

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

Ein wichtiges Regulativ

Von Thomas Bublitz

Es wäre wünschenswert, wenn die Krankenhausreform tatsächlich dazu führte, dass es in Deutschland keine oder zumindest weniger ineffiziente und qualitativ unzureichende Leistungsangebote gibt. Ob dies am Ende gelingt, darf allerdings bezweifelt werden. Denn zum einen lehrt uns die Erfahrung, dass zentralistische staatliche Planung – auch wenn sie auf den ersten Blick noch so plausibel wirkt – meistens neue Probleme schafft, statt die bestehenden zu beseitigen. Und zum anderen ist zu befürchten, dass bei einem dirigistischen Aussortieren von medizinischen Leistungserbringern als Kollateralschaden auch solche wegfallen, die effizient sind und gebraucht werden. Helfen könnte hier der Wettbewerb.

Als alleiniges Steuerungsinstrument ist Wettbewerb in unserer Gesundheitsversorgung sicherlich nicht sinnvoll. Ihn bei der Krankenhausreform völlig auszublenden, wäre allerdings mindestens ebenso schädlich. Das sieht auch die von der Bundesregierung eingesetzte Monopolkommission so und hat kürzlich in einem „Policy Brief“ zur Krankenhausreform darauf hingewiesen, dass die Reduzierung wettbewerblicher Anreize vor allem für die Versorgungsqualität Nachteile hat. Welche dramatischen Folgen fehlender Wettbewerb für die Patient:innen und die Mitarbeitenden bedeutet, ist am Beispiel des National Health Service England (NHS) zu besichtigen. Obwohl oder besser: Weil die medizinischen Leistungsangebote dort konzentriert und in staatlicher Hand sind, kollabiert aktuell die englische Gesundheitsversorgung. Umso erstaunlicher ist es, dass in der deutschen Reformdebatte die fördernde Kraft des Wettbewerbs kaum Beachtung findet. Lauter sind dagegen die immer noch zu hörenden Stimmen, die meinen, dass Krankenhäuser allein in staatliche Hand gehören.

Auch in dieser Hinsicht war die Pressekonferenz zur Vorstellung der DKG-Krankenhausreformvorschläge Mitte Februar ein Lichtblick: Neben klaren und lösungsorientierten Vorlagen für die Weiterentwicklung der gesamten Versorgung und einem starken Plädoyer für die Trägervielfalt wurde die Bedeutung der Wahlfreiheit zwischen Krankenhäusern als unabdingbar herausgestellt. Wenn Patient:innen sich zwischen mehreren Angeboten entscheiden können, muss sich jeder Anbieter anstrengen. Auf dieses Regulativ darf in der Krankenhausreform nicht verzichtet werden.

Krankenhausreform

Sorgfalt statt Rasenmäher

Der BDPK unterstützt die Mitte Februar vorgestellten Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Krankenhausreform 2023. Als Ergänzung zu der im Auftrag der DKG erstellten Auswirkungsanalyse hat der BDPK eine interaktive Geodarstellung veröffentlicht.

Bei der Vorstellung ihrer Reformvorschläge zeigte die DKG mit einer datengestützten Analyse die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Kliniklandschaft, wenn die Empfehlungen der Reformkommission unverändert umgesetzt würden. Die vom Forschungsinstitut Institute for Health Care Business (hcb) in Kooperation mit Vebeto erstellte Auswirkungsanalyse deckt sich mit der Einschätzung des BDPK, dass bei Umsetzung der Kommissionsempfehlungen ein Drittel der deutschen Krankenhäuser schließen müsste.

Details dazu zeigt auch eine interaktive Landkarte auf der BDPK-Homepage. Nach Auffassung des BDPK darf aber weder die jetzige noch die zukünftige Anzahl von Krankenhausstandorten oder die Größe von Krankenhäusern Richtmaß für eine sinnvolle Krankenhausreform sein. Ob eine Reform positive Wirkung entfaltet, zeigt sich vielmehr an den Indikatoren für eine verbesserte und wirtschaftliche Patientenversorgung:

- Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität,
- niedrigschwelliger Zugang zur stationären Versorgung möglichst wohnortnah und möglichst ohne Wartezeiten,
- Abbau der Sektorengrenzen in Form einer verbesserten Durchlässigkeit zwischen fachärztlicher und stationärer Versorgung sowie die Aufweichung der starren Vorgaben für die stationäre Versorgung (wie untere Grenzverweildauer, AOP, Tagesklinische Versorgung),
- Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit durch Bürokratieabbau,
- Beseitigung des Fachkräftemangels.

Auf Basis dieser Zielvorgaben für eine Krankenhausreform bewertet der BDPK die Vorschläge der Reformkommission im Einzelnen.

Krankenhausversorgungsstufen/Level

Die vorgesehene bundeseinheitliche und zentralistische Zuordnung von Krankenhäusern zu einzelnen Versorgungsleveln mit der fixen Zuordnung von bestimmten Leistungsgruppen führt zu einer schematischen Verlagerung und der Schließung von stationären Leistungsangeboten. In ihrer jetzigen Form umgesetzt würden die Vorschläge der Reformkommission dazu führen, dass rund ein Drittel aller Krankenhäuser zu sogenannten Level-1-Einrichtungen umgewandelt würden. Diese Einrichtungen sollen nach Vorstellung der Reformkommission über keine zwingende ärztliche Leitung und Präsenz verfügen und

ihnen sind keine Leistungsgruppen der stationären Versorgung zugeordnet. Das bedeutet faktisch ihr Aus. Die Folge wären sehr wahrscheinlich Versorgungsprobleme vor allem im ländlichen Raum. Es besteht die Gefahr von Leistungsrationierung und Wartelisten, weil zeitgleich neue Versorgungskapazitäten (Räumlichkeiten und Personal) an den verbleibenden Standorten bereitstehen müssten. Die Folgen dieser „Rasenmähermethode“ für die Versorgung in den Bundesländern zeigt die von der DKG beauftragte Auswirkungsanalyse. Deshalb müssen die von der Regierungskommission getroffenen inhaltlichen Definitionen der Versorgungslevel inhaltlich bewertet, diskutiert und angepasst werden. Die DKG-Reformvorschläge sind dafür eine geeignete Grundlage. Die Vorschläge der Regierungskommission sind offensichtlich auf die Schaffung von großen zentralen Krankenhäusern ausgerichtet. Diese werden aber nicht per se zu einer verbesserten Versorgungsqualität der Patienten führen. Deshalb kann diese zentralistische Vorgehensweise keine Zustimmung finden. Zudem fehlt die wirtschaftliche Bewertung der durch den Umbau entstehenden Kosten. Um Krankenhausstrukturen im Sinne des Berichtes der Regierungskommission zu verändern, Standorte zu schließen, umzubauen oder zu verlagern, sind erhebliche Investitionsmittel notwendig. Dazu müssten nach Experteneinschätzung rund 80 Milliarden Euro bereitstehen.

Zudem darf die zentrale und bundeseinheitliche Definition von Krankenhausleveln die Krankenhausplanungskompetenz der Länder nicht beschränken oder präjudizieren. Das jeweilige Bundesland ist im Rahmen der Daseinsvorsorge dafür verantwortlich, die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu organisieren und zu entscheiden, welche Krankenhäuser mit welchen Versorgungsaufträgen an welchem Standorten stehen sollen. Bundeseinheitliche Definitionen von Versorgungsleveln können insoweit nur Empfehlungen für die Krankenhausplanung der Länder sein und dabei helfen, ein vergleichbares Begriffsverständnis zu schaffen. Sie können dazu beitragen, die Krankenhausplanung der Länder zu vereinheitlichen und vergleichbar zu machen.

Dabei ist die besondere Berücksichtigung von Fachkliniken erforderlich, die über eine hohe medizinische Qualität verfügen. Sie praktizieren die von allen Experten geforderte Spezialisierung in ihren jeweiligen Fachgebieten und sind unverzichtbarer Bestandteil guter Versorgung. Eine Verlagerung von Fachkliniken an Krankenhäuser der Level 2 oder 3 macht inhaltlich und wirtschaftlich keinen Sinn, weil die Patientenversorgung dadurch nicht verbessert würde.

**Jetzt anmelden: BDPK-Bundeskongress****am Montag, 8. Mai 2023, in München**

Der BDPK-Bundeskongress 2023 findet aus Anlass des 75-jährigen Jubiläums des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. (VPKA) in München statt. Die Online-Anmeldung ist auf der Homepage des BDPK möglich (www.bdpk.de). Hier können auch Hotelzimmer gebucht werden, die mit Sonderkonditionen für Kongressteilnehmer:innen vom BDPK reserviert wurden.

Thema des diesjährigen Bundeskongresses ist „Die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Spannungsfeld zwischen Bund und Ländern“. Schwerpunkte werden die Krankenhausreform 2023 und die neuen Grundlagen der Reha-Leistungserbringung sein. Als Referent:innen und Diskussionsteilnehmende sind Politiker:innen aus Bund und Ländern sowie Vertreter:innen der Kostenträger eingeladen. Die BDPK-Mitgliederversammlung findet am darauffolgenden Dienstag, 9. Mai 2023, am gleichen Ort statt. BDPK-Mitglieder erhalten hierzu eine gesonderte Einladung.

Leistungsgruppen

Die Einführung von Leistungsgruppen ist ein guter Vorschlag der Regierungskommission, um medizinisches Know-how in Form von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu definieren. Wer diese Qualitätsvorgaben erfüllt, muss die Leistung erbringen dürfen. Das Prinzip muss lauten „Wer kann, der darf“, unabhängig vom Krankenhauslevel. Beschränkungen dergestalt, dass Leistungsgruppen nur von Krankenhäusern eines bestimmten Krankenhauslevels erbracht werden dürfen, werden vom BDPK abgelehnt. Hierdurch würden Versorgungsmonopole und -engpässe entstehen, die bei begrenzten Kapazitäten (Räumlichkeiten und Personal) zwangsläufig zu Wartelistenmedizin und Versorgungsengpässen führen. Eine solche Vorgehensweise würde zudem alternative Versorgungsangebote vernichten und den Patient:innen de facto die freie Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern nehmen. Die freie Krankenhauswahl, Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb müssen erhalten bleiben. Ebenso müssen gute und hochqualitative Versorgungsangebote unabhängig vom Krankenhauslevel erhalten bleiben.

Vergütung von Vorhaltung

Durch Vorhaltefinanzierung soll der Mengenbezug in der Krankenhausvergütung reduziert werden. Die Einführung von Vorhaltefinanzierung ist eine gute und sinnvolle Erweiterung des DRG-Systems, wird aber die Krankenhäuser nicht aus den ökonomischen Zwängen befreien. Denn sie müssen den nicht aus der Vorhaltepauschale getragenen Kostenblock von 60 oder 40 Prozent weiterhin durch behandelte Patienten finanzieren. Deshalb sollten Alternativen diskutiert werden:

Variante 1: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von (ländlichen, kleinen) Krankenhäusern des Levels In über eine Vorhaltepauschale. Ein solches Vorgehen entspricht dem Prinzip des Sicherstellungszuschlags. Bewirkt würde, dass diese Krankenhäuser Patienten nicht zwingend behandeln müssen, um sich finanzieren zu können. Sie können die Patienten nach einer notfallmäßigen Erstversorgung an ein Krankenhaus des nächsthöheren Levels weiterleiten, ohne einen wirtschaftlichen Verlust hinnehmen zu müssen.

Variante 2: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten von bedarfsnotwendigen Versorgungseinheiten, die die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dies könnten zum Beispiel die Notaufnahme, die Notfallambulanz, die Geburtshilfeabteilung und die Intensivstation sein.

Insoweit könnte auch die komplizierte Vereinbarung von Pflegebudgets entfallen.

Das System im Ganzen sehen

Zur Weiterentwicklung und Umsetzung der Krankenhausreform gehört unbedingt, alle wichtigen Handlungsfelder frühzeitig einzubeziehen, wie zum Beispiel die klinisch-ambulante Versorgung. Während die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung im Kommissionsentwurf völlig fehlt, ist dies elementarer Bestandteil des DKG-Vorschlags. Wie notwendig es ist, die fachärztliche Versorgung einzubeziehen, zeigt eine aktuelle Studie, nach der Patient:innen in Deutschland durchschnittlich 30 Tage auf einen Termin beim Facharzt warten müssen. Krankenhäuser verfügen über das Fachpersonal und die notwendige Ausstattung und sollten an der fachärztlichen Versorgung beteiligt werden.

Mit zu berücksichtigen ist auch die vom BDPK schon seit Langem geforderte Streichung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA). Bei Einführung von Vorhaltekosten wird das Instrument des FDA vollends verzichtbar und muss gestrichen werden. Auch weitere Eingriffe ins DRG-System wie die Absenkung/Abstufung von sachkostenintensiven DRG sind in dem neuen Finanzierungssystem nicht mehr notwendig und sollten ebenfalls gestrichen werden.

Weiterer elementarer Bestandteil einer Krankenhausreform muss nach Auffassung des BDPK der Bürokratieabbau sein. So könnte mit der Einführung von Leistungsgruppen auf bisher parallel und auf ähnliche Sachverhalte ausgerichtete Nachweise verzichtet werden. OPS-Qualitätsvorgaben, Pflegepersonaluntergrenzen und der Pflegepersonalquotient können im neuen System ebenfalls entfallen. Zudem sollten Doppelstrukturen zu bestehenden G-BA-Richtlinien vermieden werden. Hierdurch gewinnen Mitarbeiter:innen in den Kliniken Zeit für Patient:innen. Angeregt wird auch, dass eine Projektgruppe Entbürokratisierung beim BMG prüft, welche Dokumentationen und Nachweise entfallen können.

Zum Blick auf das Gesamtsystem gehört nicht zuletzt auch die besondere Berücksichtigung wichtiger Versorgungsformen wie gemischte Einrichtungen von Akut- und Reha-Kliniken sowie von Reha- und Vorsorgekliniken und Beleghäusern.

Reha-Hilfsfonds

Zuschuss auf der Zielgeraden

Reha-Kliniken sollen aus dem „Hilfsfonds für soziale Dienstleister“ einen Energiekostenzuschuss erhalten. Das dazu erforderliche Antrags- und Auszahlungsverfahren wird in einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) geregelt, die in Kürze in Kraft treten soll.

Zum Entwurf der Rechtsverordnung hat der BDPK mit den in der AG MedReha zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer im Februar eine Stellungnahme abgegeben. Sie bewerten die Verordnung sehr positiv, insbesondere das vorgesehene bürokratiearme Antragsverfahren mit einem gebündelten Online-Antrag ohne Schriftverkehr.

Bedarf zur Nachbesserung sieht die AG MedReha außer bei Detailfragen vor allem bei der zeitlichen Begrenzung des Hilfsfonds. Der Zuschuss in Höhe von 95 Prozent der Kostendifferenz der entstandenen Energiekosten in den Jahren 2022 und 2021 wird als Einmalzahlung für das Jahr 2022 in diesem und im kommenden Jahr ausgezahlt. Für die gestiegenen Energiekosten im Jahr 2023 ist kein weiterer Zuschuss

vorgesehen. Den Reha- und Vorsorgesorgeeinrichtungen werden jedoch auch nach Inkrafttreten der Gas-Wärme-Preisbremse in den Jahren 2023 und 2024 erhebliche Finanzierungseinbußen entstehen, die durch den einmaligen Zuschuss aus dem Hilfsfonds nicht ausgeglichen werden können.

Deshalb sollte es auch für diese Jahre entsprechende Härtefallregelungen geben. Die AG MedReha weist darauf hin, dass dies auch dem Vorschlag der von der Bundesregierung einberufenen „Expert:innenkommission Gas und Wärme“ entspricht, die in ihrem Abschlussbericht empfohlen hatte, dass die Auszahlungen aus dem Fonds spätestens ab 1. Januar 2023 erfolgen und die Kostensteigerungen des Winters 2022/2023 (bis April 2024) abdecken sollen.

Versorgungswerk KlinikRente

Stabilität und steigende Zinsen

Das auf Initiative des BDPK im Jahr 2002 gegründete Branchenversorgungswerk KlinikRente hat sein kontinuierliches Wachstum im Jahr 2022 fortgesetzt. Gute Nachrichten gibt es auch für 2023: Die Gesamtverzinsung in den Sicherungsvermögen steigt zum ersten Mal seit Jahren.

Im Jahr 2022 wuchs die Zahl der Mitgliedsunternehmen um rund 400 auf jetzt rund 5.600, die den Versorgungslösungen von KlinikRente vertrauen. Mehr als 125.000 Mitarbeitende von Arztpraxen, Apotheken, Pflegeeinrichtungen und Kliniken einschließlich der großen Gesundheitskonzerne unterschiedlicher Trägerschaft haben sich inzwischen für KlinikRente als Weg für die finanzielle Vorsorge entschieden.

Das Versorgungswerk basiert auf dem Zusammenschluss der größten Versicherer Deutschlands. Allianz, Deutsche Ärzteversicherung, Condor, R+V und Swiss Life erbringen in einem Konsortium gemeinsam die Versicherungsleistung und können so besonders gute Konditionen anbieten. „Durch die konsortiale Aufstellung mit starken Partnern hat KlinikRente auch in schwierigen Zeiten Stabilität und Sicherheit gewährleistet“, erklärt Hubertus Mund, Geschäftsführer der KlinikRente. Die Finanzstärke der Trägergesellschaften zeigt sich auch in der Gesamtverzinsung des Sicherungsvermögens:

Nach mehreren Jahren äußerst sprunghafter und unbeständiger Finanzmärkte steigt die Verzinsung 2023 in der Direktversicherung auf 3,15 Prozent und in der Unterstützungskasse in den Tarifen Perspektive und Chance auf 3,20 Prozent. Die Erhöhung ist ein starkes Signal und basiert unter anderem auf der Nutzung der Chancen der Kapitalmärkte. Bereits seit einigen Jahren setzt KlinikRente den Fokus auch auf kapitalmarktorientierte Lösungen in der Altersvorsorge. Auch bei steigenden Zinsen werden diese Produkte ein fester Bestandteil der Angebote sein. „Langfristig können die Beschäftigten damit eine höhere Rentabilität erzielen“, so Hubertus Mund.

Dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen ihre Möglichkeiten zur betrieblichen Altersvorsorge und Einkommenssicherung kennen, verstehen und nutzen, ist heute wichtiger denn je: In Zeiten eines bisher nie dagewesenen Fachkräftemangels sind einfache, sichere und verständliche Angebote für die betriebliche Vorsorge unverzichtbare Attraktivitätsmerkmale für Arbeitgeber.