

# 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

Die Wahl der neuen Bundesregierung liegt nun bereits Wochen zurück. Noch ist unklar, wie sich unsere künftige Koalition zusammensetzen wird. Jamaika steht hoch im Kurs. Die Sondierungsgespräche dafür sind im vollen Gange. Ein hartes Ringen um die Durchsetzung der parteipolitischen Positionen steht allen Koalitionspartnern bevor: Ob CDU/CSU, FDP oder Grüne – ohne Kompromisse keine Regierungsbeteiligung.

Für mich drängt sich damit die Frage auf: Welche Kompromisse wird es im Bereich der Gesundheitspolitik geben? Oder wird mit Kontinuität fortgesetzt, was die letzte Regierung auf den Weg gebracht hat oder auch nicht vollbracht hat?

Wenn ich mir für die Koalitionsverhandlungen etwas wünschen dürfte: Es kann nicht angehen, dass Ärzte und Pflegekräfte immer mehr Zeit mit Formularen verbringen müssen, statt sich auf ihre Arbeit am Patienten zu konzentrieren. Es wird Zeit, endlich mit dem Bürokratieabbau in den Krankenhäusern zu beginnen. Im Ergebnis hebt das die Attraktivität ganzer medizinischer Berufsstände. Man muss kein Insider sein, um hier einen der Gründe für den viel beklagten Fachkräftemangel zu erkennen. Der BDPK würde es begrüßen, wenn sich eine Projektgruppe unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums – nicht nur pro forma – mit der Entbürokratisierung in der Gesundheitsversorgung beschäftigen würde.

Unverzichtbar bleibt die Überarbeitung des DRG-Systems, denn es schafft Fehlanreize. Die Krankenkassen tragen mit dazu bei, dass wirksame konservative medizinische Behandlungen, wie Physiotherapie oder medizinische Rehabilitation, nicht beim Patienten ankommen. Die Folge sind vermeidbare Operationen, zumal die Krankenhäuser schon seit Jahren mit der Investitionskostenlücke zu kämpfen haben. Dem Patientenwohl sind diese Umstände nicht immer zuträglich. Das gilt auch für den Fixkostendegressionsabschlag. Er führt das Streben nach einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ad absurdum. Es ist ungerecht und leistungsfeindlich, den Krankenhäusern Fixkostendegressionsvorteile zu nehmen; schließlich haben sich die Einrichtungen diese Vorteile durch Effizienz- und Qualitätsverbesserungen in der Patientenversorgung erarbeitet. Außerdem sind die Spezialisierungen der Krankenhäuser ja auch gewollt. Nun werden die Krankenhäuser dafür bestraft. Der Umstand, dass jedes Krankenhaus alles macht, sollte beendet werden.

Eine weitere Großbaustelle deutscher Gesundheitspolitik: Der gesetzlich verankerte Grundsatz „Reha vor Pflege“ ist noch immer nicht bei den Krankenkassen angekommen. Die Gründe sind bekannt und werden hoffentlich im Koalitionsvertrag angegangen: das Schnittstellenproblem zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Krankenkassen haben kein Interesse daran, Reha-Leistungen zu finanzieren. Weil nicht sie vom Erfolg profitieren, sondern die Pflegekassen. Ein Finanzausgleich zwischen den Versicherungen kann das verhindern, und damit „Reha vor Pflege“ wirklich gerecht werden. Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs zu Reha-Leistungen wirkt einer rehabilitativen Unterversorgung für von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen entgegen. Dafür muss der Entscheidungsspielraum der niedergelassenen Haus- und Fachärzte bei der Verordnung von Reha-Leistungen erhöht werden. Kurz gesagt: Viele der Großbaustellen unseres deutschen Gesundheitswesens sind Dauerbaustellen. Das kann sich bald ändern: Denn wo ein politischer Wille ist, ist auch ein Weg.

## Antibiotikaresistenzen entgegenwirken

# „Kürzer ist besser“ hat Erfolg

Der Bereich Hygiene und Infektiologie der Sana Kliniken AG steuert das Hygienemanagement der Kliniken und ist Anlaufpunkt für alle Fragen der Krankenhaushygiene. Zum Aufgabenfeld gehört auch die Umsetzung der rationalen Antiinfektivverordnung (Antibiotic Stewardship, abgekürzt ABS). Prof. Dr. Heinrich Konrad Geiss leitet den Unternehmensbereich.

### Welche Maßnahmen sind für Sie die vordringlichsten, um Antibiotikaresistenzen zu bekämpfen?

Um ein Bewusstsein bei den Beteiligten zu schaffen, ist zunächst eine systematische Erfassung von Verbrauchszahlen und eine zeitnahe Rückmeldung über auffällige hohe Verbrauchsmengen notwendig. Der zweite Schritt sind dann Schulungen von Ärzten und Apothekern im Rahmen von ABS-Kursen, die nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie beziehungsweise der ART-Kommission am Robert Koch-Institut in vier einwöchigen Modulen erfolgen. Sana führt diese Kurse bereits seit 2013 durch, und wir haben inzwischen in unseren Kliniken rund 100 ABS-Experten ausgebildet. Deren Aufgabe besteht dann darin, ein ABS-Team aufzubauen, das interdisziplinär eine Beratung der Kollegen zum korrekten Umgang mit Antibiotika anbietet.

### Der Begriff Krankenhauskeime sei irreführend, da die Erreger nicht im Krankenhaus entstehen. In der Regel schleppen Patienten sie ein, sagt die Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin an der Charité in Berlin (FAZ vom 26. August 2017). Wie gehen Sie bei Sana mit der Problematik um?

Ja, der Begriff ist irreführend, aber auch nachvollziehbar, denn Menschen erleiden eben vor allem als Patienten im Krankenhaus manifeste und schwerwiegende Infektionen durch diese Keime. Natürlich ist es so, dass wir auch außerhalb des Krankenhauses mit multiresistenten Keimen in Kontakt kommen und damit dauerhaft besiedelt werden. Lebensmittel beispielsweise sind nicht keimfrei und besitzen in unterschiedlichem Umfang Antibiotika-resistente Keime. Nur spüren wir in der Regel nichts von diesen kritischen Keimen. Erst im Rahmen einer Krankenhausbehandlung fallen sie auf und werden deshalb vereinfachend dem Krankenhaus als Verursacher oder Ausgangsquelle zugeschrieben. Risikopatienten werden deshalb bei der Aufnahme bei uns auf das Vorliegen multiresistenter Erreger gescreent. So stellen wir sicher, dass Patienten – wenn nötig – mit den „richtigen“, sprich auch gegen resistente Erreger wirksame Antibiotika behandelt werden. Damit schaffen wir auch die Möglichkeit dem individuellen Risiko des einzelnen Patienten angepasst, gezielt Prophylaxe-Maßnahmen durchzuführen, die eine unkontrollierte Weiterverbreitung dieser multiresistenten Keime einschränkt.



Prof. Dr. Heinrich K. Geiss  
Bereichsleiter Hygiene  
und Infektiologie  
der Sana Kliniken AG  
Foto: Sana Kliniken AG

### Was halten Sie von der Forderung britischer Hygiene-Experten, die Antibiotika-Behandlung zu verkürzen und die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Einnahme von Antibiotika zu überarbeiten?

Diese Forderung ist nicht neu, sondern stammt eigentlich aus den 1960er-Jahren. Nur wurden diese Mahner schlichtweg ignoriert, weil uns vonseiten der Pharmaindustrie lange suggeriert wurde, dass für jeden neuen resistenten Keim ein passendes Antibiotikum auf den Markt kommt und wir uns deshalb wegen der Resistenzen keine Sorgen machen müssen. Dazu passt, dass die Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiet des sinnvollen Antibiotikaeinsatzes vernachlässigt wurde und vielfach Antibiotika einfach völlig unkritisch nach dem Motto „viel hilft viel“ verwendet wurden. Erst seit die Resistenzproblematik vor allem im Krankenhaus unübersehbar wurde und die Antibiotika-Pipeline plötzlich austrocknete – auch weil die Pharmaindustrie vor gut 20 Jahren die Antibiotikaforschung zugunsten lukrativerer Geschäftsfelder nahezu eingestellt hatte –, fing die Ärzteschaft langsam wieder an, über die Sinnhaftigkeit unreflektierter Antibiotikaanwendungen nachzudenken. Inzwischen zeigen viele Vergleichsstudien, dass eine deutliche Verkürzung der Therapiedauer von den üblichen zehn bis 14 Tagen auf nur noch fünf bis sieben Tage einen weitgehend gleichen therapeutischen Effekt bewirkt. „Kürzer ist besser“ hat somit „viel hilft viel“ abgelöst.

# Passgenaue Gesundheitspflege in Reha-Kliniken

## Individuelle Hygiene kostet

Für die Hygiene in medizinischen Einrichtungen gelten strenge Regeln. Dr. med. York Dhein, Vorstandsvorsitzender der Johannesbad Gruppe, erklärt die Vorgehensweise in den neun Johannesbad Reha-Kliniken.

### Vor welcher besonderen Herausforderung stehen die Reha-Kliniken im Vergleich zu Akutkrankenhäusern?

Patienten werden immer schneller nach einer Operation in die Reha verlegt. So therapiert das Personal neben dem Rehabilitationsgrund wie beispielsweise dem operierten Knie oder der neuen Hüfte auch Sekundärerkrankungen wie Wundinfektionen oder Infektionen mit Keimen. Patienten bringen aus längeren vorangegangenen Krankenhausaufenthalten multiresistente Keime mit. Darauf ist unser Hygieneteam eingestellt und behandelt diese mit. Im Gegensatz zu Akutkrankenhäusern erhalten Reha-Kliniken jedoch für spezielle Hygienemaßnahmen wie das Bekämpfen multiresistenter Keime keine Vergütung von den Leistungsträgern. Wir stellen – wie gesetzlich gefordert – ein ganzes Team zusammen, das speziell ausgebildet und regelmäßig weitergebildet wird. Dieses besteht aus einer externen Krankenhaushygienikerin, einer Hygienefachkraft und einem hygienebeauftragten Arzt je Klinik sowie hygienebeauftragten Pflegekräften auf jeder Station. In die Schulung und Ausbildung dieses Personals investieren wir viel Zeit und Geld.

### Wie motivieren Sie die Mitarbeiter Ihrer Reha-Kliniken, sich aktiv mit dem Thema Hygiene auseinanderzusetzen?

Alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt frischen jährlich ihr Wissen rund um Hygiene auf; sie erfahren Neuerungen und können aktuelle Fragen und Probleme ansprechen.

Diese Schulungen führen wir in den einzelnen Abteilungen vor Ort durch. Außerdem erhalten alle Mitarbeiter direktes Feedback von den Kollegen, die für Hygiene verantwortlich zeichnen.

### Wie schlägt sich das kontinuierliche Engagement für die Umsetzung von Hygienemaßnahmen im Tagesgeschäft Ihrer Reha-Einrichtungen nieder?

Das „A“ und „O“ bei der Behandlung jedes Patienten ist die Basishygiene. Das sind allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern, die von allen Beschäftigten im täglichen Umgang bei allen Patienten anzuwenden sind. Ein Beispiel hierfür ist die Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt oder die Desinfektion von potentiell kontaminierten Oberflächen. Bei Verdacht oder Nachweis von übertragbaren Erkrankungen werden die Betroffenen isoliert. Wenn es beispielsweise eine Familie in der Johannesbad Klinik Königshof in Lechbruck für Eltern-Kind-Präventionsmaßnahmen trifft, bleibt diese in ihrem Appartement. Sie wird gesondert betreut; das Appartement muss speziell desinfiziert werden. In Rehakliniken wie beispielsweise der Johannesbad Fachklinik Saarschleife bleiben die Patienten auf ihrem Zimmer oder werden in Einzelzimmer verlegt. Auch hier muss der Therapieplan umgestellt werden, die Räume speziell desinfiziert werden. Doch nur so lässt sich eine Weiterverbreitung der Erreger vermeiden.

### Hygienemedizinischer Aufwand in Reha-Einrichtungen verursacht Mehrkosten

Die Zahl von Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) in Reha-Einrichtungen wächst. Das hat die Hygienekommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) festgestellt. Der damit einhergehende hygienemedizinische Mehraufwand in Reha-Kliniken und die damit entstehenden Kosten haben Konsequenzen. Rehabilitative Kernleistungen müssen aufgrund von medizinisch notwendigen Hygienemaßnahmen zurückgeschraubt werden. Daraus folgt laut DGNR eine Fehlversorgung mit notwendigen Reha-Leistungen sowie die Gefahr der nachrangigen Versorgung MRE-tragender Patienten bzw. die gänzliche Ablehnung der Betroffenen. Die Fachexperten der DGNR-Hygienekommission bezifferten die täglichen Zusatzkosten für hygienemedizinische Isolationsmaßnahmen pro MRE-besiedelten Patienten mit 418 EUR am Tag. Mit einer Besiedlungsrate von 10% binden diese Mehrkosten ca. ein Zehntel des Gesamtbudgets der Reha-Einrichtungen und werden mit einer Zunahme vom MRE-Besiedlungsraten weiter steigen.

Auch in anderen Indikationen verursachen MRE-Patienten erhebliche Mehrkosten für Rehabilitationskliniken. Im Krankenhausbereich werden Hygienemaßnahmen mit einem Förderprogramm finanziell unterstützt. Für Rehabilitationskliniken sind die Verhandlungen mit den Krankenkassen für ein Zusatzentgelt sehr zäh. Um die Fähigkeiten der Kliniken hinsichtlich ihrer rehabilitativen Kernleistungen nicht weiter kritisch zu gefährden, müssen aus Sicht des BDPK auch die Rehabilitationskliniken von dem Hygieneförderprogramm profitieren.

# Qualitätswettbewerb in der Rehabilitation

## DRV startet Pilotphase 2018

Die Deutsche Rentenversicherung setzt mit ihrem Konzept zur qualitätsorientierten Belegung ein deutliches Zeichen für einen Qualitätswettbewerb und bereitet eine Pilotphase für das Jahr 2018 vor.

Der BDPK fordert seit vielen Jahren einen transparenten Qualitätswettbewerb in der Rehabilitation und setzt sich dafür ein, dass die Belegung von Reha-Einrichtungen stärker nach Qualitätsaspekten gesteuert wird. Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) fasste im März 2017 schließlich eine verbindliche Entscheidung für ein transparentes, diskriminierungsfreies Zulassungsverfahren und zur Auswahl der Reha-Einrichtungen. Nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts und sozialmedizinischer Auswahlkriterien soll die Belegung künftig RV-trägerübergreifend nach den Kriterien Qualität, Wartezeit, Preis und Entfernung erfolgen.

### Konzept zur qualitätsorientierten Belegung

Eine bundes- und trägerübergreifende Projektgruppe der Rentenversicherung erarbeitet unter Einbeziehung von Qualitätsexperten aus Reha-Einrichtungen, des BDPK und weiterer Vertreter der Leistungserbringerverbände seit 2015 ein Konzept zur Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Belegung von Reha-Einrichtungen. Im Ergebnis wurde eine aggregierte Kennzahl „Parameter Qualität“ entwickelt, die sich aus den Ergebnissen folgender Qualitätsindikatoren aus dem Qualitätssicherungsverfahren der DRV zusammensetzt: Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, therapeutische Versorgung (KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen), Reha-Therapiestandards, Peer-Review.

Bei der Bildung des „Parameters Qualität“ sollen die Ergebnisse der genannten Qualitätsindikatoren jeweils zu 19 Prozent einfließen und werden gegebenenfalls um mit fünf Prozent gewertete sogenannte Konsistenzpunkte ergänzt. Diese Konsistenzpunkte sind als Pluspunkte zu verstehen, die eine Einrichtung erhält, wenn sie in mindestens vier Qualitätsindikatoren im oberen Drittel der Vergleichsgruppe liegt.

Eine weitere Projektgruppe der Rentenversicherung hat sich parallel mit dem konkreten Vorgehen bei der Einrichtungsauswahl beschäftigt und schlägt eine Gewichtung der einzelnen Auswahlkriterien vor, die einen deutlichen Schwerpunkt auf die Qualität der erbrachten Reha-Leistungen erkennen lässt. So soll der „Parameter Qualität“ mit einer 70-prozentigen, die Wartezeit bis zur Aufnahme mit einer 20-prozentigen und der Preis mit einer zehnprozentigen



Foto: Fotolia/DOC RABE Media

Gewichtung im Auswahlprozess berücksichtigt werden. Die Transportfähigkeit des Rehabilitanden in Hinblick auf die Entfernung der Reha-Einrichtung zum Wohnort erhält zwar kein direktes Gewicht bei der Auswahl, kann jedoch im Einzelfall nach medizinischer Vorgabe berücksichtigt werden.

Die Pilotierung des entwickelten Konzepts startet Anfang 2018 mit einer knapp zwölfmonatigen Laufzeit. Die DRV Bund wird das neue Auswahlverfahren gemeinsam mit zwei RV-Regionalträgern zunächst in der Indikation Orthopädie/Rheumatologie erproben. Der BDPK wird den Prozess verfolgen und sich im Rahmen der Zwischenevaluation aktiv in die Beratungen einbringen.

### Qualitätswettbewerb – Wie geht es weiter?

Nachdem die Rentenversicherung die Weichen für eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung in der Rehabilitation gestellt hat, sind auch die Krankenkassen aufgefordert, diese Entwicklung mitzugehen. Grundlage einer trägerübergreifenden Belegungssteuerung, die den Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung legt, ist dabei ein einheitliches externes Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung und der Krankenkassen. Die Tatsache, dass die Qualität in der Rehabilitation derzeit noch mit zweierlei Maß gemessen wird und anhand der Federführung der Reha-Einrichtungen darüber entschieden wird, an welchem Qualitätssicherungsverfahren eine Einrichtung teilnimmt, hemmt einen fairen und transparenten Qualitätswettbewerb unter den Reha-Einrichtungen, der insbesondere den Rehabilitanden zugutekommen würde.