

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

Türen öffnen

Von Thomas Bublitz

Ohne Zweifel brauchen wir die Krankenhausreform, die Analyse ist eindeutig: Die Finanzen (Investitions- und Betriebskostenfinanzierung) hinken hinter der Kostenentwicklung hinterher und die Inflationsbelastungen sind nicht ausgeglichen, die Bürokratie nimmt überhand, Fachkräfte fehlen und die vielen konservativen Strukturvorgaben für die Krankenhäuser sind echte Innovationskiller. 80 Prozent der deutschen Krankenhäuser erwarten nach Erhebungen des Deutschen Krankenhausinstitutes für 2023 einen deutlichen Jahresfehlbetrag. Unser Bundesminister hat durchaus mutig und „out of the box“ mit der wissenschaftlichen Regierungskommission einen Aufschlag gewagt, der im Hinblick auf die beschriebenen Problemlagen neue Herangehensweisen beschreibt. Besäße er nur das Vertrauen, wirklich zu diskutieren und Einwände zu berücksichtigen, wäre ein großer Wurf möglich.

Zwei Kernprobleme bleiben im KHVVG-Entwurf, der Ende September in die Anhörung gegangen ist, nach wie vor: Vorgesehen ist, dass die Länder die Leistungsgruppen nur nach Erfüllung der Bundesvorgaben für die Leistungsgruppen auf Bundesebene gemäß § 135e SGB V zuweisen dürfen. Deren Erfüllung bestätigt alle zwei Jahre der Medizinische Dienst. Abweichungen durch die Länder sind nur im Benehmen mit den Krankenkassen und ansonsten entsprechend bei zu langen Fahrzeiten auf Landesebene möglich. Damit gibt es faktisch keine Entscheidungsspielräume für die Krankenhausplanung auf Landesebene mehr. Eine solche Entmachtung können sich die Länder aus meiner Sicht nicht bieten lassen. Warum eigentlich nicht etwas mehr Zurückhaltung von Bundesebene für die Planungshoheit der Länder? Ein bundeseinheitliches Leistungsgruppensystem für die Planung mit dem KHVVG wäre doch auch ein Riesenerfolg.

Die Vorhaltepauschale ist mit ihrem Fallzahlbezug komplett ordnungspolitisch verunglückt. So wird es zu neuen Fehlanreizen und der Gefahr von Wartelistenmedizin kommen. Klüger wäre es stattdessen, bedarfsnotwendige, aber defizitär betriebene Krankenseinheiten (zum Beispiel Notaufnahmen, Intensivstationen oder Geburtshilfen) unabhängig von ihrer Inanspruchnahme zu finanzieren und mit den erzielten Leistungserlösen zu verrechnen. Das würde bedarfsnotwendige Versorgung sichern.

Natürlich können Fehleinschätzungen im Eifer des Gefechtes passieren. Wenn man es aber bemerkt oder darauf aufmerksam gemacht wird, sollte man nicht stur mit dem Kopf durch Wand wollen, sondern besser nach der Tür suchen ...

Pflegeausbildung in der Reha

Die Politik muss endlich handeln

Reha-Einrichtungen wenden sich in der Kampagne „Reha. Macht's besser!“ mit einem bundesweiten Appell an die Politik: Die Bundesregierung soll endlich ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag umsetzen und Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger für Pflegefachberufe zulassen.

Seit Ende September erhalten überall in Deutschland Politiker:innen Post von ihrer Reha-Klinik. Die zentrale Frage lautet: „Und was tun Sie?“ Im klassischen Briefformat oder auf elektronischem Weg informieren die Kliniken die Bundes- und Landtagsabgeordneten in ihren Regionen über den absurden Zustand, dass sie und bundesweit rund 1.000 weitere Einrichtungen attraktive und hoch qualifizierte Ausbildungsplätze für Pflegefachberufe anbieten möchten, dafür aber keine Zulassung haben. Und das, obwohl der Pflegekräftemangel dramatische Ausmaße annimmt und an der fachlichen und sachlichen Auszubildereignung der Reha-Einrichtungen keine Zweifel bestehen. Was fehlt, ist eine einfache gesetzliche Regelung – woraus sich die naheliegende Frage ergibt, was der oder die angeschriebene Politiker:in persönlich tut oder zu tun gedenkt, damit die längst überfällige Regelung zustande kommt. Die Kliniken bitten die Politiker:innen in ihren Anschreiben um konkrete Antworten, die im Rahmen der Kampagne „Reha. Macht's besser!“ auch veröffentlicht werden sollen.

Dringend nötige Initiative

Warum sich die Politik bislang gegen eine Zulassung der Reha-Einrichtungen als Pflegeausbildungsträger sperrt, ist aus Sicht der Einrichtungen völlig unverständlich. Nach einer Prognose des Instituts der deutschen Wirtschaft wird sich die Versorgungslücke im Pflegebereich in Deutschland bis zum Jahr 2035 auf insgesamt knapp 500.000 Fachkräfte vergrößern. Die möglichst zügige Einbeziehung der rund 1.000 Reha-Einrichtungen in die Pflegeausbildung wäre also eine ebenso nützliche wie überfällige gesetzgeberische Lösung. Sinnvoll ist die Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen nicht nur wegen der großen Zahl der zusätzlich möglichen Ausbildungsplätze, sondern auch deshalb, weil sie sehr gut für die fachliche Ausbildung geeignet ist. Da die Pflegeprozesse in der Reha über einen längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Reha-Pflege gut planbar ist, haben Pflegeauszubildende hier die Möglichkeit, die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu erlernen und anzuwenden. Das gilt auch für die Formulierung von Pflege Diagnosen und die Durchführung von Pflegevisiten sowie für die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation. Anders als im Akutbereich wird in der Reha die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als



Pflegeausbildung:
„Yes, das können wir!“

Reha-Einrichtungen möchten Pflegekräfte ausbilden. Aber die Politik bremst sie aus.

Reha. Macht's besser!

Mit Motiven wie diesem sprechen Reha-Einrichtungen bundesweit Politiker:innen an und fordern sie auf, sich dafür einzusetzen, die Pflegefachausbildung in der Reha zu ermöglichen.

störungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten erlernt und weniger als Kompensation verlorener Funktionen. Weiterhin bietet die Pflegeausbildung in der Reha die Möglichkeit, sich mit der Integration interdisziplinär erhobener Befunde (wie die Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung vertraut zu machen, und die Reha ermöglicht die Hospitationen bei vielen beteiligten Berufsgruppen (wie Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie). Dadurch sind die Reha-Einrichtungen auch keine Konkurrenz zu den bereits vorhandenen Ausbildungsträgern, sondern vielmehr eine sinnvolle Ergänzung und Erweiterung des Ausbildungsangebots. Die Attraktivität des Berufsbilds würde durch die besonderen Möglichkeiten in der Reha verbessert und die Einrichtungen könnten zur Aufwertung regionaler Ausbildungsangebote beitragen, um mehr Berufsanfänger als dringend benötigtes Pflegefachpersonal zu gewinnen.

Krankenhausreform

Konkrete Korrekturvorschläge

Ende September fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags eine Anhörung zum KHVVG statt. In seiner dazu abgegebenen Stellungnahme plädiert der BDPK für mehr Qualitätsorientierung sowie für die Einheit von Planung und Finanzierung.

In seiner aktuellen Erklärung zum Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bekräftigt der BDPK erneut seine Überzeugung, dass eine grundlegende Reform dringend erforderlich sei. Auch die vom Bundesgesundheitsministerium vorgegebenen Reformziele werden mitgetragen: die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, die Steigerung der Effizienz und die Entbürokratisierung.

Kritisch bewertet der BDPK, dass der Gesetzentwurf beim zentralen Ziel, der Qualitätssicherung und -steigerung, ausschließlich personelle und technische Strukturvorgaben vorsieht. Qualität wird nicht allein durch die Größe eines Krankenhauses, die Zahl der Mitarbeitenden oder die Summe der Fachabteilungen abgebildet. Eine wirkliche Qualitätsverbesserung kann nur erreicht werden, wenn neben der Strukturqualität auch die Prozess- und die Ergebnisqualität, also der tatsächliche Behandlungserfolg, noch stringenter in den Fokus genommen werden. Um die tatsächliche Versorgungsqualität in Krankenhäusern abbilden zu können, müssen aussagefähige und risikoadjustierte Indikatoren der Ergebnisqualität genutzt und gegebenenfalls neu entwickelt werden. Outcome und Patient:innenbedürfnisse rücken hierdurch stärker in den Vordergrund und fördern den Wettbewerb von Kliniken um die beste Versorgung. Weiter sieht der BDPK drei wesentliche Punkte, die im KHVVG noch berücksichtigt werden müssen:

1. Flexibilität bei den Leistungsgruppen

Die Einführung von Leistungsgruppen mit personellen und technischen Voraussetzungen für die Krankenhäuser kann sinnvoll sein, um die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung festzulegen und um eine gemeinsame „Planungssprache“ der Bundesländer zu definieren. Allerdings schränkt der Gesetzentwurf die Möglichkeiten und den Handlungsspielraum der Länder sehr stark ein. Denn es ist vorgesehen, dass der Medizinische Dienst (MD) im Abstand von zwei Jahren umfassend das Vorliegen aller Voraussetzungen in den einzelnen Krankenhäusern überprüft. Erst danach kann die jeweilige Planungsbehörde des Bundeslandes eine Entscheidung zur Krankenhausplanung treffen. Die Existenz eines Krankenhauses würde dann also davon abhängen, ob bei der MD-Prüfung alle Kriterien „ordnungsgemäß abgehakt“ wurden. Um zu verhindern, dass durch solche Verwaltungsakte Krankenhäuser vom Netz gehen, muss den Ländern bei der Zuweisung der Leistungsgruppen ausreichend Spielraum ge-

geben werden. Zudem müssen die Strukturanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppen auf das unbedingte Maß dessen beschränkt bleiben, was nachweislich medizinisch Sinn macht und der Versorgung der Patienten dient. Nur so kann eine sinnvolle Balance zwischen Qualitätsanforderungen und Versorgungssicherheit hergestellt werden.

2. Einheit von Planung und Finanzierung

Ob Krankenhäuser künftig eine Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen erhalten, richtet sich allein nach den auf Bundesebene zur Anwendung gebrachten Anforderungen an die Leistungsgruppen. Dies stellt den bisherigen Grundsatz der Kongruenz von Krankenhausplanung und entsprechender Finanzierung der Leistungen durch die Krankenkassen infrage. Wenn Planungsbehörden die Entscheidung treffen, dass aus Gründen der Versorgungssicherheit bestimmte Leistungsgruppen an einem bestimmten Standort vorgehalten werden müssen, dann muss auch eine dauerhafte Finanzierung (Anspruch auf Vorhaltevergütung, Möglichkeit der Abrechnung) sichergestellt sein. Eine Krankenhausplanung macht schließlich nur Sinn, wenn die geplanten Leistungen auch von den Krankenkassen bezahlt werden.

3. Echte Vorhaltevergütung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorhaltepauschale basiert auf der zuvor erbrachten Fallzahl des Krankenhauses, sie ist also keineswegs dazu geeignet, notwendige Kliniken fallzahlunabhängig abzusichern. Zudem ist unverständlich, warum auch Großkrankenhäuser und Unikliniken eine Vorhaltefinanzierung erhalten, da diese nach der Intention des Bundesministeriums doch voll ausgelastet sein sollen. Um das Überleben von notwendigen Kliniken mit geringen Fallzahlen wirklich zu sichern, sollte die Vorhaltevergütung mit der Sicherstellung notwendiger, aber derzeit defizitär betriebener Behandlungsangebote verknüpft werden: volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten entweder von bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (zum Beispiel Notaufnahme, Notfallambulanz/INZ, Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) oder von Krankenhäusern in ländlichen Regionen (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags).

Die vollständige Stellungnahme des BDPK zur Anhörung im Gesundheitsausschuss ist auf der BDPK-Homepage (www.bdpk.de) veröffentlicht.

Bürokratieabbau

„Den Wahnsinn stoppen“

Trotz zahlreicher politischer Bekenntnisse gibt es bislang keine wirksamen Maßnahmen, unnötige Bürokratie zu vermindern. Im Gegenteil: Auch die neuen und angekündigten Gesetze führen in den Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen zu unzumutbaren Belastungen.

Deutschland ist eine Bürokratieland. Obwohl die Politik seit Jahrzehnten verspricht, Bürokratie abzubauen, kommt der Nationale Normenkontrollrat zu dem Schluss: So schlimm wie jetzt war es noch nie! Die Bürokratiekosten in Deutschland haben einen Höchststand erreicht, Bürger verzweifeln an widersinnigen Vorgaben, Unternehmer wissen nicht, wie sie Zusatzkosten noch stemmen sollen. Und die Auflagen nehmen in allen Branchen immer weiter zu.

Dabei ist der Bürokratieabbau keine unlösbare Aufgabe. Für die Krankenhäuser hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vielfach konkrete Vorschläge für weniger Bürokratie gemacht, zuletzt im August 2024 mit einer DKI-Blitzumfrage und 55 praktischen Beispielen. Darin sind auch Maßnahmen enthalten, die der BDPK im Oktober vergangenen Jahres in einer umfangreichen Vorschlagsliste zusammengestellt und der Politik zur Verfügung gestellt hatte. Umgesetzt wurde von alledem bisher nichts.

Drei Beispiele aus der Praxis

Dass eine radikale Entbürokratisierung dringend nötig ist, hat der BDPK in den vergangenen Jahren immer wieder deutlich gemacht. Es beginnt schon bei der Patientenaufnahme: Nach wie vor müssen alle Patient:innen eine Vielzahl von Unterlagen sichten und unterzeichnen (wie Behandlungsvertrag mit Allgemeinen Vertragsbedingungen, Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Gesundheitsinformationen, Datenschutzerklärung, finanzielle Verantwortungserklärung, Haftungsausschlüsse). Alle Unterlagen werden in der Regel in Papierform vorbereitet und den Patient:innen vorgelegt. Aufgrund der Fülle an Informationen brauchen die Patient:innen häufig Unterstützung bei der Sichtung der Unterlagen, es kommt zu Verzögerungen im Aufnahmeprozess und die Kliniken müssen unter großem Aufwand kontinuierlich prüfen, ob die Aufnahmeunterlagen die aktuelle Rechtslage widerspiegeln. Ein bürokratiearmes, bundeseinheitliches Verfahren zur sozialgerichtsfähigen Festhaltung existiert nicht.

Auch der aktuelle Gesetzentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz enthält allein zur umstrittenen Vorhaltefinanzierung 30 Seiten mit neuen Nachweispflichten. Genauso wie beim stark kritisierten Bundes-Klinik-Atlas werden hier den Kliniken neue Angaben zur Zertifizierung von Ärzten und medizinischen Einrichtungen aufgebürdet, deren Mehrwert für die Patient:innen nicht erkennbar ist.

Ein weiteres Beispiel ist das Medizindatenforschungsgesetz: Mit ihm wurden umfangreiche Datenlieferungen eingeführt, darunter minutengenaue Aufzeichnungen ärztlicher Tätigkeiten. In der Summe müssen Krankenhäuser umfangreiche Daten erheben, aufbereiten und an verschiedene Stellen übermitteln, die dafür erforderliche Software ist teuer und die regelmäßigen Updates sowie die Anpassung an neue Anforderungen binden zusätzlich personelle Kapazitäten. Ärzte und Pflegefachkräfte verbringen deshalb bis zur Hälfte ihrer Arbeitszeit am Schreibtisch und nicht bei den Patienten.

Enorme positive Effekte

Welche positiven Effekte ein konsequenter Bürokratieabbau bringt, hat BDPK-Vorstandsmitglied Thomas Lemke (CEO Sana Kliniken) kürzlich in einem vielbeachteten Beitrag unter der Überschrift „Den Wahnsinn endlich stoppen“ deutlich gemacht: Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Tag und Arzt oder Pflegefachkraft könnte rein rechnerisch 120.000 Vollzeitkräfte in den Kliniken freisetzen. Statt sich durch einen Dschungel von Vorschriften und Nachweispflichten zu kämpfen, könnten sich die Klinikleitungen und das Personal auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren: die bestmögliche Versorgung der Patienten.

Der BDPK fordert deshalb: Im Sinne einer radikalen Entbürokratisierung sollten alle Kontrollvorschriften in den relevanten Gesetzen für einen Übergangszeitraum ausgesetzt werden. Nach wissenschaftlicher Evaluation kann entschieden werden, welche Vorschriften in welchem sinnvollen Umfang wieder eingesetzt werden sollten.



BDPK-Bundeskongress am 4. Juni 2025 in Berlin

Der BDPK-Bundeskongress 2025 findet am Mittwoch, dem 4. Juni 2025, im Hotel Titanic Chaussee Berlin statt. Am darauffolgenden Donnerstag, dem 5. Juni 2025, wird am gleichen Ort die BDPK-Mitgliederversammlung stattfinden.

Wie gewohnt ist im Tagungshotel ein begrenztes Zimmerkontingent zu vergünstigten Preisen für Tagungsteilnehmer:innen reserviert. Aktuelle Informationen zum Programm gibt der BDPK auf seiner Homepage (www.bdpk.de), hier wird auch ein Formular zur Online-Anmeldung eingerichtet.