

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

Wieder ein Etappenziel erreicht. Der Entwurf des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und SPD liegt endlich vor. Und mit ihm gute gesundheitspolitische Positionen für eine Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens.

Ich lese von einer konsequenten Ausrichtung der Patientenversorgung am medizinisch-pflegerischen Bedarf, von einer stärkeren sektorenübergreifenden Versorgung und besseren Notfallversorgung. Und es wird eine Investitionsoffensive für die Digitalisierung der Krankenhäuser geben. Für die rehabilitative Versorgung der pflegenden Angehörigen wird gesorgt, indem Ärzten die Direktverordnung von Rehabilitationsleistungen erlaubt wird. Ein sehr positives Ansinnen! Doch reicht das? Was ist mit der wachsenden Zahl pflegeabhängiger Menschen? Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Reha vor Pflege“ darf mit neuen Regelungen nicht ins Abseits geraten. Deshalb ist die Direktverordnung für alle Patienten der Krankenkassen notwendig.

Auch die angekündigten Verbesserungen in der Pflege sind für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung wichtig. Ich habe allerdings Zweifel, ob dieses Ziel mit strukturkonservativen Instrumenten erreichbar ist. Mit der gesetzlichen Regelung zur Festlegung einer verbindlichen Personaluntergrenze hat man bereits in der vergangenen Legislaturperiode die Weichen neu gestellt. Die dient nun als Blaupause für verbindliche Personaluntergrenzen in allen bettenführenden Abteilungen eines Krankenhauses. Flankiert von der Absicht, die Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung herauszulösen und über einen krankenhausindividuellen Zuschlag zu vergüten. Zusammen mit der Refinanzierung der vollen Tarifsteigerungsrate scheint alles getan, um die Situation im Bereich der Pflege zu verbessern.

Doch die Lage ist komplizierter als angenommen. Wir steuern in Deutschland auf einen deutlich spürbaren Fachkräftemangel zu. Der Gesundheitssektor wird künftig noch stärker mit anderen Branchen um immer weniger Auszubildende konkurrieren. Aber weil nicht sein kann, was nicht sein darf, wird nun per Gesetz die Lösung verordnet: Personaluntergrenzen für die Pflege in den pflegesensitiven Krankenhausabteilungen ab 1. Januar 2019 und verbindliche Personaluntergrenzen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser ab 1. Januar 2020. Der Koalitionsvertrag toppt das Ganze mit einem Sofortprogramm für 8.000 zusätzliche Pflegekräfte in Pflegeheimen – mit verbindlichen Personalbemessungsinstrumenten – und einer Festlegung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen in Akutkrankenhäusern. Nichteinhaltung wird mit Vergütungsabschlägen sanktioniert. Ich frage mich, ob das ein sinnvolles Instrument zur Einhaltung von Personalvorgaben ist. Impliziert es nicht den Umkehrschluss: Die Erbringung von Krankenhausleistungen geht auch billiger, wenn auch mit weniger Personal. Dieses Vorgehen erinnert an die Absicht des Gesetzgebers bei der qualitätsorientierten Vergütung: Wenn die Qualität nicht gut ist, wird sie günstiger abgerechnet. Die haftungsrechtlichen Konsequenzen müssen Krankenhäuser für sich verantworten. Vorsorglich wird man bei fehlendem Pflegepersonal Krankenhausbetten schließen. Erfahrungen gibt es bereits: in der Neonatologie oder bei der Schließung der Abteilung für Kinderonkologie an der Berliner Charité. Ist diese Entwicklung mit einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung noch vereinbar, so wie es der vorliegende Koalitionsvertrag als Leitbild formuliert? Ich denke nicht!

Streit um den FDA nimmt kein Ende

Hoffen auf klare Regelungen

Nachdem der Gesetzgeber die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) bundesweit festgelegt hat, soll seine Höhe bis zum 30. September 2018 erstmalig in jedem Bundesland vereinbart werden. Nicht der einzige Streitpunkt beim Thema FDA.

Der FDA löst seit 2017 den bis dahin geltenden Mehrleistungsabschlag ab. Die Höhe des Abschlags ist derzeit auf 35 Prozent festgelegt und gilt für drei Jahre. Ab diesem Jahr soll die Höhe in jedem Bundesland bis zum 30. September vereinbart werden. Auf der Ortsebene haben die Vertragspartner die Möglichkeit, für Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, eine höhere Abschlagshöhe oder längere Abschlagsdauer festzulegen (Obergrenze 50 Prozent).

Der BDPK kritisiert dieses Vorgehen. Der FDA unterscheidet viel zu wenig zwischen gewollter und nicht gewollter Leistungskonzentration in Krankenhäusern. Kliniken mit guter Qualität, die sich im Qualitätswettbewerb durchsetzen, werden durch die Abschläge besonders getroffen. Darüber hinaus besteht Streitpotenzial: Auf Landesebene haben die Vertragspartner völlig unterschiedliche Vorstellungen über die Höhe des Abschlags. Ohnehin schwierige Verhandlungen zur Mengenentwicklung auf Ortsebene werden durch die Möglichkeit unterschiedlicher Abschlagshöhen für unterschiedliche Leistungen überfrachtet. Die dreijährige Geltung des Abschlags führt außerdem zu komplizierten Konstellationen bei schwankender Leistungsentwicklung. Um bürokratischen Aufwand zu minimieren und gewollte Leistungsverschiebungen nicht zu verhindern, sollte eine moderate Abschlagshöhe auch nach 2019 bundesweit einheitlich festgelegt werden. Die Möglichkeit der Vereinbarung eines höheren Abschlags oder einer längeren Geltungsdauer auf Ortsebene sollte gestrichen werden. Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, für die derzeit ein hälftiger Abschlag gilt, müssen vollständig ausgenommen werden. Zudem sollte die lange Geltungsdauer von drei Jahren beschränkt werden.

Rückkehr zum alten Ausnahmetatbestand

Notwendig ist die Wiedereinführung des alten Ausnahmetatbestands bei krankenhauplanerischen Entscheidungen. Die Ausnahmeregelung des FDA lässt große Interpretationsspielräume zu. Im Ergebnis sind Teile der von den Landesregierungen beschlossenen Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist der Ansicht, dass eine Leistungsanpassung dann unter den Ausnahmetatbestand der Befreiung fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich gebilligt worden ist. Dieser Gedanke muss gesetzlich verankert werden.



Ebenen des Fixkostendegressionsabschlags (FDA)

Bundesebene: Vereinbarung Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen mit 50 % FDA, Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags (insb. Einzugsgebiet)

Landesebene: Bundesweite Festlegung des FDA in Höhe von 35 % für 2017 und 2018, danach Vereinbarung auf Landesebene

Ortsebene: ggf. höherer Abschlag/längere Geltungsdauer FDA bei zusätzlichen Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind (bis zu 50 %)

Früh-Reha vollständig befreien

Einige Leistungen, etwa Polytraumata und schwer brandverletzte Patienten, die beispielsweise Fallpauschalen für intensivmedizinische Leistungen, Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen sowie Bypass-Operationen umfassen, sind gesetzlich vom FDA ausgenommen. Für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) findet der FDA keine einheitliche Anwendung. Abhängig von der Hauptdiagnose sind Leistungen der NNFR entweder vollständig befreit oder findet der FDA in Gänze Anwendung. Der BDPK fordert eine grundsätzliche Ausnahme der NNFR vom FDA. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts wird der entsprechende Behandlungsbedarf für Schlaganfallpatienten in den nächsten Jahren weiter steigen.

BDPK Bundeskongress



Mittwoch, 13. Juni 2018
11.30 bis 17.30 Uhr Seminartag
Abendveranstaltung

Donnerstag, 14. Juni 2018
9.30 bis 12.30 Uhr
Mitgliederversammlung des BDPK

Tagungsort: Hotel SOFITEL
Berlin Kurfürstendamm,
Augsburger Straße 41, 10789 Berlin

Reha-Entlassmanagement

Wer soll das bezahlen?

Das Entlassmanagement nach einem Reha-Aufenthalt ist wichtig für den nachhaltigen Erfolg. Einem Abschluss des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement stand bisher die Frage zur Finanzierung des Mehraufwands im Wege. Einigen sich die Vertragspartner nicht, entscheidet das Bundesschiedsamt.

Dass das Entlassmanagement in der Vergangenheit nicht reibungslos vonstattengehen konnte, lag aus Sicht des BDPK an unklaren Verantwortlichkeiten und fehlenden Richtlinien. Der Gesetzgeber hat auf diese Notwendigkeit reagiert: Kliniken bekamen ein Ordnungsrecht, und die Krankenkassen wurden zur Unterstützung des Entlassmanagements verpflichtet.

Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können Reha-Einrichtungen gemäß § 40 Abs. 2 S. 4 und § 41 Abs. 1 S. 4 in Verbindung mit § 39 Abs. 1a SGB V Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Darüber hinaus müssen die Kliniken dafür Sorge tragen, dass notwendige Termine für die Anschlussversorgung der Patienten vereinbart werden und der niedergelassene Arzt alle wichtigen Informationen erhält.

Ein Rahmenvertrag für Reha-Einrichtungen soll die Umsetzung der Aufgaben des Entlassmanagements regeln. Die Verhandlungen dazu gehen bereits weit über den geplanten Zeitraum – erstes Halbjahr 2016 – hinaus. Denn der Gesetzgeber hat den Kliniken eine bürokratische Hürde mitgeliefert: Es gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Das heißt, Kliniken müssen eine Betriebsstättennummer bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beantragen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestehen und bestenfalls die Software für die Bedruckung von Verordnungen anschaffen. Die Refinanzierung der zusätzlichen Kosten und

die Sinnhaftigkeit solch bürokratischer Auflagen sind allerdings fraglich.

Wer kommt für die Kosten des Entlassmanagements auf? Diese Frage konnte zwischen den Verhandlungspartnern des Rahmenvertrags nicht geklärt werden. Die GKV lehnt die Festschreibung einer Antwort im Rahmenvertrag ab. Die Leistungserbringerverbände wollen die Kliniken bei den Vergütungsverhandlungen unterstützen. Sie bestehen nach wie vor auf einer Regelung, die sich auch im Rahmenvertrag wiederfinden lässt. Denn nicht immer waren die Krankenkassen in der Vergangenheit bereit, Kosten zu refinanzieren, die mit neuen gesetzlichen Regelungen einhergingen. Die Wahrscheinlichkeit wächst also, dass hier das Bundesschiedsamt in Rehabilitationsangelegenheiten entscheiden muss. Dennoch sind die Leistungserbringerverbände aktuell bemüht, eine gütliche Einigung zu erzielen.

Die Rehabilitationskliniken sind bereits seit vielen Jahren verpflichtet, ein Entlassmanagement für die Rehabilitanden durchzuführen. Lediglich die neuen Regelungen, nach denen die Kliniken Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen dürfen, können ohne die Vereinbarung des Rahmenvertrags nicht erfolgen. Solche Verordnungen dürfen die Kliniken künftig aber ohnehin nur ausstellen, wenn sie dringend erforderlich sind, zum Beispiel wenn ein niedergelassener Arzt nicht rechtzeitig erreichbar ist, um die notwendigen Verordnungen auszustellen.

VdPK mit neuer Geschäftsführerin

Dr. Tania Masloh führt ab 1. April 2018 die VdPK-Geschäftsstelle mit Sitz in Wiesbaden. Sie tritt die Nachfolge von Friedel Mägdefrau an, der als Geschäftsführer 35 Jahre lang für die Landesverbände in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland erfolgreich und mit hohem Engagement gewirkt hat.

Die studierte Juristin Dr. Tania Masloh war von 2010 bis 2017 Geschäftsführerin der ctt mbH Trier und Personaldirektorin der Marienhaus GmbH, Waldbreitbach. Zuvor war sie im Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur des Saarlands mit politischen Sonderaufgaben für die Ministerin und die Staatssekretärin betraut. Zeitgleich nahm sie diese Aufgabe auch für die Ministerin und die Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Arbeit, Familie, Prävention und Soziales wahr. Von 2001 bis 2009 war Dr. Masloh an verschiedenen Arbeitsgerichten als Richterin tätig, nachdem sie als Rechtsanwältin in Stuttgart und in der politischen Grundsatz- und Strategieabteilung der saarländischen Staatskanzlei tätig war.



MDK – fremdbestimmt oder unabhängig?

Neue G-BA-Richtlinie

Ende Dezember 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Erstfassung der Richtlinie beschlossen, die Grundsätze zu Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Krankenhäusern festlegt.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist der MDK beauftragt worden, zu überprüfen, ob in Krankenhäusern die qualitätssichernden Anforderungen des G-BA eingehalten werden. Die neue Richtlinie legt im „Allgemeinen Teil A“ Anhaltspunkte für Qualitätskontrollen fest und regelt allgemeine Fragen zu Kontrollgegenständen, Beauftragung, Umfang, Arten und Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Kontrollberichten. Zu den wesentlichen Regelungsinhalten gehören:

■ Kontrollgegenstände

Nach der neuen Richtlinie kann der MDK die Einhaltung von Qualitätsanforderungen aus den Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA sowie die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung überprüfen.

■ Anhaltspunkte und beauftragende Stellen

Bei Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte können der G-BA, die Qualitätssicherungsgremien auf Bundes- und Landesebene und die gesetzlichen Krankenkassen den MDK mit der Durchführung von Qualitätskontrollen beauftragen. Die beauftragte Stelle entscheidet auch über die Art der Kontrolle.

■ Drei Arten der Kontrolle

In der Regel sollen Kontrollen angemeldet und vor Ort durchgeführt werden. Unangemeldet sind sie nur dann zulässig, wenn sie als angemeldete Kontrolle das Ergebnis gefährden würden. Eine Kontrolle im schriftlichen Verfahren nach Aktenlage soll dagegen nur dann erfolgen, wenn sie vor Ort für die Erfüllung des Kontrollauftrags nicht erforderlich ist.

■ Kontrollbericht

Über jede Qualitätskontrolle wird innerhalb von sechs Wochen ein Kontrollbericht erstellt, den der MDK an die beauftragende Stelle, das betroffene Krankenhaus sowie an die gesetzlichen Krankenkassen des jeweiligen Bundeslands übermittelt. Das Krankenhaus kann dann innerhalb von zehn Arbeitstagen gegenüber der beauftragenden Stelle eine Stellungnahme zum Kontrollbericht abgeben.

Zu viel Bürokratie für Pflegekräfte

Im noch zu beschließenden „Besonderen Teil B“ will der G-BA die spezifische Ausgestaltung des Verfahrens regeln. Erst nach dessen Inkrafttreten können MDK-Kontrollen gemäß dieser Richtlinie beauftragt werden. Dann wird sich zeigen, ob die Richtlinie die Qualität der medizinischen

Versorgung in Krankenhäusern fördern oder aufgrund von zunehmenden Kontrollen nur zu weiterem bürokratischen Aufwand in den Kliniken führen wird. Schon jetzt sehen sich Krankenhäuser einer seit Jahren steigenden Tendenz von MDK-Prüfungen gegenüber. Ärzte und Pflegekräfte verbringen dadurch rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit patientenfernen Dokumentationsarbeiten. Für die neuen Qualitätskontrollen kann nicht ein von den Krankenkassen finanziell abhängiger MDK zuständig sein. Der BDPK fordert, in seinen gesundheitspolitischen Positionen den MDK zu einem neutralen und unabhängigen Prüfdienst weiterzuentwickeln.



Relaunch von Qualitaetskliniken.de

Viele Patienten, die sich heute in medizinische Behandlung begeben, suchen zuallererst online nach Informationen zur Qualität medizinischer Einrichtungen. Erst danach treffen sie ihre Wahl für die für sie passende Klinik. Das Klinikportal www.Qualitaetskliniken.de reagiert auf diese Entwicklung mit einem Relaunch. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verlag für Gesundheitsinformation erscheint die Website nicht nur im neuen Design, sondern auch mit deutlich klarerer Struktur und damit einhergehender verbesserter Nutzerfreundlichkeit. Mit dem responsiven Webdesign werden die Inhalte auf allen Endgeräten wie Smartphone, Tablet und PC nun optimal empfangen, und die passende Einrichtung ist einfacher, schneller und passgenauer gefunden. Darüber hinaus bietet Qualitaetskliniken.de dem Nutzer zusätzlich weiterführende Fachartikel zu Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden. Mit Hintergrundinformationen unter anderem zum Gesundheitswesen und praktischen Hinweisen zum Reha-Antragsverfahren erhalten Patienten, Ärzte, Vertreter von Sozialdiensten, Gesundheitsverbänden und -organisationen auf www.qualitaetskliniken.de umfangreiches Fachwissen.