

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



Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer
des BDPK

Für einen guten Start

Von Thomas Bublitz

Geplant ist, dass der Deutsche Bundestag am 6. Dezember Olaf Scholz zum Bundeskanzler wählt und die neue Bundesregierung aus SPD, Grünen und FDP mit ihrer Arbeit beginnt. Unabhängig von der Frage, wer dann im Chefsessel sitzt, besteht berechtigte Hoffnung, dass es auch unter der neuen Leitung des Gesundheitsministeriums eine konstante und von Vernunft gelenkte Politik geben wird. Zumindest lassen dies die ersten Entscheidungen vermuten, die bereits vor der offiziellen Regierungsbildung getroffen wurden. Zum Infektionsschutzgesetz und EpiLage-Aufhebungsgesetz wurden die bewährten Instrumente der Vorgängerregierung weiterentwickelt und verlängert. Das zeigt, dass die neue Regierung offensichtlich auf Wissenschaft, Rationalität und Pragmatismus setzt.

Das ist für die Bekämpfung der Corona-Pandemie ebenso der richtige Weg wie für die Reform des Gesundheitssystems. Die oftmals lautstark und emotional vorgetragene Kritik an den Krankenhausträgern, am DRG-System, am Wettbewerb und an der Gewinnorientierung wird zwar sicherlich auch in den ersten Wochen der neuen Legislaturperiode nicht vollends verstummen. Doch es macht zumindest bisher nicht den Anschein, dass sich die neuen Verantwortlichen davon besonders beeindruckt oder beeinflusst lassen. Den Pragmatismus der Ampel-Macher sowie ihre Ge- und Entschlossenheit interpretiere ich so, dass unser Gesundheitssystem nicht im Hauruckverfahren auf links gedreht wird, sondern auf Grundlage und unter Einbeziehung aller bewährten Kräfte sinnvoll weiterentwickelt.

Auch die neue Bundesregierung blendet offensichtlich nicht aus, dass unsere Gesundheitsversorgung besser ist als ihr Ruf. Die gute Versorgung durch Arztpraxen, MVZ, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegeheime, Apotheken und die Pharmaunternehmen basiert zu einem ganz erheblichen Teil auf privatwirtschaftlichem Engagement. Es wäre daher klug, die bewährten Strukturen im Sinne souveräner verantwortungsbewusster Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Erhalten, was sich bewährt hat und erneuern, was reformbedürftig ist: Das DRG-System um Elemente der Vorhaltefinanzierung ergänzen, die Versorgungssektoren für mehr ambulante Behandlung öffnen, die Digitalisierung und Entbürokratisierung in allen Bereichen unseres Gesundheitswesens voranbringen und last, but not least den Fokus stärker auf Behandlungsqualität richten als auf eindimensionale Strukturvorgaben.

In diesem Sinne freue ich mich auf den Start der neuen Bundesregierung und wünsche allen Beteiligten ein gutes Miteinander und viel Erfolg!

Pflegebudget in der Kritik

Fair und richtig vergüten

Das Institute for Health Care Business GmbH (hcb) unter der Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzyk hat im November ein im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg erstelltes Gutachten veröffentlicht, in dem Ansätze für ein nachhaltiges Vergütungssystem in der Krankenhauspflege vorgestellt werden.

Das Urteil der hcb-Gutachter ist ebenso hart wie eindeutig: „Das Pflegebudget verstößt gegen grundlegende ökonomische Prinzipien und führt langfristig zu einer Verschwendung von wertvollen Ressourcen, die dringend benötigt werden, um eine stark alternde Gesellschaft qualitativ hochwertig versorgen zu können. Wir erachten daher das Pflegebudget als eine nicht nachhaltige Form der Pflegevergütung und aufgrund des mittelfristig angelegten ineffizienten Einsatzes knapper Ressourcen zudem als ethisch nicht vertretbar.“

In ihrem 25-seitigen Papier zeigen die Gutachter sachlich und präzise die Fehler des Pflegebudgets auf. Aber nicht nur das, vorgestellt und verglichen werden auch andere Vergütungsmodelle und Regulierungssysteme aus dem In- und Ausland. Zudem machen die Gutachter einen konkreten Vorschlag für ein Vergütungssystem, das gute Pflege gut bezahlt und auch praktisch umsetzbar ist.

Modelle auf dem Prüfstand

Alle von hcb untersuchten Vergütungssysteme – einschließlich des eigenen Vorschlags – wurden darauf untersucht, ob und in welchem Maße sie die sechs von den Gutachtern vorgegebenen Ziele erreichen: (1) Hohe Versorgungsqualität für die Patienten, (2) nachhaltige Finanzierbarkeit für die Solidargemeinschaft, (3) Verteilungsgerechtigkeit bei der knappen Ressource Personal zwischen den Krankenhäusern, zwischen Regionen und zwischen den Gesundheitssektoren, (4) hohe Attraktivität des Pflegeberufs, (5) Gewährleistung unternehmerischer Freiheit zur Nutzung der Managementkompetenz der Krankenhäuser und (6) Vermeidung eines hohen Maßes an Bürokratie und möglichst

Zielerreichung:	Versorgungsqualität	Finanzierbarkeit	Attraktivität Pflegeberuf	Unternehmerische Freiheit ¹⁾	Wenig Bürokratie und Eindeutigkeit	Verteilungsgerechtigkeit
Pflege in DRG	Unklar	Hoch	Gering	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegebudget	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Gering	Gering
PPR	Unklar	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
PPR 2.0	Steigend	Gering	Hoch	Gering	Mittel	Mittel
Nursing related groups (NRG)	Unklar	Hoch	Mittel	Hoch	Mittel	Hoch
PKMS	Unklar	Hoch	Gering	Gering	Mittel	Hoch
LEP	Steigend	Mittel	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch
Pflegequotient	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PpUG	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
PPP-RL	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
Nurse-to-patient ratios	Unklar	Hoch	Mittel	Gering	Gering	Mittel
Vergütung Pflegequalität	Steigend	Hoch	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch
Vergütung Pflegeminuten	Steigend	Hoch	Hoch	Hoch	Hoch	Hoch

Quelle: hcb

1) zur Nutzung der dezentralen Managementkompetenz

wenig Interpretationsspielraum bei den Vertragspartnern.

Das Ergebnis der Untersuchung ist plausibel, unmissverständlich und entspricht nahezu wortgenau den langjährigen BDPK-Positionen: Im idealen Vergütungsmodell orientiert sich die Vergütung an der erbrachten Pflegequalität. Das wäre nicht nur für die Versorgungsqualität der Patienten am besten, sondern zugleich auch für die Finanzierbarkeit, die Verteilungsgerechtigkeit und die Attraktivität des Pflegeberufs. Allerdings scheitert die vollständige Qualitätsorientierung derzeit noch an der Messbarkeit der Pflegequalität. Zudem wäre nach gegenwärtigem Stand und wegen der Komplexität der Anforderungen an die Daten der bürokratische Aufwand sehr hoch. Als pragmatischen Ansatz schlagen die hcb-Gutachter deshalb ein Modell der Vergütung von erbrachten Pflegeminuten vor. Diese könnten präzise und aufwendungsarm

mit digitaler Technik ermittelt werden, etwa über ein Armband der Pflegekraft. Damit wäre die Erfassung von Barcodes, RFID, Touchscreens, optimierte Erfassungsmasken automatisiert möglich. Die Zeiterfassung sollte ohne Zuordnung zur Pflegekraft, sondern nur zu den Patienten erfolgen, um sie mit Versicherung abrechnen zu können. Eine Leistungsüberwachung der einzelnen Pflegekraft wäre damit ausgeschlossen. Dadurch, dass die Zeit beim Patienten dann nicht mehr ein Kostenfaktor, sondern ein Erlösfaktor wäre, würde die Attraktivität des Pflegeberufs verbessert. Aus Sicht des BDPK ist das hcb-Gutachten ein wertvoller Beitrag in der aktuellen Debatte um die Pflegevergütung. An der Überprüfung der praktischen Umsetzbarkeit und der Entwicklung von Möglichkeiten zur Kombination von Qualitätsorientierung und Zeiterfassung wird sich der BDPK aktiv beteiligen.

Versorgung neu denken

Anstoß für Regiopauschalen

Die Stiftung Münch hat eine fachübergreifende Reformkommission für die Förderung und Begleitung von Capitation-Modellprojekten eingesetzt. Ende November stellte das Gremium einen Forderungskatalog vor, der die praktische Umsetzung von regionalen Erprobungsmodellen ankurbeln soll.

Die Bereitschaft für ein Umdenken ist weit verbreitet, denn ein „Weiter-so“ unseres Gesundheitssystems wird wohl nicht mehr lange funktionieren. Im Vorspann des Kommissionskatalogs heißt es dazu ebenso lakonisch wie zutreffend: „Zur Reduktion der stationären Leistungsmenge und der damit verbundenen Kosten hat sich der Gesetzgeber immer neue Regeln einfallen lassen. Zudem werden die Kostenträger bei der Auslegung der Regeln auf ihre Weise kreativ. Letzteres wiederum ruft die Leistungserbringer auf den Plan, die mit eigenen findigen Ideen dagegenhalten. So sind ein regulatives Wetttrüsten und eine Misstrauenskultur bei allen Beteiligten entstanden. Am Ende beschäftigt sich ein größer werdender Teil nur noch mit Bürokratie, während produktive Arbeit an Bedeutung verliert. Ein weiteres Problem des gegenwärtigen Vergütungssystems hat sich in der Corona-Pandemie gezeigt: Im DRG-System werden nur Leistungen vergütet, die direkt am Patienten erbracht werden. Eine Finanzierung der Vorhaltung, um im Bedarfsfall eine Leistung überhaupt erbringen zu können, ist nicht vorgesehen.“

Neue Lösungen sind nach Ansicht der Kommission auch deshalb notwendig, weil der ständige Ruf nach mehr Personal nicht mehr weiterhilft. Statt die Menge an Ärzten und Pflegekräften unaufhörlich zu erhöhen, sollte es darum gehen, die vorhandenen Ärzte und Pflegekräfte effizienter einzusetzen. Und: Wie sich die bestehenden Probleme durch alternative Vergütungssysteme überwinden lassen, sollte nicht nur diskutiert, sondern auch praktisch ausprobiert werden. Ein vielversprechender Ansatz dafür sind komplette regionale Gesundheitsbudgets, mit denen eine Region ein vorab definiertes Budget erhält, um die Gesamtversorgung, zumindest aber die gesamte fachärztliche sowie medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen. Damit die Umsetzung entsprechender Erprobungsmodelle beginnen kann, benennt die Kommission drei zu erfüllende Forderungen:

Forderung 1 – Pilotregionen identifizieren

Der Gesetzgeber sollte hierfür auf Bundesebene rechtliche Möglichkeiten schaffen. Eine Region muss sich nicht an den Grenzen von Landkreisen und kreisfreien Städten orientieren. Sie sollte die Versorgungsrealitäten auf Basis von Einzugsgebieten berücksichtigen und eine Größe von rund 200.000 Einwohnern umfassen. In einer festgelegten Pilotregion müssen alle gesetzlichen Krankenkassen zur Teilnahme verpflichtet

sein, ebenso die gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen für die Integration von Reha-Leistungen.

Forderung 2 – Planungssicherheit schaffen

Die Realisierung eines regionalen Versorgungsmodells erfordert Investitionen, die sich typischerweise erst bei einer langen Laufzeit refinanzieren. Um die nötige Budget- und Planungssicherheit zu erreichen, sollte die Laufzeit einer Pilotregion mindestens zehn Jahre betragen. Zudem wird zur Einsetzung eines Planungsgremiums geraten, dem Vertreter der Landeskrankenhausesgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und des jeweiligen Bundeslandes angehören. Im Bedarfsfall wäre der Stab um die Akteure des Rettungsdienstes zu erweitern.

Forderung 3 – Gestaltungsfreiheit ermöglichen

Gesetzliche Grundlage für die Leistungsgewährung ist das SGB V, allerdings soll es weitgehende Gestaltungsspielräume geben. So würde sich eine Abrechnungskontrolle durch den Medizinischen Dienst naturgemäß erübrigen, weil mit dem regionalen Gesundheitsbudget sämtliche Leistungen innerhalb der Region bereits bezahlt sind. Stattdessen gelten andere Korrekturen. An erster Stelle Qualitätsziele, die sowohl strukturelle Anforderungen an die Versorgung als auch Ergebnisqualitätsparameter umfassen müssen. Die Versorgungsqualität muss regelmäßig gemessen und mit den Qualitätszielen abgeglichen werden.

Als Korrektiv wirkt es, wenn Bürger der Pilotregion Leistung in anderen Regionen in Anspruch nehmen. Diese sind über das Gesundheitsbudget der Wohnregion zu finanzieren. Umgekehrt erhält die Pilotregion Zusatzvergütungen, wenn Bürger anderer Regionen innerhalb der Pilotregion Leistungen in Anspruch nehmen. Zu den Korrekturen zählt zudem, Missbrauch hart sanktionieren, zum Beispiel durch Vergütungsabschläge und Ausschluss aus der Versorgung.

Mit ihrem Forderungskatalog will die Münch-Stiftung jetzt sowohl die Politik als auch die Akteure und Initiativen unterstützen, die sich für die Umsetzung von Capitation-Modellen interessieren. Das Papier kann auf der Homepage des BDPK heruntergeladen werden (www.bdpk.de).

Werbung für die Pflege

Promis unter Patienten

Sechs glaubhaft motivierte Promis absolvierten für die Sat.1-Reportagereihe „Die Herzblut-Aufgabe – Promis in der Pflege“ ein vierwöchiges Praktikum im Helios Klinikum Berlin-Buch. Die Zuschauerresonanz war positiv, aus der Pflege kam vereinzelt Kritik.

Die fünf jeweils rund 90-minütigen Sendungen wurden zwischen dem 18. Oktober und dem 15. November immer montags um 20.15 Uhr auf Sat.1 gezeigt und erreichten beachtliche Einschaltquoten. Rund 1,3 bis 1,5 Millionen Zuschauer schalteten die einzelnen Sendungen ein, die auch weiterhin in der Mediathek von Sat.1 verfügbar sind. Hier ist zu sehen, wie die Promis nach einem Vorbereitungsschnellkurs unter der Anleitung von erfahrenen Helios-Pflegekräften die anspruchsvolle Arbeit auf den Stationen kennenlernen – und davon stark beeindruckt sind.

„Was wir uns alle erhoffen, ist, noch mehr die Aufmerksamkeit auf die Situation der Pflegekräfte zu lenken“, erklärte „Pflegeschüler“ Wayne Carpendale die Beweggründe der Promis für ihre ungewohnte Rolle. Auch die Pflegekräfte des Helios Klinikums wünschen sich positive Effekte: „Ich verspreche mir von dem Projekt, dass die Leute da draußen erkennen, wie facettenreich und verantwortungsvoll unser Beruf ist“, erklärte Pflegerin Nadja W., die Jenny Elvers auf der Früh- und Neugeborenen-Station begleitete. Für Helios pass-

te die Reportageserie gut zu den Bemühungen des Konzerns, die Attraktivität des Pflegeberufs zu bewerben. Helios bietet in seinen 33 Helios-Bildungszentren dieses Jahr 1.745 Ausbildungsplätze in der Pflege an, so viel wie noch nie. Nach einer im Auftrag von Helios durchgeführten aktuellen Studie finden vor allem junge Menschen Pflegeeinrichtungen als Arbeitgeber attraktiver als noch vor der Corona-Pandemie. Das wachsende Interesse für Arbeitgeber aus der Gesundheitsbranche geht demnach einher mit der ansteigenden Affinität zu sinnstiftenden Berufen.

Obwohl das Konzept der Sendereihe offenbar aufgegangen ist, gab es auch Kritik. Wie das „Redaktionsnetzwerk Deutschland“ berichtete, hätten sich Pflegekräfte anderer Einrichtungen zu Wort gemeldet und moniert, es ginge lediglich um „Quotenjagd und Selbstinszenierung“, zudem werde der Pflegealltag „total geschönt“. Allerdings überwog auch hier die Zustimmung dafür, dass Sat.1 das Thema überhaupt aufgegriffen habe und ihm mit der Prominenz hohe mediale Aufmerksamkeit beschere.



Sie absolvierten im Helios Klinikum Berlin-Buch ein vierwöchiges Praktikum (v. l.): Wayne Carpendale, Jenny Elvers, Patrick Lindner, Jorge González, Lilly Becker und Faisal Kawusi. Foto: SAT.1/André Kowalski