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

„Umparken im Kopf"

Von Thomas Bublitz

Diesen Werbeslogan vom Autobauer Opel hat Joachim Gemmel, CEO der Asklepios Kliniken, gerade in den Fachmedien wieder zum Leben erweckt. Aus meiner Sicht passt er perfekt in diese Zeit. Die angespannte Finanzlage der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung führt zu inbrünstigen Diskussionen der Frage, was nun geschehen muss. Häufig laufen diese Debatten nach dem Sankt-Florian-Prinzip: „Heiliger Sankt Florian, verschon' mein Haus, zünd' andre an!"

Den Auftakt machte jüngst KBV-Chef Dr. Andreas Gassen mit dem Vorschlag, Mutter/Vater-Kind-Kuren aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen. Damit entstünden wohl „by the way" auch finanzielle Spielräume für die Entbudgetierung der Fachärzte. Inhaltlich bewertet: Gerade junge Familien brauchen häufig Unterstützung und Hilfe für eine gesundheitsorientierte Lebensführung und gute Eltern-Kind-Interaktion. Das ist heute alles andere als selbstverständlich. Angesichts dieser Entwicklung wächst heute eine Generation mit ungesunder Lebensführung heran, da Vertragsärzte Gesundheitsbildung und -erziehung vielfach nicht mehr in ihren Praxisalltag integrieren können.

Auch die Krankenkassen haben Ideen, wie gespart werden soll: vom Ausgabenmoratorium bis hin zur staatlich verordneten Preissenkung bei Arzneimitteln und Krankenhausleistungen zur Schließung von Krankenhausstandorten. Bei der Zahl der Krankenkassen als auch bei der Höhe der Verwaltungskosten sehen sie keinen Handlungsbedarf. Das regele alles der Markt, so Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. So könnte ich weiter aus dem gesundheitspolitischen Berlin berichten. Bringt aber außer Frust nichts.

Wäre es nicht an der Zeit, die Frage zu stellen, wie unser Gesundheitssystem eigentlich in zehn Jahren aussehen soll? Wollen wir beispielsweise weg vom Reparaturbetrieb, der nur die Behandlung von Krankheiten belohnt, hin zu einer Gesundheitsversorgung, bei der die Leistungserbringer Interesse an echter Prävention und Gesundheitsvorsorge haben? Gesundheitsregionen mit regionalen Budgets, die eigenverantwortlich klären, wie die Versorgung geregelt werden soll. Internationale Erfahrungen gibt es zur genüge, genau wie Konzepte zur Übertragung auf Deutschland. Zur Lektüre empfehle ich die Websites der Rhön-Stiftung und des BDPK. Die Debatte hierüber wäre so viel sinnvoller als der Versuch der zentralistischen Steuerung unserer Gesundheitsversorgung über das KHVVG und das KHAG oder Sparvorschläge nach dem Sankt-Florian-Prinzip.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Zuweisung von Leistungsgruppen

Rechtsschutz für Kliniken

Die Länder haben die Möglichkeit, über ihre Landeskrankenhausgesetze bei der Zuweisung von Leistungsgruppen hinreichenden Rechtsschutz für Krankenhäuser zu gewährleisten. Eine Problemanalyse verbunden mit dem Appell an die Länder, ihrer Verantwortung auch nachzukommen.

Eines der Kernstücke der Krankenhausreform ist die Einführung von Leistungsgruppen. Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist zwar formal unabhängig von der Krankenhausplanung des Landes; faktisch wird aber eine Angleichung erfolgen. Spannend ist die Frage, wie die Länder diese nun konkret umsetzen. Allen gemeinsam ist die Tatsache, dass die jeweiligen Landeskrankenhausgesetze angepasst werden müssen. Dies ist in manchen Ländern bereits geschehen, in manchen laufen hierzu aktuell die Verbändeanhörungen.

Regelungen auf Bundesebene

Die Zuweisung soll per Bescheid durch die zuständigen Landesbehörden erfolgen. Nach Bundesrecht hätte das Krankenhaus die Möglichkeit, gegen einen ablehnenden Zuweisungsbescheid Widerspruch einzulegen. Dieser hätte grundsätzlich aufschiebende Wirkung, da ein entsprechender Ausschluss des Suspensiveffektes der bundesgesetzlichen Regelung des § 6a Abs. 1 KHG nicht zu entnehmen ist. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, kann Klage erhoben werden. Eine Anfechtungsklage hätte ebenfalls aufschiebende Wirkung. Somit wäre die Liquidität des Krankenhauses bis zur rechtskräftigen Gerichtsentscheidung geschützt; das Krankenhaus dürfte also weiterhin seine Leistungen erbringen und abrechnen.

Beispiel Niedersachsen

Bedauerlicherweise haben die Länder hierzu überwiegend abweichende Regelungen getroffen oder bestehende Regelungen nicht adäquat angepasst. Ein Beispiel dafür ist Niedersachsen:

Nach § 6 Abs. 5 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) hat die Anfechtungsklage gegen einen Bescheid über die Feststellung der (Nicht-)Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, welcher nach der beabsichtigten Änderung des § 6 Abs. 2 NKHG auch die zugewiesene Leistungsgruppe enthält, keine aufschiebende Wirkung. Dies bedeutet, dass im Falle einer Klage der Suspensiveffekt entfällt. Ein Vorverfahren, in welchem durch einen Widerspruch der Suspensiveffekt vorläufig hergestellt werden könnte, ist nach § 68 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VwGO nicht vorgesehen, da es sich bei dem zuständigen Niedersächsischen Ministerium um eine oberste Landesbehörde handelt und das Landesgesetz keine Nachprüfung regelt.

Das ist höchst bedenklich, da dem Krankenhaus hier zweimal der (vorläufige) Rechtsschutz genommen wird: Es gibt kein Vorverfahren zur Nachprüfung, sondern Krankenhäuser sind gezwungen, unmittelbar zu klagen. Bis das oftmals langwierige Klageverfahren abgeschlossen ist, darf das Krankenhaus keine Leistungen aus der Leistungsgruppe erbringen und abrechnen. Zwar besteht aufgrund des Wegfalls der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage die Möglichkeit, beim Verwaltungsgericht ergänzend im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes nach § 80 Abs. 5 VwGO die Anordnung der aufschiebenden Wirkung zu beantragen. Hiermit scheinen die Krankenhäuser jedoch in NRW als Vorreiter der Krankenhausreform kaum Erfolg zu haben.

Lösung liegt bei den Ländern

Verkannt wird, dass mit der Nichtzuweisung der Leistungsgruppe ein eigener Verwaltungsakt zulasten des Krankenhauses erlassen wird. Belastend ist bereits, dass diese in der Umsetzung auf Landesebene unmittelbar an die (Nicht-)Aufnahme in den Krankenhausplan geknüpft werden. Unzumutbar ist, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit der Klärung im Widerspruchsverfahren sowie der vorläufige Rechtsschutz bis zur rechtskräftigen Gerichtsentscheidung genommen wird. Die Zuweisung erfolgt auf Grundlage eines zuvor beauftragten Gutachtens des Medizinischen Dienstes. Wie sich in vielen Abrechnungsstreitigkeiten oft erst vor Gericht zeigt, bergen solche Gutachten nicht selten Fehler. Einem Krankenhaus, welchem eine Leistungsgruppe fehlerhaft nicht zugewiesen wird, wird eine gerichtliche Entscheidung hierzu nach zwei Jahren Gerichtsverfahren wohl nicht mehr helfen: Dieses ist dann nämlich voraussichtlich insolvent. Die Länder haben die Möglichkeit, den Krankenhäusern ein Vorverfahren, welches bereits oftmals zur Klärung von fehlerhaften Gutachten beitragen kann, sowie vorläufigen Rechtsschutz zu gewähren. Es wird an die Länder eindringlich appelliert, dem nachzukommen.

Ass. jur. Laila-Felicia Kattelmann
Referentin Geschäftsbereich Krankenhäuser
E-Mail: kattelmann@bdpk.de

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Pflegeausbildung

Fachkräfte sichern die Versorgung

Ralf Hackbarth ist seit Oktober 2024 Geschäftsführer des Medical Park Berlin Humboldtmühle. Im Interview erzählt er, warum es dringend notwendig sei, auch Reha-Einrichtungen als Träger der Pflegeausbildung zuzulassen.

Herr Hackbarth, können Sie uns etwas zu Ihrem beruflichen Werdegang sagen?
Bevor ich Geschäftsführer wurde, habe ich bereits seit 2019 die Rolle des Pflegedirektors innerhalb der Klinikleitung des Medical Park Berlin Humboldtmühle übernommen. In der Pflege liegt auch der Ursprung meiner Karriere, ich habe lange selbst als Gesundheits- und Krankenpfleger und Praxisanleiter gearbeitet.

Wie sieht die Ausbildungslandschaft in Ihrer Einrichtung aktuell aus? Welche Berufsbilder bilden Sie aus – und in welchem Umfang?
Wir bieten bereits in Kooperation mit verschiedenen Schulen die Ausbildung in den Therapieberufen wie Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie an. Derzeit betreuen wir Auszubildende in den Bereichen Pflege sowie Physiotherapie. Die aktuell nur kurzen praktischen Einsätze von Pflegeauszubildenden werden der Zukunftssicherung der Pflege nicht gerecht. Es braucht die Möglichkeit der vollwertigen Ausbildung in allen Versorgungsbereichen – auch in der Reha. Denn die Ausbildung stärkt langfristig die Fachkräftebindung und sichert die Versorgung.

Warum sind Reha-Einrichtungen nicht schon längst Träger der Pflegeausbildung?
Eine Ursache ist vermutlich das bekannte Vorurteil, die Reha biete zu wenig „akute“ Pflegeerfahrung und sei pflegerisch weniger komplex oder herausfordernd. Dies hat zur Folge, dass die Reha als möglicher Arbeitgeber in den Köpfen vieler Menschen nicht mitgedacht wird. Natürlich unterscheidet sich die Arbeit von der Arbeit auf einer Intensivstation, aber pflegerische Kompetenz zeigt sich nicht nur im Umgang mit Notfällen. Die Patientenbeobachtung und das damit verbundene Erkennen schleichender Veränderungen, aber auch das Planen individueller Maßnahmen sowie die Anleitung von Patient:innen in ihrer Selbstpflege sind essenziell – und das kann man in der Reha hervorragend lernen. Kooperationen mit Akuthäusern können etwaige Erfahrungsbereiche ergänzen, das ist bei anderen Ausbildungsträgern bereits etabliert.

Was zeichnet Reha-Einrichtungen Ihrer Meinung nach besonders für die Pflegeausbildung aus?
Die Rehabilitation ist ein zentraler Bestandteil des Gesundheitswesens und ein wichtiger Teil der Versorgungskette. Sie bietet ein breites Spektrum pflegerischer Tätigkeiten. Die Pflege von Patient:innen mit komplexen Krankheitsbildern und verschiedenen Pflegegraden ist auch nach der Akutphase anspruchsvoll. Auch bleiben Patient:innen oft mehrere Wochen, was eine andere pflegerische Beziehung und Betreuung ermöglicht. Das schafft Kontinuität im Umgang mit Patient:innen und bei der Pflegeplanung. Der Fokus in der Reha liegt viel stärker auf der Ressourcenförderung, dem Erreichen der Langzeitziele sowie der Zurückerlangung der Selbstständigkeit für Patient:innen – das verlangt planvolles, individuelles Pflegehandeln. In der Reha werden die Patient:innen mit ganzheitlichem Blick betrachtet und nicht auf ihre Symptome reduziert. Außerdem bietet die Reha eine ausgezeichnete Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflege, Therapie, Ärzt:innen und Sozialdienst, was eine ideale Lernumgebung schafft.

Ralf Hackbarth,
Geschäftsführer Medical Park Berlin Humboldtmühle

Welche Perspektive sehen Sie für die Pflegeausbildung in der Reha?
Die Reha ist essenziell für die Ausbildung in der Pflege und muss neben Akuthäusern und Altenpflegeeinrichtungen gleichwertig als selbstverständlicher Ausbildungsort anerkannt werden – ohne Wenn und Aber. Nur so kann auch in Zukunft eine hochwertige medizinische Versorgung gewährleistet werden. Die Einbindung der Reha als Ausbildungsanbieter ist unerlässlich. Bereits im Koalitionsvertrag 2021 hat die vorherige Bundesregierung diese Maßnahme vorgesehen, und die neue Bundesregierung ist aufgefordert, sie umgehend umzusetzen.

Das Interview führte Anu Wank, Referentin VPK BB,
E-Mail: wank@vpkbb.de

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Integration ausländischer Fachkräfte

Eigeninitiative ist gefragt

Im Mai berichteten wir über die Herausforderungen der Akquise und Integration ausländischer Pflegefachkräfte aus Sicht des Integrationsbeauftragten bei der Vamed Gesundheit Deutschland. Teil zwei richtet den Blick auf die Integrationsarbeit in einer Klinik.

Gibt es wiederkehrende Herausforderungen, die die Integration ausländischer Pflegefachkräfte mit sich bringt?

Verena Hitzl (VH): Man muss zwischen fachlicher, sprachlicher und kultureller Ebene unterscheiden. In den meisten Ländern hat die Pflegeausbildung andere Schwerpunkte als in Deutschland. Oft ist sie sehr wissenschaftlich ausgerichtet und beinhaltet kaum praktische Ausbildung am Patienten. Die praktische Erfahrung besteht oft vor allem im medizinischen Bereich, weniger in der klassischen pflegerischen Versorgung. Diese muss den neuen Pflegekräften dann erst vermittelt werden, was zu Unmut auf den Stationen führen kann, weil die Erwartung an die neuen Kollegen nicht erfüllt werden. Auch medizinische Begrifflichkeiten müssen erst erlernt werden, etwa beim Medikamentenmanagement. Gleichzeitig kann das akademische Fachwissen die internen Qualitätsstandards bereichern.

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Deutschkenntnissen der ausländischen Mitarbeiter gemacht?

VH: Das Sprachniveau entspricht leider nicht immer dem angegebenen Zertifikat. Oftmals werden Mitarbeiter mit einen Sprachzertifikat auf B2-Niveau eingestellt, bei denen das tatsächlich gesprochene Deutsch dann aber nicht einmal B1-Niveau erreicht. Ein Grund hierfür ist der langwierige Einreiseprozess. Zwischen dem Sprachkurs im Heimatland bis zur Einreise nach Deutschland vergeht zu viel Zeit, in der das Gelernte schlichtweg wieder vergessen wird.

Online-Auftaktveranstaltung zum Deutschen Reha-Tag 2025

„Gesund leben heißt heute auch: Klimafolgen verstehen. Reha zeigt, wie's geht." Unter diesem Motto steht die Online-Auftaktveranstaltung am Samstag, 27. September 2025, organisiert von der Dr. Becker Klinik Möhnesee. Der Online-Reha-Tag 2025 sensibilisiert für die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und vermittelt praxisnahes Wissen. In zwei kompakten Stunden von 10 bis 12 Uhr erwarten die Teilnehmenden wissenschaftlich fundierte Informationen und Tipps aus der Reha-Praxis. Die Schirmherrin des Deutschen Reha-Tags 2025, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Vorsitzende des Sachverständigenrates für Umweltfragen der Bundesregierung, wird das Programm mit einem Grußwort eröffnen. Zum Programm: www.rehatag.de. Die Veranstaltung ist kostenfrei. Anmeldung über: *https://dbkg.info/rehatag*

Pflegedirektorin Verena Hitzl (links) und die therapeutische Praxisanleiterin Tina Roelandt (rechts) arbeiten in der VAMED Klinik Kipfenberg. Beide kennen sich mit der Integration neuer Kolleginnen und Kollegen gut aus. 19,23 Prozent der Pflegemitarbeitenden in der Klinik kommen aus Drittstaaten. Foto: Norbert Flórián

Tina Roelandt (TR): Wir unterstützen die ausländischen Mitarbeitenden so gut es geht. Bei den Gruppen, die wir in der Einarbeitung betreuen, nutzen wir ein Bilderwörterbuch. Sehr wichtige Sachverhalte lassen wir diese per App in die Muttersprache übersetzen und dann von den Mitarbeitern auf Deutsch wiedergeben. Inzwischen haben wir die Pflegepläne für die Dokumentation in mehrere Sprachen wie Ungarisch, Portugiesisch oder Türkisch übersetzt. Letztlich kommt es aber auf die Eigeninitiative und das Engagement der neuen Kolleginnen und Kollegen an.

Wie zeigen sich kulturelle Unterschiede?

TR: Als Beispiel fällt mir ein, dass asiatische Mitarbeiter es meist nicht gewohnt sind, mit Kritik offen umzugehen oder Probleme zuzugeben. Bei anderen Kulturen spielen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Mitarbeitenden oder die Akzeptanz weiblicher Führung eine Rolle. Der Mitarbeiter muss sich dann einfach daran gewöhnen, dass auch Frauen Weisungsbefugnis haben.

Was kann die Klinikleitung tun, damit die Integration gelingt?

TR: Es muss allen Beteiligten klar sein, dass reine Akquise nicht ausreicht. Es braucht ein hohes Maß an Investitionen in Integration und Inklusion.

VH: Ohne ausländische Fachkräfte wäre der Pflegepersonalmangel noch gravierender. Die Auslandsakquise ist unverzichtbar. Unsere Erfahrungen sind überwiegend positiv. Und: Durch kleine Stolpersteine lernt man dazu.

Das Interview führte Sabine Stodal i. A. des VPKA Bayern e.V.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –