

# 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 letzten Aufträge der alten Bundesregierung aus dem Krankenhausstrukturgesetz gehen gerade in die Umsetzung, da laufen bereits die Debatten um die Aufträge aus dem neuen Koalitionsvertrag. Und weil am Ende die Dinge schon irgendwie zusammenpassen sollten, ist es wichtig, den Überblick zu behalten. Ein kompetenter Gesundheitsminister, der viel verspricht und an den Ergebnissen gemessen werden will, treibt die Akteure an.

Stichwort Pflege: Unter strenger Führung des Bundesgesundheitsministeriums haben sich der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf ein Modell zur Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Abteilungen geeinigt. Nun geht es an die Umsetzung. Dafür ist es gut zu wissen, wie die Pflegeausstattung in den pflegesensitiven Abteilungen tatsächlich aussieht. Dann soll festgelegt werden, wo die Grenze zwischen einer guten und einer patientengefährdenden Pflege liegt. Ein etwas sonderliches Vorgehen, da Qualitätsindikatoren – etwa Dekubitus, Infektionen, Zwischenfälle wie Patienten- oder Seitenverwechslungen, Arzneimittelsicherheit oder Beinahezweischenfälle – unberücksichtigt bleiben. Die Pflegepersonaluntergrenze könnte dann bei den unteren 10, 15, oder 25 Prozent der Krankenhäuser mit der niedrigsten Personalausstattung liegen. Damit sind die Grundlagen für Pflegepersonaluntergrenzen gelegt und der nächste Schritt, die Einbeziehung aller bettenführenden Krankenhausabteilungen, kann beginnen. Zeitgleich beantwortet die Bundesregierung eine kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen zum aktuellen Stand von unbesetzten Stellen in der Krankenpflege und der Altenpflege. Die Antwort ist beeindruckend: 12.000 offene Stellen in der Krankenpflege und 23.000 unbesetzte Stellen in der Altenpflege.

Innerhalb der DKG ringen die Krankenhäuser um einen eigenen Vorschlag für die künftige Finanzierung der Personalkosten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege. Ein wesentlicher Diskussionspunkt ist die Frage, ob die Krankenhäuser selbst ein verbindliches Personalbemessungssystem vorschlagen sollen. Dies lehnt der BDPK ab, weil die unterschiedlichen organisatorischen Abläufe und Strukturen in den Krankenhäusern eine einheitliche Personalausstattung nicht rechtfertigen. Zudem nützte es wenig, wenn die Krankenhäuser die Personalbesetzung normativ festsetzten. Das Einzige, was wirklich hilft, sind mehr neue Pflegekräfte, die auch bezahlt werden. Mit der Einführung eines Pflegestellenförderprogramms kann die Politik dabei schnell und wirkungsvoll helfen. Die Krankenhäuser werden sich bereit erklären, die neuen Pflegestellen nachzuweisen.

Und dann ist da noch die Rehabilitation. Über sie wurde im Zusammenhang mit der Pflege bislang wenig gesprochen. Zwei Aspekte finde ich sehr wichtig. Erstens: Mit mehr Rehabilitation können wir den Eintritt von Pflegebedürftigkeit deutlich nach hinten verschieben. Das hilft, um den prognostizierten Pflegebedarf zu reduzieren und Pflegekräfte zu entlasten. Zweitens: Alle gut gemeinten Versuche, Pflegekräfte besser zu bezahlen, werden auch Auswirkungen auf das Pflegepersonal in den Reha-Kliniken haben. Denn die Pflegenden dort werden berechtigterweise die gleichen Ansprüche wie ihre Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern stellen oder direkt dorthin wechseln. Wer also künftig medizinische Rehabilitation mit Pflegekräften will, muss auch deren Finanzierung gewährleisten. Deshalb brauchen wir dringend für den Rehabilitationsbereich eine Streichung der Grundlohnsummenbindung.

# .....Drängende Fragen für unser Gesundheitswesen

## Die Pflege steht an erster Stelle

Sofortprogramm Pflege, Digitalisierung des Gesundheitswesens, verbesserte Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ – für den Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, Erwin Rüdell, CDU, wichtige gesundheitspolitische Herausforderungen in der 19. Legislaturperiode.

**Welches sind für Sie die besonders drängenden Fragen für die Sicherstellung einer guten Patientenversorgung in dieser Legislaturperiode?**

An erster Stelle steht natürlich die Pflege. Die Situation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen für Patienten und Pflegekräfte muss verbessert werden. Mit dem Sofortprogramm Pflege sind wir auf einem guten Weg. Der Gesundheitsminister legt dabei ein ordentliches Tempo vor. Noch vor der Sommerpause wird ein überzeugender Entwurf vom Kabinett beschlossen werden. Ein drängendes Themen ist für mich außerdem die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Länder wie Estland oder Finnland sind uns hier um einiges voraus. Die digitale Patientenakte ist in Finnland längst Realität. Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente werden dort nur noch digital ausgestellt. Die Sicherung der Daten und auch der Zugang der Patienten zu diesen könnten als gutes Beispiel genutzt werden. Des Weiteren sind für mich der schnelle Zugang zu Fachärzten und vor allem eine flächendeckende ärztliche Versorgung auf dem Land Punkte, an denen wir zügig arbeiten müssen.

**Die Vergütung von Pflegepersonalkosten soll künftig besser und unabhängig von Fallpauschalen erfolgen. Wie lässt sich die Vergütung von Pflegepersonalkosten verbessern, ohne die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Häuser aufzugeben?**

Die Unabhängigkeit der Vergütung des Pflegepersonals von den Fallpauschalen ist für eine Verbesserung der Situation sicherlich eine Variante. Doch auch andere Optionen sollten im Auge behalten werden, die gewährleisten, dass Gelder für die Pflege auch bei der Pflege ankommen und nicht für andere Investitionen im Krankenhaus genutzt werden. Bislang hatten wir eine relativ klare Aufteilung bei der Finanzierung. Die Krankenkassen sind für die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung zuständig, die Bundesländer für die Investitionskosten. Leider kamen und kommen die Bundesländer diesen Verpflichtungen nicht in der Form nach, wie es das Gesetz vorsieht. Einige Länder finanzieren gerade einmal 40 Prozent ihrer Pflichtleistung. Die so entstandenen Finanzlücken müssen die Krankenhäuser mit Mitteln aus anderen Töpfen füllen. Bislang hatte unter dieser Vorgehensweise vorwiegend die Pflege zu leiden. In Zukunft soll es den Krankenhäusern verboten sein, Gelder, die für

ärztliche und pflegerische Leistungen vorgesehen sind, in Investitionen umzuleiten. Fehlende Mittel müssen dann von den Ländern vollumfänglich selbst aufgebracht werden. Auf der Bundesebene können wir lediglich rechtliche Grundlagen schaffen.

Kommen die Länder auch in Zukunft ihren Investitionsverpflichtungen nicht nach, weil sie nicht können oder wollen, müssen wir gemeinsam mit ihnen andere Lösungsansätze erarbeiten. Eine Möglichkeit wäre, dass die Krankenkassen hier einspringen, wie dies beim Sofortprogramm Pflege geplant ist. Allerdings müssten dann die Länder auch bereit sein, Kompetenzen auf diesem Gebiet an die Krankenkassen abzutreten. Hier geht es somit nur um eine eventuelle Verschiebung von Kompetenzen zwischen den Bundesländern und den Krankenkassen, nicht um eine Verschiebung der Kompetenzen der Kliniken.

**Im Bereich der medizinischen Reha soll der Zugang für pflegende Angehörige verbessert werden, indem Reha-Leistungen durch den Hausarzt direkt verordnet werden können. Welche Maßnahmen sind darüber hinaus geplant?**

Die bestehende Systematik der Kostenübernahme für Reha-Maßnahmen arbeitet eher gegen den Grundsatz Reha vor Pflege. Anstelle der Krankenkassen könnte, wenn möglich, die Pflegeversicherung Kostenträger für diese Maßnahmen werden. Für die Pflegeversicherung wäre es wesentlich attraktiver, Reha-Maßnahmen zu befördern, da hierdurch eine mögliche Pflegebedürftigkeit abgewendet werden kann und somit auch eine längerfristige Kostenbelastung. Die Fachkommission „Gesundheit und Pflege“ der CDU hat in dieser Richtung bereits Beschlüsse gefasst. So wird hier der Vorschlag gemacht, der Pflegeversicherung pauschal die geleistete Behandlungspflege zu erstatten, und im Gegenzug übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen der Rehabilitation. In dieser Richtung sollten wir weiterdenken.



Erwin Rüdell

Foto: Dieter Klaas

## Gesellschaftlicher Nutzen nachgewiesen

# Medizinische Reha zahlt sich aus

Eine aktuelle Studie der AOK Baden-Württemberg, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV) und des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm belegt den erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen orthopädischer Rehabilitation bei Rückenschmerzen.

Das bedeutet in Zahlen: Rund 500 Millionen Euro können in einem Zeitraum von zwei Jahren durch die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen eingespart werden. Damit werden nicht nur die Gesundheitsausgaben gesenkt und die Steuer- und Beitragszahler in Deutschland entlastet. Die orthopädische Reha bei Rückenschmerzen führt, so das wissenschaftliche Ergebnis, auch unmittelbar zu einem verbesserten und nachhaltigen Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Behandlungsformen.

Erstmals sind mit einer wissenschaftlich kontrollierten Vergleichsstudie die finanziell positiven Effekte von stationären Rehabilitationsmaßnahmen für die Volkswirtschaft nachgewiesen. Grundlage der Studie war ein neuer Ansatz des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm), der es möglich machte, eine Kontrollgruppe von Nicht-Rehabilitanden zu bilden und zu untersuchen. Daneben bildeten Rehabilitanden der AOK Baden-Württemberg, der DRV Baden-Württemberg und der DRV Bund die andere repräsentative Vergleichsgruppe.

### Weniger Gesundheitsausgaben

Die wissenschaftliche Studie macht deutlich, dass Menschen mit chronischen Rückenschmerzen nach einer Reha ihre Gesundheit wirkungsvoll und nachhaltig stabilisieren. In den ersten beiden Jahren nach Inanspruchnahme einer stationären Reha fehlen sie krankheitsbedingt 14 Tage weniger als diejenigen, die bei gleicher Diagnose auf eine Reha verzichtet haben. Die anfänglichen Mehrkosten durch die Reha werden später durch weniger Krankheitstage und Krankenhausbehandlungen in den folgenden zwei Jahren wieder mehr als ausgeglichen. Als auffallend erweisen sich in der Untersuchung auch die Unterschiede in der Beanspruchung ambulanter und stationärer Leistungen. In dem dreijährigen Beobachtungszeitraum liegen die Ausgaben für akutstationäre Behandlungen bei Nicht-Rehabilitanden im Mittel um 1.652,72 Euro höher als bei den Reha-Patienten.

Zu einem positiven Ergebnis kamen die Wissenschaftler auch mit Blick auf den Eintritt in die Erwerbsminderungsrente. Ihr Fazit lautete: Die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen verschiebt die Erwerbsminderungsrente im Mittel um 7,3 Monate. Das führt zu Einsparungen in Höhe von rund 8.500 Euro pro Fall. Bei rund 21.300 Zugängen in die Erwerbsminderungsrente mit orthopädischer Diagnose pro Jahr entspricht das einem Einsparvolumen von etwa 180 Millionen Euro pro Jahr.

### Andreas Schwarz, Erster Direktor DRV Baden-Württemberg

„Natürlich müssen wir unsere Ausgaben für die Rehabilitationsmaßnahme gegenrechnen. Dennoch lohnt sich diese Investition durch den Effekt der Rentenvermeidung. Bei 21.262 EM-Rentenansprüchen mit orthopädischer Diagnose pro Jahr sprechen wir hier von einem Einsparvolumen

von 180,7 Millionen Euro pro Jahr. Auch die Politik erkennt inzwischen die Bedeutung von Rehabilitation. Das Bundesteilhabegesetz, das Flexirentengesetz, das Präventionsgesetz stärken die Rehabilitation als Instrument zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Wenn wir die Vorgaben im Bundesteilhabegesetz, im Flexirentengesetz und im Präventionsgesetz für Prävention, Rehabilitation für ein langes, gesundes Arbeitsleben umsetzen sollen, müssen und werden wir uns mit Themen wie Zugang, Strukturen, Finanzierung befassen. Wir müssen daran arbeiten, dass die Rehabilitation endlich das Gewicht bekommt, welches ihr zusteht. Das wird jetzt – mit einer gesicherten Datenbasis – einfacher.“



Foto: Jan Lauer

### Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

„Immer noch wird Rehabilitation hier und da belächelt. Nun ist definitiv belegt: Wer sich für eine Reha entscheidet, handelt sich selbst, seinem Arbeitgeber und der gesamten Gesellschaft gegenüber höchst verantwortungsbewusst.“

### Politik muss Potenzial von Reha fördern

Der wissenschaftliche Nachweis, dass Reha nicht nur einen volkswirtschaftlichen Beitrag leistet, sondern auch ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern kann und somit Altersarmut entgegenwirkt, ist erbracht. Nun sind Politik und Unternehmen gefordert. Dazu gehört vor allem, die gesetzlichen Rahmenbedingungen an die aktuellen Herausforderungen anzupassen.

Die Kurzfassung der Studie „Nachweis der orthopädischen Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen anhand eines neuen Kontrollgruppenvergleichs“ kann nachgelesen werden unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de).

# Spezialisierte Notfallversorgung in Gefahr

## Folgenschwere Neuordnung

Der G-BA hat trotz des geschlossenen Widerstands der Krankenhausverbände entschieden: Es wird ein gestuftes Notfallsystem eingeführt, inklusive Abschlägen bei Nichterfüllung bestimmter Mindestanforderungen. Häuser, wie die Nürnberger Kliniken Dr. Erler, fallen dann aus der Notfallversorgung.

Und das, obwohl die Erler-Klinik als orthopädisch-chirurgisches Fachkrankenhaus jährlich mehr als 18.000 Notfallpatienten ambulant und über 1.500 stationär besonders kompetent versorgt.

„Prinzipiell ist die Neuordnung der Notfallversorgung zum Wohle des Patienten richtig, aber die aufgestellten Anforderungen bilden die zu Recht geforderte Qualität eben nicht ab“, fasst Markus Stark, Geschäftsführer der Kliniken Dr. Erler, zusammen. Jedenfalls nicht in Bezug auf die Nürnberger Erler-Klinik, einer auf Unfallchirurgie und Orthopädie spezialisierten Fachklinik. Dabei ist die Erler-Klinik als lediglich eines von zwei Krankenhäusern in Nürnberg für die Versorgung von Unfallverletzten durch die Berufsgenossenschaften ermächtigt. Um am stationären Durchgangsarzt-Verfahren beteiligt zu werden, müssen gemäß strenger Richtlinien der Berufsgenossenschaften spezielle personelle, apparative und räumliche Anforderungen erfüllt sein.

Nicht zuletzt deswegen verfügen die Kliniken Dr. Erler über alles, was eine renommierte Notfallambulanz mit orthopädisch-chirurgischer Ausrichtung braucht: eine Intensivstation mit zehn Betten inklusive Beatmungsmöglichkeit sowie entsprechendes Facharztpersonal, das 24 Stunden vorgehalten wird. Zudem sind die Kliniken Dr. Erler als lokales Traumazentrum zertifiziert. Allerdings fehlt – und hier liegt der Knackpunkt – eine rund um die Uhr besetzte

Fachabteilung für innere Medizin: „So eine Abteilung dürfen wir laut Versorgungsauftrag überhaupt nicht haben“, betont Stark. Momentan steht es deshalb schlecht um die Zukunft seiner Notfallambulanz: „Nicht kurzfristig, aber mittelfristig müssen wir sehen, ob wir aufgrund der drohenden Abschläge, die diesen ohnehin schon defizitären Bereich zusätzlich treffen, unsere Patienten noch adäquat versorgen können.“

Was für Verärgerung sorgt, sind die paradoxen Bestrebungen der Gesundheitspolitiker: Einerseits sollen in Zukunft diejenigen Einrichtungen im Gesundheitswesen belohnt werden, die durch hohen Spezialisierungsgrad eine überdurchschnittliche Eingriffshäufigkeit – zum Beispiel bei unfallchirurgischen Eingriffen – vorweisen, andererseits werden nach Empfinden der Verantwortlichen der Kliniken Dr. Erler durch die Neuordnung der Notfallversorgung gerade die Häuser für eben diese hohe Spezialisierung mit Abschlägen bestraft.



Foto: Kliniken Dr. Erler

### i

#### IQMG-Seminare 2018: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) bietet Schulungen zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen, zu spezifischen Schwerpunktthemen sowie zu den internen Qualitätsmanagement-Verfahren des IQMG an.

Erfahrene Expertinnen und Experten aus der Praxis vermitteln in kleinen Gruppen das Fachwissen, die Kompetenzen und die Fertigkeiten, die für die wachsenden beruflichen Herausforderungen im Qualitätsmanagement notwendig sind. Im Austausch mit den Teilnehmenden aus anderen Unternehmen ergibt sich die Chance, aus unterschiedlichen Erfahrungen zu lernen und sich miteinander zu vernetzen.

Diese Seminartermine bietet das IQMG für 2018 an:

- 22. und 23. August 2018: Basis- und Refresherkurs für externe IQMP-Reha-Auditoren
- 10. September 2018: Selbstbewertung nach IQMP-Reha erfolgreich organisieren, schreiben und bewerten
- 9. und 10. Oktober 2018: Interne Auditoren-Schulung
- 29. November 2018: Refresherkurs für externe IQMP-Reha-Auditoren
- 6. und 7. Dezember 2018: Crashkurs für IQMP-Reha-Qualitätsmanagementbeauftragte.

Weitere Informationen zu den Seminaren sowie ein Online-Anmeldetool gibt es auf der Homepage des IQMG unter [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de).

Für alle, die für sich noch kein passendes Seminar gefunden haben: Individuelle praxisbezogene Schulungsangebote können nach Bedarf gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen des IQMG geplant und organisiert werden. Anfragen sind zu richten an: [info@iqmg-berlin.de](mailto:info@iqmg-berlin.de).

