

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

Reform im Blindflug

Von Thomas Bublitz

Nach langer Zeit des Spekulierens und Bangens ist die Entscheidung gefallen: Der Bundesrat hat am 22. November die Anrufung des Vermittlungsausschusses denkbar knapp abgelehnt. Damit tritt das KHVVG ohne Korrekturen zum 1. Januar 2025 in Kraft! Das Drama um die Abstimmung hat einen Scherbenhaufen hinterlassen, der eng mit der Person des Gesundheitsministers verbunden ist. Für die Durchsetzung der Reform war ihm nahezu jedes Mittel recht. Die massive Verunsicherung der Bevölkerung durch die Behauptungen, dass ohne seine Reform viele Menschen sterben würden, dass nur, wer Lauterbach persönlich am Wochenende nach einer Klinikempfehlung fragen könne, Aussicht auf eine gute Behandlung habe (der Blick in seinen Klinikatlas hilft schließlich nicht weiter), und das Ende der regelhaft schlechten und dilettantischen Gelegenheitsversorgung in fast allen unseren Krankenhäusern seien beispielhaft genannt. Dazu die Versprechung, dass wir mit dem KHVVG bald genauso alt werden wie unsere europäischen Nachbarn.

Oben er, der Allwissende, unten all die anderen Unwissenden, mit denen eine inhaltliche Diskussion nicht lohnt. Dazu eine Portion Doppelzüngigkeit: Minister Lauterbach verspricht die Entökonomisierung der Krankenhäuser (was ist das eigentlich?) und verursacht gleichzeitig ihre schwierigste wirtschaftliche Lage. Er verantwortet in seiner Amtszeit den fehlenden Inflationsausgleich bei der Betriebskostenfinanzierung durch bewusstes Nichtstun. Er hat die ökonomische Not der Kliniken sogar verstärkt, indem er wissentlich den Ausgleichsmechanismus beim Landesbasisfallwert für sinkende Fallzahlen, die seit der Coronapandemie Realität sind, gestrichen hat. Damit hat er die Kliniken nahe an den wirtschaftlichen Abgrund geschoben. Infolgedessen verzeichnen wir einen Höchststand an Krankenhausinsolvenzen, was auch durch das KHVVG nicht gestoppt werden wird.

Richtig am KHVVG ist, dass wir mehr Spezialisierung unter den Krankenhäusern brauchen. Die läuft in vielen Regionen auf Hochtouren, Kliniken wirken dabei konstruktiv mit. Ich habe meine Zweifel, ob die künftige Krankenhausversorgung durch zentralstaatlich vorgegebene Qualitätskriterien in allen Teilen der Republik steuerbar ist. Wir werden spätestens zum Januar 2027 in einigen Regionen an den Punkt kommen, an dem es um die Entscheidung geht, ob es ein Versorgungsangebot nach Lauterbachs Vorstellungen gibt oder gar keins, weil die Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Das werden zuerst Menschen in ländlichen Regionen spüren. Für mich bleibt die Hoffnung auf eine neue und gesprächsbereite Person im Amt des Gesundheitsministers in der neuen Legislaturperiode. Sie wird manche Fehlentwicklung aus Lauterbachs Amtszeit im KHVVG korrigieren müssen.

Reha-Gipfel in Bayern

Initiativen zur Stärkung der Reha

Auf Einladung der CSU-Landtagsfraktion fand Mitte November im Bayerischen Landtag in München der „Zweite Reha-Gipfel“ statt. Bei dem Branchentreffen wurden konstruktive Vorschläge zur konkreten Umsetzung von Initiativen zur Stärkung der Reha vorgestellt und diskutiert.

Bei der Zusammenkunft von Vertretern der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und der Leistungserbringerverbände hoben der Fraktionsvorsitzende der CSU im Bayerischen Landtag, Klaus Holetschek, und der gesundheitspolitische Sprecher der CSU, Bernhard Seidenath, die Bedeutung der Reha als vierte Säule des Gesundheitswesens hervor. Sie machten aber auch deutlich, dass sich die Herausforderungen für die Reha-Kliniken seit dem ersten bayerischen Reha-Gipfel im Herbst 2019 erheblich gewandelt haben: Der Fachkräftemangel, die wirtschaftliche Situation der Reha-Kliniken nach der Coronapandemie, die Preissteigerungen in der Folge des russischen Überfalls auf die Ukraine sowie die zunehmende Bürokratie haben die Lage verschärft.

Die Forderungen des Reha-Gipfels waren neben einer finanziellen Auskömmlichkeit auch, die Rehabilitation in der Krankenhausreform, bei der Digitalisierung und bei der regionalen Versorgungsplanung stets mitzudenken. Zudem soll

in einer Region in Bayern ein möglichst weitgehender Abbau von Bürokratie modellhaft erprobt werden.

Der Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. (VPKA) hatte für den Reha-Gipfel ein Arbeitspapier erstellt. Dieses enthält vier rehapolitische Grundsatzpositionen und neun konkrete Vorschläge für Initiativen zur Stärkung der Reha in Bayern. Dazu gehören unter anderem ein bayerisches Förderprogramm für Infrastrukturvorhaben, die Nutzbarmachung der Digitalisierung durch Fortsetzung des Reha-TI-Förderprojekts sowie der Bürokratieabbau durch eine „Taskforce“. Bezug genommen wird in dem Papier auch auf die aktuelle bundesweite Kampagne „Reha. Macht's besser!“, mit der gefordert wird, dass die Reha-Kliniken als Träger der praktischen Ausbildung in der Pflege zugelassen werden.

Das Arbeitspapier ist auf der Homepage des VPKA Bayern (www.vpka-bayern.de) veröffentlicht und kann dort als PDF heruntergeladen werden.



Vor dem Reha-Gipfel in München hatte sich der CSU-Fraktionsvorsitzende des Bayerischen Landtags, Klaus Holetschek, gemeinsam mit Wirtschaftsvertretern in der Passauer Wolf Fachklinik Bad Gögging ein Bild von den aktuellen Herausforderungen der Reha-Branche gemacht. Das Foto zeigt Mitarbeitende der Klinik sowie Klaus Holetschek (4. v. r.), den Präsidenten des vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., Wolfram Hatz (4. v. l.), Hauptgeschäftsführer des vbw, Bertram Brossardt (7. v. r.) sowie den geschäftsführenden Gesellschafter der Passauer Wolf Fachklinik Bad Gögging, Florian Leebmann (2. v. r.) und den Geschäftsführer der Passauer Wolf Klinik Bad Gögging, Hans-Martin Linn (r.).

Foto: Stefan Scharl, Passauer Wolf Fachklinik Bad Gögging

Reha-Innovationen

Psychosomatische Hybrid-Reha

Dass die medizinische Reha eine moderne medizinische Leistung ist und sich beständig weiterentwickelt, zeigen wir in lockerer Folge mit Berichten über fortschrittliche Anwendungen aus der Reha-Praxis. In dieser Ausgabe: die Erprobung der Hybrid-Reha an der Dr. Becker Burg-Klinik.



Foto: Adobe Stock

Medizinische Reha-Maßnahmen sind intensiv und fokussiert. Sie finden in einem sehr strukturierten, aber auch geschützten Umfeld meist fernab vom Alltag und den Herausforderungen des täglichen Lebens statt. Viele Patient:innen erleben das Ende der Reha als Bruch. Ohne den Schutz der Klinik fällt es ihnen schwer, die Impulse und neuen Verhaltensweisen direkt in den alten Alltag zu übertragen, was demotivierend ist und Zweifel am Erfolg der Reha-Maßnahme aufkommen lässt.

Und genau hier setzt die Idee der Hybrid-Reha an: Sie kombiniert das geschützte Klinikumfeld mit der Behandlung in der individuellen Lebenswelt der Patient:innen. In einer „Brückenwoche“ sind die Patient:innen zwar physisch wieder zu Hause, bleiben aber dank digitaler Technik virtuell noch in der Klinik und setzen wesentliche Reha-Inhalte fort. So können sie die Reha alltagsnäher in den eigenen vier Wänden abschließen. Eigene Hürden werden mitunter jetzt noch einmal sichtbar und können unterstützend adressiert werden. Der Übergang kann so besser gelingen und der Reha-Erfolg nachhaltig verbessert werden – so die Annahme des Konzeptes.

Ob Patient:innen, Kostenträger sowie die Reha-Einrichtungen davon profitieren, soll in wissenschaftlichen Studien überprüft werden.

Aufbau und Inhalt der Hybrid-Reha

Vor ihrer Anreise erhalten bestimmte Patient:innen bereits mit den Einladungsunterlagen zu ihrer Reha eine separate Broschüre, in der die Hybrid-Reha detailliert vorgestellt wird. So können sie in Ruhe überlegen, ob sie die volle Reha-Zeit in der Klinik bleiben oder an einer Hybrid-Reha teilnehmen möchten. Ihre Teilnahmebereitschaft können sie über das digitale Patientenportal der Klinik vor der Anreise oder innerhalb der ersten Reha-Woche in der Klinik mitteilen.

Patient:innen, die ihre Teilnahmebereitschaft erklärt haben und alle persönlichen Voraussetzungen erfüllen, werden in der Klinik in einer eigenen Gruppe zusammengeführt. Sie erhalten eine Einführung in die Hybrid-Reha, technische Erklärungen und lernen die Hybridgruppe kennen. Die Hybrid-Reha erfüllt alle DRV-Vorgaben bezüglich Behandlungsumfang und -vielfalt. Die Zuordnung der therapeutischen Leistungen nach stationärer und digitaler Phase richtet sich allerdings danach, zu welchem Setting (Klinik oder Zuhause) die Intervention besser passt. Insbesondere in der Brückenwoche setzen sich die Patient:innen mit dem Transfer in den konkret erlebten Alltag auseinander und erhalten Unterstützung von Kli-

nikteam und Mitpatient:innen. Die Gruppenteilnehmer:innen reisen alle am selben Tag (donnerstags) ab und beginnen am Tag danach (freitags) gemeinsam mit der Brückenwoche.

Die digitale Reha-Woche findet auf einer durch ein Passwort geschützten Online-Plattform statt. Hier stehen den Teilnehmenden Videos und Anleitungen zu Eigenübungen zur Verfügung, zum Beispiel zur Achtsamkeit oder zum Zeitmanagement. Außerdem gibt es verschiedene Entspannungs-Podcasts, die zum Teil von der Klinik selbst produziert wurden. Therapieangebote in Echtzeit sind zum Beispiel per Videoplattform durchgeführte psychotherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sowie bestimmte Angebote aus der Sozialberatung und Ergotherapie. Außerdem live sind die Begrüßung, das Abschlussgespräch sowie der tägliche Frühspport. Viele Inhalte der Brückenwoche stehen den Patient:innen noch für drei Monate nach der Reha in ihrem Online-Bereich zur Verfügung.

Rahmen und Machbarkeitsstudie

Während der Brückenwoche zu Hause befinden sich die Patient:innen formal weiterhin in der Reha-Maßnahme. Das bedeutet, dass sie nicht arbeiten gehen und auch keine Krankenschreibung benötigen. Für die Präsenz-/Livetermine besteht eine Anwesenheitspflicht. Fehlt ein:e Teilnehmer:in unentschuldig, kommt die Klinik ihrer Fürsorgepflicht nach und nimmt telefonisch Kontakt auf, um sicherzustellen, dass es der Person gut geht.

Das Konzept der Hybrid-Reha klingt naheliegend und überzeugend, doch eine Umsetzung in die Reha-Praxis ist komplex. Bevor eine solche Idee in der Breite angewendet werden kann, muss die praktische Machbarkeit auf den Prüfstand gestellt und untersucht werden, welche medizinischen und persönlichen Wirkungen es gibt. So können Risiken und Fehlentwicklungen ausgeschlossen und Konzeptkorrekturen vorgenommen werden.

Eine erste Machbarkeitsstudie zur Hybrid-Reha startete Ende 2021 in der Dr. Becker Klinikgruppe. In der Burg-Klinik in Dermbach, Thüringens größter psychosomatischer Fachklinik, wurden Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis Depression, depressive Verstimmung, Erschöpfung oder Ess- und Persönlichkeitsstörungen in die Studie eingeschlossen. Zu den persönlichen Voraussetzungen für die Teilnahme gehört, dass die Patient:innen zwischen 18 und 60 Jahre alt sind, wegen einer psychosomatischen Erkrankung behandelt werden, einen Internetanschluss und ein digitales Endgerät (Smartphone, Tablet oder Laptop) besitzen und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Die Entscheidung für die Hybrid-Reha in der Studie ist nicht verpflichtend und die Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden.

Finanziert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Über knapp zwei Jahre wurden qualitative und quantitative Daten zur Machbarkeit und Akzeptanz der Hybrid-Reha erhoben. Es wurden Interviews mit Teilnehmenden und Fokusgruppen mit dem klinischen Personal durch-



geführt. Zudem wurden die Teilnehmenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Reha-Prozess (Beginn und Ende der Rehabilitation sowie nach sechs Monaten) schriftlich zu ihrem Gesundheitszustand befragt. Die Daten liefern erste Hinweise zur Entwicklung gesundheits- und erwerbsbezogener Parameter sechs Monate nach Abschluss einer Hybrid-Reha, unter anderem zu Depressivität, beruflicher Belastung, Teilhabe, Lebensqualität. Nach dem Studienende im Dezember 2024 wird der Abschlussbericht mit allen Ergebnissen und Auswertungen im ersten Quartal 2025 vorliegen. Die Ergebnisse werden zudem auf dem 34. Reha-Kolloquium im März 2025 in Nürnberg vorgestellt. Ab Januar 2025 schließt die Evaluationsstudie „HypeR-ME“ an, die die Wirksamkeit und den Nutzen der Hybrid-Reha im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitation überprüfen soll. In einer Überbrückungsphase zwischen den beiden Studien lief die Hybrid-Reha an der Dr. Becker Burg-Klinik auch ohne wissenschaftliche Begleitung weiter.

Bedeutsame und deutliche Benefits

Erste wissenschaftliche Auswertungen der Machbarkeitsstudie sowie die Erfahrungen der Dr. Becker Burg-Klinik nach der fast dreijährigen Testphase sind positiv. In Befragungen gaben über 90 Prozent der Patient:innen an, dass sie die Reha wieder so machen würden. Für sie liegt unter anderem ein Vorteil der Hybrid-Reha offensichtlich darin, dass ihnen ein „sanftes Ankommen“ und die Eingewöhnung in die Alltagsabläufe zu Hause ermöglicht werden. Zudem ist die Hybrid-Reha besonders für Patient:innen geeignet, die frühzeitig wieder bei ihrer Familie sein möchten oder die aus anderen Gründen nicht lange von zu Hause fernbleiben können. Als weiterer Pluspunkt wird gesehen, dass Unterlagen, die sich zu Hause befinden, mit dem/der Sozialarbeiter:in besprochen werden können. Außerdem können Videoinhalte zeitlich flexibel genutzt und beispielsweise Entspannungsübungen abends vor dem Schlafengehen gemacht werden.

Auch von der Klinik, den beteiligten Mitarbeitenden und der Klinikgruppe ist das Feedback sehr positiv. Es werden deutliche Verbesserungen des Reha-Erfolgs erwartet und man sieht sich als Klinikgruppe als einen der Vorreiter in Sachen Digitalisierung. Die Ergebnisse der Studie werden Ende 2027 erwartet.