

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

Ökonomische Wahrheiten

Von Thomas Bublitz

Friedrich Nietzsche, der große Philosoph, hat den Satz geprägt: „Wer nicht lügen kann, weiß nicht, was die Wahrheit ist.“ Dieser tiefgründige Gedanke lässt die Argumentation von Bundesminister Lauterbach über die Vorteile seiner Krankenhausreform durch die geplante Entökonomisierung in einem anderen Licht erscheinen. Jeder oberflächliche Betrachter fühlt sich wohl in Lauterbachs Welt: Es ist eine wunderbare Vorstellung, dass für die eigene Gesundheit zukünftig alles getan wird, sozusagen um ihrer selbst Willen, und dies nicht in Euro und Cent bewertet wird. Allerdings hält diese Idee keiner tieferen Überprüfung stand und das weiß sicher auch der Mediziner und Gesundheitsökonom Lauterbach.

Die Bereitstellung unseres Gesundheits- und Sozialsystems verlangt gigantische Investitionen, die nicht der Staat leistet, sondern vor allem private Investoren. Warum? Weil sie es als Geschäftsmodell sehen, kranke Menschen gesund zu machen. Aus meiner Sicht eine sinnvolle Verwendung des privaten Kapitals. Das ist schon seit Menschengedenken so. Konkret gäbe es ohne privates Risikokapital keine Arztpraxis, keine Apotheke, keinen forschenden Arzneimittelhersteller, keinen Physiotherapeuten und auch keine Krankenhäuser. Vermutlich auch keine öffentlichen Krankenhäuser, denn nur die wenigsten Kommunen könnten sich Krankenhäuser ohne Gegenfinanzierung leisten.

Plötzlich sind wir mittendrin in der Ökonomie, ohne die es gar nicht geht! Natürlich ist es so, dass die Menschen, die in unserem Gesundheitswesen für die Patienten da sind, dies nicht für „Gotteslohn“ tun. Und warum sollte jemand in ein mehrere Millionen Euro teures Herzkatheterlabor, ein modernes CT oder einen Hybrid-OP investieren, wenn er keine Chance sähe, sein Geld mit Verzinsung zurückzubekommen? Das ist und bleibt Ökonomie und ist zum Vorteil der Patienten, die auf ein leistungsfähiges Gesundheitssystem vertrauen dürfen. Das alles geschieht in Deutschland streng geregelt und einem „sorgenden Motiv“ untergeordnet. So wird entfesselte Kommerzialisierung verhindert, die von der Ökonomisierung sauber zu trennen ist. Entökonomisierung ist also gar nicht möglich!

Ich bin sicher: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach weiß, was die Wahrheit ist.

Krankenhausreform

Im Ganzen betrachtet

Die Entwicklung der Krankenhausreform befindet sich in einer entscheidenden Phase. Um den Reformprozess konstruktiv voranzubringen, hat der BDPK Mitte Februar 2024 seine Analysen und Vorschläge zu den Reformplänen in einem „Impulspapier“ zusammengefasst.

Das Papier wurde den Gesundheitspolitiker:innen in Bund und Ländern zur Verfügung gestellt und auf der BDPK-Homepage (www.bdpk.de) veröffentlicht. Es beinhaltet in zwei einleitenden Abschnitten eine aktuelle Situationsbeschreibung der Krankenhäuser und eine Übersicht der Reformkomponenten, die aus Sicht des BDPK zur Lösung der bestehenden und zukünftigen Probleme erforderlich sind. Die Beschreibung und die Rahmenempfehlungen bilden die Grundlage für detaillierte Analysen und konkrete Vorschläge zu den wesentlichen bisher bekannten Reformvorstellungen der Politik. Diese finden sich im Ende des Jahres 2023 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Arbeitsentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sowie im vom Bundestag verabschiedeten Krankenhaustransparenzgesetz, das von den Ländern abgelehnt wurde.

Dringender Handlungsbedarf

In seiner Situationsbeschreibung legt der BDPK dar, dass eine Krankenhausreform dringend erforderlich ist. Sie muss Verbesserungen für die Patientenversorgung und die Krankenhäuser bringen, die sich derzeit in einer akuten wirtschaftlichen Notlage befinden. Auch die Arbeitssituation des Personals, die von unbeherrschbarer und zermürender Bürokratie geprägt ist, muss verbessert werden. Fast jedes Krankenhaus steckt in wirtschaftlichen Schwierigkeiten und es ist unsicher, welche Häuser dies überhaupt überleben werden. Eine Krankenhausreform, die die wirtschaftliche Notlage der bestehenden Krankenhäuser außer Acht lässt, wird dazu führen, dass auch solche Krankenhäuser, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dringend gebraucht werden, insolvent werden und vom Markt verschwinden. Ursache der heutigen Probleme ist aber nicht allein die aktuelle Gesundheitspolitik, sondern eine Vielzahl von Eingriffen in die Refinanzierungssystematik des DRG-Systems durch die Bundesregierungen der vergangenen 20 Jahre. Diese Eingriffe haben dazu geführt, dass die heutige Kombination aus Preissteigerungen und Fallzahlrückgängen nicht mehr ausgeglichen wird und nun fast alle Krankenhäuser in ihrer Existenz bedroht sind.

Unabhängig von einer grundlegenden Reform ist es deshalb dringend erforderlich, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sofort zu stabilisieren. Das könnte die Bundesregierung mit drei zielgerichteten und leicht umzusetzenden Maßnahmen: die Wiedereinführung der Möglichkeit, den Landesbasisfallwert bei sinkenden Fallzahlen anzupassen, die

Aufhebung der Kappung des Veränderungswertes und die Streichung der Kappungsgrenze (aktuell 50 Prozent) bei Refinanzierung der Tarifsteigerungen. Jede dieser Maßnahmen würde von den Krankenkassen finanziert und es gäbe somit auch keine Auswirkung auf den Bundeshaushalt.

Neben diesen Sofortmaßnahmen sollten sich die Reformverantwortlichen nach Ansicht des BDPK in den kommenden Verhandlungen darauf einigen, dass die zentralen Reformziele erreicht werden und die gefundenen Regulierungsmechanismen auch wirklich dazu führen, dass eine gute Patientenversorgung gewährleistet ist. Nur die Überversorgung abzubauen, ist zu wenig, und die bisher vorgesehenen Instrumente sind nicht geeignet, um Unterversorgung zu vermeiden oder zu beseitigen. Zudem fordert der BDPK einen Blick aufs Ganze: Eine Reform, die allein auf den Krankenhaussektor beschränkt ist, greift zu kurz und bringt keine Versorgungssicherheit. Um stabile Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung zu schaffen, müssen alle Anbieter medizinischer Leistungen einbezogen werden. Dazu gehört auch, dass die Leistungsanbieter, wie die Krankenhäuser und ihre Verbände, am Reformprozess beteiligt werden. Dies ist bisher in keiner Form geschehen.

Impulse für eine Krankenhausreform

Um eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung heute und morgen sicherzustellen, müssen mit neuen Rahmenbedingungen die richtigen Strukturen geschaffen werden. In seinem Impulspapier hat der BDPK sieben wesentliche Elemente für diese Rahmenbedingungen herausgestellt.

■ **Praktikable Ausgestaltung der ambulanten Leistungserbringung in Krankenhäusern:** Die politisch gewollte und sinnvolle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen wird mit der gegenwärtigen Form der Vergütungsregelungen (Hybrid-DRG und AOP-Katalog) gehemmt. Weil die Vergütung für ambulante Leistungen erheblich niedriger ist als die für die gleiche stationäre Leistung, können die Krankenhäuser die notwendigen Investitionen nicht aufbringen, die für Personalanpassungen sowie für die Umgestaltung von Strukturen, Ausstattung und Prozessen erforderlich sind. Der niedergelassene Bereich wird allein nicht in der Lage sein, den erwarteten Anstieg ambulanter Behandlungen zu erbringen. Um die „Ambulantisierung“ der Krankenhäuser zu fördern, schlägt der BDPK temporäre Anreize vor: Neben dem Verzicht auf die



Jetzt anmelden: BDPK-Bundeskongress am 13. Juni 2024 in Berlin

Der diesjährige BDPK-Bundeskongress beginnt am Donnerstag, 13. Juni 2024 um 13.00 Uhr im Tagungszentrum des Hotels Double Tree, Los-Angeles-Platz 1, Berlin. 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 „Sackgasse Staatsmedizin“. Schwerpunkte werden die Krankenhausreform 2024 und die neuen Impulse für die medizinische Rehabilitation sein. Als Referent:innen und Diskussionsteilnehmende sind Politiker:innen aus Bund und Ländern sowie Vertreter:innen der Kostenträger eingeladen, seine Teilnahme zugesagt hat Prof. Dr. Edgar Franke, parlamentarischer Staatssekretär im BMG. Die BDPK-Mitgliederversammlung findet am darauffolgenden Freitag, 14. Juni 2024, am gleichen Ort statt. BDPK-Mitglieder erhalten hierzu eine gesonderte Einladung.

primäre und sekundäre Fehlbelegungsprüfung sollten für einen Übergangszeitraum von drei Jahren alle Krankenhaushäuser mit bis zu drei Belegungstagen auch ambulant erbracht werden können, wobei die bisherige Vergütung unverändert bleibt. Während des Übergangszeitraums werden die Maßnahmen wissenschaftlich begleitet, um die Auswirkungen auf die Qualität der erbrachten Leistungen und die Versorgungsabläufe sowie wirtschaftliche Effekte zu evaluieren.

■ **Entwicklung eines Systems zur regionalen Versorgungsplanung:** Für eine wirksame Reform greift der isolierte Blick auf Krankenhäuser zu kurz. Deshalb sollte – wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung vereinbart – eine regionale Versorgungsplanung entwickelt werden. Dazu sollten Bund und Bundesländer gemeinsam ein Planungsinstrument schaffen, das auf die relevanten Versorgungsangebote ausgerichtet ist. Dazu gehören die hausärztliche Versorgung sowie die fachärztliche Versorgung, unabhängig davon, ob die Leistungen in freiberuflicher Niederlassung oder ambulant am Krankenhaus erbracht werden. Ferner müssen die ambulante Notfallversorgung vor einer stationären Krankenhausbehandlung und die stationäre Versorgung nach Versorgungsbereichen/Leistungsgruppen in die Planung einbezogen werden. Berücksichtigt werden müssen auch die Ausgestaltung und Optimierung des Rettungsdienstes unter Berücksichtigung zumutbarer Erreichbarkeit für die Notfallversorgung und die verfügbaren Angebote zur Übergangspflege. Damit die nahtlose Versorgung im Anschluss an die Krankenhausentlassung gesichert ist, muss der Genehmigungsverbehalt der Krankenkassen für medizinische Reha-Leistungen entfallen.

■ **Entwicklung/Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets:** Die Entwicklung, Erprobung und Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets müsste mit der im Vorhergehenden beschriebenen regionalen Versor-

gungsplanung einhergehen. Konkrete Umsetzungsvorschläge hierzu hat der BDPK mehrfach der Politik vorgelegt und auf seiner Homepage veröffentlicht.

■ **Streichung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA):** Der FDA ist spezialisierungsfeindlich und eine Bestrafung für Kliniken, die eine politisch gewollte und medizinisch sinnvolle Versorgung umsetzen.

■ **Radikale Entbürokratisierung:** Streichung aller Kontrollvorschriften in den relevanten Gesetzen als temporäre Maßnahme, die wissenschaftlich und repräsentativ evaluiert wird. Danach wird entschieden, welche Vorschriften wie wieder eingesetzt werden müssen.

■ **Deutliche Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze:** In jedem Bundesland wird die Zahl der Medizinstudienplätze zunächst um 20 Prozent erhöht, in einem zweiten Schritt dann um 30 Prozent oder mehr. Die Finanzierung erfolgt zentral aus Bundesmitteln. Eventuell sind auch pauschale Ausgleichszahlungen durch die Bundesländer denkbar, wenn Mediziner in einem anderen Bundesland tätig werden als das, in dem sie ausgebildet wurden.

■ **Dringend gebraucht: Neuer ordnungspolitischer Rahmen für Krankenhäuser:** Bei absehbar knapper werdenden finanziellen Mitteln ist es für unser Gesundheitssystem notwendig, wieder eine Krankenhauspolitik zu machen, die Anreize setzt, sich wirtschaftlich zu verhalten und die Versorgungsqualität für die Patienten zu verbessern. Hierzu wird der BDPK im Sommer 2024 Vorschläge unterbreiten.

Analysen, Bewertungen und Vorschläge

Detailliert und ausführlich werden im Impulspapier des BDPK die wesentlichen Elemente der bisher bekannten Reformvorstellungen analysiert und bewertet. Zudem macht der BDPK zu jedem Reformpunkt konkrete Umsetzungs- und Verbesserungsvorschläge.

Zum Krankenhaustransparenzgesetz schlägt der BDPK vor, statt des vorgesehenen neuen Portals, das zusätzlichen Arbeitsaufwand und Kosten verursacht, die bereits vorhandenen Portale und Transparenzinitiativen zusammenzufassen und auf einer Plattform darzustellen.

Bei den Leistungsgruppen kritisiert der BDPK die aus der Krankenhausplanung in NRW übernommene Systematik und empfiehlt, bei den Qualitätsanforderungen bürokratiearmen Kriterien (wie Mindestmengen und Ergebnisqualitätsindikatoren) den Vorrang zu geben. Ähnliches gilt auch für die Einstufung und Beschreibung von Fachkrankenhäusern, für die die Leistungsgruppensystematik in der zuletzt diskutierten Form nicht umsetzbar ist.

Bei der sektorübergreifenden Versorgung in Level-1-Einrichtungen ist aus Sicht des BDPK die vorgesehene Finanzierung völlig unzureichend. Die Vorhaltefinanzierung bewertet der BDPK aus ordnungspolitischer Sicht als fragwürdig, da der Bund durch die Verknüpfung der auf Bundesebene vorgegebenen Mindestanforderungen von Leistungsgruppen und der Vorhaltefinanzierung in die Krankenhausplanung der Länder eingreift.

Verbindliche Entscheidungen

Uns blieb nur der Rechtsweg

Reha-Einrichtungen wehren sich gegen die seit dem 1. Juli 2023 geltenden Verbindlichen Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV). BDPK-Vorstandsmitglied Ellio Schneider erklärt im Interview, warum der Rechtsweg beschritten wurde und wie die Erfolgsaussichten sind.



Ellio Schneider,
Geschäftsführer der Waldberg-Zeil
Kliniken, ist Mitglied im
BDPK-Vorstand und Vorsitzender
des Fachausschusses
Rehabilitation und Pflege.

Herr Schneider, wissen Sie, welche oder wie viele Einrichtungen gegen die DRV klagen?

Da es sich nicht um eine Verbands- oder Sammelklage handelt, sondern um Klagen einzelner Kliniken, kann ich nicht sagen, wie viele es genau sind. Aber ich weiß, dass seit Dezember 2023 Sozialgerichte im ganzen Bundesgebiet angerufen wurden, nach meinem Kenntnisstand bis Mitte Februar 2024 etwa zwei Dutzend. Zudem wurden Beschwerden bei der EU-Kommission eingereicht. Auch hier kenne ich nicht die genaue Zahl, sie dürfte aber ebenfalls zweistellig sein. Die EU-Beschwerden richten sich allerdings nicht gegen die DRV, sondern gegen den Gesetzgeber, die Bundesrepublik Deutschland.

Was genau ist Gegenstand der Klagen und Beschwerden?

Sie richten sich gegen die Ausgestaltung der sogenannten Verbindlichen Entscheidungen der DRV. In ihnen sollte die Rentenversicherung, so lautete der gesetzliche Auftrag, die Beschaffung von medizinischen Reha-Leistungen transparenter als bisher regeln. Das Vergütungskonzept sollte nachvollziehbarer und die selektive Einrichtungsauswahl durch die Rentenversicherung objektiver werden. Bei der Umsetzung dieses Auftrags sollte die DRV die Leistungserbringerverbände beteiligen, was jedoch nur unzureichend erfolgt ist, und die Einwände der Verbände blieben in relevanten Punkten unberücksichtigt. Das hat im Ergebnis dazu geführt, dass zahlreiche Einzelregelungen der Verbindlichen Entscheidungen nicht rechtskonform sind. Dazu gehören Regelungen zum Belegungsvertrag, mit denen die Einrichtungen benachteiligt werden, und Vergütungsvorgaben sowie allgemeine Belegungsvorgaben. Ein Rechtsgutachten hat im Sommer 2023 die einzelnen Punkte dargelegt und ausführlich begründet. Das ist jetzt Grundlage für die Einzelklagen und die EU-Beschwerden.

Wo bestehen denn Verstöße gegen das EU-Recht?

Ein Verstoß gegen das EU-Recht liegt vor, weil die Rentenversicherungsträger hoheitliche Funktionen wahrnehmen und zugleich auf dem Markt der Leistungserbringung tätig werden. Dadurch besteht eine latente Diskriminierungsgefahr für die Vertragseinrichtungen.

Die Beschwerde soll also dazu führen, dass die DRV keine trägereigenen Einrichtungen mehr betreibt?

Nein, das ist nicht gewollt. Es ist aber nicht hinnehmbar, dass zum Beispiel privat betriebene Reha-Einrichtungen nur bei

Einhaltung bestimmter Voraussetzungen zur Leistungserbringung zugelassen werden, während eigene Einrichtungen der Rentenversicherung automatisch als zugelassen gelten. Zudem besteht die Gefahr, dass die Rentenversicherung ihre eigenen Einrichtungen bevorzugt. Um eine Diskriminierung der Vertragseinrichtungen zu verhindern, ist deshalb notwendig, diese bei der Ausgestaltung der Verbindlichen Entscheidungen gleichberechtigt einzubeziehen. Dies ist, wie gesagt, nicht geschehen und dagegen wehren wir uns.

Wie hoch ist das Risiko, dass die DRV die klagenden Kliniken sanktionieren, also weniger belegen wird?

Das wäre eine fatale Entwicklung. Aber ich denke, dazu wird es nicht kommen, und ich hoffe auch nicht, dass der Rechtsstreit zu einem Vertrauensbruch zwischen Kliniken und Rentenversicherungsträgern führt. Wir haben während der gesamten Entwicklungsphase der Verbindlichen Entscheidungen immer wieder versucht, in einem partnerschaftlichen Austausch mit der DRV zu sachlichen und ausgewogenen Ergebnissen zu kommen. Und auch das Rechtsgutachten sollte keine Drohung, sondern eine helfende Klarstellung sein. Leider ist die DRV darauf kaum eingegangen, deshalb blieb uns am Ende nur der Rechtsweg. Wir hoffen, dass damit auch für die Rentenversicherung Rechtssicherheit geschaffen wird.

Könnte das juristische Vorgehen dazu führen, dass dann die DRV zu Ausschreibungen verpflichtet wird?

Die Gefahr sehen wir nicht, denn die Intention der Verbindlichen Entscheidungen verstößt nicht gegen EU-Recht, da der Gesetzgeber ein diskriminierungsfreies Verfahren schaffen wollte. Dieser richtige Ansatz wird jedoch nicht konform umgesetzt, da die Leistungserbringerverbände lediglich ein Stellungsrecht erhalten und nicht gleichberechtigt mitentscheiden dürfen. Wir fordern nur die Diskriminierungsfreiheit ein und nicht, dass das ganze Gesetz gekippt wird. Das Rechtsgutachten macht klare Aussagen, die dafür sprechen, dass zugunsten der Kliniken und damit für eine bessere Versorgung der Patienten entschieden wird. Vermutlich wird es am Ende höchstrichterliche Entscheidungen geben, das kann durchaus Jahre dauern.