

BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

V.i.S.d.P.: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer
des BDPK

Qualität braucht Qualität

Von Thomas Bublitz

Qualität sei nicht verhandelbar, so Bundesgesundheitsminister Lauterbach zur geplanten Krankenhausreform. Dabei stimmen alle Experten und Sachverständigen darin überein, dass Qualität mehr ist als die Summe der Fachabteilungen eines Krankenhauses. Zwingend dazu gehören neben der Strukturqualität die Prozess- und die Ergebnisqualität. Aus diesem Grund sind die Bundesländer auch nicht dazu bereit, die Krankenhauslevel, eine bloße Etikettierung der Krankenhausgröße, zum Bestandteil der Krankenhausreform zu machen. Dennoch hält Minister Lauterbach daran fest, die Level in einem separaten Gesetz auf den Weg bringen zu wollen. Wohlwissend, dass Patient:innen daraus nicht ableiten können, wie gut die Behandlung in einem Krankenhaus ist. Das sagt viel aus über die Misstrauenskultur zwischen Bund und Ländern. Ginge es wirklich um die Qualität der Patientenbehandlung, wäre es klüger, sich an bestehenden Qualitätsinitiativen zu orientieren, wie der Initiative Qualitätsmedizin, dem Portal Qualitätskliniken.de und der Weißen Liste der Bertelsmann Stiftung. Oder dem Deutschen Krankenhausverzeichnis, ebenfalls ein etabliertes und funktionierendes Transparenzprojekt, dem der Minister wegen fehlender Haushaltsmittel aber kürzlich die Zuschüsse gestrichen hat.

Hinterfragt werden muss auch die Wirkung der leistungsunabhängigen Vorhaltepauschalen auf die Versorgungsqualität. Der Minister verspricht zwar, sie würden die Krankenhäuser aus der Fallzahlabhängigkeit herausbringen und entökonomisieren. Dies könnte sich aus naheliegenden Gründen allerdings als Trugschluss erweisen. Bei einem gleichbleibenden Finanzierungsrahmen führt die Vorhaltefinanzierung zwangsläufig dazu, dass Geld von den stark frequentierten Kliniken zu den unterfrequentierten umgeschichtet wird. Im schlechtesten Fall werden mit dieser Umverteilung sämtliche Qualitätsabsichten infrage gestellt. Denn durch die Vorhaltefinanzierung könnten auch jene Krankenhäuser auf dem Markt bleiben, die zwar die Voraussetzungen für die Leistungsgruppen erfüllen, trotzdem aber keine gute Qualität erbringen und von den Patient:innen gemieden werden. Patient:innen gehen dann in die guten Krankenhäuser, bei denen Wartelisten entstehen – gegen die die Kliniken aber wenig unternehmen können, weil ihnen die bei den schlechten Kliniken gelandeten Mittel für Kapazitätserweiterungen fehlen.

Insofern wäre Minister Lauterbach gut beraten, nicht den Fehler zu wiederholen, den er bei der DRG-Einführung selbst zugegeben hat, nämlich die Einführung mit einem 100-Prozent-Ansatz. Zumindest für die Vorhaltefinanzierung wäre es ratsam, das Instrument zunächst in der Praxis zu erproben. Dann könnte man sicher sein, dass die Vorhaltepauschale am Ende nicht wie eine „Weghaltepauschale“ wirkt, die zu Wartezeiten für die Patient:innen führt.

Krankenhausreform

Analysen und Alternativen

Der Gesetzentwurf für die Krankenhausreform soll auf der Grundlage von Eckpunkten erarbeitet werden, auf die sich Bund und Länder am 10. Juli geeinigt haben. Seine Bewertungen und Vorschläge dazu hat der BDPK Punkt für Punkt zusammengefasst.

Einteilung in Level

Auf den ursprünglichen Vorschlag des Bundesgesundheitsministers, im Zuge der Reform alle Krankenhäuser in Deutschland in einheitliche Versorgungslevel einzuordnen, konnte sich die Bund-Länder-Gruppe nicht einigen. Nun soll stattdessen ein separates, zustimmungsfreies Transparenzgesetz kommen, mit welchem die Veröffentlichung der Versorgungslevel, der zugewiesenen Leistungsgruppen und der „Daten zur Behandlungsqualität“ umgesetzt werden soll. Die Veröffentlichung soll für Patient:innen verständlich im Internet erfolgen, um eine „öffentlich zugängliche Transparenz“ zu schaffen.

Bewertung BDPK: Initiativen zur Verbesserung von Qualitätstransparenz sind grundsätzlich sinnvoll. Der BDPK setzt sich dafür schon seit Jahren ein, unter anderem mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Portal Qualitätskliniken.de. Allerdings ist die vorgesehene Einführung von Levels keine geeignete Lösung für eine evidente und sachgemäße Darstellung von Qualität.

Vorschlag BDPK: Für eine konsequente und laienverständliche Darstellung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser sollte der Fokus auf risikoadjustierten und plausiblen Indikatoren liegen und unbedingt Behandlungsergebnisse beinhalten, die sich zum Beispiel mit Komplikations- und Mortalitätsraten messen lassen.

Leistungsgruppen

Vorgesehen ist eine erstmalige Definition, die nach NRW-Vorbild erfolgt und zusätzliche Leistungsgruppen zu Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie spezielle Kinder- und Jugendchirurgie umfasst. Ihre Entwicklung soll mehrstufig erfolgen: Wissenschaftliche Fachgesellschaften leisten nach Beauftragung durch Bund und Länder Vorarbeit, die Konkretisierung in der zweiten Stufe erfolgt durch einen gesetzlich festgeschriebenen Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss (mit BÄK, DKG, GKV-SV). Die Zuordnung der Leistungsgruppen erfolgt durch die Landesplanungsbehörden.

Bewertung BDPK: Leistungsgruppen sind grundsätzlich sinnvoll und geeignet, die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren. Allerdings liegt auch hier bisher ein zu starker Fokus auf Strukturvorgaben, denn die Zahl der Fachabteilungen und der Beschäftigten allein ist kein Beleg



Das Positionspapier mit den Bewertungen und Vorschlägen für den Gesetzentwurf zur Krankenhausreform steht auf der Homepage des BDPK (www.bdpk.de) als PDF zur Verfügung.

für gute Medizin. Ausschlaggebend sind vielmehr die erzielten Behandlungsergebnisse.

Vorschlag BDPK: Bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen sollte bürokratiearmen Kriterien wie Mindestmengen und Ergebnisqualitätsindikatoren Vorrang gegenüber Strukturvorgaben gegeben werden. Durch die Einführung der Leistungsgruppen redundant gewordene Qualitätsvorgaben sind entsprechend zu streichen (zum Beispiel die Qualitätsrichtlinien des G-BA, Pflegepersonaluntergrenzen und OPS-Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst).

Vorhaltefinanzierung

Vorgesehen ist ein pauschaler, gesetzlich vorgegebener Vorhalteanteil von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung inklusive Pflegebudget und ein abgesenkter rDRG-Anteil von 40 Prozent. Die Ausweisung des aus den Fallpauschalen ausgliederten Volumens soll nach Land und Leistungsgruppen erfolgen. Jedes Krankenhaus wird vom InEK in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach bisheriger Fallzahl und Fallschwere eingestuft werden, eine Neueinstufung ist zunächst nach zwei Jahren, danach alle drei Jahre vorgesehen. Fallzahlveränderungen innerhalb eines Korridors von +/- 20 Prozent sollen keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl haben, die Fallschwere soll umfassend berücksichtigt werden. Uniklinika sollen einen Zuschlag für zusätzliche Koordinierungsaufgaben erhalten und es sind zusätzliche Sicherstellungszuschläge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe und Notfallversorgung vorgesehen. Ein Anspruch auf das Vorhaltebudget besteht, wenn das Land dem Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugeordnet hat und Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt sind.

Bewertung BDPK: Der Bund greift durch die Verknüpfung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung indirekt in die Krankenhausplanung ein. Dahinter steht offensichtlich das Ziel, die Patientenzahlen im Krankenhaus „um jeden Preis“ zu reduzieren. Die Kombination von Kapazitätsreduzierung und Vorhaltefinanzierung wird letztlich zu Wartelisten für medizinisch notwendige Behandlungen führen. Zudem sind ineffiziente Strukturen zu befürchten, da die Vorhaltefinanzierung nicht dazu motiviert, Patient:innen tatsächlich und gut zu versorgen: Kliniken mit wenigen Patient:innen werden ebenso bezahlt wie die mit hoher Leistung. Ob die erhoffte ökonomische Entlastung der Kliniken eintritt, ist zweifelhaft, da den Krankenhäusern mit der Einführung der Leistungsgruppen neue kostenverursachende Strukturanforderungen auferlegt werden. Ein Großteil der Krankenhäuser wird zukünftig nicht mehr, sondern weniger Geld erhalten.

Vorschlag BDPK: Der Geltungsbereich der Vorhaltefinanzierung sollte an die Sicherstellung geknüpft werden. Dementsprechend könnte eine volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten entweder bei bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (zum Beispiel Notaufnahme, Notfallambulanz/INZ, Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) erfolgen oder für Krankenhäuser in ländlichen Regionen gelten (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags). Sinnvoll wäre zudem die Einführung eines „atmenden“ Vorhaltebudgets, das schneller auf Fallzahlveränderungen reagiert.

Fachkrankenhäuser

Vorgesehen ist, dass zwischen Bund und Ländern eine konkrete Definition des Begriffs Fachklinik/Fachkrankenhaus abgestimmt wird. Grundsätzlich sollen Fachkrankenhäuser Krankenhäuser sein, die in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesen sind, sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und in relevantem Umfang zur Behandlung in ihrem Spezialisie-

rungsbereich beitragen. Die Landesplanungsbehörden sollen entscheiden, inwieweit Fachkliniken ausnahmsweise auch an der Notfallversorgung teilnehmen sollen.

Bewertung BDPK: Die bisherige Einschränkung der Definition auf die Krankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesen sind, führt zu einem Ausschluss bedarfsnotwendiger Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V. Zudem müssen unbestimmte Rechtsbegriffe wie „relevanter Umfang“ präzisiert werden, da andernfalls unterschiedliche Auslegungen bei der Umsetzung drohen. Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass Länder Fachkrankenhäuser in die Notfallversorgung integrieren können. Zur Sicherstellung der allgemeinen Notfallversorgung sind Fachkrankenhäuser allerdings nicht verpflichtet und es darf kein Abschlag zur Anwendung kommen.

Vorschlag BDPK: Für eine zutreffende und sachgerechte Einordnung sollte die Definition lauten: „Fachkrankenhäuser sind auf ausgewählte medizinische Fachgebiete spezialisiert und zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Patient:innen der jeweiligen Krankheitsbilder aus. Häufig haben sie einen überregionalen Versorgungsauftrag in wenigen ausgewählten Fachdisziplinen. Fachkrankenhäuser stehen im Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Fachdisziplinen und behandeln auch die schweren und schwersten Krankheitsbilder ihres Disziplinspektrums. Fachkrankenhäuser zeichnen sich je nach Indikation und medizinischem Konzept durch sektorübergreifende Behandlungskonzepte aus.“

Sektorübergreifende Versorgung (Level 1i)

Vorgesehen ist, dass Level-1i-Einrichtungen zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen erbringen und über Akutpflegebetten verfügen. Für sie soll bundesgesetzlich ein Leistungskatalog erstellt werden, der definiert, welche Leistungen diese Einrichtungen künftig nicht erbringen dürfen. Die Leistungserbringung wird durch krankenhausindividuelle, degressive Tagessätze vergütet. Die Level-1i-Einrichtungen sollen sich regelhaft nicht im Krankenhausplan des Landes befinden und keinen Anspruch auf Investitions- sowie Vorhaltefinanzierung haben.

Bewertung BDPK: Das Leistungsspektrum für Level-1i-Einrichtungen wird unabhängig von der Versorgungssituation in der Region bundeseinheitlich auf wenige Leistungsgruppen limitiert. Der Ausschluss von Vorhaltevergütung und regelhafter Finanzierung von Investitionen schränkt die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Einrichtungen massiv ein.

Vorschlag BDPK: Level-1i-Einrichtungen sind zwingend in die Investitionsplanung der Länder einzubinden. Wo die Sicherstellung durch haus- und fachärztliche Versorgung nicht gewährleistet werden kann, müssen sie hierfür ambulant geöffnet werden. Eine so umfassende Veränderung der Krankenhausversorgung benötigt Anreize: Ein Lösungsansatz kann die Fortschreibung des Budgets für die Phase der Umsetzung sein.

Deutscher Reha-Tag 2023

Familien-Reha im Mittelpunkt

Zum 20. Deutschen Reha-Tag finden rund um den vierten Samstag im September deutschlandweit Aktions- und Informationsveranstaltungen an Kliniken und Einrichtungen statt. Zentraler Auftakt ist am Freitag, 22. September, in der Seenlandklinik Lindenhof Gunzenhausen.

Zum Deutschen Reha-Tag haben sich Leistungserbringer- und Leistungsträgerorganisationen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation bundesweit zusammengeschlossen. Gemeinsames Ziel ist es, die Bedeutung der Rehabilitation als ganzheitliche Leistung zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten in der Öffentlichkeit darzustellen. Zu diesem Zweck sind in jedem Jahr Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation aufgerufen, im Rahmen des Reha-Tages Aktions- und Informationstage anzubieten. Eintragung und Veröffentlichung dieser Veranstaltungen erfolgen auf der Homepage www.rehatag.de.

Das Motto des Deutschen Reha-Tages 2023 lautet „Reha stärkt Familien“. Mit dem diesjährigen Leitthema soll deutlich gemacht werden, dass die Kinder- und Jugend-Reha sowie die Vorsorge und Rehabilitation für Mutter, Vater, Kind den besonderen familiären Belastungssituationen von chronisch kranken Kindern und deren Familienangehörigen Rechnung tragen.

Grußwort der Schirmherrin

Die Schirmherrschaft über den Deutschen Reha-Tag hat in diesem Jahr die Bundestagsabgeordnete Kirsten Kappert-Gonthier (Bündnis 90/Die Grünen). Sie ist amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, dem sie seit 2017 angehört. Von 2011 bis 2017 war sie Mitglied der Bremischen Bürgerschaft und Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie hatte sie von 2005 bis 2017 eine eigene Praxis für Psychotherapie in Bremen. Ihr besonderer Bezug und ihre Sach- und Fachkenntnis zum Thema Reha werden in ihrem Grußwort zum diesjährigen Deutschen Reha-Tag deutlich. Sie schreibt unter anderem: „Das Motto ‚Reha stärkt Familien‘ liegt mir sehr am Herzen. Wenn jemand im Familiensystem erkrankt, kann das für alle Angehörigen belastend sein. Wenn Eltern krank sind, leiden die Kinder häufig mit. Und umgekehrt genauso. Die psychischen Belastungen, die Sorgen und der Alltagsdruck können für Mütter, Väter und Geschwister schnell zu groß werden, gerade wenn Kinder schwer und chronisch erkranken. Es gefährdet die Gesundheit aller Familienmitglieder und bedarf zügig niedrigschwelliger Hilfsmaßnahmen. So tragen die Kinder- und Jugend-Reha sowie die Vorsorge und Reha für Mütter, Väter, Kinder den besonderen familiären Belastungssituation von kranken Kindern und deren Fami-



Schirmherrin des Deutschen Reha-Tages ist Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, MdB (Foto: Thomas Trutschel).

lienangehörigen Rechnung. Die familienorientierte Suchtrehabilitation hilft einzelnen oder mehreren Familienmitgliedern. Und zwar dann, wenn durch die Abhängigkeitserkrankung des Einzelnen psychische, soziale und berufliche Belastungen mit Gesundheitsstörungen für alle Familienmitglieder die Folge sind. Eine Rehabilitation für Familien bietet erfolgreiche ‚indikationsspezifische‘, das heißt auf die Krankheit abgestimmte Behandlungsprogramme für viele psychosomatische Erkrankungen. Um die Therapieziele für die großen und kleinen Patient:innen zu erreichen, arbeiten multiprofessionelle Teams von Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pädagog:innen und Therapeut:innen interdisziplinär zusammen. Mehrere Kompetenzen und Blickwinkel sind mehr als die Summe aller Fähigkeiten und grundieren so die hohe Qualität der Angebote.

Zudem ist die Notwendigkeit von familienorientierten Vorsorge- und Reha-Maßnahmen aufgrund der hinter uns liegenden Pandemiejahre enorm gestiegen. Psychosomatische Erkrankungen wie Depressionen, Essstörungen oder Verhaltensstörungen haben in Familien zugenommen. Wobei die erheblichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen berücksichtigt werden müssen, damit die Unterstützung passgenau erfolgen kann. Vor diesen besonderen aktuellen Herausforderungen ist das Motto ‚Reha stärkt Familien‘ das richtige Signal, um die Gelingensbedingungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Familien in unserer Gesellschaft weiter zu verbessern. Um hier gute Rahmenbedingungen für die Patient:innen und Leistungserbringer zu ermöglichen, ist auch die Politik gefragt. Und dafür steht der 20. Deutsche Reha-Tag!“