

# BDPK News

## Nachrichten, Positionen, Berichte

V.i.S.d.P.: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,  
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer  
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0  
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de



Thomas Bublitz,  
Hauptgeschäftsführer des  
BDPK

## Der Wert von Regeln

Von Thomas Bublitz

Regeln sind in einer komplexen Gesellschaft gut und wichtig. Sie geben den Menschen Orientierung, indem sie Grenzen setzen, die man nicht überschreiten sollte, um anderen nicht zu schaden. Ein gutes Beispiel dafür sind die aktuellen Coronaregeln, die sich in der Debatte immer wieder an den Zielen, nämlich dem Schutz der eigenen Gesundheit und der anderer, messen lassen müssen. Das Wesentliche ist: Regeln finden nur dann Akzeptanz, wenn sie angemessen sind und die mit ihr verfolgten Ziele tatsächlich erreicht werden können.

Die letzten Bundesregierungen haben in ihren jeweiligen Legislaturperioden viele Regelwerke für die Personalbemessung in Krankenhäusern geschaffen, die ebenfalls dazu führen sollen, Patienten und Mitarbeitern nicht zu schaden. Die Regeln sind streng, zum Beispiel die abteilungsbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen, die jedes Haus einhalten muss. Ansonsten drohen Rechnungskürzungen. Die Logik ist bestechend einfach: Spart das Krankenhaus am Pflegepersonal und hält die Personaluntergrenzen nicht ein, gibt es weniger Geld. Dadurch wird das Krankenhaus motiviert, mehr Pflegepersonal einzusetzen, auch wenn das gar nicht auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Die Debatte, welche Chancen und Risiken damit verbunden sind, wird kaum geführt. Die Regelung ist übrigens auch für die Krankenkassen interessant, denn sie müssen bei Regelverletzung weniger zahlen.

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung unter dem Titel „Mehr Fortschritt wagen!“ will jetzt noch etwas draufsetzen: Geplant ist eine zusätzliche Pflegepersonalregel, nämlich das Pflegepersonalbemessungsinstrument (PPR 2.0). Wesentlicher Unterschied ist, dass die PPR 2.0 nicht mehr auf Abteilungsebene, sondern für das gesamte Krankenhaus gelten soll. Mir stellt sich offen gesagt die Frage, welches Ziel wir mit dieser Regelung erreichen werden? Ein Graus wäre mir die Vorstellung, Pflegepersonaluntergrenzen und PPR 2.0 würden zeitgleich gelten. Alle Regeln machen nur Sinn, wenn ihre Einhaltung kontrolliert und die Regelverletzung sanktioniert wird. Die Krankenkassen werden sich schon jetzt dafür warmlaufen. Offen ist im Übrigen die mit der Regel verbundene Sanktion: Verbot der Leistungserbringung oder Rechnungskürzung?

Um den Bogen zu schließen: Ich wünsche mir eine Analogie zur Coronapolitik. Dort fragt man sich nämlich gerade, welche Regelungen in Kürze aufgehoben werden können, weil sie dem Ziel, die Gesundheit der Menschen zu schützen, nicht mehr dienen. Eine zentrale Fragestellung dabei ist: Welche Regeln dienen dem Schutz der Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern? Regeln, die nicht mehr den Zweck erfüllen, werden einfach abgeschafft.

## SodEG-Rückzahlung

# Existenziell bedrohliche Lage

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen verlieren Personal an andere Betriebe und Branchen, die mehr bezahlen können. Höhere Gehälter scheitern jedoch an niedrigen Vergütungssätzen. Obendrein müssen jetzt auch noch Coronazuschüsse zurückgezahlt werden. Die Insolvenzgefahr steigt bundesweit.

Anfang des Jahres 2022 meldete bereits eine Reha-Klinik in Nordrhein-Westfalen Insolvenz an. Was hier zur Schieflage führte, entspricht nahezu identisch der aktuellen Situation in vielen Reha- und Vorsorgeeinrichtungen: coronabedingte Einnahmeausfälle bei steigenden Kosten für Medizin- und Hygieneprodukte, dazu nicht kompensierbare Personalkostensteigerungen und gleichzeitig ein verzweifelter Wettkampf um Personal. Zur Krönung dann auch noch die Rückforderung staatlicher Unterstützungsleistungen.

### Personal folgt dem Geld

Durch eine Vielzahl von politischen Maßnahmen haben die Gehälter von Pflegekräften und Therapeuten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Heilmittelpraxen in letzter Zeit deutlich zugelegt. Während diese Leistungserbringer die Personalkostensteigerungen durch höhere Preise und Pflegebudgets weitgehend refinanziert bekommen, wurden Reha und Vorsorge hier von der Politik alleingelassen. Mit dem Ergebnis, dass sich in Krankenhäusern, Pflegeheimen und niedergelassenen Heilmittelpraxen mehr Geld verdienen lässt – weshalb die Zahl der Kündigungen in den Reha-/Vorsorgeeinrichtungen deutlich ansteigt. Auftrieb hat diese Entwicklung auch mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen bekommen, weil hierfür zusätzliche examinierte Pflegekräfte akquiriert werden müssen. Die

Abwanderung ist nicht allein auf die Pflege beschränkt. In der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie konkurrieren Reha-Einrichtungen mit niedergelassenen Heilmittelbringerpraxen. Diesen wurde zuletzt von der Bundesschiedsstelle eine Vergütungsanpassung um 14,09 Prozent zugesprochen – mehr als viermal so viel wie die Kliniken im vergangenen Jahr durchschnittlich durch Vergütungsverhandlungen dazubekamen.

### Richtigkeit der Rückzahlung ist fraglich

Zu den Sorgen ums Personal kommen jetzt auch noch die Rückforderungen der von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) ausgezahlten Zuschüsse. Viele Kliniken sollen die erhaltene SodEG-Hilfe trotz erheblicher pandemiebedingter Patiententrückgänge vollständig zurückbezahlen, was angesichts ihrer angespannten finanziellen Lage nicht leistbar ist. Wenig nachvollziehbar sind die Rückforderungen auch deshalb, weil die Reha-Ausgaben der DRV im Jahr 2020 fünf Prozent niedriger waren als im Vorjahr und unter Berücksichtigung der geforderten Rückzahlungen weiter sinken würden. Der BDPK hat deshalb an den Gesetzgeber und die DRV appelliert, die Existenz der Reha-Einrichtungen nicht zu gefährden und einen Ausweg aus dieser bedrohlichen Lage zu finden.

## BDPK-Bundeskongress 2022

# Gesundheitsminister ist dabei

Für den diesjährigen BDPK-Bundeskongress, der am Mittwoch, 1. Juni 2022, in Berlin stattfindet, hat Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach seine Teilnahme zugesagt. Ob der Kongress als Präsenzveranstaltung oder virtuell durchgeführt wird, entscheidet die aktuelle Lage.

Thema des diesjährigen BDPK-Bundeskongresses sind die gesundheitspolitischen Herausforderungen in der 20. Legislaturperiode. Schwerpunkte sollen der Abbau von bürokratischen Hürden und die Verbesserung des Reha-Zugangs sein. Hierzu hat der Bundesgesundheitsminister ein persönliches Statement und seine Teilnahme an der Diskussion zugesagt. Nach derzeitiger Planung soll der Kongress als Präsenzver-

anstaltung ab 13 Uhr im Hotel Pullman Berlin Schweizerhof stattfinden, auch eine Abendveranstaltung ist geplant.

Aktuelle Informationen gibt der BDPK auf seiner Homepage ([www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)), dort ist auch die Anmeldung möglich.

Die diesjährige BDPK-Mitgliederversammlung findet am darauffolgenden Donnerstag, 2. Juni 2022, am gleichen Ort statt.

## Pflegepersonalbemessung

# Wirkungen sorgfältig prüfen

In diesem Jahr soll „übergangsweise“ die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegeerrat und der Gewerkschaft Verdi entwickelte Pflege-Personalregelung (PPR 2.0) angewendet werden. Ob die Regelung die mit ihr verbundenen Erwartungen erfüllt, hängt von mehreren Faktoren ab.

Mit der PPR 2.0 soll dem bestehenden Fachkräftemangel entgegengewirkt und die Situation in der Pflege verbessert werden. Diese Ziele lassen sich nur erreichen, wenn die Wirkungen und das Verhältnis der PPR 2.0 zu anderen bestehenden Instrumenten Berücksichtigung finden. Zentrale Fragen sind: Was bedeutet die PPR 2.0 für das Pflegebudget und den Pflegepersonalquotienten? Was wird aus den Pflegepersonaluntergrenzen?

Grundsätzlich gilt: Es macht keinen Sinn hochaufwendige Instrumente nebeneinander zu betreiben. Das gilt insbesondere für die Pflegepersonaluntergrenzen, die mit Einführung der PPR 2.0 wegfallen müssen. Daran zeigt sich, dass es nicht nur um „Nebenwirkungen“ geht. Vielmehr entscheidet die Abstimmung aller Instrumente darüber, ob es mit der PPR 2.0 tatsächlich gelingen kann, die Pflege zu verbessern. Wenn die PPR 2.0 letztlich nur einen Personalbedarf ermittelt, der aber nicht gedeckt werden kann, führt dies zu Enttäuschung und Systemverdrossenheit – nicht nur bei den Pflegekräften. Die Definition von Personalbedarfen („Examierte Pflege und Pflegehilfskräfte pro Krankenhaus“) wird den Fachkräftemangel jedenfalls nicht lösen, denn allein dadurch gibt es nicht mehr Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt. Schon jetzt hat jedes Krankenhaus offene Stellen in der Pflege.

Positive Wirkung würde die PPR 2.0 entfalten, wenn sie die Pflege sinnvoll entlastet und eine gute Krankenhausorganisation ermöglicht. Dazu ist es unbedingt notwendig, dass Hilfskräfte und weiteres therapeutisches Personal sinnvoll einsetzbar bleiben und auch in der PPR 2.0 anrechenbar sind. Damit würde ein patientengerechter und praxiserprobter Qualifikationsmix Berücksichtigung finden. Besonders deutlich wird das im Bereich der Spezialversorger, zum Beispiel in der Neurologischen Frührehabilitation, der Diabetologie oder der konservativen Orthopädie. Hier übernehmen therapeutische Spezialisten außerhalb der examinierten Pflege zumeist in festen Teams mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Neuropsychologen pflegetherapeutische Anwendungen wie Waschtraining, Anziehtraining, Essensbegleitung, Vertikalisierung. Diese Berufsgruppen werden in der PPR 2.0 nach heutigem Stand nicht berücksichtigt. Hier muss vor der gesetzlichen Umsetzung dringend nachgebessert werden.

Nachbesserung ist auch bei einer zentralen Vorgabe der PPR 2.0 erforderlich: Krankenhäuser haben unterschiedliche Größen. Durchschnitts- oder Mittelwerte werden den Unterschieden nicht gerecht. Gerade wegen des Fachkräftemangels

brauchen die Kliniken Spielräume, um die Patientenversorgung gut zu organisieren. Zudem sollte ihr Ansatz, die Verantwortung für die Personalallokation wieder zurück ins Krankenhaus zu geben, noch deutlich nachgeschärft werden. Diese Einschätzung wird auch aus medizinisch-fachlicher Sicht geteilt, wie die beiden folgenden Statements zeigen.



Prof. Dr. med. Bernd Kladny

### **Prof. Dr. Bernd Kladny, Chefarzt der Abteilung Orthopädie m&i-Fachklinik Herzogenaurach:**

Es ist gut, dass die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 kurzfristig die überaus bürokratischen Pflegepersonaluntergrenzen ablösen soll. Ein Pretest der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Jahr 2019 zeigte, dass im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie die Minuten für den Pflegepersonaleinsatz circa 50 Prozent über dem Stand von 2019 und circa doppelt so hoch wie nach PpUG liegen. Pflegekräfte sind daher möglichst effektiv zu unterstützen. Hierzu müssen Hilfskräfte Berücksichtigung finden und bei pflegetentlastendem Einsatz Personal im medizinisch-technischen Dienst. Weiterhin haben Fachkliniken häufig Patienten mit einem niedrigen Pflegepersonalbedarf, dafür aber einem hohen therapeutischen Bedarf.

Der durch die Einführung der PPR 2.0 in Deutschland kalkulierte zusätzliche Bedarf an Zehn- oder gar Hunderttausenden Pflegekräften kann nicht gedeckt werden. In jedem Fall ist zu verhindern, dass eine quantitativ und qualitativ angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten gefährdet wird.



Ralf Hackbarth



Prof. Dr. Dr. Martin Ebinger

### **Ralf Hackbarth, Pflegedienstleiter und Prof. Dr. Dr. Martin Ebinger, Chefarzt der Abteilung Neurologie Medical Park Berlin Humboldtmühle:**

Eine Personalbedarfsermittlung, wie sie in der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) vorgesehen sind, können in einem abgestimmten Maßnahmenprogramm ein wichtiger Baustein zur Zukunftssicherung der medizinischen Versorgung in Deutschland sein. Sie geben unseren Patient:innen das Gefühl, stets genügend Pflegepersonal pro Klinikbett anzutreffen. Die meisten Pflegekräfte betonen ebenfalls, dass ihnen ein ausreichend starkes Team wichtiger ist als zum Beispiel die Bezahlung.

Was das PPR 2.0 hingegen nicht unmittelbar – und bedauerlicherweise auch wahrscheinlich nicht langfristig – bewirkt, ist ein Erscheinen von neuen Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt. Getestet wurde das PPR 2.0 nämlich vor allem in

großen Kliniken. In kleineren Fachkliniken führt es zu einem deutlichen Personalmehrbedarf, der mangels vorhandener Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt voraussichtlich nicht gedeckt werden kann. Die Folge werden vermutlich Bettenschließungen sein.

Besonders enttäuschend ist, dass den besonderen Bedingungen von Fachkliniken in der Frührehabilitation, beispielsweise Neurologie Phase B, beim PPR 2.0 noch keine Rechnung getragen wird. In der Frührehabilitation liegt der Fokus ja nicht auf einer passiven Versorgung von auf Hilfe angewiesenen Patient:innen, sondern auf der Wiedererlangung eines selbstbestimmten Lebens. Dies wird durch ein Zusammenspiel aktivierender Pflege und den verschiedenen therapeutischen Disziplinen erreicht. Dies bei der Ausgestaltung des PPR 2.0 zu berücksichtigen, wäre im Interesse unserer Patient:innen.

### **Richtlinien lösen keine Probleme: ungeeignete Personalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik**

Nicht gleich, aber durchaus vergleichbar: Dass Qualität und Versorgungssicherheit nicht „verordnet“ werden können, beweist die „Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ (PPP-RL). Sie legt seit Januar 2020 verbindliche Vorgaben zur Mindestausstattung des therapeutischen Personals in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern fest. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Richtlinie können die Krankenhäuser jedoch nicht umsetzen – es sei denn, sie würden ihre Behandlungsplätze reduzieren, was sie aber durch die sogenannte Pflichtversorgung nicht dürfen. Die Kliniken werden so entweder zum Verstoß gegen die Pflichtversorgung oder gegen die verbindlichen Personalvorgaben gezwungen. Abgesehen von den Folgen für eine ausreichende psychiatrische Versorgung sind auch die sich daraus ergebenden juristischen Fragen völlig ungeklärt.

Die Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben nach der PPP-RL müssen von den einzelnen Einrichtungen für jede therapeutisch und pflegerisch tätige Berufsgruppe in Form von Vollkraftstunden berechnet und je Quartal nachgewiesen werden. Die Berechnung erfolgt auf Basis von festgelegten Faktoren, mit denen der ermittelte Behandlungsaufwand in Mindestpersonalvorgaben übersetzt wird. Einrichtungsunabhängig gelten hierbei festgelegte berufsgruppenspezifische Minutenwerte. Doch die Vorgaben für die Pflegekräfte sind im Verhältnis zu den Therapeuten und Psychologen zu hoch. Die Kliniken müssten mehr Pflegepersonal einstellen – das für die leitliniengerechte Behandlung aber nicht benötigt wird und auf dem Arbeitsmarkt auch nicht vorhanden ist. So sind diese Häuser gezwungen, erfahrene Psychotherapeuten abzubauen, um im stark umkämpften Arbeitsmarkt Pflegekräfte zu gewinnen, die an anderer Stelle dringend benötigt werden. Drei Viertel aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen haben Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen, im Durchschnitt sind hier rund zehn Stellen unbesetzt.

Darauf, dass die Richtlinie mit moderner psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung nicht vereinbar ist, weisen nicht nur Fach-, Berufs- und Klinikverbände hin, sondern auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Sie hat den G-BA aufgefordert, die Richtlinie so anzupassen, dass Anreize für die Entwicklung einer leitliniengerechten, patientenzentrierten, flexiblen und gemeindenahen Versorgung gesetzt werden, weil sonst die Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen in teil- und vollstationären Einrichtungen erschwert wird.