Entscheidungen werden zeitnah getroffen. Die Versorgungskette ist eingespielt und die Kliniken sind gut aufgestellt.

Wie gesagt, das ist der Stand Mitte März und ich persönlich bin heute zuversichtlich, dass wir die Krise überwinden werden, weil ich Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem und in unsere Gesellschaft habe. Sicherlich wird unser Land jetzt einem extremen Stresstest unterzogen, doch Deutschland steht im internationalen Vergleich offensichtlich sehr gut da. Zwar zeigen sich jetzt die Wirkungen von Nachlässigkeiten und Fehlentscheidungen besonders heftig. Aber sie werden eben auch deutlicher als sonst erkannt. Deshalb hat es mich auch nicht gewundert, dass als eine der ersten Maßnahmen die Pflegepersonaluntergrenzen ausgesetzt wurden. Wir lernen jetzt schneller.

Das wünsche ich übrigens auch dem SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach, der äußerte, dass private Klinikträger Corona-Patienten ungern aufnehmen würden, um lukrativere Patienten nicht zu verlieren. Was für eine unnötige Polemik! Gerade bei einer außergewöhnlichen Belastung wie jetzt zeigt es sich, dass wir es uns nicht leisten können, die ohnehin knappen Ressourcen suboptimal einzusetzen. Und gerade jetzt wird deutlich, wie wichtig eine leistungsfähige flächendeckende Krankenhaus- und Notfall-Versorgung ist – zu der die privaten Klinikträger massiv beitragen, die hunderte marode deutsche Krankenhäuser aus wirtschaftlicher Not herausgeführt haben und damit einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung leisten.

Auch das zeigt uns die Krise schon jetzt: Eine sach- und lösungsorientierte Grundhaltung und Arbeitsweise bringen mehr als laute Scharfmacher, die sich nicht um die Wahrheit kümmern.

Gegen Strafzahlungen für Krankenhäuser

Kompromiss und Korrektur?

Die mit dem MDK-Reformgesetz zum Jahresbeginn eingeführte Strafzahlung für Krankenhäuser in Höhe von mindestens 300 Euro hat zu heftigen Reaktionen auf allen Seiten geführt. Bemühungen um die Rücknahme der Strafe sind bisher gescheitert. Gibt es eine Lösung? Der BDPK fragte dazu die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Karin Maag.

Bundesweit erschienen im Februar Anzeigen in zahlreichen deutschen Tageszeitungen: „Strafe für soziale Verantwortung! Wenn Krankenhäuser Patienten nicht entlassen können, weil die Anschlussversorgung (Häusliche Situation, Kurzzeitpflege, Reha-Platz) nicht gewährleistet ist, müssen sie 300 Euro Strafe zahlen. Beschlossen vom Deutschen Bundestag im Dezember 2019 (oder auch: beschlossen von CDU und SPD).“ Und am Ende der Appell: „Ändern Sie dieses Gesetz – jetzt und schnell!“ Geschaltet hatten die Anzeigen deutsche Krankenhäuser im Rahmen einer Kampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Ihr Ziel ist es, die Mitglieder des Bundestages zu einem Änderungsantrag für das MDK-Reformgesetz zu bewegen und zu bewirken, dass die 300-Euro-Strafe zurückgenommen wird – bisher ohne Erfolg.

Dabei sind die Argumente für eine Rücknahme der Regelung stichhaltig und es gibt gewichtige Befürworter einer Änderung des 300-Euro-Abzugs. So hatten die Bundesländer in einem Bundesratsbeschluss Anfang Dezember 2019 die Strafzahlung „als weit über das Ziel hinausgehend“ bezeichnet. Auch Bundestagsmitglieder lehnen die Strafe ab, wie der ehemalige Chef des Marburger Bundes und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Rudolf Henke (CDU). In einem Interview mit BibliomedManager meinte er Mitte Februar: „Man könnte sich etwas Klügeres einfallen lassen.“

Die DKG rechnet bundesweit damit, dass den Krankenhäusern durch die Regelung allein im Jahr 2020 etwa 380 Millionen Euro gekürzt werden. Sie hat eine ganze Sammlung von Fällen zusammengestellt, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stationäre Behandlungstage nicht anerkannte und so für Kürzungen bei der Erstattung durch die Krankenkassen sorgte. Um die Kürzungen zu vermeiden, müssten die Kliniken in vielen Fällen ihre Patienten bei ungeklärter Anschlussversorgung vor die Tür setzen – was weder medizinisch noch sozial akzeptabel ist. Mehrfach ins Gespräch gekommen ist inzwischen ein Kompromiss, nach dem die 300-Euro-Strafe für Kliniken wegfallen könnte, wenn gleichzeitig auch die seit langem bestehende 300-Euro-Strafe für Kassen abgeschafft würde, die bisher als Aufwandsentschädigung zu zahlen ist, wenn eine Rechnungsprüfung keinen Fehler enthält.

Frau Maag, die Krankenhäuser bemängeln die Regelungen des MDK-Reformgesetzes zu Sanktionen bei Falschabrechnungen. Was sagen Sie zu diesen Regelungen?

Karin Maag:

„Beim MDK-Reformgesetz haben wir bekanntlich einen Kompromiss bei den Abrechnungsprüfungen ausgehandelt. Dieser umfasst auch einen Abrechnungszuschlag für Krankenhäuser von mindestens 300 Euro ab dem 1. Januar 2020, wenn eine Rechnung in der Prüfung beanstandet wurde, also falsch war. Das ist nur ein Baustein der Anreize, die wir für regelkonformere Abrechnungen gesetzt haben. Die Krankenkassen zahlen ja seit 2007 der Klinik 300 Euro, wenn sie eine Prüfung veranlasst haben, bei der sich die Rechnung dann als korrekt erwiesen hat. Insofern ist hier auch mehr Gleichheit hergestellt worden.“

Bei seriöser Bewertung der MDK-Gesamtregelung, scheint mir das Pendel sehr zugunsten der Krankenhäuser auszuschlagen – schließlich haben wir insgesamt mit dem Gesetz sehr viel zugunsten der Krankenhäuser beschlossen. So entlastet eine Prüfquote, die sich an der Zahl korrekter Abrechnungen orientiert, den Aufwand für die Kliniken erheblich. Ich nenne nur die Stichworte Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten, Strukturprüfungen oder auch, dass durch die neue krankenhausespezifische Finanzierung der Pflegepersonalkosten ja weit weniger Anreiz für Kassen besteht, die Verweildauer zu prüfen.

Die Krankenhäuser behaupten in ihrer Kampagne, dass sie künftig ‚Strafzahlungen‘ wegen der Beanstandung der Verweildauer zahlen müssten. Dabei legen sie als Fallbeispiele nur Fälle aus dem vergangenen Jahr vor, in denen die neue Rechtslage nicht berücksichtigt ist. Dabei muss man auch beachten, dass sich nach Berichten der Krankenkassen ebenso wie bei bereits vorliegenden Statistiken bis 2018, nur in ein bis zwei Prozent der Fälle, die Prüfung auf eine angemessene Verweildauer bezieht. Ich werde mir die Bilanz der aktuellen Zahlen, wenn die seit Januar geltenden Regelungen greifen, genau ansehen und dann prüfen, ob es Nachbesserungen bedarf.

In einem Punkt bin ich mir hier aber mit den Kliniken einig: Wer sich rechtzeitig um ein gutes Entlassmanagement kümmert, soll nicht mit einem Zuschlag rechnen müssen. Deswegen arbeiten wir auch daran, mehr Kurzzeitpflege zu schaffen!“

Referentenentwurf in der Kritik

Dialog statt Diktat

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat im Februar 2020 den Referentenentwurf für ein Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG) vorgelegt. Der Entwurf bricht nach Auffassung des BDPK mit wichtigen Prinzipien des deutschen Sozialrechts: Denn die bisher bestehenden Beteiligungsrechte der Rehabilitationseinrichtungen sollen erheblich eingeschränkt werden.

Mehr Transparenz bei der Belegung und der Vereinbarung von Vergütungssätzen für Reha-Einrichtungen! Den Fokus auf eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung legen! Das Wunsch- und Wahlrecht als wichtiges Patientenrecht stärken! Mit diesen zentralen Forderungen wenden sich der BDPK und seine Landesverbände seit Jahren unermüdlich an den Gesetzgeber. Vieles davon findet sich im kürzlich vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wieder, und damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung bessere Reha-Rahmenbedingungen getan. Doch mit dem jetzt vom BMAS für den Bereich der Rentenversicherung vorgelegten Entwurf für das MedRehaBeschG droht wieder ein Schritt zurück.

Dabei lässt die Einleitung zum Referentenentwurf noch Gutes vermuten: „Durch die gesetzlichen Regelungen werden Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Diskriminierungsfreiheit und Gleichbehandlung bei der Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung gewährleistet. Neben dem Wunsch- und Wahlrecht des versicherten Rehabilitanden werden die Selbstverwaltung der Rentenversicherung und die Interessen der Rehabilitationseinrichtungen gestärkt.“ Die Absichtserklärung liest sich gut, doch die im Entwurf vorgesehenen Regelungen bewirken fast genau das Gegenteil und hinterlassen den Eindruck, dass der Gesetzgeber ausschließlich die Interessen der Rentenversicherung verfolgt. Denn künftig sollen die bisher in § 38 Abs. 1 SGB IX geregelten Beteiligungsrechte der Rehabilitationseinrichtungen erheblich eingeschränkt werden. So ist vorgesehen, dass die Vertragskliniken durch einen Verwaltungsakt zugelassen werden und damit alle von der Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund einseitig getroffenen Vertragsregelungen anerkennen müssen – einschließlich der Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Vergütung. Eine Mitwirkungs- und Verhandlungsposition der Leistungserbringer und ihrer Verbände wird nahezu negiert. Ihnen wird lediglich ein einmaliges Anhörungsrecht eingeräumt, das letztlich ohne Konsequenzen bleibt. Von einer Beteiligung kann nicht gesprochen werden. Die DRV Bund hätte die absolute Entscheidungshoheit.

Im gesamten Sozialgesetzbuch gibt es keinen Bereich, in dem die Leistungserbringer ein derart geringes Beteiligungsrecht haben, wie es der vorgelegte Referentenentwurf vorsieht. Das gilt auch für das gerade vom Bundeskabinett beschlossene IPReG. Auch hier verhandeln die Leistungserbringer mit den

Krankenkassen verbindliche Rahmenverträge über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie eine leistungsgerechte Vergütung und deren Strukturen. Und das aus gutem Grund. Denn eine hierarchische Steuerung durch Gesetze und Verwaltungsakte entspricht weder den Prinzipien unserer Marktwirtschaft, noch ist sie so leistungsfähig wie die bewährten arbeitsteiligen Kooperationsstrukturen durch Selbstverwaltungsträger. Fehlende Partizipation gefährdet eine patientenindividuelle Reha-Versorgung. Den klinikindividuellen Reha-Konzepten wird die Grundlage entzogen, weil die Kliniken Innovations- und Investitionsanreize verlieren. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vereinheitlichung von Leistungen und Preisen wird im Ergebnis zu geringeren Vergütungssätzen führen. Das können die Rehabilitationskliniken, die bisher viel in die Leistung durch gutes Personal und gute Ausstattung der Klinik investiert haben, nicht akzeptieren. Zumal bei dem vorgesehenen Vergütungssystem völlig unklar ist, wie Strukturvorgaben, Personalkosten, Investitionen und das Unternehmerrisiko einbezogen werden sollen.

Der BDPK appelliert deshalb an das BMAS, den vorgelegten Entwurf grundlegend zu überarbeiten. Die dazu an das BMAS übersandte Stellungnahme ist auf der Webseite des BDPK abrufbar: www.bdpk.de.

i Landesverband Schleswig-Holstein informiert politische Mandatsträger

Die aktuellen Gesetzesvorhaben zur Medizinischen Rehabilitation waren Gegenstand eines „Parlamentarischen Abends“, zu dem der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH) eingeladen hatte. Dabei trafen sich Anfang März Vertreter des VPKSH in der schleswig-holsteinischen Landesvertretung in Berlin unter anderem mit den Bundestagsabgeordneten Mark Helfrich und Melanie Bernstein (CDU/CSU-Fraktion), Christine Aschenberg-Dugnus (FDP) sowie dem Landtagsabgeordneten Dennys Bornhöft (FDP). Die Teilnehmer berichteten nachher von einem lockeren und intensiven Meinungs- und Gedankenaustausch, bei dem die Probleme, mit denen die Rehabilitation tagtäglich kämpft, offen und ausführlich besprochen wurden.

Reha-Erfolg individuell messen

PROMS erfolgreich getestet

Eine gemeinsame Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und [Qualitätskliniken.de](https://www.qualitaetskliniken.de) hat die Ergebnismessung in der orthopädischen Rehabilitation untersucht. Dazu Studienleiter, Prof. Dr. Holger Schulz, Stiftungsprofessor für Versorgungsforschung des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE, im Interview.

Welche zentralen Erkenntnisse haben Sie aus der Studie gewonnen und welchen weiterführenden Forschungsbedarf sehen Sie?

Wir haben in diesem Pilotprojekt den rehabilitativen Behandlungserfolg dreier unterschiedlicher orthopädischer Patientengruppen in 24 Kliniken untersucht. Patienten mit Knie- oder Hüft-Gelenkersatz sowie Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden am Anfang und am Ende der Reha mit international anerkannten und validierten Fragebögen, sogenannten Patient Reported Outcome Measures, befragt. Ein generisches Instrument zur Erfassung der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in allen Indikationsbereichen eingesetzt. Um den krankheitsspezifischen Aspekten Rechnung zu tragen, haben wir jeweils ein spezifisches Instrument pro Krankheitsbild verwendet. Damit die Einschätzungen der Patienten mit denen der Behandler verglichen werden können, haben wir den modifizierten Staffelstein-Score erhoben. Die Ergebnisse sind vielversprechend: Wir konnten in allen Bereichen mittlere bis hohe Effektstärken messen, was darauf hindeutet, dass die Patienten von der rehabilitativen Behandlung profitiert haben. Noch größer waren übrigens die Effektstärken bei der Bewertung aus Sicht der Behandler. Wir sollten aber keine vorschnellen Schlüsse ziehen: Wir haben (noch) keine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, die kausale Schlussfolgerungen erlaubt. Uns ging es erst einmal um die praktische Umsetzung und darum, ob die eingesetzten Instrumente prinzipiell geeignet sind, um Behandlungserfolg in der Reha abzubilden. Wir werden die Ergebnisse diskutieren und unsere Erfahrungen aus dem Erfassungsprozess in den Kliniken in unsere nächsten Projekte/Erhebungswellen einfließen lassen. Wie in jedem anspruchsvollen Projekt gibt es vielfältige Stolpersteine, aus denen es zu lernen gilt.

Neben der Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von PROMs in der Orthopädie sind äquivalente Messungen in weiteren Indikationen geplant. Wie sieht der Zeitplan dafür aus und welche Herausforderungen sehen Sie?

Gegenwärtig läuft ein weiteres Pilotprojekt in der Psychosomatik, hier interessieren wir uns insbesondere für Patienten aus den Indikationsbereichen Depression und Angststörungen. Die Datenerhebung endet im April, so dass wir noch im zweiten Quartal 2020 mit ersten Ergeb-

nissen rechnen. In der Onkologie haben wir die Instrumente mit den klinischen Experten bereits abgestimmt, die Studie soll im zweiten Quartal dieses Jahres starten. Im weiteren Jahresverlauf soll eine zweite Erhebungswelle in der Orthopädie durchgeführt werden. Ziel ist es, hier eine katamnestic Befragung, also eine Befragung mehrere Monate nach der Reha, zu implementieren. Es hat sich bewährt, die Instrumente mit den ärztlichen Experten aus den Kliniken abzustimmen. Grundlage sind internationale Systeme wie ICHOM oder die PROMIS-Datenbank, da es uns vor allem um eine auch international vergleichbare, standardisierte Ergebnismessung geht, die perspektivisch den gesamten Behandlungsverlauf der Patienten abbilden soll. Dabei ist ein sektorenübergreifender Ansatz, der eine einheitliche Messung in Akutversorgung und Rehabilitation zulässt, anzustreben. Die praktischen Herausforderungen sind nicht zu unterschätzen, das zeigen schon die ersten Versuche, die Befragungen in den Klinikalltag zu integrieren und die Prozesse entsprechend anzupassen. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen aber erfreulicherweise auch, dass es grundsätzlich möglich ist, diesen Ansatz zu verfolgen.

In den externen Qualitätssicherungsverfahren der Renten- und Krankenversicherung wird die Rehabilitandenperspektive bei der Ergebnisqualitätsmessung über die Einschätzung des subjektiven Behandlungserfolgs und eine Zufriedenheitsbefragung abgebildet. Wie schätzen Sie die Möglichkeiten eines breiten Einsatzes von PROMs in der Reha-Qualitätssicherung in Deutschland ein?

Die Kostenträger in der Rehabilitation können durchaus als Pioniere beim Einsatz von PROMs angesehen werden. Der von der DRV erhobene subjektive Behandlungserfolg ist heute einer der wichtigsten Qualitätsindikatoren im Bereich der Reha. Auch die GKV setzt im QS-Reha-Verfahren solche Instrumente ein. Was unter anderem noch fehlt, sind die internationale Vergleichbarkeit und die Transparenz im Sinne eines Public Reporting. Vor allem an letzterer Zielsetzung arbeiten wir gemeinsam mit Qualitätskliniken.de, wobei immer ein enger Austausch mit der DRV besteht. Insgesamt ist es für die Verbreitung von PROMs aus meiner Sicht von großer Bedeutung, wenn alle Beteiligten möglichst aufeinander abgestimmte sektorenübergreifende Instrumente einsetzen. Damit könnte mittelfristig die Patientenperspektive einen angemessenen Stellenwert in unserer Gesundheitsversorgung erhalten.