

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

Zeit der Insolvenzen

Von Thomas Bublitz

Noch nie gab es so viele Krankenhausinsolvenzen wie zurzeit und die Zahl wird sich in den nächsten Monaten deutlich erhöhen. Zu groß ist der Unterschied zwischen den durch Inflation und Energiepreiskrise gestiegenen Betriebskosten und dem gesetzlich gekappten Preisanpassungsmechanismus für Krankenhäuser. Die Differenz zwischen den Preissteigerungen 2022 und 2023 und den Erhöhungen der Landesbasisfallwerte liegt bei rund zehn Prozent! Das kann kein Krankenhaus verkraften. Wie reagieren die Gesundheitspolitiker der Ampel auf dieses Problem? Stellen wir die Argumente der Bundesregierung gegen einen Inflationsausgleich kurz auf den Prüfstand:

- „Die Länder müssten erst mal mehr für die Investitionsmittel zahlen“: Das ist richtig, allerdings sind die Länder nicht für eine nicht kostendeckende Betriebskostenfinanzierung zuständig. Die ist nämlich Aufgabe des Bundes!
- „Die Inflation geht zurück“: Das ist falsch. Die Inflationsrate beträgt aktuell noch immer 4,5 Prozent, und zwar auf dem Niveau der bereits durch die Inflation gestiegenen Preise. Der dramatische Preisanstieg hat sich lediglich verlangsamt.
- „Die Energiepreise sind gesunken“: Das ist richtig. Allerdings sind die Kosten noch immer deutlich höher als vor Beginn des Krieges in der Ukraine und befinden sich häufig unterhalb der Schwelle, ab der die Energiepreishilfen greifen. Zudem könnte Energie künftig noch teurer werden, weil die Mehrwertsteuersenkung für Gas zum Jahresende ausläuft.
- „Die Finanznot der Krankenhäuser zeigt, wie dringend notwendig die Krankenhausreform ist“: Das ist falsch. Denn die Krankenhausreform sieht lediglich eine ausgabenneutrale Umstellung auf Vorhaltepauschalen vor. Mehr Geld fließt dadurch nicht.

Zum Jahresende verlängert sich zudem die verkürzte Zahlungsfrist der Krankenkassen für Krankenhausrechnungen wieder von fünf auf 30 Tage. Durch die Umstellung würden die Krankenhäuser mehr als drei Wochen im Januar kein Geld von den Kassen erhalten. Mit Sorge müssen die Krankenhäuser auch auf die geplante Ambulantisierung von rund einer Million Krankenhausfälle schauen. Klar ist, Leistungen und Kosten bleiben zunächst, die Preise hingegen werden sinken.

Wenn sich die Bundesregierung nicht für die kostendeckende Finanzierung der Betriebskosten entscheidet, wird es sehr schnell für viele Krankenhäuser düster. Dann braucht es keine Krankenhausreform mehr, der Ampel sei Dank!

BDPK-Vorstand

Stimmen zur Krankenhausreform

Kai Hankeln, Vorsitzender der Konzerngeschäftsführung/ CEO Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA

Die Reform bringt keine einzige der versprochenen Verbesserungen, keine Entökonomisierung, keine Qualitätsverbesserung und keine Entbürokratisierung. Um eine Jahrhundertreform zu sein, wie sie der Bundesgesundheitsminister darstellt, bräuchte sie Mut, Weitsicht und Dialogbereitschaft. Doch das fehlt ihr. Dabei wäre gerade jetzt die Chance für einen grundlegenden und nachhaltigen Wandel, denn alle Beteiligten erkennen die Notwendigkeit und sind bereit dazu. Zudem hat die Ampelregierung dafür durchaus die Weichen gestellt, denn in ihrem Koalitionsvertrag ist die Entwicklung regionaler Versorgungsmodelle vorgesehen. Mit der Einführung solcher Gesundheitsregionen sollte eine moderne, integrierte regionale Versorgungsplanung einhergehen, die nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante ärztliche Versorgung, die Übergangspflege und die Rehabilitation in den Blick nimmt. So könnte die längst überfällige Überwindung der Sektorengrenzen gelingen – was nicht nur ein beachtlicher politischer Erfolg wäre, sondern vor allem ein großer Schritt zu mehr Qualität und Effizienz unseres Gesundheitssystems.

Erforderlich ist dafür neben der überfälligen ambulanten Öffnung von Krankenhäusern, dass die Rolle, Finanzierung und Aufgaben der Level-1-Einrichtungen geklärt werden. Tatsächlich ist all das bisher noch völlig unklar. Ich halte es für unverantwortlich, dass die 300 bis 500 bestehenden deutschen Krankenhäuser, die voraussichtlich 1i-Häuser werden, keine Planungsperspektiven haben. Die Unzufriedenheit bei den Menschen, die dort arbeiten, sowie bei denen, die dort wohnen und versorgt werden wollen, ist riesengroß und aus meiner Sicht absolut verständlich.

Problematisch sind auch die Pläne der Reformkommission für die Psychiatrie: Künftig sollen auch somatische Krankenhäuser psychiatrische Abteilungen vorhalten – und die psychiatrischen Fachkliniken sollen an große Kliniken angebunden werden. Eine solche Umstrukturierung wird zu großen Verwerfungen führen – und setzt die aktuelle, flächendeckende Versorgung durch die Fachkliniken ohne Not aufs Spiel.

Es gibt noch eine ganze Reihe weiterer Beispiele dafür, wie mit den aktuellen Plänen die Chancen auf eine Jahrhundertreform vertan werden. Herausgreifen möchte ich hier das Thema Digitalisierung. Auch hier bleiben die Vorschläge weit hinter den Möglichkeiten. Mit der Digitalisierung könnten nicht nur Ressourcen gespart werden und schlankere Versorgungsprozesse entstehen, sie kann vor allem spürbare Verbes-



serungen in der Patientenversorgung bewirken. Kliniken sind hier schon viel weiter als die Politik und wollen, dass der Fortschritt bei den Patienten ankommt. Dazu brauchen wir keine weiteren bürokratischen Fesseln. Das BMG sollte endlich verstehen, dass dringend notwendige Veränderungen in unseren Strukturen nicht durch Überregulierung und finanzielle Austrocknung entstehen, sondern durch mehr Freiräume, sinnvolle Anreize und freien Wettbewerb.

Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG

Die vorgesehene Einführung der Vorhaltefinanzierung wird die Krankenhäuser nicht von ihren finanziellen Sorgen befreien, wie es in der öffentlichen Diskussion häufig suggeriert wird. Statt des dringend benötigten Ausgleichs für Kostensteigerungen aus Inflation und Energie ist ein kompliziertes System der Umverteilung geplant, von dem große Häuser mit einer Vielzahl an Fachabteilungen und Leistungsgruppen überproportional profitieren. Kleine Häuser haben es dann noch schwerer. Folge davon wird sein, dass kleinere Krankenhäuser schließen oder Kapazitäten abbauen müssen, während große Versorger in Ballungsräumen erhalten bleiben. Es wird also regionale Versorgungslücken geben und für die Patienten längere Fahrt- und Wartezeiten.

Die Krankenhäuser werden auch nicht aus dem Mengendruck entlassen, denn 40 Prozent der Kosten müssen weiterhin fallabhängig refinanziert werden und das System der Vorhaltefinanzierung bleibt an die Fallpauschalen angebunden – nur der Preis pro Einheit sinkt. Hinzu kommt, dass viele Details des neuen Finanzierungselements ungeklärt sind. Krankenhäuser haben so keine dringend benötigte Planungssicherheit. Stattdessen droht ein kompliziertes Nebeneinander aus Pflegebudget, Vorhaltefinanzierung und Residual-DRG, durch das neue Streitfelder, MD-Prüfansätze und Aufwände durch Bürokratie und Nachweise vorprogrammiert sind. Wirkungsvoller und zielgerichteter wäre, wenn die Vorhaltefinanzierung an diejenigen Krankenhäuser und Versorgungsbereiche geht, die zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind, aber nicht ausreichend Fälle haben. Das könnten zum Beispiel ländliche Krankenhäuser oder bestimmte Leistungsgruppen eines Krankenhauses sein, wie die Notfallambulanz, die Geburtshilfe oder die Intensivstation.

Aufgabe der Politik ist es, mit der Reform eine auskömmliche Klinikfinanzierung hinzubekommen, die stabile und planbare Arbeitsbedingungen ermöglicht, die anstehende Transformation begleitet und auch auf Sondersituationen wie



Preissteigerungen reagiert, wie wir sie jetzt erleben. Das DRG-System ist nicht perfekt, aber besser als sein Ruf und es hilft nicht, wenn ein System so verschlimmbessert wird, dass es unüberschaubar wird und in der Umsetzung nicht mehr bewältigt werden kann. Die Einführung des Pflegebudgets ist dafür ein Musterbeispiel.

Dass eine leistungsfähige wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleistet bleibt, hat auch gesellschaftspolitische Relevanz. Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier wies kürzlich darauf hin, dass das in der Bevölkerung verbreitete Akzeptanzproblem für die Politik zunimmt, wenn der Stadt-Land-Unterschied in der Lebensqualität größer wird. Die Macher der Krankenhausreform stehen auch hier in der Verantwortung.

**Michael Dieckmann,
Vorstand (CDO),
Ameos Gruppe**

Endlich ist da ein Bundesgesundheitsminister, der den Krankenhäusern im Land zeigt, wie man qualitativ auf hohem Niveau arbeiten kann und den Bürgern im Land schonungslos Qualitätszahlen vorlegt. Es sind allerdings Qualitätsdaten, die schon seit Jahren öffentlich zugänglich sind, zum Teil auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums. Fühlt man sich da veräppelt? Ja!

Alle Krankenhäuser und ihre Mitarbeitenden beschäftigen sich tagtäglich mit der Qualität und vor allem der stetigen Verbesserung ihrer Arbeit. In Arbeitsgruppen im Krankenhaus, mit externer Unterstützung und meist regelmäßig zertifiziert, mit dauerhaftem IT- und höchstem Ressourceneinsatz. Qualität steht im Krankenhaus an zentraler Stelle, alle Strukturen und alle Prozesse werden mit dem Ziel einer hohen Qualität organisiert, fortlaufend angepasst, immer wieder neu ausgerichtet. Alle Prozesse im Krankenhaus werden ständig überwacht, begleitet, ununterbrochen hinterfragt, mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und der Ergebnisqualität. Die Krankenhäuser haben lernende Systeme, die alles immer wieder hinterfragen, die auf berufsgruppenübergreifende Kommunikation und regelmäßigen Austausch setzen und die im Krankenhaus von allen Mitarbeitenden gelebt werden.

Der Bundesgesundheitsminister setzt dagegen mit seinem Krankenhaustransparenzgesetz auf ein antiquiertes Modell, in dem die bürokratischen Vorgaben erhöht und Zahlenlisten erstellt werden, statt die seit Jahren bewährten lernenden Modelle zu nutzen oder weiterzuentwickeln. Obwohl wir alle wissen, dass eine Stelle mehr oder weniger nichts mit der Qualität in einem Krankenhaus zu tun hat. Schon der Name des Gesetzes lässt nichts Gutes erahnen: Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz. Hier wird den Bürgern Qualität vorgegaukelt, indem man sie mit Zahlen und einem Ampelsystem überschüttet und ihnen sagt: Schaut mal, jetzt findet ihr schnell das richtige Krankenhaus. So einfach geht es nicht, auch wenn der Gesetzesentwurf in



der Formulierungshilfe für die Ampelparteien als alternativlos dargestellt wird. Wie man zu dieser Einschätzung kommt, bleibt offen, denn schon seit Jahren stehen allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern gut funktionierende Transparenzportale zur Verfügung: Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Qualitätskliniken.de, Weisse Liste der Bertelsmann Stiftung oder das Deutsche Krankenhausverzeichnis. Alle Portale veröffentlichten kontinuierlich und umfangreich Qualitätsdaten und Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser.

Im Eckpunktepapier haben die Gesundheitsministerinnen und -minister auf Bundes- und Landesebene vereinbart, die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehene Level-Einstufung der Krankenhäuser nicht anzuwenden, weil diese die Planungshoheit der Bundesländer untergraben und die Patientinnen und Patienten eher irritieren als unterstützen. Aus Sicht der Krankenhäuser ist es daher ganz besonders ärgerlich, dass über das Krankenhaustransparenzgesetz die Level-Einstufung doch eingeführt werden soll. Durch ein solches politisches Handeln wird die Politik im Land unseriös. Sie setzt so jegliches Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger aufs Spiel, scheinbar auch ganz bewusst und geplant.

Am Ende bleibt das Transparenzgesetz eine Mogelpackung und ein weiteres völlig unnötiges Gesetz: Den Krankenhäusern und den Mitarbeitenden werden zusätzliche und unnötige Bürokratieauflagen übergestülpt und die bisherigen, wichtigen Qualitätsbemühungen werden ad absurdum geführt. Den Bürgern wird vorgegaukelt, sie bekämen endlich Qualitätsdaten, die sie vor Operationen und Behandlungen im Krankenhaus nur studieren bräuchten, um sich das richtige Krankenhaus auszusuchen. Das Ampelsystem bringt auch hier keine Verbesserung, schade.

**Dr. Hans-Heinrich Aldag,
Geschäftsführer der
Waldklinik Jesteburg
GmbH & Co. KG**

Die Reform darf nicht dazu führen, dass die hoch qualifizierte Versorgung von schwer- und schwerstkranken Patienten auch in Fachkliniken unter die Räder kommt. Das wäre eindeutig passiert, wenn die ursprünglichen Ideen vom „Nikolaustag“ 2022 weiter Bestand hätten. Nach den damaligen Level-Vorstellungen des Bundesgesundheitsministers hätten bestimmte Leistungsgruppen nur in bestimmten Leveln erbracht werden dürfen – mit der Folge, dass Kliniken mit nur einer, dafür aber zumeist sehr spezialisierten Fachabteilung keine Existenzberechtigung mehr gehabt hätten. In den Eckpunkten von Bund und Ländern vom Juli wurde der Level-Gedanke erheblich zurückgeführt, taucht jetzt aber über den Transparenzgesetzentwurf „durch die Hintertür“ wieder auf, wobei für noch zu definierende Fachkliniken zumindest ein extra Level (F) vorgesehen werden soll. Die wesentliche „Musik“ spielt allerdings in den Leistungsgruppen, die zurzeit vor allem auf Basis des Modells NRW gestartet und dann weiterentwickelt werden sollen. Hierin steckt für häufig aufgrund länderspezifischer



Versorgungskonzeptionen entwickelte Fachkliniken aber ebenfalls noch erhebliches Problempotenzial, denn nach aktuellem Stand der Planungen ist vorgesehen, dass für Fachkrankenhäuser die gleiche – und dazu bundesweit einheitliche – Leistungsgruppensystematik gelten soll, wie für alle anderen Krankenhäuser. Dadurch müssten diese Einrichtungen je nach infrage kommender Ausrichtung künftig zum Beispiel Leistungsgruppen wie Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und/oder Intensivmedizin vollumfänglich vorhalten, genau wie Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Das mag bei großen, Mehrfachabteilungshäusern unproblematisch sein, zumindest für knapp die Hälfte der bestehenden Fachkrankenhäuser ist das aber weder gegeben noch mittelfristig umsetzbar – und vor allem wäre es für die jeweilige Spezialisierung auch kein medizinisch-qualitativer Gewinn. Sollte es bei dieser Vorgabe bleiben, würden zahlreiche bewährte Fachkrankenhäuser vom Netz gehen müssen und die Versorgung zum Teil schwer erkrankter Patienten würde erheblich eingeschränkt. Viele Allgemeinkrankenhäuser wüssten nicht mehr, wie es für ihre Patienten nach einer Notfallbehandlung weitergeht, wenn das bisherige, eingespielte und bewährte Zusammenwirken von Erst- und Spezialversorgern wegfällt. In allen Fachdisziplinen, von der Chirurgie über die Kardiologie bis zur Neurologie, gibt es eine enge

Verzahnung zwischen allgemeinen Akutversorgern und hoch qualifizierten Fachkrankenhäusern, die im Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Krankheitsbilder stehen und auch schwer- und schwerstkranken Patienten behandeln. In der Disziplin der neurologischen Frühreha gibt es beispielsweise konzeptionell erhebliche länderspezifische Unterschiede: Während sie in NRW oft an größeren Akutkrankenhäusern angesiedelt ist, wurde sie in den anderen Bundesländern dagegen bewusst auch in eigenständigen Spezialkliniken konzipiert, die sich auf diese eine oder einige wenige Indikationen spezialisiert haben und sich auch dadurch eine besondere Qualifikation und Expertise erworben haben. Diese umfasst neben der Kompetenz für akutmedizinische Komplikationen auch die besonders in diesem Bereich so wichtige sektorübergreifende Versorgung für die weiterführenden neurologischen Reha-Phasen. Von dieser ist in den bisherigen Leistungsgruppen aber leider nirgendwo die Rede. Entsprechendes gilt auch für bestimmte Geräteausstattungen (CT/MRT). Beide Voraussetzungen müssen stattdessen im Gesetz auch weiterhin in den in der DNA für Fachkliniken ohnehin angelegten Kooperationen mit Akutkliniken zu erbringen sein! Ähnliches gilt auch für die Fachkliniken anderer Fachdisziplinen.

Reha international

Besuch aus Frankreich

Eine Delegation des Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), dem Verband der privaten Krankenhäuser in Frankreich, hat sich in Berlin mit dem BDPK über das deutsche Gesundheitssystem sowie die Besonderheiten und Gemeinsamkeiten bei Rehabilitation und Vorsorge ausgetauscht.

Die Delegation war Anfang Oktober für drei Tage zu Besuch in Deutschland, um einen Einblick zu erhalten, wie die medizinische Rehabilitation und Vorsorge in Deutschland organisiert sind. Erste Station der französischen Klinikvertreter:innen war die BDPK-Geschäftsstelle. Hier informierte BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz über die Aufgaben und Ziele der Einrichtungen und des Verbandes sowie über die aktuellen Herausforderungen. Im Anschluss berichtete Annabelle Neudam, Geschäftsführerin von „Qualitätskliniken – das Rehaportal“, über die Arbeit des Vergleichsportals für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Auf dem Besuchsprogramm der Delegation standen auch Besichtigungen, Vorträge und Gespräche in der Reha-Klinik „Berlin Humboldtmühle“ der Medical-Park-Gruppe, im MedClin Reha-Zentrum Spree-wald sowie im Zentrum für ambulante Reha ZAR Berlin.

Zur Begrüßung versammelte sich die französische Besuchergruppe in der Eingangshalle der BDPK-Geschäftsstelle in Berlin zu einem Gruppenfoto.

