

Gesundheitspolitische Positionen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. im Wahljahr 2017



Positionen auf einen Blick



Wettbewerb im Gesundheitswesen

- Patientenwohl durch qualitativ hochwertige Versorgung ohne Wartezeiten,
 - innovative Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung,
 - effizienter Umgang mit beschränkten Ressourcen.
-



Akutkrankenhäuser

- Wettbewerb um bestmögliche Versorgungsqualität,
 - keine Subventionen öffentlicher Krankenhäuser aus Steuermitteln,
 - mehr Qualitätstransparenz für Patienten.
 - Zeit für Patienten schaffen: Bürokratie abbauen,
 - Investitionsprogramm für moderne Infrastruktur, Medizintechnik und E-Health.
-



Rehabilitation

- Mit Rehabilitation Pflege vermeiden:
Die medizinische Einschätzung des behandelnden Arztes muss zur Reha-Leistung für den Patienten führen.
- Der Patient hat die freie Wahl unter den zugelassenen und geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.
- Leistungserbringerverbände und Reha-Träger gestalten gemeinsam Rahmenverträge über die Versorgung, Vergütung und Belegung.

Kliniken in privater Trägerschaft



1.323 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft repräsentiert der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. deutschlandweit, das sind

700 Krankenhäuser in privater Trägerschaft,

623 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft.



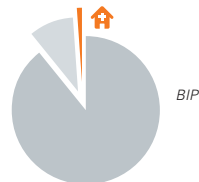
Jedes **3. Krankenhaus** und jede **2. Reha-Klinik** befinden sich in privater Trägerschaft.



8 Millionen Patienten werden pro Jahr in privaten Kliniken behandelt.



250.000 Mitarbeiter sind in privaten Kliniken beschäftigt.



Kliniken in privater Trägerschaft sind insgesamt mit ca. **1 %** (Gesundheitsausgaben insg. 11,5 %) am BIP beteiligt.

Grundsätzliche Positionen und Vorstellungen zur Weiterentwicklung der stationären Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Dynamik, Flexibilität und Wettbewerb erhalten

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Offener und fairer Wettbewerb nach anerkannten Regeln ist eine konstitutive Maxime unserer Gesellschaft. Auch die zuletzt immer stärkere wettbewerbliche Orientierung der Gesundheitsversorgung hat bestätigt, dass dynamische und flexible Verfahren maßgeblich zur anforderungskonformen Weiterentwicklung der Strukturen beitragen. Ein wettbewerbliches Gesundheitswesen entfaltet positive Steuerungsimpulse in einem System, das zur Versorgung kranker Menschen naturgemäß nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stellen kann. Wettbewerb befähigt alle, die sich diesen Herausforderungen stellen – und zwar im positiven Sinne

- *zu einer noch intensiveren Orientierung am unmittelbaren Patientenwohl;*
- *zu einer natürlichen Selbstverpflichtung auf ein qualitativ hochwertiges medizinisches Leistungsangebot, das sich im Einzelfall immer primär den medizinischen Erfordernissen und nicht allein wirtschaftlichen Zielen oder sozialen Kriterien, wie bspw. dem Status eines Patienten, verpflichtet fühlt;*
- *zur innovativen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur umfassenden und schnellstmöglichen Verfügbarmachung für alle Bedürftigen;*
- *zur Übernahme wirtschaftlicher Verantwortung und damit zu einem effizienten Umgang mit den beschränkten Ressourcen, was im Ergebnis einer gesamtgesellschaftlich finanzierbar bleibenden Gesundheitsversorgung zugutekommt.*

Die Mitgliedsunternehmen des BDPK und seiner Landesverbände halten es daher für unabdingbar, dass der ordnungspolitische Rahmen weiterhin Wettbewerb, Flexibilität und Dynamik ermöglicht, um auch in Zukunft eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung einschließlich der vielen anspruchsvollen Arbeitsplätze in diesem Bereich aufrechterhalten zu können.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind (auch) Unternehmen: Der gesundheitspolitische und gesetzliche Anspruch ist es, dass Krankenhäuser und Reha-Kliniken eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen haben; vgl. § 1 KHG i.V.m. und §§ 111 SGB V, 19 SGB IX. Diesen Anspruch können aber nur qualitativ hochwertige, eigenverantwortlich wirtschaftende und anpassungsfähige Einrichtungen gewährleisten. Daher müssen Krankenhäuser und Reha-Kliniken unternehmerisch handeln. Nur so kann eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für jedermann zu gesamtgesellschaftlich vertretbaren Kosten gewährleistet werden. Nur so können die Einrichtungen – unabhängig davon, ob in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft – zu sozial angemessenen Leistungsentgelten beitragen.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen dürfen (und müssen) Gewinne machen: Unserem sozial und marktwirtschaftlich verfassten Staatsprinzip zum Trotz wird in der Öffentlichkeit wiederholt kritisiert, dass auch in der Gesundheitswirtschaft – insbesondere von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – Gewinne erwirtschaftet werden (müssen). Diese scheinbar moralische Empörung ist so wohlfeil wie heuchlerisch. Unberücksichtigt bleibt, dass weder die gesetzlich vorgesehene Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser noch die Finanzierung über die Reha-Vergütungssätze ausreicht, um die bauliche und medizin-technische Substanz der Einrichtungen zu erhalten. Deshalb müssen die Mittel für notwendige Investitionen in einem wachsenden Umfang selbst erwirtschaftet werden, häufig sogar über Kredite. Für diese Schulden müssen Zins und Tilgung gezahlt werden. Dies ist aber nur möglich, wenn die Einrichtungen entsprechende Überschüsse erwirtschaften. Trotzdem werden gerade private Einrichtungen gerne für ihre Wirtschaftlichkeit gescholten, während Kliniken in öffentlicher Trägerschaft beinahe gefeiert werden, wenn sie ein positives Jahresergebnis erreichen. Dabei gilt für alle gemeinsam: Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen, die unwirtschaftlich handeln und nachhaltig Verluste einfahren, können die notwendigen Investitionen nicht stemmen und könnten den Patienten vermutlich auch nicht die beste Behandlung bieten.

Fairer Ausgleich von Betriebskostendefiziten aus Steuer- und Beitragsmitteln: Die landläufig geübte Praxis, wonach die öffentliche Hand Krankenhäuser in eigener Trägerschaft aus Steuermitteln subventioniert, um systemische Betriebskostendefizite zu decken, verzerrt die Konkurrenzsituation vor allem zu Lasten von Kliniken in privater

Trägerschaft erheblich. Das trifft grundsätzlich auch auf Krankenkassen und Rentenversicherungen zu, die defizitäre Rehabilitationseinrichtungen in eigener Trägerschaft aus Beitragsmitteln subventionieren. Auch Kliniken in kirchlicher Trägerschaft werden durch diese Praxis deutlich benachteiligt. Diese Praxis verletzt den Grundsatz einer diskriminierungsfreien, wettbewerblich orientierten, auf einheitlich hohe Qualitätsmaßstäbe ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Das Privileg einer jederzeit aus Steuermitteln finanzierbaren Defizitdeckung ähnelt dem Tatbestand der Selbstbedienung und verzerrt den Wettbewerb in unfaire Weise.

Investition in die Ausbildung von medizinischen Fachkräften: Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte. Bereits heute ist ein erheblicher Mangel an Ärzten, examinierten Pflegefachkräften und Therapeuten zu verzeichnen. Diese Lücke wird von Jahr zu Jahr größer. Gründe dafür sind unter anderem steigende Patientenzahlen, altersbedingtes Ausscheiden von Ärzten aus dem Beruf, Arbeitszeitreduzierung aufgrund hoher Arbeitsbelastungen. Um dem Fachkräftemangel wirksam entgegenzuwirken, müssten beispielsweise allein die Studienplätze in Medizin um 30 Prozent erhöht werden. Es ist dringend erforderlich, in eine besser strukturierte und qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren. Die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, ist eine der Aufgaben der nächsten Bundesregierung.

Positionen des BDPK für Akutkrankenhäuser

Recht zur freien Arzt- und Klinikwahl erhalten: Ein wettbewerblich ausgestaltetes Gesundheitswesen braucht das Recht zur freien Auswahlentscheidung durch den Patienten. Der Patient sollte hier immer im Mittelpunkt stehen. Denn dadurch, dass Patienten das Krankenhaus, in dem sie sich behandeln lassen wollen, selbst auswählen können, gewinnen die Patientenbedürfnisse und -wünsche einen elementaren Einfluss. Die Qualität der medizinischen Leistungen steht unmittelbar auf dem Prüfstand. Für Krankenhäuser sollte es keine Last sein, sich um jeden einzelnen Patienten zu bemühen und seinen Wünschen nach einer exzellenten medizinischen Versorgung, einer guten pflegerischen und menschlichen Betreuung sowie einer effektiv funktionierenden Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu entsprechen.

Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen: Unsere Krankenhäuser in Deutschland arbeiten im europäischen Vergleich zu sehr niedrigen Kosten. Die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten betragen z. B. im Jahr 2014 in

- *Deutschland* 4.999 €
- *Norwegen* 7.687 €
- *Niederlanden* 11.419 €.

Günstiger als in Deutschland ist die stationäre Versorgung nur in Ländern wie Griechenland, Finnland, Portugal, Polen, Ungarn und Tschechien. Diese niedrigen Kosten werden in Deutschland jedoch nicht unerheblich durch die schon gewohnheitsübliche Unterfinanzierung der Betriebs- und Investitionskosten erzielt. Was gesamtgesellschaftlich wünschenswert sein mag, weil es den Anstieg der Gesundheitsausgaben insgesamt bremst, führt im Krankenhaus selbst zu einem enormen Rationalisierungsdruck, der nur durch Leistungszuwachs oder ein rigides Kostenmanagement beherrscht werden kann. Opfer dieser Entwicklung sind häufig auch die Mitarbeiter, die den Druck immer weniger aushalten, weil zwangsläufig auch die Personalkosten in ein enges Korsett gezwängt werden müssen.

Personaluntergrenzen sind keine Lösung: Nach allen Erfahrungen im Krankenhausmanagement lässt sich jedoch erkennen, dass reine Personalzahlen wenig über die eigentliche Qualität der Patientenversorgung aussagen. Nicht jedes Krankenhaus, jede Abteilung, jede Fachrichtung, jedes medizinische Konzept ist mit dem anderen unmittelbar vergleichbar. Das ist auch nicht wünschenswert. Unterschiede in

- *Patientenstruktur,*
- *Krankenhausorganisation,*
- *baulicher und technischer Ausstattung,*
- *der Personalzuordnung zu einzelnen Krankenhausabteilungen und*
- *eine steigende Bedeutung sinnvoller Arbeitsteilung unter den Mitarbeitern aller Berufsgruppen*

sind die evidente Wirklichkeit. Diese Wirklichkeit steht im Widerspruch zu einer statischen, abstrakten und stimmungspolitisch geschuldeten Verordnung von Personalmindestbesetzungen.

Pflege aufwerten und Fachkräftemangel begegnen: Die Attraktivität des Pflegeberufs muss durch flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und verantwortungsvoller Leistung aufgewertet werden. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, die pflegerischen Tätigkeiten in stärkerem Maße aufgewertet werden (Subsumption). Gleichzeitig müssen Pflegekräfte von patientenfernen Tätigkeiten im Krankenhaus entlastet und die bestehende Diversifizierung und Arbeitsteilung berufsrechtlich nachvollzogen werden. Neue, im Krankenhaus bereits fest verankerte und hochqualifizierte Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA und CTA) müssen endlich berufsrechtlich anerkannt und rechtssicher ausgestaltet werden.

Krankenhausqualität mehrdimensional messen, vergleichen und verbessern: Zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

qualitätsparameter herangezogen, verglichen und veröffentlicht werden. Die derzeitige Praxis, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personaluntergrenzen, Mindestmengen, Abteilungsstrukturen (bspw. für Krankenhäuser, die Notaufnahmen betreiben) zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung nicht gerecht.

Bürokratie abbauen: Das Krankenhauspersonal muss von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Leider geht der Trend seit Jahren in die andere Richtung. Das muss sich ändern. Es wäre zu begrüßen, wenn eine Projektgruppe unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums ins Leben gerufen werden würde, die sich – nicht nur pro forma – mit der Entbürokratisierung in der Gesundheitsversorgung beschäftigt.

MDK zum neutralen und unabhängigen Prüfdienst wandeln: Der durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausgelöste bürokratische Aufwand steigt stetig. Die Forderungsausfälle nehmen allein durch die exzessive Ausweitung prüfungsbedingter Stornos zu. Auf diese Weise führen auch unbegründete Prüfungen zu erheblichen Zahlungsausfällen; im Ergebnis ist sogar die Zahlungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser bedroht. Der MDK handelt somit immer öfter als Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen, die entsprechende Prüfungen zunehmend allein mit der Zielsetzung beauftragen, die geschuldete Vergütung der erbrachten medizinischen Leistungen zu verweigern. Inzwischen scheint unter den Krankenkassen regelrecht ein Wettbewerb um die höchsten Kürzungserfolge ausgebrochen zu sein; dieser Irrwitz droht sich zu Lasten der Krankenhäuser komplett zu verselbständigen. Um die Neutralität und Unabhängigkeit des MDK zu gewährleisten, müsste dieser aus dem Gesundheitsfond bezahlt werden und von allen Nutzern des Gesundheitswesens – auch von den Krankenhäusern und den Patienten – beauftragt werden können.

Das Gewicht solcher Prüfungen konzentriert sich dabei immer mehr auf die Frage, ob die ärztliche und/oder pflegerische Leistung dokumentiert, nicht ob sie tatsächlich erbracht wurde. Immer öfter muss kostbare Zeit, die in der medizinischen Zuwendung und Betreuung der Patienten fehlt, in „Papierkram“ und minutiöse „Schriftstellerei“ investiert werden. Wegen dieser zunehmenden Fehlentwicklung sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen zu einem neutralen und von den Krankenkassen unabhängigen Prüfdienst umgestaltet werden. Zielsetzung müssen kassenartübergreifende Prüfungen, festgelegte Prüfquoten und vor allem Rechtssicherheit für die Krankenhäuser sein. Ein Aufrechnungsverbot würde helfen, die galoppierenden Zahlungsausfälle zu begrenzen und die schwelende Liquiditätskrise zu überwinden.

Mindestmengen können sinnvoll sein, wenn sich im konkreten Einzelfall der Zusammenhang zwischen festzulegender Mindestmenge und besserer Versorgungsqualität nachweisen lässt. Zielsetzung von Mindestmengen-Regelungen kann nur eine garantierte oder verbesserte Qualität sein. Krankenhäuser, deren Leistungen trotz Unter-

schreitens der Mindestmenge von hervorragender Qualität sind, sollten im Interesse der Patienten nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es sollte dringend geklärt werden, was „die Mindestmenge“ für solche Krankenhäuser bedeutet, die ein bestimmtes Quorum nicht erreichen, für eine Sicherstellung der Versorgung aber gleichwohl gebraucht werden.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind sinnvoll, erfordern aber eine konsequente Anwendung durch die Planungsbehörden. Dies verlangt nach einem offenen und transparenten Verfahren, das die aus den Qualitätsergebnissen abgeleiteten Planungsentscheidungen nachvollziehbar und überprüfbar macht.

Überlegungen zur **qualitätsorientierten Vergütung** stellen die Königsdisziplin des angewandten Qualitätsmanagements dar. Solche Verfahren sind durchaus sinnvoll, setzen aber voraus, dass der Umgang mit Qualitätsdaten routiniert und manipulationssicher erfolgt.

Patientenverständliche Qualitätsbewertungssysteme: Die Einführung eines Portals für den bundeseinheitlichen Krankenhausvergleich ist zu begrüßen. Der mündige Patient, der sein Recht zur freien Krankenhauswahl wahrnehmen will, benötigt zur Orientierung auch verständliche und vollständige Informationen über die Qualität in der Einrichtung seiner Wahl. Insoweit ist eine faire, qualitätsorientierte Bewertung auch ein sinnvolles Instrument des Wettbewerbs – in einem größeren Umfang jedenfalls, als es wechselhafte politische Regulationen und starre Strukturvorgaben je sein könnten. Vorsorglich sollte das Augenmerk aber auch darauf gerichtet werden, dass solche Bewertungen nicht für gezielte oder wahrheitswidrige Desinformations- und Manipulationskampagnen missbraucht werden können (bspw. Fake-Infos, Shit-Storm u. Ä.).

Abbau der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Auf diesem Feld besteht nicht erst für die neue Legislaturperiode dringender Handlungsbedarf. Die für Betroffene in aller Regel nicht nachvollziehbaren Grenzen, Hürden und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bergen ein erhebliches Frustrationspotenzial. Wünschenswert wäre bspw. eine einheitliche Gebührenordnung für den Bereich, in dem ambulant wie stationär identische Leistungen erbracht werden. Für die Patienten bzw. Versicherten wäre die Entscheidung dann deutlich leichter und die Behandlung unkomplizierter, unabhängig davon, in welchem Setting sie sich behandeln lassen wollen.

Miteinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Grundsätzlich tritt der BDPK für ein auch künftig fortbestehendes wettbewerbliches Miteinander der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ein. Beide Systeme vereinen in sich jeweils Vorzüge und Nachteile, stellen aber zusammen die Finanzierung der stationären Krankenversorgung sicher. Es steht zu befürchten, dass die Unterfinanzierung der Kranken-

häuser eher zunehmen als abnehmen wird, sollte das bestehende System noch stärker als bisher zur Monokultur umgestaltet werden.

Der **Fixkostendegressionsabschlag** gehört abgeschafft. Es ist ungerecht, wettbewerbswidrig und leistungsfeindlich, den Krankenhäusern sogenannte Fixkostendegressionsvorteile zu nehmen; schließlich haben sich die Einrichtungen diese Vorteile primär durch Effizienz- und Qualitätsverbesserungen in der Patientenversorgung erarbeitet. Durch den Fixkostendegressionsabschlag wird dieser Qualitäts- und Leistungswettbewerb grundsätzlich in Frage gestellt. Es ist auch gesundheitspolitisch geradezu absurd, dass der Fixkostendegressionsabschlag vor allem die Krankenhäuser mit sehr guter Qualität trifft, die sich im Qualitätswettbewerb durchgesetzt haben – und primär aus diesem Grund auch eine vermehrte Nachfrage nach ihren Leistungen verzeichnen können.

Tarifkosten: Bevor Personalmindeststandards und andere Personalbesetzungsdogmen zum sozialpolitischen Mantra erhoben werden, muss sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den permanenten Kostenzuwachs für ihr Personal zu 100 Prozent refinanziert bekommen. Ein nur hälftiger Ausgleich der Kosten von Tarifabschlüssen verstärkt den Unterfinanzierungseffekt von Jahr zu Jahr. Die Krankenhäuser sind andernfalls gezwungen, noch mehr am Personal zu sparen. Wie das gehen soll, darüber rätseln nicht nur die Betriebsräte und Gewerkschaften.

Investitionskosten: Es muss flächendeckend sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser die notwendigen Investitionen auch vornehmen und finanzieren können. Für jedes Bundesland muss das landesspezifische Investitionsmittelvolumen für Krankenhäuser dem vom InEK berechneten Investitionsfinanzierungsvolumen hinzugerechnet werden. Wenn die Bundesländer dies nicht freiwillig tun, sollte eine bundespolitische Initiative die Lösung herbeiführen. Es würde helfen, wenn die Investitionsmittel für die Krankenhäuser zu gleichen Teilen von Land, gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie vom Bund zur Verfügung gestellt würden.

In eine auskömmlicher konfigurierte Investitionsfinanzierung müssen auch die zusätzlichen Mehrkosten einer Digitalisierungsoffensive im Krankenhaus eingerechnet werden. Investitionen in eine moderne und sichere IT sind unvermeidlich; zugleich verlagert sich der medizinische Diagnose- und Behandlungsprozess zunehmend in einen wachsenden eHealth-Bereich. Zugleich ist die Krankenhausinfrastruktur schon heute gegen Cyber-Kriminalität nicht immer hinreichend geschützt.

Eingriffe in das DRG-System mäßigen: Mit dem KHSG hat der Gesetzgeber erstmals in die Kalkulationsautonomie des InEK eingegriffen und mehr politisch als sachlich motivierte Absenkungen der Bewertungsrelationen vorgenommen. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, bestimmte medizinische Leistungsangebote einzugrenzen. Solche Eingriffe sind abzulehnen; sie stellen das DRG-System selbst, mehr aber noch die ausschließlich medizinisch geprägte Indikation infrage.

Neue Vergütungssysteme ausprobieren: Der BDPK spricht sich ausdrücklich dafür aus, neue Vergütungssysteme auszuprobieren. Capitation-Systeme, bei denen gegen Zahlung einer Versorgungspauschale für eine Region oder einen Versichertenkreis die komplette Versorgung sicherzustellen und zu organisieren wäre, bieten insoweit interessante Ansatzpunkte und sollten schrittweise ausprobiert werden. Hierbei ließen sich Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, bspw. Spanien, nutzen.

Hygiene verbessern: Viele Patienten werden in Krankenhäuser eingewiesen, ohne dass der infektiologische Status geklärt ist. Oft macht es den Eindruck, Hochrisiko-Patienten werden regelrecht „abgeschoben“, obwohl der Verdacht auf eine Infektion mit multiresistenten Keimen besteht, während zugleich die erforderliche vorherige Abklärung unterlassen wird. Das gefährdet die Hygiene und Gesundheit anderer Patienten im Krankenhaus. Mit der Krankenhauseinweisung sollte daher für niedergelassene Ärzte, Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen die Verpflichtung bestehen, stets ein MRSA-Screening durchzuführen. Vor einer elektiven Krankenhausbehandlung sind sachgerechte Dekolonisationsmaßnahmen durchzuführen und das aufnehmende Krankenhaus über Befund und Ergebnis zu informieren.

In diesem Zusammenhang wird die Verlängerung des Hygieneförderprogramms ausdrücklich begrüßt. Problematisch bleibt, dass die Förderung aus formal-rechtlichen Gründen keine Anwendung auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV und auch nicht auf Reha-Kliniken findet. Jedoch müssen auch von diesen Einrichtungen die Vorgaben der KRINKO-Empfehlungen beachtet werden, sodass das Hygieneförderprogramm eigentlich auch für diese Einrichtungen einschlägig wäre.

Positionen des BDPK für Rehabilitationseinrichtungen

Unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung: Die Bedeutung privater Trägerschaft in der Rehabilitation ist nicht zu unterschätzen. Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen versorgen jährlich zwei Millionen Patienten ambulant und stationär. In privater Trägerschaft befinden sich gut die Hälfte der Einrichtungen und zwei Drittel aller Betten. Sie behandeln 1.279.174 Patientinnen und Patienten pro Jahr (2015).

Rehabilitation vor Pflege: Leistungen der medizinischen Rehabilitation können auf ärztliche Verordnung nur erbracht werden, wenn Krankenkassen die Leistung genehmigen. Immer stärker macht es jedoch den Eindruck, als würden medizinisch indizierte Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege aus vordergründig ökonomischen Gründen abgelehnt, da der Wechsel des Patienten in die Pflegebedürftigkeit auch den Wechsel in die Kostenverantwortung der Pflegekasse mit sich bringt. Deshalb ist es notwen-

dig, den Entscheidungsspielraum der niedergelassenen Haus- und Fachärzte bei der Verordnung von Rehabilitationsleistungen zu erhöhen. Die ärztlichen Verordnungen, die unter Anwendung standardisierter medizinischer Assessments vom Haus- und Facharzt erstellt werden, müssen im Regelfall den Anspruch auf eine Reha-Leistung abschließend begründen. Das schließt eine MDK-Begutachtung nicht aus; diese sollte aber nicht nur nach Aktenlage, sondern durch persönliche Untersuchung erfolgen. Zudem muss der betroffene Patient im vollen Umfang Kenntnis über das MDK-Gutachten erhalten. Ihm sollten auch die Empfehlungen zu einer etwaigen alternativen Gesundheitsleistung ausgehändigt werden, die im Falle ihrer Akzeptanz keiner gesonderten Genehmigung bedürfen.

Daneben gibt es weiteren Änderungsbedarf, bspw. sollte die MDK-Stichprobenprüfung entfallen. Für den Patienten bzw. Versicherten sollte eine bessere Transparenz im Hinblick auf etwaige MDK-Prüfungen ermöglicht und insgesamt eine regelmäßige statistische Information über Zahl, Umfang und Schwerpunkte von MDK-Begutachtungen sichergestellt werden. Darüber hinaus muss das Leistungsgeschehen der Krankenversicherungen, insbesondere bei der Belegungssteuerung für alle Beteiligten deutlich nachvollziehbar sein.

Nachrangigkeit der Rehabilitation abschaffen: Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind gleichberechtigte Leistungen im Verhältnis zur medizinischen Akutversorgung. Das heute gesetzlich bestimmte Verhältnis der Nachrangigkeit – d. h. Reha nur, wenn alle Leistungen der Akutversorgung ausgeschöpft oder nicht mehr erfolgversprechend sind – muss gestrichen werden. Rehabilitation wird dann erbracht, wenn die Leistungen medizinisch notwendig und erfolgversprechend sind.

Aufhebung der 4-Jahresfrist: Ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht nach dem Gesetz nur alle vier Jahre. Diese Regelung ist zu streichen. Der Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation sollte sich ausschließlich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren.

Freie Wahl unter den zugelassenen und geeigneten Rehabilitationseinrichtungen: In Anlehnung an das uneingeschränkte Wahlrecht des Patienten bezüglich zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser müssen die Versicherten auch unter den zugelassenen und geeigneten Vertragseinrichtungen der Rehabilitation frei wählen können. Die häufig nicht nachvollziehbare oder primär finanziell motivierte Beschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen muss beendet werden.

Verbindliche Rahmenverträge: In der heute üblichen Praxis werden den Rehabilitationseinrichtungen die Vertragsinhalte von den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern geradezu diktiert. Ein wirklicher Verhandlungsspielraum besteht nicht. Faktisch gerieren sich die Partner wie ein syndikatives Oligopol, dem die einzelne Klinik

nichts entgegensetzen kann. Um diese Übermacht ein wenig zu relativieren, könnten übergreifende Rahmenverträge zwischen den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen und den Reha-Trägern geschlossen werden, die die Grundzüge der Ausgestaltung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Regelungen zu Leistungsinhalten und Qualitätsstandards, Grundsätze einer kosten- und leistungsgerechten Ermittlung von Vergütungssätzen und weiteren Leistungen wie Fahrdiensten sowie Grundzüge eines nachvollziehbaren Belegungsverfahrens beinhalten.

Streichung der Grundlohnsummenbindung: Die Grundlohnsummenbindung im SGB V verhindert die leistungs- und kostengerechte Anpassung der Reha-Vergütung. Diese Vorgabe verhindert die notwendigen Entscheidungsspielräume, um zu leistungs- und kostengerechten Vergütungen in Vertragsverhandlungen und Schiedsstellenverfahren zu kommen. In der Folge sind die Rehabilitationseinrichtungen häufig nicht in der Lage, Kostenentwicklungen, bspw. Tarifabschlüsse, über eine adäquate Anpassung der Leistungsvergütung zu refinanzieren. Daher sollte dieses Dogma verlassen werden. Das würde auch nicht gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenkassen verstoßen. Schließlich entfallen auf die Ausgaben für medizinische Reha-Leistungen nur rund 1,5 Prozent des gesamten GKV-Haushaltes –Tendenz rückläufig.

Abschaffung des Reha-Budgets in der Rentenversicherung: Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit und nicht danach entschieden werden, ob das sogenannte Reha-Budget bereits ausgeschöpft ist. Deshalb muss das Reha-Budget in der gesetzlichen Rentenversicherung abgeschafft werden.

Qualitätssicherungsverfahren vereinheitlichen: Die Qualitätssicherungsverfahren für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung sind auch nach 20 Jahren noch sehr unterschiedlich. Dies führt zu einem enormen Aufwand für die Reha-Einrichtungen und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung müssen zur Information der Versicherten regelmäßig veröffentlicht werden.

BDPK Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

post@bdpk.de
Telefon +49 30/2400899-0
Fax + 49 30/2400899-30
www.bdpk.de

Der **BDPK** ist ab sofort auch auf
Facebook und Twitter zu finden.



Folgen Sie uns!