

# 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

Am 6. November 2017 war es wieder einmal so weit: Eine wissenschaftliche Studie kommt zu dem Ergebnis, dass bei der Behandlung von Patienten im Krankenhaus viel zu häufig ökonomische Aspekte im Vordergrund stehen. Dies beklagen in einer empirischen Untersuchung der Ökonom Prof. Dr. Heinz Naegler sowie der Arzt und Soziologe Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp. Grundlage ist die anonyme Befragung von 60 Krankenhausmanagern und Krankenhausärzten. Die medienwirksame Diskussion der Studienergebnisse folgte noch am gleichen Tag in der NDR-Sendung „Markt“. Schließlich soll die Studie im Dezember als Buch erscheinen. Hohe Auflage (und hohe Einnahmen) erzielt man schließlich nicht mit guten Nachrichten. Die kritische Berichterstattung nahm das rücksichtslos profitorientierte Handeln in Krankenhäusern in den Fokus. Die Begriffe Insolvenzgefahr, Wettbewerb, Kostendruck und Privatisierung liefern die angeblich schlüssige Begründung für mehr Krankenhausaufnahmen, kürzere Krankenhausverweildauern sowie den Trend zu mehr lukrativen Operationen im Bereich der Kardiologie und Orthopädie. Ärzte seien täglich gezwungen, Entscheidungen am Patientenbett ausschließlich nach ökonomischen Gesichtspunkten zu treffen.

Was ist dran an den Vorwürfen? Zunächst ist es richtig, dass alle Krankenhäuser gleichermaßen unter wirtschaftlichem Druck stehen und auch pleitegehen können. Dies passiert immer dann, wenn man mehr ausgibt als man einnimmt, weshalb man überall im Leben auf die Kosten achten und seine Einnahmen kennen muss. Das gilt eben auch für Ärzte. Außerdem ist es mitnichten so, dass Ärzte ökonomisches Handeln prinzipiell ablehnen. Die medizinischen Gründe treten beispielsweise immer dann hinter ökonomische Anreize zurück, wenn der Privatpatient kommt. Während der GKV-Patient im Wartezimmer sitzt, marschiert der Privatpatient geradewegs ins Sprechzimmer an ihm vorbei. Im Krankenhaus kümmert sich der Chefarzt um den Blinddarm auf der Privatstation, obwohl andere Patienten von AOK und Ersatzkassen die Hilfe des Chefarztes dringender bräuchten. Richtig ist die Feststellung der Autoren, dass sich die Krankenhäuser vom Gemischtwarenladen zum Spezialisten entwickeln müssen. Dies fordern Politik und Krankenkassen seit Jahren mit Nachdruck. Nur wer Operationen häufig macht, macht sie gut und sicher. Und wenige aus Politik und bei den Krankenkassen haben ein Problem damit, wenn sich die Zahl der Krankenhäuser deutlich reduzieren würde. Dies würde die Versorgungsqualität eher verbessern, lautet der Konsens.

Ich erinnere mich noch an „die gute alte Zeit“, als tagesgleiche Pflegesätze vereinbart wurden. Das Ergebnis: Patienten lagen aus ökonomischen Gründen viel zu lang im Krankenhaus, obwohl in dieser Zeit nicht wirklich etwas mit ihnen passierte. Gerade ältere Patienten verloren, liegend im Krankenbett mit Vollverpflegung, ihre Selbstversorgungscompetenz.

Warum steigt die Zahl der Krankenhauseinweisungen nun ständig an? Weil die moderne Medizin heute deutlich mehr und bessere medizinische Behandlungen möglich macht, besonders für ältere Patienten. Weniger in der vertragsärztlichen Praxis. Denn die gibt es immer seltene und oft ist sie für die spezialisierte Behandlung gar nicht ausgerüstet. Deshalb werden Patienten ins Krankenhaus überwiesen. Bei aller Kritik an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist die medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger also heute deutlich besser als noch vor 15 Jahren. Und dieser Fakt überzeugt mich mehr als „die gute alte Zeit“.

## .....Notfallstrukturen in Krankenhäusern

# Stufenkonzept des G-BA

Die Reform der ambulanten Notfallversorgung wird breit diskutiert. Parallel ist der G-BA im Bereich der stationären Notfallversorgung mit der Umsetzung eines Auftrags aus dem Krankenhausstrukturgesetz beschäftigt. Der Beschluss für ein gestuftes System von Notfallstrukturen soll bis zum 31. Dezember 2017 vorgelegt werden.

Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass in der stationären Notfallversorgung künftig nach dem Umfang der Einbindung und der vorgehaltenen Strukturen differenziert werden soll. Einig ist sich die Selbstverwaltung darüber, dass zwischen drei Stufen (der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung und der umfassenden Notfallversorgung) unterschieden werden soll. Für jede Stufe soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2017 Mindestvorgaben festlegen: zu Art, Zahl und Qualität von Fachabteilungen und Fachpersonal sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband werden auf dieser Grund-

lage dann bis 30. Juni 2018 die Höhe für Zu- und Abschläge vereinbaren. Welche Vorgaben durch die einzelnen Stufen zu erfüllen sind, darüber gehen die Vorstellungen der Krankenkassen und Krankenhäuser auseinander. Mit Spannung werden daher die Ergebnisse einer Folgeinschätzung der jeweiligen Konzepte erwartet, die der G-BA in Auftrag gegeben hatte.

Der BDPK plädiert dafür, Kliniken bei der Weiterentwicklung der stationären Notfallversorgung nicht durch zusätzliche Bürokratie und Nachweispflichten zu belasten. Vielleicht ist am Ende weniger mehr. Denn je differenzierter das System, desto mehr Streitpotenzial entsteht vor Ort. Mit völlig unklaren Folgen für die flächendeckende medizinische Versorgung.

## EU: Neue Daten zu privaten Krankenhäusern

# UEHP-Factbook veröffentlicht

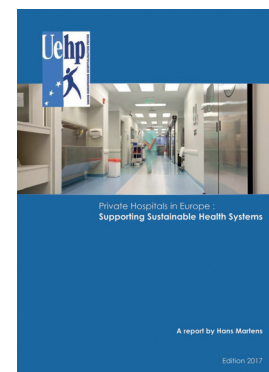
Demografischer Wandel und die zunehmende Knappheit öffentlicher Mittel stellen Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft, vor besondere Herausforderungen. Das gilt nicht nur für Deutschland, sondern für ganz Europa. Wie kann eine nachhaltig und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in Europa gelingen? Dieser Frage geht eine Publikation nach, die kürzlich in Brüssel vorgestellt wurde.

Die Bedeutung privater Krankenhäuser für das europäische Gesundheitswesen ist Gegenstand des Faktenbuchs „Private Hospitals in Europe: Supporting Sustainable Health Systems“ (dt.: Private Krankenhäuser in Europa: Nachhaltige Gesundheitssysteme fördern). Die Publikation des europäischen Gesundheitsexperten Hans Marten wurde im Beisein des Autors am 7. November 2017 von Paul Garassus, Präsident der European Union of Private Hospitals (UEHP), im Europäischen Parlament in Brüssel erstmals der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt.

Die von der UEHP in Auftrag gegebene Publikation basiert auf der Auswertung und Darstellung relevanter Daten des europäischen Krankenhausmarktes, mit dem Ziel einer empirisch und wissenschaftlich fundierten Bewertung europäischer Kliniken in privater Trägerschaft.

Das 76 Seiten umfassende Faktenbuch spricht sich für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen aus. Es dient mit seiner Vielfalt und dem gleichberechtigten Nebeneinander von Krankenhäusern in öffentlicher, privater und freige-meinnütziger Trägerschaft als konkretes Angebot für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger.

Für das interessierte Fachpublikum befindet sich eine deutsche Übersetzung des Faktenbuchs in Vorbereitung.



## aktiva-Studie für 2018 veröffentlicht

# Mehrkosten für Reha-Kliniken

Im Auftrag der AG MedReha hat die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH, wie jedes Jahr, vergütungsrelevante Kostensteigerungen für Reha-Einrichtungen untersucht. Das Ergebnis: 2018 sind Kostensteigerungen von 2,16 bis 3,17 Prozent zu erwarten. Fachkräftemangel, Hygieneanforderungen und der Investitionsbedarf erfordern Vergütungssatzerhöhungen von mindestens 3,17 Prozent.



Anhand von statistischen Daten und belastbaren Prognosen legen die Gutachter die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung für die betriebswirtschaftliche Situation der Reha-Einrichtungen dar.

Darüber hinaus richten Sonderfragestellungen das Augenmerk auf die besonderen Herausforderungen, vor denen Reha-Einrichtungen in naher Zukunft stehen werden. So trägt das Maximalszenario des Gutachtens der Notwendigkeit für überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen aufgrund der schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt Rechnung. Das bedeutet, die Steigerungen der Vergütungskostensätze für das Jahr 2018 sollten sich an dem Maximalwert von 3,17 Prozent orientieren. Dabei han-

delt es sich um Steigerungsraten für den reinen Betrieb der Reha-Einrichtungen, um die Kostensteigerungen des Jahres 2018 im Durchschnitt zu refinanzieren. Das Gutachten richtet zudem den Fokus auf die Zunahme der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) in Reha-Einrichtungen und belegt die damit einhergehenden zusätzlichen Aufwände. Die transparente Kalkulation und Refinanzierung dieser Mehrkosten wird als dringend notwendig erachtet.

Die gutachterliche Sicht zur künftigen Kostenentwicklung soll den Kliniken als Verhandlungshilfe mit den Rehabilitationsträgern dienen. Unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de) findet sich das vollständige Gutachten als PDF.

## Jahrestagung Kinder- und Jugendreha

# Armut ist ein Gesundheitsrisiko

„Das neue Gesicht der Kinder- und Jugendrehabilitation“ – so lautete das Motto der zweitägigen Fachveranstaltung am 1. und 2. November 2017 in Berlin. Initiator war das Bündnis Kinder- und Jugendreha, dem auch der BDPK angehört.

Expertinnen und Experten aus Fachverbänden, von Leistungserbringern und -trägern diskutierten die aktuellen Aufgaben bei der Gestaltung von neuen Konzepten und Angeboten in der medizinischen Reha für junge Patientinnen und Patienten aufgrund des Flexirentengesetzes.

Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung, betonte in ihrem Grußwort, dass die Kinder- und Jugendreha aus der Gesundheitsversorgung junger Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Sie ermutigte alle beteiligten Akteure darin, innovative Ideen und Ansätze zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Dieser Umsetzungswille sei dringend erforderlich, betonte Prof. Dr. Gerhard Trabert von der Hochschule Rhein-Main. Denn die Zahl der Kinder und Jugendlichen, deren gesundheitlicher Zustand aufgrund von Armut beziehungsweise Armutsriski-

ken gefährdet ist, nimmt stetig zu. Aufsuchende interdisziplinäre Versorgungskonzepte sind gefragt und besonders Erfolg versprechend, weil sie bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen direkt ankommen und ihnen wirksam dabei helfen, gesund zu werden. Die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bildungsbiografie junger Menschen.

Am zweiten Tag der Veranstaltung widmeten sich die Teilnehmenden in Workshops praxisnah den Themen: Indikationserweiterung, ambulante Kinder- und Jugendreha, Nachsorge nach einer stationären Kinder- und Jugendreha und familienorientierte Reha.

Unter [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de) finden Interessierte die Grußworte, Vorträge und AG-Ergebnisse der Jahrestagung.

## Strukturierter Qualitätsdialog in der Reha

# Transparenz zahlt sich aus

Der Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen ist für die Zuweisungssteuerung bereits seit Jahren eine bewährte Praxis, sagt Ulrich Theißen, Leiter des Fachbereichs Reha-Management bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland. Die Transparenz von Reha-Leistungen wird künftig noch wichtiger werden.



Ulrich Theißen,  
DRV Rheinland; Foto: DRV

### Welche Bedeutung kommt dem Qualitätswettbewerb in der Reha aus Sicht der DRV Rheinland zu?

Auswertungen zu Qualitätsparametern und der hieraus resultierende Dialog mit den Einrichtungen stellen für uns eine Praxis dar, die sich bewährt hat. Der „Strukturierte Qualitätsdialog“ und die damit verbundene Priorisierung von Qualitätsergebnissen im Zusammenhang mit der Zuweisungssteuerung sind für uns Basis fairer „Leistungs-Preis-Vergleiche“, die auch künftig die Vielfalt hochwertiger und individualisierter Leistungen sicherstellen sollen.

### Welche Auswirkungen wird der Qualitätswettbewerb auf die Reha-Einrichtungen vor Ort haben?

Reha-Kliniken haben über den „Strukturierten Qualitätsdialog“ die Chance, in Zusammenarbeit mit den Rentenversiche-

rungsträgern Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Veränderungen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu initiieren. Ein Erfolgsfaktor ist dabei die Stärkung des Team-Spirits in den Reha-Einrichtungen, denn Qualität kann nicht „von oben“ verordnet werden. Leistungen in einer guten Qualität werden zum Garant für die Akzeptanz unter den Rehabilitanden und den Reha-Leistungsträgern. Wichtig ist dabei die Transparenz des Leistungsgeschehens. Um Rehabilitanden bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts „auf Augenhöhe“ zu unterstützen, sollten sich Leistungserbringer und -träger rasch auf Eckpunkte für die Einführung eines „Public-Reha-Reporting“ zum Thema „Qualitätsergebnisse“ einigen.

## Qualitätsstandards für Reha-Kliniken nicht neu

# Erst die Qualität, dann der Preis

Der Wettbewerb um die Qualität medizinischer Reha wird künftig für Reha-Kliniken an Bedeutung zunehmen. In den Waldburg-Zeil Kliniken ist die Qualitätsorientierung im Reha-Alltag längst etabliert, meint Geschäftsführer Ellio Schneider.



Ellio Schneider, Geschäfts-  
führer Waldburg-Zeil Klini-  
ken

### Welche Herausforderungen kommen mit dem Qualitätswettbewerb auf Reha-Kliniken in den nächsten Jahren zu?

Die Einschätzung, dass Qualität in naher Zukunft wichtiger für die Reha-Kliniken wird, stimmt so nicht. Die Qualitätsorientierung ist seit vielen Jahren ein Standard in der Reha. Das Auditieren unserer Prozesse ist Alltag. Lediglich die Steuerung der Belegung orientiert sich mehr an der Qualität und weniger am Preis.

### Was bedeutet das konkret für die medizinische Reha in Ihren Einrichtungen, für Patienten und für Mitarbeiter?

Interessant ist für uns, wann die gesetzlichen Krankenkassen von der monetären auf die qualitätsorientierte Belegung umstellen. Wir würden es begrüßen, wenn Qualität dort stärker als der Preis gewichtet wird. Spannend wird sein, mit welchen Parametern nun Richtung „Value Based Health

Care“ gearbeitet wird. Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird sich künftig an der Ergebnisqualität orientieren, nicht mehr an Fallzahlen und Prozeduren. Dafür müssen Behandlungswege vernetzt und messbare Kriterien ermittelt werden, um den Output zu bewerten und damit die Vergütung zu definieren. Bis dahin ist es in der Reha noch ein weiter Weg. Wir bereiten uns darauf vor, indem wir die Digitalisierung vorantreiben, um unsere Prozesse messbar zu machen. Darüber hinaus machen wir den Behandlungsverlauf transparenter, um Vernetzung via Digitalisierung zu ermöglichen. Das bedeutet ein „Umparken im Kopf“ bei den Beteiligten – und Sektorengrenzen müssen endgültig überwunden werden. Den Nutzen haben Mitarbeiter und Patienten.