

# 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

Dieses Editorial schreibe ich Mitte Januar 2018, kurz nachdem sich der SPD-Bundesparteitag mit knapper Mehrheit für Koalitionsverhandlungen mit der Union entschieden hat. Denkbar knapp fiel die Entscheidung der SPD zur Aufnahme von Koalitionsverhandlungen auf dem außerordentlichen Bundesparteitag in Bonn aus. Die Bedingungen der Kritiker sind: Die erneute Verhandlung der Bürgerversicherung, befristete Arbeitsverhältnisse dürfen nur die Ausnahme sein sowie die Schaffung weitergehender Härtefallregelungen für den Familiennachzug.

Ich nehme der SPD ab, dass sie nicht wirklich in einer Großen Koalition regieren will. Der vom Bundespräsidenten angemahnten politischen Verantwortung, um die sich auch die SPD beim Wähler beworben hat, will sie sich jedoch nicht entziehen. Auch bei CDU und CSU sind die momentanen Verhältnisse schwierig. Die CDU hat, obwohl mit Abstand stärkste Partei, ein denkbar schlechtes Wahlergebnis eingefahren. Sie scheut eine Minderheitsregierung und ist so auf einen Koalitionspartner angewiesen. Intern wächst die Kritik an der Ausrichtung der Partei und an der Vorsitzenden. Die CSU hingegen fürchtet bei der Landtagswahl in Bayern um die absolute Mehrheit und will sich um jeden Preis in einer möglichen Bundesregierung als stark und kompromisslos konservativ profilieren.

Was konnte nun unter diesen Vorzeichen in den Sondierungsgesprächen für Gesundheit, für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken verhandelt werden?

Positiv zu verzeichnen ist, dass es keine Festlegung zur Bürgerversicherung gibt. Diese hätte die Zwei-Klassen-Medizin beim Zugang zu Arzt- und Operationsterminen auch nicht beseitigt. Gut ist, dass die gesetzlich Krankenversicherten mit der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung entlastet werden. Diese Entlastung leisten die Arbeitgeber – also auch die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken – mit höheren Arbeitgeberzuschüssen.

Angekündigt sind zudem Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege. So soll eine bessere Personalausstattung durch verbindliche Personalbemessungsinstrumente für alle bettenführenden Abteilungen eingeführt werden. Der demografisch bedingte Fachkräftemangel löst sich so ganz sicher nicht. Gibt es insgesamt weniger junge Menschen, entscheiden sich logischerweise auch weniger junge Menschen für Berufe in der Pflege. In der Folge werden viele Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen künftig nicht die geforderten Personal-Mindestausstattungen vorweisen können. Sie werden keine andere Möglichkeit haben, als Abteilungen oder gar ein ganzes Krankenhaus zu schließen. Krankenhäuser und deren Organisation sind einfach zu unterschiedlich, als dass sie effizient mit einheitlicher Personalbemessung betrieben werden könnten. Verbindliche Vorgaben berechtigen Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu intensiven Kontrollen. Die sich durch diese entsetzliche Kontrollitis ergebende Bürokratie und damit einhergehenden Abrechnungsstreitigkeiten werden enorm sein. Übersehen wird bei allem die erforderliche Refinanzierung des Pflegepersonals in Reha-Kliniken. Speziell auf diesen Punkt müssen wir die Koalitionäre aufmerksam machen!

## Zukunftsorientierte Konzepte für die Pflege

# Wir brauchen den Skill-Mix

Das Pflegeberufegesetz wurde am 24. Juli 2017 im Bundesgesetzesblatt veröffentlicht. Vorgesehen sind die Zusammenlegung der Ausbildungen der Akut-, Kinder- und Altenpflege sowie die Einführung einer hochschulischen Ausbildung zur/m Pflegefachfrau/-mann. Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 starten.

*Wesentliche Inhalte der Reform der Pflegeberufe wie die Verteilung der praktischen Einsätze und der Rahmenlehrplan werden nicht durch das Gesetz, sondern durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt, die bislang noch nicht vorliegt und derzeit vorbereitet wird. Die Hoffnung, dass sie den praxisnahen Anforderungen bei der Ausbildung der Pflegekräfte standhält, ist groß, betont Mandy Dietel, zentrale Koordinatorin der Helios-Bildungszentren, im Interview mit dem BDPK.*

### Wird die Reform der Pflegeberufe dabei helfen, den Fachkräftemangel zu überwinden?

Ein neues Gesetz und eine attraktive Ausbildung decken die künftigen Bedarfe nicht allein. Wir brauchen zukunftsorientierte Konzepte, um dem Wandel im Gesundheitswesen zu begegnen. Wir wollen eine generalistische Pflege, die für alle Altersstufen und alle pflegenden Institutionen ausbildet und Pflege mit ihren verschiedenen Zielsetzungen – beraten, vorbeugen, heilen, rehabilitieren, begleiten – umfasst.

### Wie bereiten sich die Helios Kliniken auf den Ausbildungsstart 2020 vor?

Wir bieten bereits jetzt schon mit unseren Handlungsempfehlungen zur Ausbildung und Absolventenprofilen einen fairen Interessenausgleich zwischen Ausbildungsträger und Ausbildungsnehmer, der aus individuellen Förderungen, Zusatzangeboten je nach Interessenlage und Bedarfen sowie attraktiven Ausbildungsbedingungen besteht.

### Ist die Reform der Pflegeberufe auch eine Chance zur Vereinheitlichung?

Es geht weniger um Vereinheitlichung als um die inner-europäische Kompatibilität der Pflegeausbildung. Wir brauchen den Skill-Mix in der Pflege mit Differenzierungen, Pflegenden mit Hochschulabschluss genauso wie Helfer beziehungsweise Assistenzberufe.

### Welche Punkte müssen von der Politik bei der Erstellung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung berücksichtigt werden?

Wir erwarten konkrete Aussagen zum Ausbildungsverlauf. Ebenso wichtig ist die Realisierbarkeit für die praktischen Einrichtungen und für die Schulen. Gerade qualifizierte ausbildende Einrichtungen der Kinderkranken- und



Mandy Dietel,  
Leitende Koordinatorin  
Helios-Bildungszentren  
Quelle: Helios GmbH

Altenpflege müssen auch außerhalb von Ballungsräumen für die Schüler leicht erreichbar sein. Und „Alibi“-Veranstaltungen, wie ein Kurzpraktikum im Kindergarten oder als Sprechstundenhilfe in der Kinderarztpraxis, verfehlen auf alle Fälle den generalistischen Ansatz.

### Vor welchen Herausforderungen stehen Ausbildungsbetriebe mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegeberufegesetzes?

Dringend benötigen wir eine große Flexibilität, in welcher Reihenfolge die Ausbildungsinhalte angeboten werden. Durch die Zwischenprüfung nach zwei Jahren und durch die Bestimmungen, was bis dahin ausgebildet werden soll, wird der Spielraum der Ausbildungsbetriebe deutlich eingeschränkt. Aktuell bieten die Ausbildungsbetriebe ihren Azubis einen Einsatz in der Kinderkrankenpflege oder in der ambulanten Pflege in drei Vollzeit-Jahren, was künftig in den ersten zwei Dritteln der Ausbildung erfolgen soll. Hier stellt sich die Frage, ob es für eine solche Verdichtung überhaupt genügend Einsatzmöglichkeiten gibt.

### Welche Konsequenzen hat der Ausbildungsverlauf auf das Prüfungsverfahren?

Pflege wird praktisch ausgebildet mit derzeit sechs theoretischen Prüfungen und nur einer praktischen Prüfung. Die Prüfungen sollten die Kompetenzen abfragen, die für die spätere Berufsausübung nötig sind. Dafür muss ein geeignetes Prüfungsverfahren genutzt werden, das allen Auszubildenden gleiche Prüfungsbedingungen gewährt. Zu guter Letzt sollte in der Ausbildungsverordnung auch ein Mindestsprachniveau definiert werden.

# Qualitätsmerkmal Selbsthilfefreundlichkeit

## Ein Plus für den Patienten

In Deutschland engagieren sich rund 3,5 Millionen Patienten und ihre Angehörigen in Selbsthilfegruppen. Gefördert wird dieses Engagement vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG). Der BDPK ist Mitglied des Netzwerks. Über die Wirksamkeit der Kooperationen von Selbsthilfe und medizinischen Einrichtungen berichtet Bundeskoordinatorin Antje Liesener.



Antje Liesener, Foto: NAKOS

Viele Gesundheitseinrichtungen arbeiten bereits eng mit der Selbsthilfe zusammen. Die Vorteile dieser Kooperation liegen auf der Hand: Die Qualität in der Gesundheitsversorgung verbessert sich. Durch den regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfegruppen wächst unter anderem das Verständnis der Fachkräfte, wie eine Diagnose den Alltag beeinflusst. Sie können Patienten gezielter darin unterstützen, diese Veränderungen erfolgreich zu bewältigen.

In einer selbsthilfefreundlichen Gesundheitseinrichtung wird die Arbeit von Selbsthilfegruppen als Ergänzung zum ärztlichen Handeln verstanden: Die Verknüpfung von Fachwissen mit dem Expertenwissen der Betroffenen ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung von Krankheit und Behinderung. Eine gelungene Zusammenarbeit erweitert das professionelle Handeln, stärkt die Patientenbindung und unterstützt die Compliance.

Das Konzept Selbsthilfefreundlichkeit setzt neue Standards für die Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen und gemeinschaftlicher Selbsthilfe. Es unterstützt Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Arztpraxen, sich im Sinne der Patientenorientierung das Erfahrungswissen der Selbsthilfe anzueignen und systematisch in der Versorgung der Patienten anzuwenden. Den Rahmen für eine gelingende Kooperation definieren die folgenden Qualitäts-

kriterien, die die Selbsthilfefreundlichkeit medizinischer Einrichtungen ermöglichen:

- Orte für Informationen werden geschaffen: Um sich über Selbsthilfe zu informieren, stehen Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Auf die Möglichkeit der Teilnahme an Selbsthilfeinitiativen wird hingewiesen: Patienten und Angehörige werden stetig und persönlich über die Möglichkeit des Besuchs einer geeigneten Selbsthilfegruppe informiert.
- Die Öffentlichkeitsarbeit wird unterstützt: Die Gesundheitseinrichtung berichtet über die positiven Effekte ihrer Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe für Patienten und Angehörige. Sie unterstützt damit aktiv und praxisnah die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe.
- Ein Ansprechpartner ist vor Ort: Die Gesundheitseinrichtung hat einen Selbsthilfebeauftragten benannt.
- Qualifikation: Die Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung erhalten zum Thema Selbsthilfe Fort- und Weiterbildung, in die die Selbsthilfegruppen beziehungsweise die Selbsthilfeunterstützungsstellen einbezogen werden.
- Partizipation der Selbsthilfe wird ermöglicht: Die Gesundheitseinrichtung ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung in geeigneten Gremien.
- Kooperation ist verlässlich gestaltet: Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch. Die Kooperation ist formal beschlossen und dokumentiert.

Das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung unterstützt Einrichtungen auf dem Weg zu mehr Selbsthilfefreundlichkeit durch methodisch fundierte Instrumente, begleitende Beratung und Vernetzung mit relevanten Akteuren vor Ort. Die Mitgliedschaft im Netzwerk ist kostenfrei, Konzept und Beratung inklusive.

Kliniken, die auf Grundlage der Qualitätskriterien erfolgreich mit Selbsthilfegruppen und der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle zusammenarbeiten, können sich beim Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen um eine Auszeichnung ihrer Selbsthilfefreundlichkeit bewerben. Aktuell tragen 21 Krankenhäuser und neun Reha-Kliniken die Auszeichnung „selbsthilfefreundlich“, darunter auch BDPK-Mitgliedskliniken. Detaillierte Informationen gibt es unter [www.selbsthilfefreundlichkeit.de](http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de) oder per E-Mail: [info@selbsthilfefreundlichkeit.de](mailto:info@selbsthilfefreundlichkeit.de).

# Dritte Runde für das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren

## Instrumentarien modifiziert

Die BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH bereitet die dritte Erhebungsrunde des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens vor. Neu mit dabei sind Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Reha sowie die geriatrische Reha mit der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit.

Die Zahl der teilnehmenden Fachabteilungen im aktuellen Erhebungszeitraum 2018 bis 2020 wird damit gegenüber dem vorangegangenen Durchlauf weiter ansteigen. In der zweiten Erhebungsrunde des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens) hatten 600 Einrichtungen teilgenommen.

Geriatrische Reha-Einrichtungen, die mit einer Strukturqualitätserhebung bereits am zweiten QS-Reha<sup>®</sup>-Durchlauf beteiligt waren, werden ab diesem Jahr zusätzlich in den Kategorien Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit gemessen. Seit 2014 entwickelten Vertreter des BQS Instituts, Experten aus geriatrischen Reha-Einrichtungen und Vertreter der Leistungserbringerverbände sowie der Krankenkassen dafür entsprechende Instrumente, die im Rahmen einer Pilotphase bereits erprobt wurden.

### Kriterien für den dritten Durchlauf angepasst

Eine Arbeitsgruppe des „Gemeinsamen Ausschusses“ der Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V hat im Jahr 2017 den Modifikationsbedarf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens beraten. Im Ergebnis wurden notwendige Änderungen in den QS-Reha<sup>®</sup>-Katalogen beschlossen und festgeschrieben. Bei der Auswertung des zweiten QS-Reha<sup>®</sup>-Durchlaufs hatte sich beispielsweise gezeigt, dass viele Reha-Einrichtungen die im QS-Reha<sup>®</sup> formulierten Anforderungen an die ärztliche Qualifikation formal nicht erfüllt hatten. Ärzte besaßen demnach zwar eine Facharztqualifikation und hatten auch notwendige Weiterbildungskurse zur Sozialmedizin und zum Rehabilitationswesen absolviert. Aufgrund bürokratischer

Hürden konnten viele jedoch nicht die schwer zu erlangende Zusatzbezeichnung Sozialmedizin erwerben. Das Kriterium zur ärztlichen Qualifikation wurde für den dritten QS-Reha<sup>®</sup>-Durchlauf entsprechend angepasst.

Der Zeitplan für den dritten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens sieht folgende Etappen vor:

- Bis Ende März 2018 Registrierung der teilnehmenden Einrichtungen.
- Im April und Mai 2018 Schulungen für die Koordinatoren der Einrichtungen.
- Ab Juni 2018 Beginn der Strukturhebung.
- Im Juli 2018 startet der Versand der Patientenfragebögen an die Einrichtungen.

### Teilnahme an einem QS-Verfahren ist Pflicht

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sind nach § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Verbände der Leistungserbringer und der GKV-Spitzenverband haben zur Umsetzung dieser Verpflichtung entsprechende Regelungen vereinbart und das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren entwickelt. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung (DRV) haben sich zur gegenseitigen Anerkennung ihrer QS-Verfahren verpflichtet. Damit vermeiden sie aufwendige Doppelstrukturen.

Wenn Reha-Einrichtungen also mit dem QS-Verfahren der DRV eine Qualitätssicherung erfahren, müssen sie nicht zusätzlich am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren der Krankenkassen teilnehmen.

### Relaunch der IQMG-Website



Die Website des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG) hat zu Jahresbeginn einen kompletten Relaunch erfahren. Unter der bekannten Domain [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de) erscheint die Onlinepräsenz des Instituts seit Februar in einem gänzlich überarbeiteten Design und mit einer wesentlich klareren Menüstruktur. Die neue digitale Visitenkarte des IQMG bietet ihrer Zielgruppe durch das übersichtliche Erscheinungsbild eine größere Benutzerfreundlichkeit. Mit wenigen Klicks können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Verwaltungs- und Managementbereichen von Rehabilitationseinrichtungen gewünschte Informationen und Angebote des IQMG nun schneller und einfacher abrufen.

Als wichtiger Kommunikationskanal trägt die Website des Instituts dazu bei, die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung mit Seminaren und Informationsveranstaltungen weiterzuentwickeln. So ist die Navigation in den Menüpunkten Veranstaltung und QM-Verfahren deutlich vereinfacht worden und ermöglicht nun auch auf mobilen Endgeräten eine optimierte Darstellung und Anwendung. Die Konzeption für den neuen Look sowie den Relaunch des Onlineportals hatte die Firma Schlötel GmbH in Ilmenau übernommen.