

# REHA STIMME

DAS VERBANDSMAGAZIN DER **DEGE MED**

INTERVIEW

**HERAUSFORDERUNG  
PFLEGE MEISTERN**

DATENSCHUTZ

**WAS ÄNDERT SICH  
AB MAI?**

RÜCKBLICK

**REHA-KOLLOQUIUM  
IN MÜNCHEN**

**FACHKRÄFTEMANGEL**

# PFLEGEPERSONAL VERZWEIFELT GESUCHT!

**REDE, DAMIT ICH DICH SEHE!**

Der Sokrates zugeschriebene Ausspruch macht deutlich: Nur wer eine Stimme hat, wird wahrgenommen. Uns ist bewusst, wie wichtig unsere Stimme für die tägliche Kommunikation ist. Wir teilen uns mit und tauschen mit ihr Informationen aus. Wir adressieren damit unsere Anliegen und Erwartungen an andere. Sie ist Teil unserer Identität. Damit ist auch klar: Unsere Stimme ist nicht für uns allein. Unsere Stimme und die Worte, die wir damit formen, sind immer auch für unser Gegenüber.

Was hält uns als Reha-Branche davon ab, unsere Stimme so einzusetzen, dass wir wirklich wahrgenommen werden? Wir sprechen schließlich über Menschen. Über viele Hunderttausend Fälle pro Jahr. Wir sprechen über Versorgung. Wir sprechen über Teilhabe und Gerechtigkeit. Wir sprechen über wirtschaftliche Vernunft. Wir sprechen über Politik. Wir sprechen über unsere Branche. Und geben der Rehabilitation dadurch eine Stimme. Das ist das Anliegen unseres Magazins. Und deshalb heißt es jetzt auch so. (cl)

**INHALT**

**POLITIK & RECHT**

- Alte Koalition – Neue Gesichter 3
- Was ist neu am Datenschutz? 6

**TITEL**

- Interview: Die Herausforderung  
Pflege meistern 4
- Pflegepersonal  
verzweifelt gesucht! 8

**REHABILITATION**

- Bewegt länger und besser leben 10
- Innovative Ideen gesucht 11
- Auf Erfolgskurs in Pyoengchang  
Abschmelzen des Reha-Budgets  
verhindern! 12
- Welche Rolle spielt künftig der  
Preis? 12
- Auf dem Weg zum Bundes-  
schiedsamt 13

**DEGEMED**

- Editorial 2
- MBOR = Erfolgsmodell 13
- Neue Mitglieder stellen sich vor 15

**SERVICE**

- Reha-Welt in Zahlen 14
- Diskussionsforum Reha-Recht 14
- Termine und Veranstaltungen 16
- Impressum 16

**EDITORIAL**

# STÄRKEN BETONEN, ÜBERZEUGUNGSARBEIT LEISTEN

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

knapp sechs Monate nach der Bundestagswahl hat die neue Regierung im März ihre Arbeit aufgenommen. CDU, CSU und SPD haben sich nach zähen Verhandlungen zur Neuauflage der Großen Koalition entschlossen.

Seit Februar liegt der Koalitionsvertrag für die anstehende Legislaturperiode vor. Wichtig für uns: Die Bundesregierung will Prävention und Rehabilitation stärken. Sie plant unter anderem, die Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern und den Zugang zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation auszubauen. In Gesprächen mit Politikern haben wir immer wieder aufgezeigt, was medizinische Rehabilitation kann und was sie braucht, um ihr volles Potenzial zu entfalten. Dass erste Anregungen Einzug in den Koalitionsvertrag gefunden haben, ist für uns ein positives Signal.

Die vereinbarten Ziele können jedoch nur durch eine bedarfsgerechte Finanzierung der Reha-Leistungen erreicht werden. Konkrete Vorschläge sucht man dazu im Koalitionsvertrag vergebens. Wünschenswert wäre zudem ein vereinfachtes Antragsverfahren gewesen. Der Vertrag sieht auch dazu nichts vor. Auch der Vorsatz „Reha vor Pflege“ findet keine Erwähnung. Hier hätten wir uns mehr Mut und Veränderungswillen gewünscht. Stattdessen müssen wir noch viel Überzeugungsarbeit leisten.

Wichtig für unser Gesundheitssystem und für unsere Arbeit ist der Fokus auf die Pflege. Der Fachkräftemangel ist hier längst Realität und die Prognose besorgniserregend. Das betrifft die Rehabilitation genauso wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen. Die Politik hat den Handlungsbedarf erkannt und im Koalitionsvertrag erste Maßnahmen benannt, um Menschen für den Beruf zu begeistern bzw. im Beruf zu halten. Reichen wird das nicht.

In der Rehabilitation wissen wir, wie schwer es ist, offene Stellen zu besetzen. Neben Pflegekräften und Medizinern sind es als nächstes die Therapeuten, die uns Sorgen bereiten. Im Wettbewerb um Fachkräfte müssen wir deshalb unsere Stärken betonen: Flexible Arbeitszeiten, betriebliches Gesundheitsmanagement oder Vergünstigungen für öffentliche Verkehrsmittel – in vielen Einrichtungen sind zusätzliche Angebote selbstverständlich. Auf dem Arbeitsmarkt sind sie das nicht! Getreu dem Motto „Reha braucht Dich“ sollten wir nicht nur über den Wert unserer Leistungen, sondern auch über den Wert unserer Arbeitsplätze sprechen. Für unsere Zukunft und für eine starke Rehabilitation.



Ihre Dr. Constanze Schaal  
Vorstandsvorsitzende der DEGEMED

**UND IHRE MEINUNG?**

Geben Sie uns eine Rückmeldung an [rehasstimme@degemed.de](mailto:rehasstimme@degemed.de) oder diskutieren Sie online mit uns auf facebook oder twitter! #degemed #rehasstimme

**BUNDESREGIERUNG****ALTE KOALITION – NEUE GESICHTER**

Die Neuauflage der Großen Koalition ist auch mit neuen Gesichtern verbunden.

Unter ihnen Jens Spahn. Sein junges Alter sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass er als jahrelanger gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion viel Fachkompetenz ins Kabinett mitbringt.

Ebenfalls für die medizinische Rehabilitation sehr wichtig ist das Ministerium für Arbeit und Soziales. Hier entstand in der letzten Legislaturperiode das Flexirentengesetz. Neuer Minister ist Hubertus Heil. Seine Themen waren bisher Wirtschaft und Energie sowie Bildung und Forschung.

**RENTENKOMMISSION GEPLANT**

Die medizinische Rehabilitation wird an mehreren Stellen im Koalitionsvertrag aufgegriffen. Es ist davon auszugehen, dass sich insbesondere die geplante Rentenkommission mit dem Thema befassen wird. Sie soll ihren Bericht bis März 2020 vorlegen. Ihr sollen Vertreter der Sozialpartner, der Politik und der Wissenschaft angehören. (bs)

Foto: Maximilian König



### **JENS SPAHN (CDU) MINISTER FÜR GESUNDHEIT**

**BIOGRAPHIE**

- Geboren 1980 in Nordrhein-Westfalen
- Seit 2002 Bundestagsabgeordneter für den Wahlkreis Steinfurt I/Borken I
- Ausbildung zum Bankkaufmann, danach Studium der Politikwissenschaft
- 2009 bis 2015 gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
- 2015 bis 2018 parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen

**VORHABEN**

- Privat und gesetzlich Krankenversicherte sollen in Zukunft gleich schnell einen Arzttermin bekommen.
- Problem fehlender Ärzte auf dem Land lösen.
- In der Pflege die Ausbildungskapazitäten erhöhen sowie die Bezahlung und die Tarifbindung verbessern.

Foto: Susi Knoll



### **HUBERTUS HEIL (SPD) MINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALES**

**BIOGRAPHIE**

- Geboren 1972 in Niedersachsen
- Seit 1998 Bundestagsabgeordneter für den Wahlkreis Gifhorn – Peine
- Studium der Politikwissenschaft und Soziologie
- SPD Generalsekretär 2005 bis 2009 und 2017
- Bis zur Ernennung als Minister stellvertretender SPD-Fraktionsvorsitzender zuständig für Wirtschaft und Energie, Bildung und Forschung

**VORHABEN**

- Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Rentenreform.
- Gesetzliches Rückkehrrecht von Teil- in Vollzeit.
- Enge Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern.

## INTERVIEW

# DIE HERAUSFORDERUNG PFLEGE MEISTERN

TITEL

Die Pflege in Deutschland ist in Not: Ausgebrannte, unterbezahlte Pflegekräfte und menschenunwürdige Bedingungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern bestimmen die Diskussionen. „Was muss aus Ihrer Sicht getan werden?“, fragte RehaStimme den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages Erwin Rüdell MdB (CDU).

Der demografische Wandel wird eine große finanzielle Belastung für unsere Sozialsysteme. Wie können aus Ihrer Sicht die Versorgungsstrukturen bei steigender Nachfrage nach Pflege und Betreuung nachhaltig weiterentwickelt werden?

Um den Personalbedarf zu decken, der sowohl aus dem demografischen Wandel herrührt als auch aus der Erweiterung der Pflegeleistungen, müssen wir gute Arbeitsbedingungen schaffen, damit sich mehr Menschen zur Pflegekraft ausbilden lassen und dann auch lange Zeit im Beruf verbleiben. Gleichzeitig müssen wir die im System vorhandenen Kompetenzen besser nutzen als bisher: In Form von Delegation an Pflegefachkräfte oder einer anteiligen Anrechnung von Pflegehelfern auf die Fachkraftquote je nach ihrer Qualifikation. Darüber hinaus benötigen wir auch technische Assistenz und digitale Lösungen. Beispielsweise um Bürokratie zu vereinfachen, sodass die Pflegekräfte mehr Zeit für die Patienten haben. Aber auch die Arbeitgeber sind gefragt, wenn es darum geht, gute Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeiter zu schaffen, zum Beispiel im Bereich der Einsatzplanung.

**Schätzungen gehen von einem mittelfristigen Bedarf bis zu 100.000 zusätzlichen Pflegekräften aus. Die neue GroKo will den Pflegezustand in Deutschland mit zusätzlichen 8.000 Fachkräften für Behandlungspflege in Krankenhäusern und Altenheimen bekämpfen. Ist das nicht der „Tropfen auf den heißen Stein“?**

Die 8.000 zusätzlichen Pflegekräfte für die Behandlungspflege in Altenheimen sind ein erster Schritt. Diesem Sofortprogramm werden weitere Schritte folgen. Aktuell wird an einer Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege gearbeitet und wir haben uns im Koalitionsvertrag darauf verständigt, dass in Krankenhäusern zukünftig für alle bettenführenden Abteilungen Personaluntergrenzen eingeführt werden, nicht nur in pflegeintensiven Bereichen.

## AUSSCHUSS FÜR GESUNDHEIT

Der Ausschuss für Gesundheit hat in der 19. Wahlperiode 41 Mitglieder. Davon gehören 14 der Fraktion der CDU/CSU, neun der Fraktion der SPD, jeweils fünf den Fraktionen der AfD und der FDP sowie jeweils vier der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an.

Was muss (noch) getan werden, um auch den Pflegeberuf zu stärken und attraktiver zu machen? Ist die Pflegekammer ein geeignetes Instrument?

Die Pflege benötigt definitiv mehr Mitspracherechte in Gebieten wie der Personalbemessung oder der Qualitätsbeurteilung. Allerdings hat sich das rheinland-pfälzische Modell der Pflegekammer aus meiner Sicht nicht bewährt: Die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz ist zu einer Interessenvertretung der Pflege im Krankenhaus geworden, während die Altenpflege nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die Altenpflege ist unzufrieden, da sie zwar Zwangsbeiträge zahlen muss, aber keine Mitspracherechte ausüben kann, dementsprechend gering ist die Akzeptanz der Kammer in der Altenpflege. Wenn man eine Pflegekammer will, dann müssen Krankenpflege und Altenpflege paritätisch in Vorstand und Versammlung vertreten sein, eventuell sogar mit einem unabhängigen Vorsitzenden.

Meines Erachtens sollte nicht nur über die Einführung einer Kammer abgestimmt werden, sondern vielmehr darüber, ob es eine Pflegekammer mit Zwangsmitgliedschaft oder ein freiwilliges Modell wie in Bayern geben sollte. Zudem sollte transparent dargestellt werden, welche Pflichten mit einer Pflegekammer, wie beispielsweise Beitragspflicht, verbunden sind. Jedem sollte bei Abgabe seiner Stimme bewusst sein, welche Auswirkungen die Einführung einer Pflegekammer hat. Für die Einführung einer Kammer sollte zudem ein Quorum eingeführt werden, um eine Mehrheit aller abstimmungsberechtigten Pflegekräfte sicherzustellen.

**Ein nachhaltiger Personalaufbau in der Pflege erfordert die konsequente Ausfinanzierung der jährlichen Kostensteigerungen auch für die Kliniken der medizinischen Rehabilitation. Die DEGEMED begrüßt, dass der Gesetzentwurf zur Einführung von Personaluntergrenzen in der Pflege eine Finanzierungshilfe vorsieht. Wird das aus Ihrer Sicht reichen, um die massiven Personalprobleme in den Kliniken zu lösen?**

Um die Pflegekräfte im Krankenhaus zu stärken, haben wir im Koalitionsvertrag vereinbart, eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen herbeiführen, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt. Zudem sollen Pflegepersonalkosten künftig besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird deshalb auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt.





Damit wollen wir sicherstellen, dass die für die Pflegekräfte vorgesehen finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Pflegenden ankommen und die Krankenhäuser nicht Mittel aus den DRG nutzen, um ihre Investitionen zu finanzieren, da die Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht nachkommen.

**Die DEGEMED sieht im Pflegestärkungsgesetz II ein wichtiges Signal zur Stärkung der Rehabilitation und des Grundsatzes „Reha vor Pflege“. Ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff aus Ihrer Sicht in der Praxis angekommen und wird „Reha vor Pflege“ umgesetzt?**

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff war ein Paradigmenwechsel in Hinblick darauf, wie wir Pflegebedürftigkeit definieren. Für einen derartigen Strukturwandel wurden die Änderungen meines Erachtens bis jetzt gut umgesetzt. Gleichzeitig gilt bei solch einer groß angelegten Reform aber auch, dass wir bereit sein müssen nachzusteuern, wenn wir feststellen, dass bestimmte Punkte nicht wie gewünscht in der Fläche ankommen.

**Eine „Konzertierte Aktion Pflege“ von Politik, Gewerkschaften, Verbänden, Einrichtungen und der Gesellschaft soll nun eine grundlegende Verbesserung der Situation in Deutschland bringen. Ist das für Sie der richtige Weg?**

Mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ wollen wir eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Situation in der Altenpflege

erreichen. Deshalb entwickeln wir verbindliche Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ umfasst u. a. eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften. Nur mit einem solchen umfangreichen Maßnahmenmix, den wir zügig umsetzen müssen, werden wir die Herausforderungen in der Pflege meistern können.

#### ZUR PERSON

Erwin Rüdell ist seit 1972 Mitglied der CDU und seit Januar 2018 Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit im 19. Deutschen Bundestag. Von 2014-2018 war er Berichterstatter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für die Pflegepolitik.

## WAS IST NEU AM DATENSCHUTZ?

Am 25.05.2018 tritt die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) nach einer zweijährigen Übergangsfrist in Kraft.



Diese Vorschrift gilt als neues und gegenüber dem nationalen Recht vorrangiges Datenschutzrecht. Es soll eine Vereinheitlichung des Europäischen Datenschutzrechts herbeigeführt werden. In diesem Zuge wird auch das in Deutschland geltende Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) angeglichen. Die EU-Datenschutz-Grundverordnung hat die Zielsetzung, personenbezogene Daten in allen gesellschaftlichen Bereichen zu schützen. Mit Inkrafttreten dieser Regelung wäre dann europaweit ein einheitliches Datenschutzniveau erreicht.

Ab 25.05.2018 werden somit Verstöße gegen den Datenschutz schärfer geahndet und die Grundlage für empfindliche Sanktionen geschaffen.

Dies hat auch Auswirkungen auf Arztpraxen, Krankenhäuser und sämtliche medizinischen Leistungserbringer. Für alle gilt, dass ein Datenschutzmanagement implementiert werden muss, um die Einhaltung der Vorschriften der neuen Datenschutzbestimmungen sicherzustellen und diese auch nachweisen zu können. Folgende Maßnahmen gehören dazu:

### 1. BESTANDSAUFNAHME

Gemäß Art. 30 EU-DSGVO ist ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten zu führen, wobei für jede Gruppe von Datenverarbeitungsvorgängen ein entsprechendes Formular auszufüllen ist. Insofern muss eine Bestandsaufnahme durchgeführt werden, welche Daten in der Arztpraxis/im Krankenhaus verarbeitet werden.

### 2. BENENNUNG EINES DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN

Ab 10 Mitarbeitern im Unternehmen muss ein Datenschutzbeauftragter vorhanden sein. Dies kann entweder ein im Krankenhaus Beschäftigter sein oder es kann ein Externer beauftragt werden. Die als Datenschutzbeauftragter zu benennende Person darf nicht der Praxisinhaber oder Geschäftsführer sein, da dieser sich nicht selbst kontrollieren kann bzw. darf. Der Beauftragte muss speziell ausgebildet sein und muss der zuständigen Aufsichtsbehörde gemeldet werden. Dieser kontrolliert sodann intern nicht nur die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit, sondern er dient auch als Zuständiger für alle Fragen des Datenschutzes.

### 3. ERSTELLUNG EINER INTERNEN DATENSCHUTZRICHTLINIE

Es sollte für den Betrieb, also z. B. die Arztpraxis oder das Krankenhaus, eine interne Datenschutzrichtlinie erstellt werden, die die Verhaltensregeln bei der Erfassung von Patientendaten klar darlegt und evtl. auch Zugriffsbeschränkungen für Mitarbeiter festlegt.

### 4. EDV-SICHERHEIT

Ferner ist durch geeignete technisch-organisatorische Maßnahmen die Sicherheit der Datenverarbeitung zu gewährleisten, wozu insbesondere die Einrichtung einer Firewall etc. gehört.



*Dr. Alexandra Jorzig  
Rechtsanwältin und  
Fachanwältin für Medizinrecht  
JORZIG Rechtsanwälte  
Königsallee 31, 40212 Düsseldorf  
www.jorzig.de*

## 5. VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN

Die Patienten müssen in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form sowie in klarer und einfacher Sprache über die Datenverarbeitung informiert werden. Hierzu können Aushänge in der Arztpraxis oder im Krankenhaus gemacht werden.

Gemäß Art. 15 EU-DSGVO gibt es das sog. datenschutzrechtliche Auskunftsrecht des Patienten, wonach Patienten vom Arzt Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten verlangen können. Gemäß Art. 17 EU-DSGVO sind nunmehr auch Lösungsfristen zu berücksichtigen. Nach Ablauf von Aufbewahrungsfristen für die Patientendaten müssen auch die Daten gelöscht werden. Auch dieses Procedere sollte standardisiert werden.

Zudem gehört hierzu auch, dass Einwilligungserklärungen stets den Hinweis auf die Widerrufbarkeit enthalten müssen.

## 6. VERHÄLTNIS ZU EXTERNEN DIENSTLEISTERN UND DRITTEN

Sämtliche bestehenden Verträge mit z. B. EDV-Dienstleistern oder Verrechnungsstellen sind auf ihre Vereinbarkeit mit den neuen datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-DSGVO zu überprüfen und abzustimmen. Die Verträge sind neben ihren datenschutzrechtlichen Bestimmungen auch auf die Verpflichtung zur Schweigepflicht zu überprüfen und ggf. anzugleichen. Bei Nichteinhaltung bzw. Unterlassung kann eine Strafbarkeit drohen.

## 7. DATENSCHUTZ-FOLGEABSCHÄTZUNG

Zudem ist eine sog. Datenschutz-Folgeabschätzung durchzuführen. Ziel der Datenschutz-Folgeabschätzung ist, die Risiken für die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Personen zu benennen, um so geeignete Schutzmaßnahmen treffen zu können.

## 8. SCHLUSSBETRACHTUNG

Zwar galt bereits im medizinischen Bereich ohnehin eine strenge Datenschutzregelung, abgesichert über die ärztliche Schweigepflicht, so ist doch nun neu, dass deren Einhaltung durch die Landesdatenschutzbeauftragten auch stichprobenartig kontrolliert werden kann. Bei Verstößen gegen diese Regelungen drohen Schadensersatzforderungen sowie Geldbußen. Dies kann im Extremfall bis zu 20 Mio. Euro bedeuten. Zudem kann es auch zu Schadensersatzforderungen von Patienten kommen.

Sollte es zu Datenlecks, wie z. B. Cyberangriffe oder zu Datenschutzverstößen kommen, so ist die zuständige Aufsichtsbehörde innerhalb von 72 Stunden zu informieren.

Festzuhalten bleibt, dass die Neuregelung zu einer erhöhten Dokumentationspflicht und zu einem strengen Datenschutzmanagement führt. Es lassen sich diverse Muster für entsprechende Verzeichnisse und Dokumentationen im Internet oder auch bei der Europäischen Kommission abrufen. Auch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden entsprechende Informationsblätter hierzu herausgeben.

Es ist zu empfehlen, sich regelmäßig über die Neuerungen zu informieren und zeitgerecht (also bis spätestens Ende Mai 2018) ein entsprechendes Datenschutzmanagement der Praxis zu implementieren.

### INFO

#### UMSETZUNG EU-DSGVO

Die Umsetzung des neuen Datenschutzrechts in Reha-Einrichtungen ist ein Thema des nächsten Reha-Wirtschaftstages von DKI, Fachgruppe Reha des VKD und DEGEMED am 11.12.2018 in Berlin.



FACHKRÄFTEMANGEL IM GESUNDHEITSWESEN

# PFLEGEPERSONAL VERZWEIFELT GESUCHT!

TITEL

Deutschland gehen die Pflegekräfte aus. Das ist besorgniserregend. Denn die Qualität der medizinischen Versorgung hängt maßgeblich davon ab, dass genug fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.



Abhängig von Region und demografischer Entwicklung fällt es vielen Arbeitgebern im Gesundheitswesen zunehmend schwer, gut ausgebildetes Personal zu finden. In Pflegeeinrichtungen und vielen Krankenhäusern ist die Lage schon heute problematisch. Doch auch Rehabilitationseinrichtungen merken, dass die Suche nach medizinischen Fachkräften immer schwieriger wird. Gerade im ländlichen Raum, wo die Rehabilitation oft zuhause ist, bleiben offene Stellen lange unbesetzt.

## INFO

### STUDIE ZUM FACHKRÄFTEMANGEL

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) hat zusammen mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR eine Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen erstellt. Die im Jahr 2010 veröffentlichte Untersuchung beinhaltet Prognosen zur Personalentwicklung in ambulanten und stationären Einrichtungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal des Gesundheitswesens und leitet Handlungsempfehlungen ab. Die Studie ist abrufbar unter [www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf](http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf)

### BIS 2030 FEHLEN 500.000 VOLLZEITKRÄFTE

Lange lag der Fokus in punkto Fachkräftemangel auf den Ärzten. Doch längst sagen Forscher auch für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe akuten Personalmangel voraus. Verlässliche Prognosen zur Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen gibt es mangels zuverlässiger Daten zwar nicht. Bis zum Jahr 2030 rechnen Analysten wie die der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers jedoch mit bis zu 500.000 fehlenden Vollzeitkräften. Zwar sind die Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen dem jüngsten Berufsbildungsbericht der Bundesregierung zufolge zuletzt leicht gestiegen. Den Bedarf in den kommenden Jahren können sie jedoch nicht decken. Die Fluktuation und der häufige Wechsel in Teilzeitbeschäftigung kommen erschwerend hinzu.

### PFLEGE HAT EIN IMAGEPROBLEM

Bei der Suche nach den Ursachen wird schnell deutlich: Die Pflege hat ein Imageproblem. Vergütung und Arbeitsbedingungen gelten als wenig attraktiv. Medienberichte über dramatische Personalengpässe in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen haben dem Ansehen der Branche geschadet. Hinzu kommen Beschäftigte, die öffentlichkeitswirksam über Missstände berichten: So fand ein Pflege-Azubi gegenüber der Kanzlerin vor der Bundestagswahl in der ARD-Wahlarena deutliche Worte angesichts der Defizite in seiner Einrichtung. Eine Rückmeldung



bekam auch CDU-Gesundheitspolitiker Erwin Rüdell, der mit seinem Vorschlag, Pflegende sollen einfach mal positiv über ihren Beruf reden, einen Shitstorm auf Twitter erntete.

### **POLITIK WILL GEGENSTEUERN**

Die Politik hat den Handlungsbedarf erkannt. Gleich drei Pflegestärkungsgesetze und ein Pflegeberufegesetz hat die Bundesregierung in der vergangenen Legislaturperiode verabschiedet, um die Voraussetzungen für alle Beteiligten zu verbessern. Das Pflegeberufegesetz setzt bei der Ausbildung an, es soll den Pflegeberuf attraktiver machen. Mit Maßnahmen wie einer generalisierteren Ausbildung und dem Wegfall des Schulgeldes in der Altenpflege sieht die Regierung den Grundstein dafür gelegt. Allerdings tritt das Gesetz erst 2020 in Kraft und kann dann erst zeigen, ob es die gewünschten Effekte erzielt.

### **REGIERUNG VERSPRICHT BESSERE KONDITIONEN**

Im Koalitionsvertrag kündigen CDU, CSU und SPD für die nächsten vier Jahre ein „Sofortprogramm Pflege“ und eine „Konzertierte Aktion Pflege“ an. Die neue Bundesregierung will die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege „sofort und spürbar“ verbessern, neue Stellen schaffen und eine Ausbildungs-offensive starten. Erste Vorschläge, die vor allem auf höhere Gehälter abzielen, enthält der Kontrakt ebenfalls: So sollen in der Altenpflege flächendeckende Tarifverträge zur Anwendung kommen, Krankenhäuser dürfen auf eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hoffen. Zusätzlich soll der Pflegemindestlohn in Ost und West angeglichen werden.

### **PERSONALSCHLÜSSEL SOLL ARBEITSVERDICHTUNG STOPPEN**

Um die wachsende Arbeitsverdichtung zu stoppen, greift der Koalitionsvertrag eine Forderung der Gewerkschaften auf und schlägt einen verbindlichen Personalschlüssel vor. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband wurden bereits im vergangenen Sommer per Gesetz dazu verpflichtet, Untergrenzen für das Pflegepersonal in pflegesensitiven Bereichen der Akutkliniken festzulegen. Zusätzliche Untergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen könnten laut Koalitionsvertrag folgen. Verdi reicht das nicht aus. Die Gewerkschaft fordert für alle Beschäftigten in Krankenhäusern und in der Altenpflege eine verbindliche bundeseinheitliche gesetzliche Personalbemessung. In Berlin unterstützt Verdi ein im Januar vom „Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus“ gestartetes Volksbegehren. Ob es zum Volksentscheid kommt, ist noch ungewiss. Erfolge kann das Bündnis trotzdem schon ver-



melden: Im Februar gab das Land Berlin den Start einer Bundesratsinitiative für bessere Pflege bekannt. Das Ziel: ein bundesweit verbindlicher Personalschlüssel für Pflegekräfte in allen Krankenhausbereichen.

### **INDIVIDUELLE STRATEGIEN ZUR PERSONALSUCHE**

Der Pflegeberuf soll attraktiver werden. Doch auch wenn die Maßnahmen der Politik greifen, die Arbeitgeber im Gesundheitswesen müssen sich auf zunehmenden Wettbewerb um Nachwuchs und Fachkräfte einstellen. Denn die Nachfrage wird zweifellos schneller steigen als das Angebot. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken brauchen deshalb individuelle Strategien, um Mitarbeiter zu finden und langfristig zu binden. Finanzielle Aspekte, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitgeberimage werden dabei eine entscheidende Rolle spielen. (as)

#### **INFO**

### **KOALITIONSVERTRAG MIT SCHWERPUNKTTHEMA PFLEGE**

Auf insgesamt acht Seiten (95-102) stellen CDU, CSU und SPD ihre Pläne für den Bereich Gesundheit und Pflege im Koalitionsvertrag vor. Das angekündigte „Sofortprogramm Pflege“ und eine „Konzertierte Aktion Pflege“ unterstreichen den Handlungsbedarf und die hohe Aufmerksamkeit, die dem Thema in der Politik mittlerweile zukommen.

Den Koalitionsvertrag zum Download finden Sie auf den Webseiten der Koalitionspartner, z.B. unter [www.cdu.de/koalitionsvertrag-2018](http://www.cdu.de/koalitionsvertrag-2018)

27. REHA-KOLLOQUIUM IN MÜNCHEN

# BEWEGT LÄNGER UND BESSER LEBEN

REHABILITATION

Bei der Arbeit, in der Schule, vor dem Fernseher – wir sitzen die meiste Zeit des Tages. Das schadet unserer Gesundheit.

Die Folge: Kinder, Jugendliche und Erwachsene leiden in Deutschland immer häufiger an Krankheiten, die auf mangelnde Bewegung zurückzuführen sind. Diesen Missstand stellte das 27. Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in den Mittelpunkt. Unter dem Motto „Rehabilitation bewegt!“ diskutierten Wissenschaftler, Ärzte, Psychologen und Therapeuten Optionen für mehr Bewegung im Alltag.



Warum sind Reha-Einrichtungen die optimalen Partner in Sachen Nachsorge und Bewegung? DEGEMED-Geschäftsführer Christof Lawall informiert.

## UNÜBERSICHTLICHES ANGEBOT ERSCHWERT NACHSORGE

Wer aus der Rehabilitation entlassen wird, benötigt gezielte Angebote, um erlernte Bewegungsabläufe weiter zu trainieren und zu festigen. Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie hat gemeinsam mit den Universitäten Heidelberg und Karlsruhe und der Unterstützung des Bundes die Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland analysiert und festgestellt: Die „Bewegungslandschaft“ ist unübersichtlich, kaum standardisiert und wenig professionalisiert. Im Diskussionsforum „Bewegungsversorgung nach der Rehabilitation – Wer ist Ihr bester Partner?“ durften verschiedene Anbieter über ihre Leistungen informieren. DEGEMED-Geschäftsführer Christof Lawall sprach sich dafür aus, die Nachsorge in die Hände der medizinischen Rehabilitation zu geben. Mehr als 1.000 stationäre und ambulante Einrichtungen garantieren hohe medizinische Standards und eine flächendeckende Versorgung.



Gut besucht: Der Stand der DEGEMED beim Reha-Kolloquium in München

## REHABILITANDEN PROFITIEREN VON VERNETZUNG

Spezielle Angebote nach der Rehabilitation benötigen auch Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Beim Diskussionsforum „Vernetzung und Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation“ diskutierten Niels Reith vom Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke und Christof Lawall mit Vertretern aus medizinischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen über Stärken und Schwächen der Versorgung. Problematisch sei aus Sicht der Diskutanten die unübersichtliche Versorgungslandschaft in Deutschland. So gebe es große regionale Unterschiede bei den Angeboten und beim Grad der Vernetzung. Den Betroffenen fehle zudem der Überblick. Hier könnten Servicelotsen Abhilfe schaffen, die Menschen mit BBPL dabei unterstützen, die passenden Angebote und Anbieter zu finden. Vor allem seien aber die Leistungsträger gefordert, aus dem Flickenteppich ein stabiles Versorgungsnetz zu knüpfen und auch diesen Menschen zu zeigen, dass Rehabilitation bewegt! (as)

### TREFFPUNKT DER REHA-BRANCHE

Das Reha-Kolloquium ist einmal im Jahr Treffpunkt der Reha-Branche in Deutschland. Die Veranstaltung wird von der DRV Bund, der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und einem regionalen Rentenversicherungsträger organisiert. Mehr als 1.600 Gäste waren in diesem Jahr der Einladung zum 27. Kolloquium gefolgt, das vom 26. bis zum 28. Februar 2018 in München stattfand. Weitere Informationen unter [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

**KINDER- UND JUGENDREHABILITATION****INNOVATIVE IDEEN GESUCHT**

Seit dem vermehrten Engagement der Deutschen Rentenversicherung und des Bündnisses Kinder- und Jugendreha und dem Rückenwind durch das Flexirentengesetz, ist die Kinder- und Jugendreha im Aufwind. Der langjährige Antragsrückgang scheint gestoppt, 2017 wurden 7,5 % mehr Maßnahmen bewilligt als 2016, im Januar und Februar diesen Jahres waren es sogar 20 % mehr Bewilligungen als in den ersten beiden Monaten des Vorjahres.

**REHAPRO – STÄRKUNG AUCH DER KINDER- UND JUGENDREHA?**

Bei der Abschlussveranstaltung zum Start des Modellvorhabens rehapro Ende November in Berlin betonten Dr. Rolf Schmachtenberg (BMAS) und Brigitte Gross (DRV Bund), dass zu den Förderzielen ausdrücklich auch die Rehabilitation von

**INFO**

Mehr Informationen zur Arbeit des Vereins Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. im Netz unter [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de)

chronisch kranken Kindern und Jugendlichen gehört. Verschiedene Rentenversicherungsträger planen entsprechende Projekte u.a. zur Verordnung einer Kinder- und Jugendreha durch niedergelassene Ärzte oder zur Bedarfsidentifizierung.

**BÜNDNIS KINDER- UND JUGENDREHA UNTERSTÜTZT ENTWICKLUNG VON MODELLPROJEKTEN**

Anfang Februar trafen sich Vertreter der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention und des Bündnisses Kinder- und Jugendreha bei der DEGEMED, um Projektideen für rehapro zu sammeln und zu skizzieren. Da es in der Kinder- und Jugendreha eine Unterinanspruchnahme gibt, sollten mögliche Projekte den Bekanntheitsgrad und den Zugang verbessern und sie innerhalb des Gesundheitswesens besser vernetzen. Weitere Projektthemen betreffen Schulprobleme als Folge chronischer Erkrankungen, die auszubauende Familienorientierung und die Digitalisierung der Rehabilitation.

Alwin Baumann

Sprecher des Vereins Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

**PARALYMPICS 2018****AUF ERFOLGSKURS IN PYEONGCHANG**

Es ist eine Erfolgsgeschichte für das deutsche Team: die Paralympics in Pyeongchang. Mit 19 Medaillen belegen die deutschen Athleten den fünften Platz im Medaillenspiegel. Sie gewannen sieben Mal Gold, acht Mal Silber und vier Mal Bronze und holten mehr Medaillen als jemals zuvor.

**NEUE TALENTE AM START**

Neben der überragenden Athletin Andrea Eskau, die gleich fünf Medaillen (2x Gold im Biathlon und 3x Silber im Ski Langlauf) gewann, wussten auch viele junge Talente zu überzeugen. Anna Schaffelhuber war mit zweimal Gold und einmal Silber die beste alpine Rennläuferin. Viel Aufmerksamkeit bekamen auch die Athleten Anna-Lena Forster (2x Gold: Slalom sitzend, Super-Kombi sitzend), Andrea Rothfuss (4x Silber: Abfahrt stehend, Super-Kombi stehend, Riesenslalom stehend, Super-G stehend; 1x Bronze im Slalom stehend), die junge Biathletin Clara Klug (2x Bronze) oder Martin Fleig, der mit seiner Goldmedaille im Biathlon nach über acht Jahren die erste Männer-Medaille für Deutschland gewann.

**ZUSCHAUERREKORD IN SÜDKOREA**

Die Paralympics in Pyeongchang verzeichneten einen Zuschauerrekord. Rund 320.000 Tickets wurden nach Angaben des Ver-

anstalters verkauft. Damit wurde die alte Bestmarke von rund 316.000 Eintrittskarten in Sotschi überboten. Im Vergleich zu den Spielen 2006 in Turin mit etwa 160.000 verkauften Karten hat sich die Besucherzahl fast verdoppelt.

**POSITIVE BILANZ**

Andrew Parsons, Präsident des Internationalen Paralympischen Komitees (IPC) zieht ein äußerst positives Fazit: „Ich bin richtig glücklich. Das waren außergewöhnliche Paralympics“. Das deutsche Team ist auch zufrieden. Die Investition in den Sport hat sich gelohnt. (bs)

Platz	Land	Gold	Silber	Bronze	Gesamt
1	USA	13	15	8	36
2	Independent Olympic Athletes	8	10	6	24
3	Kanada	8	4	16	28
4	Frankreich	7	8	5	20
5	Deutschland	7	8	4	19

Medaillenspiegel Paralympics 2018



REHA-FINANZIERUNG

# ABSCHMELZEN DES REHA-BUDGETS VERHINDERN!

REHABILITATION

Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht. Die Anhebung des Reha-Budgets der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gehörte im Jahr 2013 zu den ersten Maßnahmen der neuen Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD. Bundesministerin Andrea Nahles versprach ein atmendes Budget und sorgte mit der „Demografiekomponente“ für einen halbwegs bedarfsgerechten Budgetanstieg in den letzten vier Jahren. Ab 2019 wirkt sich diese Komponente allerdings budgetsenkend aus. Dabei ist der Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ungebrochen hoch. Mit dem Flexirentengesetz (FlexiG) kamen zudem im letzten Jahr neue Pflichtleistungen für die DRV hinzu. Diese Leistungen betreffen die Bereiche Nachsorge, Prävention und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

## BEDARFSGERECHTE FINANZIERUNG SICHERN

Für die DEGEMED ist wichtig: Prävention darf nicht gegen Rehabilitation oder Nachsorge ausgespielt werden. Alle Leistungen



müssen nebeneinander möglich sein und bedarfsgerecht finanziert werden. Die Veränderung des Reha-Budgets der DRV muss daher dringend auf die Agenda der neuen Regierungskoalition.

## TRANSPARENTE BELEGUNGSSTEUERUNG DER DRV

# WELCHE ROLLE SPIELT KÜNFTIG DER PREIS?

Ein Jahr nach der verbindlichen Entscheidung über die Patientensteuerung ist der Start der Pilotierungsphase und deren Ausgestaltung weiter unklar. Der Bundesvorstand der DRV – das höchste Beschlussorgan der gesetzlichen Rentenversicherung – hatte im März 2017 für alle Träger der DRV einheitlich und gemeinsam geregelt, dass es bei der Einrichtungsauswahl vor allem auf das Wunsch- und Wahlrecht und auf sozialmedizinische Kriterien ankommt. Weiter sollen die Qualität, die Wartezeit, die Transportfähigkeit im Hinblick auf die Entfernung zum Wohnort und der Preis eine Rolle spielen. Die Gewichtung dieser Faktoren war aber zunächst offen.

## ZUNÄCHST HOHES GEWICHT DER QUALITÄT

Im Herbst 2017 hieß es, dass die Qualität mit einem Gewicht von 70% in die Entscheidung einfließen soll. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der DEGEMED. Denn davon würden vor allem Einrichtungen mit gutem Qualitätsprofil profitieren. Dies setzt aber voraus, dass die Informationen über die Einrichtungsprofile allen Trägern der DRV in einer gemeinsamen Datenbank zur Verfügung stehen und von allen gleich angewandt werden. Die für das Frühjahr 2018 angekündigte Pilotphase sollte die neue Steuerung bei orthopädischen Reha-Einrichtungen

und für Rehabilitanden der DRV Bund, der DRV Baden-Württemberg und der DRV Oldenburg-Bremen erproben.

## NEUE DISKUSSION ÜBER PREISKRITERIUM?

Nun deutet sich eine Verzögerung an. Die Gründe sind unklar. Möglicherweise befürchten die DRV-Träger zu drastische Verschiebungen bei den Patientenströmen. Vielleicht kommt es auch zu einer Neugewichtung des Preiskriteriums. Dabei sind die Erwartungen hoch: Nicht nur der Bundesvorstand der DRV rechnet mit einer zügigen Verwirklichung seiner Entscheidung. Auch Bundesrechnungshof und Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages erwarten, dass die Zusammenarbeit zwischen Trägern und Leistungsanbietern wettbewerbskonform und transparent ausgestaltet wird. (cl)

### INFO

Die europa- und vergaberechtliche Dimension der neuen Belegungssteuerung wird erneut Thema beim Deutschen Reha-Rechtstag am 19.10.2018 in Berlin sein!



**POSITIONEN****MBOR =  
ERFOLGSMODELL**

Für den „Arbeitskreis MBOR“ der DEGEMED steht außer Frage, dass es sich bei medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) um ein Erfolgskonzept handelt. Deshalb hat der Arbeitskreis diskutiert, wie die Umsetzung weiterentwickelt werden kann und hat dafür ein Positionspapier erstellt.

**FORDERUNGEN DER DEGEMED**

Das Positionspapier fordert eine Vergütung von MBOR-Leistungen für alle Indikationen. Die Fallidentifikation und -steuerung soll in einem zweistufigen Verfahren erfolgen. Umstellungen seitens der Reha-Einrichtungen müssen nach Auffassung des Arbeitskreises schnell und unbürokratisch möglich sein. Darüber hinaus soll die Vergütung von MBOR-Leistungen zu aufwands- und leistungsgerecht sowie kostendeckend sein. Die

**WAS FINDEN SIE FÜR DIE ZUKUNFT  
DER MBOR WICHTIG?  
SCHREIBEN SIE UNS IHRE MEINUNG!**

Senden Sie einfach eine E-Mail an:  
**degemed@degemed.de** oder kommentieren Sie  
auf unserer **Facebook-** und **Twitter-**Seite.

DEGEMED fordert zudem, dass die Träger der DRV künftig mehr in die Forschung investieren und dabei insbesondere neue Screening-Verfahren entwickeln.

**IHRE MEINUNG ZÄHLT**

Das Positionspapier kann auf der [Website](#) der DEGEMED herunter geladen werden. Anregungen zum Positionspapier können per Email oder über die Sozialen Medien mitgeteilt werden. Bei Interesse an der Mitarbeit im Arbeitskreis können sich Interessenten in der Geschäftsstelle melden. (bs)

**ENTLASSMANAGEMENT FÜR GKV-REHABILITANDEN****AUF DEM WEG ZUM BUNDESSCHIEDSAMT**

Die Verpflichtung zum Entlassmanagement für Patienten betrifft Krankenhäuser und stationäre Reha-Einrichtungen gleichermaßen. Schon 2015 hat der Gesetzgeber die gesetzliche Neuregelung im SGB V eingeführt. Seitdem sollten Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärzte und der Leistungserbringer Rahmenverträge verhandeln, um die notwendigen Details zu regeln. Für Krankenhäuser gibt es den Rahmenvertrag seit 01.10.2017. Für stationäre Reha-Kliniken steht die Einigung noch aus. Zu groß sind die unterschiedlichen Auffassungen, was die zentrale Frage der Finanzierung angeht.

**FINANZIERUNG BLEIBT OFFEN**

Die Verbände der Leistungserbringer fordern eine zusätzliche Klausel im Rahmenvertrag. Sie soll ermöglichen, dass Reha-Kliniken bei Vergütungsverhandlungen auch über den Mehraufwand sprechen können, den sie durch die Ein- und Durchführung des Entlassmanagements haben werden. Die Vertreter

des GKV-Spitzenverbandes lehnen diese Forderung strikt ab. Als Grund geben sie ihre fehlende Zuständigkeit für Vergütungsfragen an. Bei allen anderen strittigen Fragen haben sich die Beteiligten annähern können. Damit scheint der Weg zum Bundesschiedsamt vorgezeichnet. Es entscheidet, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen können. Bislang gibt es im Reha-Bereich damit aber keine praktische Erfahrung. (cl)

**INFO****ENTLASSMANAGEMENT  
FÜR GKV-REHABILITANDEN****Verhandlungspartner:**

- GKV-Spitzenverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- DEGEMED und andere Leistungserbringerverbände

**Einigung absehbar:**

- Einheitlicher Entlassungsbericht
- Lebenslange Arztnummer
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

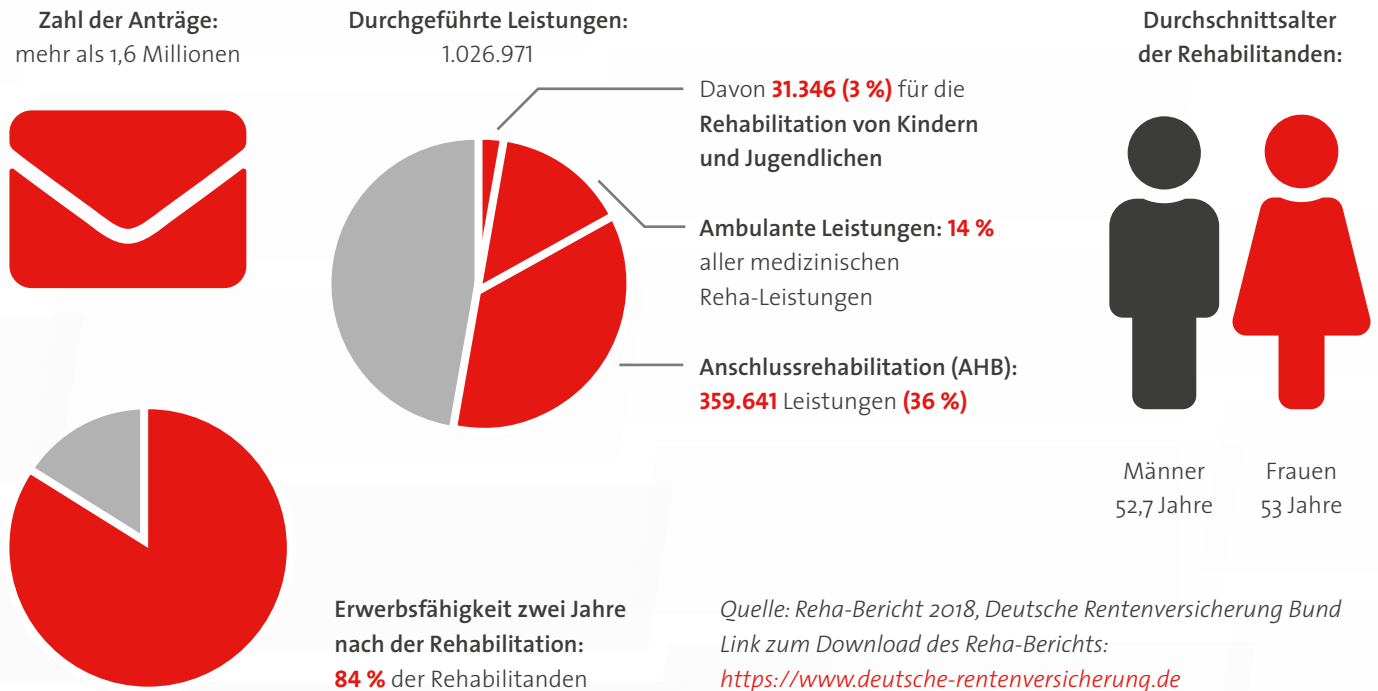
**Keine Einigung:**

- Finanzierung Mehraufwand

DIE REHA-WELT IN ZAHLEN

# LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION DER DRV IM JAHR 2016

SERVICE



## DISKUSSIONSFORUM

# NEUE URTEILSBESPRECHUNGEN AUF REHA-RECHT.DE

Drei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) erfuhren Anfang 2018 eine kritische Betrachtung im Rahmen der Fachbeiträge des Diskussionsforums Rehabilitations- und Teilhaberecht.

1. Die Bewertung von Erwerbsfähigkeit nach der Versorgung mit einem C-Leg und in diesem Zusammenhang die Überlegung der Normierung einer Ermächtigung zum Erlass von MdE-Tabellen.
2. Hilfen zur angemessenen Schulbildung außerhalb des pädagogischen Kernbereichs. Laut der Autorin lösen die Neuerungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bestehende Schnittstellenkonflikte zwischen Sozialhilfe- und Schulrecht nicht.
3. Den Anspruch auf Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Das vorliegende Urteil konkretisiert und verdeutlicht die Tatbestandsvoraussetzungen des § 40 Abs. 4 SGB XI zugunsten des Pflegebedürftigen.

Die Beiträge sind abrufbar unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de). Erste Informationen über das Diskussionsforum sind seit Kurzem auch in Leichter Sprache online.

(red)

### INFO

#### ONLINE-DISKUSSIONEN 2018

- „Strategien der beruflichen Reha“
- „Prävention und medizinische Rehabilitation zur Sicherung von Erwerbsteilhabe“
- „Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“

Alle bisherigen Diskussionen finden Sie auf

<http://fma.reha-recht.de/>

# NEUE MITGLIEDER STELLEN SICH VOR



DEGEMED

## **KLINIK AN DER WEISSENBURG**

Die Klinik an der Weissenburg umfasst neben einem modernen Rehaszentrum ein Rheumazentrum als akutstationäre Fachklinik und ein Pflegezentrum. Im Rehaszentrum werden die Indikationen Orthopädie, Onkologie und Rheumatologie behandelt. Neben einer Kältekammer (-110 °C) nutzen die Patienten zwei Bewegungsbäder sowie modernste Diagnose- und Therapiegeräte. Insbesondere in der Rheumatologie profitieren die Patienten von der unmittelbaren Nähe zur einzigen Fachklinik für Rheumatologie in Thüringen und der akutstationären Kompetenz als Krankenhaus.

### **WARUM ZUR DEGEMED?**

**Dr. Joachim Abrolat**

**Geschäftsführer der Klinik an der Weissenburg GmbH**

„Wir sind Mitglied der DEGEMED geworden, um näher an den aktuellen Themen zu sein. Zudem nutzen unsere Mitarbeitenden zahlreiche Fortbildungsangebote der DEGEMED, um zeitnah aktuelle Veränderungen in die Praxis umzusetzen.“



Fotografie: Ernst Fessler



## **SCHUSSENTAL-KLINIK**

Das Spektrum der Schussental-Klinik in Aulendorf umfasst in der Akut- und Rehabilitationsbehandlung störungsspezifische Behandlungsprogramme für unterschiedliche Indikationen. Ergänzend zur Behandlung depressiver Erkrankungen sowie von Angst- und Zwangserkrankungen hat die Schussental-Klinik in der Internistischen Psychosomatik einen Schwerpunkt entwickelt. Die Psychosomatische Rehabilitation umfasst die Behandlung von Depressionen sowie berufsbezogenen Störungsbildern und hält Angebote für Menschen mit Adipositas oder chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vor.

### **WARUM ZUR DEGEMED?**

**Frank Kuhn**

**Geschäftsführer der Schussental-Klinik**

„Mit unserem Trägerverbund, den Zentren für Psychiatrie Baden-Württemberg, setzen wir uns für moderne und teilhabeorientierte Ansätze im Gesundheitswesen ein. Die DEGEMED ist mit ihrem Engagement für Qualität und der Forderung nach sektorübergreifenden Modellen ein idealer Partner, um diesen Zielen in der Rehabilitation eine Stimme zu verleihen. Wir freuen uns darauf, uns einzubringen und die innovative Arbeit der DEGEMED zu unterstützen.“

TERMINE UND VERANSTALTUNGEN 2018

# KNOW-HOW AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

DEGEMED

10.04.2018

**DEGEMED-Dialog**

Ort: Berlin

11.04.2018

**DEGEMED-Mitgliederversammlung**

Ort: Berlin

26.04.2018

**Fachseminar: Krisenkommunikation**

Ort: Berlin

03.05.2018

**Politische Diskussion:**

„Handlungsfeld Reha: Chancen nutzen,  
Barrieren abbauen“

Ort: Stuttgart

14.05.2018

**Fachtagung: MBOR – Update**

Ort: Berlin

06./07.06.2018

**Qualitätsseminar: Einstieg in / Umstieg  
auf das Interne QM nach DEGEMED®**

Ort: Frankfurt/M.

07./08.06.2018

**Workshop: Grundlagen der**

**Pressearbeit in Reha-Einrichtungen**

Ort: Berlin

08.06.2018

**Qualitätsseminar: Internes QM**

**nach DEGEMED®: Die Management-  
bewertung**

Ort: Frankfurt/M.

03.-06.07.2018

**DEGEMED-Sommerakademie 2018**

Ort: Bernried

27./28.09.2018

**Gemeinsamer Qualitätskongress von  
DEGEMED und FVS**

Ort: Berlin

19.10.2018

**Reha-Rechtstag (mit DVfR, DAA)**

Ort: Berlin

22.10.2018

**Training: Der ‚schwierige‘ Patient**

Ort: Berlin

06.11.2018

**DEGEMED-Dialog**

Ort: Berlin

07.11.2018

**DEGEMED-Mitgliederversammlung**

Ort: Berlin

08./09.11.2018

**Training: Konstruktives Verhandeln**

Ort: Berlin

19.11.2018

**Workshop: Arztbriefe & Reha-Entlas-  
sungsberichte**

Ort: Berlin

29.11.2018

**Fachtagung: Bewegungstherapie**

in der Onkologie

Ort: Berlin

10.12.2018

**DEGEMED-Forum**

**für Reha-Unternehmer**

Ort: Berlin

11.12.2018

**Reha-Wirtschaftstag (mit DKI, VKD)**

Ort: Berlin

## IMPRESSUM

### DEGEMED

Deutsche Gesellschaft für  
Medizinische Rehabilitation e. V.

### Vorstand

Dr. Constanze Schaal  
(Vorstandsvorsitzende)

Tobias Brockmann

Dr. Verena Glöckner

Björn Gollée

Ricarda Lorenz

Angelika Presl

Petra Schraml-Dussle

Robert Zucker

### Geschäftsführer

Christof Lawall (V.i.S.d.P.)

Fasanenstraße 5, 10623 Berlin

Tel.: 030 284496-6

Fax: 030 284496-70

Email: [degemed@degemed.de](mailto:degemed@degemed.de)

Internet: [www.degemed.de](http://www.degemed.de)

**Redaktion:** Katharina Perl,

Antje Schmilgus

**Layout:** stilbrand, Berlin

**Redaktionsschluss:** 23.03.2018

**Fotos:** Titel + S. 8: upixa, S. 6: sdecoret,

S. 9: Ingo Bartussek, S. 13: ijeab

(alle stock.adobe.com)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge  
geben die Meinung der Autoren  
wieder.