

BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

ViSdP: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (030) 2400899-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de

Reha macht's besser

Von Thomas Bublitz

Lange Zeit musste man den Eindruck haben, die Rehabilitation und die Gesundheitspolitik würden nie beste Freunde. Egal in welchem Gesetz Verbesserungen vorgenommen wurden, sie gingen an der Rehabilitation stets vorbei. Nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) scheint sich die Lage für die Rehabilitation zu ändern. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat sein Wort vom BDPK-Bundeskongress 2018 gehalten und mit uns über die Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation gesprochen.

Ganz oben auf der Agenda: das Thema Vergütung. Wir haben intensiv über die Auswirkungen des PpSG diskutiert. Die erheblichen Gehaltsunterschiede für Beschäftigte in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen treiben die Mitarbeiter aus den Reha-Kliniken und machen sie so kaputt. Konsequenz wäre, dass sich der Pflegenotstand in den Krankenhäusern weiter zuspitzt, denn ohne Reha ist eine frühe Entlassung der Patienten aus den Krankenhäusern schlicht nicht mehr denkbar. Normal- und Intensivstationen in unseren Krankenhäusern würden explodieren!

Weiteres wichtiges Thema: Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidungen der Krankenkassen über

Reha-Anträge. Ganz im Sinne der Forderungen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland müssen die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen für verordnende Ärzte und Versicherte transparent und nachvollziehbar werden. Intensiv diskutiert wurde auch über die Frage des derzeitigen Vertragsrechtes. Wir haben intensiv dafür geworben, Leistungserbringerverbände auf Bundesebene in Verhandlungen von Eckpunkten für Versorgungsverträge einzubeziehen. Einzelne Kliniken können sich mit notwendigen Anpassungen von Versorgungsverträgen nie gegenüber der Gemeinschaft aller Krankenkassen auf Landesebene durchsetzen – obwohl sie relevante Inhalte, wie die Umsetzung des Hygiene- und Entlassmanagements, die Arzneimittelversorgung und den Datenaustausch über die Versorgung der Patienten verbessern würden.

Last, but not least: das Thema Klinikwahl. Viele zeitgerechte Überleitungen vom Krankenhaus in die Reha scheitern an schwierigen Debatten mit den Kassen über die Auswahl der Reha-Einrichtung. Es verwundert nicht, dass die Wünsche der Krankenkassen nach einer möglichst kostengünstigen Klinik nicht immer mit den Wünschen der Patienten nach einer besonders guten und wohnortnahen Klinik zusammenpassen. Es muss die freie Wahl unter den zugelassenen Vertragskliniken geben. Eine Reha-Gesetzgebung soll diese Probleme lösen. Mit einem entsprechenden Gesetzentwurf ist in diesem Herbst zu rechnen. Vielleicht schaffen es die Reha-Einrichtungen und deren Verbände, sich möglichst geschlossen gegenüber der Politik zu positionieren.



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer des BDPK,
Bundesgesundheitsminister
Jens Spahn, Dr. Karin Nebel
von den Dr. Dr. med. Nebel Kliniken
(von links)

Personalanhaltszahlen

Qualität hat Vorrang

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) will die personellen Strukturanforderungen für Reha-Einrichtungen ändern. Der BDPK hat dazu mit schriftlichen Stellungnahmen und in Verhandlungen die Positionen seiner Mitglieder vertreten.

Noch ist nichts entschieden, doch Tendenzen sind zu erkennen: Bis Mitte des Jahres 2020 will die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Überarbeitung des Strukturanforderungskataloges für Reha-Einrichtungen abgeschlossen haben. Neben den baulichen und technischen Rahmenbedingungen stehen vor allem die von der DRV vorgesehenen „Personalanhaltszahlen“ in der Kritik. Die Position des BDPK dazu ist eindeutig: Pauschale Vorgaben zum Stellenplan sind überflüssig, unverhältnismäßig und unsachlich, sie verhindern Innovationen und sind ein Eingriff in die unternehmerische Verantwortung der Kliniken.

Nach einer ersten schriftlichen Stellungnahme des BDPK (unter www.bdpk.de/news) führten Vertreter der Leistungserbringerverbände konstruktive und partizipative Gespräche mit der DRV, bei denen die unterschiedlichen Ziele und Positionen diskutiert wurden. Dabei stellte der BDPK klare Forderungen an die Überarbeitung der DRV-Strukturanforderungen:

Ergebnisqualität vor Strukturqualität

Qualitätssicherung muss sich auf die Ergebnisqualität konzentrieren, die sich in konkreten Behandlungsergebnissen und der Rehabilitandenzufriedenheit abbildet. Personalvorgaben dürfen allenfalls als Orientierungsrahmen dienen, da die Wirkung der Personalstärke auf die Qualität der Reha unklar ist. Die Entscheidung über die Personalstärke kann allein die Reha-Einrichtung bedarfsgerecht treffen, durch standardisierte Strukturvorgaben werden sinnvolle konzeptionelle Unterschiede der Reha-Einrichtungen, innovative Personal- und Reha-Konzepte und Investitionen in Digitalisierung infrage gestellt.

Geltungsbereich und Einbindung

Die Personalanforderungen der DRV dürfen nur für die DRV gelten – universelle Personalanforderungen müssten alle belegenden Träger (auch die GKV) finanzieren. Reha-Einrichtungen müssen frühzeitig in die Beratungen der DRV eingebunden werden und die aus der Praxis eingebrachten Hinweise besser in den Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden. Die personellen Strukturanforderungen müssen in Übereinstimmung mit den anderen QS-Anforderungen stehen, um eine Überversorgung mit Leistungen beziehungsweise eine nicht sachgemäße geringere Bepunktung im Qualitätsranking zu verhindern.

Flexibilität und Regionalität

Eine lineare Umrechnung von Personalquoten auf die Bettenzahl („100-Betten-Plan“) entspricht nicht dem tatsächlichen Personalbedarf in den Reha-Einrichtungen. Das Team einer Reha-Einrichtung muss bedarfsgerecht zusammengesetzt sein, also je nach Reha-Konzept, Behandlungsschwerpunkten und Rehabilitandenprofilen. Das gelingt nur bei Flexibilität in der Personalstellenbesetzung der einzelnen Berufs- und Funktionsgruppen. Die Flexibilität muss erhalten und noch weiter gefördert werden ebenso wie die Möglichkeiten vertraglicher Vereinbarungen von Kooperationen sowie regionaler und individueller Vereinbarungen zwischen den Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern.

Innovativ und medizinisch sinnvoll

Dem Fachkräftemangel in der Medizin können Kostenträger und Leistungserbringer nur gemeinsam entgegenwirken – mit innovativen und medizinisch sinnvollen Personalkonzepten, wie etwa Delegations- und Substitutionsmodelle, die ÄrztInnen, Pflegefachkräfte und TherapeutInnen von administrativen Aufgaben entlasten. Dazu gehört auch, dass neue Berufsbilder von den Kostenträgern anerkannt und in die Personalstellenpläne integriert werden müssen. Festlegungen von personellen Anforderungen dürfen nur bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit erfolgen. Eine Zweidrittelquote für examinierte Pflegefachkräfte, die ärztliche Anwesenheitspflicht über 24 Stunden im Haus und die Anstellungspflicht von Psychologischen Psychotherapeuten dürfen auch im Sinne der Ressourcenschonung nur dann gefordert werden, wenn sie aufgrund des Rehabilitandenklientels und der Behandlungsschwerpunkte der Reha-Einrichtung sinnvoll und notwendig sind.

Faire Finanzierung

Wenn Reha-Einrichtungen aufgrund neuer Strukturanforderungen mehr Personal einstellen müssen, dann müssen folgerichtig auch die Kostenträger dies über einen entsprechend höheren Vergütungssatz refinanzieren.

Neu im Vorstand

„Krankenhausplanung muss nationale Aufgabe werden“

Kai Hankeln, Vorstandsvorsitzender der Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, wurde im Juni 2019 von der BDPK-Mitgliederversammlung als neues BDPK-Vorstandsmitglied bestätigt. Im Gespräch erläutert er seine Positionen und Ziele für die Verbandsarbeit.

Herr Hankeln, welche aktuellen Herausforderungen sehen Sie für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft?

Die bestmögliche Versorgung für alle Patienten sicherzustellen, war schon immer eine Herausforderung. In den vergangenen Jahren haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen aber immer weiter verschärft – und ich sehe keine Anzeichen, dass die Entwicklung so schnell abebbt. Beispiel Pflege: Die zügige Umsetzung der zweiten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes ist einerseits absolut notwendig, um Pflegemaßnahmen auch in Reha-Einrichtungen künftig finanziell noch abdecken zu können. Zugleich bleibt das Grundproblem, dass der Pflegenotstand weder durch die Auslagerung der Pflegefinanzierung, noch durch praxisferne Personaluntergrenzen gelöst werden kann. Im Gegenteil, mit der Rückkehr zur Selbstkostendeckung werden bei der knappen Ressource Pflegekraft alle Anreize für einen effizienten Einsatz aus dem System genommen. Angesichts des Fachkräftemangels lösen sich die Probleme auch nicht durch verordnete Personalvorgaben auf. Stattdessen müssen wir uns darauf konzentrieren, den Mangel anzugehen. Dazu gehört sicherlich Qualifizierung, aber auch die Vereinfachung von Zuwanderung. Bei Asklepios haben wir im Ausland eigeninitiativ rund 800 Pflegekräfte angeworben, die aufgrund von bürokratischen Hürden jetzt nicht einreisen dürfen.

Gibt es – außer in der Pflege – noch weitere Probleme, die Sie umtreiben?

Die bürokratischen Hürden beschäftigen uns insbesondere bei unserer Kernaufgabe, der Behandlung der Patienten. Immer höhere Auflagen halten die Beschäftigten im Gesundheitswesen davon ab, ihren eigentlichen Tätigkeiten nachzugehen. Wenn Ärzte rund 40 Prozent ihrer Zeit mit Papierkram verschwenden müssen, dann stimmt etwas nicht. Das schadet allen – den Klinikbetreibern, den Mitarbeitern und vor allem den Patienten.



Die Liste der politischen Eingriffe wird immer länger. Nehmen Sie etwa den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die dort verfassten Strukturvorgaben gehen nicht selten komplett am Markt vorbei. Sie sind in der Praxis schlicht nicht umsetzbar. Bei der Digitalisierung hingegen scheinen Politik und die GKV einfach überfordert, eine schlüssige Digitalisierungsstrategie zu entwickeln. Auch hier müssen die Klinikbetreiber selbst in die Bresche springen und stehen allein auf weiter Flur. Das deutsche Gesundheitssystem leistet sich annähernd 2.000 Krankenhäuser. Hätten wir in Deutschland die gleiche Krankenhausstruktur wie in unserem nördlichen Nachbarland Dänemark, würden wir mit etwa 500 Krankenhäusern, also einem Viertel, auskommen. Eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft ist daher mehr als überfällig. Doch wo immer sich Chancen dazu auftun, fehlt den politisch Handelnden die Kraft, eine Klinikschließung im eigenen Wahlkreis zu vertreten. Als Beispiel sei Clausthal-Zellerfeld genannt. Mit lediglich 30 Betten und einer mehr als auskömmlichen Versorgung im nahe gelegenen Goslar darf das Haus zu Recht als verzichtbar und ohne Zukunftsperspektive angesehen werden. Dies einzuräumen, liegt dem Landrat jedoch ferner als alles andere, darum tritt er vordergründig für den Standorterhalt ein, um am Ende nicht für die Schließung des Standorts vom Wähler verantwortlich gemacht zu werden. Ein anderes absurdes Vorgehen ist aktuell im Rhein-Sieg-Kreis zu beobachten: Mit staatlichen Fördermitteln im dreistelligen Millionen-Euro-Bereich wurde an der Universitätsklinik Bonn ein Wettbewerbsangebot in der Kinderherzchirurgie zur benachbarten Kinderklinik Sankt Augustin aufgebaut, die darunter nun in die Knie zu gehen droht. Obwohl diese Entwicklung die politisch Verantwortlichen nicht überraschen dürfte, mag keiner einräumen, dass dies auch so gewollt ist. Es muss jedoch Schluss sein damit, dass wir unwirtschaftliche und versorgungstechnisch verzichtbare Strukturen mit Fördermitteln aufrechterhalten. Und es

kann auch nicht sein, dass funktionierende Strukturen durch einseitige Förderung von öffentlich-rechtlichen Häusern in den Ruin getrieben werden, wie es aktuell in Sankt Augustin geschieht. Die Krankenhausplanung muss zu einer nationalen Aufgabe werden, die nicht mehr in den Händen der Länder liegen darf.

Welche Schwerpunkte möchten Sie in Ihrer Verbandsarbeit im Vorstand des BDPK setzen?

Zunächst einmal freue ich mich sehr, mich im Vorstand des BDPK in die Verbandsarbeit einbringen zu dürfen. Der BDPK hat in den vergangenen Jahren hervorragende Arbeit geleistet, und ich bin zuversichtlich, dass wir daran anknüpfen können. Es muss weiterhin unser Anspruch sein, nicht als Lobbyist der privaten Betreiber aufzutreten, sondern im Interesse aller Beteiligten – als Stimme der wirtschaftlichen und politischen Vernunft. Wie bereits beschrieben, gibt es zahlreiche Herausforderungen für uns. Natürlich muss es die Aufgabe des BDPK bleiben, die politischen Rahmenbedingungen für private Investitionen zu schaffen und in diesem Zusammenhang die Attraktivität und gesellschaftliche Akzeptanz dafür zu steigern. Aber ich möchte dem BDPK mehr Schlagkraft verleihen. Aus

diesem Grund unterstütze ich ausdrücklich die Reha-Kampagne des BDPK. Es geht mir darum, im Sinne aller Mitglieder konkrete Veränderungen herbeizuführen und an der intelligenten Gestaltung der Gesundheitsversorgung von morgen mitzuwirken.

Wofür stehen Sie außerdem?

Aus fester Überzeugung stehe ich auch hinter den Bestrebungen des BDPK für eine angemessene Neuberechnung und Flexibilisierung der Fallpauschalen, um jedem Patienten die individuell bestmögliche Versorgung bieten zu können. Nur mit einer angemessenen Entlohnung können wir gezielte Maßnahmen zur Entlastung des medizinischen Personals finanzieren, Arbeitsverdichtung und letztlich die Arbeitsbelastung in der Pflege deutlich reduzieren. Dazu gehört es auch zwingend, alternative Modelle wie Capitation in Erwägung zu ziehen und im Modell versuchen ergebnisoffen zu testen. Der Ansatz dabei: Anbieter, die im Rahmen von Capitation arbeiten, konzentrieren sich vermehrt auf die Gesundheitsvorsorge, da sich die Prävention von Krankheiten deutlich mehr lohnt als die reine Behandlung von Kranken.

Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen Landesverbände neu aufgestellt

BDPK-Mitglieder haben im Frühjahr und Sommer in den Landesverbänden ihre neuen Vorsitzenden, Präsidenten und Vorstandsmitglieder gewählt.

Thüringen: Dr. Franka Köditz ist seit dem 1. Juli 2019 Erste Vorsitzende des Vorstandes des Verbandes der Privatkliniken in Thüringen. Sie folgt auf Dr. Kerstin Haase, die dieses Amt mehr als fünf Jahre innehatte und den Verband aus beruflichen Gründen verlässt. Köditz, Geschäftsführerin der Helios Fachkliniken Hildburghausen GmbH, wird auch das Vorstandsmandat in der Landeskrankenhausesgesellschaft Thüringen übernehmen.

Baden-Württemberg: Heiko Stegelitz, Geschäftsführender Gesellschafter der Parkinson-Klinik Ortenau, Wolfach, ist seit Anfang Juli 2019 Präsident des Verbandes privater Klinikträger in Baden-Württemberg. Die Mitgliederversammlung des Verbandes wählte ihn als Nachfolger von Berthold Müller, der als Präsident über neun Jahre im Amt war. Bernhard Wehde, Sprecher der Geschäftsführung des Christophsbad Göppingen wurde als stellvertretender Vorsitzender wiedergewählt. Als Beisitzer wurden bestätigt: Thomas Böer (Diabetes Klinik Bad Mergentheim), Thomas Ewald (Sana Kliniken AG), Wulf Meueler (Mediclin AG), Frank Porten (St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Höchenschwand),

Lisa Sophia Friedrich (Kliniken Schmieder), Franz Schreijäg (Fachklinik Hänlehof, Bad Dürkheim), Sven Wahl (GVG AG, Bad Dürkheim), Angelika Wöppel-Wagener (Hufeland Klinik Bad Mergentheim) sowie Uli Wüstner (Fachkliniken Hohenurach). Neu ins Präsidium wurde Joachim Limberger (Klinik Limberger, Bad Dürkheim) gewählt.

Bayern: Bereits im Mai 2019 verabschiedete die Mitgliederversammlung des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern die drei langjährigen Vorsitzenden Herbert-M. Pichler, Dr. Franz Theisen und Klaus Krotschek. Bei den anschließenden Neuwahlen wurde Markus Stark (Kliniken Dr. Erler gGmbH) zum Ersten Vorsitzenden gewählt. Zweiter Vorsitzender ist Stefan Scharl (Reha-Zentren Passauer Wolf), Dritter Vorsitzender Dr. Claas Hohmann (WolfartKlinik). Als Vorstandsmitglieder wiedergewählt wurden Oliver Bredel (Sana Kliniken) und Dr. Markus Hamm (Schön Klinik SE). Neu in den Vorstand wurden gewählt: Dr. York Dhein (Johannesbad Holding SE), Ludwig Klitzsch (Ideamed GmbH) und Etzel Walle (m&i Klinikgruppe Enzensberg).