

# 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](mailto:post@bdpk.de) · [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de) · Redaktion: Katrin Giese



Thomas Bublitz,  
Hauptgeschäftsführer

Von Thomas Bublitz

Die Situation der Pflege in Deutschland muss sich verbessern. Deshalb setzt die gesundheitspolitische Gesetzgebung alles daran, um die dafür notwendigen Maßnahmen schnell auf den Weg zu bringen. Die kurzfristigen Regelungen zur Stärkung der Pflege ab 2018 wie das Pflegestellenförderprogramm und die Refinanzierung von Tarifsteigerungen sind ein kleiner Etappensieg bei diesem Mega-Thema.

Ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) soll ab 1. Januar 2019 die Pflege im Krankenhaus und in der Altenpflege stärken. Der noch rechtzeitig vor der Sommerpause vorgelegte Entwurf enthält Schwachstellen, die weitreichende Konsequenzen für Patienten und Kliniken hätten. So sollen ab 2020 die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert werden. Ist diese Idee wirklich bis zu Ende gedacht? Diese Entscheidung steht deutlich für die ordnungspolitisch fragwürdige Wiedereinführung des Selbstkostendeckungssystems für die Pflegepersonalkosten. Das bewährte DRG-System wird damit infrage gestellt, ohne dass dafür auch nur ansatzweise eine sinnvolle Alternative existiert.

Der BDPK warnt in seiner Stellungnahme zum Entwurf des PpSG vor einem Systemwechsel. Die Vorstellung der Politik, sich bei der Stärkung der Pflege auf examinierte Pflegekräfte und nur auf deren Tätigkeit unmittelbar am Patienten fokussieren zu können, ist praxisfern, nicht sinnvoll organisierbar und rückschrittlich. Dieser Ansatz birgt die Gefahr, dass examinierte Pflegekräfte künftig wieder stärker gering qualifizierte Tätigkeiten wie Essenausgabe, Bettendesinfektion oder Transportdienste zu Untersuchungen übernehmen müssen. Gleichzeitig stellt er den bereits etablierten Personalmix in den Krankenhäusern infrage, der für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung mit examinierten Pflegekräften sorgt. Sollte der Gesetzgeber trotzdem an dem Vorhaben festhalten, sollte eine Ausgliederung frühestens ab 2021 erfolgen. So könnte der notwendige Entscheidungs- und Umsetzungsprozess in der gebotenen Gründlichkeit passieren.

Gänzlich unberücksichtigt im Gesetzentwurf bleiben die rund 30.000 Pflegekräfte in Reha-Einrichtungen. Das könnte fatale Folgen haben, weil die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen ein personelles Ausbluten der Reha-Kliniken provozieren. Denn werden Krankenhäusern und Pflegeheimen ihre zusätzlichen Personalkosten erstattet, werden sie alles tun, um die guten Pflegekräfte aus den Reha-Kliniken mit Abwerbepremien und anderen monetären Anreizen in ihre Häuser zu bekommen. Reha-Kliniken fehlt es dagegen an finanziellen Mitteln, um dies zu verhindern. Das Nachsehen hätten die Patienten – chronisch und schwer Kranke, von Pflege bedrohte Menschen, pflegende Angehörige.

Der vorhersehbare Verlust von Pflegekräften in der Reha gefährdet die Anschlussversorgung jener Patienten, die aufgrund chirurgischer Eingriffe bei Herz- und Krebserkrankungen, bei Schlaganfall oder Gelenkersatz dringend die Anschlussheilbehandlung in der medizinischen Reha benötigen. Wir fordern deshalb die Politik auf, den Reha-Kliniken die Refinanzierung steigender Pflegepersonalkosten zu ermöglichen. Derzeit begrenzt die Grundlohnrate Preissteigerungen in der Reha. Diese Regelung muss in § 111 SGB V außer Kraft gesetzt werden.

Die vollständige Stellungnahme des BDPK ist nachzulesen unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de).

## Geszentwurf mit Anpassungsbedarf

# BDPK fordert Nachbesserungen

In seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2018 weist der BDPK auf die Schwachstellen im Referentenentwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes hin. Dazu gehören unter anderem auch der Anpassungsbedarf beim Fixkostendegressionsabschlag sowie die nach wie vor bestehenden Hürden beim Reha-Zugang für pflegende Angehörige.

Der Referentenentwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) enthält wichtige Festlegungen für die Weiterentwicklung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA). Dieser soll weiterhin bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgelegt bleiben. Die Möglichkeit der Vereinbarung eines höheren Abschlagsatzes oder einer längeren Abschlagsdauer auf Ortsebene entfällt. Beide Neuerungen werden vom BDPK begrüßt und werden dabei helfen, Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf Landes- und Ortsebene zu vermeiden.

Anpassungsbedarf besteht bei den Ausnahmeregelungen. Nach § 4 Abs. 2b S. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) unterliegen Mehrleistungen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, dem hälftigen Abschlag. Diese Leistungen sollten vollständig vom FDA befreit werden. Ein hälftiger Abschlag wirkt den Zielen Leistungskonzentration, Spezialisierung und Qualitätswettbewerb entgegen. Neue Anreize für besonders gute Qualität ließen sich dadurch setzen, dass Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V vom FDA ausgenommen werden. Auch Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V sollten ausgenommen werden. Bei krankenhauplanerischen Entscheidungen muss dringend die Formulierung der Ausnahmeregelung des alten Mehrleistungsabschlags übernommen werden. Die jetzige Regelung des FDA führt zu großen Interpretationsspielräumen und regelmäßigem Streit mit den Kostenträgern.

### Neurologisch-neurochirurgische Früh-Reha

Einige Leistungen, wie Polytraumata, sind vom FDA ausgenommen. Der BDPK setzt sich dafür ein, dass auch die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation vom Abschlag ausgenommen wird. Dies betrifft die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten in speziellen Einrichtungen und begrenzten Behandlungskapazitäten. Das Behandlungsangebot wurde in den vergangenen Jahren permanent ausgebaut. Epidemiologisch ist mit einer weiteren Zunahme von Schlaganfällen und neurodegenerativen Erkrankungen zu rechnen. Dies liegt an der demografischen Entwicklung: Die „Baby-Boomer“ kommen in das gefährdete Alter. Bislang findet der FDA auf die neurologisch-neurochirurgische Rehabilitation keine einheitliche Anwendung. Abhängig von der Hauptdiagnose, sind die Leistungen vollständig befreit (zum Beispiel in der Behandlung polytraumatisierter Patienten),

Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer unter 14 Tagen	Halber FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 12 i.V.m.
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer von 14 bis 28 Tagen B <sub>42B</sub>	Voller FDA	§ 9 (1) Nr. 6 KHEntG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer über 28 Tage B <sub>43Z</sub> (E <sub>3.3</sub> )	Kein FDA	§ 4 (2b) Satz 1 KHEntG
Polytraumatisierte Patienten	Kein FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 1a KHEntG

oder er findet volle Anwendung (zum Beispiel Schlaganfall, siehe Tabelle). Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation als Bestandteil des Fachbereichs Neurologie ist eine sehr betreuungsintensive Leistung, deren Behandlungsbedürftigkeit nicht beeinflussbar ist und bei der es kaum zu einer Kostendegression bei höheren Fallzahlen kommt.

### Ärztliche Verordnung von Reha-Leistungen

Der im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD formulierte Anspruch pflegender Angehöriger auf medizinisch erforderliche Reha-Leistung direkt nach ärztlicher Verordnung ist im Referentenentwurf zum PpSG nicht berücksichtigt. Wie bisher entscheidet die jeweils zuständige Krankenkasse, ob pflegende Angehörige medizinische Reha erhalten oder nicht. Eine Vereinfachung bei der Antragstellung ist nicht vorgesehen, und an der Rehabilitationsversorgung für pflegende Angehörige ändert sich nichts. Deshalb fordert der BDPK eine Korrektur im Geszentwurf: Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Reha für pflegende Angehörige zu gewährleisten, muss die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation Bestandteil des Leistungsanspruchs nach § 40 SGB V sein. Der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen muss entfallen, und es dürfen keine Kosten für den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen anfallen.

Die vollständige Stellungnahme ist nachzulesen unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de).

## Mitmachen beim 15. Deutschen Reha-Tag

# Motto 2018: „Reha und Arbeit“

Um die Rehabilitation als ganzheitliche Leistung zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder Krankheiten stärker in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung zu rücken, haben Reha-Leistungserbringer und -Leistungsträger vor 15 Jahren gemeinsam den Deutschen Reha-Tag initiiert. Schirmherr in diesem Jahr ist der Behindertenbeauftragte Jürgen Dusel.



Auch in diesem Jahr sind Kliniken und Reha-Einrichtungen aufgerufen, am vierten Samstag im September, dem 22. September 2018, oder im

nahen Umfeld des Datums einen Tag der offenen Tür oder Informationsveranstaltungen anzubieten.

Das Motto 2018: „Reha und Arbeit“ rückt die Bedeutung der beruflichen und medizinischen Reha für die Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Erwerbsleben in den Mittelpunkt. Schirmherr für den Aktionstag in diesem Jahr ist der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Jürgen Dusel. In seinem Grußwort betont er, wie wichtig es sei, dass Betroffene ohne Hürden und Schwellenängste eine Rehabilitation beantragen können und auch bewilligt be-

kommen. „Eine qualitativ hochwertige medizinische und berufliche Reha eröffnet Betroffenen wieder neue Chancen und berufliche Perspektiven“, so Dusel.

Die Auftaktveranstaltung für die bundesweite Aktion findet in diesem Jahr im Berufsförderungswerk München und dem Berufsbildungswerk St. Zeno in Kirchseeon statt. Experten der beruflichen Reha werden zusammen mit Akteuren aus Politik, Praxis und Verwaltung über drängende Fragen diskutieren sowie in den Erfahrungsaustausch treten. Die Teilnahme am Reha-Tag ist kostenlos. Die Eintragung einer Veranstaltung können Einrichtungen auf [www.rehatag.de](http://www.rehatag.de) unter „Veranstaltungskalender“ vornehmen. Darüber hinaus können die Rehabilitationseinrichtungen auf der Website Materialien wie Flyer, Plakate und Logos für ihre Öffentlichkeitsarbeit am Aktionstag downloaden.

## BDPK e.V. wählt neues Ehrenmitglied

# Friedel Mägdefrau gewürdigt

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. hat am 14. Juni 2018 Friedel Mägdefrau zum Ehrenmitglied ernannt. Der Gesundheitsexperte hatte unter anderem 35 Jahre lang den Landesverband der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (VdPK) geführt.

Als Vorstandsmitglied war Friedel Mägdefrau über Jahrzehnte ein gesundheitspolitischer Netzwerker par excellence für den Bundesverband. Als Vizepräsident sowie Vorsitzender des Fachausschusses Rehabilitation und in der Funktion des Geschäftsführers wirkte er für den VdPK. Mit der einstimmigen Wahl zum Ehrenmitglied und einem anschließenden langen Applaus würdigte die Mitgliederversammlung das Engagement und die Leistungen von Friedel Mägdefrau.

„Mit unermüdlicher Ausdauer, mit Courage und enormem Fachwissen hat sich Friedel Mägdefrau um den Erhalt der Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und deren qualitative Weiterentwicklung eingesetzt“, so die Präsidentin des BDPK, Dr. Katharina Nebel M. Sc. „Wir sind Friedel Mägdefrau sehr dankbar dafür, dass er als Ehrenmitglied dem BDPK weiterhin zur Seite stehen wird. Als Ideengeber ist und bleibt er für den Verband von unschätzbarem Wert.“



Friedel Mägdefrau, Foto: Dietmar Gust

# Reha-Qualitätsmanagement verbessern

## IQMP-Seminartag in Berlin

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) lädt zu einem interaktiven Anwendertreffen nach Berlin ein. Im Zentrum der Diskussion soll die Weiterentwicklung des Integrierten Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP) als praxis- und ergebnisorientiertes Verfahren stehen.



Seit neun Jahren lassen stationäre Reha-Kliniken ihr internes Qualitätsmanagement erfolgreich zertifizieren. Den meisten Qualitätsverantwortlichen in den Reha-Einrichtungen sind die Verfahren und Anforderungen in Fleisch und Blut übergegangen.

Doch wie geht es weiter? Hat sich das etablierte Qualitätsmanagement in der Praxis für eine tatsächliche Verbesserung der Rehabilitandenversorgung bewährt, oder müssen wir uns in eine andere Richtung weiterentwickeln? Wird das Qualitätsmanagement von den Mitarbeitern der Einrichtungen wirklich gelebt, oder führt es oft zu sinnlosem Do-

kumentationsaufwand? Wie sollte sich das praxis- und ergebnisorientierte Qualitätsmanagement weiterentwickeln?

Antworten auf diese Fragen werden im Rahmen eines eintägigen IQMP-Anwendertreffens am 9. November 2018 in Berlin mit Qualitätsmanagement-Beauftragten aus Reha-Einrichtungen diskutiert. Gemeinsam gilt es, Ideen und Visionen zur Weiterentwicklung des IQMP-Reha und des IQMP-kompakt-Verfahrens zu sammeln.

Die Teilnahme an der Veranstaltung sowie dem anschließenden Abendessen ist für Vertreter von IQMP-zertifizierten Reha-Einrichtungen kostenfrei!

Weitere Informationen zum detaillierten Ablauf der Veranstaltung und zur Anmeldung sind zeitnah zu finden auf der Homepage des IQMG unter [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de).

## Qualitätskliniken.de – Content is Key!

# Gatekeeper Google

Über 46 Prozent der Menschen, die nach Gesundheitsinformationen suchen, nutzen dafür das Internet, so eine aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung. Auffindbarkeit im Netz ist deshalb im Gesundheitsbereich so wichtig wie niemals zuvor. Mit über 90 Prozent Anteil an allen Suchanfragen in Deutschland hat Google unangefochten die Marktführerschaft.

Doch die Bereitstellung einer Homepage genügt nicht mehr für eine optimale Präsenz im Netz. Moderne Tools und Techniken sind Voraussetzung, um bei der wachsenden Zahl konkurrierender Internetseiten mithalten zu können. Das gilt für das Gesundheitswesen wie für jede andere Branche.

Wesentlich für eine gute Auffindbarkeit in Google ist die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Inhalten. Für die Themenauswahl werden die Anfragen von Google genau analysiert: Welche Begriffe werden gesucht und mit welcher Häufigkeit? Mit welchen Schlüsselwörtern und Inhalten möchte sich eine Einrichtung positionieren? Welche Patientengruppen sollen angesprochen werden? Auf dieser Basis werden die Texte, der Content, erarbeitet. Der Google-Algorithmus erkennt nutzerorientierten Content und

positioniert die Seite entsprechend hoch bei Suchanfragen. Ein gutes Beispiel sind Qualitätskliniken.de und der Relaunch Anfang 2018. Durch die Unterstützung des Leading Medicine Guide als Betreiber von Themenportalen zu Erkrankungen und Fachärzten konnte der organische Traffic in kurzer Zeit auf das 20-Fache gesteigert werden. Dabei ist die Schaffung von hochwertigem Content zu Reha-Kliniken und Behandlungsmethoden wichtig für die führenden Platzierungen in den Suchergebnissen.

Neben den um rund 500 Prozent gesteigerten Zugriffszahlen auf die Webseite insgesamt (im Vorjahresvergleich) sowie auf die Profile der Reha-Kliniken profitieren auch die Mitglieder von der Verlinkung zwischen Leading Medicine Guide, Qualitätskliniken.de und den eigenen Webseiten.