

Im Gespräch

Mit Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der deutschen Privatkliniken e.V. (BDPK) und Mitglied im Vorstand der DKG.

Schon in der ersten Welle der Pandemie hatte der BDPK auf die prekäre Lage der Rehakliniken hingewiesen: „Statt auf Corona-Patienten bereiten sich Kliniken auf Pleite vor“, hieß es damals. Wie ist finanzielle Situation der Reha-Kliniken jetzt?

Die Lage ist nach wie vor besorgniserregend. Das Zitat war vom März vergangenen Jahres und gilt heute ähnlich. Zu Beginn der Pandemie wurde die Reha in der Gesetzgebung noch komplett außen vorgelassen. Die Politik hat dann aber doch eingelenkt und die erste Welle wurde überstanden. Im Sommer gab es sogar eine leichte Erholung für die Vorsorge- und Reha-Einrichtungen. Danach wurde es aber immer schwieriger, denn Corona hat die Reha in wirtschaftlicher Hinsicht gleich doppelt getroffen: Zum einen durften und konnten die Einrichtungen nur deutlich weniger Patienten behandeln, was starke Umsatzrückgänge zur Folge hatte und hat. Zum anderen verursachen die Hygiene- und Schutzmaßnahmen einen beträchtlichen Mehraufwand an Zeit, Material und Personal und damit auch massiv gestiegene Kosten. Die Doppelbelastung aus Umsatzrückgang und Kostensteigerung konnte mit den verschiedenen Corona-Hilfen nur zum Teil kompensiert werden. Hinzu kommt, dass es keine Planungssicherheit gibt, denn die Politik fährt mit ihren Entscheidungen nur auf Sicht. Die kurzfristigen und kurzlebigen Regelungen machen es den Kliniken noch schwerer.

Wie hoch sind Corona-bedingte Erlösausfälle der Rehakliniken?

Das ist von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich. Im Schnitt hat sich die Belegung in den Reha-Kliniken gegenüber dem Vorjahr mehr als halbiert, entsprechend brach auch der Umsatz ein. Mit den erhaltenen Ausgleichszahlungen konnten die Umsatzeinbußen nur zu rund 18 % kompensiert werden, es

bleibt im Schnitt ein Minus von über 20 %.

Reichen die Hilfsprogramme und Ausgleichsregelungen für Rehakliniken aus?

Ein klares Nein. Ich sehe die Existenz vieler Einrichtungen und der damit ver-

bundenen Arbeitsplätze gefährdet. Die Reha war schon vor der Pandemie am Limit, die Einrichtungen hatten wenig oder keine Reserven. Ein Minus von 20 % ist da kaum zu verkraften, und das ist ja auch nur der Mittelwert, einige kämpfen mit noch viel höheren Einbußen. Der BDPK hatte zu Beginn der Pan-



Foto: BDPK

demie eine pauschale Lösung vorge schlagen, wonach sich der Ausgleich an den Umsätzen von 2019 orientieren sollte. Das hätte Planungssicherheit gebracht und den Aufwand für alle Beteiligten reduziert. Stattdessen haben wir ein kompliziertes und lückenhaftes bürokratisches Flickwerk. Den Rettungsschirm für die Reha gab es zunächst auch nur bis zum 30. September 2020 und danach für anderthalb Monate nichts. Ab 18. November wurde dann der Ausgleich auf 50 % reduziert. Zudem soll der Corona-Zuschlag für entstandene Mehrkosten von jeder Einrichtung mit jeder Krankenkasse einzeln verhandelt werden. Bei 1 200 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und über 100 Krankenkassen ist das in der notwendigen Schnelligkeit nicht zu schaffen. Die Kliniken brauchen dringend Liquidität und keine langwierigen Auseinandersetzungen, denn die Kosten für Personal und Sachkosten laufen weiter. Zu allem müssen die Kliniken sogar auch noch befürchten, dass die Reha-Träger sie am Ende mit Rückforderungsansprüchen aus den jeweiligen Rettungsschirmen konfrontieren werden. Die Unsicherheiten können kaum größer sein.

Welche Rolle spielen Kliniken der Rehabilitation in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie?

Die Reha-Kliniken stehen vielerorts den umliegenden Krankenhäusern für eine Verlegung von Akut-Patienten sowie für die Aufnahme von Kurzzeitpflege-Patienten zur Verfügung. Das war und ist angesichts der Infektionszahlen eine bedeutende Entlastung für die Krankenhäuser und vor allem natürlich enorm wichtig für die Patienten. Zudem bieten spezialisierte Einrichtungen gezielte Reha-Maßnahmen an, zum Beispiel spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation und Reha für Patienten, die unter Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion oder unter psychischen Auswirkungen der Corona-Pandemie leiden. Auch, wenn die Impfungen bald den gewünschten Erfolg haben und die Infektionsraten hoffentlich nach unten gehen, werden die Reha-Einrichtungen

wohl noch lange Zeit für die Bekämpfung der Pandemie und ihrer Folgen sehr wichtig bleiben.

Offenbar haben in der Corona-Pandemie viele Patienten einen Klinikaufenthalt bewusst vermieden. Sogar die Zahlen der Notaufnahmen, etwa Herzinfarkte, gingen zurück. Hat sich das Patientenaufkommen in der Reha ebenfalls verändert?

Ja, nach bisherigen Erkenntnissen ist die durchschnittliche Belegungsrate von 94 % auf zeitweise unter 40 % gesunken. Zum einen, weil durch behördliche Auflagen weniger Patienten aufgenommen werden durften oder teilweise sogar Aufnahmestopps verhängt wurden. Zum anderen gibt es weniger Anschluss-Reha nach einer Krankenhausbehandlung, weil planbare oder nicht sofort notwendige Operationen verschoben wurden und werden. Zudem waren und sind die Patienten verunsichert, ob eine Reha derzeit überhaupt möglich ist oder sie befürchten eine Ansteckung mit dem Corona-Virus. In der Summe führte das zu einem Rückgang um rund 50 %.

Welche Rolle spielt die Rehabilitation in der Strukturwandel-Diskussion?

Über das Wie des Strukturwandels in der Gesundheitsversorgung gibt es ja sehr unterschiedliche Meinungen. Einigkeit besteht nur darin, dass sich jede Struktur den veränderten Bedingungen und Aufgaben anpassen muss. Wir brauchen also Veränderungen, und die Reha wird dabei nicht nur Zuschauer sein, sondern den Wandel aktiv mitgestalten. Seine konkreten Vorstellungen und Vorschläge dazu hat der BDPK für die kommende Legislaturperiode formuliert und wird sie in die Diskussionen einbringen. Das oberste Ziel ist dabei aus unserer Sicht eine stärkere Patientenorientierung des gesamten Systems, womit gleichzeitig die finanziellen Ressourcen geschont werden könnten. Speziell für die Reha ist dazu eine Fokussierung auf den Qualitätswettbewerb erforderlich, konkret durch die stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität bei Belegung und Etablierung einer leistungsgerechten Vergü-

tung. Ich glaube, dass die Reha so und mit ihren Leistungen und Potenzialen den notwendigen Strukturwandel antreiben kann.

Werden die Rehakliniken vom Innovationsschub und von der Förderung der Digitalisierung durch das KHZG profitieren?

Im KHZG wurde die Reha leider ja nicht berücksichtigt, sondern nur durch das im Juli 2020 verabschiedete Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG). Das Gesetz regelt ausdrücklich die Anbindung der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen an die Telematik-Infrastruktur und sogar die Finanzierung der entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten. Zumindest im Grundsatz, denn wie der Ausgleich der Kosten konkret umgesetzt wird soll laut PDSG zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Rentenversicherung Bund einerseits sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen maßgeblichen Bundesverbände andererseits verhandelt werden. Ob damit der erhoffte und notwendige Innovationsschub ausgelöst wird, bleibt abzuwarten.

Wie beurteilen Sie die Vernetzung der Reha mit anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung?

Die Vernetzung der Sektoren ist nach wie vor nicht optimal, das betrifft auch die Reha. Es gibt bei den Übergängen viel zu oft Bruchstellen, die eine bestmögliche Versorgung der Patienten beeinträchtigen. Bestes Beispiel dafür, im negativen Sinne, ist die bürokratische Hürde der Antragstellung und Genehmigung notwendiger Anschluss-Reha durch die gesetzlichen Krankenkassen. In der Folge bleiben vor allem alleinstehende Patienten, die aus medizinischen Gründen noch nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, länger als nötig im Krankenhaus. Das führt dann zu Abrechnungskürzungen des Medizinischen Dienstes bei den Krankenhäusern wegen medizinisch nicht notwendiger stationärer Behandlungstage. Zudem kann es zu einer Minderung des Reha-Erfolgs führen, wenn die notwendige Anschluss-



Rehabilitation nicht frühzeitig eingeleitet wird. Dieses und andere Probleme könnten durch einen bedarfsgerechten und niederschweligen Zugang zu Reha-Leistungen gelöst werden.

Viele Rehabilitationskliniken haben ihren Standort in ländlichen Gebieten. Könnten sie gerade dort stärker in andere Formen (ambulant, akutstationär) der Versorgung eingebunden werden?

In der Theorie ist das ja schon heute möglich, scheitert aber zu oft in der Praxis, weil entsprechende Ermächtigungen personenbezogen gelten, also für den Arzt und nicht für die Klinik. Dadurch bleiben enorme Potenziale ungenutzt, denn die personelle und technische Ausstattung vieler Kliniken ist hervorragend und sie könnten für die ambulante oder stationäre Akutbehandlung sehr viel leisten. Vor allem in der Kinder- und Jugendmedizin, aber auch in der augenärztlichen Versorgung, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder in der Orthopädie. Wir haben ja eben über den Strukturwandel gesprochen, aus meiner Sicht ist die Öffnung der Reha-Kliniken für Akutleistungen in ländlichen Gebieten ein zentraler Änderungsbedarf.

Wie werden die Rehabilitationskliniken in zehn Jahren aussehen?

Wenn man sich die demographische Entwicklung ansieht, gibt es keinen Zweifel daran, dass die Reha für die Bewältigung der kommenden Herausforderungen immer wichtiger wird. Dieser Schlüssel-funktion sind sich die Einrichtungen bewusst und sie perfektionieren und erweitern ständig ihr Leistungsspektrum. Die Reha-Kliniken leben ja seit jeher mit dem ständigen Wandel der Bedingungen und Möglichkeiten und passen sich an. Aber nicht als Getriebene, sondern als Antreiber und Motor. In den nächsten Jahren werden sich vor allem mit der Digitalisierung zahlreiche Prozesse in den Einrichtungen verändern, es wird immer mehr Schulungen und Therapien online geben. Allerdings dürfte die zunehmende Ambulantisierung in der Reha an Grenzen stoßen, weil die Versorgung

chronisch Kranker nur eingeschränkt im häuslichen Umfeld möglich ist und auch schlicht die Fachkräfte fehlen. Deshalb ist es richtig und erstrebenswert, dass die Reha zusätzliche Aufgaben in der fachärztlichen Versorgung übernimmt und in der Ausbildung dringend benötigter medizinischer Fachkräfte an Stellenwert gewinnt. ■