

# BDPK News

## Nachrichten, Positionen, Berichte

ViSdP: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,  
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer  
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (030) 2400899-0  
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de

### Ein guter Rat zum Fachkräftemangel

Von Thomas Bublitz



Thomas Bublitz,  
Hauptgeschäftsführer  
des BDPK

Es fehlen Handwerker, Grundschullehrer, Erzieher, Polizisten, Richter, Feuerwehrleute und so weiter. Düstere Aussichten für Deutschlands Zukunft. Es sei denn, wir passen uns an diese Umstände an. Worin kann diese Anpassung bestehen? Wahrscheinlich aus einer cleveren Mixtur aus höherer Effizienz in all unseren Tätigkeiten, stärkerer Arbeitsteilung, konsequenter Nutzung digitaler Innovationen und sicher auch darin, zu hinterfragen, ob alle Dinge, die man heute tut, auch in Zukunft so getan werden müssen.

Nun zu unseren Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken: Auch hier fehlen Fachkräfte. Es fehlen Ärzte und Pflegefachkräfte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und viele mehr. Dennoch fällt die Reaktion nicht so aus, wie es der gesunde Menschenverstand eigentlich erwarten würde. Obwohl bekannt ist, dass ein Großteil unserer Ärzte in den nächsten 15 Jahren aus dem Job ausscheidet, erhöhen die Bundesländer die Zahl der Medizinstudienplätze nicht. In der Pflege sieht es ein wenig besser aus, dort steigen nämlich die Ausbildungs- und Beschäftigungszahlen. Trotzdem erlässt das Bundesgesundheitsministerium jetzt die zweite Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, nachdem sich GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht auf neue Personaluntergrenzen für unsere Krankenhäuser verständigen konnten. Was ist schiefgegangen?

Als erstes ging es dem GKV-SV um eine Verschärfung der bereits geltenden Untergrenzen. Auf den Intensivstationen sollten ab 2021 statt 2,5 Patienten je Pflegekraft nur 2,1 Patienten tagsüber betreut werden. Die Folge wären deutlich mehr Intensivpflegekräfte, die es heute schon nicht gibt. Der Personalmangel und damit die Nichteinhaltung der Untergrenzen führen dazu, dass sich noch mehr Intensivstationen als jetzt aus der Versorgung abmelden. Gerade erst machte ein Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung auf dieses zunehmende Problem aufmerksam. Ebenfalls absurd ist die Forderung der GKV, Personaluntergrenzen auch in der Neurologischen Frühreha einzuführen. Dort gelten bereits scharfe Qualitätsanforderungen im OPS-Code. 300 Minuten täglich müssen die Kliniken an therapeutischer Pflege erbringen. Was nützen da noch schärfere Personaluntergrenzen?

Ich bezweifle, dass es den Akteuren um eine bessere Behandlungsqualität geht. Die spielt ohnehin bei der Festsetzung der Untergrenzen keine Rolle. Festgelegt werden sie nach einem mathematischen Verfahren. Ich habe vielmehr den Eindruck, dass es darum geht, Krankenhäuser vom Markt zu nehmen. Auf diese Art und Weise ist das ein risikoreiches Spiel, denn zukünftig werden die Rettungsleitstellen noch manches Mal erfolglos ein freies Intensivbett suchen und die Patienten könnten die Leidtragenden sein. Meine Empfehlung an die Verantwortlichen von Feuerwehr, Polizei, Handwerk, Schulen: Orientieren Sie sich bei der Suche nach guten Lösungen beim Fachkräftemangel besser nicht an unserem Gesundheitswesen!

## Psych-Mindestpersonalvorgaben

# Bürokratie steigt, Qualität nicht

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 die Erstfassung der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) beschlossen. Das Ergebnis ist ein Rückschritt und ein massiver Eingriff in die Organisationshoheit der Kliniken.

Die Richtlinie wurde im G-BA gegen die Stimmen der Krankenhäuser verabschiedet und sieht vor, dass die Kliniken in einem stationsbezogenen Nachweisverfahren die Personalbesetzung monatlich zu erfassen und quartalsweise zu melden haben. Die Minutenwert-Tabellen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) werden fortgeschrieben und müssen im Jahr 2020 zu 85 Prozent, ab dem Jahr 2021 zu 90 Prozent und ab 2024 zu 100 Prozent nachgewiesen werden. Die Nichteinhaltung der Vorgaben soll für die Krankenhäuser im ersten Jahr sanktionslos bleiben und anschließend Vergütungsausschlüsse nach sich ziehen. Die von den Krankenhäusern eingebrachten Vorschläge wurden von den Kassen rundweg abgelehnt.

Aus Sicht des BDPK gefährden die festgelegten starren Personalvorgaben aus mehreren Gründen den Versorgungsauftrag psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser. Zum einen „aus Prinzip“, denn die Leistungsfähigkeit einer Klinik lässt sich nicht über die Zahl des beschäftigten Personals definieren. Bei der pauschalen Festlegung des Personalbedarfs blei-

ben individuelle Charakteristika der Krankenhäuser unberücksichtigt. Kliniken weisen unterschiedliche Spezialisierungen, Behandlungsansätze und organisatorische Besonderheiten auf. Personalmindestgrenzen sind planwirtschaftliche Größen, die die spezifischen und künftigen Anforderungen der Kliniken ignorieren. Die Verantwortung für eine angemessene Personalausstattung muss bei den Kliniken verbleiben. Statt planwirtschaftlicher Personalvorgaben sollte die Leistungsfähigkeit der Häuser durch die Bewertung der erbrachten Behandlungsqualität in der Versorgung der Patienten gemessen werden.

Zusätzliches Personal bedeutet für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser zusätzliche Kosten, die finanziert werden müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Klinik aufgrund der kleinteiligen und täglich zu meldenden Personalstärke ihr Personalreservoir auf 120 oder 130 Prozent erhöhen müsste, um die Vorgaben stets 100-prozentig zu erfüllen. Da aber die Kliniken über die Psych-PV „maximal“ 100 Prozent der Personalkosten in Rechnung stellen können, bleiben sie auf den Mehrkosten sitzen.

Aber selbst bei einer vollständigen Finanzierung dürften die zusätzlichen Personalvorgaben wohl kaum erfüllt werden können. Schon heute haben zwei Drittel aller psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser Probleme, freie Arztstellen zu besetzen. Ein Drittel aller Kliniken kann offene Stellen in der Pflege nicht besetzen, weil die Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar sind. Diese Fachkraftlücke wird in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung sogar noch zunehmen. Bei der Überwindung des Fachkräftemangels helfen Vorgaben nicht – im Gegenteil. Sie werden dazu führen, dass an anderer Stelle dringend benötigtes Personal vorgehalten werden muss, um Mindestvorgaben zu erfüllen.

Man kann also davon ausgehen, dass etliche Krankenhäuser die verbindlichen Personalmindeststandards wegen des nicht verfügbaren Personals nicht erfüllen können. Notwendige Folge ist dann die entsprechende Reduktion der Behandlungsplätze – was aber durch die sogenannte Pflichtversorgung kaum möglich sein wird. Die Kliniken werden so entweder zum Verstoß gegen die Pflichtversorgung oder gegen die verbindlichen Personalvorgaben gezwungen. Die sich daraus ergebenden juristischen Folgen (Haftungsrecht, Strafrecht) sind ungeklärt.

### i Die rechtliche Situation

Der G-BA bestimmt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Vorgaben sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Der G-BA musste diese Mindestanforderungen in einer Richtlinie erstmals bis spätestens 30. September 2019 beschließen. Der Beschluss vom 19. September 2019 bedarf noch der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit und tritt im Falle der Nichtbeanstandung zum 1. Januar 2020 in Kraft. Der BDPK appelliert an Bundesminister Jens Spahn und die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu prüfen, ob der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Festlegung einer qualitätssichernden Personalausstattung in den psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland nicht verfehlt wurde.

## Reha-Stärkungsgesetz

# Leichter Korrekturbedarf

Mit dem Entwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) werden dringend notwendige Reformen für die medizinische Rehabilitation angestoßen. In einer Stellungnahme hat der BDPK dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Verbesserungsvorschläge gemacht.

Für den BDPK ist der im August 2019 vorgelegte Gesetzentwurf ein wichtiger Schritt zur Bekämpfung des Pflegenotstands – und zugleich der lang erhoffte und notwendige Beitrag zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation. Trotz großer Übereinstimmung mit dem geplanten Gesetz übt der BDPK an einigen Stellen Kritik an den vorgesehenen Regelungen und hat dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) hierzu eine ausführliche Stellungnahme abgegeben (abrufbar auf der Webseite des BDPK unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)).

### Wunsch- und Wahlrecht ohne Mehrkosten

Ein wesentlicher Kritikpunkt ist die zwar reduzierte, aber weiterhin vorgesehene Übernahme von Mehrkosten durch die Patienten, wenn sie ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben. Nach dem Gesetzentwurf ist geplant, dass die Patienten immer noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Klinik entscheiden. Das ist aus Sicht des BDPK nachvollziehbar. Die Versicherten werden von den Krankenkassen immer in die günstigste Rehabilitationseinrichtung gelenkt – unabhängig vom Einzelfall – auch wenn sie über 100 Kilometer entfernt liegt. Aber gerade ältere, multimorbide Patienten wünschen sich eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung, um von ihren Angehörigen besucht werden zu können. Die Durchsetzung dieser Möglichkeit von finanziellen Anforderungen abhängig zu machen, ist den Patienten nicht zuzumuten. Deshalb muss geregelt werden, dass jede geeignete Klinik mit Versorgungsvertrag ohne Mehrkosten gewählt werden kann.

### Wegfall der medizinischen Überprüfung

Das vorgesehene Gesetz stärkt die geriatrische Rehabilitation, weil diese zukünftig nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt wird – eine sinnvolle Regelung, mit der der Zugang zur Leistung für die Versicherten schneller erfolgen kann. Aus Sicht des BDPK ist es jedoch erforderlich, dass die medizinische Überprüfung der ärztlichen Verordnung generell bei Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entfällt – und nicht nur bei der geriatrischen Rehabilitation. Dass der Gesetzentwurf den Fokus ausschließlich auf die geriatrische Rehabilitation legt, kann dazu führen, dass die teurere geriatrische Rehabilitation verordnet wird, obwohl diese nicht immer notwendig ist. Denn auch Rehabi-

litationsleistungen in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie richten sich an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und vermeiden die Abhängigkeit von Pflege.

Die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse sollte aus Sicht des BDPK auch bei den Vorsorge- und Reha-Leistungen für Mütter und Väter entfallen. Es macht Sinn, auch den Zugang zu diesen Leistungen zu erleichtern und zu beschleunigen, denn die Bedeutung von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und Kinder nimmt mit Blick auf die steigenden Herausforderungen, vor denen Familien stehen, und den wachsenden Fachkräftemangel weiter zu.

### Kassenentscheidungen transparenter machen

Ein zentraler Inhalt des Gesetzentwurfes ist, dass die Krankenkassen von der Einschätzung des behandelnden Hausarztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rehabilitationsleistung nur noch abweichen dürfen, wenn sich dies zweifelsfrei aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ergibt. Aus Sicht des BDPK wäre es folgerichtig und aus Transparenzgründen nötig, im Gesetz ebenfalls zu verankern, dass dieses Gutachten dem Versicherten und dem verordnenden Arzt im Falle der Nichtgenehmigung ausgehändigt wird. Wenn das Gutachten ausführt, dass keine Rehabilitationsmaßnahme, sondern andere Leistungen erforderlich sind, sind diese unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit aufzuzeigen und einzuleiten.

Weiteren Änderungsbedarf sieht der BDPK bei den geplanten Neuregelungen zum Versorgungsvertrag und den Vergütungsregelungen. Die Verträge sollten für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten, um den Versicherten ein uneingeschränktes Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Zudem sollte es auch möglich sein, dass die Rehabilitationseinrichtungen sich ebenfalls zu einem Kollektiv zusammenfinden und gemeinsam einen Versorgungs- und Vergütungsvertrag mit den Krankenkassen abschließen.

Außerdem regt der BDPK an, die Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz aufzunehmen und an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Dies ist dringend erforderlich, um dem Pflegenotstand adäquat in allen Sektoren des Gesundheitswesens entgegenwirken zu können.

# Fachtagung zur Vorsorge- und Reha-Vergütung

## Wie viel ist Qualität wert?

Die heute üblichen Tagessätze für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen sind ruinös. Eine BDPK-Fachkonferenz befasst sich am 24. Oktober 2019 in Berlin mit den politischen Konsequenzen und notwendigen Maßnahmen.

Das im Sommer dieses Jahres veröffentlichte Gutachten der „aktiva-Beratung im Gesundheitswesen GmbH“ lieferte den Beleg: 105,69 Euro pro Belegungstag wären für die Vergütung von Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen ein leistungsgerechter Tagessatz – die tatsächlichen Tagessatzhöhen liegen jedoch nur bei circa 70 Euro. Was sollen die Vorsorge- und Reha-Einrichtungen machen? Wie stehen die Krankenkassen dazu? Und vor allem: Was bedeutet das für die Patientinnen und Patienten? Antworten auf diese Fragen sollen Wissenschaftler, Kostenträ-

ger und Leistungserbringer auf einer eintägigen Fachkonferenz geben, die der BDPK am Donnerstag, 24. Oktober 2019, im Tagungszentrum Katholische Akademie in Berlin veranstaltet.

Die Politik wird vertreten von der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (Vorsitzende der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.). Weitere Informationen und Anmeldung (bis zum 10. Oktober 2019) unter [www.bdpk.de/veranstaltungen/terminvorschau](http://www.bdpk.de/veranstaltungen/terminvorschau).

## IQMG-Seminar

# Reha-Leistungen im Fokus

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG) veranstaltet im November in Berlin ein Praxisseminar zum Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und zur korrekten Dokumentation therapeutischer Leistungen.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat die Klassifikation therapeutischer Leistungen für die medizinische Rehabilitation (KTL) überarbeitet. Dazu fanden von September 2018 bis April 2019 vier Expertenworkshops zu allen Indikationsbereichen statt. Ziel war es, nach der Überarbeitung der KTL (Version 2015) die indikationsbezogenen Zielkorridore der Bewertungskennzahlen anzupassen und dabei indikationsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Die KTL dient dazu, das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren und zu bewerten. Drei KTL-Kennzahlen geben dabei einen orientierenden Rahmen der Leistungserbringung vor, bezogen auf die Therapiedichte (Leistungsdauer und -menge) und die multi-modulare Leistungserbringung (Leistungsverteilung).

Die therapeutische Versorgung wird von der DRV als optimal angesehen, wenn die drei KTL-Teilkennzahlen bei allen Rehabilitanden im indikationsbezogen vorgegebenen Zielkorridor liegen. Punktabzüge gab es bislang sowohl bei Unterschreitung als auch bei Überschreitung der Zielkorridore. Der BDPK hatte seit Längerem insbesondere die scharfen Grenzen am oberen Korridorrand kritisiert. Als Ergebnis der Expertenworkshops wurden die Zielkorridore für Leistungsmenge und

-dauer verändert. Unter anderem ist bei der Leistungsdauer der indikationsspezifische Zielkorridor zum Erreichen von 100 Qualitätspunkten nach oben erweitert worden.

Weiterhin neu ist im Rückmeldekonzept, dass die Anzahl, der Anteil sowie die Leistungsinhalte der Anschlussrehabilitation (AHB), der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) und der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) differenziert dargestellt werden.

Über die Details und die praktische Anwendung der Änderungen können sich Ärztinnen/Ärzte, QM-Beauftragte und Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen bei einem eintägigen IQMG-Seminar am Dienstag, 26. November 2019, in Berlin informieren. Dozenten sind Anke Mitschele (DRV Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik) und Dr. Ralf Wiederer (Leiter Qualitätsmanagement der VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH).

Anmeldungen sind möglich bis zum 5. November 2019 unter [www.iqmg-berlin.de](http://www.iqmg-berlin.de). Der Seminarbeitrag je Teilnehmer beträgt (zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer) 320 Euro beziehungsweise 230 Euro (für Mitgliedseinrichtungen der Landesverbände der Privatkliniken).