

## 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

## Sag zum Abschied leise Servus!

In der letzten Februarwoche haben der GKV-Spitzenverband (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Vereinbarung nach Paragraph 17 b Abs. 4 Satz 2 KHG zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) verabschiedet.

Damit ist es nun amtlich: Die DRG als Preissystem haben ausgedient. Stattdessen werden die Pflegepersonalkosten, die der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Abteilungen (Normalstation, Intensivstation, Dialyse und Patientenaufnahme) zuzuordnen sind, wieder nach dem guten alten Selbstkostendeckungsprinzip mit den Krankenkassen verhandelt.

So mancher DRG-Kritiker wähnt sich damit endlich am Ziel, die DRG nach nur 15 Jahren begraben zu können. Und, ist das ein Problem? Jetzt können wir endlich Pflegepersonal einstellen, ohne auf die Kosten achten zu müssen. Paradiesische Zustände könnten kommen. Wenn, ja, wenn es nur genug Pflegekräfte gäbe. Aber jeder im Land weiß unterdessen: Es gibt sie gerade nicht. Auch von den Bemühungen der Bundesregierung, mehr Berufsausstieger zur Rückkehr in die Pflege zu bewegen, spürt man aktuell nicht sehr viel. Insofern könnte sich das Ganze für die Krankenhäuser als ein Handel mit Zitronen entpuppen.

Die nächsten Schritte scheinen bereits absehbar: Die Ärzte wollen raus aus dem DRG-System, genau wie die Therapeuten. Und warum sollten dann eigentlich nicht auch die Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter raus, die ich jetzt gerade vergessen habe? Dann hätten wir immerhin Fallpauschalen für Sachkosten, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus, die wir dann nach Belieben auf- und abwerten können.

Bereits jetzt stelle ich mir lebhaft vor, wie die Krankenkassen und die Krankenhäuser die Budgetverhandlungen 2020 führen werden. Fokussiert auf den Knackpunkt, ob Pflegekräfte und ihre Helfer tatsächlich auf der richtigen Station in der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt werden und ob es nicht auch mit weniger Pflegekräften ginge. Das Nachbarkrankenhaus schaffe das immerhin auch. Eine Diskussion, in der Interessen aufeinanderprallen werden.

Und was bringt die Vereinbarung für die Zukunft der Krankenhäuser? Wenig aus meiner Sicht. Die separate Finanzierung der Pflege wird viele Folgefragen und Abgrenzungsschwierigkeiten aufwerfen. Es ist zu befürchten, dass mit zwei Finanzierungssystemen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern künftig auch doppelte Kontrollbürokratie zukommt. Ungelöst bleibt darüber hinaus die wichtige Frage der Investitionsfinanzierung und der intelligenten Arbeitsabläufe. Statt die Zeit für die Entwicklung echter Innovationen zu nutzen, führen wir eine rückwärtsgewandte Zuordnungsdebatte für Personalkosten. Schade um die Zeit. Die Neuregelung hat das Potenzial, das DRG-System zu sprengen, ohne Existenz einer sinnvollen Alternative.

# Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

## Neuregelung MVZ

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll in erster Linie eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Versicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen sicherstellen. Als Omnibus-Gesetz enthält es darüber hinaus zahlreiche weitere Inhalte. Wichtig für Krankenhäuser sind die vorgesehenen Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Die internen Verhandlungen und Beratungen zwischen den Koalitionsfraktionen und dem Gesundheitsministerium sind abgeschlossen. Mitte März fand die zweite und dritte Lesung zum TSVG im Bundestag statt. Die abschließende Bundessatzsitzung ist am 12. April 2019. Das Gesetz soll am 1. Mai 2019 in Kraft treten.

Die im ursprünglichen Entwurf avisierten Neuregelungen sorgten bei Krankenhäusern für Alarmstimmung. Kritisiert wurden insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehenen Einschränkungen für die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), wenn angestellte Ärzte ausscheiden und eine Nachbesetzung vorgesehen ist. Eine Neubesetzung hätte dann erheblich verzögert, wenn nicht sogar verhindert werden können. Der Fortbestand und die Weiterentwicklung von rund 1.200 Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern wäre gefährdet gewesen.

Heftig kritisiert wurden die vom Bundesrat geforderten Restriktionen für die Gründung von MVZ in Krankenhausträgerschaft. Krankenhäuser sollten zur Gründung von MVZ nur noch dann berechtigt sein, wenn das Krankenhaus innerhalb des entsprechenden Bedarfsplanungsbereiches liegt, in dem das MVZ seinen Sitz hat. Auch sollten Krankenhäuser zudem nur in den Fachgebieten MVZ errichten dürfen, in denen sie auch stationär tätig sind.

Auch sollte laut Gesetzentwurf die Möglichkeit zur Gründung von MVZ für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V auf die Gründung fachbezogener MVZ beschränkt werden. Dies würde keinen Sinn ergeben, da niereninsuffiziente Patienten einen sehr komplexen Versorgungsbedarf haben, der über die eigentliche Dialyse hinausgeht. Die meisten dieser Patienten haben multiple Erkrankungen, die in einem Zusammenhang mit ihrer Niereninsuffizienz stehen. Sie müssen in der Regel hausärztlich, nephrologisch, kardiologisch, diabetologisch, urologisch, geriatrisch und pflegerisch behandelt werden. In diesen MVZ müssen sämtliche mit dem Versorgungsbedarf der Dialysebehandlung zusammenhängende medizinische Leistungen erbracht werden dürfen.

### Wie ist der jetzige Stand des Gesetzes?

Insgesamt 30 neue Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zu den unterschiedlichen Bereichen wurden im Februar

zum TSVG vorgelegt. Unter vielen fachfremden Änderungsanträgen findet sich auch ein Antrag zu MVZ.

Die Regierungskoalition hat sich auf folgende Nachbesserungen für die Medizinischen Versorgungszentren geeinigt:

- Die Regelung, dass der Zulassungsausschuss bei Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle prüfen soll, ob Bedarf für Nachbesetzung besteht, wurde gestrichen.

- Die Forderung des Bundesrates nach fachlicher und räumlicher Beschränkung der Krankenhausträger zur Gründung von MVZ wurde nur für zahnärztliche MVZ aufgenommen. Demnach soll die Gründungsbefugnis von zahnärztlichen MVZ nur dann möglich sein, wenn das Krankenhaus grundsätzlich einen Versorgungsgrad von zehn Prozent, davon abweichend in überversorgten Gebieten einen Versorgungsanteil von fünf Prozent und in unterversorgten Gebieten einen Versorgungsanteil von zwanzig Prozent hält.

- Die Sicherstellung der Gründungsbefugnis von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen wird gewährleistet. Der notwendige Fachbezug ist auch gegeben, wenn in MVZ, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V gegründet werden, auch ärztliche Leistungen zur Versorgung von Dialysepatienten erbracht werden sollen, die über rein nephrologische Leistungen hinausgehen. Um eine Behandlung des komplexen Versorgungsbedarfs von Dialysepatienten „unter einem Dach“ zu ermöglichen, sollen daher Dialysepatienten auch mit einer Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen zur Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen erhalten können. Zulässig sind beispielsweise hausärztliche, interistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen. Dies trägt zu einer fachübergreifenden Versorgung bei.

Es ist zu begrüßen, dass beim Thema MVZ noch einmal nachgebessert wurde. Gerade im ländlichen Raum sind MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern Garant für eine gute medizinische Versorgung. Das Ziel des Gesetzes ist es, den GKV-Versicherten schnellen und gesicherten Zugang zu Diagnostik und Therapie zu verschaffen, Restriktionen im MVZ-Bereich würden dies verhindern.

# Gesundheitsförderung ist kein Selbstläufer

## Bedarfsgerechte Angebote

Wir setzen unsere im Januar begonnene Interviewserie zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement in den Mitgliedskliniken“ fort. In diesem Monat stehen Dr. Hans-Heinrich Aldag, Geschäftsführender Gesellschafter der Waldklinik Jesteburg, und Dr. Stephan Biesenbach, Ärztlicher Leiter des Geschäftsbereichs Prävention und Gesundheitsförderung Passauer Wolf, Rede und Antwort.

**Welchen Stellenwert hat das betriebliche Gesundheitsmanagement in Ihrer Reha-Klinik? Ist es „Pflicht“ oder „Kür“ Ihrer Personalpolitik?**

**Dr. Hans-Heinrich Aldag:** Das BGM ist für uns keinesfalls eine „lästige“ Pflicht, allerdings sehen wir die ständige Weiterentwicklung diesbezüglich bedarfsorientierter Angebote heute als unumgängliche Verpflichtung für ein sich als mitarbeiterorientiert verstehendes Unternehmen an, schon gar für eines aus dem Kliniksektor! Über diese „Pflichterfüllung“ in einem wesentlichen Bereich der Personalpolitik hinaus ist es uns aber – im Sinne von Kür – ein Anliegen, Angebote zu machen, von denen unsere Mitarbeiter auch im privaten Umfeld profitieren und an denen sie Freude haben.

**Dr. Stephan Biesenbach:** Hinter allen Maßnahmen in unseren Reha-Kliniken steht das Ziel, die Betroffenen in einen besseren Gesundheitszustand zurück in ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu begleiten. Die Konfrontation mit Leiden, Angst und Hoffnungslosigkeit fordert bei unseren Mitarbeitern ein hohes Maß an Empathie, Energie und positiver Einstellung zum Beruf und zum Leben. Nur wer selbst Wertschätzung und intakte Teamstrukturen am Arbeitsplatz erfährt, kann Energie geben. Aus diesem Grund ist es „Pflicht“ und „Kür“ zugleich, gute Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen und zu entwickeln.

**Welche gesundheitsförderlichen Angebote stoßen bei den Beschäftigten auf besonders große Resonanz und welche eher nicht?**

**Dr. Hans-Heinrich Aldag:** Neben kostenloser Schwimmbad- und Saunanutzung für alle Mitarbeiter sowie Massagen führen unsere Sporttherapeuten wöchentlich Gruppen-Betriebsportcurricula in Drei-Monats-Intervallen durch. Außerdem werden regelmäßig an einem „Waldklinik-Gesundheitstag“ Gesundheitsstationen unter Beteiligung von externen Dienstleistern und Krankenkassen zusammengefasst, mit denen wir weitere BGM-Angebote entwickeln. Guten Zuspruch haben unsere zielgruppenorientierten Projekte: So entstand ein spezielles Angebot „50 Plus“ aus einer Fragebogenaktion für unsere Mitarbeiter. Es besteht aus Impulsvortrag, Praxisseminaren zu Beweg-

lichkeit und Ernährung und speziellen Therapieangeboten. Die Demografie wird künftig mehr solcher Angebote brauchen!

**Dr. Stephan Biesenbach:** Die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) orientieren sich bei uns an den klassischen Handlungsfeldern für Prävention. Generell ist es aber nicht damit getan, nur Kurse anzubieten. Unsere BGF-Beauftragten verwenden viel Energie darauf, für die Mitarbeiter bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln, die mit dem Arbeitsalltag harmonieren, sie zur Teilnahme zu motivieren und auch dazu, danach am Ball zu bleiben. Wir alle müssen immer wieder unseren „inneren Schweinehund“ überwinden.

**Wie macht sich Ihr Engagement für gesunde Mitarbeiter bezahlt?**

**Dr. Stephan Biesenbach:** Unser Ziel ist es, eine gesunde und sinnstiftende Arbeitsumgebung zu schaffen, die für unsere Patienten, Gäste und Mitarbeiter gleichermaßen gesundheitsfördernde Effekte hervorbringt. „Lebens- und Arbeitsplatz-Harmonie“ anstelle von „Work-Life-Balance“ kann man das nennen. Mitarbeiter, die dies erfahren und authentisch vorleben, sind auch für unsere Patienten und Gäste die besten Motivatoren und Gesundheitsförderer.

**Dr. Hans-Heinrich Aldag:** Befragungen bestätigen, dass wir mit unseren Maßnahmen auch einen Attraktivitätseffekt für den Arbeitsplatz Waldklinik erreichen. Daneben bemühen wir uns, Rückschlüsse zwischen der Wahrnehmung unserer BGM-Angebote und der Krankheitsquote zu ziehen. Deren nicht triviale Messbarkeit wollen wir weiter verbessern. Umgekehrt wird für unsere Maßnahmen des BGM zum Beispiel in den „Gesundheitsgesprächen“ auch gezielt geworben. Keinesfalls ist es aber ein „Selbstgänger“, sondern muss ständig evaluiert, neu beworben und bedarfsorientiert weiterentwickelt werden.



**Dr. Hans-Heinrich Aldag,**  
Geschäftsführender  
Gesellschafter der  
Waldklinik Jesteburg,  
Foto: Hauke Gilbert



**Dr. Stephan Biesenbach,**  
Ärztlicher Leiter des  
Geschäftsbereichs Präven-  
tion und Gesundheitsförde-  
rung Passauer Wolf Reha-  
Hotelkliniken,  
Foto: Passauer Wolf

## Schlüsselkompetenzen erwerben

# IQMG-Seminarprogramm 2019

Das diesjährige Seminarprogramm des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen bietet wieder bewährte und gern besuchte Schulungen und Workshops an. Expertinnen und Experten aus der Praxis vermitteln in kleinen Gruppen fundiertes Fachwissen, Schlüsselkompetenzen und praxisrelevante Fertigkeiten.



Strukturierte interne Audits sind für ein nachhaltiges QM unerlässlich. Die Art und Weise, wie das Audit organisiert wird und in welcher Haltung und Zielrichtung die Auditgespräche geführt werden, ist dabei ausschlaggebend für den Erfolg. Input dafür liefert das Seminar „Interne Auditorenschulung“ am 23. und 24. September 2019.

Das Seminar „Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung“ am 26. November 2019 gibt einen Überblick über das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung mit seinen Dimensionen der Reha-Qualität, den zugehörigen Inhalten, Instrumenten und Verfahren. In Kleingruppen wird diskutiert, wie die erbrachten therapeuti-

schen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht richtig mit KTL-Codes dokumentiert und Fehler bzw. Missverständnisse verhindert werden können.

Die Selbstbewertung ist das Herzstück des IQMP-Reha-Verfahrens. Sie besitzt erheblichen Mehrwert für eine Reha-Einrichtung, wenn sie so geschrieben wird, dass konkrete Verbesserungsinitiativen abgeleitet werden können. Der Workshop „Eine Selbstbewertung nach IQMP-Reha erfolgreich organisieren, schreiben und bewerten“ am 28. November 2019 vermittelt das entsprechenden fachliche Know-how praxisnah.

Informationen zu diesen und weiteren Seminaren sowie ein Online-Anmeldetool finden sich auf <https://iqmg-berlin.de>.

## Qualitätskliniken.de: PROMS in der Reha

# Neu: Pilotphase Psychosomatik

2018 suchte Qualitätskliniken.de zusammen mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) Teilnehmer für die Pilotphase zur Ergebnismessung in der Orthopädie. Auf Basis von Patient Reported Outcome Measurements (PROMS) wurde ein objektives und vergleichbares Verfahren zur Ergebnismessung in der Rehabilitation entwickelt. Die erstmalige Datenerhebung ist inzwischen abgeschlossen.

Im Fokus der ersten Pilotphase standen Rehabilitanden mit den Indikationen Totalendoprothese und Rückenschmerz. Die Messergebnisse werden in den kommenden Monaten erwartet und bei Qualitätskliniken.de veröffentlicht. Die Datenerhebung im Bereich Orthopädie ist damit nicht abgeschlossen. Sie wird kontinuierlich weitergeführt, um Veränderungen dokumentieren und Patienten fortlaufend aktuelle Ergebnisse anbieten zu können. „Wir freuen uns, unseren Nutzern als erste Institution in Deutschland indikationsspezifische Qualitätsinformationen auf Basis von PROMS bereitzustellen. Wir sind überzeugt davon, dass die Beurteilung einer Reha-Klinik, auf Grundlage von medizinischen Kennzahlen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten und deren Zufriedenheit mit der Reha, die Weichen für die Qualitätssicherung der Zukunft stellt“, so Annabelle Neudam von Qualitätskliniken.de.

Ein nächstes Pilotprojekt startet Ende Mai 2019 im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation. Prof. Holger Schulz vom Zentrum für Psychosoziale Medizin des UKE übernimmt die wissenschaftliche Projektbetreuung. Er betont: „In der anstehenden Pilotphase werden international etablierte PROMS für Patienten mit den Diagnosen Depression, Angst sowie Anpassungsstörungen genutzt. Die Ergebnisse sollen nicht nur die Transparenz im Reha-Sektor fördern, sondern insbesondere risikoadjustierte Benchmarkings ermöglichen und ergebnisrelevante Einflussfaktoren aufzeigen.“ Interessierte Reha-Kliniken mit psychosomatischen Fachabteilungen können sich bei Qualitätskliniken.de über eine Teilnahme an der Pilotphase informieren.

Die Anfragen sind zu richten an: [info@qualitaetskliniken.de](mailto:info@qualitaetskliniken.de) oder per Telefon unter: (0 30) 32 50 36 50.