

BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

ViSdP: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de · Redaktion: Stefanie Erdrich



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer

Von Thomas Bublitz

Die Bundesregierung hat mit dem Gesetzentwurf zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten einen Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen zur Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen vorgelegt. In einer Presseerklärung des Bundesgesundheitsministeriums vom 5. April 2017 heißt es: „Die Bundesverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen werden verpflichtet, Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen festzulegen, in denen dies für die Patientensicherheit besonders notwendig ist, zum Beispiel auch mit Blick auf Intensivstationen oder die Besetzung im Nachtdienst. Zudem werden zum 1. Januar 2019 die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt. Damit werden die Krankenhäuser mit 830 Millionen Euro pro Jahr dabei unterstützt, dauerhaft mehr Personal zu beschäftigen. Außerdem können krankhausindividuelle Zuschläge vereinbart werden, wenn durch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen Mehrkosten entstehen sollten, die nicht anderweitig finanziert werden. Mit diesen Regelungen wurden die Schlussfolgerungen aus der Expertenkommission ‚Pflegepersonal im Krankenhaus‘ vom 7. März 2017 umgesetzt, die von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktionen und der Bundesländer vorgelegt wurden.“

Mit der Einführung der verbindlichen Personaluntergrenzen entwertet die Bundesregierung den Grundsatz von eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Auch für psychiatrische und psychosomatische Häuser werden mit dem PsychVVG künftig verbindliche Personalmindestbesetzungen vorgegeben. Die Personal- und damit Kostenstrukturen werden in spätestens drei Jahren nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus, sondern zentral von der Selbstverwaltung diktiert. Die Tatsache, dass keine wissenschaftlichen Belege für den Zusammenhang zwischen einer höheren Zahl von Pflegekräften und einer für den Patienten messbar besseren Versorgungsqualität existieren, wurde außer Acht gelassen. Man vertraut eher auf die lauten Rufe von Gewerkschaften und Pflegerat, die in generalstabsmäßig geplanten PR-Kampagnen den sofortigen Handlungsbedarf zur Abwendung der regelhaften und vorsätzlichen Patientenschädigung durch zu wenig Personal fordern.

Was nun? Erstens: Der eingeschlagene Weg von zentralen Mindestvorgaben scheint für die nächsten Jahre politisch unumkehrbar. Kliniken müssen mehr Personal in der Pflege ausbilden, einsetzen und hoffen, dass die zusätzlichen Kosten auch bezahlt werden. Bei Verstoß drohen Vergütungsabschläge und letztlich Bettenabbau. Zweitens: In den anstehenden Verhandlungen ist Augenmaß geboten. Nicht jedes Krankenhaus ist mit dem anderen vergleichbar. Unterschiede in Patientenstruktur, Organisation und Ausstattung, eine immer mehr an Bedeutung verlierende Personalausstattung zu einzelnen Abteilungen und eine zunehmende Arbeitsteilung zwischen examinierten Pflegekräften und „helfenden Händen“ stellen fixe Personalmindestzahlen infrage. Wenn Krankenhäuser den Beweis antreten wollen, dass gute Patientenversorgung nicht von zentralen Strukturvorgaben abhängt, müssen sie konsequent die Qualität der Patientenversorgung messen (und zwar am Patienten!) und transparent machen. An Qualitätskliniken.de und an der Initiative Qualitätsmedizin führt kein Weg vorbei.

Privatkliniken nach § 30 GewO

Umsatzsteuerbefreiung

Die europäische Mehrwertsteuersystemrichtlinie sieht vor, dass prinzipiell „dem Gemeinwohl dienende Tätigkeiten“ umsatzsteuerfrei sind. Auch Privatkliniken, die neben der Zulassung nach § 30 GewO keine weitere Anerkennung oder Zulassung durch Sozialversicherungsträger haben, sind demnach von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie unter vergleichbaren Bedingungen wie Plankrankenhäuser tätig sind.

Das Bundesfinanzministerium legte in einem Schreiben an die obersten Finanzbehörden Kriterien fest, wann bei Privatkliniken eine solche Vergleichbarkeit besteht. Nämlich dann, wenn die Kosten „in erheblichen Umfang“ von Krankenkassen oder anderen Sozialversicherungen übernommen werden. Das heißt, es müssen im vorangegangenen Kalenderjahr mindestens 40 Prozent der Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, für die kein höheres Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet wurde als nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung. Endlich Klarheit für betroffene Privatkliniken? Keineswegs. Große Planungsunsicherheit besteht bei Kliniken, die sich prozentual in Grenzbereichen bewegen. Oft erfahren sie

erst mit einjähriger Verzögerung, ob Umsatzsteuerpflicht besteht. Gerade im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich mit hausindividuellen Pflegesätzen ist unklar, was vergleichbare Entgelte sind. Bei der Abgrenzung unberücksichtigt bleibt, dass Privatkliniken keinen Anspruch auf eine separate Finanzierung der Investitionskosten haben. Sinnvoller ist, nicht auf die Versicherten-, sondern auf die Leistungsstruktur zu blicken. Privatkliniken sollten in die Liste der umsatzsteuerbefreiten Einrichtungen nach § 14 Nr. 14 aufgenommen werden, soweit es sich um sozialversicherungsrechtlich vergleichbare Leistungen handelt. Für Kliniken und Finanzbehörden wäre die Umsatzsteuerpflicht so klar erkennbar und die europäische Richtlinie rechtskonform umgesetzt.

31. Mai bis 1. Juni 2017 in Hamburg

BDPK-Bundeskongress

Wie steht es um die Zukunft der stationären Versorgung in Deutschland? Sind ökonomisches Handeln und ärztliche Sorgfaltspflicht miteinander vereinbar? Was braucht es, damit kranke, pflegebedürftige und alte Menschen auch künftig gut medizinisch betreut werden können?

Antworten auf diese Fragen werden auf dem BDPK-Bundeskongress am 31. Mai 2017 in Hamburg diskutiert. Aufschlussreiche Impulse zum Thema „Ökonomie und medizinische Verantwortung – ein Widerspruch?“ geben Experten aus Politik, Wissenschaft, Praxis und Versicherungen. Mit dabei sind unter anderem: Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, der Gesundheitsökonom und Ethikspezialist Prof. Hartmut Kliemt, Dr. Michael Wunder, Deutscher Ethikrat, sowie Martin U. Müller, Redakteur beim „Spiegel“ (Ressort Wirtschaft/Medien).

Darüber hinaus gibt es Gelegenheit zum kollegialen Austausch und Netzwerken. Dazu lädt der BDPK im Anschluss an die Veranstaltung zum Get-together in das Penthouse Elb-Panorama ein. Detaillierte Informationen zum Ablauf und zu organisatorischen Fragen des Kongresses werden in Kürze folgen.



Foto: Jörg Modrow

Am Donnerstag, dem 1. Juni 2017, findet die Mitgliederversammlung des BDPK statt. Tagungsort ist das Ameron Hotel in der Hamburger Speicherstadt. Weitere Informationen zum Programm und zur Kongressanmeldung unter: www.bdpk.de/veranstaltungen/bundeskongress-2017

BVA-Prüfergebnis bestätigt BDPK

Wunsch- und Wahlrecht Reha

Durch eine Änderung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz können Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen eine andere qualitätsgeprüfte Rehabilitationseinrichtung mit und ohne Versorgungsvertrag mit Zahlung von sogenannten Mehrkosten oder mehrkostenfrei wählen, wenn sie berechtigte Gründe nach § 9 SGB IX haben.

Einige Krankenkassen lassen den Versicherten zwar die freie Wahl unter den zertifizierten Einrichtungen, fordern sie dann aber auf, als Selbstzahler den Vertragspreis mit der Klinik abzurechnen. Danach sollen sie bei ihrer Krankenkasse die Erstattung der niedrigeren Kosten beantragen. In der Folge sind die Versicherten rechtswidrig auf Eigenanteilen sitzen geblieben, was zu Auseinandersetzungen zwischen Patient und Klinik führte. Bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bundesversicherungsamt) bat der BDPK um Klärung der Rechtslage. Im Einzelnen gilt:

- **Transparenz über die Antrags-Prüfentscheidung:** Die Versicherten müssen aus dem Bescheid die Punkte entnehmen können, die maßgeblich für die von der Krankenkasse getroffene Entscheidung (Angemessenheit des Wunsch- und Wahlrechts) waren.

- **Sachleistungsprinzip:** Stationäre Reha-Leistungen sind durch die Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen. Wählt

der Versicherte eine Einrichtung mit Versorgungsvertrag, hat diese gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Zahlung der in dem für sie geltenden Kollektivvertrag geregelten Vergütung.

- **Abrechnung von Mehrkosten:** Ist die Wahl des Versicherten nach § 9 SGB IX in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB V nicht angemessen, muss die Krankenkasse die durch diese Wahl entstehenden Mehrkosten vom Versicherten einfordern. Der BDPK begrüßt das Ergebnis der Prüfung: Nutzt der Versicherte das Wunsch- und Wahlrecht und weicht von der vorgeschlagenen Reha-Einrichtung ab, rechnet diese Klinik nach der für sie mit der Krankenkasse geltenden Vergütungsvereinbarung ab. Mehrkosten dürfen nur bei sogenannten nicht berechtigten Wünschen erhoben und müssen von der Krankenkasse entsprechend begründet werden. Sie müssen zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse abgerechnet werden.

Prävention und Reha in Zeiten der Globalisierung

26. Reha-Kolloquium

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist das wichtigste Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Veranstaltet durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Hessen und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), kamen vom 20. bis 22. März 2017 rund 1.600 Experten zusammen.

Wie erfolgreich Primärprävention sein kann, beschrieb Prof. Dr. Dr. Harald zur Hausen in seinem Eröffnungsvortrag. Der Nobelpreisträger erkannte als einer der ersten Ärzte weltweit den Zusammenhang zwischen einer Virus- und einer Krebserkrankung. Es gelang ihm und seiner Forschergruppe, nachzuweisen, dass bestimmte Typen der Humanen Papillomviren (HPV) ursächlich für die Entstehung des Gebärmutterhalskrebses sind. „Diese Ergebnisse sind die Grundlage dafür, dass ein Impfstoff gegen die Infektion mit HPV entwickelt wurde und dieser nachweislich dazu in der Lage ist, die Entstehung eines Zervixkarzinoms zu verhindern“, sagte zur Hausen. Neben wissenschaftlichen Vorträgen zum Reha-Bedarf und -Zugang,

zur Qualität sowie Reha von Kindern und Jugendlichen war das Thema „Rehabilitation und Migration“ Tagungsschwerpunkt. Medizinische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung werden von ausländischen Versicherten deutlich seltener in Anspruch genommen. Sprachbarrieren und Informationsdefizite sind häufig Gründe, warum Zuwanderer die Reha-Leistungen seltener als Deutsche nutzen. Migranten wissen teilweise wenig darüber, wie ihnen im Fall einer gesundheitlichen Einschränkung geholfen werden kann. Die Kampagne der DRV „MiMi – Mit Migranten Für Migranten“ leistet hier wertvolle Unterstützung. Die Tagungsbände der Reha-Kolloquien gibt es online im Forschungsportal der DRV.

Praxiswissen

Hinweise zur Reha-Verordnung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Broschüre für Ärzte mit Hinweisen zur Verordnung von Medizinischer Rehabilitation erstellt. Jeder Vertragsarzt ist berechtigt, eine Maßnahme zu verordnen. Seit April 2016 ist die Antragstellung erheblich vereinfacht, wofür sich der BDPK viele Jahre eingesetzt hat.

Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf Medizinische Rehabilitation, wenn eine solche Maßnahme aus ärztlicher Sicht notwendig ist. Kostenträger sind neben den gesetzlichen Krankenkassen vor allem die Rentenversicherung und die Unfallversicherung. In der Broschüre geht es speziell um die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Rentner sowie für Mütter und Väter.

Informationen gibt es etwa dazu, welcher Arzt verordnen darf, welche speziellen Kenntnisse erforderlich sind, beispielsweise in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), wie die Formulare richtig verwendet werden sowie über Abrechnungsfragen. Die Ärzte erhalten darüber hinaus Hinweise über Fortbildungsangebote zu diesen Fragen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig anbieten.

Beispiele aus der Praxis

Anhand von Praxisbeispielen werden Falldarstellungen, Begründungen der Reha und Ausfüllhinweise gegeben. Darunter eine Geriatrische Rehabilitation, eine Reha für Kinder und Jugendliche, eine Orthopädische Reha sowie eine Reha für Mütter und Väter mit Schwerpunkt Psychosomatik.

Zum Abschluss werden die Begriffe Reha, Vorsorge, Kur oder AHB erklärt sowie Fragen und Antworten zur Reha aufgegriffen, die immer wieder auftauchen und die Ärzte ihren Patienten beantworten können müssen. Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung“ aus der Reihe PraxisWissen ist bei der KBV erhältlich.



SIQ! Kongress am 18. und 19. Mai in Berlin

Krankenhausqualität im Fokus

Das Thema „Qualität im Krankenhaus“ steht im Mittelpunkt eines Kongresses, den der AOK-Bundesverband am 18. und 19. Mai 2017 zusammen mit der „Stiftung Initiative Qualitätskliniken“ (SIQ!) in Berlin veranstaltet. Zentrales Thema des Kongresses ist die Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe wird den Kongress mit einem Beitrag zur Positionierung zum Krankenhausstrukturgesetz eröffnen. Aus internationaler Sicht spricht Prof. Nikolas Matthes (Department of Health Policy and Management Baltimore, USA) über wertbasierte Kostenvergütung in den USA. Zudem ist zu dem Thema eine Podiumsdiskussion mit Dr. Francesco De Meo (Helios Kliniken), Lutz Stroppe (Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium), Cornelia Prüfer-Storcks (Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg), Thomas Reumann (Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft), Dr. Christof Veit (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) und Martin Litsch (AOK-Bundesverband) geplant.



Informationen zum Programm unter www.siq-kongress.de