

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 Arbeitsbelastung in unseren Krankenhäusern hat sich spürbar erhöht. Fakt ist aber auch: Die Zahl der Pflegekräfte ist nicht, wie behauptet, mit Einführung der DRG gesunken. Sie stieg von 2007 bis 2016 um acht Prozent auf rund 328.000. Noch höher ist der zahlenmäßige Anstieg der Ärzte im Krankenhaus. Damit geht ein deutliches Mehr an stationär behandelten Patienten einher. Ihre Zahl stieg von rund 16 auf 19 Millionen. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt in immer weniger Krankenhausbetten und vollzieht sich immer schneller. Patienten werden heute nach rund sieben Tagen wieder entlassen. Der rasante medizinische Fortschritt und das steigende Lebensalter der Bevölkerung stellen neue Anforderungen an die Pflege. Was lässt sich daraus schließen? Offen gesagt, ich weiß es auch nicht so genau. Allgemein aber herrscht das ungute Gefühl, dass etwas in unseren Krankenhäusern aus dem Gleichgewicht geraten ist. Pflegekräfte beklagen zunehmenden Arbeitsdruck und einen permanenten Mangel an Zeit. Sie fehlt für die Patienten, für Pausen, ja sogar für den Gang zur Toilette. Die Pflegekräfte bemängeln die fehlende Wertschätzung ihrer Arbeit vonseiten der Ärztinnen und Ärzte auf Station. Stattdessen füllt die Bürokratie rund ein Drittel ihrer gesamten Arbeitszeit aus.

Wie lässt sich das Problem beheben? Bestimmt nicht mit einer einfachen Lösung, wie es die Einführung von Personaluntergrenzen zu suggerieren versucht. Sie werden nicht automatisch zu mehr Pflegepersonal auf den Stationen führen. Was könnte helfen? Vermutlich mehr examinierte Pflegefachkräfte in den Kliniken. Ein Vorhaben, das nicht von heute auf morgen umsetzbar ist: Drei Jahre dauert die Ausbildung im Pflegeberuf, und die zusätzlichen Ausbildungskapazitäten müssen erst geschaffen werden. Hinzu kommt: Mehr Personal braucht auch mehr Geld. Dafür kommt meines Erachtens nur ein dauerhaft kalkulierbarer Pflegezuschlag unabhängig von der krankenhausindividuellen Pflegelast in Betracht. Zusätzlich ist eine bedarfsgerechte Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten nötig. Es kann nicht sein, dass sich die Länder um ihre Finanzierungsverantwortung bei den Investitionskosten drücken und somit das Pflegepersonal indirekt dazu zwingen, die Krankenhausinvestitionen noch zusätzlich erarbeiten zu müssen. Die Länder tragen die Hauptverantwortung an der Pflegemisere. Es ist an ihnen, endlich die notwendigen sechs Milliarden Euro zur Verfügung zu stellen. Auch der Bund ist in der Pflicht: Bei den Betriebskosten muss er die volle Finanzierung der Kosten der Tarifabschlüsse sicherstellen. Zurückgenommen werden müssen auch die Eingriffe in das Preissystem, wie der Fixkostendegressionsabschlag. Wenn wir Leistungskonzentrationen in den Krankenhäusern wollen, müssen wir auch für das notwendige Personal zahlen.

Als Krankenhausbetreiber müssen wir uns um personalentlastende Prozesse und ein gutes Arbeitsklima für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern. Neue Wege der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen im Klinikalltag sind überfällig! Und auch die Krankenkassen sind in der Verantwortung. Permanente Kontrolle der bürokratischen Vorgaben mit dem Ziel, die Rechnung zu kürzen, hält die Pflege von der Patientenversorgung ab.

Gefordert sind wir auch als Patienten. Es nervt Pflegekräfte, wenn wir klingeln, um uns das Kopfkissen richten oder uns die Trauben vom Nachttisch reichen zu lassen. Als Patienten und Angehörige müssen wir mehr Respekt und Dankbarkeit für die menschliche Hilfe zeigen! Eine Veränderung zum Besseren wird es also nur geben, wenn alle wirklich alles dafür tun.

Reha nicht vergessen!

Pflege zielgerichtet stärken

Am 18. April 2018 beschäftigte sich der Gesundheitsausschuss mit der Situation der Pflege in deutschen Krankenhäusern. Dazu liegen Anträge der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen vor, in Krankenhäusern eine verbindliche Personalbemessung einzuführen. Statt Köpfe zu zählen, wäre es aus Sicht des BDPK besser, nach den Ursachen für die steigende Belastung in der Pflege zu fragen.

Häufig wird die Pflegeausstattung in deutschen Krankenhäusern mit der unseres europäischen Nachbarn in den Niederlanden verglichen. Nicht erwähnt werden dabei die unterschiedlichen Kosten. Laut OECD betragen die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten im Jahr 2014 in Deutschland 4.999 Euro, in den Niederlanden 11.419 Euro. Der Preis für die geringen Kosten ist die Arbeitsverdichtung. Die Relation Patient pro Pflegekraft liegt in den Niederlanden bei 7,0, in Deutschland bei 13,0 (RN4CAST-Studie, Aiken et al., 2012).

Der wachsende Druck auf das Krankenhauspersonal ist das Ergebnis einer dauerhaften Unterfinanzierung der Investitions- und Betriebskosten der Kliniken. So besteht bei den Investitionskosten eine jährliche Unterdeckung von etwa drei Milliarden Euro. Im Bereich der Betriebskosten zwingen der Fixkostendegressionsabschlag und der hälftige Tarifausgleich die Krankenhäuser dazu, beim Personal zu sparen. Statt starrer Vorgaben, die beim bestehenden Fachkräftemangel begrenzte Wirkung entfalten und mit hohem büro-

kratischen Aufwand verbunden sind, sollte Pflege lieber gezielt gestärkt werden:

- Elemente der Unterfinanzierung (Investitionslücke, Fixkostendegressionsabschlag, hälftiger Tarifausgleich) abschaffen.
- Pflege mit einem gezielten Sofortprogramm fördern: Die Mittel des Pflegezuschlags (derzeit 500 Millionen Euro) sollten hierzu erhöht und bestehende Maßnahmen (Pflegezuschlag, Pflegestellenförderprogramm, Tarifausgleich, Pflegekomplex-Maßnahmen-Score-Zusatzentgelte) im Pflegezuschlag harmonisiert werden.
- Förderprogramme auch auf Reha-Kliniken beziehen: Die Geltung der Grundlohnrate für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in § 111 SGB V sollte explizit außer Kraft gesetzt werden.
- Attraktivität des Pflegeberufs steigern: Pflege von Dokumentation und pflegefernen Tätigkeiten entlasten, pflegerische Tätigkeiten aufwerten (Subsumption).

Staatliche Anerkennung endlich in Sicht?

Operationstechnische Assistenz

Seit über 20 Jahren gibt es landesrechtliche Regelungen zur Ausbildung in der Operationstechnischen Assistenz. Das Berufsbild hat sich längst in der Praxis etabliert – doch bis jetzt fehlt es an einer bundeseinheitlichen Anerkennung.

Anfang März 2018 hat der Bundesrat beschlossen, seinen Gesetzesentwurf über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten (OTA) und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erneut in den Bundestag einzubringen. Die Ausbildung qualifiziert die Absolventen in drei Jahren für die Vorbereitung, die technisch unterstützende Assistenz sowie die Nachbereitung der operativen Versorgung von Patienten innerhalb der Operationseinheit sowie in den diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereichen. Die Aufnahme des Berufs in das Krankenhausfinanzierungsgesetz

soll den Krankenhäusern zugleich Planungssicherheit in der Finanzierung der Ausbildung gewährleisten. Mit Blick auf den bereits bestehenden Fachkräftemangel ist der Gesetzesentwurf sehr zu begrüßen. Rechtssicher ausgestaltete Regelungen zur Qualifikation und die staatliche Anerkennung steigern die Attraktivität des Berufsbilds und helfen den Kliniken, dringend benötigte Nachwuchskräfte zu gewinnen. Zudem fördert eine staatliche Anerkennung den bestehenden Qualifikationsmix und die interdisziplinäre Teamarbeit in den Krankenhäusern.

Vorsorge und Reha für Mütter und Väter

Leistungsgerechte Vergütung!

Die Bedeutung von stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter nimmt mit Blick auf den demografischen Wandel und den steigenden Fachkräftemangel weiter zu. Die Qualitätsanforderungen an die Einrichtungen steigen stetig an, werden jedoch selten refinanziert.

Um einen Qualitätswettbewerb unter den Einrichtungen zu ermöglichen und den Müttern und Vätern eine bestmögliche Versorgung bieten zu können, ist eine leistungsgerechte Vergütung der Maßnahmen unerlässlich.

Die stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und Kinder wirkt spezifischen Gesundheitsrisiken oder bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern entgegen. Die ganzheitlichen Angebote berücksichtigen dabei auch psychosoziale Problemsituationen von Familien wie Trennungen, Partnerschafts- und Erziehungsprobleme. Nach vielen Jahren, die von einem willkürlichen Bewilligungsverhalten, Uneinheitlichkeit und einer weitgehend ablehnenden Haltung vieler gesetzlicher Krankenkassen (GKV) bestimmt waren, hat sich das Leistungssegment der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nun stabilisiert.

Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter ist Pflichtleistung der GKV

Die gesetzlichen Grundlagen für die Entwicklung der Versorgungsform wurden erst im Jahre 2002 mit der offiziellen Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV geschaffen. Und das, obwohl die Maßnahmen schon über 30 Jahre zuvor von den meisten Krankenkassen per Satzungsleistung finanziert wurden. Seit dem Jahr 2007 gehören die Maßnahmen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nun zu den Pflichtleistungen der GKV und stehen damit gleichberechtigt und direkt neben den Individualrehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitationsträger müssen dabei dem Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Vorliegen von berechtigten Wünschen folgen. So sind auch die Krankenkassen als alleinige Träger von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter ausdrücklich verpflichtet, das Wunsch- und Wahlrecht bei Mutter-Väter-Kinder-Maßnahmen zu beachten.

Verlässliche Partner für Mütter, Väter und Kinder – Private in den Fallzahlen vorn

Im Jahr 2016 haben laut einer Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) insgesamt 112.563 Mütter und 3.292 Väter eine stationäre Maßnahme mit Kindern absolviert. Die Maßnahmen können in allen Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Einrichtungen des Müttergenesungswerks und sogenannte „gleichar-

tige Einrichtungen“) erbracht werden. Mit über 65.000 Fällen im Jahr 2016 übernahmen Einrichtungen in privater Trägerschaft 56 Prozent der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder. Die Zahl der privaten Einrichtungen im Verhältnis zu Einrichtungen des Müttergenesungswerks liegt aufgrund der durchschnittlich höheren Bettenzahl in Einrichtungen privater Träger dabei bei rund 45 Prozent.

Leistungsgerechte Vergütung sichern und Qualitätswettbewerb fördern

Die Bewilligungszahlen bewegen sich seit drei Jahren auf einem stabilen Niveau, wobei die Ausgaben für das Leistungssegment 2017 erst wieder das Niveau des Jahres 2000 erreicht haben. Dagegen haben sich die Gesamtausgaben der GKV in dieser Zeit um mehr als 71 Prozent erhöht. Der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV liegt somit bei nur noch 0,18 Prozent – trotz der steigenden Bedeutung von stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter und Väter. Im Jahre 2000 lag dieser noch bei 0,31 Prozent. Im Vergleich zu somatischen und psychosomatischen Individual-Rehabilitationsmaßnahmen werden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder von den gesetzlichen Krankenkassen mit einem deutlich geringeren Vergütungssatz finanziert.

Gleichzeitig steigen jedoch die an Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen gestellten Qualitäts- und Leistungsanforderungen stetig an, beispielsweise durch die Vorgaben im QS-Reha[®]-Verfahren. Die im Jahr 2004 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) ausgehandelten bundeseinheitlichen Anforderungsprofile für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder sollten ein einheitliches Leistungsgeschehen sichern. Diese Profile sind jedoch veraltet und nicht kompatibel mit den im QS-Reha[®] formulierten Anforderungen.

Der BDPK setzt sich in diesem Sinne für Qualitätstransparenz und die Weiterentwicklung qualitativ hochwertiger Leistungen für Mütter, Väter und Kinder ein. Damit die stationäre Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter auch weiterhin ein integrativer Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland bleibt, muss die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen durch eine leistungsgerechte Vergütung gesichert und ein Qualitätswettbewerb gefördert werden.

5. Mai: Internationaler Tag der Händehygiene

Ein deutlicher Kulturwandel

Anlässlich des Internationalen Tags der Händehygiene am 5. Mai bestätigt Prof. Dr. Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin und fachliche Leiterin der Kampagne „Aktion Saubere Hände“, die Wirksamkeit von Aktionstagen und Kampagnen für einen Bewusstseinswandel in Sachen Händehygiene.



Prof. Dr. Petra Gastmeier,
Direktorin Institut für Hygiene
und Umweltmedizin
Foto: W. Peitz

Gibt es einen Grund, warum gerade der 5. Mai zum Internationalen Tag der Händehygiene erklärt wurde?

Das Datum 5. Mai ist das perfekte Sinnbild für unsere Hände: Die fünf Finger der linken Hand sind der 5. Tag des Monats, und die fünf Finger der rechten Hand sind gleichbedeutend mit dem Monat Mai.

Seit zehn Jahren gibt es die Kampagne „Aktion Saubere Hände“ (ASH). Was hat sich seit Kampagnenstart bis heute auf dem Gebiet der Händehygiene getan?

Seit dem Start der Kampagne hat sich vor allem die Aufmerksamkeit für das Thema stark erhöht. Durch die Vorgaben, Patientenzimmer mit Händedesinfektionsmittelspendern zu bestücken, wurde die Ausstattung signifikant verbessert. Das Bett-nahe Vorhandensein von Spendern ist eine sehr wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Händedesinfektion am Bett. Insgesamt wurde der Verbrauch von alkoholischen Händedesinfektionsmitteln in den Krankenhäusern, die von Anfang an dabei sind, verdoppelt! Aber auch die Gesamtmenge der Kliniken, viele sind erst im Laufe der Jahre beigetreten, hat sich signifikant verbessert. Ende 2017 waren insgesamt 1.069 Krankenhäuser registriert sowie Alten- und Pflegeheime und Einrichtungen aus dem ambulanten Bereich. Auf der ASH-Website finden sich unter den teilnehmenden Krankenhäusern auch diejenigen, die inzwischen ein

goldenes, silbernes oder bronzenes Zertifikat erworben haben. Im Jahr 2017 haben mehr als 500 Krankenhäuser auch Beobachtungen der Händehygiene auf ihren Stationen durchgeführt, um den Mitarbeitern ein unmittelbares Feedback zu geben. Hier kann man von einem wirklichen Kulturwandel im Hinblick auf dieses Thema sprechen.

Vor welchen Herausforderungen steht die Hygiene in Zeiten des rasanten medizinischen Fortschritts und komplexerer Problemlagen beispielsweise im Hinblick auf steigende Antibiotikaresistenzen?

Eine große aktuelle Herausforderung ist im Moment natürlich der Mangel an Pflegepersonal. Er führt bei manchen Mitarbeitern dazu, dass sie das Gefühl haben, nicht genug Zeit für die Händehygiene zu haben. Das Problem Antibiotikaresistenz verstärkt natürlich zusätzlich die Aufmerksamkeit für das Thema. Es muss aber betont werden, dass die meisten Krankenhausinfektionen immer noch durch nicht multiresistente Erreger zustande kommen (über 90 Prozent). Deshalb ist es so wichtig, dass bei allen Patienten die Indikationen zur Händehygiene gleichermaßen gut umgesetzt werden und nicht bevorzugt bei Patienten mit multiresistenten Erregern.



13. bis 14. Juni 2018 in Berlin: BDPK-Bundeskongress

In welchen Ländern gelingen die Übergänge zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung besonders gut? Wie überwinden Staaten wie Dänemark, Frankreich oder die Schweiz institutionelle Hemmnisse für die integrierte Versorgung? Welche innovativen Konzepte für die medizinische Versorgung gibt es in Österreich oder in den Niederlanden? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt von Vorträgen und Diskussionen auf dem BDPK-Bundeskongress am Mittwoch, 13. Juni 2018, im Sofitel Hotel Kurfürstendamm in Berlin.

Internationale Experten aus Politik, Wissenschaft, Praxis und Verwaltung geben Impulse zum Thema „Das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich mit seinen europäischen Nachbarn“.

Zu den Referenten gehören neben anderen der Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier aus der Schweiz, der in Finnland lebende Medizjournalist Dr. Uwe K. Preusker, der Generalsekretär des Verbands der Privatkanneanstalten Österreichs, Stefan Günther, und Dr. Gilles Herbrecht aus dem französischen Gesundheitsministerium. Darüber hinaus wird Prof. Dr. Boris Augurzky vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung die bereits in vierter Auflage herausgegebene Studie „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ vorstellen.

Nach der Tagung lädt der BDPK die Kongressteilnehmer zur Abendveranstaltung in die Classic-Remise nach Berlin-Moabit ein. Am Donnerstag, 14. Juni 2018, findet die Mitgliederversammlung des BDPK statt. Weitere Informationen zum Programm und zur Kongressanmeldung unter: www.bdpk.de