

# BDPK News

## Nachrichten, Positionen, Berichte

ViSdP: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.  
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (030) 2400899-0  
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de · Redaktion: Katrin Giese



Thomas Bublitz,  
Hauptgeschäftsführer

Von Thomas Bublitz

Ein Blick in die normalen Lebensbereiche eines jeden Menschen zeigt, dass es gut ist, mit einem gesunden Misstrauen durchs Leben zu gehen. Das Auto muss in die Werkstatt, und danach bleibt die Frage, ob tatsächlich das Motoröl gewechselt wurde.

Ähnliches muss auch für den Krankenhausbereich gelten. Schließlich darf es nicht sein, dass die Kliniken Leistungen abrechnen, die sie nicht erbracht haben. Die Prüfungen im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) dienen dafür als Kontrollinstrument. Wenn es doch so wäre! Die Realität sieht anders aus. Die Abrechnungsdaten des Krankenhauses werden mit entsprechender Software von den Krankenkassen vorgeprüft und auf mögliche Schwachstellen analysiert. Zielsetzung ist dabei nicht so sehr die Frage, ob die Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Von Interesse ist vielmehr: Wurden die Leistungen richtig dokumentiert? Denn ohne Dokumentation keine oder nur eine gekürzte Abrechnung! So lautet die Kurzformel für die MDK-Prüfungen.

Krankenkassen, die dieses Geschäft besonders gut verstehen, können sich Wettbewerbsvorteile in Form von geringeren Krankenausgaben verschaffen. Für diese Strategie muss der MDK als Erfüllungshelfer der Krankenkassen dienen. Dass dabei die eine oder andere rationale Herangehensweise auf der Strecke bleibt, liegt auf der Hand.

Doch damit nicht genug: Aktuell erarbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Beschluss einer Qualitätskontrollrichtlinie. Dann kommt der MDK ein weiteres Mal zur Überprüfung ins Haus, ob denn auch alle Strukturkriterien tatsächlich eingehalten werden. Zusammen mit den neuen Regelungen für Mindestmengen bereitet mir dieser enorme Machtgewinn des MDK erhebliches Kopfzerbrechen. Nun nämlich existieren dezidierte Vorschriften, wie welche Leistungen zu zählen und wie die Ergebnisse zu bewerten sind. Kommt rückschauend heraus, dass das Krankenhaus die Vorgaben zur Mindestmengenregelung nicht eingehalten hat, ist das der perfekte Zeitpunkt, um die Leistungserbringung durch diesen Krankenhausstandort infrage zu stellen. Alles in allem wächst die strategische Bedeutung des MDK für die gesetzlichen Krankenkassen enorm. Der MDK hilft den Krankenkassen, fällige Rechnungsbeträge zu kürzen und stellt gleichzeitig die Berechtigung zur Leistungserbringung infrage. Wenn das Ergebnis die Schließung eines Krankenhausstandortes ist, ist das für die Krankenkassen ein weiterer Gewinn.

Der bürokratische Aufwand in den Krankenhäusern im Umgang mit der MDK-Prüfung ist enorm. Noch immer gibt es weder eine Transparenz der Prüfergebnisse noch eine Regelung zum strukturierten Umgang. Häufig wissen die Krankenhäuser nicht, welche Abrechnungsfehler ihnen konkret zur Last gelegt werden. Für problematisch halte ich auch die Tatsache, dass Krankenkassen anbieten, für eine pauschale prozentuale Rechnungskürzung den Prüfaufwand für das betreffende Krankenhaus zu minimieren. Solche Geschäftspraktiken erinnern mich an den Ablasshandel im Mittelalter, der schon vor 500 Jahren Martin Luther auf die Palme brachte.

Von der kommenden Bundesregierung wünsche ich mir neue Regelungen für einen interessensunabhängigen MDK – mit geringem bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser und schlussendlich für mehr Zeit für die Patientenversorgung.

# Neufassung der Mindestmengenregelungen

## Rechtssicherheit erwünscht

Mitte November hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Neufassung der Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen sowie ein neues Kapitel zu den Mindestmengen in seiner Verfahrensordnung beschlossen.

Bisher war die Einführung von Mindestmengen bei planbaren Leistungen daran gebunden, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses „in besonderem Maße“ von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig sein musste. Diese Formulierung ist im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHS) gestrichen worden.

Nunmehr muss eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen der Behandlungsmenge und der Ergebnisqualität der Leistung hinweist. Künftig, so die Hoffnung des Gesetzgebers, wird es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) so leichter fallen, Mindestmengen rechtssicher zu definieren.

### Verfahrensordnung für mehr Transparenz

Näheres zur Auswahl sowie Festlegungen zur Höhe einer Mindestmenge regelt der G-BA jetzt in seiner Verfahrensordnung. Ziel dieser Bestimmungen ist es, Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen transparenter und nachvollziehbarer zu gestalten.

Gemäß der neuen Mindestmengenregelung (Mm-R) ist ein Krankenhaus in der Regel zur Leistungserbringung berechtigt, wenn es im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Berücksichtigung bei der jährlichen Prognose können auch die Leistungsmenge der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres

und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres sowie personelle und strukturelle Veränderungen finden.

### Die Qualität zählt

Hat sich mit der Neufassung nun alles geändert? Mindestmengen sind ein von Krankenhäusern seit Langem anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung. Sinnvoll ist eine Mindestmenge dort, wo sich ein Zusammenhang zwischen der festzulegenden Mindestmenge und einer besseren Versorgungsqualität nachweisen lässt. Und auch wenn der Gesetzgeber die Nachweispflichten für den G-BA niedriger ansetzt, bleibt der konkrete Qualitätsbezug erhalten. Mit den Regelungen in der Verfahrensordnung soll vor allem sichergestellt werden, dass Krankenhäuser, die eine festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, entsprechende Leistungen auch nicht erbringen.

Es ist zu hoffen, dass dies tatsächlich zu einer größeren Rechtssicherheit in der Anwendung und nicht nur zu neuen Nachweispflichten für die Kliniken führt. Im Interesse der Patienten ist außerdem wichtig, dass Krankenhäuser, deren Leistungen trotz Unterschreitens der Mindestmenge von hervorragender Qualität sind, nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es muss geklärt werden, was „die Mindestmenge“ für solche Krankenhäuser bedeutet, die ein bestimmtes Quorum nicht erreichen, für die Sicherstellung der Versorgung aber gleichwohl gebraucht werden.

### BDPK-Vorstand: Neubesetzungen in der Führungsspitze



Der Vorstand des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. wählte auf seiner jüngsten Sitzung in Berlin Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG, zum 1. Vizepräsidenten und Dr. Marina Martini, Vorstand AMEOS Gruppe, zur 2. Vizepräsidentin im BDPK-Vorstand.

Außerdem wurde Dr. Mate Ivančić, Regionalgeschäftsführer Region Mitte und Mitglied der erweiterten Geschäftsführung der Helios Kliniken GmbH, einstimmig als neues Vorstandsmitglied gewählt.

Thomas Lemke, Dr. Marina Martini und Dr. Mate Ivančić zählen zur Riege der Top-Krankenhausmanager im deutschsprachigen Raum. In Zeiten wachsender gesundheitspolitischer Herausforderungen sind sie in der BDPK-Führungsspitze für den Bundesverband ein großer Gewinn.

Anlass für die Neuwahlen waren personelle Veränderungen im BDPK-Vorstand: Dr. Michael Philippi, der zum 29. Dezember 2016 die Sana Kliniken AG, München, als Vorsitzender des Vorstandes verlassen hatte, stand infolgedessen nicht mehr als 1. BDPK-Vizepräsident zur Verfügung. Auch Dr. Francesco De Meo legte sein Amt als 2. Vizepräsident nieder. Beide blicken auf eine langjährige konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem BDPK-Vorstand zurück und werden dem Bundesverband weiterhin mit ihrer Expertise und ihren Erfahrungen unterstützend zur Seite zu stehen.

# Neue Ideen für erfolgreiche Reha-Maßnahmen

## Der Reha-Zukunftspreis 2017

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) und der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) fördern mit dem „Reha-Zukunftspreis“ nun zum zweiten Mal Best-Practice-Beispiele, die mit ihren Innovationen die rehabilitative Versorgung inspirieren und verbessern.



vorne: Preisträger (v.l.n.r.) Prof. E. Hoberg, Dr. D. Benninghoven, Mühlenbergklinik-Holsteinische Schweiz; Prof. Ch. Skudlik, iDerm, Universität Osnabrück; A. Weiland, Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof; hinten: Jury (v.l.n.r.) Dr. S. Weinbrenner, DRV Bund; Prof. L. Feige, Ostfalia Hochschule; Prof. Dr. U. Koch-Gromus, UKE; Th. Bublitz, BDPK. Foto: D. Gust

Viele Verbesserungen in der Patientenversorgung entstehen durch Engagement und Kreativität des Reha Teams unmittelbar in der täglichen Arbeit. Besondere Ideen, die zum Erfolg der rehabilitativen Maßnahmen beitragen, sollen mit dem Reha Zukunftspreis öffentlich gewürdigt werden.

Die drei unterschiedlich dotierten Auszeichnungen wurden im Rahmen der IQMG Jahrestagung am 29. November 2017 vergeben. Zuvor hatte eine Jury – mit Vertretern von Kostenträgern, aus Reha Wissenschaft und Praxis – alle eingereichten Arbeiten bewertet. Zu den Bewertungskriterien gehörten Originalität/Innovation, verbesserte Versorgung/Umsetzbarkeit und effizienter Einsatz von Ressourcen.

Den ersten Platz belegte eine Projektgruppe aus der Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz für ein Programm zur multimodalen Rehabilitation für Erwachsene mit Marfan Syndrom. Im Rahmen des Pilotprojekts wurden in zwei geschlossenen Gruppen insgesamt 18 Rehabilitanden mit Marfan Syndrom rehabilitiert. Das Behandlungsprogramm sah aufeinander abgestimmte Therapieangebote durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam vor. Die Rehabilitationsbehandlung erwies sich als sehr erfolgreich. Das heißt: Es traten keine medizinisch unerwünschten Ereignisse auf, die körperliche Fitness und die psychische Befindlichkeit der Rehabilitanden verbesserten sich signifikant. Diese Effekte blieben im Ein Jahres Follow up tendenziell erhalten. Das Konzept entstand in Kooperation mit der Marfan Hilfe Deutschland e.V. und dem Universitären Herzzentrum in Hamburg und wird

aufgrund seiner positiven Effekte fortgesetzt. Die weitere Evaluation sowie eine Weiterentwicklung auf der Grundlage der gesammelten Erfahrungen sind vorgesehen.

Die Langzeitevaluation eines interdisziplinären, ambulant stationären Rehabilitationsprogramms für Patienten mit schweren und chronischen Hauterkrankungen wurde mit dem zweiten Platz ausgezeichnet. Die Preisträger: ein Projektteam vom Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück. Das „Verfahren Haut“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sieht bei schweren, ambulant therapieresistenten berufsbedingten Hauterkrankungen mit drohendem Zwang zur Unterlassung der schädigenden beruflichen Tätigkeit die Durchführung eines Rehabilitationsprogramms vor. Zu dem dreiwöchigen stationären Aufenthalt in einem berufsdermatologischen Schwerpunktzentrum gehören ein interdisziplinär medizinisches und pädagogisches Interventionsprogramm und eine nachstationäre ambulante hautärztliche Betreuung. Die Maßnahme zählt zur tertiären Individualprävention (TIP) und hat unter der Bezeichnung „TIP Maßnahme“ Eingang in die Praxis gefunden. Die vorliegenden Fünf Jahres Langzeitergebnisse zeigen die Effektivität des Programms. Nur rund ein Viertel der Fälle gab aufgrund der schweren Berufsdermatose in dem untersuchten Zeitraum die berufliche Tätigkeit auf. Auch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage verringerte sich signifikant bei gleichzeitiger Reduktion von Hauterscheinungen und nebenwirkungreicher Therapien, begleitet von einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität der Patienten.

Den dritten Platz belegten Ann Christin Weiland und ihr Team vom Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof. Das prämierte Trainingsprogramm „MS Int@kt“ unterstützt internetbasiert Patienten mit Multipler Sklerose (MS) und Fatigue Symptomatik. Die erhöhte Erschöpfbarkeit (Fatigue) findet sich bei bis zu 92 Prozent aller MS Patienten und gehört damit zu den häufigsten behindernden Symptomen, mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit. Das „e Training“ mit „MS Int@kt“ ist ein computergestütztes bewegungstherapeutisches Heimtraining, gesteuert und betreut durch Physiotherapeuten. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass die Effekte der Rehabilitation bezüglich der Fatigue Symptomatik, der Lebensqualität wie auch der Mobilität mit einem dreimonatigen poststationären internetbasierten Trainingsprogramm sechs Monate nachhaltig aufrechterhalten werden können.



IQMG-Jahrestagung; Fotos: Dietmar Gust

## IQMG-Jahrestagung 2017 in Berlin

# Das Ergebnis zählt!

Fachkräftemangel, Rente mit 67, eine wachsende Zahl alter pflegebedürftiger Menschen: Rehabilitation gewinnt an Bedeutung und sie lohnt sich. Wenn die Qualität der Rehabilitationsangebote stimmt. Doch wie lässt sich die Ergebnisqualität messen? Experten aus Wissenschaft und Praxis suchten nach Antworten auf der 12. IQMG-Jahrestagung in Berlin.

„Der Reha Outcome ist für den Rehabilitanden am Wichtigsten. Im Fokus stehen dabei vor allem Aspekte der Ergebnisqualität, die für den Rehabilitanden persönlich relevant sind und die er auch nachvollziehen kann: die sogenannten Patient reported Outcome Measures.“ Dr. Jens Deereberg Wittram, Direktor bei The Boston Consulting Group GmbH, hob mit diesem Statement den Patientennutzen als wichtigen Faktor zur Qualitätsmessung in der Reha hervor. Dazu zählen die nachhaltige Verbesserung der körperlichen Funktionalität, der mentalen Verfassung und der Lebensqualität.

Im Passauer Wolf Reha Zentrum Bad Gögging komme dem Patienten eine tragende Rolle bei der Reha Ergebnis-messung zu, betonte Dr. Stefan Triebel, Chefarzt Orthopädie und ärztlicher Direktor. In vier Qualitätsdimensionen werden rund 400 Qualitätsindikatoren gemessen, die Patienten, Angehörigen, Ärzten und Zuweisern zur Orientierung dienen. Sie wurden von 4QD Qualitätskliniken.de entwickelt und dort im Reha Portal abgebildet. Das schafft Transparenz, die das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten stützt und die Möglichkeit bietet, die Qualität in der Rehabilitation erstmals direkt zu vergleichen.

Prof. Karla Spyra, Leiterin der Forschungsabteilung Rehabilitation an der Berliner Charité, stellte eine Studie vor, die sich dem Vergleich der Qualitätssicherung (QS) von Rehabilitationskliniken in Deutschland und in der Schweiz widmet. Die Schweiz legt in der Qualitätssicherung einen alleinigen Schwerpunkt auf die Ergebnisqualitätsmessung – im Gegensatz zum deutschen Reha QS System, in dem

zum Teil die Strukturqualität noch eine dominierende Rolle einnimmt.

Die Weichen für einen fairen Reha Qualitätswettbewerb seien durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) gestellt, erklärte Dr. Susanne Weinbrenner, Leiterin des Geschäftsbereichs Reha bei der DRV Bund. 2018 starte die DRV ihre Pilotphase zur qualitätsorientierten Reha Belegungssteuerung, in den Indikationen Orthopädie/Rheumatologie.

Meinolf Moldenhauer, Referent für Reha beim GKV Spitzenverband, berichtete über die Ergebnisse aus dem aktuellen QS Reha Verfahren und die Weiterentwicklung der Ergebnisqualitätsmessung im QS Reha. In der Geriatrie werden ab 2018 erstmals Reha Zielkategorien als individualisierte Ergebnismessung eingesetzt.

Ein fairer Qualitätswettbewerb zwischen Reha Kliniken funktioniere nur im Dialog mit Leistungserbringern, Leistungsträgern und Rehabilitanden. Transparenz und eine konstruktive Fehlerkultur seien Antrieb für eine Qualitätsentwicklung in allen stationären Reha Kliniken, so das Resümee der Referenten während der Podiumsdiskussion am ersten Tag.

Der Seitenblick kam am Ende der Veranstaltung von Prof. Gunter Kreutz, Musikwissenschaftler an der Universität Oldenburg. „Singen für mehr Lebensqualität“ lautete sein Credo, verbunden mit dem Vorschlag, Module wie Musizieren, Singen und Bewegen in die Ausbildung von Pflegekräften einfließen zu lassen. Den Nutzen hätten beide Seiten: Fachkräfte und Pflegebedürftige. Denn: Singen macht glücklich.

Mehr Informationen unter [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de)

## Reha-Finanzierung 2018

# Der Druck steigt weiter

Die in der AG MedReha zusammengeschlossenen Verbände haben auch in diesem Jahr ein Gutachten beauftragt, die Kostenveränderungen für Rehabilitationseinrichtungen für 2018 aufzuzeigen. Nicht nur die Personalkosten steigen, auch in anderen Bereichen müssen Reha-Kliniken mehr leisten – etwa bei Patienten mit multiresistenten Keimen.

Von Prof. Dr. Peter Borges, Agnes Zimolong

Die Herausforderungen für die Reha-Kliniken steigen. Die Vergütungshöhen bilden die tatsächlichen Kosten nicht ab, gleichzeitig steigen die Anforderungen an Strukturen, Prozesse und Qualität. Dieses Mantra wird oft wiederholt. Aber ist es nur ein allgemeines Wehklagen, oder verändert sich die Reha-Branche wirklich nachhaltig? Im Zeitraum von 2006 bis 2015 sind die stationären Leistungen (Fallzahlen, Pflegetage) in der Reha gestiegen. Gleichzeitig sind die Kapazitäten auf dem Markt zurückgegangen (Abbildung 1). Die Marktkonsolidierung

schreitet also, ob versorgungspolitisch nun gewollt oder nicht, voran. Die Leistungsträger der Rehabilitation haben laut § 19 Absatz 1 SGB IX den Sicherstellungsauftrag und sollen darauf hinwirken, dass fachlich und regional erforderliche Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Aber wird dieser Auftrag wirklich umfassend erfüllt?

Anders als bei der Krankenhausplanung der Länder gibt es für die Rehabilitation keine strukturierte Bedarfsplanung. In vielen Metropolregionen sucht man erfolglos wohnortnahe Re-

ha-Kliniken; den immer älteren Patienten werden weite Wege zugemutet. Auch der Zugang zur ambulanten Reha wird erschwert. Die Marktkonsolidierung erfolgt planlos, und die Entwicklung wichtiger gesundheitspolitischer Versorgungsstrukturen überlässt die Politik dem Zufall.

### Personal wird zur entscheidenden Frage

Der Wettbewerb um qualifiziertes Personal hat bereits begonnen. Die Akquisition und Bindung von Personal wird

## Entwicklungen der Leistungen und Kapazitäten

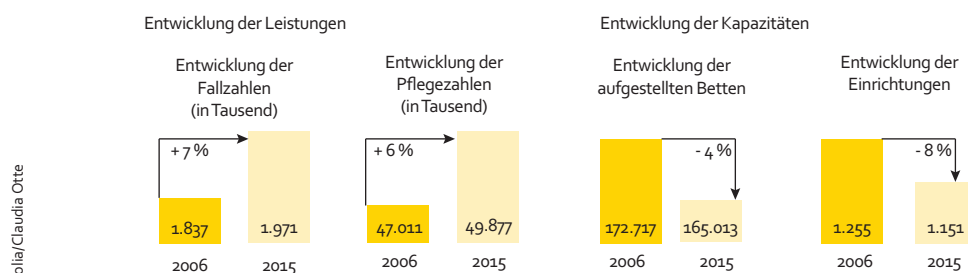


Foto: Fotolia/Claudia Otte

Quelle: destatis

Abb. 1

für viele Reha Kliniken zur existenziellen Frage. Dies betrifft nicht nur die Ärzte und Psychologen, sondern auch die Berufsgruppen des therapeutischen Dienstes und die Pflegekräfte. Die heute schon zum Teil dramatische Situation wird durch Veränderungen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens weiter angeheizt. Infolge der geplanten personellen Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G BA) für die Krankenhäuser werden mehr qualifizierte Kräfte im Krankenhaus gebraucht. Auch in der Altenpflege sind Vorgaben zum Beispiel bei der Examinierten Quote bindend.

Die Reha Einrichtungen müssen sich daher zukünftig noch mehr anstrengen, attraktive Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeiter zu bieten. Entscheidend werden nicht zuletzt die finanziellen Anreize sein, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Viele Reha Klinikums, die bisher nur niedrigere Personalvergütungen realisieren konnten, befürchten aktuell deutlich überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen. Auch die mit dem Fachkräftemangel verbundenen Aufwände für Personalakquise steigen überproportional. Ein Kostennachweis der Reha

Einrichtungen, der repräsentativ nachweist, welche Gehaltsgefüge in den Rehabilitationskliniken vorherrschen, existiert jedoch nicht. Die branchenweit „gefühlten“ Dimensionen können nicht mit statischen Zahlen nachvollzogen werden.

Aber wie werden die erwarteten Personalkostensteigerungen refinanziert? Wo und wie können Kliniken zukünftig qualifizierte Kräfte finden? Bisher fehlen zum Thema Personal nicht zuletzt auch politische Lösungskonzepte. Die neue Bundesregierung sollte möglichst schnell nachhaltige Antworten erarbeiten. Für die Rehabilitation bleibt in der Zwischenzeit nur zu hoffen, dass die Rehabilitationsträger ausreichend für das Thema Personal sensibilisiert sind und die Vergütungssätze entsprechend erhöhen, damit die notwendigen Suchkosten und höheren Gehälter refinanziert werden und die Kosten Erlöschere nicht noch weiter aufgeht.

### Steigende medizinische Anforderungen kosten Geld

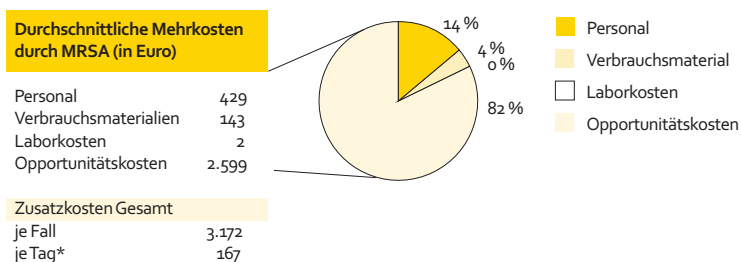
Insbesondere in der Anschlussrehabilitation steigen zudem auch die Anforderungen an die Reha Kliniken. Die

DRG führen zu kürzeren Verweildauern. Die Patienten sind zu Beginn der Reha pflegeaufwendiger, und auch die medizinischen Ansprüche steigen. Dies lässt sich am Beispiel der Rehabilitation bei Patienten mit multiresistenten Keimen veranschaulichen. Untersuchungen zur Prävalenz zeigen, dass die Thematik eine hohe Relevanz für die Rehabilitation hat. So schätzt das RKI in der Empfehlung die Prävalenz zwischen zwei bis zwölf Prozent je nach Indikation.

Leider gibt es nicht viele Studien, die sich mit den zusätzlichen Kosten für Reha Einrichtungen beschäftigen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die zu erwartenden zusätzlichen Kosten infolge einer MRSA Versorgung bei Isolationspflicht innerhalb einer medizinischen Rehabilitation.

Anders als im ambulanten Bereich, wo niedergelassene Ärzte im Rahmen des EBM Katalogs, oder in der akuten stationären Versorgung, wo Krankenhäuser über die Kodierung des OPS Codes 8–987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit MRE) sowie über entsprechende Fallpauschalen zusätzliche Aufwände abrechnen können, fehlt in der Rehabilitation eine entsprechende Systematik.

## Durchschnittliche Mehrkosten durch eine MRSA-Infektion



\* bei einem Aufenthalt von rund 19 Tagen

Quelle: Prof. Fleßa/Hübner (2016)

Abb. 2

Nur vereinzelt gibt es Vereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern.

Um die qualitative und quantitative Versorgung mit medizinischen Rehabilitationsleistungen für Patienten mit multiresistenten Keimen gewährleisten zu können, ist eine sachgerechte und transparente Kalkulation der zusätzlichen Kosten und deren Abbildung in Vergütungsregelungen notwendig. Da bei sollte zwischen direkten Kosten und klinikindividuellen Opportunitätskosten differenziert werden.

### Bis zu 20 Euro je Pflgetag fehlen

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Gutachten mit dem Ziel erstellt, den Investitionsstau in der Rehabilitation zu quantifizieren beziehungsweise durch entsprechende Vergütungssatzsteigerungen abzumildern. Während die jährlichen Vergütungssatzanpassungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in den vergangenen Jahren die jährlichen Kostensteigerungen weitestgehend kompensieren, ist es die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die hier mit Einzelverträgen oftmals deutlich unter diesen Werten bleibt. Ein Inflationsausgleich ist somit im Bereich der DRV gegeben, die GKV Sätze zwingen die Kliniken hingegen zum Substanzverlust. Auch transparent dargestellte und plausible Steigerungen der Kosten werden oft nicht akzeptiert. Diese Situation ist für viele Reha Einrichtungen nicht mehr tragbar, und man kann nur dazu aufrufen,

die Möglichkeit der Schiedsstellenverfahren branchenweit regelhaft zu nutzen.

Um die Frage der „richtigen“, also substanznerhaltenden und leistungsgerechten Entgelte zu beantworten, wurde im Jahr 2012 eine Kalkulation einer Musterklinik mit den Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik auf Grundlage der wesentlichen DRV Vorgaben erstellt und in ihrer Systematik vollständig offengelegt. Die ermittelten Tagessätze berücksichtigen erstmals systematisch auch die Investitionen. Festzustellen bleibt, dass die erforderlichen Vergütungssätze aus dem Jahr 2012 auch fünf Jahre später nahezu flächendeckend nicht erreicht werden.

Um die Höhe des Investitionsbedarfs oder -staus zu dimensionieren, wurden in den Jahren 2015 und 2016 bundesweite Befragungen vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen ein notwendiges Investitionsvolumen von fünf Milliarden Euro in den kommenden fünf Jahren. Dies entspricht einem Betrag von durchschnittlich 20 Euro je Pflgetag über alle Indikationen.

### 3,17 Prozent mehr sollten es sein

Neben den hier dargestellten Haupttreibern gibt es weitere, sich kurzfristiger auswirkende Faktoren auf die wirtschaftliche Situation der Reha Einrichtungen. Die in der AG MedReha zusammengeschlossenen Verbände der medizinischen Rehabilitation haben die Aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH

mit einer Neuauflage und Erweiterung des jährlichen Gutachtens beauftragt. Zielstellung des Gutachtens ist es, die Kostenveränderungen für Rehabilitationsleistungen für das Jahr 2018 auf Basis aktuellster statistischer Entwicklungen und Prognosen in einer Modellrechnung aufzuzeigen.

Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2018 zeigt im Vergleich zu 2017 Steigerungsraten von 2,16 bis 3,17 Prozent. Bei dem höheren Erwartungswert von 3,17 Prozent wurden übertarifliche Personalkostensteigerungen von bis zu 3,8 Prozent gegenüber 2017 berücksichtigt. Damit wurde der Notwendigkeit für überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen aufgrund der schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt zum Teil Rechnung getragen. Der Gutachter empfiehlt daher, dass sich die Vergütungssatzsteigerungen für das Jahr 2018 an dem Maximalwert von 3,17 Prozent orientieren.

**Prof. Dr. Peter Borges**  
Gründer und Geschäftsführer

**Agnes Zimolong**  
Gründerin und Geschäftsführerin  
Aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH  
Eupener Straße 70  
50933 Köln

**JETZT  
ANMELDEN**

## KOMPAKTWISSEN FÜR KODIERFACHKRÄFTE

26. Juni 2018 | 26. Oktober 2018

Seminar-Doppelangebot für Kodierfachkräfte mit praxisrelevanten Vorträgen und hilfreichen Informationen zu allen aktuellen beruflichen Anforderungen



**Bibliomed**  
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

**consus**  
Akademie

Voraussichtlich mit folgenden Referenten: **Prof. Dr. Thomas Auhuber**, Leiter Medizinmanagement, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin | **Dr. Bettina Beinhauer**, Leiterin Medizincontrolling, Agaplesion | **Dr. Ulf Dennler**, Vorstandsmitglied DGfM; Geschäftsbereichsleiter Medizinische Leistungssteuerung, Städtisches Klinikum München | **Dr. Jens Göring**, Leiter Akademie, consus clinicmanagement | **Ulrike Kramer**, 2. Vorsitzende DVSG, Leitung Sozialdienst/Case Management, Universitätsklinikum Essen | **Dr. Erika Raab**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende DGfM, Leitung Konzernmanagement und Recht Klinikum Darmstadt GmbH | **Jannis Radeleff**, Schriftführer des DGfM-Vorstands, Senior Manager Reimbursement DACH, Abbott Laboratories | **Barbara Schulte**, Geschäftsführerin Finanzen und Infrastruktur, Klinikum Region Hannover | **Veronika Schulte-Marin**, Leiterin Geschäftsbereich Entlassmanagement, consus clinicmanagement | **Dr. Ernst Spitzenpfeil**, freiberuflicher DRG-Berater, Fürth | **Melanie Urspruch**, AOK-Hessen | **Nicole Wagner**, Fachanwältin für Medizinrecht, Bredenhorn-Wendland | **Dr. Pia Wieteck**, Leitung Abteilung Forschung und Entwicklung Recom | **Dr. Karen Wismann**, Leiterin operatives und strategisches Medizincontrolling, consus clinicmanagement



Detaillierte Informationen  
und Anmeldung unter  
[bibliomed.de/kodierfachkraefteseminar](http://bibliomed.de/kodierfachkraefteseminar)

### Best Practice (1) DRG-Kodierung und Erlössicherung

26. Juni 2018, Kongresszentrum Klinikum Region Hannover

Programmauszug:

- Personal in der Kodierung folgt den Erlösen und umgekehrt. Karriere als Kodierfachkraft: Ergebnisse der Gehalts- und Fortbildungsumfrage der consus Akademie
- Prüfung der stationären Abrechnung auf Kassenseite (Sozial-)Gerichtsverfahren – Subjektives und Objektives
- Verweildauersteuerung und Entlassmanagement – ein tolles Team
- Pflegerelevante Nebendiagnosen und PKMS
- Kodierung in der Intensivmedizin
- Kodierung in der Orthopädie
- Kodierung in der Kardiologie und Kardiochirurgie

### Best Practice (2) Qualitätstag für Kodierfachkräfte

23. Oktober 2018, Kongresszentrum Klinikum Kassel

Programmauszug:

- Qualität in der Kodierung: Vom gesetzlichen Auftrag zur Umsetzung im Berufsalltag
- Qualität mit Routinedaten: Zusammenhang zwischen QS und Abrechnungsdaten
- Fallbegleitende Kodierung (mit interdisziplinärer Fallbesprechung)
- Kontrollieren und Messen: Wie überprüfe ich die Qualität in der Kodierung?
- Personalqualifizierung unter Qualitätsgesichtspunkten: Lebenslanges Lernen für Qualität in der Kodierung
- Maschinengesteuertes Kodieren im Alltagseinsatz: Nutzen und Schwachstellen der Automatisierung