

# 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

### Chance vertan

Von Thomas Bublitz

Der Deutsche Bundestag hat die Krankenhausreform nach hitziger Debatte verabschiedet. Nun ist am 22. November der Bundesrat gefragt. Wird der Vermittlungsausschuss angerufen oder zeigt man sich vonseiten der Bundesregierung doch noch in Richtung der Bundesländer kompromissbereit? Als bedauerlich empfinde ich es nach wie vor, wie wenig inhaltlich über die Reformelemente diskutiert wurde. Aus meiner Sicht eine vertane Chance, denn die Reform ist notwendig und hätte durchaus das Potenzial für mehr gehabt.

Warum hat man nicht wirklich versucht, die Sektorengrenzen zu knacken und das Gesundheitswesen so für Patient:innen und Leistungserbringende besser zu machen? Dazu hätte man sich nicht nur auf die Krankenhausplanung fokussieren, sondern den gesamten Versorgungsprozess in den Blick nehmen sollen: die ambulante hausärztliche Versorgung, den Rettungsdienst, die Krankenhausversorgung und die Übergangspflege. Eine Planung am Patientenbedürfnis orientiert und als kommunizierende Röhre ausgestaltet. Die untere Grenzverweildauer streichen, um Anreize für mehr ambulante Versorgung am Krankenhaus zu schaffen. So hätte man die Ambulantisierung wirklich in Gang gesetzt. Den Effizienzgewinn kann man selbstverständlich nach Etablierung entsprechender Strukturen abschöpfen. Auch die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Versorgungsregionen wären in Gang gekommen.

Ich kann die Kritik der Bundesländer sehr gut verstehen, denen nun die Entscheidungsspielräume für die Krankenhausplanung genommen werden. De facto müssen sie gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst (von den Krankenkassen finanziert!) die Bundeskriterien nach § 135e SGB V abprüfen. Standorte, die diese Anforderungen nicht erfüllen, werden ab dem Jahr 2027 nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt. Damit ist die Krankenhausplanung der Länder obsolet.

Bedenklich finde ich auch den Politikstil der Ampelregierung, der mit populistischen Allgemeinplätzen jede Diskussion im Keim erstickt. Mehr Qualität für die Patient:innen, Verhinderung von schlechter Gelegenheitsversorgung in allen kleinen Krankenhäusern, Entökonomisierung (was ist das und für wen?) und Entbürokratisierung sind wichtige Reformziele. Jeder, der es wagte, die Lösungsansätze der Bundesregierung zu kritisieren oder gar konstruktive Verbesserungsvorschläge zu machen, wurde als Gegner der Reform in eine der zuvor genannten Ecken gestellt. Diesen Politikstil kannte ich bislang nur von einer anderen Partei.

Und nun? Für die privaten Krankenhausträger gilt es, sich schnell in diesem neuen Regelungsgeflecht zurechtzufinden und weiterhin eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu organisieren. Diese Angebote werden die zentralistischen Regularien überdauern.

## Krankenhausreform

# Länder sind jetzt in der Pflicht

Das vom Bundestag Mitte Oktober verabschiedete Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) wird die stationäre Versorgung in Deutschland nicht verbessern. Die letzte Chance hierfür hat jetzt der Bundesrat.

Die vom Bundestag beschlossene Fassung des KHVVG enthielt gegenüber dem vorherigen Entwurf zwar 50 Änderungsanträge, diese brachten im Ergebnis aber nur vereinzelte Korrekturen. Die wesentlichen Forderungen der Bundesländer und der Krankenhäuser blieben weiter unberücksichtigt. Nachgebessert werden könnte das Gesetz nur noch dann, wenn der Bundesrat in seiner Sitzung am 22. November entscheidet, den Vermittlungsausschuss anzurufen.

Seine konkreten Vorschläge für sinnvolle Korrekturen des KHVVG hat der BDPK für die Abgeordneten in Bund und Ländern zusammengestellt und ihnen übermittelt. Ein wesentlicher Kritikpunkt ist, dass nach der vom Bundestag beschlossenen Gesetzesfassung ab 2027 letztlich der Bund über die Krankenhausplanung entscheidet. Damit wird die verfassungsrechtlich garantierte Planungshoheit der Bundesländer ausgehebelt und ihnen fehlt die erforderliche Flexibilität, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Auch die von den Bundesländern und den Krankenhäusern geforderte Überbrückungsfinanzierung ist im KHVVG nicht vorgesehen.

### Vorhaltefinanzierung nicht fallzahlunabhängig

Darüber hinaus bestehen große Zweifel, ob die im KHVVG vorgesehenen Maßnahmen überhaupt die beabsichtigte Wirkung haben werden. Dies gilt vor allem für die Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Sie ist nach Ansicht des BDPK in der vorgesehenen Form nicht dazu geeignet, die Grundversorgungskrankenhäuser in den ländlichen Regionen zu stabilisieren und sie wird auch nicht die Konzentration hoch spezialisierter Behandlungen in Zentren fördern. Laut Gesetz werden 40 Prozent der Vergütung weiter über die tatsächlich erbrachten Fälle abgerechnet und die Krankenhäuser sollen 60 Prozent der bisherigen DRG-Finanzierung pauschal als Vorhaltevergütung erhalten. Doch auch dieser pauschale Anteil ist an die in der Vergangenheit erreichte Zahl der pro Leistungsgruppe versorgten Patient:innen geknüpft. Damit ist die Vorhaltefinanzierung also keineswegs dazu geeignet, notwendige Kliniken fallzahlunabhängig abzusichern. Hinzu kommt, dass einem Krankenhaus, das die sogenannte Mindestvorhaltezahle an Behandlungen nicht erreicht, die entsprechende Leistungsgruppe und damit auch deren pauschale Vorfinanzierung vollständig entzogen werden kann. Die Mindestvorhaltezahlen sind eine willkürlich gegriffene Größe ohne Evidenz und Fundierung – sie sollten aus dem Gesetz gestrichen werden. Um

das Überleben von notwendigen Kliniken mit geringen Fallzahlen wirklich zu sichern, schlägt der BDPK vor, die Vorhaltevergütung mit der Sicherstellung notwendiger, aber derzeit defizitär betriebener Behandlungsangebote zu verknüpfen: 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).

### Korrektur bei Fachkrankenhäusern erforderlich

Zu den 50 Änderungsanträgen, die noch kurzfristig die vom Bundestag beschlossene KHVVG-Fassung aufgenommen worden sind, gehört auch eine generelle Kooperationsmöglichkeit für Fachkrankenhäuser bei der Vorhaltung der verwandten Leistungsgruppen. Diese Regelung ist sinnvoll, da sie der Spezialisierung von Fachkrankenhäusern Rechnung trägt.

Allerdings kann sie nach dem aktuellen Gesetzentwurf nicht auf alle Fachkrankenhäuser angewendet werden, da das KHVVG auch eine neue Definition von Fachkrankenhäusern vorsieht. Nach dieser Definition gilt ein Krankenhaus als Fachkrankenhaus, wenn es mindestens 80 Prozent der Fälle in maximal vier Leistungsgruppen erbringt. Es wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass es viele Spezialisierungsgebiete gibt, in denen sich die Fälle auf mehr als vier Leistungsgruppen verteilen. Dies ist beispielsweise im Bereich der Orthopädie der Fall. Allein für die Endoprothetik und Revisionen sind vier verschiedene Leistungsgruppen vorgesehen. Orthopädische Fachkrankenhäuser, die darüber hinaus beispielsweise Wirbelsäulenbehandlungen anbieten, dürften nach dem aktuellen Definitionsvorschlag nicht mehr als Fachkrankenhaus eingestuft werden. Dies würde für viele orthopädische Fachkrankenhäuser in Deutschland faktisch zu einem Leistungsverbot führen, was nicht im Sinne des Gesetzgebers sein dürfte.

Seine konkreten Änderungsvorschläge für diese und andere Nachbesserungen am KHVVG hat der BDPK auch auf seiner Homepage ([www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)) veröffentlicht.

## Deutscher Reha-Tag 2024

# Gemeinsam Besserung schaffen

Mit einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung wurde am 11. Oktober in Berlin der 21. Deutsche Reha-Tag eröffnet. Im Mittelpunkt standen die Zugangswege zur Reha. Über weitere lokale Veranstaltungen informiert der Deutsche Reha-Tag auf seiner Homepage.

Eröffnet wurde die Veranstaltung im Haus der Diakonie Deutschland von den Hausherrn Dr. Jörg Kruttschnitt, Vorstand im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung, und Dr. Tomas Steffens, Referent für Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe der Diakonie Deutschland. Sie begrüßten die teilnehmenden Gesundheits- und Sozialpolitiker:innen, die Verantwortlichen aus dem Bundesgesundheits- und Arbeitsministerium sowie die Vertreter:innen der Leistungsträger und -erbringer. In ihrem anschließenden Grußwort schilderte die Schirmherrin des Deutschen Reha-Tages 2024, Kerstin Griese, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Arbeit und Soziales, ihre persönlichen Reha-Erfahrungen. Eine Reha im Frühjahr hatte ihr nach einer Knie-Operation geholfen, wieder fit zu werden. „Die frühzeitige Erkennung von Bedarfen und passgenaue Leistungen sind Grundvoraussetzungen für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess. Um schnell, barrierefrei und vor allem bedarfsgerecht Leistungen zu ermöglichen, muss es gelingen, den Zugang zu den verschiedenen Reha-Möglichkeiten bürokratiearm zu gestalten und zu vereinfachen“, sagte Griese. Die Digitalisierung biete hier enorme Chancen, sei aber auch eine Herausforderung, denn ein schlechter Prozess werde nicht besser, nur weil man ihn digitalisierte, so Griese.

Auch Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, erklärte in ihrem Vortrag, dass der Zugang

zu Reha-Leistungen ein entscheidender Schlüssel sei, um dem Erwerbsminderungsrisiko entgegenzuwirken. Bei der frühzeitigen Bedarfserkennung sind Modellprojekte wie der Ü45-Check oder das Pilotprojekt „RV Proaktiv“ wichtige Instrumentarien bei der DRV. „Rechtzeitig, individuell, einfach und barrierefrei – das sind wichtige Aspekte für den Zugang zu den Reha-Leistungen der DRV“, hob Gross in ihrem Vortrag hervor.

Kathrin Federmeyer, Medizinischer Dienst Niedersachsen, widmete sich in ihrem Vortrag dem Thema „Reha vor und bei Pflege: Feststellung des Rehabilitationsbedarfes in der Pflegebegutachtung“. Dem gesetzlich verankerten Grundsatz werde der Medizinische Dienst durch Empfehlungen zur medizinischen Reha bereits in der Phase der Pflegebegutachtung bei Erstantragsstellern gerecht, so Federmeyer. Mit konkreten Zahlen belegte Federmeyer die zunehmenden Empfehlungen für ambulante Reha-Maßnahmen explizit für Menschen mit Pflegegrad 1 und 2.

### Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit

Gülcan Miyanyedi, Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), behandelte in ihrem Vortrag den gemeinsamen Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen. Dies sei ein nicht gerade leichtes Unterfangen, sondern ein Mammutprojekt, das im Mai 2023 gestartet



Die Schirmherrin des Deutschen Reha-Tages 2024, Kerstin Griese, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Arbeit und Soziales, bei ihrem Grußwort



„Zugangswege frühzeitig bahnen: aktuelle Handlungsansätze der Deutschen Rentenversicherung“ – lautete der Titel des Vortrages von Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

wurde. Ziel ist die Förderung eines einfachen, ganzheitlichen, (auch) digitalen Zugangs, ausgehend vom Bedarf einer Person. Dieses Ziel beinhaltet die Entwicklung und Erprobung eines (digitalen) Prototyps für den trägerübergreifenden Reha-Antrag, trägerübergreifende Planungen für eine schrittweise Implementierung sowie die Information der Reha-Träger vor Ort. Der Prototyp des gemeinsamen Grundantrags wurde bereits erprobt und befindet sich aktuell in der Auswertungsphase. Ab November 2025 soll der gemeinsame Grundantrag systematisch umgesetzt werden.

Als weiterer Redner sprach Dr. Thomas Klein, Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht+ e. V., über das 2017 in Kraft getretene Nahtlosigkeitsmodell, dem eine wichtige Rolle bei den Reha-Zugangswegen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zukommt. Das Modell wurde von den Krankenkassen, der Rentenversicherung und den Leistungserbringerverbänden entwickelt und listet heute rund 360 Akutkliniken auf, die die dafür nötigen Kriterien erfüllen. Zentrale Bedeutung hätten, so Klein, die Haus- und Fachärzt:innen sowie die Psychotherapeut:innen in Kombination mit Akutkliniken und ambulant pharmakologischer Unterstützung. Prävention und Rehabilitation stärker miteinander zu vernetzen, berge nach wie vor großes Potenzial bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Den Abschluss der Impulsvorträge bildeten Ines Krahn vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen und Dr. Christopher Kofahl, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sie stellten ihre Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „KoReS“ – Kooperation mit der Selbsthilfe in Rehabilitationskliniken vor.

Nach den Vorträgen befassten sich die Expert:innen in einer Podiumsdiskussion mit den aktuellen Herausforderungen beim Zugang zur medizinischen Reha. Auf dem Podium nahmen dabei auch Ingo Dörr, Arbeitskreis Gesundheit e. V., Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, sowie Dr. Irmgard Landgraf und Dr. Jaime-



An der Podiumsdiskussion beteiligten sich die Teilnehmer:innen sehr interessiert und rege.

Jürgen Eulert-Grehn vom Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e. V. teil. Themen waren die strukturellen Probleme und bestehende Herausforderungen für Hausärzte bei der Beantragung von Reha-Leistungen. Moderatorin Friederike Neugebauer, Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V., fasste zum Ende der Podiumsdiskussion zusammen: Um den einfachen und bürokratiearmen Zugang zur Rehabilitation chancengerecht zu gestalten, sind der Austausch und das Miteinander aller Akteure und notwendig.



Referent:innen und Diskussionsteilnehmer:innen bei der Auftaktveranstaltung zum Deutschen Reha-Tag 2024 (stehend, v. l.): Kathrin Federmeier, Friederike Neugebauer, Brigitte Gross, Dr. Thomas Klein, Gülcan Miyanyedi, Ingo Dörr, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Jaime-Jürgen Eulert-Grehn, Ines Krahn, Dr. Tomas Steffens. Sitzend (v. l.): Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann und Dr. Christopher Kofahl. Fotos: D. Gust