Geschäftsbericht 2017/18

des Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e.V.

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Inhaltsverzeichnis

1. Politik **11**

2. Krankenhäuser **31**
   - Gute Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung 33
   - Finanzierung 46
   - Qualität im Krankenhaus 56
   - Digitale Prozesse und moderne IT-Infrastruktur 63
   - Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung 70

3. Rehabilitation **73**
   - Rahmenbedingungen weiter verbessern 75
   - Leistungsgerechte Vergütung einfordern 84
   - Qualität ist messbar 89
   - Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH 96
   - Neuer Auftritt für Qualitätskliniken.de 98
   - Rehabilitation für Kinder und Jugendliche 101
   - Mutter-Vater-Kind-Reha und Vorsorge 105

4. Tarif und Personal **109**
   - Tarifeinheit 110
   - Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“ 111
   - Pflegeberufereform 112
   - Raus aus dem Fachkräftemangel 114
   - KlinikRente 115

5. Öffentlichkeitsarbeit **119**
   - Veranstaltungen 120
   - Pressemitteilungen 129
   - Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen 131
   - BDPK online 134

6. Statistiken **137**

7. Informationen **155**

Impressum **186**

Der Vorstand

Der Vorstand

Dr. Katharina Nebel
Präsidentin

Thomas Lemke
1. Vizepräsident

Dr. Marina Martini
2.Vizepräsidentin

Dr. Mate Ivančić

Dr. Markus Hamm

Dr. Hans-Heinrich Aldag

Dr. Francesco De Meo

Berthold Müller

Herbert-M. Pichler

Ellio Schneider

Dr. Dr. Martin F. Siebert

Dr. Thomas Wolfram

Dr. Ursula Becker

1. Juni 2017:

Neue BDPK-Vorstandsmitglieder

Im Rahmen der Mitgliederversammlung am 1. Juni 2017 in Hamburg verabschiedeten sich Prof. Dr. Michael Philippi, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Sana-Kliniken AG und Ilona Michels, ehemaliges Vorstandsmitglied der Allgemeinen Hospitalgesellschaft AHG aus dem Vorstand. Dr. Ursula Becker, geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Becker Klinikgruppe und Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana-Kliniken AG wurden als neue Mitglieder einstimmig in den Vorstand gewählt. Die Mitglieder ernannten Dr. Michael Philippi und Dr. Ulrich Wandschneider nach ihrer langjährigen Tätigkeit als Vizepräsidenten des BDPK zu Ehrenmitgliedern.

7. Dezember 2017:

Änderungen in der Führungsspitze

Auf seiner Klausurtagung am 7. Dezember 2017 in Berlin wählte der BDPK-Vorstand Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG zum 1. Vizepräsidenten und Dr. Marina Martini, Vorstand AMEOS Gruppe zur 2. Vizepräsidentin im BDPK-Vorstand. Außerdem wurde Dr. Mate Ivančić, Regionalgeschäftsführer Region Mitte und Mitglied der erweiterten Geschäftsführung der Helios Kliniken GmbH einstimmig als neues Vorstandsmitglied gewählt. Anlass für die Neuwahlen waren personelle Veränderungen im BDPK-Vorstand: Dr. Michael Philippi, der zum 29.12.2016 die Sana Kliniken AG, München als Vorsitzender des Vorstandes verlassen hatte, stand nicht mehr als 1. BDPK-Vizepräsident zur Verfügung. Auch Dr. Francesco De Meo, Vorsitzender der Geschäftsführung (CEO) der Helios Kliniken GmbH und Vorstandsmitglied der Fresenius SE legte sein Amt als 2. Vizepräsident nieder.

Ehrenmitglieder

Die BDPK Ehrenmitglieder haben als ehemalige Vorstandsmitglieder über viele Jahre das Wirken des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. aktiv mitbestimmt und vorangetrieben. Nun begleiten sie als Mentoren die Arbeit des Verbandes und stehen den Mitgliedern mit ihrer Expertise und Erfahrung zur Seite. Ehrenmit-

glieder sind: Dr. Michael Philippi und Dr. Ulrich Wandschneider (seit 2017), Eugen Münch (seit 2013), Karl-Heinrich Rehfeld (seit 2009), Reimund Freund (seit 2001).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von männlicher und weiblicher Form verzichtet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

Die Komplexität der gesundheitspolitischen Herausforderungen erkennen!

Am Ende einer schwierigen Regierungsbildung steht ein Koalitionsvertrag, der die politischen Handlungsfelder für diese Legislaturperiode definiert.

Das gesundheitspolitische Megathema ist die Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die mit der systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser verbundenen Belastungen für das Pflegepersonal sollen abgebaut werden. Das ist auch dringend notwendig. Der immense ökonomische Druck, politisch gewollt und sanktioniert, hat zu einer Situation geführt, in der Krankenhäuser gar nicht anders können, als möglichst viele Patienten zu behandeln und dabei die Kosten zu senken. Auch für das Pflegepersonal.

Die desaströse und von Jahr zu Jahr geringer werdende Investitionsfinanzierung der Bundesländer hat ebenfalls maßgeblichen Anteil daran. Auch wenn die Bundesregierung diesen Umstand konkret nicht verantworten kann, zwingt der Missstand die Krankenhäuser dazu, aus den Betriebskosten auch Investitionen zu bezahlen. Viele bundespolitische Entscheidungen führten auch in der Betriebskostenfinanzierung zu Finanzierungslücken. Bestes Beispiel dafür ist der Fixkostendegressionsabschlag: Krankenhäuser, die sich auf bestimmte Leistungsangebote spezialisieren, erhalten über einen Zeitraum von drei Jahren eine um 35 Prozent abgesenkte Vergütung für alle Mehrleistungen. Berücksichtigt man die durchschnittlichen Pflegekosten im Krankenhaus mit ca. 30 Prozent, dann führt dieser Abschlag dazu, dass das Krankenhaus mehr Leistungen erbringt, dafür aber keine einzige zusätzliche Pflegekraft bezahlen kann! Auch die nur hälftige Gegenfinanzierung der vereinbarten Tarifabschlüsse hat die Krankenhäuser in schwierige ökonomische Fahrwasser manövriert. So führt jeder Tarifabschluss zu einer Deckungslücke, die nur mit Einsparungen im Personalbereich geschlossen werden kann. Fazit ist: Die hohe Arbeitsbelastung in der Pflege ist auch die Folge politischer Entscheidungen!

Der Koalitionsvertrag enthält unterschiedliche Handlungsansätze, um die Situation in der Pflege zu verbessern. Sehr zu begrüßen ist die Refinanzierung der Kosten für Tarifsteigerungen in voller Höhe. Die angekündigte Verbesserung der Investitionsfinanzierung auch für Digitales ist in der deutschen Krankenhauslandschaft sehr positiv aufgenommen worden und macht viel Sinn. Leider wird der Fixkostendegressionsabschlag als absurde Intervention nicht abgeschafft.

Und ob sich die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern mit der Einführung von verbindlichen Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen tatsächlich reduzieren wird, bleibt abzuwarten. Handelt es sich doch um eine pauschale Lösung, die die Gegebenheiten im jeweiligen Krankenhaus völlig unberücksichtigt lässt. Die Ergebnisse dieser Entscheidung werden sich schon bald als unzureichend und wirkungslos erweisen. Denn der Ruf nach mehr examinierten Krankenpflegekräften in den Krankenhausabteilungen ist bei genauem Hinsehen mit vielen Fragen verbunden: Welche Rolle spielt die in vielen Krankenhäusern übliche Arbeitsteilung zwischen examinierten Pflegekräften und nicht examinierten Stationshilfen für die Bereiche grundpflegerische Patientenversorgung, Dokumentation und Entlassmanagement? Warum sollen solche spezialisierten Fachkräfte nur anteilig auf Personaluntergrenzen angerechnet werden? Übernehmen diese Fachkräfte Aufgaben, die bisher der Pflege zugeordnet waren und wird damit die Pflege in vollem Umfang von diesen pflegefernen Tätigkeiten entlastet? Köpfe zu zählen und die Ergebnisse durch den MDK zu kontrollieren, verbessert weder die Situation der Pflege noch die der Patienten.

Ordnungspolitisch bedenklich und rückwärts gewandt ist die geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs. Zukünftig bekämen Krankenhäuser damit den Anreiz, möglichst hohe Pflegepersonalkosten zu verursachen und darzustellen, um sie auf dem Weg der Selbstkostendeckung von den Krankenkassen erstattet zu bekommen. Auch wenn der Vorschlag als Lösung für ein komplexes Problem vielversprechend wirkt, entlässt er die Krankenhäuser aus der Verantwortung einer wirtschaftlichen und effizienten Betriebsführung. Das geht letztlich zulasten aller Beitrags- und Steuerzahler, auch derer, die nicht im Krankenhaus arbeiten oder behandelt werden.

Kürzere Krankenhausverweildauer, eine immer älter werdende Gesellschaft mit immer mehr chronisch kranken und multimorbiden Patienten lässt dem Bereich der medizinischen Rehabilitation eine stetig wachsende Bedeutung zukommen. Explizit wird eine Stärkung der Reha für einige besondere Patientengruppen hervorgehoben.

So wird die Verbesserung der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger angestrebt. Für sie soll ein Anspruch auf medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistungen nach ärztlicher Verordnung geschaffen werden. Damit wäre erstmals ein Direktzugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ohne Genehmigung durch die Krankenkassen möglich.

Ein weiterer gesundheitspolitischer Fokus richtet sich auf die Unterstützung von Menschen mit Behinderung. Ihnen soll mit einem verbesserten Zugang zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation dabei geholfen werden, am Erwerbsleben weiterhin teilnehmen bzw. gestärkt in dieses zurückkehren zu können. Insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht Nachholbedarf.

Außerdem gilt es, die erste Generation der Arbeitsmigranten der 1950er- und 60er-Jahre stärker mit Rehabilitationsangeboten zu erreichen. Hierzu planen Akteure aus Politik und Gesellschaft, verstärkt mehrsprachige Angebote zu unterbreiten.

Des Weiteren soll die Rehabilitation in der Rentenversicherung weiter gestärkt und die in der vergangenen Legislaturperiode eingeführten Verbesserungen weiterentwickelt werden. Damit sind wohl die niedrigstelligen Zugänge zu Präventionsleistungen vor Rehabilitation und vor Rente gemeint. Die Deutsche Rentenversicherung soll mehr in solche präventiven Angebote investieren, die einem längeren Verbleib der Beschäftigten in ihren Arbeitsverhältnissen dienen.

Alles in allem ein vielversprechender Koalitionsvertrag. An der gesundheitspolitischen Umsetzung werden der BDPK und die in seinen Landesverbänden vertretenen Mitgliedskliniken konstruktiv mitarbeiten.

1. Politik

Das Jahr 2017 stand ganz im Zeichen der Wahl des 19. Deutschen Bundestages und der Regierungsbildung. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) richtete sich mit seinem Positionspapier an die Gesundheitspolitiker des Deutschen Bundestages mit der Forderung, an dem bewährten wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem festzuhalten.

Für einen praxisnahen Einblick in die aktuelle Gesundheitsversorgung in Städten, Landkreisen und Gemeinden besuchten Bundestagsabgeordnete auf Einladung von BDPK-Mitgliedskliniken Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Während der Termine vor Ort lernten die Politiker den Arbeitsalltag in den Kliniken kennen und informierten sich in Gesprächen mit Klinikvertretern über die drängenden gesundheitspolitischen Handlungsfelder.

Darüber hinaus führte der BDPK unmittelbar nach der Bundestagswahl Gespräche mit Politikern, damit die gesundheitspolitischen Forderungen des BDPK im künftigen Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung Berücksichtigung finden.

Gesundheitspolitische Positionen des BDPK für die Wahl des 19. Deutschen Bundestages

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Offener und fairer Wettbewerb nach anerkannten Regeln ist eine konstitutive Maxime unserer Gesellschaft. Auch die zuletzt immer stärkere wettbewerbliche Orientierung der Gesundheitsversorgung hat bestätigt, dass dynamische und flexible Verfahren maßgeblich zur anforderungskonformen Weiterentwicklung der Strukturen beitragen. Ein wettbewerbliches Gesundheitswesen entfaltet positive Steuerungsimpulse in einem System, das zur Versorgung kranker Menschen naturgemäß nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stellen kann. Wettbewerb befähigt alle, die sich diesen Herausforderungen stellen – und zwar im positiven Sinne

- zu einer noch intensiveren Orientierung am unmittelbaren Patientenwohl;
- zu einer natürlichen Selbstverpflichtung auf ein qualitativ hochwertiges medizinisches Leistungsangebot, das sich im Einzelfall immer primär den medizinischen Erfordernissen und nicht allein wirtschaftlichen Zielen oder sozialen Kriterien, wie bspw. dem Status eines Patienten, verpflichtet fühlt;
- zur innovativen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur umfassenden und schnellstmöglichen Verfügbarmachung für alle Bedürftigen;
- zur Übernahme wirtschaftlicher Verantwortung und damit zu einem effizienten Umgang mit den beschränkten Ressourcen, was im Ergebnis einer gesamtgesellschaftlich finanzierbar bleibenden Gesundheitsversorgung zugutekommt.

Die Mitgliedsunternehmen des BDPK und seiner Landesverbände halten es daher für unabdingbar, dass der ordnungspolitische Rahmen weiterhin Wettbewerb, Flexibilität und Dynamik ermöglicht, um auch in Zukunft eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung einschließlich der vielen anspruchsvollen Arbeitsplätze in diesem Bereich aufrechterhalten zu können.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind (auch) Unternehmen: Der gesundheitspolitische und gesetzliche Anspruch ist es, dass Krankenhäuser und Reha-Kliniken eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen haben; vgl. § 1 KHG i.V.m. und §§ 111 SGB V, 19 SGB IX. Diesen Anspruch können aber nur qualitativ hochwertige, eigenverantwortlich wirtschaftende und anpassungsfähige Einrichtungen gewährleisten. Daher müssen Krankenhäuser und Reha-Kliniken unternehmerisch handeln. Nur so kann eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für jedermann zu gesamtgesellschaftlich vertretbaren Kosten gewährleistet werden. Nur so können die Einrichtungen – unabhängig davon, ob in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft – zu sozial angemessenen Leistungsentgelten beitragen.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen dürfen (und müssen) Gewinne machen: Unserem sozial und marktwirtschaftlich verfassten Staatsprinzip zum Trotz wird in der Öffentlichkeit wiederholt kritisiert, dass auch in der Gesundheitswirtschaft – insbesondere von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – Gewinne erwirtschaftet werden (müssen). Diese scheinbar moralische Empörung ist so wohlfeil wie heuchlerisch. Unberücksichtigt bleibt, dass weder die gesetzlich vorgesehene Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser noch die Finanzierung über die Reha-Vergütungssätze ausreicht, um die bauliche und medizin-technische Substanz der Einrichtungen zu erhalten. Deshalb müssen die Mittel für notwendige Investitionen in einem wachsenden Umfang selbst erwirtschaftet werden, häufig sogar über Kredite. Für diese Schulden müssen Zins und Tilgung gezahlt werden. Dies ist aber nur möglich, wenn die Einrichtungen entsprechende Überschüsse erwirtschaften. Trotzdem werden gerade private Einrichtungen gerne für ihre Wirtschaftlichkeit gescholten, während Kliniken in öffentlicher Trägerschaft beinahe gefeiert werden, wenn sie ein positives Jahresergebnis erreichen. Dabei gilt für alle gemeinsam: Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen, die unwirtschaftlich handeln und nachhaltig Verluste einfahren, können die notwendigen Investitionen nicht stemmen und könnten den Patienten vermutlich auch nicht die beste Behandlung bieten.

Fairer Ausgleich von Betriebskostendefiziten aus Steuer- und Beitragsmitteln: Die landläufig geübte Praxis, wonach die öffentliche Hand Krankenhäuser in eigener Trägerschaft aus Steuermitteln subventioniert, um systemische Betriebskostendefizite zu decken, verzerrt die Konkurrenzsituation vor allem zulasten von Kliniken in

privater Trägerschaft erheblich. Das trifft grundsätzlich auch auf Krankenkassen und Rentenversicherungen zu, die defizitäre Rehabilitationseinrichtungen in eigener Trägerschaft aus Beitragsmitteln subventionieren. Auch Kliniken in kirchlicher Trägerschaft werden durch diese Praxis deutlich benachteiligt. Diese Praxis verletzt den Grundsatz einer diskriminierungsfreien, wettbewerblich orientierten, auf einheitlich hohe Qualitätsmaßstäbe ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Das Privileg einer jederzeit aus Steuermitteln finanzierbaren Defizitdeckung ähnelt dem Tatbestand der Selbstbedienung und verzerrt den Wettbewerb in unfairer Weise.

Investition in die Ausbildung von medizinischen Fachkräften: Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte. Bereits heute ist ein erheblicher Mangel an Ärzten, examinierten Pflegefachkräften und Therapeuten zu verzeichnen. Diese Lücke wird von Jahr zu Jahr größer. Gründe dafür sind unter anderem steigende Patientenzahlen, altersbedingtes Ausscheiden von Ärzten aus dem Beruf, Arbeitszeitreduzierung aufgrund hoher Arbeitsbelastungen. Um dem Fachkräftemangel wirksam entgegenzuwirken, müssten beispielsweise allein die Studienplätze in Medizin um 30 Prozent erhöht werden. Es ist dringend erforderlich, in eine besser strukturierte und qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren. Die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, ist eine der Aufgaben der nächsten Bundesregierung.

Positionen des BDPK für Akutkrankenhäuser

Recht zur freien Arzt- und Klinikauswahl erhalten: Ein wettbewerblich ausgestaltetes Gesundheitswesen braucht das Recht zur freien Auswahlentscheidung durch den Patienten. Der Patient sollte hier immer im Mittelpunkt stehen. Denn dadurch, dass Patienten das Krankenhaus, in dem sie sich behandeln lassen wollen, selbst auswählen können, gewinnen die Patientenbedürfnisse und -wünsche einen elementaren Einfluss. Die Qualität der medizinischen Leistungen steht unmittelbar auf dem Prüfstand. Für Krankenhäuser sollte es keine Last sein, sich um jeden einzelnen Patienten zu bemühen und seinen Wünschen nach einer exzellenten medizinischen Versorgung, einer guten pflegerischen und menschlichen Betreuung sowie einer effektiv funktionierenden Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu entsprechen.

Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen: Unsere Krankenhäuser in Deutschland arbeiten im europäischen Vergleich zu sehr niedrigen Kosten. Die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten betrugen z. B. im Jahr 2014 in

- Deutschland 4.999 €
- Norwegen 7.687 €
- Niederlanden 11.419 €.

Günstiger als in Deutschland ist die stationäre Versorgung nur in Ländern wie Griechenland, Finnland, Portugal, Polen, Ungarn und Tschechien. Diese niedrigen Kosten werden in Deutschland jedoch nicht unerheblich durch die schon gewohnheitsübliche Unterfinanzierung der Betriebs- und Investitionskosten erzielt. Was gesamtgesellschaftlich wünschenswert sein mag, weil es den Anstieg der Gesundheitsausgaben insgesamt bremst, führt im Krankenhaus selbst zu einem enormen Rationalisierungsdruck, der nur durch Leistungszuwachs oder ein rigides Kostenmanagement beherrscht werden kann. Opfer dieser Entwicklung sind häufig auch die Mitarbeiter, die den Druck immer weniger aushalten, weil zwangsläufig auch die Personalkosten in ein enges Korsett gezwängt werden müssen.

Personaluntergrenzen sind keine Lösung: Nach allen Erfahrungen im Krankenhausmanagement lässt sich jedoch erkennen, dass reine Personalzahlen wenig über die eigentliche Qualität der Patientenversorgung aussagen. Nicht jedes Krankenhaus, jede Abteilung, jede Fachrichtung, jedes medizinische Konzept ist mit dem anderen unmittelbar vergleichbar. Das ist auch nicht wünschenswert. Unterschiede in

- Patientenstruktur,
- Krankenhausorganisation,
- baulicher und technischer Ausstattung,
- der Personalzuordnung zu einzelnen Krankenhausabteilungen,
- eine steigende Bedeutung sinnvoller Arbeitsteilung unter den Mitarbeitern aller Berufsgruppen

sind die evidente Wirklichkeit. Diese Wirklichkeit steht im Widerspruch zu einer statischen, abstrakten und stimmungspolitisch geschuldeten Verordnung von Personalmindestbesetzungen.

Pflege aufwerten und Fachkräftemangel begegnen: Die Attraktivität des Pflegeberufs muss durch flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und verantwortungsvolleren Leistung aufgewertet werden. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, die pflegerischen Tätigkeiten in stärkerem Maße aufgewertet werden (Subsumption). Gleichzeitig müssen Pflegekräfte von patientenfernen Tätigkeiten im Krankenhaus entlastet und die bestehende Diversifizierung und Arbeitsteilung berufsrechtlich nachvollzogen werden. Neue, im Krankenhaus bereits fest verankerte und hochqualifizierte Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA und CTA) müssen endlich berufsrechtlich anerkannt und rechtssicher ausgestaltet werden.

Krankenhausqualität mehrdimensional messen, vergleichen und verbessern: Zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter herangezogen, verglichen und veröffentlicht werden. Die derzeitige Praxis, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personaluntergrenzen, Mindestmengen, Abteilungsstrukturen (bspw. für Krankenhäuser, die Notaufnahmen betreiben) zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung nicht gerecht.

Bürokratie abbauen: Das Krankenhauspersonal muss von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Leider geht der Trend seit Jahren in die andere Richtung. Das muss sich ändern. Es wäre zu begrüßen, wenn eine Projektgruppe unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums ins Leben gerufen werden würde, die sich – nicht nur pro forma – mit der Entbürokratisierung in der Gesundheitsversorgung beschäftigt.

MDK zum neutralen und unabhängigen Prüfdienst wandeln: Der durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausgelöste bürokratische Aufwand steigt stetig. Die Forderungsausfälle nehmen allein durch die exzessive Ausweitung prüfungsbedingter Stornos zu. Auf diese Weise führen auch unbegründete Prüfungen zu erheblichen Zahlungsausfällen; im Ergebnis ist sogar die Zahlungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser bedroht. Der MDK handelt somit immer öfter als Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen, die entsprechende Prüfungen zunehmend allein mit der Zielsetzung beauftragen, die geschuldete Vergütung der erbrachten medizinischen Leistungen zu verweigern. Inzwischen scheint unter den Krankenkassen regelrecht ein Wettbewerb um die höchsten Kürzungserfolge ausgebrochen zu sein; dieser Irrwitz droht sich zulasten der Krankenhäuser komplett zu verselbständigen. Um die Neutralität und Unabhängigkeit des MDK zu gewährleisten, müsste dieser aus dem Gesundheitsfond bezahlt werden und von allen Nutzern des Gesundheitswesens – auch von den Krankenhäusern und den Patienten – beauftragt werden können.

Das Gewicht solcher Prüfungen konzentriert sich dabei immer mehr auf die Frage, ob die ärztliche und/oder pflegerische Leistung dokumentiert, nicht ob sie tatsächlich erbracht wurde. Immer öfter muss kostbare Zeit, die in der medizinischen Zuwendung und Betreuung der Patienten fehlt, in „Papierkram“ und minutiöse „Schriftstellerei“ investiert werden. Wegen dieser zunehmenden Fehlentwicklung sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen zu einem neutralen und von den Krankenkassen unabhängigen Prüfdienst umgestaltet werden. Zielsetzung müssen kassenartübergreifende Prüfungen, festgelegte Prüfquoten und vor allem Rechtssicherheit für die Krankenhäuser sein. Ein Aufrechnungsverbot würde helfen, die galoppierenden Zahlungsausfälle zu begrenzen und die schwelende Liquiditätskrise zu überwinden.

Mindestmengen können sinnvoll sein, wenn sich im konkreten Einzelfall der Zusammenhang zwischen festzulegender Mindestmenge und besserer Versorgungsqualität nachweisen lässt. Zielsetzung von Mindestmengen-Regelungen kann nur eine garantierte oder verbesserte Qualität sein. Krankenhäuser, deren Leistungen trotz Unterschreitens der Mindestmenge von hervorragender Qualität sind, sollten im Interesse der Patienten nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es sollte dringend geklärt werden, was „die Mindestmenge“ für solche Krankenhäuser bedeutet, die ein bestimmtes Quorum nicht erreichen, für eine Sicherstellung der Versorgung aber gleichwohl gebraucht werden.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind sinnvoll, erfordern aber eine konsequente Anwendung durch die Planungsbehörden. Dies verlangt nach einem offenen und transparenten Verfahren, das die aus den Qualitätsergebnissen abgeleiteten Planungsentscheidungen nachvollziehbar und überprüfbar macht.

Überlegungen zur qualitätsorientierten Vergütung stellen die Königsdisziplin des angewandten Qualitätsmanagements dar. Solche Verfahren sind durchaus sinnvoll, setzen aber voraus, dass der Umgang mit Qualitätsdaten routiniert und manipulationssicher erfolgt.

Patientenverständliche Qualitätsbewertungssysteme: Die Einführung eines Portals für den bundeseinheitlichen Krankenhausvergleich ist zu begrüßen. Der mündige Patient, der sein Recht zur freien Krankenhauswahl wahrnehmen will, benötigt zur Orientierung auch verständliche und vollständige Informationen über die Qualität in der Einrichtung seiner Wahl. Insoweit ist eine faire, qualitätsorientierte Bewertung auch ein sinnvolles Instrument des Wettbewerbs – in einem größeren Umfang jedenfalls, als es wechselhafte politische Regulationen und starre Strukturvorgaben je sein können. Vorsorglich sollte das Augenmerk aber auch darauf gerichtet werden, dass solche Bewertungen nicht für gezielte oder wahrheitswidrige Desinformations- und Manipulationskampagnen missbraucht werden können (bspw. Fake-Infos, Shit-Storm u. Ä.).

Abbau der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Auf diesem Feld besteht nicht erst für die neue Legislaturperiode dringender Handlungsbedarf. Die für Betroffene in aller Regel nicht nachvollziehbaren Grenzen, Hürden und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bergen ein erhebliches Frustrationspotenzial. Wünschenswert wäre bspw. eine einheitliche Gebührenordnung für den Bereich, in dem ambulant wie stationär identische Leistungen erbracht werden. Für die Patienten bzw. Versicherten wäre die Entscheidung dann deutlich leichter und die Behandlung unkomplizierter, unabhängig davon, in welchem Setting sie sich behandeln lassen wollen.

Miteinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Grundsätzlich tritt der BDPK für ein auch künftig fortbestehendes wettbewerbliches Miteinander der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ein. Beide Systeme vereinen in sich jeweils Vorzüge und Nachteile, stellen aber zusammen die Finanzierung der stationären Krankenversorgung sicher. Es steht zu befürchten, dass die Unterfinanzierung der Krankenhäuser eher zunehmen als abnehmen wird, sollte das bestehende System noch stärker als bisher zur Monokultur umgestaltet werden.

Der Fixkostendegressionsabschlag gehört abgeschafft. Es ist ungerecht, wettbewerbswidrig und leistungsfeindlich, den Krankenhäusern sogenannte Fixkostendegressionsvorteile zu nehmen; schließlich haben sich die Einrichtungen diese Vorteile primär durch Effizienz- und Qualitätsverbesserungen in der Patientenversorgung erarbeitet. Durch den Fixkostendegressionsabschlag wird dieser Qualitäts- und Leistungswettbewerb grundsätzlich infrage gestellt.

Es ist auch gesundheitspolitisch geradezu absurd, dass der Fixkostendegressionsabschlag vor allem die Krankenhäuser mit sehr guter Qualität trifft, die sich im Qualitätswettbewerb durchgesetzt haben – und primär aus diesem Grund auch eine vermehrte Nachfrage nach ihren Leistungen verzeichnen können.

Tarifkosten: Bevor Personalmindeststandards und andere Personalbesetzungsdogmen zum sozialpolitischen Mantra erhoben werden, muss sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den permanenten Kostenzuwachs für ihr Personal zu 100 Prozent refinanziert bekommen. Ein nur hälftiger Ausgleich der Kosten von Tarifabschlüssen verstärkt den Unterfinanzierungseffekt von Jahr zu Jahr. Die Krankenhäuser sind andernfalls gezwungen, noch mehr am Personal zu sparen. Wie das gehen soll, darüber rätseln nicht nur die Betriebsräte und Gewerkschaften.

Investitionskosten: Es muss flächendeckend sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser die notwendigen Investitionen auch vornehmen und finanzieren können. Für jedes Bundesland muss das landesspezifische Investitionsmittelvolumen für Krankenhäuser dem vom InEK berechneten Investitionsfinanzierungsvolumen hinzugerechnet werden. Wenn die Bundesländer dies nicht freiwillig tun, sollte eine bundespolitische Initiative die Lösung herbeiführen. Es würde helfen, wenn die Investitionsmittel für die Krankenhäuser zu gleichen Teilen vom Land, von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie vom Bund zur Verfügung gestellt würden.
In eine auskömmlicher konfigurierte Investitionsfinanzierung müssen auch die zusätzlichen Mehrkosten einer Digitalisierungsoffensive im Krankenhaus eingerechnet werden. Investitionen in eine moderne und sichere IT sind unvermeidlich; zugleich verlagert sich der medizinische Diagnose- und Behandlungsprozess zunehmend in einen wachsenden eHealth-Bereich. Zugleich ist die Krankenhausinfrastruktur schon heute gegen Cyber-Kriminalität nicht immer hinreichend geschützt.

Eingriffe in das DRG-System mäßigen: Mit dem KHSG hat der Gesetzgeber erstmals in die Kalkulationsautonomie des InEK eingegriffen und mehr politisch als sachlich motivierte Absenkungen der Bewertungsrelationen vorgenommen. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, bestimmte medizinische Leistungsangebote einzugrenzen. Solche Eingriffe sind abzulehnen; sie stellen das DRG-System selbst, mehr aber noch die ausschließlich medizinisch geprägte Indikation infrage.

Neue Vergütungssysteme ausprobieren: Der BDPK spricht sich ausdrücklich dafür aus, neue Vergütungssysteme auszuprobieren. Capitation-Systeme, bei denen gegen Zahlung einer Versorgungspauschale für eine Region oder einen Versichertenkreis die komplette Versorgung sicherzustellen und zu organisieren wäre, bieten insoweit interessante Ansatzpunkte und sollten schrittweise ausprobiert werden. Hierbei ließen sich Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, bspw. Spanien, nutzen.

Hygiene verbessern: Viele Patienten werden in Krankenhäuser eingewiesen, ohne dass der infektiologische Status geklärt ist. Oft macht es den Eindruck, Hochrisiko-Patienten werden regelrecht „abgeschoben", obwohl der Verdacht auf eine Infektion mit multiresistenten Keimen besteht, während zugleich die erforderliche vorherige Abklärung unterlassen wird. Das gefährdet die Hygiene und Gesundheit anderer Patienten im Krankenhaus. Mit der Krankenhauseinweisung sollte daher für niedergelassene Ärzte, Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen die Verpflichtung bestehen, stets ein MRSA-Screening durchzuführen. Vor einer elektiven Krankenhausbehandlung sind sachgerechte Dekolonisationsmaßnahmen durchzuführen und das aufnehmende Krankenhaus über Befund und Ergebnis zu informieren.

In diesem Zusammenhang wird die Verlängerung des Hygieneförderprogramms ausdrücklich begrüßt. Problematisch bleibt, dass die Förderung aus formal-rechtlichen Gründen keine Anwendung auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPflV und auch nicht auf Reha-Kliniken findet. Jedoch müssen auch von diesen Einrichtungen die Vorgaben der KRINKO-Empfehlungen beachtet werden, sodass das Hygieneförderprogramm eigentlich auch für diese Einrichtungen einschlägig wäre.

Positionen des BDPK für Rehabilitationseinrichtungen

Unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung: Die Bedeutung privater Trägerschaft in der Rehabilitation ist nicht zu unterschätzen. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen versorgen jährlich zwei Millionen Patienten ambulant und stationär. In privater Trägerschaft befinden sich gut die Hälfte der Einrichtungen und zwei Drittel aller Betten. Sie behandeln 1.279.174 Patientinnen und Patienten pro Jahr (2015).

Rehabilitation vor Pflege: Leistungen der medizinischen Rehabilitation können auf ärztliche Verordnung nur erbracht werden, wenn Krankenkassen die Leistung genehmigen. Immer stärker macht es jedoch den Eindruck, als würden medizinisch indizierte Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege aus vordergründig ökonomischen Gründen abgelehnt, da der Wechsel des Patienten in die Pflegebedürftigkeit auch den Wechsel in die Kostenverantwortung der Pflegekasse mit sich bringt. Deshalb ist es notwendig, den Entscheidungsspielraum der niedergelassenen Haus- und Fachärzte bei der Verordnung von Rehabilitationsleistungen zu erhöhen. Die ärztlichen Verordnungen, die unter Anwendung standardisierter medizinischer Assessments vom Haus- und Facharzt erstellt werden, müssen im Regelfall den Anspruch auf eine Reha-Leistung abschließend begründen. Das schließt eine MDK-Begutachtung nicht aus; diese sollte aber nicht nur nach Aktenlage, sondern durch persönliche Untersuchung erfolgen. Zudem muss der betroffene Patient im vollen Umfang Kenntnis über das MDK-Gutachten erhalten. Ihm sollten auch die Empfehlungen zu einer etwaigen alternativen Gesundheitsleistung ausgehändigt werden, die im Falle ihrer Akzeptanz keiner gesonderten Genehmigung bedürfen.

Daneben gibt es weiteren Änderungsbedarf, bspw. sollte die MDK-Stichprobenprüfung entfallen. Für den Patienten bzw. Versicherten sollte eine bessere Transparenz im Hinblick auf etwaige MDK-Prüfungen ermöglicht und insgesamt eine regelmäßige statistische Information über Zahl, Umfang und Schwerpunkte von MDK-Begutachtungen sichergestellt werden. Darüber hinaus muss das Leistungsgeschehen der Krankenversicherungen, insbesondere bei der Belegungssteuerung für alle Beteiligten deutlich nachvollziehbar sein.

Nachrangigkeit der Rehabilitation abschaffen: Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind gleichberechtigte Leistungen im Verhältnis zur medizinischen Akutversorgung. Das heute gesetzlich bestimmte Verhältnis der Nachrangigkeit – d. h. Reha nur, wenn alle Leistungen der Akutversorgung ausgeschöpft oder nicht mehr erfolgversprechend sind – muss gestrichen werden. Rehabilitation wird dann erbracht, wenn die Leistungen medizinisch notwendig und erfolgversprechend sind.

Aufhebung der Vierjahresfrist: Ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht nach dem Gesetz nur alle vier Jahre. Diese Regelung ist zu streichen. Der Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation sollte sich ausschließlich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren.

Freie Wahl unter den zugelassenen und geeigneten Rehabilitationseinrichtungen: In Anlehnung an das uneingeschränkte Wahlrecht des Patienten bezüglich zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser müssen die Versicherten auch unter den zugelassenen und geeigneten Vertragseinrichtungen der Rehabilitation frei wählen können. Die häufig nicht nachvollziehbare oder primär finanziell motivierte Beschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen muss beendet werden.

Verbindliche Rahmenverträge: In der heute üblichen Praxis werden den Rehabilitationseinrichtungen die Vertragsinhalte von den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern geradezu diktiert. Ein wirklicher Verhandlungsspielraum besteht nicht. Faktisch gerieren sich die Partner wie ein syndikatives Oligopol, dem die einzelne Klinik nichts entgegensetzen kann. Um diese Übermacht ein wenig zu relativieren, könnten übergreifende Rahmenverträge zwischen den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen und den Reha-Trägern geschlossen werden, die die Grundzüge der Ausgestaltung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Regelungen zu Leistungsinhalten und Qualitätsstandards, Grundsätze einer kosten- und leistungsgerechten Ermittlung von Vergütungssätzen und weiteren Leistungen wie Fahrdiensten sowie Grundzüge eines nachvollziehbaren Belegungsverfahrens beinhalten.

Streichung der Grundlohnsummenbindung: Die Grundlohnsummenbindung im SGB V verhindert die leistungs- und kostengerechte Anpassung der Reha-Vergütung. Diese Vorgabe verhindert die notwendigen Entscheidungsspielräume, um zu leistungs- und kostengerechten Vergütungen in Vertragsverhandlungen und Schiedsstellenverfahren zu kommen. In der Folge sind die Rehabilitationseinrichtungen häufig nicht in der Lage, Kostenentwicklungen, bspw. Tarifabschlüsse, über eine adäquate Anpassung der Leistungsvergütung zu refinanzieren. Daher sollte dieses Dogma verlassen werden. Das würde auch nicht gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenkassen verstoßen. Schließlich entfallen auf die Ausgaben für medizinische Reha-Leistungen nur rund 1,5 Prozent des gesamten GKV-Haushaltes – Tendenz rückläufig.

Abschaffung des Reha-Budgets in der Rentenversicherung: Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit und nicht danach entschieden werden, ob das sogenannte Reha-Budget bereits ausgeschöpft ist. Deshalb muss das Reha-Budget in der gesetzlichen Rentenversicherung abgeschafft werden.

Qualitätssicherungsverfahren vereinheitlichen: Die Qualitätssicherungsverfahren für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung sind auch nach 20 Jahren noch sehr unterschiedlich. Dies führt zu einem enormen Aufwand für die Reha-Einrichtungen und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung müssen zur Information der Versicherten regelmäßig veröffentlicht werden.

Gesetze 2017 – 2018

PsychVVG
Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Zeitplan: Inkrafttreten 1.1.2017

Inhalte: Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems als Budgetsystem.

Position des BDPK: Streichung der Personalvorgaben, Entschärfung des Krankenhausvergleichs, Streichung der Instrumente zur Leistungssteuerung.

Flexirentengesetz

Zeitplan: Inkrafttreten 1.1.2017

Inhalte: Übergänge in die Rente, Einführung Gesundheitscheck-up ab 45 Jahre, alle Rehabilitationsleistungen einschließlich der Kinderrehabilitation als Pflichtleistung, Abschaffung des Budgets für Präventions-, Nachsorge- und Kinderrehabilitations-Leistungen innerhalb des Rehabilitationsbudgets.

Position des BDPK: Rehabilitationsrichtlinie auch für Leistungen nach § 15 SGB VI und Beteiligung von Betroffenen und Leistungserbringern an den Rehabilitationsrichtlinien der Träger der Rentenversicherung, Streichung der Sanktionen bei Überschreitung des Rehabilitationsbudgets, Schiedsstelle für Streitigkeiten bei Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen, Aufhebung der Vierjahresfrist, Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten.

Reform Medizinstudium „Masterplan Medizinstudium 2020“

Zeitplan: 31.3.2017 Beschluss des Bundesgesundheitsministers und der Bundesbildungsministerin mit Vertretern der Gesundheits- und Kultusministerkonferenz der Länder und Vertretern der Koalitionsfraktionen des Bundestages für einen „Masterplan Medizinstudium 2020“.

Inhalte: Untersuchung einer Expertenkommission zu Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten; Erarbeitung eines Vorschlags zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte innerhalb eines Jahres; Auswahl von bis zu zehn Prozent der Studenten, die sich verpflichten, zehn Jahre lang in einer unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Region als Arzt beziehungsweise Ärztin zu praktizieren.

Arbeitnehmer-Überlassungsgesetz

Zeitplan: Inkrafttreten 1.4.2017

Inhalte: Stärkere Regulierung der Arbeitnehmerüberlassung.

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Zeitplan: Inkrafttreten 4.4.2017

Inhalte: Weitere Flexibilisierung in der Preisfindung für Heilmittelleistungen; Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Hilfsmittelversorgung; Berücksichtigung von Versorgungsqualität bei Ausschreibungen von Hilfsmitteln, Neufassung der Datenübermittlungspflicht nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V, Sozialversicherungsfreiheit für Notärzte unter bestimmten Voraussetzungen.

2017

2017

Entgelttransparenzgesetz

Zeitplan: Inkrafttreten 6.7.2017

Inhalte: Neuer Auskunftsanspruch für Beschäftigte über die Bezahlung von Arbeitnehmern des jeweils anderen Geschlechts für gleiche oder vergleichbare Tätigkeiten (betrifft Arbeitgeber mit mehr als 200 Beschäftigten); neue Berichtspflicht zum Stand der Gleichstellung und der Entgeltgleichheit (betrifft Arbeitgeber mit mehr als 500 Beschäftigten); Bekräftigung des Verbots der Entgeltdiskriminierung wegen Geschlechts; Aufforderung, Entgeltstrukturen zu überprüfen (betrifft Arbeitgeber mit mehr als 500 Beschäftigten).

Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Zeitplan: Inkrafttreten 17.7.2017

Inhalte: Schaffung eines elektronischen Melde- und Informationssystems zur Unterstützung der behördlichen Aufgaben zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz, Beauftragung der Selbstverwaltung zur Vereinbarung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen.

Pflegeberufereformgesetz

Zeitplan: Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 24.7.2017; tritt stufenweise in Kraft

Inhalte: Zusammenlegung der Ausbildungen der Akut-, Kinder- und Altenpflege, Einführung einer hochschulischen Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann; 2020 Start des ersten Ausbildungsjahrganges; bisher nur Eckpunkte einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung; wegen Parlamentsvorbehalt Verordnung im Bundestag voraussichtlich im März/April 2018; Verabschiedung der Verordnung bis Sommer 2018 geplant, bis Juli 2019 Erstellung der Rahmenlehrpläne durch Fachkommission, ab 2020 neue Ausbildung.

Position des BDPK: Auch nach der Reform Einsetzbarkeit der Pflegekräfte vollumfänglich und ohne zusätzliche Nachqualifikation; Positionspapier zur Reform der Pflegeberufe und Hinweise für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erstellt durch Facharbeitsgruppe auf Beschluss des Fachausschusses Krankenhäuser.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Zeitplan: BMG-Arbeitsentwurf am 25.7.2017 vorgelegt, weiterer Zeitplan unklar

Inhalte: Zusammenführung der bisherigen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem Beruf und einem gemeinsamen Berufsbild; Entscheidung über berufliche Schwerpunkte im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nach einer gemeinsamen Erstausbildung auf Basis einer anschließenden Weiterbildung.

2017

2017

Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften

Zeitplan: Inkrafttreten 29.7.2017

Inhalte: Festlegung, dass Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen (BMG, G-BA, Bewertungsausschuss) grundsätzlich keine aufschiebende Wirkung entfalten, Konkretisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren; Alternative zur lebenslangen Arztnummer: Beauftragung von DKG und GKV-SV für ein bundesweites Verzeichnis aller in den Krankenhäusern und deren Ambulanzen tätigen Ärzte.

Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen

Zeitplan: Inkrafttreten 9.11.2017

Inhalte: Schaffung von Rechtssicherheit bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen (z. B. Ärzten), Wegfall der Strafbarkeit nach § 203 StGB, soweit für die ordnungsgemäße Durchführung der Tätigkeit die mitwirkende Person erforderlich ist, Einbeziehung der mitwirkenden Person in die Strafbarkeit; Sorgfaltspflicht der Berufsgeheimnisträger bei Einbeziehung dritter Personen.

Position des BDPK: Neuregelung/Anpassung von § 203 StGB, da Kliniken durch die ärztliche Schweigepflicht vor allem bei der Zusammenarbeit mit IT-Dienstleistern betroffen sind.

Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung

Zeitplan: Inkrafttreten 1.1.2018

Inhalte: Ausweitung der Krankenhausstatistik auf ambulante Krankenhausleistungen und Erweiterungen der Personalstatistik; erstmalige Erhebung im Jahr 2019 für das Berichtsjahr 2018 nach der geänderten Verordnung.

Position des BDPK: Kritik am hohen Aufwand für Kliniken bei der Datenerhebung und Datenlieferung.

Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU – DSAnpUG-EU

Zeitplan: Inkrafttreten 25.5.2018

Inhalte: Umsetzung der EU-Datenschutz-Verordnung in nationales Recht, Anpassung an EU-Vorgaben; BDPK-Facharbeitsgruppe IT und DKG-AG beschäftigen sich mit Auswirkungen für Krankenhäuser.

2018

2. Krankenhäuser

Kurz vor dem Ende der 18. Legislaturperiode stellt der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten die Weichen für verbindliche Personaluntergrenzen in den Krankenhäusern. Schon ab dem 1.1.2019 sollen Krankenhäuser in sogenannten pflegesensitiven Bereichen verpflichtet werden, verbindliche Personaluntergrenzen einzuhalten. Wie viel mehr Pflegekräfte notwendig in den Krankenhäusern eingestellt werden sollen, wird im Gesetz nicht konkretisiert. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (GKV), sollen auf dem Verhandlungsweg bis zum 30.6.2018 festlegen, welche Bereiche pflegesensitiv sind, welche konkreten Pflegepersonaluntergrenzen gelten sollen und welche Konsequenzen ein Unterschreiten der Festlegung hat. Keine leichte Aufgabe, denn belastbare Zahlen für einen Zusammenhang zwischen eingesetztem Personal und Qualität gibt es nicht. Ungeklärt ist außerdem, wie es Krankenhäusern im bestehenden Fachkräftemangel gelingen kann, neue Pflegekräfte anzuwerben.

Mit der Einführung verbindlicher Pflegeuntergrenzen steht das Epidemiologiegesetz in einer Reihe mit weiteren wichtigen Gesetzgebungsverfahren dieser Legislaturperiode, die weniger auf wettbewerbliche Strukturen als auf zentrale Vorgaben und zugesicherte Selbstkostendeckung setzen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das Kalkulationsprinzip durch die nachträgliche Absenkung/Abstufung von Bewertungsrelationen und die Anpassungen der Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten verlassen. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) erhöht Nachweispflichten mit den Neuregelungen zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV-Personalnachweis), der Einführung des Krankenhausvergleichs und von Mindestpersonalvorgaben durch den G-BA ab 2020 erheblich.

Der BDPK hält dieses Vorgehen für einen Irrweg und plädiert in seinen gesundheitspolitischen Positionen für mehr Vertrauen in ein wettbewerbliches Gesundheitswesen. Notwendig ist ein Sys-

tem, das die Krankenhäuser aus der systematischen Unterfinanzierung bei den Investitions- und den Betriebskosten führt. Die Politik hat tatenlos zugesehen, wie die Investitionszuschüsse der Bundesländer von Jahr zu Jahr zurückgegangen sind. Die Kliniken haben die notwendigen Investitionen stattdessen über Kredite finanzieren müssen, für die sie anschließend Zins und Tilgung erwirtschaften müssen. Zusätzlich wird mittlerweile gezielt in das kostenbasierte Kalkulationsprinzip der DRG eingegriffen. Nachteile zulasten der Krankenhäuser, wie die Finanzierung der hälftigen Tariffrate bleiben bestehen, die Vorteile zugunsten der Krankenhäuser, wie die Überbewertung der Sachkosten und die aus der politisch gewollten Spezialisierung entstehenden Fixkostendegressionseffekte werden den Krankenhäusern konsequent genommen.

Das ist keine nachhaltige Krankenhauspolitik, und man darf sich nicht wundern, wenn die Krankenhäuser alles versuchen, um dies wirtschaftlich zu überleben. Auch wenn die Zahl der Pflegekräfte tatsächlich seit der Einführung der DRG zugenommen hat, haben sich die Anforderungen an das Pflegepersonal im Zuge dieser Entwicklung deutlich erhöht. Noch mehr staatliche Regulierung scheint auch das Rezept der neuen Regierungskoalition zu sein, anstatt die Ursache der Probleme zu beseitigen. Die vorgesehenen verbindlichen Personalvorgaben für alle bettenführenden Abteilungen und die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung für die Pflegepersonalkosten außerhalb der DRGs wirken eher wie ein Griff in die gesundheitspolitische Mottenkiste. Daran ändern auch modern anmutende Anglizismen wie Nurses Related Groups wenig. Wir haben Zweifel, dass die Krankenhäuser so in die Lage versetzt werden, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ohne nennenswerte Wartezeiten unter den Zwängen der Finanzierbarkeit der Krankenhausversorgung und dem drohenden Fachkräftemangel zu organisieren. Dies können unternehmerisch handelnde Krankenhäuser besser als zentralstaatliche Regulierungsinstanzen.

Gute Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung

Einführung von Personalvorgaben

Der BDPK lehnt die Einführung von bundeseinheitlich verbindlichen Personalvorgaben ab, weil sie in den Krankenhäusern nicht rechtssicher anwendbar sind. Aufgrund des Fachkräftemangels, völlig offener Finanzierungsfragen und der unterschiedlichen Versorgungskonzepte vor Ort ist die Vorgabe nicht praktikabel und widerspricht der ökonomischen Eigenverantwortung der Kliniken. Der wissenschaftliche Beweis für den Zusammenhang zwischen einer höheren Zahl von Pflegekräften und einer für den Patienten messbar besseren Versorgungsqualität wurde bisher nicht erbracht. Auch aus Mitarbeitersicht sind Pflegeuntergrenzen nicht unbedingt wünschenswert, gefährden sie doch möglicherweise die Zukunftsperspektive vieler kleiner Krankenhäuser auf dem Land. Es ist nicht anzunehmen, dass eine über den Untergrenzen liegende Personalausstattung von den Krankenkassen klaglos finanziert wird. Zukünftig werden Krankenhäuser bei jeder Überschreitung von Untergrenzen sorgfältig begründen müssen, wieso dies dennoch einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entspricht.

Folgende Auswirkungen sieht der BDPK nicht ausreichend geklärt:

- Der Bedarf an pflegerischem Personal lässt sich nicht zentral für alle Krankenhäuser definieren. Er ergibt sich unter anderem aus den Versorgungsbedürfnissen der Patienten des einzelnen Hauses (Alter, Pflegebedarf, Gesundheitszustand) und den organisatorischen Gegebenheiten des Krankenhauses (Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan, räumlich und technische Ausstattung und Qualifikation des gesamten Personals).
- Jede Klinik hat bereits heute Personaluntergrenzen definiert, die auf ihre Besonderheiten abgestimmt sind. Die zentrale Vorgabe von Untergrenzen würde zum undifferenzierten Maßstab vor Ort.
- Eine notwendig höhere Personalausstattung wäre den Krankenkassen bei bestehenden Mindestvorgaben nur noch schwer zu vermitteln.

- Heute werden in deutschen Krankenhäusern 320.000 Pflegekräfte beschäftigt. Unklar ist, welche qualitativen Auswirkungen die Beschäftigung von zusätzlichem Personal hat.[1] Es bleibt die Frage: Wie viel zusätzliches Personal verbessert die Qualität in welchem Umfang?
- Eine politisch gut gemeinte Entlastung der Pflege führt für Krankenhausverantwortliche zu ungeklärten Haftungsfragen im dynamischen täglichen Betrieb. Wenn sich Vorgaben nicht erfüllen lassen, müssen Patienten abgewiesen werden.
- Die Personalkosten werden zumindest bislang bei Tarifsteigerungen nur zur Hälfte refinanziert. Mehr Personal erhöht die Summe dieser nicht refinanzierten Kosten. Durch diese Unterfinanzierung erfolgt der Aufbau von Pflegepersonal zwangsläufig durch den Abbau von Stellen in anderen Bereichen. Um Mindestvorgaben zu erfüllen, werden Krankenhäuser etwa Personal in Assistenzberufen reduzieren müssen.
- Ungeklärt sind die ordnungspolitischen Auswirkungen im Hinblick auf die Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser und die Vereinbarkeit von planwirtschaftlichen Vorgaben mit dem bestehenden Vergütungssystem.

Die Umsetzung des KHSG

Das KHSG trat zum Jahresbeginn 2016 in Kraft. Viele der Neuregelungen enthielten Entwicklungsaufträge an die Selbstverwaltung. Im vergangenen Jahr beschäftigte die Selbstverwaltung auf Bundesebene und den Fachausschuss Krankenhäuser die Diskussion der folgenden Themen.

Fixkostendegressionsabschlag

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) löst seit 2017 den bis dahin geltenden Mehrleistungsabschlag ab. Die Höhe des Abschlags ist derzeit auf 35 Prozent festgelegt und gilt für drei Jahre. Ab 2018 soll die Höhe in jedem Bundesland bis zum 30. September des jeweiligen Jahres vereinbart werden. Auf der Ortsebene haben die Vertragspartner die Möglichkeit, bei Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, eine höhere Abschlagshöhe oder längere Abschlagsdauer festzulegen (Obergrenze 50 Prozent).

1 www.rwi-essen.de/media/content/pages/.../rwi.../rwi-materialien_104.pdf

Ebenen des Fixkostendegressionsabschlags

Bundesebene: Vereinbarung Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen mit 50 Prozent FDA, Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags (insb. Einzugsgebiet)

Landesebene: Bundesweite Festlegung des FDA in Höhe von 35 Prozent für 2017 und 2018, danach Vereinbarung auf Landesebene

Ortsebene: ggf. höherer Abschlag / längere Geltungsdauer FDA bei zusätzlichen Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind (bis zu 50 Prozent)

Der BDPK kritisiert, dass der Fixkostendegressionsabschlag nicht zwischen gewollter und nicht gewollter Leistungskonzentration in Krankenhäusern unterscheidet. Krankenhäuser mit guter Qualität, die sich im Qualitätswettbewerb durchsetzen oder solche, die wegen der Mindestmengenregelungen den Versorgungsauftrag des Nachbarkrankenhauses mit übernehmen, werden durch die Abschläge bestraft.

Die auf Ortsebene ohnehin schon schwierigen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Mengenentwicklung werden durch die Möglichkeit, unterschiedliche Abschlagshöhen für unterschiedliche Leistungsmengen zu vereinbaren, überfrachtet. Die dreijährige Geltung des Abschlags führt darüber hinaus zu komplizierten Konstellationen bei schwankender Leistungsentwicklung.

Der Fixkostendegressionsabschlag muss deutlich entschärft werden, um gewollte Leistungsverschiebungen nicht zu verhindern:

- Dazu sollte die Abschlagshöhe auch nach 2019 bundesweit einheitlich in moderater Höhe festgelegt werden.
- Die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten der Vereinbarung eines höheren Abschlags und einer längeren Geltungsdauer auf Ortsebene sollten gestrichen werden.
- Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, für die derzeit ein hälftiger Abschlag gilt, müssen vom Abschlag vollständig ausgenommen werden.
- Die lange Geltungsdauer von drei Jahren sollte auf ein Jahr beschränkt werden.

Die derzeitige Formulierung der Ausnahmeregelung bei krankenhausplanerischen Entscheidungen lässt zu große Interpretationsspielräume zu und führt in der Praxis immer wieder zu Streitigkeiten mit den Krankenkassen. Auch ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit hat daran nichts geändert. Darin ist formuliert, dass eine Leistungsanpassung unter den Ausnahmetatbestand fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde gebilligt ist. Die Wiedereinführung des alten Ausnahmetatbestands bei krankenhausplanerischen Entscheidungen ist deshalb unbedingt notwendig.

Einige Leistungen sind gesetzlich vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen, so z. B. Polytraumata und schwer brandverletzte Patienten. Zudem können die Selbstverwaltungspartner einen Katalog sogenannter nicht mengenanfälliger Leistungen bestimmen, die nur dem hälftigen Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Diese Leistungen umfassen z. B. Fallpauschalen für intensivmedizinische Leistungen, Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen sowie Bypass-Operationen. Auf die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation findet der Fixkostendegressionsabschlag keine einheitliche Anwendung. Wird die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation im Rahmen der Behandlung von Polytraumata erbracht, unterliegt sie den gesetzlichen Ausnahmen und ist vom Abschlag vollständig befreit. Erfolgt die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation dagegen bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten, unterliegt sie dem vollen Abschlag.

Der BDPK fordert eine grundsätzliche Ausnahme der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation vom Fixkostendegressionsabschlag. Es handelt sich um eine Krankenhausleistung, die der Behandlung schwerstkranker Patienten dient und sicher nicht „mengenanfällig“ ist. Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation muss deshalb in die Ausnahmetatbestände aufgenommen werden. Hilfsweise könnte die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in den Katalog sogenannter nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG aufgenommen werden.

Weiterentwicklung der stationären Notfallversorgung

Im KHSG hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass in der stationären Notfallversorgung künftig nach dem Umfang der Einbindung und der vorgehaltenen Strukturen differenziert werden soll. Einigkeit besteht zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen darüber, dass zukünftig zwischen drei Stufen unterschieden werden soll:

- der Basisnotfallversorgung,
- der erweiterten Notfallversorgung und
- der umfassenden Notfallversorgung.

Der G-BA hat die Aufgabe, für jede der Stufen Mindestvorgaben zu Art, Zahl und Qualität von Fachabteilungen und Fachpersonal sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen festzulegen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Die dafür laut Gesetz vorgesehene Frist bis zum 31.12.2017 war wegen der Komplexität und der Bedeutung der Aufgabe nicht zu halten. Auf Basis des Konzepts des G-BA sollen DKG und GKV-SV bis zum 30.6.2018 die Höhe der Zu- und Abschläge für die jeweiligen Stufen vereinbaren. Die Vorstellungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Definition der Notfallstufen gehen erwartungsgemäß weit auseinander. Mit Spannung werden daher die Ergebnisse einer Folgeeinschätzung der jeweiligen Konzepte erwartet, die der G-BA in Auftrag gegeben hatte.

Der BDPK plädiert dafür, Kliniken bei der Weiterentwicklung der stationären Notfallversorgung nicht durch zusätzliche Bürokratie und Nachweispflichten zu belasten. Sehr wahrscheinlich ist am Ende weniger mehr. Denn je differenzierter das System, desto mehr Streitpotenzial entsteht vor Ort. Mit völlig unklaren Folgen

für die flächendeckende medizinische Versorgung. Niemand darf sich schließlich wundern, wenn die Krankenhäuser, die Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zahlen sollen, die Leistung dann auch nicht mehr erbringen werden.

Eingriffe in die Logik des DRG-Systems

Anpassung von Bewertungsrelationen für Sachkosten

Die Selbstverwaltung wurde durch das KHSG verpflichtet, ein Konzept zur Korrektur einer möglichen Übervergütung von Sachkostenanteilen zu entwickeln und vereinbarte bereits 2016 die Anwendung eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das Konzept basiert auf der Annahme eines Zeitverzugs bei der Ist-Kosten-Kalkulation. Da für die DRG-Kalkulation Kostenwerte aus dem Kalkulationsjahr verwendet werden (z. B. 2016), der Katalog aber erst zwei Jahre später gültig wird (z. B. 2018), sei die Kostenentwicklung zwischen Kalkulations- und Gültigkeitsjahr nicht berücksichtigt. Bei sinkenden Sachkosten ergebe sich so eine Übervergütung. Seit 2017 werden die mittleren Sachkosten durch den Bundesbasisfallwert des Anwendungsjahrs dividiert und die übrigen Kosten um einen Korrekturwert berichtigt. DKG und GKV-SV verständigten sich im ersten Anwendungsjahr 2017 auf eine Begrenzung der Sachkostenabwertung auf 50 Prozent. Vereinbarungsgemäß wurde die Begrenzung 2018 auf 60 Prozent der Differenz zwischen Bundesbasisfallwert und Bezugsgröße erhöht. Die Beträge, die bei der Absenkung der Sachkosten eingespart werden, sollen auf die Bewertungsrelationen der DRGs mit hohen Pflegekosten aufgeschlagen werden. Die Krankenhäuser werden damit gezwungen, günstigere Implantate und Medizinprodukte zu verwenden, ohne zu wissen, wie sich das auf die Versorgungsqualität der Patienten auswirkt.

Absenkung oder Abstufung der Leistungsbewertung

Für Leistungen, bei denen es „Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ gibt, wurde die Selbstverwaltung verpflichtet, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben (§ 17b Abs. 1 S. 5 KHG). Infolgedessen werden fünf DRGs abgesenkt, zwei DRGs abgestuft. Das bei der Sachkostenabsenkung verwendete InEK-Konzept wird auch zur Absenkung auf alle Kosten der Fallpauschalen I10D-G und I47C angewandt. Die Absenkung/Abstufung findet für den DRG-Katalog eine Anwendung in Höhe von 60 Prozent (2017: 50 Prozent). Die Abstufung erfolgt nach demselben Prinzip, betrifft aber nur Häuser, deren Fallzahl in den entsprechenden DRGs höher als der Median aller Häuser liegt.

Der BDPK kritisiert sowohl die Anpassung von Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten als auch die Absenkung/Abstufung von Bewertungsrelationen. Beide Eingriffe sind willkürliche Eingriffe in die DRG-Logik, die das anerkannte Kalkulationsprinzip des DRG-Systems infrage stellen. Der Gesetzgeber läuft mit der Intention, über die Vergütungshöhe die Versorgung zu regeln, Gefahr, die Akzeptanz des DRG-Systems zu gefährden.

Umsetzung PsychVVG

Auch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) enthält eine Reihe von Entwicklungsaufträgen an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Im Berichtszeitraum hat vor allem die Vereinbarung der Selbstverwaltung zu Personalnachweisen große Bedeutung für psychiatrische Kliniken. Die Vereinbarung trat am 1.7.2017 in Kraft und regelt:

- Vorgaben zum Geltungsbereich der Nachweispflicht,
- zur Abgrenzung und zum Umfang des für den Nachweis relevanten Personals
- sowie zum Übermittlungsverfahren und zu den Übermittlungsfristen.

Der Nachweis umfasst sowohl „Vereinbarungsdaten“ als auch Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung und zweckentsprechenden Mittelverwendung bzw. zu den tatsächlichen Kosten.

Aufgaben der Selbstverwaltung aus dem PsychVVG

- Umsetzung der PsychPV (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 und § 18 Abs. 2 BPflV, Vereinbarung bis 31.3.2017)
- Leistungsbezogener Vergleich (Krankenhausvergleich) (§ 4 und § 9 Abs. 1 Nr. 9 BPflV, Vereinbarung bis 1.1.2019)
- Standortdefinition (§ 2a KHG bis 30.6.2017)
- Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (Leistungsbeschreibung § 115d Abs. 3 SGB V bis 28.2.2017), Dokumentationsanforderungen (§ 115d Abs. 2 SGB V bis 30.6.2017), Bericht zu Auswirkungen (§ 115d Abs. 4 SGB V, bis 31.12.2021)
- Weiterentwicklung der OPS-Psych. (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 BPflV, Vereinbarung erstmals bis 31.3.2017)
- Psychosomatische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 3 SGB V, Vereinbarung GKV/KBV/DKG keine Frist)
- Leistungsdokumentation in den PIAs (§ 295 Abs. 1b SGB V, Vereinbarung GKV/KBV/DKG)
- Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 6 SGB V, Vereinbarung GKV/DKG)

Die Nachweispflichten des einzelnen Krankenhauses werden erheblich ausgedehnt. Das betrifft nicht nur die zweckentsprechende Mittelverwendung, sondern auch die tatsächlichen Kosten, die nun durch die Kliniken gegenüber den Krankenkassen offengelegt werden müssen. Eine solche Praxis der vollumfänglichen Offenlegung ist ein massiver Eingriff in schützenswerte Betriebsgeheimnisse. Hierdurch greift das PsychVVG bereits beträchtlich in die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Kliniken ein, zumal es keinen gesundheitspolitischen Konsens in der Frage der Zulässigkeit und der Höhe eines Unternehmergewinnes im Krankenhaus gibt. Weitere Instrumente des PsychVVG wie der Krankenhausvergleich werden dieses Problem noch verschärfen. Die Gefahr besteht, dass die verschiedenen Budgetfindungsinstrumente des PsychVVG (Psych-PV-Nachweis, Krankenhausvergleich, PEPP-Katalog, G-BA Personalvorgaben) den Krankenkassen in der Praxis vor allem als Budgetkürzungsinstrumente dienen werden. Krankenhäusern wird es so erschwert, das eigene Leistungsangebot aufrechtzuerhalten – ein Risiko für die psychiatrische und psychosomatische Versorgungssicherheit.

Neue Regeln für das Entlassmanagement

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber ein erweitertes Entlassmanagement in Krankenhäusern beschlossen. Um eine nahtlose Weiterversorgung nach der Entlassung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen, können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel oder Soziotherapie verordnen. Wichtige Voraussetzung für die rechtssichere Anwendung des erweiterten Verordnungsrechts war der Abschluss des Rahmenvertrages nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V. Dort regeln KBV, GKV-SV und DKG bzw. Reha-Leistungserbringerverbände die Details zu den notwendigen Formularen.

Die massive Kritik der Krankenhäuser an der Anwendung der lebenslangen Arztnummer (LANR) der Kassenärztlichen Vereinigung war u. a. Grund für die schwierigen und langwierigen Verhandlungen in der Selbstverwaltung zum Entlassmanagement. Im Frühjahr 2017 konnten sich GKV-SV, KBV und DKG unter Vermittlung des BMG auf einen Kompromiss zur Anpassung der Rahmenvereinbarung verständigen. Festgelegt wurde die Nutzung einer eigenen

Krankenhausarztnummer. Bis zur Einführung sollen Krankenhäuser eine neunstellige Fachgruppennummer analog zur Verfahrensweise in § 116b SGB V verwenden. Die Beantragung einer LANR bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ist somit nicht erforderlich. In den Fällen, in denen Patienten keine Anschlussversorgung benötigen, können Krankenhäuser auf die – zusätzliche – Einholung der schriftlichen Einwilligung der Patienten nach der Anlage 1b verzichten. Damit wird einer Vielzahl von Fällen Rechnung getragen, in denen Patienten lediglich einen Entlassbrief erhalten, aber keine weitergehenden Maßnahmen des Entlassmanagements. Das Verordnungsrecht der Krankenhäuser wird durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt.

Die neuen Regelungen zum Entlassmanagement traten am 1.10.2017 in Kraft. Die Neuregelungen wurden vom Fachausschuss Krankenhäuser intensiv diskutiert. Innerhalb einer Arbeitsgruppe der DKG, an der auch der BDPK beteiligt war, wurden Umsetzungshinweise für Krankenhäuser erarbeitet.

Mindestmengen

Im November 2017 hat der G-BA die grundlegende Überarbeitung der Mindestmengenregelung (Mm-R) beschlossen. In seiner Verfahrensordnung regelt er Details zur Auswahl von planbaren Leistungen und zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge. Diese Änderungen sind zum 1.1.2018 in Kraft getreten.

Wesentliche Neuerungen:

- Erfassung sowohl von arzt- als auch standortbezogenen Mindestmengen
- Berücksichtigung aller Patienten, unabhängig vom jeweiligen Versicherungsverhältnis
- Jährliche Prognose: Abstellen auf das Vorjahr sowie die letzten beiden Quartale des Vorjahres und die ersten beiden Quartale des laufenden Jahres; Einbeziehung personeller und struktureller Veränderungen in die Prognose
- Ausnahmen und Übergangsregelungen, nach denen Krankenhäuser von den Mindestmengen abweichen dürfen
- Bei Festlegung neuer bzw. der Erhöhung bestehender Mindestmengen: Begrenzung der Übergangsfrist, in der eine Mindestmenge noch nicht in voller Höhe erreicht werden muss auf max. 24 Monate
- Beauftragung einer wissenschaftlichen Begleitevaluation bei der Festlegung neuer Mindestmengen

Für Kliniken sind Mindestmengen ein anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung. Mit den Neuerungen bleibt abzuwarten, in welchem Umfang der G-BA neue Mindestmengen festlegen wird. Offen ist auch, ob die Neuregelungen zu einer – vom Gesetzgeber erhofften – größeren Rechtssicherheit führen werden. Oder ob sie mit mehr Nachweispflichten und einem erhöhten Bürokratieaufwand für die Krankenhäuser einhergehen. Schließlich muss bei der Qualitätssicherung stets berücksichtigt werden, dass Klinikmitarbeiter durch immer mehr Dokumentationspflichten nicht ihre therapeutisch-pflegerische Arbeit vernachlässigen. Zusätzlich ist zu klären, was Mindestmengen für die Kliniken bedeuten, die eine bestimmte Leistungsmenge nicht erreichen, aber für die Sicherstellung der Versorgung dringend gebraucht werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sind für Krankenkassen und Krankenhäuser mit einem massiven bürokratischen Aufwand verbunden. So verfügte der MDK Ende 2016 über insgesamt 8.029 Vollstellen, davon 33,2 Prozent Pflegefachkräfte und 25,2 Prozent Ärztinnen und Ärzte[2] – wichtiges Fachpersonal, das bei der Behandlung von Patienten fehlt. Insgesamt führte der MDK im Jahr 2016 5.800.000 versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen durch. Der höchste Anteil (44,1 Prozent) lag im Bereich der Krankenhausleistungen[3]. Die Quote für Krankenhausrechnungsprüfungen liegt seit Jahren mit steigender Tendenz bei über 10 Prozent.

Der BDPK fordert die Weiterentwicklung des MDK zu einem neutralen, unabhängigen und transparenten Prüfdienst. Strukturprüfungen brauchen klare Regeln, um bundeseinheitlich Transparenz hinsichtlich der Prüfkriterien, der Kontrollgegenstände, der Prüfanlässe und der Prüfergebnisse zu gewährleisten. Zudem bedarf es einer Klarstellung dahingehend, dass durch Strukturprüfungen generierte Informationen ausschließlich zur Verbesserung der Qualität genutzt werden. Um Fehlanreize der Krankenkassen auszuschließen, muss die Aufrechnung durch diese gesetzlich verboten werden. Abzuwarten bleibt auch, ob die Ende 2017 vom G-BA beschlossene MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL) die Qualität der medizinischen Versorgung fördern oder eher zu nicht gerechtfertigten Kontrollen führen wird.

MDK-Problemfelder:

Ausufernde MDK-Prüfungen: Der hohe Aufwand durch MDK-Prüfungen muss auf ein notwendiges Maß begrenzt werden.

Strukturprüfungen: Neue Strukturvorgaben des G-BA, in OPS-Kodes und in den Landeskrankenhausplänen führen zu weiter steigendem Prüfaufwand und Nachweispflichten. Krankenhäuser erhalten teilweise keine Prüfergebnisse und es gibt kein geregeltes Widerspruchsverfahren.

Uneinheitliches Vorgehen: Die Medizinischen Dienste gehen regional sehr unterschiedlich vor, es gibt kein bundeseinheitliches Vorgehen (z. B. große Varianz der Prüfquoten, keine bundeseinheitliche Auslegung von Strukturmerkmalen).

Fehlende gesetzliche Grundlagen: Die bestehende Praxis hat zum Teil keine gesetzliche Grundlage (z. B. sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung, Widerspruchsverfahren), die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist zum Teil widersprüchlich zu gesetzlichen Vorgaben (Aufwandspauschale bei sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfung).

Aufrechnung streitiger Forderungen: Durch die Praxis der Krankenkassen, streitige Forderungen mit anderen Fällen aufzurechnen, werden Krankenhäuser systematisch benachteiligt. Für Krankenkassen bestehen durch Liquiditätsvorteile hohe Anreize, Fälle streitig zu stellen, Krankenhäusern wird Liquidität entzogen.

2 Personal der Medizinischen Dienste Ende 2016. Quelle MDS 2017
3 Versichertenbezogene Beratungen und Begutachten der MDK für die GKV. Quelle MDS 2017

Finanzierung

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser leicht verbessert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss lag bei 61 Prozent, während der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei rund einem Zehntel liegt. Rund ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser hat nach Ergebnissen des DKI Krankenhausbarometers 2017 im Jahr 2016 Verluste geschrieben. Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen negativ aus. Ein Fünftel der Krankenhäuser (22 Prozent) erwartet im Jahr 2018 eine Verbesserung, 37 Prozent der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation. Die übrigen Krankenhäuser gehen von einer konstanten Entwicklung aus.

Jahresergebnis 2016 der Krankenhäuser

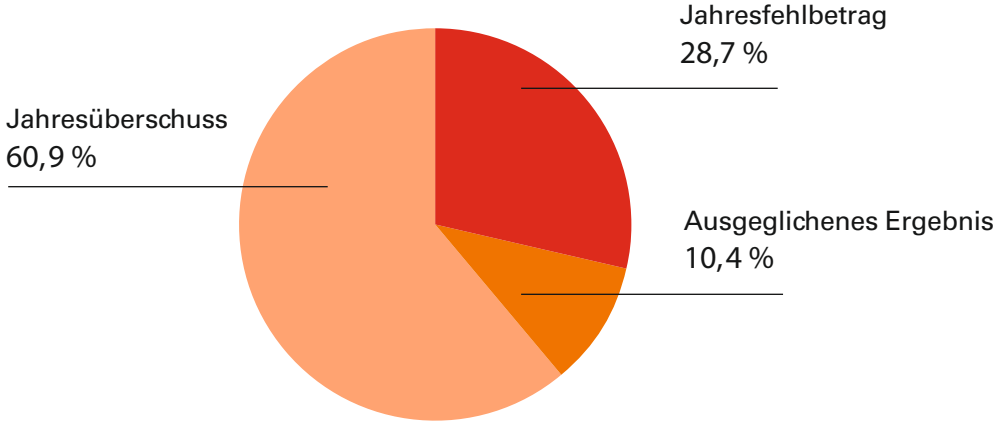
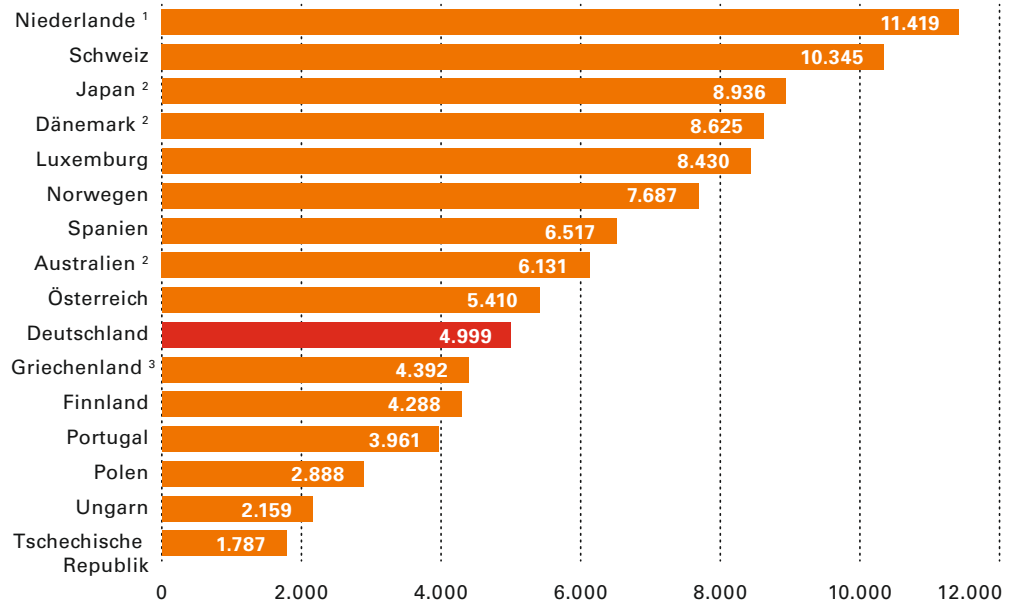


Abbildung 1: Jahresergebnis 2016 der Krankenhäuser. DKI-Krankenhausbarometer 2017.

Die Krankenhausversorgung in Deutschland verfügt über eine sehr hohe Effizienz. Dies belegt der internationale Vergleich der Krankenhauskosten. Günstiger ist die stationäre Versorgung nur in Griechenland, Finnland, Portugal, Polen, Ungarn und Tschechien.

Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014
(je Fall in Dollar)



Quelle: OECD Health Data
Anmerkungen: 1 Daten aus 2010; 2 Daten aus 2012; 3 Daten aus 2013

Abbildung 2: Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014 (je Fall in Dollar). Quelle OECD/DKG 2017.

Was gesamtgesellschaftlich wünschenswert sein mag, weil es den Anstieg der Gesundheitsausgaben bremst, führt im Krankenhaus selbst zu einem enormen Kosten- und Rationalisierungsdruck. Dies spiegelt sich auch in einer im internationalen Vergleich hohen Arbeitsverdichtung wider.

Patienten pro Pflegekraft-Relation

	Patienten zu Pflegefachkräften	Patienten zu Pflegegesamtpersonal
Niederlande	7,0	5,0
Deutschland	13,0	10,5

Quelle: RN4CAST-Studie, Aiken et al., 2012

Investitionsfinanzierung

Eine hochwertige patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer und baulicher Ausstattung möglich und erfordert beständige und hohe Investitionen in die Infrastruktur. Seit Jahren werden die Länder dieser Verantwortung nicht mehr gerecht: Jährlich haben Krankenhäuser einen Investitionsbedarf in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro. Den notwendigen Investitionen steht eine Investitionsförderung der Länder in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro gegenüber. Die auf Ländermitteln basierende Investitionsquote deutscher Krankenhäuser beträgt gegenwärtig nur rund 3,3 Prozent, während die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote bei 19,9 Prozent liegt. Jährlich besteht eine Investitionskostenlücke von rund 3,7 Milliarden Euro.

Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993

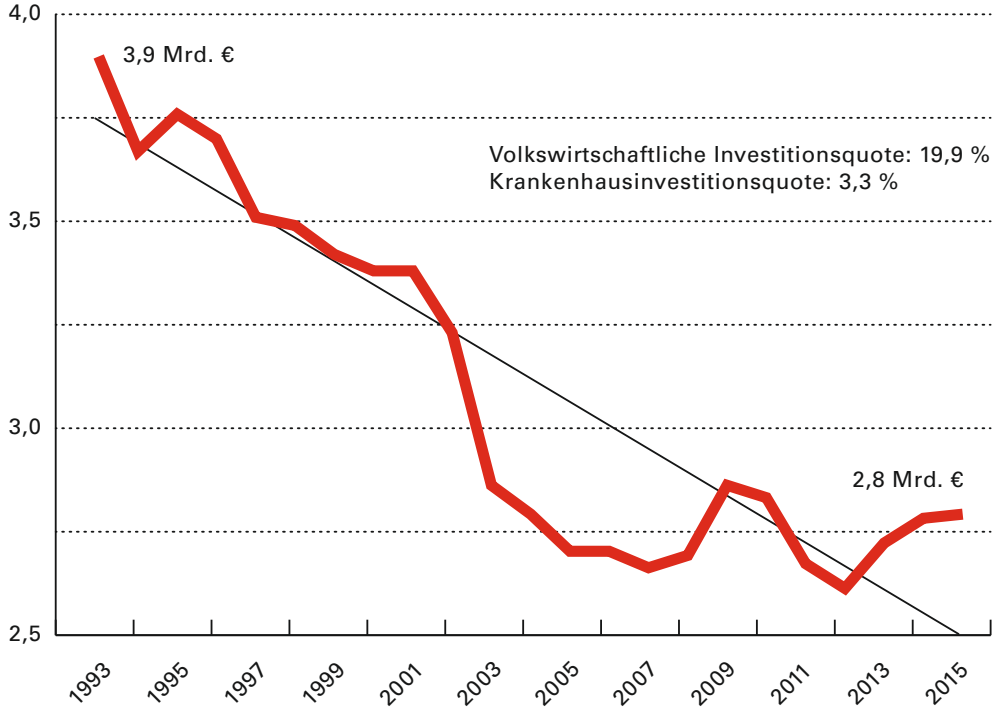


Abbildung 3: Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993. DKG 2017.

Der BDPK fordert, dass die Bundesländer ihre Verantwortung in der Investitionsfinanzierung endlich übernehmen. Dafür muss in jedem Land das vom InEK berechnete landesspezifische Investitionsvolumen erreicht werden. Andernfalls werden die Krankenhäuser weiterhin gezwungen, Mängelverwaltung zu praktizieren. Sie werden beispielsweise bei Sach- und Betriebskosten in den Bereichen Personal und Medizinprodukte auch widersinnige Einsparungen realisieren, um investitionsfähig zu werden.

Wenn Bundesländer ihre Verantwortung nicht übernehmen, muss aus Sicht des BDPK eine bundesweite Initiative dafür Sorge tragen. Ein denkbarer Ansatz: Die Investitionsmittel für die Krankenhäuser werden in gleichen Teilen vom Land, gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie vom Bund zur Verfügung gestellt. In eine auskömmliche Investitionsfinanzierung müssen auch die zusätzlichen Mehrkosten einer Digitalisierungsoffensive im Krankenhaus eingerechnet werden.

Orientierungswert

Derzeit wird die Entwicklung der Landesbasisfallwerte durch den Veränderungswert begrenzt, der im Zusammenspiel von Orientierungswert mit der Grundlohnrate errechnet wird. Auch für die Entwicklung des Gesamtbetrags für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sowie für besondere Einrichtungen ist der Veränderungswert als Obergrenze maßgeblich. Perspektivisch soll der Orientierungswert den Veränderungswert ablösen und als alleinige Begrenzung dienen.

Das Statistische Bundesamt veröffentlichte am 29.9.2017 den Orientierungswert des Jahres 2017 für 2018. Er beträgt 2,11 Prozent und setzt sich aus den Teilorientierungswerten für Personal- und Sachkosten zusammen. Der Teilorientierungswert für Personalkosten beträgt 2,73 Prozent und der Teilorientierungswert für Sachkosten 1,11 Prozent. Da der Orientierungswert die Veränderungsrate in Höhe von 2,97 Prozent unterschreitet, gilt gemäß § 10 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG die Veränderungsrate als Veränderungswert für das Jahr 2018.

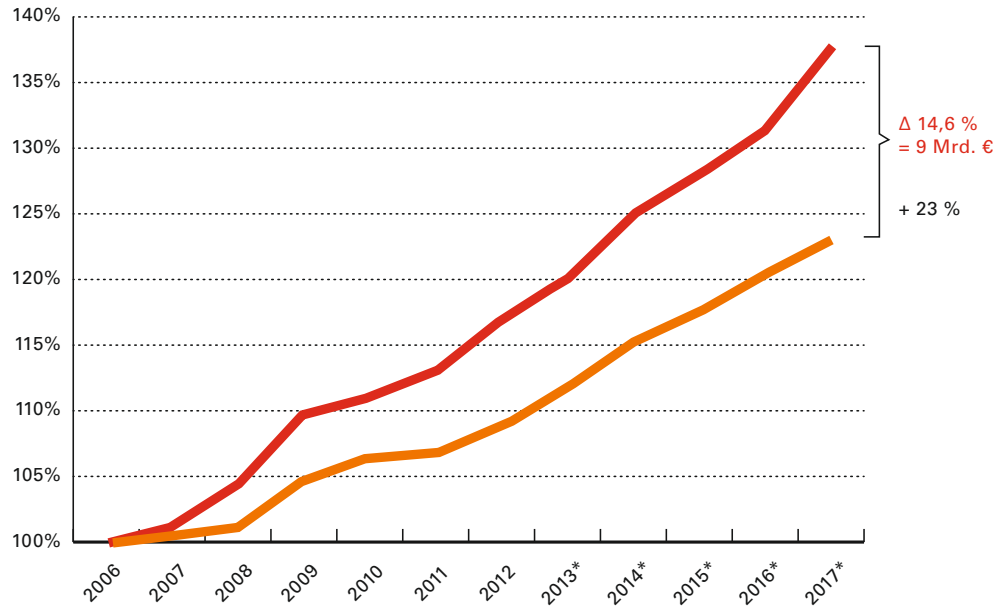
Orientierungswert (OW), Grundlohnrate (GLR) und Veränderungswert (VR) in den letzten Jahren:						
2012:	OW: 2,00 %	<	GLR: 2,03 %	–>	VR: 2,00 %	✗
2013:	OW: 2,02 %	<	GLR: 2,81 %	–>	VR: 2,81 %	✗
2014:	OW: 1,44 %	<	GLR: 2,54 %	–>	VR: 2,54 %	✗
2015:	OW: 1,57 %	<	GLR: 2,95 %	–>	VR: 2,95 %	✗
2016:	OW: 1,54 %	<	GLR: 2,50 %	–>	VR: 2,50 %	✗
2017:	OW: 2,11 %	<	GLR: 2,97 %	–>	VR: 2,97 %	✗

Bislang reicht die Methodik der Berechnung des Orientierungswerts nicht aus, um die Kostenentwicklung der Krankenhäuser abzubilden. Dies wird auch daran deutlich, dass der Orientierungswert seit seiner erstmaligen Berechnung in jedem Jahr unter der Grundlohnrate lag. Es bleibt abzuwarten, ob es gelingt, die Methodik zu verbessern. Sicher ist: Unvermeidbare Kostensteigerungen müssen vollständig in die Landesbasisfallwerte einfließen. Hierfür ist auch ein vollständiger Tarifausgleich dringend notwendig.

Tarifausgleich

Seit Jahren steigen die Löhne stärker als die durch die Grundlohnrate und den Orientierungswert zugelassenen Preiszuwächse. Allein im letzten Jahr lag die Unterdeckung der tariflichen Personalkosten bei rund einer Milliarde Euro. Insgesamt beläuft sich die Tariflohn-Erlös-Schere auf rund neun Milliarden Euro. Ausdrücklich ist deshalb das Bekenntnis zu einem vollständigen Tarifausgleich im Parteiprogramm der Union zu begrüßen.

Tariflohn-Erlös-Schere



*2013 inkl. quantitativer Berücksichtigung der Tarifrate und Versorgungszuschlag, 2014-16 inkl. Versorgungszuschlag, 2017 inkl. Pflegezuschlag und Tarifrate

Bislang werden die Kosten von Tarifabschlüssen hälftig finanziert, wenn durch den Abschluss die Veränderungsrate überschritten wird. Die Umsetzung erfolgt analog zu den bisherigen Mechanismen der Tarifrate aus dem Jahr 2013. Soweit die Tarifrate den Veränderungswert überschreitet, vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene eine Erhöhungsrate in Höhe des Unterschieds zwischen Tarifrate und Veränderungswert. Die anteilige Erhöhungsrate wird anschließend basiswirksam auf den Landesbasisfallwert angerechnet.

Im Jahr 2017 belief sich die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen auf 0,48 Prozent. Bei der Anwendung im Krankenhausentgeltgesetz geht der Gesetzgeber von einem durchschnittlichen Personalkostenanteil von 2/3 aus. Bei hälftiger Refinanzierung ergab sich 2017 so eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts um 1/3 der vereinbarten Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate, vgl. § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG), also von 0,16 Prozent. Im Anwendungsbereich der Bun-

despflegesatzverordnung liegt der Personalkostenanteil bei ca. 80 Prozent. Bei einer hälftigen Refinanzierung ist eine Erhöhung des Gesamtbetrags um 40 Prozent der Erhöhungsrate, also von 0,19 Prozent vorgesehen.

Der BDPK fordert einen vollen Tarifausgleich. Insbesondere vor Festlegung von Personalmindeststandards muss sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den permanenten Kostenzuwachs für ihr Personal zu 100 Prozent refinanziert bekommen. Ein nur hälftiger Ausgleich der Kosten von Tarifabschlüssen verstärkt den Unterfinanzierungseffekt von Jahr zu Jahr. Die diesbezügliche Absichtserklärung im Koalitionsvertrag, die vollen Tarifkosten refinanzieren zu wollen, stimmt optimistisch.

Fallpauschalenkatalog / PEPP-Entgeltkatalog

Am 1. September 2017 stellte das InEK den Partnern der Selbstverwaltung die Vorabversion des Fallpauschalenkatalogs 2018 sowie des PEPP-Entgeltkatalogs vor. Nach Beratungen der Fach- und Entscheidungsgremien wurden die Kataloge von der Selbstverwaltung vereinbart und auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Die Gesamtzahl der DRGs stieg um 37 Fallpauschalen an. Der Katalog für Hauptabteilungen umfasst jetzt 1.245 DRGs. Die DRGs im Katalog für belegärztliche Leistungen sind auf 824 angestiegen (2017: 814). Umbauten erfolgten durch die Teilung von Fallpauschalen im Bereich der Wirbelsäulenbehandlung und Beatmung. Die mit dem KHSG eingeführte Absenkung/Abstufung von Sachkosten wurde entsprechend der Vereinbarung der Selbstverwaltung auf 60 Prozent der Differenz zum einheitlichen Basisfallwert erhöht (2017: 50 Prozent). Zusätzlich wurden zwei neue Zusatzentgelte geschaffen, die der besseren Abbildung der Pflege im DRG-System dienen sollen. Der Vorschlag geht auf die Expertenkommission Pflege beim BMG zurück, die beschlossen hatte, zur Abbildung eines erhöhten Pflegeaufwands im DRG-System die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen/Pflegegraden zu verwenden.

Im Bereich des Psych-Entgeltsystems wurden im Vergleich zum Katalog des Vorjahres nur geringfügige Veränderungen vorgenommen. Die Anzahl der vollstationären PEPP ist von 34 auf 36 angestiegen. Zurückzuführen ist dies auf einen Umbau der PEPP im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zusätzlich wurden neue Anlagen für den durch das PsychVVG geschaffenen neuen Versorgungsbereich der stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen.

Zuletzt hat der Gesetzgeber häufiger nachträglich in die Kalkulationsautonomie des InEK eingegriffen und politisch motivierte Nachsteuerungen im DRG-System vorgenommen. Wichtige Beispiele hierfür sind die nachträgliche Absenkung von Sachkosten sowie die Absenkung/Abstufung von Bewertungsrelationen. Diese willkürlichen Eingriffe sind mit der Ausgestaltung des DRG-Systems als Preissystem nicht vereinbar und stellen die bestehende hohe Akzeptanz des DRG-Systems infrage. Der BDPK spricht sich zusätzlich dafür aus, einen Wechsel des DRG-Katalogs nur noch alle zwei Jahre durchzuführen, da er mittlerweile über einen hohen Reifegrad verfügt. Ein Katalogwechsel alle zwei Jahre erhöht zudem die Planungssicherheit der Krankenhäuser. Perspektivisch sollte dies auch für den PEPP-Katalog sowie den Katalog der Investitionsbewertungsrelationen angestrebt werden.

Defizitfinanzierung

Die Praxis öffentlicher Träger, negative Betriebsergebnisse ihrer Krankenhäuser aus Steuermitteln auszugleichen, ist für den BDPK seit Langem inakzeptabel. Der Bundesverband hatte sich aus diesem Grund gegen die Entscheidung des Landkreises Calw gewandt, den Kreiskliniken ein Defizit von 6 Millionen Euro sowie sämtliche zu erwartende Defizite in den Jahren 2013 bis 2016 auszugleichen.

Der BDPK konnte sich mit seiner Rechtsauffassung, dass zusätzliche Finanzhilfen außerhalb der regulären Krankenhausfinanzierung gegen das Verbot staatlicher Beihilfen im EU-Vertrag verstoßen, nicht durchsetzen. Danach sei es mit dem EU-Beihilferecht vereinbar, wenn Kommunen aus Steuermitteln Betriebskostenverluste öffentlicher Krankenhäuser ausgleichen. Bedingung dafür ist, dass das öffentliche Krankenhaus mit seinem Versorgungsauftrag in den Krankenhausplan aufgenommen ist und die formalen An-

forderungen, die die Europäische Kommission für einen Betrauungsakt aufgestellt hat, eingehalten werden.

Mit dieser Entscheidung wird der politisch gewollte Wettbewerb um die bestmögliche Patientenversorgung infrage gestellt. Der Gesetzgeber hat für Krankenhäuser wettbewerbliche Rahmenbedingungen definiert. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verlangt, dass Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert werden müssen, damit leistungsfähige, eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser die Bevölkerung zu sozial tragbaren Pflegesätzen versorgen können. Subventionen für öffentliche Krankenhäuser widersprechen diesen wettbewerblichen Rahmenbedingungen. Während kirchliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser gezwungen sind, bei der Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags wirtschaftlich zu handeln, gilt dies für öffentliche Krankenhäuser nicht. Die Trägervielfalt der Krankenhäuser in Deutschland, die gegenseitig in einem Wettbewerb um die beste Qualität ihrer Häuser und um Patienten stehen, ist gut und sinnvoll. Als Konsequenz daraus müssen jedoch für alle Kliniken die gleichen Bedingungen gelten, unabhängig davon, ob es sich um kommunale, kirchliche oder private Träger handelt. Subventionen verfälschen diesen Qualitätswettbewerb.

Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Im letzten Jahr hat die Ärzteschaft intensiv die Leistungslegenden für die neue GOÄ verhandelt. Deutliche Umgestaltung soll dabei das bisherige Kapitel E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ erfahren. So sollte zunächst die Berechnungsfähigkeit sämtlicher Leistungen dieses Bereichs in der stationären Behandlung gestrichen werden, was beispielsweise die Krankengymnastik, aber auch Leistungen der Logopädie betroffen hätte. Lediglich bestimmte Leistungen, die im Bereich physikalische Medizin von Ärzten persönlich erbracht werden, sollen im Kapitel F XIII „Konservative Orthopädie“ verortet werden und grundsätzlich für den Wahlarzt berechnungsfähig gemacht werden. Im Ergebnis würde dies die nahezu vollständige Abschaffung der Liquidationsfähigkeit therapeutischer Leistungen für den stationären Bereich in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bedeuten. Das hieße, Leistungen, die von Physiotherapeuten und in Form weiterer funktioneller Therapien im stationären Bereich erbracht werden, wären Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen und damit abgegolten.

Diese geplanten Änderungen berücksichtigen jedoch nicht den Mehrwert, der durch die besondere Expertise des Wahlarztes besteht. Bei stationärer akuter und auch rehabilitativer Behandlung hat der verantwortliche Arzt über die gesamte Behandlungsdauer bis hin zum Entlassungsgespräch die Fallführung inne. Auch ist die persönliche Leistungserbringung allein durch den Wahlarzt schon personell nicht möglich. Dieser ist gezwungen, die Leistungen mit seinem fachärztlichen Know-how an Mitarbeiter zu delegieren, die er anweisen, fachlich beaufsichtigen und evaluieren muss.

Die Abkopplung der Therapien als vermeintlich vom Wahlarzt unabhängige Leistung widerspricht dem Gedanken der Interdisziplinarität und wäre mit Qualitätseinbußen in der Patientenbehandlung verbunden. Zu befürchten sind z. B. der komplette Entfall der Frühmobilisation und vergleichbarer therapeutischer Leistungen, der Wegfall von Einzeltherapien sowie ergänzender, medizinisch sinnvoller Therapien in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen. Der BDPK kritisiert diese beabsichtigte Neuregelung ausdrücklich. Eine Leistungsverschlechterung stationärer Patienten kann nicht das Ziel der Neuverhandlung der GOÄ sein und muss verhindert werden. Eine GOÄ, die eine eindeutig bessere Versorgung der Privatversicherten im Verhältnis zu gesetzlich Versicherten wegnivelliert, liefert beste Argumente für die Einführung der Bürgerversicherung.

In vielen Gesprächen mit Politikern, verantwortlichen Verhandlungsführern von Bundesärztekammer und PKV-Verband und führenden Versicherungsunternehmen konnte zumindest die generelle Streichung der Abrechnungsfähigkeit im stationären Bereich erreicht werden. Nun sollen die Leistungen sowohl ambulant als auch stationär abrechnungsfähig sein, wenn sie vom Arzt selbst mit erbracht werden. Sehr unwahrscheinlich im klinischen Alltag. Wenn dieser Maßstab gelten soll, müssten nach Auffassung des BDPK die Ärzte auch bei den Laborleistungen deutliche Einschnitte hinnehmen. Denn die erbringen sie schließlich auch nicht selbst!

Qualität im Krankenhaus

Krankenhäuser in privater Trägerschaft engagieren sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung. Sie bieten der Öffentlichkeit einen transparenten und offenen Dialog im Rahmen von Qualitätsberichten, Qualitätsportalen (Qualitätskliniken.de) und Qualitätsinitiativen (IQM, SIQ!). Die aktuelle Praxis, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personaluntergrenzen, Mindestmengen und Abteilungsstrukturen zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung nicht gerecht. Der BDPK setzt sich daher für die Entwicklung sinnvoller Qualitätsinstrumente mit einem Fokus auf die Ergebnisqualität sowie für die Gewährleistung hoher Behandlungsqualität und Patientensicherheit ein.

Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ!)

Die Stiftung Initiative Qualitätskliniken ist eine gemeinsame Dachorganisation der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und Qualitätskliniken.de (4QD). Ziel der SIQ! ist die aktive Begleitung der Gesetzgebung zur Etablierung von Qualitätssicherung und Methoden der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung von Krankenhausleistungen. Experten beider Gründungsinitiativen der SIQ! schließen sich dazu in Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen zusammen.

Arbeitsgruppen der SiQ!

Abbildung 5: eigene Darstellung

Qualitätsverträge

Im KHSG ist festgelegt, dass Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen künftig in vier vom G-BA festzulegenden Leistungen oder Leistungsbereichen mit den Krankenhausträgern befristete Qualitätsverträge nach § 110 a SGB V erproben können. Im Mai 2017 hatte der G-BA folgende Leistungen bzw. Leistungsbereiche zur Erprobung von Qualitätsverträgen bestimmt:

- Endoprothetische Gelenkversorgung,
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten,
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

Mit Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich durch die Vereinbarung von Anreizen eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen lässt. Bis zum 31.7.2018 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) bundeseinheitlich für die Vertrags-

parteien die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge zu vereinbaren.

Der BDPK-Fachausschuss Krankenhäuser hat die Neuregelungen im letzten Berichtszeitraum intensiv diskutiert. Die privaten Krankenhausträger stehen der Erprobung neuer selektivvertraglicher Modelle zur Qualitätsverbesserung aufgeschlossen gegenüber. In den verbindlichen Rahmenvorgaben müssen klare Anreize für den Abschluss dieser Verträge existieren und der Kostenrahmen sowie die Kostenerstattung ausreichend geklärt sein. Auch muss sichergestellt werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen nicht zu einem unnötig hohen Dokumentationsaufwand in den Kliniken führt.

Qualitätszuschläge und -abschläge

Mit dem KHSG ist der G-BA beauftragt worden, bis zum 31.12.2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Zudem soll er ein Verfahren regeln, das es den Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Bis zum Ablauf der gesetzlichen Frist konnte in der Selbstverwaltung keine Einigung hinsichtlich der Leistungen/Leistungsbereiche erzielt werden. Der G-BA hat deshalb die Beratungen zum Entwurf der „Richtlinie über qualitätsabhängige Vergütung für Krankenhäuser“ vorerst zurückgestellt. In der Diskussion sind der Leistungsbereich „hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ sowie die herzchirurgischen Leistungsbereiche gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL). Nach Festlegung der Leistungsbereiche müssen der GKV-SV, der PKV-Verband und die DKG die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszuschlägen und -abschlägen auf der Grundlage der Vorgaben des G-BA vereinbaren (Frist aus dem KHSG: 30.6.2018). Kommt die Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle.

Zur Verbesserung der Qualität in Krankenhäusern eignet sich nach Ansicht des BDPK ein Anreiz- und Belohnungssystem weitaus besser als ein Bestrafungssystem. Verfahren einer qualitätsorientierten Vergütung sind sinnvoll und private Klinikträger stehen solchen Modellprojekten offen gegenüber. Wichtig bleibt dabei, die Qualitätsindikatoren vor allem auf die Messung von Ergebnisqualität auszurichten.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Mit dem KHSG hatte der G-BA den Auftrag erhalten, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind. Anhand von diesen sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll über den Verbleib von Krankenhäusern im Krankenhausplan entschieden werden. Sie werden Bestandteil des Krankenhausplans, sofern die Länder deren Geltung nicht ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken. Bisher hat der G-BA elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie beschlossen. Im Mai 2017 hatte der G-BA das IQTIG damit beauftragt zu prüfen, ob sich aus den vorhandenen Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität sowie aus den Mindestmengenregelungen weitere planungsrelevante Qualitätsindikatoren ableiten lassen. Seinen wissenschaftlichen Abschlussbericht soll das IQTIG bis April 2018 vorlegen.

Der BDPK spricht sich ausdrücklich für einen stärkeren Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung in der Krankenhausplanung aus. Bei den bisherigen Qualitätsindikatoren muss jedoch noch nachgebessert werden. Denn es handelt es sich ausschließlich um Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität, die zum Teil bereits als Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung umstritten waren. Um die tatsächliche Versorgungsqualität in Krankenhäusern abbilden zu können, müssen aussagefähige und risikoadjustierte Indikatoren der Ergebnisqualität genutzt und ggf. neu entwickelt werden. Damit eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sinnvoll und justiziabel etabliert werden kann, muss sie durch eine fundierte Evaluation begleitet werden, die unter Einbeziehung der Krankenhäuser die Wirksamkeit und Probleme im laufenden Betrieb aufnimmt und Verbesserungsprozesse anstößt.

Innovationsfonds

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der G-BA den Auftrag, neue Versorgungsformen zu fördern. Als innovativ und damit förderungswürdig gelten solche Projekte, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung abzielen. Der beim G-BA eingerichtete Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

Innovationsfonds

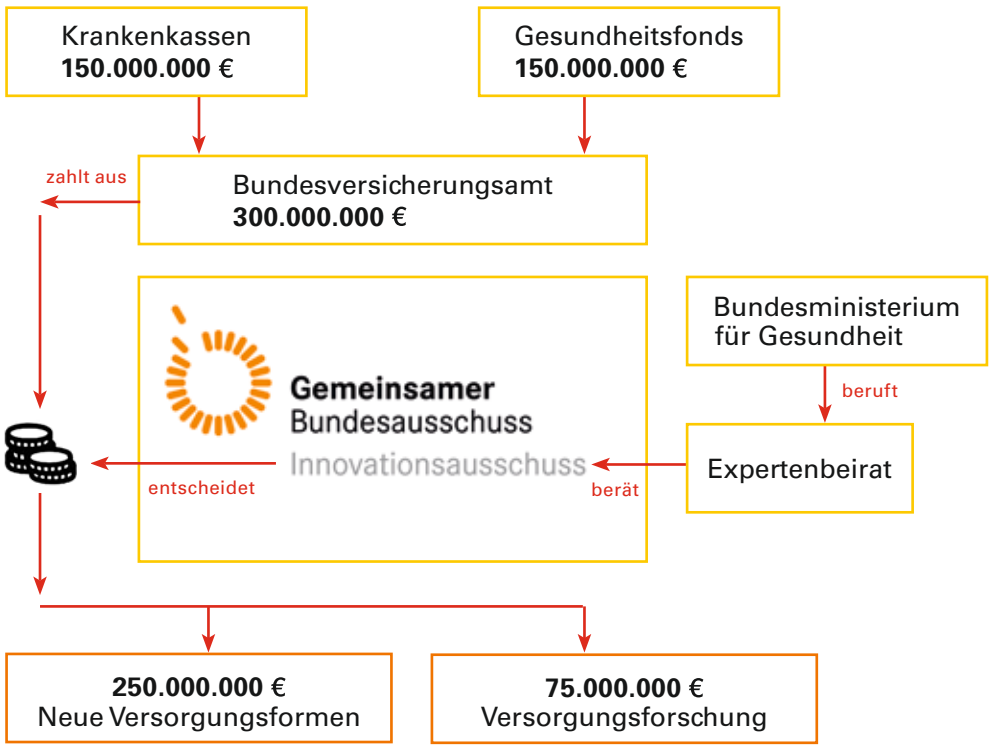


Abbildung 6: Eigene Darstellung nach vdek 2015

In den Jahren 2016 und 2017 hat der Innovationsausschuss die Förderung von 55 Projekten aus dem Bereich neue Versorgungsformen, 112 Projektanträge zur Versorgungsforschung und vier Projektanträge zur Evaluation von Selektivverträgen beschlossen. Die wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds mit Blick auf dessen Eignung zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung ist gesetzlich verankert. Das BMG hat die Auswertung im Sommer 2017 öffentlich ausgeschrieben und soll dem Deutschen Bundestag dazu bis zum 31.3.2019 einen Zwischenbericht übersenden. Bis zum 31.3.2021 soll das BMG einen abschließenden Bericht vorlegen.

Unter den bereits geförderten Projekten befinden sich mit der Universität Marburg und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH zwei Kliniken aus privater Trägerschaft sowie die Technische Universität Dresden in Kooperation mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

Der BDPK befürwortet die Förderung innovativer Projekte, die der unmittelbaren Patientenversorgung dienen und tauscht sich in den BDPK-Fachausschüssen regelmäßig zu möglichen Projekten und Kooperationen aus. Leider fehlt es dem Entscheidungsprozess bei der Vergabe aktuell an Transparenz. So ist das Votum des Expertenbeirats, der bei jedem Projektantrag eine Empfehlung für die Förderentscheidung abgibt, geheim. Auf Grundlage der Expertenempfehlung entscheidet der Innovationsausschuss über die Projektanträge. Weicht der Innovationsausschuss vom Votum des Expertenbeirats ab, muss er dies schriftlich begründen. Allerdings werden sowohl die Meinung der Experten als auch die schriftliche Begründung nicht veröffentlicht.

Aktion Saubere Hände

Abbildung 7: Logo Aktion Saubere Hände. Quelle ASH 2017.

Seit 2014 unterstützt der BDPK die „Aktion Saubere Hände“ mit einer jährlichen Spende und setzt so ein starkes Zeichen für Händehygiene in deutschen Krankenhäusern. Die weltweit zu den größten Kampagnen zählende Gesundheitsinitiative zur Verbesserung des Händehygieneverhaltens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Medizin rückt die Händedesinfektion in der Patientenversorgung nachhaltig in den Fokus der breiten Öffentlichkeit. Mit Informationen für Patienten und Angehörige leistet die Aktion einen erfolgreichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. Nach zehn Jahren bundesweiter Akzeptanz der „Aktion Saubere Hände“ konnte sich die Händedesinfektion mittlerweile als fester Qualitätsparameter in den mehr als 2.300 teilnehmenden Einrichtungen etablieren und als effektivste Methode zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und Übertragungen durchsetzen.

Digitale Prozesse und moderne IT-Infrastruktur

Digitalisierung und E-Health bieten großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung. Digitale Prozesse und eine moderne einheitliche IT-Infrastruktur erleichtern die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten, entlasten die Verwaltung und geben den Mitarbeitern in Krankenhäusern mehr Zeit für die Versorgung von Patienten. Schon heute ist Krankenhausversorgung ohne eine funktionierende Informationstechnik in Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik, Dokumentation und Abrechnung nicht denkbar. Im Vergleich zu anderen Branchen bestehen im Gesundheitswesen jedoch noch erhebliche Nachholbedarfe und Potenziale durch den Einsatz von IT. Mit neuen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit entstehen zudem auch neue Risiken für Krankenhäuser. Um Chancen der Digitalisierung nutzen zu können und Risiken gleichzeitig abzusichern, sind Investitionen in eine moderne IT-Infrastruktur dringend notwendig. Krankenhäuser benötigen hierfür Mittel. Gemeinsam mit der DKG fordert der BDPK deshalb einen Digitalisierungszuschlag für Krankenhäuser in Höhe von zwei Prozent.

Telematikinfrastruktur

Eine einheitliche, flächendeckende Telematikinfrastruktur (TI) ist geeignet, viele Hindernisse beim Einsatz informationstechnischer Anwendungen zu lösen und wird vom BDPK dringend gefordert. Der Zeitplan für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurde durch das E-Health-Gesetz Anfang 2016 festgelegt. Das E-Health-Gesetz richtete sich allerdings vor allem auf den vertragsärztlichen Bereich und stellte Krankenhäuser in die „zweite Reihe". Für den vom BMG angekündigten zweiten Teil des E-Health-Gesetzes fordert der BDPK, die Berücksichtigung folgender Punkte:

- Digitalisierungszuschlag für Krankenhäuser und Reha-Kliniken in Höhe von 2 Prozent.
- Vereinfachung bzw. Abbau des föderalen Datenschutzes (EU-Datenschutzgrundverordnung).
- Klare und verbindliche Regelungen zu Opt-In und Opt-Out beim Thema Nutzung von Big Data.
- Refinanzierung bzw. Förderung zur Umsetzung der Rechtsverordnung (Korb 2) des IT-Sicherheitsgesetzes.
- Telemedizin/Teleradiologie: Explizite Freigabe für bundesweite Kooperationen in den Bereichen Telemedizin und Teleradiologie.
- Ermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung eigener telemedizinischer Leistungen, die Berücksichtigung der Krankenhäuser bei telemedizinischen Konsiliarleistungen.
- Die Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere, nicht in § 291a SGB V aufgeführte Gesundheitsdatendienste. Vorschlag der BDPK-FAG zur Zwischenlösung „TI-Ready".
- Einheitliche, öffentliche IT-Schnittstellen (Reha und KH).
- Die bestehenden Netze von Krankenhausverbünden müssen mit einem zentralen Zugangspunkt in die Telematikinfrastruktur eingebunden werden können.

IT-Sicherheitsgesetz und Refinanzierung

Das IT-Sicherheitsgesetz trat bereits am 25.7.2015 in Kraft. Mit dem Gesetz werden Mindeststandards und Meldepflichten für kritische Infrastrukturen – wie zum Beispiel der Strom- und Wasserversorgung, Finanzen, Ernährung und dem Gesundheitswesen festgelegt. Die Festlegung der spezifischen Regelungen für das Gesundheitswesen erfolgte per Rechtsverordnung am 21.6.2017. Hierdurch wurde festgelegt, nach welchen Kriterien Einrichtungen als sicherheitskritisch gelten und welche Maßnahmen im Meldewesen von solchen sicherheitskritischen Einrichtungen umzusetzen sind.

- **Schwellenwert:** Der Schwellenwert wurde auf 30.000 vollstationäre Behandlungsfälle festgelegt. Krankenhäuser die diesen Schwellenwert im Jahr 2016 überschritten haben, müssen bereits ab 30.12.2017 erste Verpflichtungen zum Meldeverfahren umsetzen.

- **Anforderungen an kritische Infrastrukturen:** Meldung kritischer Infrastrukturen, Einrichtung einer Kontaktstelle, Meldepflichten, Maßnahmen zum Schutz der informationstechnischen Systeme.

Die Facharbeitsgruppe IT des BDPK bereitete sich intensiv auf die Umsetzung der Anforderungen des IT-Sicherheitsgesetzes vor und diskutierte mit Vertretern des Bundesministeriums des Innern die Rechtsverordnung für das Gesundheitswesen sowie Anforderungen an die IT-Sicherheit in Krankenhäusern. Dringend notwendig und vom BDPK gefordert ist die Refinanzierung der notwendigen Investitionen zur Umsetzung der Rechtsverordnung.

EU-Datenschutzgrundverordnung

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ist bereits im Mai 2016 in Kraft getreten und gilt ab dem 25. Mai 2018 in Deutschland. Als EU-Verordnung gilt sie unmittelbar und branchenübergreifend. Wichtige Neuerungen für Krankenhäuser stehen schon fest: So werden Anpassungen bei der Datenverarbeitung im Auftrag und bei der Umsetzung der sogenannten Datenschutz-Folgenabschätzung notwendig. Die Neuerungen für Krankenhäuser lassen sich derzeit noch nicht abschließend einschätzen. Der deutsche Gesetzgeber ist sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene noch beschäftigt, die bestehenden Regelungen zum Datenschutz auf die Vereinbarkeit mit der DS-GVO zu prüfen und anzupassen.

Umsetzungshinweise werden in einer Arbeitsgruppe der DKG erarbeitet, an der auch der BDPK beteiligt ist. Zusätzlich diskutierte die Facharbeitsgruppe IT des BDPK die Neuerungen der EU-Datenschutzgrundverordnung in einem Schwerpunktworkshop. Die Facharbeitsgruppe betont: Wichtig ist, dass die EU-Datenschutzgrundverordnung auch als Chance genutzt wird, das föderale sehr heterogene deutsche Datenschutzrecht zu vereinheitlichen.

Studien zu Krankenhausprivatisierungen

Im Berichtszeitraum erschienen mehrere Studien, die sich den Effekten von Krankenhausprivatisierungen widmen und den Unterschied von privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern zum Gegenstand haben.

Erfolg der Privatisierung von Krankenhäusern

Die Studie „Erfolg der Privatisierung von Krankenhäusern – eine Einschätzung aus der Sicht ehemaliger öffentlicher Krankenhausträger“ befragte 99 Vertreterinnen und Vertreter von ehemaligen öffentlichen Trägern, die ihr Krankenhaus in den Jahren 2003 bis 2013 an einen privaten Eigentümer verkauft hatten. Vor und nach der Privatisierung wurden die Vertreter hinsichtlich der Ziele und möglicher Auswirkungen der Privatisierung auf die medizinische Versorgung in der Region, die Qualität der medizinischen Behandlung sowie auf den Umgang mit den Mitarbeitern anonym und schriftlich befragt.

Im Ergebnis stellen die Autoren keine negativen Effekte der Privatisierung fest. Sie resümieren, dass die unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser aus Krankenkassenbeiträgen (Betriebskosten) und durch die Ländermittel (Investitionskosten) maßgeblich zum Privatisierungsdruck beiträgt. Wenn jedoch privatisiert wurde, hatte dies aus Sicht der ehemaligen Träger keinerlei negativen Effekte. Die Einschätzungen der ehemaligen Träger weisen eine statistisch überprüfte Übereinstimmung auf. Die mit einer Privatisierung verbundenen Erwartungen und Ziele werden prinzipiell als erfüllt wahrgenommen.

PwC-Analyse: Krankenhäuser im Vergleich, Finanz- und Leistungskennzahlen

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) wertete für einen im Juni 2017 veröffentlichten Vergleich der Finanz- und Leistungskennzahlen nach Trägerschaft die Kennzahlen von rund 100 deutschen Krankenhäusern aus. Demnach lagen in öffentlichen Kliniken die Ausgaben für Personal und Material 2015 bei durchschnittlich 95 Prozent des Umsatzes. Private und kirchliche Krankenhäuser arbeiten laut der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft deutlich effizienter. Bei ihnen betrug der Aufwand für Personal und Material nur 88 bzw. 89 Prozent. Während bei öffentlichen Häusern 50 Euro blieben, um beispielsweise Instandhaltungen vorzunehmen, waren dies bei nichtöffentlichen Häusern im Schnitt mehr als 100 Euro. Die Studie führte zu folgenden weiteren Ergebnissen:

- Öffentliche Häuser setzen mit 4 Vollzeitkräften je 1.000 Behandlungsfälle mehr Personal ein als private und freigemeinnützige (jeweils 3,8).
- Öffentliche Kliniken haben die höchste Auslastung.
- Der Anlagenabnutzungsgrad ist 2015 bei öffentlichen Häusern geringer als bei privaten Kliniken.
- Die Investitionen privater Krankenhäuser sind am höchsten.
- Fremdkapitalquote und Kapitalkosten sind bei öffentlichen Krankenhäusern höher als bei freigemeinnützigen und privaten Kliniken.

Private Krankenhäuser investieren am meisten

Investitionsquote

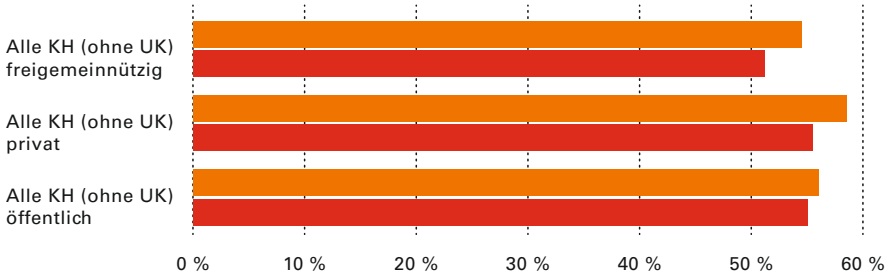


Abbildung 9: Krankenhäuser im Vergleich. Finanz- und Leistungskennzahlen. PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2017.

UEHP-Factbook

Die Bedeutung privater Krankenhäuser für das europäische Gesundheitswesen ist Gegenstand des Faktenbuchs „Private Hospitals in Europe: Supporting Sustainable Health Systems“, das am 7.11.2017 im Europäischen Parlament in Brüssel der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Abbildung 10: Vorstellung des UEHP-Factbooks am 7.11.2017 im Europäischen Parlament. UEHP 2017.

Die von der European Union of Private Hospitals (UEHP) in Auftrag gegebene Publikation basiert auf der Auswertung und Darstellung relevanter Daten des europäischen Krankenhausmarktes mit dem Ziel einer wissenschaftlich fundierten Bewertung europäischer Kliniken in privater Trägerschaft.

Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung

Die BDPK-Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 Gewerbeordnung (GewO) hat die Umsatzsteuerfreiheit für reine Privatkliniken zum Ziel.

Zur Unterscheidung von umsatzsteuerbefreiten und umsatzsteuerpflichtigen Kliniken wird nach einer Auslegungshilfe des Bundesfinanzministeriums die Entgelthöhe der Belegungstage betrachtet. Für eine Umsatzsteuerfreiheit muss der Anteil der Belegungstage, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet wurde, bei mindestens 40 Prozent liegen.

Die Betrachtung der Entgelthöhe ist aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Finanzierung von Krankenhäusern nach § 108 SGB V und reinen Privatkliniken nach § 30 GewO nicht sachgerecht und führt in der Praxis zu zahlreichen Problemen:

- **Jährlich wechselnde Steuerpflicht:** Erst am Ende eines Geschäftsjahres kann festgestellt werden, ob die Leistungen einer Klinik umsatzsteuerpflichtig oder umsatzsteuerfrei waren. Das führt zu einer erheblichen Planungsunsicherheit in den Kliniken.
- **Unterschiedliche Handhabung:** Die Beurteilung der Steuerpflicht wird von den jeweiligen Finanzämtern bundesweit unterschiedlich gehandhabt. Hier ist eine einheitliche Lösung dringend notwendig.
- **Bürokratischer Mehraufwand:** Dieser entsteht sowohl den Kliniken als auch den Finanzbehörden aufgrund der unter Umständen jährlich wechselnden Steuerpflicht. Zum Teil warten Kliniken über Jahre auf ihre Steuerbescheide.
- **Teilweise keine Erstattung:** Einige private Krankenversicherungen erstatten den Kliniken die angefallene Umsatzsteuer nicht.

- **Widerspruch zum Europarecht:** Der Gesetzgeber hatte die 40-Prozent-Regelung im Jahressteuergesetz 2009 ganz bewusst abgeschafft, um Bürokratie abzubauen und um den gemeinschaftsrechtlichen Grundsatz der steuerlichen Neutralität der Umsatzsteuersystemrichtlinie in deutsches Recht umzusetzen.

Diese Probleme hat der BDPK gegenüber der Politik immer wieder verdeutlicht und sich für eine Änderung des Umsatzsteuerrechts oder der Auslegungshilfe positioniert. Statt auf das Entgelt abzustellen, sollte die Umsatzsteuerbefreiung reiner Privatkliniken vom Charakter der Leistung und ihrer medizinischen Notwendigkeit abhängig sein. Reine Privatkliniken und öffentliche oder zugelassene Krankenhäuser erbringen die gleichen Leistungen: sie führen medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen unter den gleichen ärztlich-therapeutischen Methoden durch. Reine Privatkliniken unterscheiden sich in ihren Strukturen auch nicht von den Einrichtungen, die zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind. Nur durch eine Änderung der aktuellen Situation kann der erhebliche Verwaltungsaufwand für Klinken und Finanzbehörden beseitigt, Rechtssicherheit geschaffen und das Europarecht richtlinienkonform in nationales Recht umgesetzt werden. Seit 2017 verfolgt der BDPK dieses Ziel in einer gemeinsamen Initiative mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

3. Rehabilitation

Die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland verändert sich massiv. Neben dem steigenden Lebensalter der Patienten verändert sich die Versorgung durch den medizinischen Fortschritt, der dafür sorgt, dass schwere Erkrankungen heute immer besser behandelbar werden. Auch wenn die Patienten immer älter werden. Kranke Menschen werden zudem von immer spezialisierteren Experten immer weniger ganzheitlich behandelt. Die stationäre Krankenhausbehandlung wird ebenfalls immer kürzer. Die Verweildauer im Krankenhaus hat sich seit der Jahrtausendwende auf sieben Tage nahezu halbiert. Aber auch gesellschaftliche Entwicklungen, wie eine ständig steigende Zahl von Singlehaushalten, verändern die Anforderung an unser Gesundheitswesen. Aus diesen Gründen wird es immer wichtiger, Patienten im Anschluss an die Akutbehandlung Hilfestellungen zu geben, um ihnen die Rückkehr in Alltag, Gesellschaft und Beruf zu erleichtern. Dafür wird die medizinische Rehabilitation immer wichtiger.

Voraussetzung für eine gut funktionierende Rehabilitation ist ein medizinisch bedarfsgerechter Zugang zu diesen Leistungen. Diese Anforderung ist bis heute nicht erfüllt. Die Kriterien, nach denen Patienten Rehabilitationsleistungen erhalten, sind zu wenig transparent und erfolgen teilweise kosten- oder budgetgesteuert. Ein weiterer Schwerpunkt muss auf eine verbesserte Qualitätsorientierung gelegt werden. Es muss sich für die Rehabilitationsanbieter lohnen, in bessere Qualität zu investieren. Sie müssen dies durch eine gute Vergütung und eine bessere Belegung mit Patienten spüren. Dazu bedarf es neuer Initiativen, die Qualität vergleichbar machen. Mit dem Reha-Klinik-Vergleichsportal von Qualitätskliniken.de kann das gelingen.

Der BDPK wird sich in der kommenden Legislaturperiode weiterhin dafür einsetzen, dass bestehende gesetzliche Normen für die medizinische Rehabilitation auch entsprechend angewendet werden. Dies gilt für die leistungsgerechte Vergütung einschließlich der notwendigen Finanzierung von Investitionen und für gesetzeskonforme Belegungsentscheidungen der Reha-Träger. Die einzelnen Positionen sind im Kapitel 1 ab Seite 21 dargestellt.

Diese vordringlichen Ziele finden sich auch in dem im Juni 2017 veröffentlichten Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion wieder. „Prävention vor Rehabilitation vor Rente und Pflege“ wird darin als wegweisender Grundsatz für die 19. Legislaturperiode formuliert und in der gesundheitspolitischen Arbeit weiterverfolgt werden. Das werden wir konsequent einfordern!

Rahmenbedingungen weiter verbessern

Reha vor Pflege

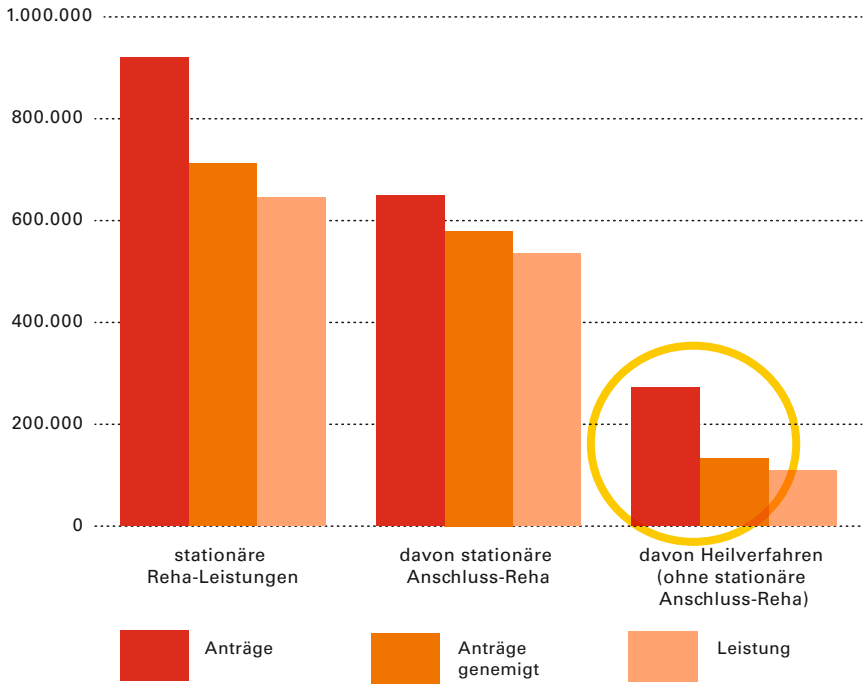
Ein vereinfachter, bedarfsgerechter Zugang zu medizinischer Rehabilitation ist für viele Menschen eine wirksame Hilfe, wenn sie von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Aktuell sind die Reha-Rahmenbedingungen allerdings so gestaltet, dass Krankenkassen keine Anreize haben, medizinische Rehabilitation zu Gunsten ihrer Versicherten zu bewilligen. Mit seinen ständigen Hinweisen auf die mangelhafte Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ hat der BDPK erreicht, dass der Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen verbessert wurde. Obwohl der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bereits seit Jahren verpflichtet ist, hier im Rahmen der Begutachtung zur Bedarfsfeststellung von Pflegeleistungen auch den Bedarf an Rehabilitationsleistungen zu prüfen, wurden diese nur in sehr geringer Zahl empfohlen. Hier hat der Gesetzgeber nachgebessert und den MDK im Pflegestärkungsgesetz II zu einer strukturierten Begutachtung von Reha-Bedarfen verpflichtet. Feststellbar ist eine deutlich höhere Quote von Reha-Empfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung. Die politische Erwartung ist dergestalt formuliert, dass ca. 6 Prozent aller begutachteten Menschen eine Reha-Empfehlung durch den MDK erhalten.

Nach wie vor unzureichend und unterversorgt mit medizinischen Rehabilitationsleistungen sind jedoch die Versicherten, die zwar von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, die aber noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben und die nicht im Krankenhaus behandelt wurden. Sie befinden sich in der Regel in hausärztlicher Behandlung und eine deutliche Verschlechterung ihres Zustandes und ihrer Selbstversorgungskompetenz ist feststellbar. Ihre Hausärzte haben mit erheblichen Barrieren zu kämpfen, damit diese Versicherten notwendige Reha-Leistungen erhalten.

Dies belegt auch die Statistik: Von den Reha-Anträgen bei der GKV wurden 2016 insgesamt wie im Vorjahr 17 Prozent abgelehnt. Die Ablehnungsquote bei der Anschlussrehabilitation belief sich auf 9 Prozent, bei den sogenannten Heilverfahren, also nicht im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, sondern aus der niedergelassenen

ärztlichen Versorgung heraus, auf 38 Prozent (2015: 37 Prozent). Rund 30 Prozent der Antragsteller haben Widerspruch eingelegt. Davon waren knapp die Hälfte erfolgreich.

GKV 2016



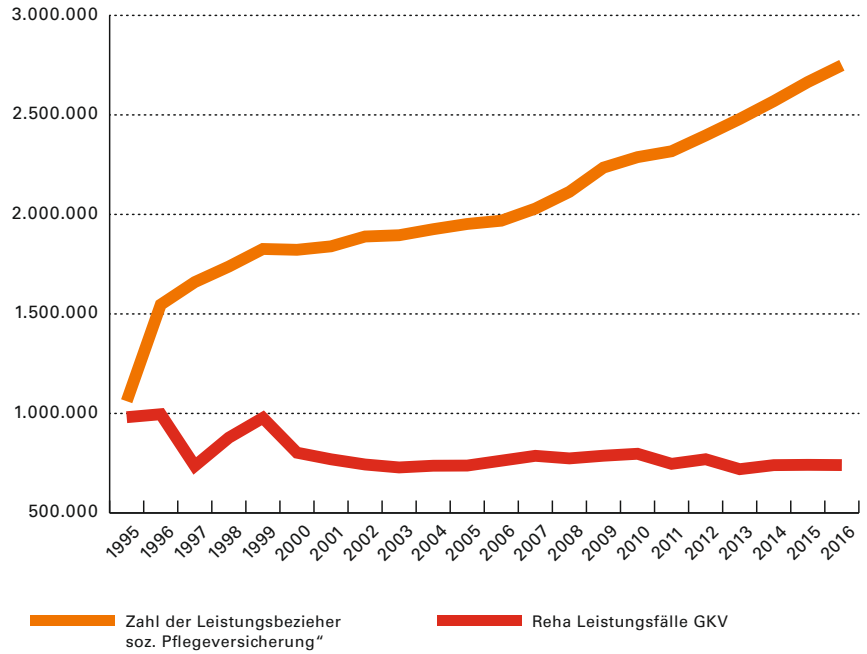
GKV Statistik. Quelle: BMG KG 5

Diese Zahlen weisen darauf hin, dass rehabilitative Potenziale zur Vermeidung bzw. Verschiebung von Pflegebedürftigkeit noch immer nicht frühzeitig durch die Einleitung notwendiger Rehabilitationsleistungen gesichert werden.

Eine vom Patientenbeauftragten in Auftrag gegebene Studie „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ zeigt ebenfalls, dass das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen intransparent ist. Die Analyse des IGES Instituts stellte bei der Bewilligung und Ablehnung von Leistungsanträgen teils erhebliche, nicht nachvollziehbare Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und den unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen fest. Der Patientenbeauftragte forderte deshalb die Krankenkassen auf, ihren Informationspflichten besser nachzukommen und Leistungen, auf die ein Anspruch besteht, auch zu bewilligen.

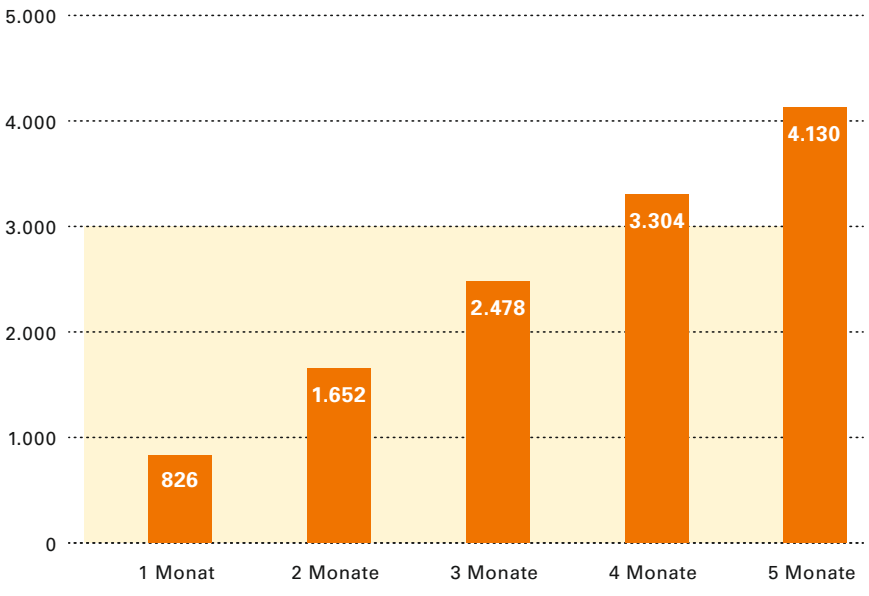
Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit kosten zunächst Geld. Jedoch hat sich diese Leistung nach viermonatiger Verschiebung der Pflegeleistungen amortisiert (s. Abb. Seite 78). Neben diesem wirtschaftlichen Aspekt hat eine Reha-Leistung für den Einzelnen den großen Effekt, unabhängig von fremder Hilfe länger im häuslichen Umfeld wohnen zu können. Deshalb fordert der BDPK eine Verbesserung des Reha-Zugangs über ein Direktverordnungsrecht durch die niedergelassenen Hausärzte für alle von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen. Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung sieht einen ersten Schritt in diese Richtung vor: Vertragsärzte erhalten künftig für pflegende Angehörige ein Direktverordnungsrecht für erforderliche Reha-Leistungen.
Die Sicherung des bedarfsgerechten und frühzeitigen Zugangs zu Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bleibt damit auch in der kommenden Legislaturperiode ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld.

Stagnierende Anzahl der Reha-Leistungen der GKV



Stagnierende Anzahl der Rehabilitationsleistungen der GKV, trotz steigender Zahl der Pflegebedürftigen. Quelle: BMG

Reha vor der Pflege



monatliche durchschnittl. Ausgaben der Pflegeversicherung pro Leistungsempfänger in Euro

Reha

Reha vor Pflege. Quelle: BMG

Pflegekosten: 826 Euro je Monat durchschnittlich
Rehaleistung einmalig: 3.000 Euro

Die Abbildung zeigt: Verschiebt sich die Pflegebedürftigkeit um vier Monate, haben sich die Ausgaben für eine medizinische Rehabilitationsleistung amortisiert. Jeder weitere Monat verschobener Pflegebedürftigkeit bringt Einsparungen für die Pflegeversicherung.

Wunsch- und Wahlrecht

Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz können gesetzlich Krankenversicherte eine Rehabilitationseinrichtung wählen und die ggf. entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Liegt jedoch ein berechtigter Wunsch nach einer bestimmten Einrichtung gemäß § 9 SGB IX aufgrund beispielsweise medizinischer, familiärer oder persönlicher Lebenssituation vor, so sind diese sogenannten Mehrkosten von der Krankenkasse zu übernehmen. Die DAK und einige andere Krankenkassen nutzen diese Regelung dazu, bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts, immer Mehrkosten von den Versicherten zu verlangen im Gegensatz zu jenen Kliniken, die nicht als Wunsch genannt werden und bei denen nicht deutlich wird, wie der Vergütungssatz ist bzw. ob sie geeignet wären. Die DAK verpflichtet darüber hinaus ihre Versicherten, als Selbstzahler in die Wunschklinik zu gehen und im Nachhinein die Rechnung bei der Krankenkasse zur Erstattung der anteiligen Kosten geltend zu machen. Dieses Verhalten hat der BDPK beim Bundesversicherungsamt (BVA) zur Prüfung vorgelegt. Das BVA hat die Rechtsauffassung des Verbandes bestätigt und festgestellt:

- **Transparenz über die Antrags-Prüfentscheidung**
  Die Versicherten müssen aus dem Bescheid die Gesichtspunkte entnehmen können, die maßgeblich für die von der Krankenkasse getroffene Entscheidung war (Angemessenheit des berechtigten Wunschs).

- **Sachleistungsprinzip**
  Stationäre Rehabilitationsleistungen sind durch die Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen. Wählt der Versicherte eine Einrichtung mit Versorgungsvertrag, hat diese gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Zahlung der in dem für sie geltenden Kollektivvertrag geregelten Vergütung.

- **Abrechnung von Mehrkosten**
  Ist die Wahl des Versicherten nach § 9 SGB IX in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB V nicht angemessen, muss die Krankenkasse die durch diese Wahl entstehenden Mehrkosten vom Versicherten einfordern.

Auch sogenannte Kliniklisten, die Krankenkassen an Sozialdienste in Krankenhäuser mit der Maßgabe ausgeben, nur die Rehabilitationskliniken auf dieser Liste im Rahmen der Anschlussrehabilitation zu belegen, sind rechtswidrig. Dies stellte ebenfalls das Bundesversicherungsamt auf eine Prüfungsanfrage des BDPK fest. Das Auswahlermessen der Krankenkassen auf der Grundlage des § 40 Abs. 3 SGB V und die damit verbundene Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann nicht als Rechtfertigung für einen Eingriff in die Rechte der Leistungserbringer aus Art. 12 GG dienen. Zudem sind die Versicherten berechtigt, jede geeignete Reha-Einrichtung im Rahmen der nunmehr umfassenden Mehrkostenregelung in § 40 Abs. 2 SGB V in Anspruch zu nehmen. Auch sind berechtigte Wünsche im Rahmen der Krankenkassenleistung in jedem Einzelfall zu prüfen. Die selektive Hervorhebung von Leistungserbringern verhindert Transparenz über das Leistungsangebot und ist geeignet, eine Umsteuerung des Versicherten auf bestimmte Leistungserbringer zu bewirken.

Die im Juli 2016 erstellte Argumentationshilfe zum Wunsch- und Wahlrecht für die Reha-Einrichtungen wurde auf Anregung des Fachausschusses Rehabilitation überarbeitet und als Flyer zum Selbstausdrucken den Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Der Flyer dient als Hilfestellung für die Reha-Einrichtung, wenn sich Patienten nach ihren Möglichkeiten zum Wunsch- und Wahlrecht erkundigen. Zudem wird der BDPK weiterhin alle bekannt gewordenen Missachtungen des Wunsch- und Wahlrechts dem Bundesversicherungsamt vorlegen. Aus Sicht des BDPKs bedarf es einer gesetzlichen Regelung, wonach jede geeignete und zugelassene Rehabilitationsklinik frei und ohne Zuzahlungen gewählt werden kann. Die häufig nicht nachvollziehbare oder primär finanziell motivierte Beschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen muss beendet werden.

Refinanzierung Pflegekräfte auch in Reha-Einrichtungen gefordert

Bei den Koalitionsverhandlungen fokussieren CDU/CSU und SPD auf eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in Krankenhäusern und Seniorenpflegeheimen. Die geplante deutliche Anhebung der Gehälter wird zweifelsohne auch auf das Gehaltsniveau der Krankenpflege im Bereich der medizinischen Rehabilitationskliniken Auswirkungen haben. Dort sind ebenfalls rund 30.000 qualifizierte Krankenpflegekräfte tätig. Sie stellen u. a. die Pflege von gerade aus dem Krankenhaus entlassenen, in der Regel älteren Schlaganfall-, Herzinfarkt- und Oberschenkelhalsbruchpatienten sicher.

Steigen die Gehälter in Krankenhäusern und Pflegeheimen, werden Rehabilitationskliniken qualifizierte Pflegekräfte nur halten können, wenn sie ebenfalls höhere Gehälter zahlen. Eine Refinanzierung deutlich steigender Gehaltskosten in der Rehabilitation ist derzeit nur zu geringem Teil im Rahmen der sogenannten Grundlohnrate möglich.

Der BDPK appellierte deshalb in einem Schreiben und einer Presseerklärung an die Verhandler des Koalitionsvertrages, den Bereich der medizinischen Rehabilitation bei der Refinanzierung der steigenden Personalkosten für Pflegekräfte mit zu berücksichtigen. Geschieht dies nicht, ist damit zu rechnen, dass die qualifizierten Pflegekräfte aus den Rehabilitationskliniken in die besser bezahlten Beschäftigungsverhältnisse von Krankenhäusern und Pflegeheimen wechseln. Die Versorgung der Patienten wäre dann ernsthaft gefährdet.

Entlassmanagement

Das Entlassmanagement nach einem Reha-Aufenthalt ist wichtig für den nachhaltigen Erfolg. Die Kliniken sind bereits seit 2007 zur Organisation der Anschlussversorgung verpflichtet. Dass das Entlassmanagement in der Vergangenheit nicht reibungslos vonstattengehen konnte, liegt an unklaren Verantwortlichkeiten und fehlenden rechtlichen Kompetenzen der Rehabilitationseinrichtungen. Der Gesetzgeber hat auf diese Notwendigkeit reagiert: Kliniken bekamen 2015 ein

Verordnungsrecht und die Krankenkassen wurden zur Unterstützung des Entlassmanagements verpflichtet. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können Reha-Einrichtungen gemäß § 40 Abs. 2 Satz 4 und § 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit § 39 Abs. 1a SGB V Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Darüber hinaus müssen die Kliniken den Versicherten umfassend über den Anspruch auf das Entlassmanagement aufklären und bei Einwilligung dafür Sorge tragen, dass notwendige Termine für die Anschlussversorgung der Patienten vereinbart werden und der niedergelassene Arzt alle wichtigen Informationen erhält.

Die Umsetzung der Aufgaben des Entlassmanagements sollen durch einen Rahmenvertrag zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer geregelt werden. Die Verhandlungen dazu, an denen der BDPK teilnimmt, gehen bereits weit über den geplanten Zeitraum – 1. Halbjahr 2016 – hinaus. Denn der Gesetzgeber hat den Kliniken eine bürokratische Hürde mitgeliefert: es gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Das heißt, Kliniken müssen eine Betriebsstättennummer bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beantragen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen gegen sich gelten lassen und zertifizierte Software für die Bedruckung von Verordnungen anschaffen.

Die Refinanzierung der zusätzlichen Kosten konnte zwischen den Verhandlungspartnern des Rahmenvertrags nicht geklärt werden. Die GKV lehnt die Festschreibung einer Vertragsregelung ab, nach der die Rehabilitationseinrichtungen und die Krankenkassen die nachgewiesenen Kosten im Rahmen der Vergütungssatzverhandlungen zu berücksichtigen haben. Die Leistungserbringerverbände wollen die Kliniken bei den Vergütungsverhandlungen unterstützen. Sie bestehen nach wie vor auf einer Regelung im Rahmenvertrag zum Entlassmangement. Möglicherweise muss also hier das Bundesschiedsamt entscheiden.

Die Weiterentwicklung des Entlassmanagements ist aus Sicht des BDPK ein richtiger Schritt. Leider bringt die neue Gesetzesregelung kaum nennenswerte Vorteile für die Patienten, sondern führt vor allem zu vermehrten Ausgaben für die Rehabilitationskliniken. Verordnungen dürfen die Kliniken nämlich nur ausstellen, wenn sie dringend erforderlich sind. Das meint: Ein niedergelassener Arzt ist nicht

rechtzeitig erreichbar, um die notwendigen Verordnungen auszustellen. Insofern werden die Patienten, wie bisher auch, im unmittelbaren Anschluss an die Maßnahme ihren niedergelassenen Arzt aufsuchen müssen, um die nötigen Anschlussverordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu erhalten.

Deutscher Reha-Tag

Um die Bedeutung der Rehabilitation als ganzheitliche Leistung zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten zu erläutern und darzustellen, haben Leistungserbringer- und Leistungsträgerorganisationen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation vor 15 Jahren gemeinsam den Deutschen Reha-Tag ins Leben gerufen. Als Initiatorenkreis bilden sie eine Plattform auf Bundesebene, deren gemeinsames Ziel es ist, Potenziale und Vielfalt der Rehabilitation deutlich zu machen. Die Federführung dieser Initiative hat der BDPK inne.

Der Deutsche Reha-Tag 2017 stand unter dem Motto „Reha vor Pflege". In seinem Grußwort betonte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann, dass dieser Grundsatz zwar bereits lange in der Pflegeversicherung verankert sei, doch dass es zunehmend wichtiger werde, diesen auch mit Leben zu füllen. Er sieht einen steigenden Bedarf an Präventions- und Rehabilitationsleistungen in unserer Gesellschaft. Die zentrale Auftaktveranstaltung am 5. September 2017 fand im Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet statt.

Der 15. Deutsche Reha-Tag 2018 steht unter dem Motto „Reha und Arbeit". Er findet am Samstag, 22. September 2018 satt. Rehabilitationseinrichtungen sind aufgerufen, einen Tag der offenen Tür oder

Informationsveranstaltungen rund um das Thema der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation durchzuführen.

Die Initiatoren und Unterstützer des Deutschen Reha-Tags treffen sich zweimal jährlich, um Aktionen abzustimmen, das Motto und die Auftaktveranstaltung festzulegen und die Webseite www.rehatag.de zu optimieren. Auf der Webseite können alle Rehabilitationseinrichtungen ihre Veranstaltungen bekannt machen und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit abrufen.

Leistungsgerechte Vergütung einfordern

Bundesversicherungsamt zu Fahrkosten – Aktivitäten BDPK

Transporte zu und von Rehabilitationseinrichtungen sind nicht originäre Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung. Dementsprechend vertritt das Bundesversicherungsamt (BVA) die Auffassung, dass Fahrkosten nicht Teil der Fallpauschale sein dürfen, mit denen Krankenkassen die Medizinische Rehabilitation vergüten. Transportleistungen der Rehabilitationseinrichtungen für die Krankenkasse müssen deshalb transparent und gesondert in einem Vertrag nach § 133 SGB V vereinbart sein. Sie dürfen nicht mit der Reha-Leistung nach § 111 SGB V vermischt werden. Die Höhe der Vergütung durch die Krankenkassen muss zudem angemessen sein: Sowohl für die von der Einrichtung auf eigene Kosten organisierten Beförderungsleistungen als auch für die Übernahme der direkten Fahrkostenfinanzierung. Sie darf nicht in einem auffälligen Missverhältnis zur Organisations- bzw. Finanzierungsleistung stehen.

Für die Fahrt zur und von der Rehabilitationsmaßnahme gilt § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 53 SGB IX, wonach Fahrkosten von der Krankenkasse für den Versicherten übernommen werden. Regelungen, wonach die Klinik kostenlos einen Fahrdienst anbieten oder sich an Transportkosten beteiligen muss, sind somit rechtswidrig. Bietet die Rehabilitationseinrichtung einen Transportservice an, ist dieser von der Krankenkasse angemessen zu vergüten. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, den Transportservice in Anspruch zu nehmen. Eigene Kosten des Versicherten für Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme medizinisch erforderlich ist, sind als Fahrkosten bzw. Reisekosten von der Krankenkasse zu übernehmen. D. h. bei Anreise mit dem PKW oder der Bahn werden Kosten nach dem Bundesreisekostengesetz erstattet. Sollte aus zwingenden medizinischen Gründen ein Krankentransport notwendig sein, werden diese Kosten erstattet.

Das Bundesversicherungsamt hat die bundesunmittelbaren Krankenkassen aufgefordert, Versorgungsverträge entsprechend zu ändern, wenn rechtswidrig Fahrkosten im Vergütungssatz abbedungen werden. Das Vorgehen der Krankenkassen ist in der Angelegenheit uneinheitlich. So treffen einige mit den Reha-Kliniken gesonderte Regelungen für Fahrkosten, indem sie die Kosten im Vergütungssatz herausrechnen. Allerdings wurden bei den meisten Kliniken nie Fahrkosten in den Vergütungssatz einberechnet. Bemühungen der AG MedReha mit dem GKV-Spitzenverband eine einheitliche Vorgehensweise abzustimmen, wurden vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

Da eine bundeseinheitliche Regelung nicht erreichbar ist, müssen die Reha-Kliniken mit den einzelnen Krankenkassen verhandeln. Dafür hat der Fachausschuss Rehabilitation und Pflege des BDPK ein Informationspapier abgestimmt, das die Einrichtungen bei den Vertragsverhandlungen unterstützen soll.

Muster-Versorgungsvertrag und Reha-Konzepte

Viele Versorgungsverträge der im BDPK und seinen Landesverbänden organisierten Rehabilitationseinrichtungen sind vor vielen Jahren geschlossen worden. Einige Regelungen sind überholt. Gesetzliche Neuerungen sind nicht aufgenommen worden. Durch die Beanstandungen des Bundesversicherungsamts bei den Fahrkosten ist eine Änderung des Versorgungsvertrags notwendig geworden. Aufgrund dessen kam die Frage auf, ob der Versorgungsvertrag in Gänze neu verhandelt werden sollte. Dafür wurde ein Muster-Versorgungsvertrag für den GKV-Bereich vom Fachausschuss Rehabilitation und Pflege des BDPK entwickelt. Er enthält alle erforderlichen

Regelungen, insbesondere auch Grundsätze für Vergütungsverhandlungen. Damit haben die Rehabilitationseinrichtungen taugliche Vertragsangebote in der Hand, mit denen sie in Vertragsgespräche mit den Krankenkassen gehen können. Gemeinsam mit den Landesverbänden werden die Rehabilitationseinrichtungen in Angelegenheiten des Versorgungsvertrages beraten.

Eine weitere Facharbeitsgruppe arbeitet derzeit an Reha-Konzepten für pflegevermeidende indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen. Der Fachausschuss Rehabilitation und Pflege hatte die Facharbeitsgruppe „Reha-Konzepte“ einberufen, um den Zugang zu indikationsspezifischen Reha-Maßnahmen zu fördern. Anlass dafür ist, dass beinahe reflexartig von Politikern behauptet wird, Reha vor Pflege würde nicht funktionieren, weil nicht genügend geriatrische Reha-Angebote existieren würden. Diese Einschätzung hält der BDPK für nicht zutreffend. Auch in der indikationsspezifischen Rehabilitation, wie beispielsweise der orthopädischen und der kardiologischen Rehabilitation werden ältere Patienten sehr gezielt zum Erhalt und zur Wiedererlangung der häuslichen Selbstversorgungskompetenz behandelt, häufig zu deutlich günstigeren Preisen.

Aktiva-Gutachten

Die Neuauflage des Gutachtens der aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag der AG MedReha prognostiziert für das Jahr 2018 Kostensteigerungen zwischen 2,16 und 3,17 Prozent. Die überdurchschnittlichen Personalkostensteigerungen aufgrund der schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt sollten dazu führen, dass sich die Steigerungen der Vergütungssätze für das Jahr 2018 an dem Maximalwert von 3,17 Prozent orientieren.

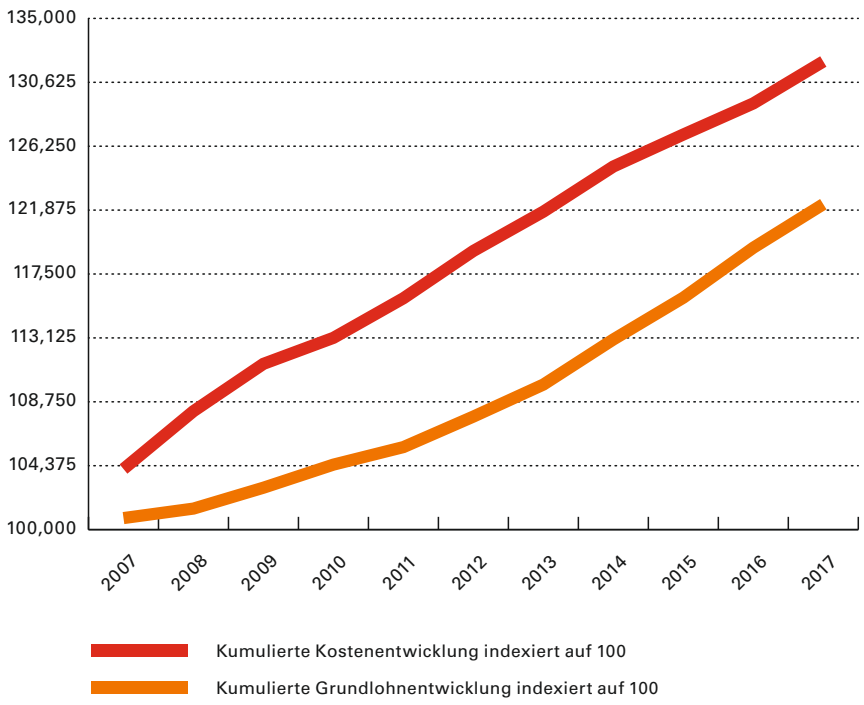
Das „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ belegt anhand von Modellrechnungen die Kostenveränderungen für Rehabilitationskliniken für das Jahr 2018. Bereits seit 2007 werden anhand von statistischen Daten und möglichst belastbaren Prognosen von den Gutachtern die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen dargelegt. Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen getroffener Annahmen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsraten der einzelnen Positionen berechnet. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2018 zeigt im Vergleich zu 2017 Steigerungsraten zwischen 2,16 und 3,17 Prozent. Der Notwendigkeit für überdurchschnittliche Personalkostensteigerungen aufgrund der schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt wurde nur im Maximalszenario des Modells Rechnung getragen. Daher sollten sich die Steigerungen der Vergütungssätze für das Jahr 2018 an dem Maximalwert von 3,17 Prozent orientieren. Dabei handelt es sich um Steigerungsraten für den reinen Betrieb der Rehabilitationseinrichtungen, um die Kostensteigerungen des Jahres 2018 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Rehabilitationseinrichtungen zu diesen Steigerungsraten addiert werden.

Das Gutachten behandelt zudem zwei Sonderfragestellungen: Im 4. Kapitel wird die Vorgehensweise der DRV-Träger, entweder den Orientierungswert oder die Grundlohnsummensteigerung für jährliche Vergütungssatzerhöhungen heranzuziehen, kritisch gewürdigt. Das 5. Kapitel behandelt die zusätzlichen Aufwände bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern.

Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Kliniken als Verhandlungshilfe mit den Rehabilitationsträgern dienen. Das Gutachten wurde wie in den Jahren zuvor den Rehabilitati-

onsträgern zur Verfügung gestellt und der DRV Bund in einem persönlichen Gespräch am 15.11.2017 vorgestellt.

Kostensteigerung für Reha-Einrichtungen



Quelle: eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt die Schere zwischen den tatsächlichen, vom Gutachter im Nachhinein festgestellten Kostensteigerungen der letzten Jahre zur Grundlohnentwicklung. Es wird sichtbar, dass selbst wenn Reha-Kliniken eine Vergütungssatzsteigerung in Höhe der Grundlohnsumme erhalten, nicht einmal die tatsächlichen Betriebskosten abgedeckt werden. Investitionskosten kommen noch hinzu!

Qualität ist messbar

Fachkräftemangel, Rente mit 67, eine wachsende Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen: der Bereich Rehabilitation gewinnt von Jahr zu Jahr immer mehr an Bedeutung. Denn ob berufliche oder medizinische Reha – immer mehr Menschen sind auf sie angewiesen und sie lohnt sich. Wenn die Qualität der Rehabilitationsangebote stimmt. Dabei steht vor allem das konkrete Reha-Ergebnis im Fokus. Der BDPK und die im Verband organisierten Reha-Einrichtungen setzten sich auch im vergangenen Geschäftsjahr wieder intensiv für Qualitätstransparenz und die Weiterentwicklung der Ergebnisqualität ein. So sorgt das Reha-Vergleichsportal der Initiative 4QD-Qualitätskliniken.de für Transparenz von Reha-Qualitätsergebnissen, die das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten stützt. Eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation bedarf dabei aber auch einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung und einer kosten- und leistungsgerechten Vergütung von Reha-Maßnahmen. Einen ersten Versuch der qualitätsorientierten Belegungssteuerung startet die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2018 mit einem Pilotprojekt – das Ergebnis bleibt abzuwarten. Vergleichbare Ergebnisse für einen fairen und transparenten Qualitätswettbewerb unter allen Reha-Einrichtungen wird es jedoch erst geben, wenn die Qualitätssicherungsverfahren der Kostenträger vereinheitlicht sind und damit unabhängig von der Federführung der Kostenträger einheitliche Maßstäbe für alle gelten.

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Der BDPK begleitet die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) auf verschiedenen Wegen. In Arbeitsgruppen und dem halbjährlichen Erfahrungsaustausch mit den QS-Koordinatoren der Rentenversicherung informiert der Verband über Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens, bezieht Stellung zu geplanten Änderungen in den Qualitätssicherungsinstrumenten und weist auf Weiterentwicklungspotenziale hin. Gemeinsame Schulungen zum Qualitätssicherungsverfahren der DRV und Vorträge auf Veranstaltungen des BDPK und des IQMG-Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ergänzen die Zusammenarbeit zwischen der DRV und dem BDPK.

Qualitätsorientierte Belegung

Der BDPK setzt sich seit vielen Jahren für einen transparenten Qualitätswettbewerb in der Rehabilitation ein und fordert die Rehabilitationsträger auf, die Belegung von Reha-Einrichtungen stärker nach Qualitätsaspekten zu steuern. Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund hatte im März 2017 schließlich eine verbindliche Entscheidung für ein transparentes und diskriminierungsfreies Zulassungsverfahren und zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen gefasst. Nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts und sozialmedizinischer Auswahlkriterien soll die Belegung von Reha-Einrichtungen zukünftig rentenversicherungsträgerübergreifend nach den Kriterien Qualität, Wartezeit, Preis und Entfernung erfolgen. Ein deutlicher Schwerpunkt soll dabei auf der Qualität liegen. Eine bundes- und trägerübergreifende Projektgruppe der Rentenversicherung hatte hierzu gemeinsam mit dem Expertenkreis Qualitätsmaßstab, in dem auch der BDPK beteiligt ist, seit 2015 ein Konzept zur Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Belegung von Reha-Einrichtungen erarbeitet. Ein Ergebnis des Beratungsprozesses ist die aggregierte Kennzahl „Parameter Qualität". Diese Kennzahl setzt sich aus den jeweils mit 19 Prozent gewichteten Ergebnissen folgender Indikatoren des DRV-Qualitätssicherungsverfahrens zusammen:

- Behandlungszufriedenheit
- Subjektiver Behandlungserfolg
- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Reha-Therapiestandards
- Peer-Review

Die Projektgruppe „Einrichtungsauswahl" der Rentenversicherung beschäftigte sich parallel mit dem konkreten Vorgehen bei der Einrichtungsauswahl und schlägt folgende Gewichtung der einzelnen Auswahlkriterien vor: „Parameter Qualität" 70 Prozent, Wartezeit bis zur Aufnahme (Jahresdurchschnitt des Vorjahres) 20 Prozent, Preis 10 Prozent. Die Transportfähigkeit in Hinblick auf die Entfernung zum Wohnort erhält zwar kein direktes Gewicht bei der Auswahl, kann jedoch im Einzelfall nach medizinischer Vorgabe berücksichtigt werden. Reha-Einrichtungen, für die keine oder nicht ausreichend Daten aus der DRV-Qualitätssicherung vorliegen (beispielsweise, weil sie am QS-Reha®-Verfahren der Krankenkassen teilnehmen), sollen in der Datenbank der Rentenversicherung in neutraler Position aufgeführt werden. Der BDPK hat die DRV eindringlich auf die Bedeutung einer möglichst umfassenden Berücksichtigung der Reha-Einrichtungen in den verschiedenen Qualitätsdimensionen hingewiesen. Die vorgeschlagene Gewichtung muss noch vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesvorstand der DRV konsentiert werden. Die Pilotierung des entwickelten Konzepts soll Mitte/Ende 2018 mit einer ca. 12-monatigen Laufzeit durchgeführt werden. Die DRV Bund wird das neue Auswahlverfahren gemeinsam mit zwei Rentenversicherungs-Regionalträgern zunächst in der Indikation Orthopädie/Rheumatologie erproben. Der BDPK wird die Pilotierung verfolgen und sich im Rahmen der Zwischenevaluation aktiv in die Beratungen einbringen.

Strukturierter Qualitätsdialog

Ziele des strukturierten Qualitätsdialogs sind die Verifizierung der QS-Daten, die Ursachen-Identifizierung von Qualitätsmängeln und die Anregung zur Qualitätsverbesserung. Bei der Initiierung von Qualitätsdialogen sollen die gleichen Qualitätsindikatoren wie in der qualitätsorientierten Belegung als Entscheidungsgrundlage dienen. Weitere Indikatoren, wie z. B. der sozialmedizinische Verlauf oder die Strukturqualität sollen perspektivisch aufgenommen werden. Der Qualitätsdialog soll dabei auf drei Wegen ausgelöst werden:

- Unterschreitung absoluter Schwellenwert (50 Qualitätspunkte) in mind. einem Qualitätsindikator = muss
- Unterschreitung relativer Schwellenwert (die schlechtesten 10 Prozent einer Vergleichsgruppe) in mind. zwei Qualitätsindikatoren = soll
- kurzfristig auftretende Auffälligkeiten bei den QS-Ergebnissen (z. B. Häufung der Beschwerden, lange E-Berichtslaufzeiten, etc.) = kann

Welche Konsequenzen sich hinsichtlich der Belegung oder Vergütung aus den Qualitätsdialogen ergeben sollen, ist noch offen. Die Qualitätsdialoge nach dem neuen rentenversicherungseinheitlichen Vorgehen sind im Dezember 2017 gestartet. Einbezogen werden alle federgeführten Einrichtungen sowie die DRV-eigenen Einrichtungen aus allen Indikationen. Anfang 2018 ist ein Pilotprojekt zum strukturierten Qualitätsdialog gestartet, in dessen Rahmen unter anderem auch eine anonyme Befragung der Reha-Einrichtungen geplant ist.

Anforderungen an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen

Die Deutsche Rentenversicherung überarbeitet seit Frühjahr 2017 ihre Anforderungen an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Zum einen wird der Strukturerhebungsbogen präzisiert, weil die vergangene Strukturerhebung zum Teil keine validen Angaben erbracht hatte. Zum anderen werden die Strukturanforderungen der DRV grundsätzlich auf einen Aktualisierungsbedarf hin überprüft. Trotz massiver Kritik der Leistungserbringerverbände verzichtete die DRV auf ein offizielles Stellungnahme-Verfahren und auf die direkte Einbeziehung der Leistungserbringerverbände in den Beratungs- und Entscheidungsprozess. Der BDPK hat daraufhin aus den Mitgliedseinrichtungen Rückmeldungen und Hinweise zu den aktuell bestehenden Strukturanforderungen eingeholt und schriftlich Stellung genommen. Grundsätzliche Kritik äußerte der BDPK gegenüber der Verwendung von Personalstellenplänen als ein primäres Qualitätskriterium und dem „100-Betten-Plan“ als Bezugsgröße zur Berechnung des Personalbedarfs. In der Stellungnahme wurde auch noch einmal auf die notwendige Harmonisierung der Qualitätssicherungsverfahren der Kostenträger Rentenversicherung und Krankenversicherung hingewiesen. Die DRV wurde auch aufgefordert, die Integration neuer Berufsbilder in den Personalstellenplan sowie innovative Delegationsmodelle insbesondere für ärztliche Tätigkeiten zu fördern, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Auch in den Spitzengesprächen mit Vertretern der DRV hat der BDPK seine Forderung nach Abschaffung unflexibler Personalstellenpläne und Weiterentwicklung der Ergebnisindikatoren nochmals bestärkt. Erste Erfolge spiegeln sich in Zugeständnissen seitens der DRV wider. Da die Qualitätssicherung mittels der Ergebnismessung von der DRV als noch nicht ausgereift bewertet wird, soll zwar vorerst an den Personalvorgaben festgehalten werden. Diese sollen laut DRV jedoch nur als Anhaltzahlen dienen, die von den Reha-Einrichtungen mit den Häuserbetreuern der Rentenversicherungsträger beraten und verhandelt werden können. Die Personalvorgaben sollen zudem im Grundsatz nur für DRV-Rehabilitanden gelten. Bei der Berechnung der Personalstellen sollen die Rehabilitanden, die über die Gesetzliche Krankenversicherung in die Rehabilitation kommen, entsprechend gesondert berücksichtigt werden.

Reha-Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Verbände der Leistungserbringer und der Krankenkassen besetzen im Gemeinsamen Ausschuss (GA) nach §137 d SGB V paritätisch ein Gremium, in dem das QS-Reha®-Verfahren als externes Qualitätssicherungsverfahren der Kassen gemeinsam beraten wird. Der BDPK ist in allen derzeit aktiven Facharbeitsgruppen vertreten und gestaltet die Beratungen im Gemeinsamen Ausschuss maßgeblich mit. Die Organisation des Gemeinsamen Ausschusses wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern. Für das Jahr 2018 hat der BDPK wieder die Federführung des GA inne.

Dritter QS-Reha®-Durchlauf

Der dritte QS-Reha®-Durchlauf (Erhebungszeitraum 2018-2020) startete im Januar 2018. Die Kinder- und Jugendlichen-Reha-Einrichtungen und die geriatrischen Reha-Einrichtungen (nun auch in den Dimensionen Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit) nehmen ab diesem Jahr ebenfalls teil. Damit sind am dritten QS-Reha®-Durchlauf insgesamt 929 Fachabteilungen beteiligt. Die Schulungen für die QS-Reha®-Koordinatoren der Einrichtungen finden im April und Mai 2018 statt. Ab Juni 2018 starten die Einrichtungen mit der Strukturerhebung.

Anpassung der QS-Reha®-Instrumente

Die Arbeitsgruppe Evaluation des Gemeinsamen Ausschusses hatte im Jahr 2017 den Modifikationsbedarf des QS-Reha®-Verfahrens beraten. Im Ergebnis wurden notwendige Änderungen in den QS-Reha®-Katalogen beschlossen und für den dritten QS-Reha®-Durchlauf umgesetzt. Der BDPK hat die Hinweise und Rückmeldungen der Mitgliedseinrichtungen in die Beratungen eingebracht und sich erfolgreich für eine Optimierung des Verfahrens eingesetzt. Bei der Auswertung des zweiten QS-Reha®-Durchlaufs zeigte sich unter anderem, dass viele Reha-Einrichtungen die im QS-Reha® formulierten Anforderungen an die ärztliche Qualifikation formal nicht erfüllen. Ärzte besaßen demnach zwar eine Facharztqualifikation und hatten auch die erforderlichen Weiterbildungskurse zur Sozialmedizin und zum Rehabilitationswesen absolviert. Aufgrund bürokratischer Hürden konnten viele jedoch nicht die im QS-Reha® zusätzlich geforderte Zusatzbezeichnung Sozialmedizin erwerben. Das Kriterium zur

ärztlichen Qualifikation wurde für den dritten QS-Reha®-Durchlauf entsprechend differenziert formuliert und den Anforderungen im QS-Verfahren der DRV nahezu angepasst.

Auswahlalgorithmus für die Qualitätsdialoge

Zurzeit basiert der Auswahlalgorithmus für die Qualitätsdialoge im QS-Reha®-Verfahren ausschließlich auf statistischen Maßzahlen. Alternative Möglichkeiten der Definition eines auffälligen Qualitätsprofils beispielsweise in Form einer Gewichtung von Kriterien oder über alternative Auswahlkriterien werden von der AG Evaluation noch beraten. Dabei wird insbesondere auch eine Harmonisierung mit dem Vorgehen der DRV angestrebt. Eine Änderung der Auswahlalgorithmen wird bis zum Start des vierten QS-Reha®-Durchlaufs vorbereitet.

QS-Reha®-Geriatrie

Stationäre und ambulante geriatrische Fachabteilungen nehmen schon seit 2012 am QS-Reha®-Verfahren teil. Allerdings wurde bei ihnen bisher nur die Strukturqualität in die Erhebungen einbezogen. Für die Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in der geriatrischen Rehabilitation arbeitet eine Arbeitsgruppe seit 2014 zusammen. Die Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern der Kassenverbände, der Leistungserbringer sowie des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit. In der Geriatrie werden über das QS-Reha®-Verfahren erstmals Reha-Zielkategorien als individualisierte Ergebnismessung eingesetzt. Im Rahmen einer Pilotphase (April bis Oktober 2017) wurden die Abläufe des Verfahrens für die Überführung in den Routinebetrieb optimiert. An der Pilotphase beteiligten sich zwölf Rehabilitationseinrichtungen, darunter auch Einrichtungen von privaten Trägern. Im Prozess konnten die Pretest-Ergebnisse weitgehend bestätigt werden. Schlussfolgernd sind die entwickelten Instrumente nach den statistischen Auswertungen insgesamt als valide zu bewerten und wurden vom Gemeinsamen Ausschuss beschlossen. Nach Ende des ersten Routinedurchlaufs wird der Gemeinsame Ausschuss die Instrumente dann auf Basis einer größeren Datenlage weiter beraten. Möglichkeiten einer vergleichenden Qualitätsberichterstattung für ambulante geriatrische Einrichtungen, die konkrete Gestaltung der Risikoadjustierung sowie Besonderheiten im Auswahlalgorithmus für die strukturierten Qualitätsdialoge sollen dann diskutiert werden.

QS-Reha®-Qualitätsdialoge

Im Rahmen des zweiten QS-Reha®-Durchlaufs führten die Krankenkassen im Sommer/Herbst 2017 strukturierte Qualitätsdialoge mit insgesamt 92 Fachabteilungen durch, bei denen das Qualitätsprofil auf Grundlage der Qualitätssynopse als auffällig galt. Mit Hilfe einer Befragung der an den Qualitätsdialogen teilnehmenden Reha-Einrichtungen und Krankenkassen durch das BQS Institut sollte ein ggf. bestehender Anpassungsbedarf aufgedeckt werden. Die Evaluation stellte fest, dass in den Qualitätsdialogen überwiegend auffällige Qualitätsdaten in den Bereichen therapeutische Behandlungen /Schulungen/Patientenbetreuung und personelle Ausstattung thematisiert wurden. Die Maßnahmen zur Behebung der Mängel wurden größtenteils im organisatorischen Bereich getroffen, Empfehlungen für vertragliche Folgen wurden nur in Einzelfällen ausgesprochen. Die Dialoge erfolgten dabei in den meisten Fällen ausschließlich schriftlich. Als Verbesserungsvorschläge für die Qualitätsdialoge wurde am häufigsten eine Durchführung vor Ort und mehr Zeit zwischen Kenntnisnahme der Qualitätsberichte und Durchführung der Qualitätsdialoge aufgeführt. Die Arbeitsgruppe Evaluation wird die Fragebögen für zukünftige Auswertungen entsprechend überarbeiten.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH

Reha-Zukunftspreis 2017

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH und der Bundesverband Deutscher Privatkliniken fördern mit dem Reha-Zukunftspreis Best-Practice-Beispiele in der Rehabilitation. Ziel des Reha-Zukunftspreises ist es, bereits etablierte Praxisbeispiele und erfolgversprechende Projektvorhaben zu würdigen, die zur Optimierung der rehabilitativen Versorgung beitragen. Bewerben können sich Reha-Einrichtungen jeder Größe und Trägerform sowie Einzelpersonen mit ihren Projektberichten und -vorhaben oder wissenschaftlichen Arbeiten.

Im Rahmen der IQMG-Tagung wurde am 29. November nun bereits zum zweiten Mal der Reha-Zukunftspreis verliehen (siehe Kapitel 5). Den ersten Platz des Reha-Zukunftspreises 2017 erhielten Dr. Dieter Benninghoven und Prof. Eike Hoberg von der Mühlenbergklinik-Holsteinische Schweiz für ihre Pilotstudie: Multimodale Rehabilitation für Erwachsene mit Marfan-Syndrom. Den zweiten Preis bekam Prof. Christoph Skudlik vom Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück für seine Langzeit-Evaluation eines interdisziplinären, ambulant-stationären Rehabilitationsprogrammes bei Patienten mit schweren und chronischen Hauterkrankungen. Ann-Christin Weiland vom Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof erhielt in diesem Jahr den dritten Platz für ihre Studie: „MS-Intakt“ – ein nachhaltiges internetgestütztes Trainingsprogramm für Patienten mit Multipler Sklerose und Fatigue Symptomatik. Weiterführende Informationen zu den preisgekrönten Projekten finden sich auf der IQMG-Homepage. Eine sechsköpfige Auswahlkommission, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Rehabilitationsträger (Dr. Susanne Weinbrenner, DRV Bund, und Edelinde Eusterholz, VDEK), der Rehabilitationsforschung (Prof. Uwe Koch-Gromus und Prof. Holger Schulz vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf) und des IQMG (Prof. Lothar Feige, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, und Peter Clausing, Vorsitzender des Verwaltungsrates des IQMG) hatte die eingereichten Arbeiten nach den Kriterien Innovation, verbesserte Versorgung und effizienter Einsatz von Ressourcen bewertet.

Die Gewinner des Reha-Zukunftspreises 2017 mit Juroren

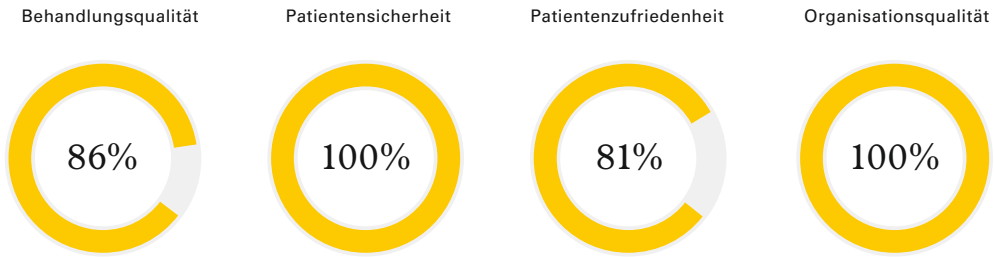
Die Gewinner des Reha-Zukunftspreises 2017 mit Juroren.
V.l.n.r.: Prof. E. Hoberg, Dr. S. Weinbrenner, Dr. D. Benninghoven, Prof. L. Feige, Prof. Ch.Skudlik, Prof. U. Koch-Gromus, Th. Bublitz, A.-Ch. Weiland

Relaunch IQMG-Homepage

Die Website des IQMG hat zu Jahresbeginn einen kompletten Relaunch erfahren. Unter der bekannten Domain www.iqmg-berlin.de erscheint die Onlinepräsenz des Instituts seit Februar in einem gänzlich überarbeiteten Design und mit einer wesentlich klareren Menüstruktur. Die neue digitale Visitenkarte des IQMG bietet ihrer Zielgruppe durch das übersichtliche Erscheinungsbild eine größere Benutzerfreundlichkeit. Mit wenigen Klicks können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Verwaltungs- und Managementbereichen von Rehabilitationseinrichtungen gewünschte Informationen und Angebote des IQMG nun schneller und einfacher abrufen. Als wichtiger Kommunikationskanal trägt die Website des Instituts dazu bei, die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung mit Seminaren und Informationsveranstaltungen weiterzuentwickeln. So ist die Navigation in den Menüpunkten Veranstaltung und QM-Verfahren deutlich vereinfacht worden und ermöglicht nun auch auf mobilen Endgeräten eine optimierte Darstellung und Anwendung.

Neuer Auftritt für Qualitätskliniken.de

Das Reha-Portal von Qualitätskliniken.de rückt seit seinem Start im Sommer 2013 als erstes und einziges Portal die Bewertung von Rehabilitationskliniken bundesweit in den Mittelpunkt. Die Bewertung erfolgt auf der Basis von verschiedenen Qualitätskriterien, auch aus den externen Qualitätssicherungsverfahren der Kostenträger. Seit Januar 2018 präsentiert sich das Portal in einem neuen Look und reagiert damit auf das steigende Bedürfnis von Patienten, sich online zu informieren. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verlag für Gesundheitsinformation und dem Softwarepartner Delodi erfolgte ein kompletter Relaunch von Qualitätskliniken.de. Dabei überzeugt das Portal nicht nur mit einem neuen Design, sondern auch mit der inhaltlichen Anpassung und der vereinfachten Struktur für eine noch bessere und persönlichere Ansprache seiner Besucher und Partner. Mit dem responsiven Webdesign können Nutzer die Inhalte auf jedem Endgerät (Smartphone, Tablet, PC) optimal empfangen und die passende Einrichtung ganz einfach finden.



Qualitätskliniken.de bietet dem Nutzer darüber hinaus weiterführende Fachartikel zu Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden sowie Hintergrundinformationen zum Gesundheitswesen und praktische Hinweise wie z. B. zum Reha-Antragsverfahren. Damit wird nicht nur das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten unterstützt, vielmehr soll die Plattform schrittweise zur Informationsplattform ausgebaut werden.

Die Bewertung der Reha-Einrichtungen basiert auch nach dem Relaunch auf mehreren Qualitätsdimensionen: Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Organisationsqualität bilden den Qualitätsindex. In Anbetracht der Tatsache, dass die Kostenträger eine stärkere Nutzung von Qualitätsdaten für die Belegungssteuerung und perspektivisch auch für die Vergütung planen, gewinnt ein fairer und transparenter Vergleich von Einrichtungen stark an Bedeutung. Durch die Teilnahme am Reha-Portal von Qualitätskliniken.de erhalten die Einrichtungen Hinweise zu Verbesserungs- und Optimierungspotenzialen und können effektiv an ihrer Qualitätsentwicklung arbeiten.

Mit Blick auf die inhaltliche Weiterentwicklung von Qualitätskliniken.de gewinnt die Dimension der Behandlungsqualität an Bedeutung. Bereits 2017 hat eine Arbeitsgruppe aus Experten an der Ergänzung von Ergebnisindikatoren gearbeitet. In einem Pilotprojekt werden 2018 zunächst Messinstrumente für den Erfolg der Reha-Maßnahmen im Fachgebiet Orthopädie eingesetzt. Perspektivisch sollen weitere Indikationen wie z. B. die Psychosomatik, die Kardiologie und die Onkologie ergänzt werden.

Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche

Für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten ist die Kinder- Jugendrehabilitation unverzichtbar. Gesundheitsprobleme haben für Kinder oft weitreichende Konsequenzen und wirken sich meist auf alle Lebensbereiche aus. Das gilt sowohl für das soziale Umfeld als auch für das Leistungsvermögen in Kita, Schule sowie Ausbildung. Oft bleiben dauerhafte Gesundheitsprobleme für das Selbstwertgefühl der jungen Patienten nicht ohne Folgen. Umso wichtiger ist es, betroffene Kinder und Jugendliche frühzeitig mit individuell abgestimmten Reha-Maßnahmen zu helfen. Medizinische Rehabilitation unterstützt die jungen Patienten dabei, die Lebensqualität zu steigern, verhindert Folgeschäden und bietet Unterstützung für einen erfolgreichen Schul- bzw. Ausbildungsabschluss.

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesetzliche Rentenversicherung gleichrangig zuständig. Im Jahr 2016 hat die Deutsche Rentenversicherung 31.346 Leistungen für Kinder und Jugendliche erbracht. Insgesamt 174 Millionen Euro wurden dafür ausgegeben. Die Gesetzlichen Krankenkassen gewährten 2016 Kindern und Jugendlichen im Alter bis 20 Jahre 13.639 Rehabilitationsleistungen. Für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gab die GKV 2016 rund 52 Millionen Euro für 12.000 Fälle aus.

Stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche		
	2015	2016
DRV	31.354	31.346
GKV (bis 20 Jahre)	12.159	11.418

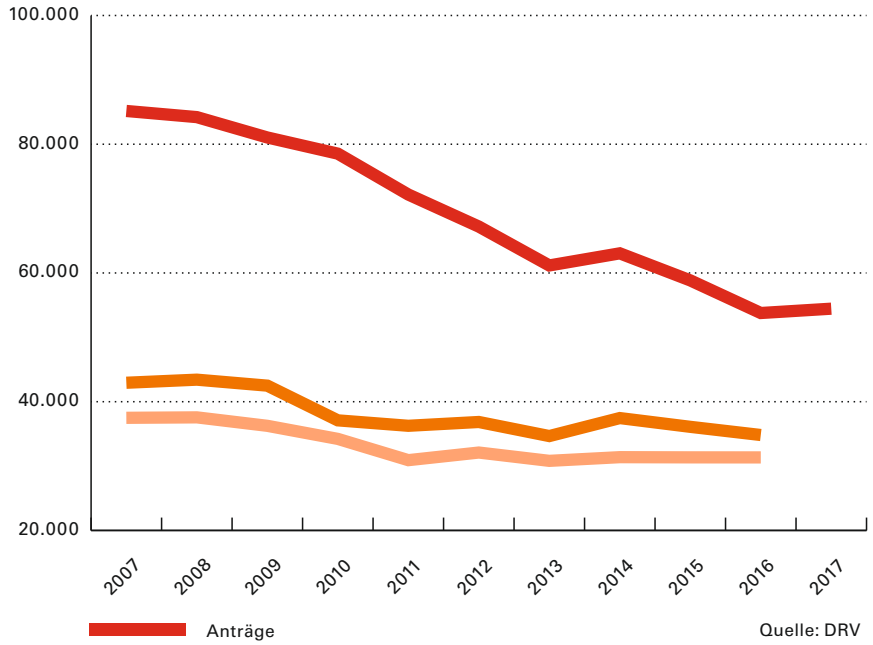
Ausgaben für stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche		
	2015	2016
DRV	170.250.000 €	174.000.000 €
GKV	42.731.024 €	43.436.089 €

2017 wurden 54.452 Anträge, 1,3 Prozent mehr als im letzten Jahr bei den Rentenversicherungen gestellt. Die Bewilligungen lagen vom 1.-3. Quartal um 6,8 Prozent höher als im Vorjahreszeitraum.

Dies sind etwa 30 Prozent weniger Anträge als noch im Jahr 2008. Bei den Diagnosen fällt der Rückgang bei Adipositas und fallen die Zunahmen bei Hauterkrankungen und bei Diabetes auf.

Die Altersentwicklung zeigt bei der Inanspruchnahme eine Zunahme der bis 9-Jährigen und insbesondere eine Abnahme der 15-Jährigen und Älteren.

Antrags- und Bewilligungsstatistik DRV



Die Kinder- und Jugendrehabilitation hat durch das Flexirentengesetz eine starke Aufwertung erfahren: Seit 2017 ist die Kinder- und Jugendrehabilitation eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung für alle Indikationen. Die Vierjahresfrist wurde ersatzlos gestrichen. Die Leistung kann auch ambulant und nachsorgend erfolgen, und es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson sowie auf eine familienorientierte Rehabilitation. Der BDPK begleitet die Entwicklungen.

Bündnis Kinder- und Jugendreha

Aufgrund der anhaltenden Antragsrückgänge von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche haben sich Fachgesellschaften und Leistungserbringerverbände zusammengeschlossen. Gemeinsames Ziel ist es, bestehende Barrieren beim Zugang abzubauen. Mitglieder des Bündnisses sind: Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V., Bundesverband Katholischer Vorsorge-

und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, Diakonisches Werk Deutschland, Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention, Fachausschuss Stationäre Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

Im Berichtsjahr hat sich das Bündnis mehrmals getroffen und führte Gespräche u. a. mit Vertretern der DRV Bund, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem GKV-Spitzenverband und den Suchtverbänden. Bündnisvertreter nehmen kontinuierlich an den Projektgruppen der DRV zur Konzeptentwicklung der ambulanten Kinder- und Jugendreha sowie Nachsorge teil. Die Projektgruppen haben ihre Arbeit aufgenommen und definieren gegenwärtig die Eckpunkte ihrer Vorhaben.

Zudem wurde am 1. und 2. November 2017 eine zweitägige Fachveranstaltung in Berlin unter dem Motto „Das neue Gesicht der Kinder- und Jugendrehabilitation“ organisiert. Über 100 Expertinnen und Experten aus Fachverbänden, von Leistungserbringern und -trägern diskutierten die aktuellen Herausforderungen bei der Gestaltung von neuen Konzepten und Angeboten in der medizinischen Reha für junge Patientinnen und Patienten aufgrund des Flexirentengesetzes (s. auch Kapitel 5, Seite 123).

Antonia Walch (BDPK) auf der Jahrestagung Kinder- und Jugend-Reha

45 Kliniken der Kinder- und Jugendrehabilitation schlossen sich zu einem Bündnis für Kinder- und Jugendreha e.V. zusammen. Die Gründung des Vereins wurde durch die Fach- und Reha-Verbände begleitet.

Mutter-Vater-Kind-Reha und Vorsorge

Spezifischen Gesundheitsrisiken oder bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern entgegenzuwirken, das leistet die stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und Kinder. Eine ganzheitliche Therapie bezieht psychologische, psychosoziale und gesundheitsfördernde Hilfen ein. Die Angebote berücksichtigen darüber hinaus psychosoziale Problemsituationen von Familien wie Trennungen, Partnerschafts- und Erziehungsprobleme. Mittlerweile wird mehr als die Hälfte der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder nicht mehr in Einrichtungen des Müttergenesungswerks, sondern in den sogenannten „gleichartigen Einrichtungen“ privater Träger erbracht. Die Mutter-Kind-Mitgliedsklinken der Verbände privater Kliniken sind über den Button „Mutter-Vater-Kind-Kliniken“ auf der BDPK-Webseite direkt zu erreichen.

Expertenstandard für Mütter-Väter-Kinder-Maßnahmen

Im Vergleich zu somatischen und psychosomatischen Individual-Rehabilitationsmaßnahmen werden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder von den gesetzlichen Krankenkassen mit einem deutlich geringeren Vergütungssatz finanziert. Gleichzeitig steigen die an Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen gestellten Qualitäts- und Leistungsanforderungen stetig an, beispielsweise durch die Vorgaben im QS-Reha®-Verfahren. Die im Jahr 2004 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Müttergenesungswerk und dem BDPK ausgehandelten bundeseinheitlichen Anforderungsprofile für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder sollten ein ein-

heitliches Leistungsgeschehen sichern. Diese Profile sind jedoch veraltet, nicht kompatibel mit den im QS-Reha®-Verfahren formulierten Anforderungen und werden zudem seitens der Kassen ganz unterschiedlich ausgelegt. Für erfolgreiche Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen fehlt ein Leistungsstandard, der auch den Qualitätswettbewerb befördern und die derzeit praktizierte Belegungssteuerung ausschließlich nach Preisen eindämmen könnte. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der BDPK-Facharbeitsgruppe „Vorsorge und Rehabilitation Mütter-/ Väter und Kinder“ arbeitet in diesem Sinne an einem Expertenstandard, mit dem notwendige Leistungen einer „Standard-Maßnahme“ definiert und Personal-, Sach-, Verwaltungs- sowie Kapitalkosten abgeleitet werden können.

Gespräche mit den Gesetzlichen Krankenkassen und dem Müttergenesungswerk

In halbjährlichen Gesprächen mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen und des Müttergenesungswerks tauscht sich der BDPK zu aktuellen Themen aus dem Leistungsbereich Reha- und Vorsorgemaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder aus. In den zwei letzten Gesprächen im Juli 2017 und Januar 2018 standen im Mittelpunkt:

- die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen sowie
- die Praxis der Reha-Bewilligungen hinsichtlich der bewilligten Aufenthaltsdauer und
- der Umgang mit der in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation festgelegten Altersgrenze bei der Mitaufnahme von Kindern bei Mütter-/Väter-Maßnahmen.

Der BDPK diskutierte in den Beratungen anhand von Fallbeispielen der Mitgliedseinrichtungen problematische Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen beispielsweise bei der Missachtung berechtigter Wünsche, der Aufforderung zu Mehrkostenzahlungen und dem Einsatz von nicht zulässigen Selektiv-Kliniklisten und konnte eine Änderung des Vorgehens vonseiten der Krankenkassen einfordern.

Verordnungsformular für Leistungen nach § 24 SGB V

Seit 2012 verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über einheitliche Verordnungsvordrucke für Leistungen nach § 24 SGB V. Die BDPK-Facharbeitsgruppe „Vorsorge und Rehabilitation Mütter-/ Väter und Kinder“ bemängelte insbesondere das Ankreuzfeld „Es besteht keine eigene Rehabilitationsbedürftigkeit des Kindes“ auf Muster 65 (ärztliches Attest Kind), das in den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband schließlich gestrichen werden konnte. Im Mai 2017 fanden GKV-Spitzenverband und KBV schließlich einen Konsens zu den Verordnungsvordrucken. Die Verhandlungen zur Vergütungsregelung für die Antragsstellung sollen im Februar 2018 beendet werden, sodass die Vordrucke dann voraussichtlich ab dem zweiten bzw. spätestens ab dem dritten Quartal eingesetzt werden können.

4. Tarif und Personal

Der BDPK kann als Arbeitgeberverband in Vollmacht seiner Mitglieder Tarifverträge abschließen. Mit der DHV – Die Berufsgewerkschaft besteht derzeit ein Bundesmanteltarifvertrag Nr. 2. Tarifverhandlungen auf Bundesebene haben im Berichtszeitraum nicht stattgefunden.

Zur Frage der Verfassungsmäßigkeit des seit 2015 geltenden Tarifeinheitsgesetzes hat das Bundesverfassungsgericht seine Entscheidung getroffen: Das Tarifeinheitsgesetz ist weitestgehend verfassungskonform. Marburger Bund, ver.di und weitere Gewerkschaften hatten gegen das Tarifeinheitsgesetz Verfassungsbeschwerde eingelegt. Der BDPK hat als sachkundiger Dritter eine Stellungnahme abgegeben. Aus Sicht des BDPK wird die Intention des Gesetzgebers nicht erreicht, die Bildung von und die Bestreikung durch Spartengewerkschaften zu verhindern. Wichtig wäre, dass die berufspolitischen und tarifvertraglichen Interessen der einzelnen Berufsgruppen nicht die Sicherstellung der Krankenversorgung gefährden. Dafür schafft das Tarifeinheitsgesetz keine Abhilfe.

Im Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauschen sich die Mitglieder zweimal im Jahr zu Tariffragen sowie zu Angelegenheiten rund um das Thema Personal aus. Der Fachausschuss hat ein Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“ zur Unterstützung der Mitgliedskliniken bei Anfragen von Medienvertretern, lokalen Veranstaltungen und Diskussionen mit Arbeitnehmervertretern erstellt.

Tarifeinheit

Marburger Bund, ver.di und weitere Gewerkschaften haben gegen das seit 2015 geltende Tarifeinheitsgesetz Verfassungsbeschwerde eingelegt. Mit Urteil vom 11.7.2017 hat das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerde weitestgehend zurückgewiesen. Lediglich § 4a des Tarifeinheitsgesetzes sei insoweit mit Artikel 9 Absatz 3 des Grundgesetzes nicht vereinbar, als es an Vorkehrungen fehle, die sicherstellen, dass die Interessen der Berufsgruppen, deren Tarifvertrag nach § 4a Abs. 2 S. 2 TVG verdrängt werde, im verdrängenden Tarifvertrag hinreichend berücksichtigt werden.

Daraufhin haben ver.di und Marburger Bund am 1.12.2017 eine Vereinbarung zum Umgang mit den Auswirkungen des Tarifeinheitsgesetzes unterzeichnet. Sie wollen durch eine in allen Kollisionsfällen wirksame tarifdispositive Abrede verhindern, dass der Tarifvertrag der jeweils anderen Gewerkschaft durch eine etwaige Mehrheitsfeststellung im Betrieb verdrängt werden kann. Der Ausschluss der Verdrängungswirkung soll stets als weitere Tariffordерung gegenüber den Arbeitgebern oder Arbeitgeberverbänden erhoben und zur Voraussetzung eines Tarifabschlusses gemacht werden.

Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) spricht sich dafür aus, kollidierende Tarifverträge zu vermeiden. Der tarifvertragliche Ausschluss der Anwendung des Tarifeinheitsgesetzes sei dafür nicht der richtige Weg. Die VKA fordert die Gewerkschaften auf, etwaige Kollisionen durch Abgrenzung ihrer Zuständigkeitsbereiche oder durch Bildung von Verhandlungsgemeinschaften auszuschließen.

Der Fachausschuss Tarif- und Personalfragen hatte sich zum Umgang mit der Vereinbarung zwischen ver.di und Marburger Bund ausgetauscht. Grundsätzlich sprechen sich die Teilnehmer weiterhin für Tarifpluralität aus. Allerdings besteht kein Grund, eine entsprechende Klausel in Tarifverträgen aufzunehmen, da sie nicht Gegenstand der tariflichen Auseinandersetzung ist. Zudem würden dadurch die Positionen der Gewerkschaften gestärkt werden.

Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“

Der Fachausschuss Tarif und Personal hat zur Unterstützung der Mitgliedskliniken bei Anfragen von Medienvertretern, für lokale Veranstaltungen oder Diskussionen mit Arbeitnehmervertretern das Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“ erarbeitet. Das Papier gibt einen Überblick über die Krankenhausversorgung in Deutschland und die wichtige Rolle privater Träger bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. In Unterkapiteln thematisiert das Faktenblatt:

- Krankenhausversorgung in Deutschland
- Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen
- Finanzierung von Krankenhäusern
- Krankenhäuser in privater Trägerschaft
- Zahlen, Daten, Fakten

Das Faktenpapier steht auf der Homepage des BDPK der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

Pflegeberufereform

Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) ist seit dem 24.7.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Danach können sich Auszubildende ab dem Jahr 2020 zwischen einer generalistischen Pflegeausbildung, einer Alten-/Kinderpflegeausbildung und einer hochschulischen Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann entscheiden. Wesentliche Inhalte, wie Praxiszeiten der Ausbildung, werden durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt, die derzeit erarbeitet wird und bislang noch nicht vorliegt. Aufgrund der Verabschiedung eines Parlamentsvorbehalts wird sich auch der Bundestag noch einmal mit der Verordnung beschäftigen. Die Verabschiedung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist bis zum Sommer 2018 geplant. Der BDPK fordert, dass auch nach der Reform gewährleistet sein muss, dass Pflegekräfte vollumfänglich und ohne zusätzliche Nachqualifikation einsetzbar bleiben. Praxiszeiten in Rehabilitationskliniken müssen zudem verbindlicher Bestandteil der Ausbildung sein.

Anforderungen des BDPK an die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung:

- **Sofortige Einsetzbarkeit:** Alle generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte müssen im Anschluss an ihre Ausbildung ohne umfassende Nachqualifikation sofort in den Krankenhäusern einsetzbar sein.
- **Reha berücksichtigen!** Verbindliche Praxiszeiten müssen auch in Rehabilitationskliniken durchgeführt werden.
- **Bundesweite Vereinheitlichung:** Zugunsten der bundesweiten Anerkennung der Berufsabschlüsse und zur Gewährung einheitlicher Ausbildungsinhalte sollte auch die Zwischenprüfung zentral und einheitlich in allen Bundesländern geregelt werden. Dies gäbe Klinikträgern mit Standorten in mehreren Bundesländern die Möglichkeit, ihre Ausbildungsinhalte zentral zu regeln und zu gestalten. Es sollte bundeseinheitlich geregelt werden, dass eine erfolgreich abgelegte Zwischenprüfung als Abschluss zum Assistenz- bzw. Krankenpflegehelfer gilt.
- **Wahlfreiheit und Planungssicherheit:** Die Wahlfreiheit der Auszubildenden hinsichtlich ihres Abschlusses muss auch die Planungssicherheit der Träger der praktischen Ausbildung berücksichtigen.
- **Wege in den Pflegeberuf ermöglichen:** Für Bewerberinnen und Bewerber, deren Qualifikationen noch nicht ausreichend sind, müssen geeignete Wege der Vorqualifikation sowie zusätzliche, flexible Ausbildungswege bestehen. Neben der Möglichkeit, nach zwei Jahren generalistischer Ausbildung den Abschluss als Pflegehelfer/in oder Pflegeassistent/in zu erwerben, wäre eine eigenständige, staatlich anerkannte Ausbildung als Pflegeassistent/in oder Pflegehelfer/in mit entsprechend angepassten Ausbildungsinhalten geeignet.

Raus aus dem Fachkräftemangel

Die Mitgliedseinrichtungen des BDPK sind wie alle Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen zunehmend davon betroffen, dass zu wenige Fachkräfte zur Verfügung stehen. Der BDPK spricht sich dafür aus, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Zudem ist es unerlässlich, neue und innovative Modelle von Arbeitsteilung zu entwickeln, damit das vorhandene Wissen und die Fähigkeiten zielgerichtet für die Versorgung der Patienten genutzt werden können. Der BDPK begrüßt die Ansätze, die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte weiterzuentwickeln. Er regt an, bereits in der Ausbildung den praktischen Bezug zum späteren Tätigkeitsgebiet herzustellen. Neben dieser dringend notwendigen Verbesserung des Fachkräfteangebots diskutierte der Fachausschuss Tarif- und Personalfragen auch praktische Wege des kurzfristigen Umgangs mit dem bestehenden Fachkräftemangel. Hierzu gehörte neben einem laufenden Erfahrungsaustausch die Erstellung einer Bewertungsmatrix von Dienstleistern im Bereich der Fachkräftevermittlung.

KlinikRente

Auch im Berichtszeitraum hat sich das 2002 auf Initiative des BDPK gegründete Versorgungswerk sehr erfolgreich entwickelt. Allein im Jahr 2017 wurden 12.000 neue Verträge geschlossen und 370 Unternehmen erklärten ihre Mitgliedschaft im Versorgungswerk. Der Neuzugang beim laufenden Jahresbeitrag in der betrieblichen Altersversorgung (bAV) lag bei knapp 14 Millionen Euro. Das erhöht den laufenden bAV-Gesamtbeitrag im Versorgungswerk auf rund 100 Millionen Euro im Jahr. KlinikRente baut damit die Marktführerstellung in der Gesundheitswirtschaft weiter aus.

Insgesamt bieten jetzt 3.545 Kliniken und Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten die Vorteile des Branchenversorgungswerkes. Besonders geschätzt wird die Verteilung der Anlagemittel auf mehrere Lebensversicherer. Allianz, Condor, Deutsche Ärzteversicherung, R+V und Swiss Life sind in unterschiedlicher Höhe an den Produkten beteiligt. Alle am Konsortium KlinikRente beteiligten Versicherer verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Solvency-II-Quote. Zusätzlich haben die Gesellschaften eine Stabilitätsabrede getroffen, die ein angemessenes Reagieren auf Marktveränderungen ermöglicht.

Neueinführung KlinikRente „Chance“ – als kapitalmarktnahes Produkt in der bAV

Mit KlinikRente „Chance“ steht ab 2018 auch ein Produkt zur Verfügung, das eine Beitragsgarantie mit den Chancen der Kapitalmärkte verbindet. Dabei erfolgt ein Teil der Anlage im sogenannten Sicherungsvermögen der KlinikRente-Träger und wird dort verzinst. Der andere Teil wird in Fondsanlagen investiert. Hierdurch erfolgt die Beteiligung an den Wertentwicklungen der internationalen Kapitalmärkte bei gleichzeitiger Garantie der eingezahlten Beiträge. So wird die Förderung der betrieblichen Altersversorgung mit einer attraktiven Renditechance verbunden.

Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG) bietet neue Chancen

Mit dem zum 1.1.2018 in Kraft getretenen BRSG möchte der Gesetzgeber die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung weiter fördern. Deshalb wurden die Rahmenbedingungen weiter verbessert. Für die Unternehmen bietet das Gesetz neue Möglichkeiten, aber auch zusätzliche Verwaltungsanforderungen. KlinikRente erarbeitet gemeinsam mit den Mitgliedsunternehmen digitale Prozesse, um die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben so verwaltungsarm wie möglich umzusetzen. Hierdurch entsteht Rechtssicherheit bei gleichzeitiger Entlastung der Personalabteilungen.

13. Personalkongress in Hannover

Am 25. und 26.9.2017 richtete das Versorgungswerk das Treffen der Personalverantwortlichen der Krankenhäuser und Reha-Kliniken gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus. Mehr als 250 Teilnehmer verfolgten Vorträge von Branchenexperten zu arbeitsrechtlichen und tarifpolitischen Fragen. Im Mittelpunkt stand das Thema Digitalisierung. So referierte Christoph Keese, Executive Vice President für die Axel Springer SE und Autor der Bücher „Silicon Valley“ und „Silicon Germany“, über die aktuelle Entwicklung der Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft und die damit verbundenen Möglichkeiten sowie Herausforderungen.

5. Öffentlichkeits-arbeit

Der BDPK informiert die Politik, Fachöffentlichkeit und die eigenen Mitglieder kontinuierlich über Nachrichten und Positionen der Kliniken in privater Trägerschaft. Der Verband nutzt dazu Pressemitteilungen, Artikel und Beiträge in Zeitungen und Zeitschriften sowie die monatlich erscheinenden Verbandsmitteilungen in der Zeitschrift f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus. Das interessierte Fachpublikum wird darüber hinaus mit der eigenen Website, dem BDPK-Newsletter und über die Social Media-Kanäle Facebook und Twitter zu aktuellen Themen aus dem Verband informiert.

Der jährlich stattfindende BDPK-Bundeskongress ist ein wichtiger Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit. Neben den Vorträgen von Gesundheitsexperten haben die Teilnehmer in Diskussionsforen und Podiumsgesprächen die Möglichkeit, sich mit Vertretern aus der Gesundheitspolitik, von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern über aktuelle gesundheitspolitische Herausforderungen in den Bereichen Krankenhäuser und Rehabilitation auszutauschen und notwendige Handlungsfelder zu diskutieren.

Veranstaltungen

Bundeskongress 2017

BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel während der Podiumsdiskussion

Teilnehmer beim Erfahrungsaustausch

Vortrag mit Martin U. Müller, DER SPIEGEL

Das Spannungsverhältnis von Medizin und Ökonomie

Medizin, Ökonomie und Wettbewerb gehören in einem leistungsfähigen Gesundheitswesen zwingend zusammen. Auf seinem Bundeskongress am 31. Mai 2017 in Hamburg sprach sich der BDPK deutlich für ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen aus, bei dem die Patienten die Wahl zwischen den zugelassenen ambulanten und stationären Leistungserbringern haben. „Die Fokussierung auf marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Prinzipien ist angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung mit steigendem Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, begrenzten Ressourcen und immer weniger verfügbaren Fachkräften dringend geboten“, betonte Dr. Katharina Nebel M. Sc., Präsidentin des BDPK. Staatliche Vorgaben und Regulierungen erschweren es den Kliniken in immer stärkerem Maße, eine gute medizinische Patientenversorgung zu gewährleisten.

Mit Blick auf die kommende Legislaturperiode sprach sich Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, in ihrem Eröffnungsvortrag dafür aus, den Investitionsstau der Krankenhäuser aufzulösen. Die von den Ländern zur Verfügung gestellten Mittel sollten zusätzlich durch den Bund mitfinanziert werden, sagte die SPD-Politikerin vor den rund 150 Kongressteilnehmern. Zudem befürwortete sie die geplante Einführung von Personaluntergrenzen im Krankenhaus.

Gewinne für das Patientenwohl einsetzen

Die Mitgliedskliniken des BDPK kritisierten auf dem Kongress ein derartiges Vorgehen. „Den gewünschten Effekt einer besseren Versorgung werden die Personalgrenzen verfehlen. Die Kliniken benötigen dafür in Zukunft eine deutlich höhere Flexibilität, um die Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung möglichst ohne Wartezeiten und wohnortnah gewährleisten zu können“, so Dr. Francesco De Meo, Vizepräsident des BDPK.

Sind ökonomisches und ärztliches Handeln miteinander vereinbar? Darf man mit der Behandlung von Krankheiten Profite machen? Diesen Fragen ging Prof. Dr. Hartmut Kliemt in seinem Vortrag nach. „Gewinne ermöglichen Innovationen, und diese kommen den Patienten zugute“, bekräftigte der Gesundheitsökonom von der Justus-Liebig-Universität Gießen die Argumente der Kliniken in

privater Trägerschaft. Dr. Michael Wunder, ehemaliges Mitglied des Nationalen Ethikrates, stellte den selbstbewussten Patienten in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Als mitgestaltende Kraft wird der Patient in immer stärkerem Maße den Gesundheitsmarkt bestimmen. Darauf müssen sich alle Akteure im Bereich der Akut- und Reha-Medizin einstellen.

Bedarfsgerechter Zugang zur Rehabilitation

Über die großen Herausforderungen im Bereich der Rehabilitation sprach Dr. Ingrid Künzler. Sie bestehen nach wie vor in dem rechtzeitigen und bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Rehabilitation für Patienten. Teilweise existiere noch viel zu wenig Wissen über die Möglichkeiten von Reha, hier gebe es noch großen Aufklärungsbedarf. Die Geschäftsführerin der Deutschen Rentenversicherung Nord bekräftigte, dass die Gestaltung einfacher Zugangsverfahren für Reha-Maßnahmen Frühverrentung – besonders im Bereich psychischer Erkrankungen – verhindern kann.

Einen eindrucksvollen Exkurs in den Bereich der sich rasant entwickelnden Digitalisierung gab Martin U. Müller. Der Mediziner und Spiegel-Redakteur wies den enormen Nachholbedarf des Gesundheitssektors in der Digitalisierung nach. Der Bedarf an digitalen Experten werde möglicherweise bald höher sein als der an Medizinern. „Muss der Mediziner der Zukunft überhaupt Arzt sein?“, lautete die provokante Frage des Journalisten. Viele Berufsbilder im medizinischen Bereich unterliegen in naher Zukunft einem starken Wandel. Kritische Äußerungen kamen in der anschließenden Podiumsdiskussion von Dr. Thomas Wolfram, CEO Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH. Die von der Politik formulierte Aufgabe, ambulante und stationäre Sektorengrenzen abzubauen, könne nur gelingen, wenn auch der politische Wille dazu vorhanden sei. Doch der fehle nach wie vor.

Nationales Reha-Forum

Zum zweiten Mal fand am 15. und 16. März 2018 in Berlin das Nationale Reha-Forum unter dem Motto „Rehabilitation 2punkt, 3punkt, ...4.0?“ statt. Der Branchentreff für Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland geht auf eine Initiative von BDPK und Bibliomed-Verlag zurück und ist Bestandteil des jährlich stattfindenden DRG-Forums. In Vorträgen, Workshops und auf Podiumsdiskussionen standen Themen im Mittelpunkt wie die Rehabilitationspolitik nach der Wahl, kontinuierliche digitale Lösungen in der Rehabilitation, die Qualitätssteuerung in der Rehabilitation oder die Weiterentwicklung des Rehabilitationsangebots.

Jahrestagung Kinder- und Jugendreha

„Das neue Gesicht der Kinder- und Jugendrehabilitation“ – so lautete das Motto der zweitägigen Fachveranstaltung am 1. und 2. November 2017 in Berlin. Initiator war das Bündnis Kinder- und Jugendreha, dem auch der BDPK angehört.

Expertinnen und Experten aus Fachverbänden, von Leistungserbringern und -trägern diskutierten die wesentlichen Aufgaben bei der Gestaltung von neuen Konzepten und Angeboten in der medizinischen Reha für junge Patientinnen und Patienten aufgrund des Flexirentengesetzes.

Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung, betonte in ihrem Grußwort, dass die Kinder- und Jugendrehabilitation aus der Gesundheitsversorgung junger Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Sie ermutigte alle beteiligten Akteure darin, innovative Ideen und Ansätze zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Dieser Umsetzungswille sei dringend erforderlich, betonte Prof. Dr. Gerhard Trabert von der Hochschule RheinMain. Denn die Zahl der Kinder und Jugendlichen, deren gesundheitlicher Zustand aufgrund von Armut beziehungsweise Armutsrisiken gefährdet ist, nimmt stetig zu. Aufsuchende interdisziplinäre Versorgungskonzepte sind gefragt und besonders Erfolg versprechend, weil sie bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen direkt ankommen und ihnen wirksam dabei helfen, gesund zu werden. Die Gesundheit im

Kindes- und Jugendalter ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bildungsbiografie junger Menschen.

Am zweiten Tag der Veranstaltung widmeten sich die Teilnehmenden in Workshops praxisnah den Themen: Indikationserweiterung, ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation, Nachsorge nach einer stationären Kinder- und Jugendrehabilitation und familienorientierte Reha.

IQMG-Jahrestagung 2017

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) veranstaltet nunmehr seit zwölf Jahren Qualitätstagungen, auf denen aktuelle Themen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements mit Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Vertretern der Kostenträger vorgestellt und diskutiert werden. Für Qualitätsmanager und Qualitätsinteressierte ist die IQMG-Tagung in Berlin eine willkommene Gelegenheit zum interdisziplinären Austausch und Networking. Im Fokus der IQMG-Jahrestagung am 29./30. November 2017 standen Möglichkeiten und Instrumentarien zur Messung des Erfolgs von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Bedeutung des Reha-Outcoms in einer qualitätsorientierten Belegung und Vergütung der Rehabilitation.

1. Veranstaltungstag

Dr. Jens Deerberg-Wittram (Direktor bei The Boston Consulting Group GmbH) hob im Eröffnungsvortrag die „Patient-reported outcome measures“ (PROMs) als wesentliche Indikatoren für die Ergebnisqualität in der Reha hervor. Antworten auf Fragen zur nachhaltigen Verbesserung der körperlichen Funktionalität, der mentalen Verfassung und der Lebensqualität seien deutlicher Gradmesser für die Qualität der erfolgten medizinisch-therapeutischen Behandlungen und sollten im Sinne eines Qualitätswettbewerbs veröffentlicht werden. Für Qualitätstransparenz engagiert sich auch Dr. Stefan Triebel (Chefarzt Orthopädie und ärztlicher Direktor im PASSAUER WOLF Reha-Zentrum Bad Gögging). Seine Einrichtung bildet ihre Qualitätsergebnisse im Reha-Portal der Initiative 4QD-Qualitätskliniken.de ab und schafft damit Transparenz, die das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten stützt.

Prof. Dr. Karla Spyra (Leiterin der Abteilung Rehabilitationsforschung an der Berliner Charité) gab einen Einblick in eine aktuelle Studie, die sich dem Vergleich der Qualitätssicherung von Reha-Kliniken in Deutschland und der Schweiz widmet. Die Schweiz legt bei der Qualitätssicherung einen alleinigen Schwerpunkt auf die Ergebnisqualitätsmessung, im Gegensatz zum deutschen Reha-QS-System, in dem noch die Strukturqualität eine dominierende Position besitzt. Die Weichen für einen fairen Qualitätswettbewerb in der Reha sind durch die Deutsche Rentenversicherung gestellt, erklärte Dr. Susanne Weinbrenner (Leiterin des Geschäftsbereiches Reha bei der DRV Bund) und informierte über die für 2018 geplante 12-monatige Pilotphase der DRV zur qualitätsorientierten Belegungssteuerung in der Reha. Meinolf Moldenhauer (Fachreferent für Reha beim GKV-Spitzenverband) berichtete über die Ergebnisse aus dem aktuellen QS-Reha®-Verfahren und über die Weiterentwicklung der Ergebnisqualitätsmessung im QS-Reha®. In der Geriatrie werden ab dem nächsten Jahr erstmals Reha-Zielkategorien als individualisierte Ergebnismessung eingesetzt.

Wettbewerb zwischen Reha-Kliniken funktioniert nur im Dialog mit allen Beteiligten: Leistungserbringern, Leistungsträgern und Rehabilitanden. Transparenz und eine konstruktive Fehlerkultur sind Antrieb dafür, damit eine Qualitätsentwicklung in alle stationären Reha-Kliniken gelingt. So lautete das Resümee der Referenten während der abschließenden Podiumsdiskussion am ersten Tag.

Im Anschluss wurde der bereits zum zweiten Mal ausgelobte Reha-Zukunftspreis verliehen. Zuvor machte Prof. Uwe Koch-Gromus (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg Eppendorf und wissenschaftlicher Leiter des IQMG) in seinem Vortrag die vielfältigen Herausforderungen deutlich, vor denen die Rehabilitation in Zeiten des gesellschaftlichen und sozialen Wandels steht. Anschließend wurden in einer feierlichen Preisverleihung die Gewinner-Projekte 2017 vorgestellt (vgl. Kapitel 3, Seite 97).

Workshops

Wie in den Vorjahren nutzten die Teilnehmer an beiden Tagen die unterschiedlichen Workshop-Angebote. Im Workshop „Wie QS-Indikatoren wirksam in der Organisationsentwicklung nutzen?“ diskutierten Dr. Ralf Bürgy (Leiter der Abteilung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement, MediClin AG Offenburg), Dr. Ralf Wiederer (Leiter Fachbereich Qualitätsmanagement Helios

Reha), Manfred Rundel (Leiter Qualität und Organisationsentwicklung, Celenus-Kliniken GmbH), Stefan Kinkel (Therapeutische Gesamtleitung, Park Klinikum Bad Krozingen) und Georg Freund (Geschäftsführer, Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG) mit den Teilnehmern, welche QS-Indikatoren aus den externen QS-Verfahren der DRV und GKV das interne Qualitätsmanagement in besonderem Maße unterstützen und wie die Organisationsentwicklung in den Reha-Einrichtungen mit den Kennzahlen aus der externen Qualitätssicherung effektiv befördert werden kann.

Den Workshop zum Risikomanagement in Reha-Einrichtungen leitete Frau Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg (Bereichsleiterin Sana QualitätsMedizin). Die Teilnehmer erfuhren, wie sie Risiken in ihrer Einrichtung ermitteln und bewerten können und welche Rahmenbedingungen eine das Risikomanagement unterstützende Fehlerkultur benötigt. Dr. Rüdiger Nübling (GfQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GbR) gab in seinem Workshop einen Überblick über die Forschungslage zu „Patient-reported outcomes“ (PROs) in der Rehabilitation. Am Beispiel kontinuierlicher interner und externer Patientenbefragungen wurde gezeigt, wie diese für QS/QM und für Qualitätsverbesserungen genutzt werden können.

2. Veranstaltungstag

Den zweiten Veranstaltungstag startete Tobias Hahn von der NEXUS AG mit der Vorstellung einer neuen softwarebasierten Unterstützung für die IQMP kompakt-Zertifizierung. Nach der Fortführung der Workshops vom ersten Veranstaltungstag schloss Prof. Gunter Kreutz (Musikwissenschaftler an der Universität Oldenburg) die Veranstaltung mit seinem Vortrag „Singen für mehr Lebensqualität“, in dem er auf die vielen positiven Effekte des Singens und Musizierens auf die körperliche und psychische Verfassung aufmerksam machte.

Teilnehmer während der Diskussion

Teilnehmer während der Diskussion

IQMG-Seminare 2017

Das IQMG bietet Schulungen zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen, zu QM-spezifischen Fachthemen und IQMP-Reha-spezifischen Themen an. Die ein- bis zweitägigen Seminare vermitteln Fachkenntnisse, praktische Hilfestellungen und bieten eine Austauschplattform mit Kollegen aus anderen Unternehmen.

Im Juni 2017 startete das IQMG-Seminarprogramm mit einer Schulung zum IQMP-Reha-Verfahren. Die Teilnehmer erfuhren, wie sie eine Selbstbewertung nach IQMP-Reha erfolgreich organisieren, schreiben und bewerten können. Das Training beinhaltete zahlreiche praktische Tipps für die Berichterstellung und praxisnahe Übungen. Es folgten ein gemeinsames Seminar mit der DRV Bund zum Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung mit dem Fokus auf die korrekte Anwendung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und die kombinierte Basis- und Auffrischschulung für externe IQMP-Auditoren der mit dem IQMG kooperierenden Zertifizierungsunternehmen. Ein Crash-Kurs für IQMP-Reha-Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB), der kompakt das wesentliche Know-how für die Zertifizierung nach IQMP-Reha vermittelte, machte den Abschluss der IQMG-Seminarreihe 2017. Aufgrund der großen Nachfrage wurde das DRV-QS-Seminar am 7.3.2018 wiederholt.

Pressemitteilungen

1. Juni 2017

BDPK kritisiert Gesetz zur Einführung von bundeseinheitlich verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen

Der BDPK lehnt die im Deutschen Bundestag beschlossene Einführung von bundeseinheitlich verbindlichen Personaluntergrenzen ab, weil sie in den Krankenhäusern nicht rechtssicher anwendbar sind. Krankenhäuser sollen damit verpflichtet werden, mehr Personal einzustellen. „Der Schuss könnte nach hinten losgehen", sagt Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK, anlässlich der heutigen Beratung im Deutschen Bundestag. Der BDPK plädiert dafür, statt zentraler Mindestvorgaben die notwendige Personalausstattung für eine gute Patientenversorgung vor Ort zu regeln.

12. Juni 2017

Gesundheitspolitische Positionen des BDPK im Wahljahr 2017

Die Mitgliedsunternehmen des BDPK und seine Landesverbände sprechen sich für einen ordnungspolitischen Rahmen aus, der Wettbewerb, Flexibilität und Dynamik in der medizinischen Leistungserbringung weiterhin möglich macht und stärkt. Somit lässt sich auch in Zukunft eine verlässliche, leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung der bundesdeutschen Bevölkerung in Städten, Landkreisen und Kommunen gewährleisten. Wettbewerb fordert alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten heraus, sich um die Erbringung qualitativ hochwertiger medizinischer Leistungen zu bemühen und diese innovativ weiterzuentwickeln.

26. Juli 2017

Geriatrische Versorgung in Krankenhäusern und Reha-Kliniken, ein Plus für Patienten

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK, kommentiert die kritischen Äußerungen des Barmer-Chefs, Christoph Straub, anlässlich des kürzlich vorgelegten Barmer-Reports zur Zunahme kostenintensiver geriatrischer Maßnahmen in Krankenhäusern. Er erklärt: „In einer älter werdenden Gesellschaft handeln Krankenhäuser entsprechend ihrem Versorgungsauftrag, wenn Patienten eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) erhalten. Dies vermeidet Pflegefälle und hilft vielen älteren Menschen, ohne allzu großen Verlust an Selbstversorgungskompetenz nach schwerer Krankheit wieder in ihrer gewohnten Umgebung

zurechtzukommen. In dieses Handeln vor allem ein ökonomisches Interesse der Krankenhäuser zu interpretieren und ein Gegeneinander von Krankenhäusern und Reha-Kliniken zu vermuten, ist absurd. (...).“

9. Februar 2018

Gute Patientenversorgung nur mit zukunftsfähigen Konzepten!

Der BDPK teilt das im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD formulierte Leitbild der Patientenorientierung. Positiv ist die Zusage von Investitionsmitteln für Umstrukturierungen, neue Technologien und für Digitalisierung in Krankenhäusern. Rückwärtsgewandt ist die Entscheidung, das DRG-System bei den Personalkosten für Pflege außer Kraft zu setzen. „Damit werden Pflegekräfte willkürlich aus der organisatorischen Einheit Krankenhaus gehoben. Das heißt auch, dass Krankenhäuser für ca. ein Drittel ihrer Personalkosten, die sie für die Pflege aufwenden, zur Selbstkostendeckung zurückkehren,“ kritisiert Thomas Bublitz.

Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen

23. Juni 2017

Orientierungswert im Bibliomed-Manager

Der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) hat anlässlich des Wahljahres 2017 ein zwölfseitiges Positionspapier mit den wichtigsten gesundheitspolitischen Forderungen veröffentlicht. Es enthält die wesentlichen Reformoptionen für das deutsche Gesundheitssystem: Der BDPK fordert darin den Ausbau eines wettbewerblich gestalteten Gesundheitswesens. Damit erteilt der BDPK der populären und vordergründig einfachen Forderung nach mehr staatlicher Regulierung eine klare Absage.

Gesundheit & Gesellschaft, Heft 04/2017

„Weltfremde Träumerei – Fordern kann man vieles, doch wer finanziert das?“

Der Artikel von Thomas Bublitz ist eine Reaktion auf den Beitrag von Tim Engartner in Gesundheit & Gesellschaft Heft 03. Der Sozialwissenschaftler fordert darin ein Ende der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Thomas Bublitz schreibt im Gegenzug: „Wie soll bei einer Abkehr von einem wettbewerblich und marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesen der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung für eine älter werdende Bevölkerung sichergestellt und finanziert werden? Gibt es doch in unserer Gesellschaft künftig immer weniger junge Menschen – sei es, um im Krankenhaus zu arbeiten oder als Beitragszahler anfallende Kosten zu finanzieren. Die planwirtschaftlichen Modelle haben sich in der Vergangenheit als nicht besonders wirkungsvoll erwiesen, wenn es um die Bereitstellung und Verteilung knapper Güter und Ressourcen für möglichst viele Menschen zu tragbaren Preisen geht. Marktwirtschaftliche Systeme sind deutlich überlegen, um Patientenorientierung, medizinischen Fortschritt und rationierungsfreien Zugang für alle Bevölkerungsschichten zu ermöglichen.

„KU-Gesundheitsmanagement“, Juli 2017

„Konkurrenz belebt das Geschäft“

Thomas Bublitz: Die gesetzliche Grundlage für unsere Krankenhäuser in § 1 KHG sagt klar und deutlich, dass Krankenhäuser eigenverantwortlich wirtschaften sollen. Das dient einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung zu sozial vertretbaren Pflegesätzen. Diese Gewinne sind auch notwendig, um die fehlende Investitionsfinanzierung der Bundesländer auszugleichen. In der Tat ist immer häufiger Fremdkapital der einzige Ausweg. Kliniken müssen den Banken dafür Sicherheiten bieten und Zinsen zahlen. Dafür brauchen Kliniken Gewinne und dürfen sie auch erzielen. Damit unterscheidet sich der Krankenhausbereich nicht von anderen Bereichen des Gesundheitswesens, beispielsweise den Arztpraxen, den Apotheken, den Sanitätshäusern usw., denen die Gewinnerzielung ebenfalls erlaubt ist.

„Krankenhausmanagement“,
MWV Medizinische Verlagsgesellschaft 2017

Lebendiger Pluralismus. Der BDPK und seine Rolle im deutschen Krankenhauswesen

Die deutschen Krankenhäuser haben vieles gemeinsam: ihre Pflicht, Patienten gut medizinisch zu versorgen und den gesetzlichen Versorgungsauftrag rund um die Uhr sicherzustellen, ihr Streben nach bester medizinischer Qualität und Patientensicherheit, ihre Bereitschaft zur medizinisch-wissenschaftlichen Weiterentwicklung, ihren Willen, attraktive und sichere Arbeitsplätze bereitzustellen und ihre Sorge um die Finanzierung. (...)

Springer Fachmedien 2017

Geleitwort zu „Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern – mit innovativen Versorgungsansätzen zur Erlösoptimierung“

(...) Der kritische Blick muss sich aber auch auf die Leistungsfähigkeit des eigentlichen Kerngeschäfts – den Krankenhausbetrieb – richten. Was widerfährt den Patienten in der eigenen Notaufnahme? Wie funktionieren die Prozesse im Krankenhaus von der Aufnahme des Patienten bis hin zu der Entlassung? Fühlen sich Patienten medizinisch gut versorgt? Werden sie professionell und mit Zuwendung gepflegt? Wie zufrieden sind Patienten insgesamt, wenn sie nach einer abgeschlossenen medizinischen Behandlung das Krankenhaus wieder verlassen? Auch diesen Fragen müssen sich Krankenhäuser stellen. (...)

Nachrichten des BDPK in f&w

Jährlich erscheinen zwölf Ausgaben der Verbandsmitteilungen in der Zeitschrift f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus des bibliomed-Verlages. Der Verband berichtet darin über aktuelle Gesetzesvorhaben und Entwicklungen in der Politik sowie verbandsinterne Neuigkeiten und Informationen. Dem Thema „Digitalisierung im Alltag von Krankenhaus- und Rehabilitationskliniken“ widmete sich eine Serie von Interviews mit Direktoren und Geschäftsführern aus BDPK-Mitgliedskliniken, die sowohl in f&w als auch in f&w Fokus veröffentlicht wurden.

BDPK online

BDPK-Newsletter

Der monatliche Newsletter des BDPK informiert die interessierte Fachöffentlichkeit über wichtige Schwerpunktthemen aus den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation und Qualität. Zu den Newsletter-Abonnenten gehören Vertreter aus Politik, Medien, Gesundheitsverwaltung, -wirtschaft und der Wissenschaft. In seinen News berichtet der BDPK praxisnah und sektorenübergreifend über die Herausforderungen und wichtigen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

BDPK auf Facebook und Twitter

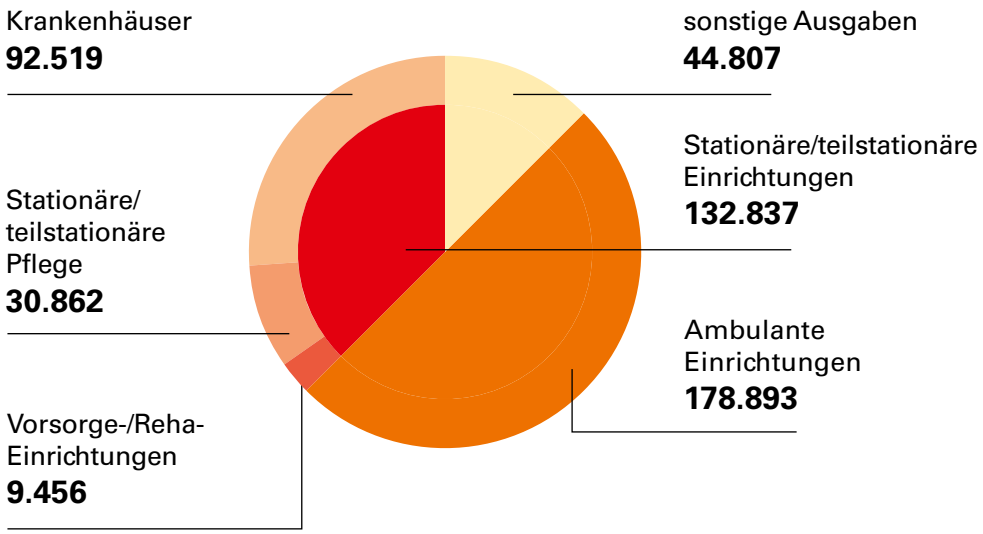
Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. startete zum Bundeskongress im Juni 2017 mit einem eigenen Profil auf Facebook und Twitter. Seitdem postet und twittert das BDPK-Team zu aktuellen Themen aus Gesundheitspolitik und Sozialgesetzgebung für die Bereiche der Krankenhausversorgung, Rehabilitation und Qualität. Außerdem ermöglichen die Social Media-Plattformen eine direkte und unkomplizierte Kommunikation mit dem BDPK. Sie bieten die Chance, sich in den spannenden Diskurs zur bundesweiten Gesundheitsversorgung einzubringen und aktuelle Entwicklungen zu kommentieren.

6. Statistiken

Die Rubrik Statistiken zeigt einen grafischen Überblick zu Gesundheitsausgaben in Deutschland, der Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie von Krankenhäusern nach Trägern oder der Entwicklung der Bettenzahl der Kliniken.

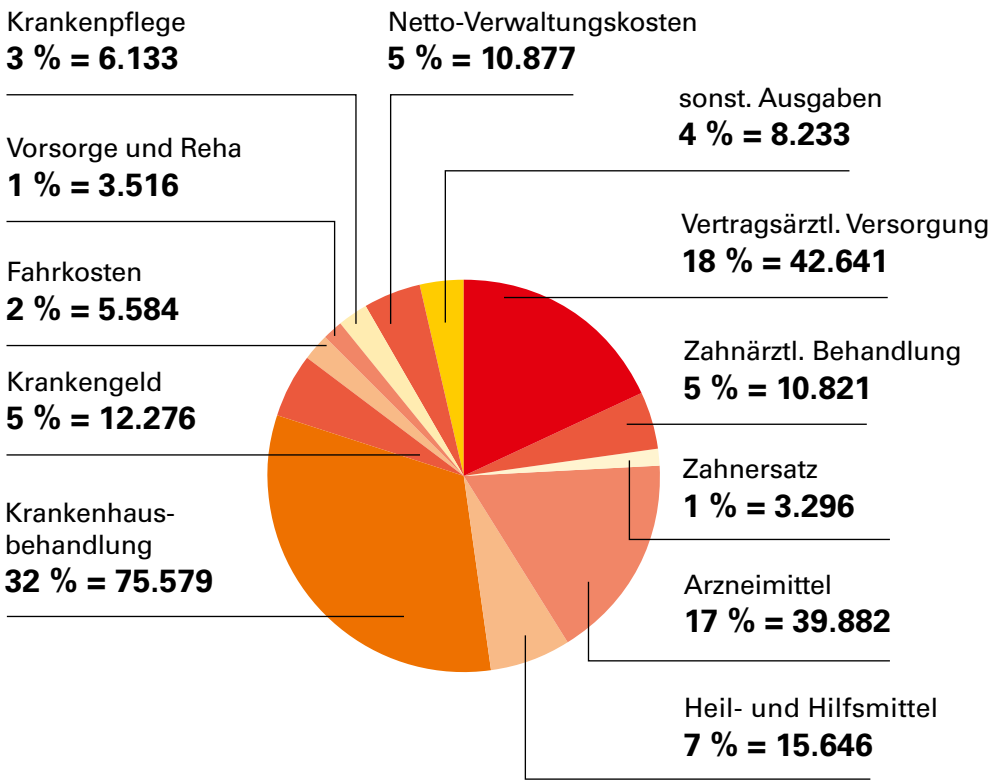
Gesundheitsausgaben 2016 (gesamt)

Gesundheitsausgaben in Deutschland (in Mio. €)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de

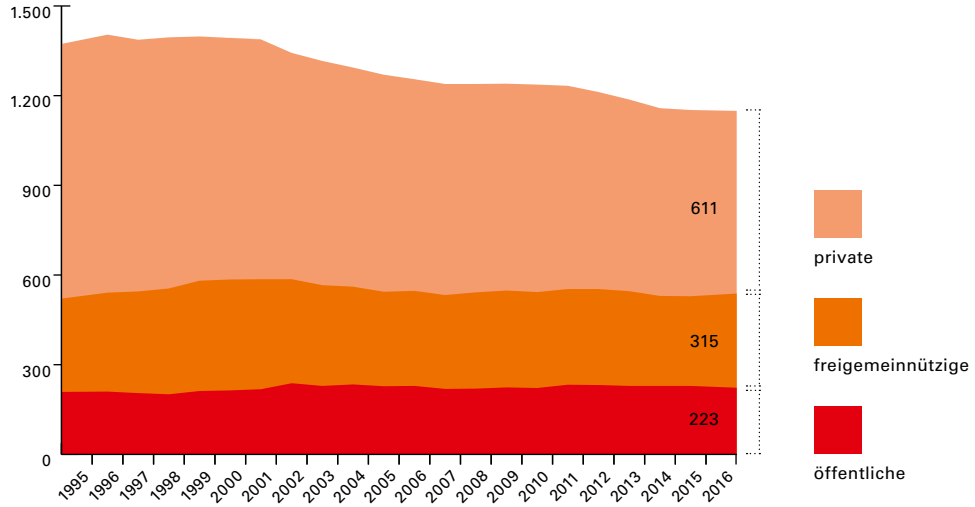
Anteil an GKV-Ausgaben 2016 (in Mrd. €)*



*Vorläufige Finanzergebnisse 2016; Quelle: BMG

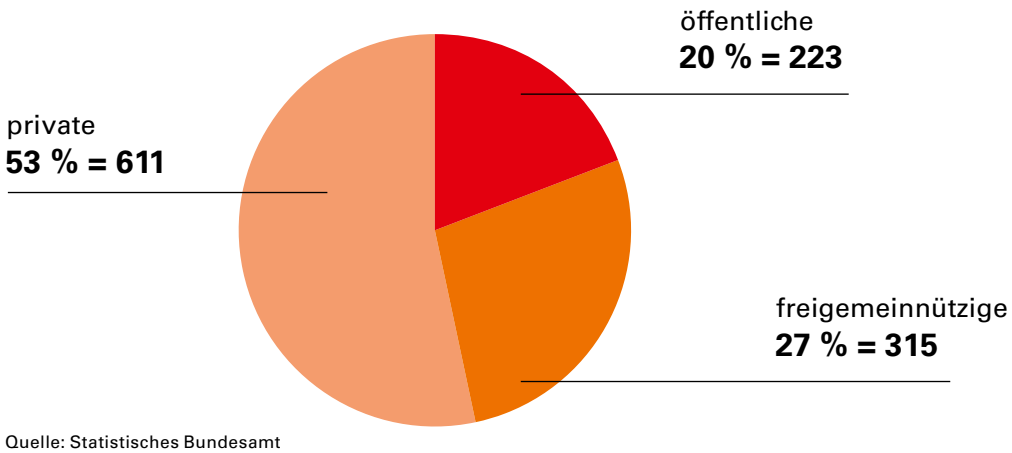
Rehabilitation

Entwicklung der Zahl der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft



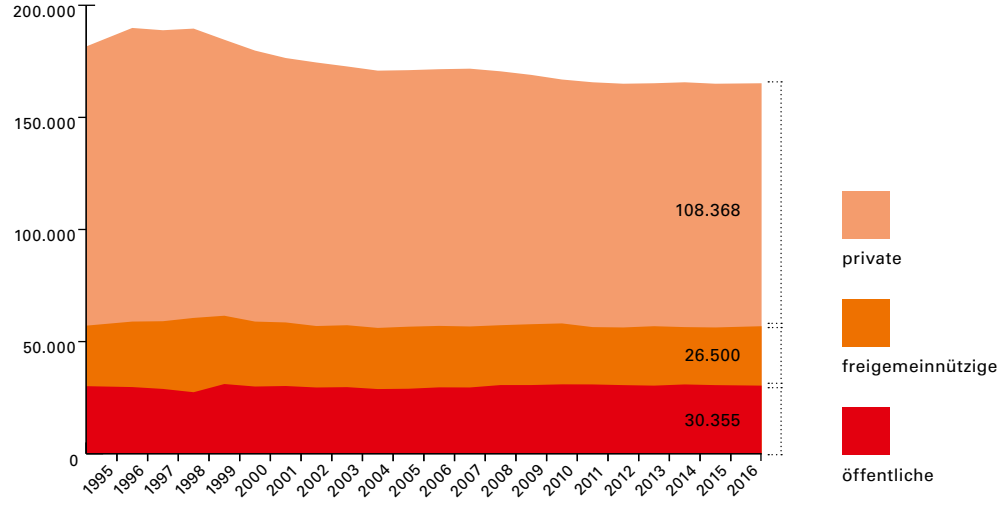
Quelle: Statistisches Bundesamt

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft (2016)



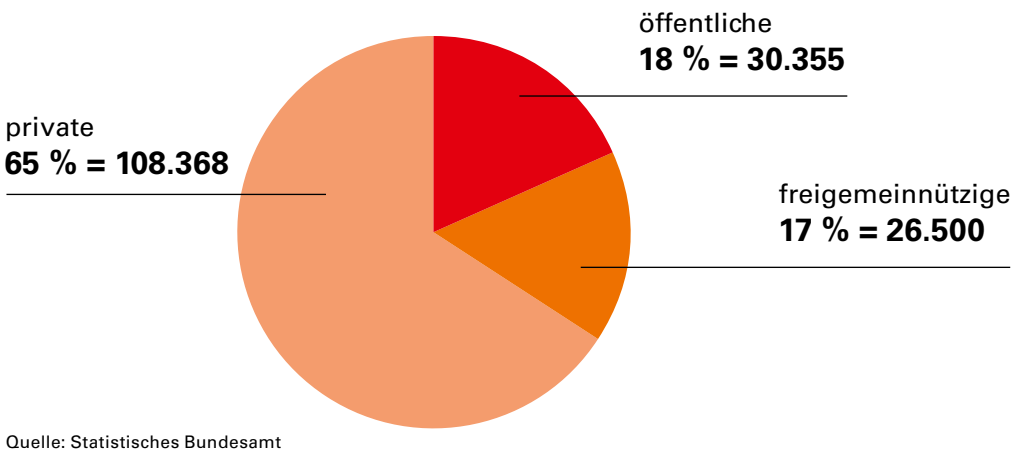
Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Bettenzahlen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft



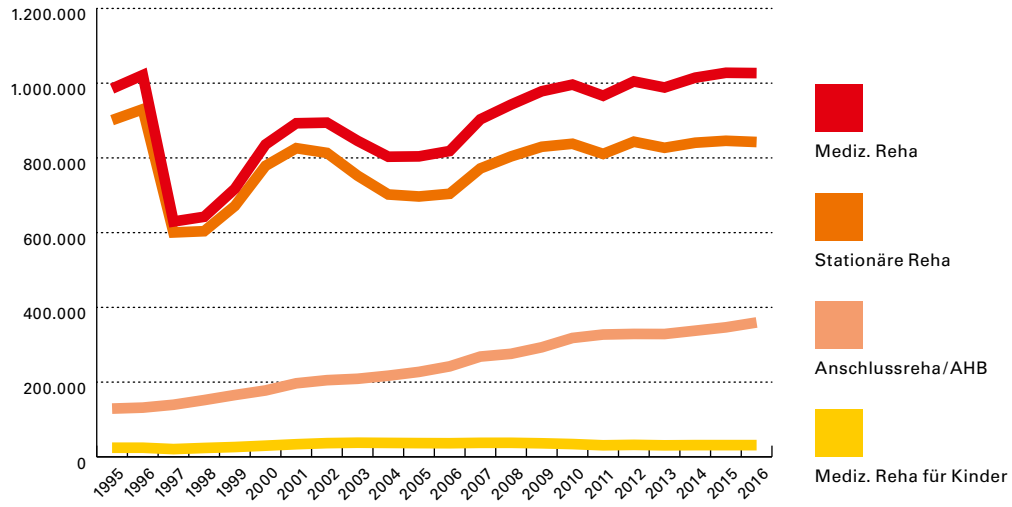
Quelle: Statistisches Bundesamt

Bettenzahl nach Trägerschaft (2016)



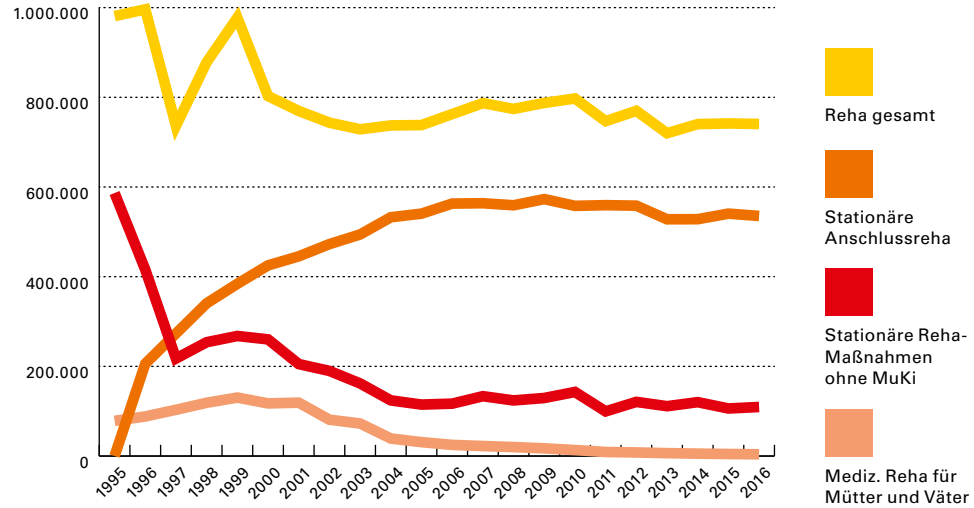
Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Leistungsfälle DRV



Quelle: DRV

Entwicklung der Leistungsfälle GKV



Quelle: BMG

Leistungsfälle DRV

DRV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	stationäre Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	985.415	900.973	129.129	24.368
2000	835.878	778.789	177.681	29.908
2005	804.064	696.731	227.347	36.759
2008	942.622	804.006	275.756	37.568
2009	978.335	829.822	293.173	36.254
2010	996.154	837.864	318.118	34.223
2011	966.323	810.664	327.357	30.919
2012	1.004.617	843.319	328.940	32.103
2013	988.380	827.080	328.703	30.812
2014	1.014.763	840.639	337.618	31.384
2015	1.027.833	845.825	346.579	31.354
2016	1.026.971	842.550	359.641	31.346

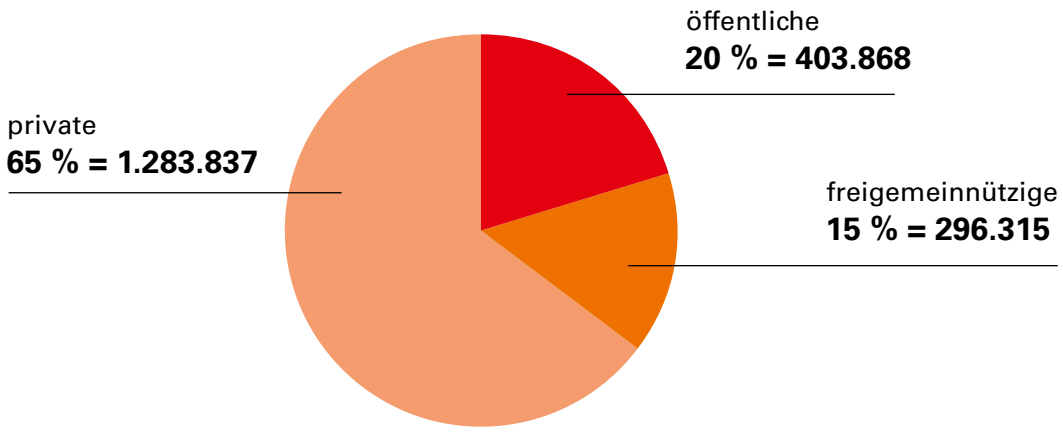
Quelle: DRV

Leistungsfälle GKV

GKV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	981.093	586.571	0	78.413
2000	802.817	260.176	425.221	117.420
2005	738.079	114.771	540.564	30.992
2008	774.124	124.024	559.248	20.025
2009	787.531	129.448	573.001	17.223
2010	797.322	142.871	557.956	13.356
2011	746.804	99.599	559.451	9.031
2012	769.846	120.758	558.331	7.969
2013	719.927	111.171	527.993	6.457
2014	740.257	120.167	528.221	5.360
2015	741.718	106.081	540.584	4.541
2016	740.545	109.445	535.441	3.927

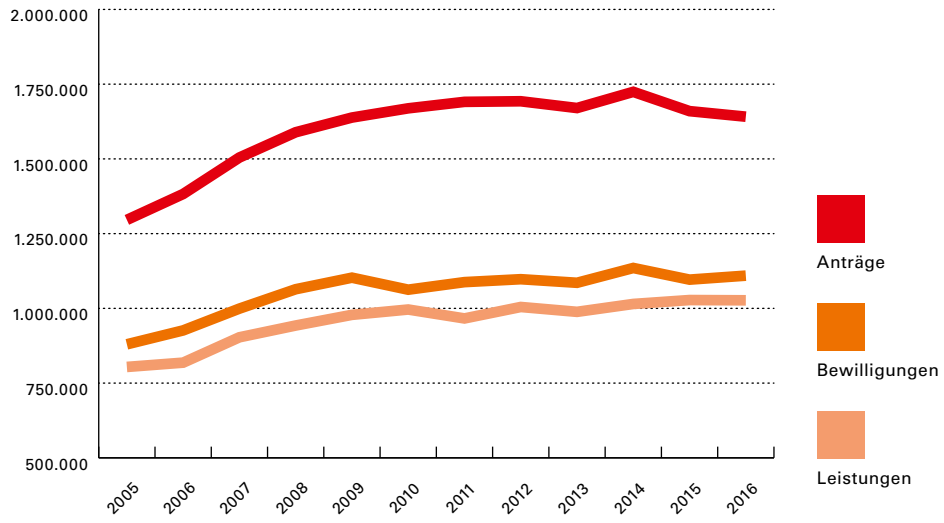
Quelle: BMG

Anteil der Fälle nach Trägerschaft Vorsorge und Reha (2016)



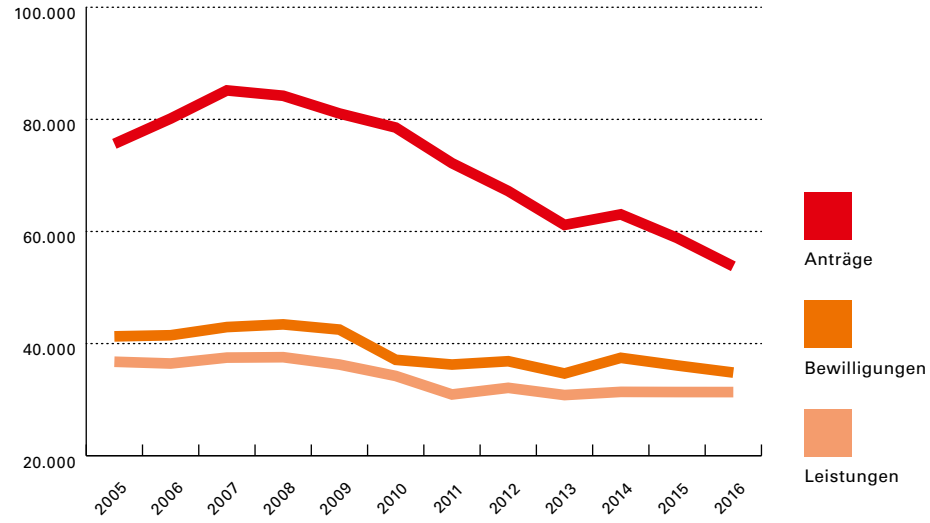
Quelle: Statistisches Bundesamt

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha insgesamt DRV



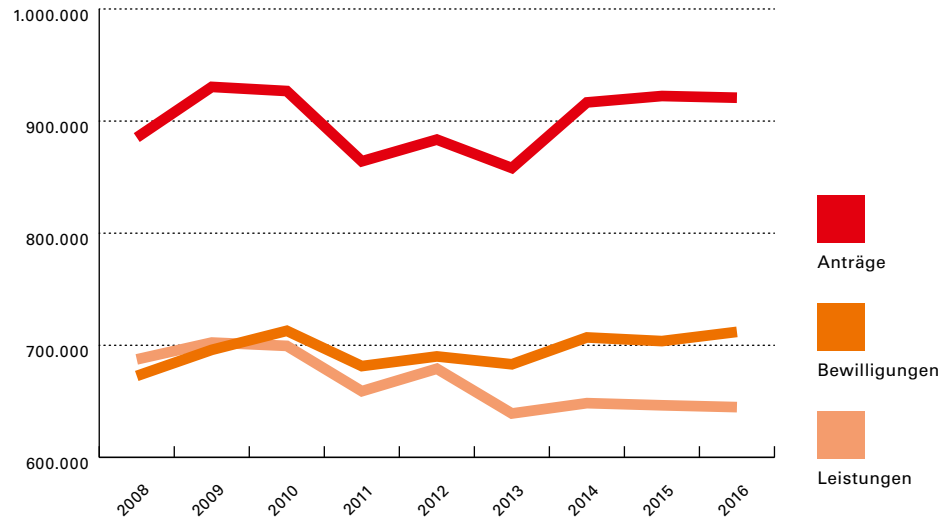
Quelle: DRV

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha für Kinder DRV



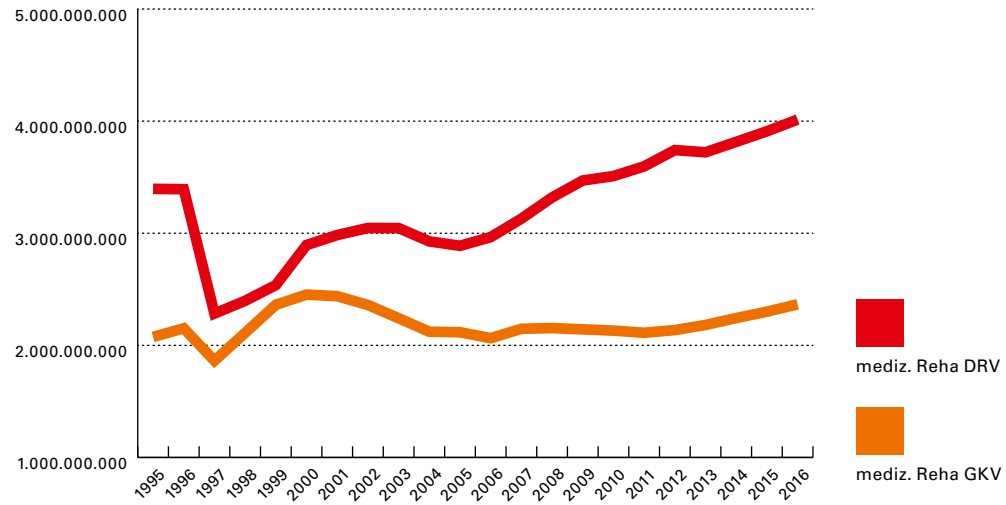
Quelle: DRV

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha GKV



Quelle: BMG KG5

Leistungsausgaben DRV / GKV



Quelle: BMG, DRV

Leistungsausgaben DRV

DRV	medizinische Reha	mediz. Reha für Kinder
1995	3.396.100.000	100.887.000
2000	2.894.800.000	121.517.000
2005	2.887.900.000	167.716.251
2008	3.319.300.000	181.880.984
2009	3.470.400.000	182.666.022
2010	3.510.000.000	177.292.000
2011	3.596.600.000	167.430.000
2012	3.741.800.000	175.071.000
2013	3.722.200.000	163.143.000
2014	3.815.400.000	168.179.000
2015	3.909.400.000	170.250.000
2016	4.014.100.000	174.000.000

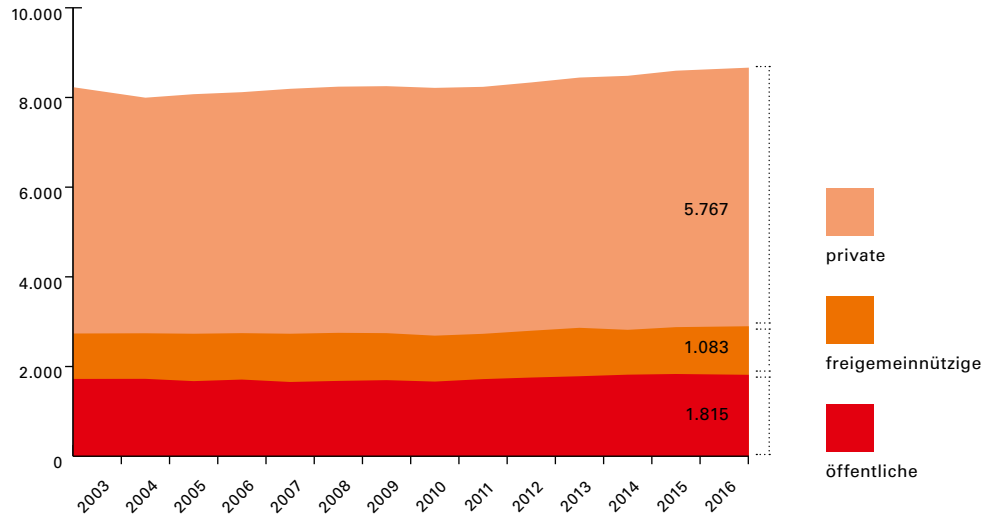
Quelle: DRV

Leistungsausgaben GKV

GKV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	2.074.897.283	1.121.717.328	796.405.850	156.774.106
2000	2.452.899.862	732.994.245	1.369.362.976	229.629.422
2005	2.116.846.338	361.092.203	1.616.984.255	62.542.277
2008	2.153.975.380	340.526.456	1.669.501.806	40.410.112
2009	2.142.847.804	322.730.656	1.679.651.227	31.041.587
2010	2.131.288.881	317.785.523	1.679.982.067	25.549.026
2011	2.112.387.476	306.432.504	1.676.582.689	19.696.358
2012	2.136.088.510	323.999.586	1.682.297.616	19.825.633
2013	2.181.969.022	360.024.753	1.691.044.575	17.755.916
2014	2.243.181.430	382.779.623	1.729.981.791	14.403.721
2015	2.300.397.643	388.327.793	1.775.204.194	14.651.275
2016	2.366.028.521	406.431.113	1.818.251.283	13.176.273

Quelle: BMG

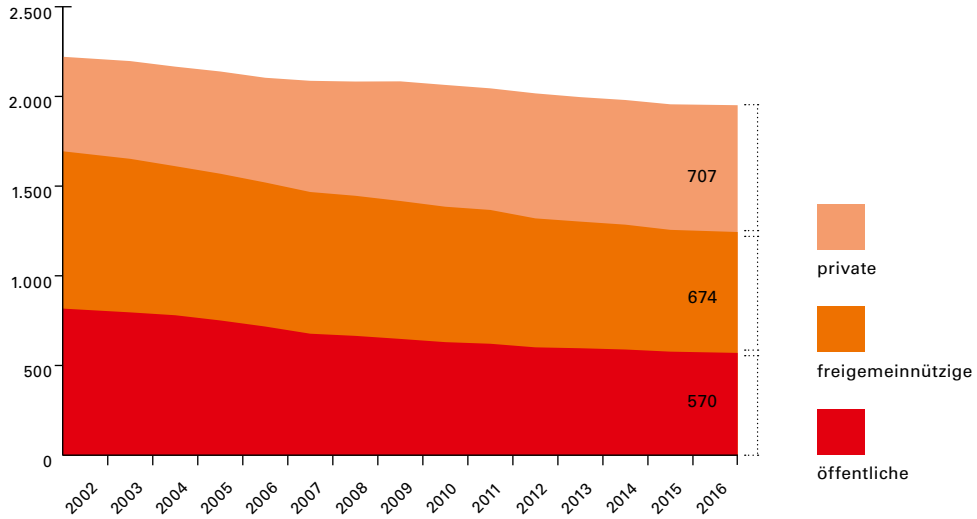
Vollkräfte in Reha-Kliniken (Ärzte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser

Entwicklung der Krankenhäuser nach Trägerschaft



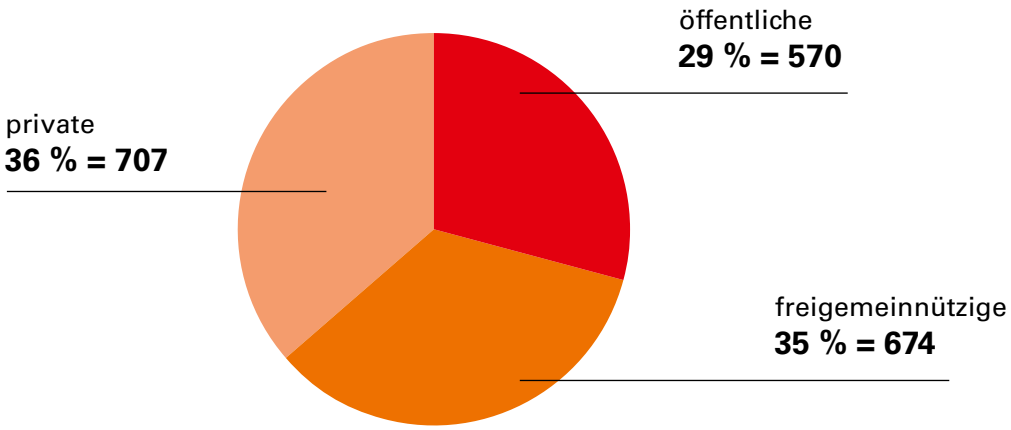
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2002	817	877	527
2003	796	856	545
2004	780	831	555
2005	751	818	570
2006	717	803	584
2007	677	790	620
2008	665	781	637
2009	648	769	667
2010	630	755	679
2011	621	746	678
2012	601	719	697
2013	596	706	694
2014	589	696	695
2015	577	679	700
2016	570	674	707

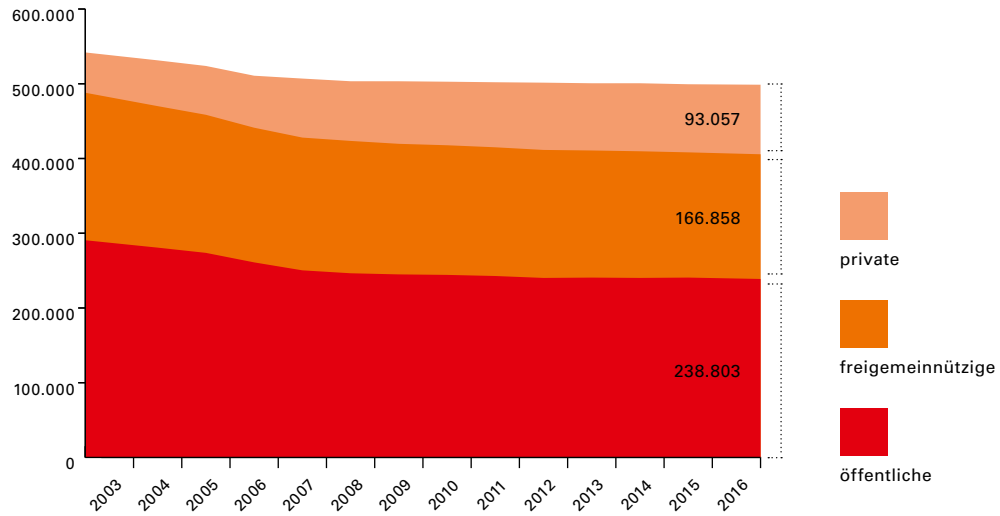
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser nach Trägerschaft (2016)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Bettenzahl nach Trägerschaft



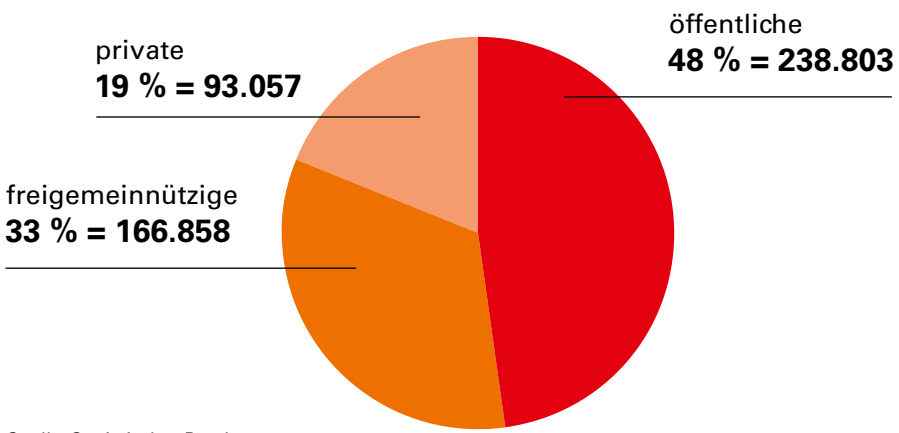
Quelle: Statistisches Bundesamt

Betten in Krankenhäusern nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	290.625	197.343	53.933
2004	280.717	189.334	61.282
2005	273.721	184.752	65.351
2006	260.993	180.200	69.574
2007	250.345	177.632	78.977
2008	246.423	177.085	79.852
2009	244.918	174.711	83.712
2010	244.254	173.457	85.038
2011	242.769	172.219	87.041
2012	240.180	171.276	90.019
2013	240.632	170.086	89.953
2014	240.195	169.477	91.008
2015	240.653	167.566	91.132
2016	238.803	166.858	93.057

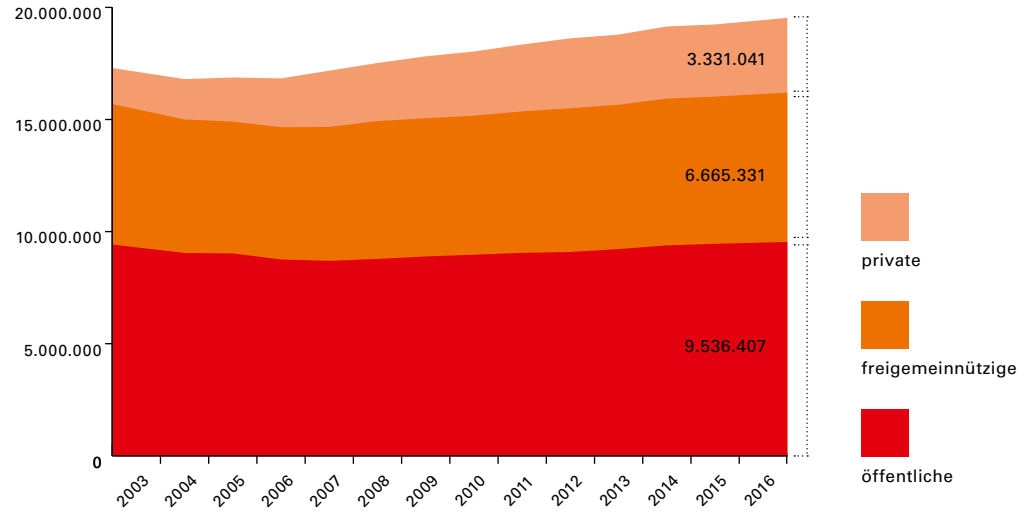
Quelle: Statistisches Bundesamt

Betten nach Trägerschaft (2016)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Krankenhausfälle nach Trägerschaft



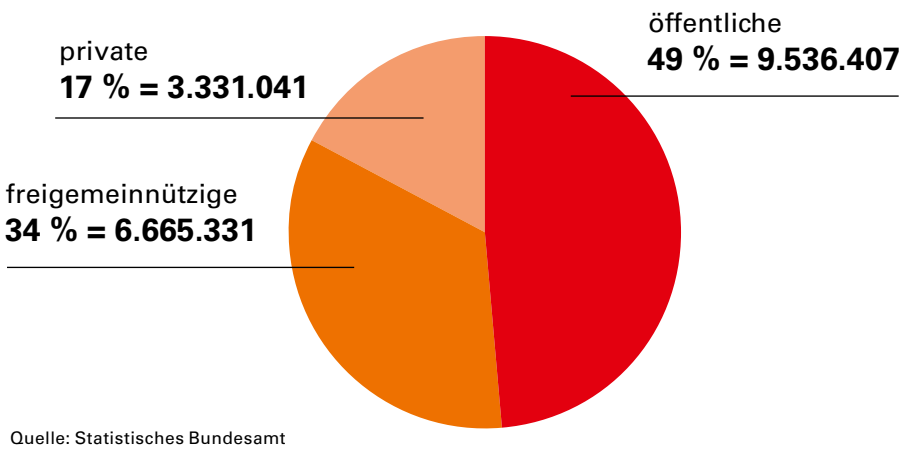
Quelle: Statistisches Bundesamt

Fälle nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	9.422.234	6.265.970	1.607.706
2004	9.047.784	5.954.817	1.799.048
2005	9.027.425	5.877.903	1.968.557
2006	8.753.887	5.901.545	2.177.451
2007	8.697.755	5.970.324	2.510.494
2008	8.780.261	6.147.808	2.591.510
2009	8.891.443	6.165.136	2.760.602
2010	8.969.730	6.200.550	2.862.624
2011	9.052.521	6.309.068	2.982.568
2012	9.090.366	6.409.861	3.120.216
2013	9.220.928	6.438.929	3.127.311
2014	9.386.108	6.544.720	3.217.798
2015	9.456.633	6.565.527	3.217.415
2016	9.536.407	6.665.331	3.331.041

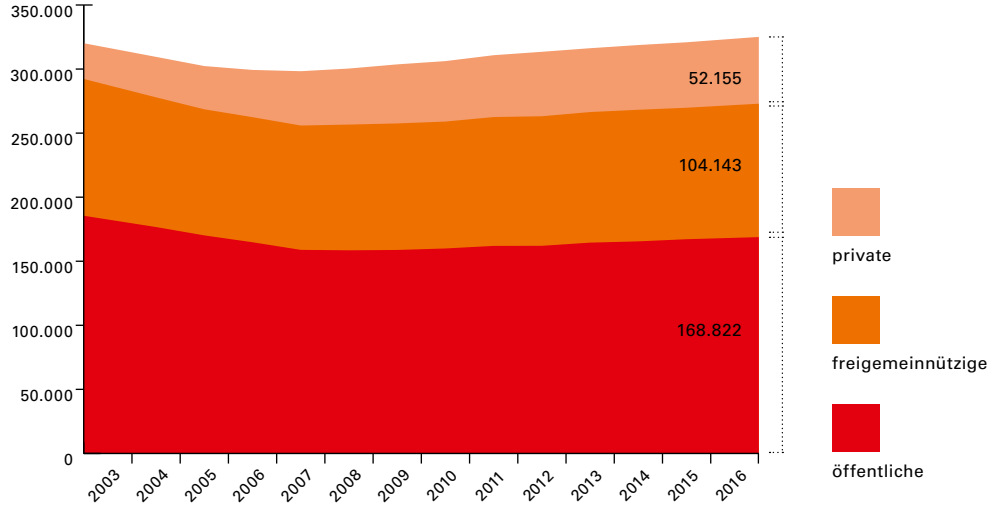
Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteil der Fälle nach Trägerschaft (2016)



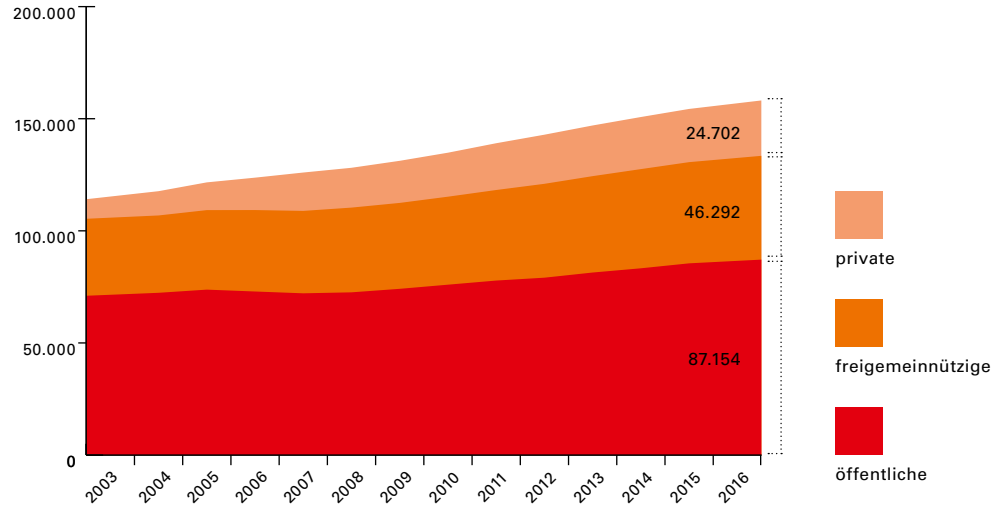
Quelle: Statistisches Bundesamt

Vollkräfte in Krankenhäusern (Pflegekräfte)

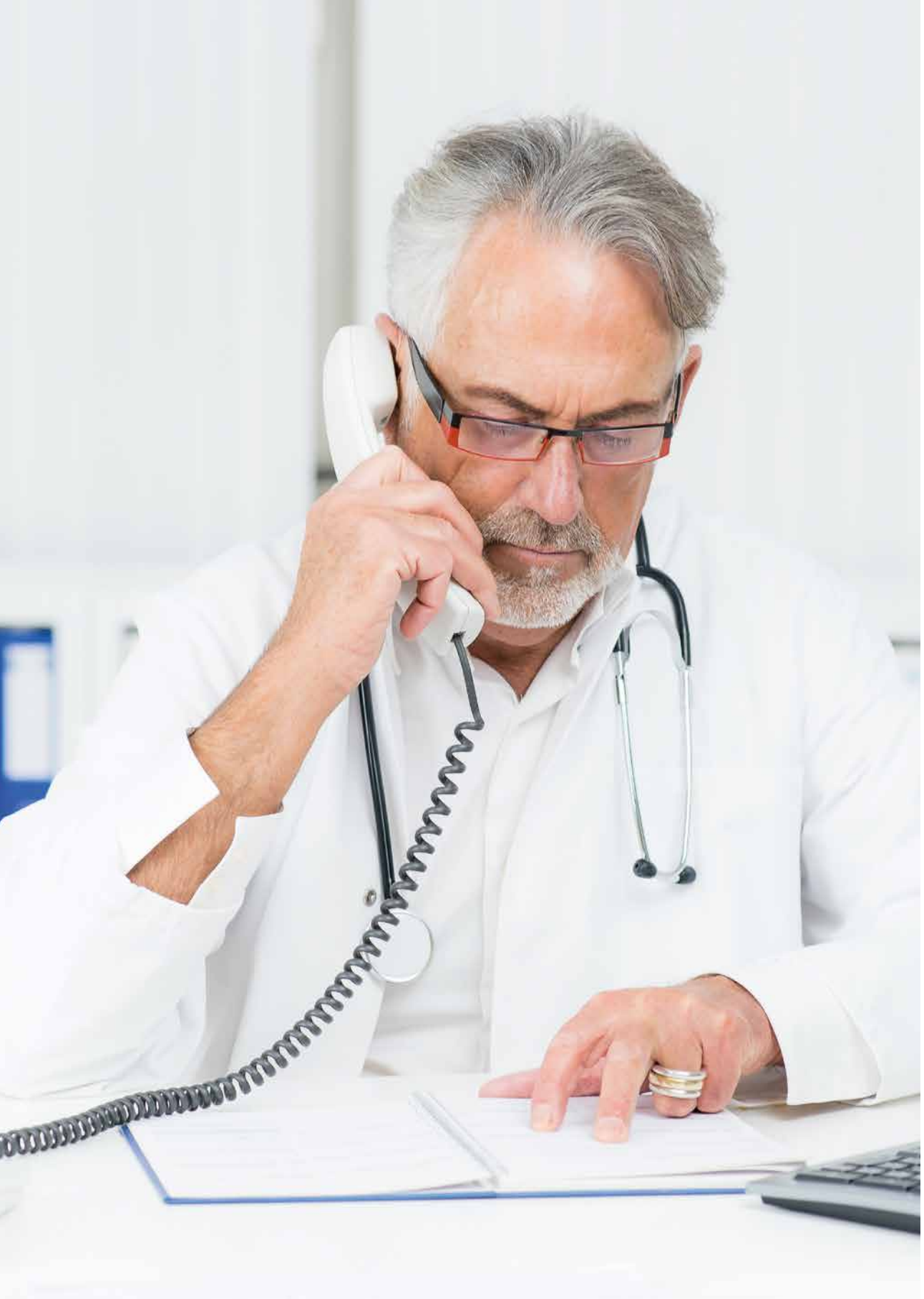


Quelle: Statistisches Bundesamt

Vollkräfte in Krankenhäusern (Ärzte)



Quelle: Statistisches Bundesamt



7. Informationen

In diesem Kapitel finden Sie eine Übersicht aller Gremien des BDPK: Das sind die Mitglieder des Vorstands, des Mitgliederrats und der einzelnen Fachausschüsse.

Darüber hinaus stellen sich die Kooperationspartner des BDPK und des IQMG vor sowie die nach IQMP-Reha zertifizierten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Gremienmitglieder

Mitglieder des Vorstands

Präsidentin:
Dr. Katharina Nebel M. Sc., Private Kliniken Dr. Dr. med. Nebel, Vlotho
1. Vizepräsident:
Thomas Lemke, Sana Kliniken AG, Ismaning **seit 17.11.2017**
2. Vizepräsidentin:
Dr. Marina Martini, AMEOS Gruppe, Zürich **seit 17.11.2017**
Vizepräsident:
Dr. Francesco De Meo, HELIOS Kliniken GmbH, Berlin **bis 17.11.2017**

Dr. Hans-Heinrich Aldag, Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg
Dr. Ursula Becker, Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln
Dr. Markus Hamm, Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Mate Ivančić, Helios Klinikum Erfurt, Erfurt
Berthold Müller, Pre.Di.Ma. GmbH, Offenburg
Herbert M. Pichler, FuturaMed AG, München
Ellio Schneider, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Dr. Dr. Martin Siebert, Rhön Klinikum AG, Bad Neustadt a. d. Saale
Dr. Thomas Wolfram, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg

Mitglieder des Mitgliederrats

Vorsitzender:
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Stv. Vorsitzender:
Klaus Krotschek, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See

Dr. Cordelia Andreßen, Lubinus-Stiftung, Kiel
Detlef Bätz, DIANA Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH, Bad Bevensen
Dr. Florian Nicolai Brandt, Privatklinik Dr. Amelung, Königstein
Heinz Dahlhaus, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Pyrmont
Ingo Dörr, Verband der Privatkliniken in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.
Jens F. Holsing, Holsing Vital GmbH, Bad Holzhausen
Mario Krabbe, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Sabine Lessing, Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee
Thomas Schneider, MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel
Franz Schreijäg, Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Franzel Simon, HELIOS Kliniken Schwerin GmbH, Schwerin
Dr. Christoph Smolenski, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler

Rechnungsprüfer

Kay J. Lüning, Klinik Wiesengrund, Bad Westernkotten
Jan Müller, MediClin Waldkrankenhaus Bad Düben, Bad Düben

Mitglieder der Fachausschüsse

Fachausschuss Krankenhäuser

Vorsitzender:
Dr. Dr. Martin Siebert, Rhön Klinikum AG, Bad Neustadt a. d. Saale
Stv. Vorsitzender:
Dr. Michael Philippi, Sana Kliniken AG, Ismaning

Dr. Cordelia Andreßen, Lubinus-Stiftung, Kiel
Dr. Kathleen Balle, Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Dr. Roland Bantle, Herzzentrum Leipzig GmbH, Leipzig
Harald Barlage, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Johannes Barner, Krankenhaus & Sanatorium Dr. Barner, Braunlage
Uwe Bauer, ACURA Kliniken Albstadt GmbH, Albstadt
Harald Becker, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Thomas Böer, Diabetes Zentrum Bad Mergentheim GmbH & Co. KG, Bad Mergentheim
Dr. Rainer Brase, Klinikum Wahrendorff GmbH, Sehnde
Franziska Büchold, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Radeberg
Saba Dedjban, Kliniken Dr. Erler gGmbH, Nürnberg
Veronika Diepolder, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Lothar Dietz, AMEOS Spitalgesellschaft Halberstadt mbH, Zürich
David Düsel, Krankenhaus & Sanatorium Dr. Barner, Braunlage
Lisa Sophia Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach

Paul-Georg Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Joachim Gemmel, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg
Dr. Peter Görlich, Ethianum Betriebsgesellschaft mbH & Co. KG, Heidelberg
Tilmann-Jörg Götzner, WolfartKlinik, Gräfelfing
Roland Grabiak, MediClin Müritz Klinikum, Waren
Dr. Kerstin Haase, Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka
Dr. Markus Hamm, Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Stefan Härtel, Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald, Neustadt
Ralph Heger, Medical Park AG, Amerang
Andreas Heilmann, HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen, Plauen
Peter Heimscheid, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Lich
Dr. Christian Höftberger, Asklepios Klinik Wiesbaden GmbH, Wiesbaden
Dr. Claas Hohmann, WolfartKlinik, Gräfelfing
Michael Kelbel, Krankenhaus Agatharied GmbH, Hausham
Klaus Köhring, MediClin Hedon Klinik, Lingen
Sascha Kotowski, Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH, Berlin
Mario Krabbe, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Dr. Arno Kuge, Vorstand NRW e.V., Stemwede
Norbert-Christian Kunz, Helios Kliniken GmbH, Berlin
Dr. Markus-Michael Küthmann, Eifelhöhen-Klinik AG, Bonn
Dr. Uwe Leder, SRH Wald-Klinikum Gera GmbH, Gera
Sabine Lessing, Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee
Martin Linke, Simssee Klinik GmbH, Bad Endorf
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Torsten Mager, Danuvius Klinik GmbH®, Ingolstadt
Sibylle Merk, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach-Therme
Carla Naumann, Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG, Bad Aibling
Marcel Newerla, Westklinik Dahlem Betriebsgesellschaft mbH, Berlin
Mirko Papenfuß, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)
Herbert-M. Pichler, FuturaMed AG, M-Unterföhring
Felix Pinkow-Margerie, Privatklinik Wirsberg, Wirsberg
Silke Ritschel, Sana Krankenhaus Rügen GmbH, Bergen/Rügen
Dr. Christian Rotering, Park-Klinik Manhagen, Großhansdorf

Mitglieder des Fachausschusses Krankenhaus, Mitarbeiter der BDPK-Bundesgeschäftsstelle und Gäste (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Kathleen Balle, Harald Becker, Dr. Clemens Bold, Thomas Bublitz, Franziska Büchold, Veronika Diepolder, Lothar Dietz, Waltraud Faber, Joachim Gemmel, Oliver Glier, Jonathan Graf, Peter Heimscheid, Anne Ostmann, Lutz-Peter Sandhagen, Dr. Dagmar Schmieder, Ellio Schneider, Dr. Dr. Martin Siebert, Joachim Stapper-Muer, Michael Strobach, Bernhard Wehde

Achim Schäfer, Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH, Bad Lippspringe
Jörg Scharfenberg, Lausitzer Seenland Klinikum GmbH, Hoyerswerda
Dr. Jens Schick, Sana Kliniken AG, Ismaning
Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Dr. Klaus Schmolling, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
Ellio Schneider, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Franzel Simon, HELIOS Kliniken Schwerin GmbH, Schwerin
Marcus Sommer, HELIOS Kliniken GmbH, Dachau
Markus Stark, Kliniken Dr. Erler gGmbH, Nürnberg
Heiko Stegelitz, Parkinson-Klinik Wolfach GmbH & Co KG, Wolfach
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Stefan Stranz, Helios Klinikum Erfurt, Erfurt
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Frank Teufel, MediClin, Offenburg
Volker Thesing, Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH, Stadtroda
Dr. Lars Timm, AMEOS West, Hildesheim
Marco Walker, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg
Bernhard Wehde, Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG, Göppingen
Michael Werner, Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus, Ehringshausen
Jens Wernick, München

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Vorsitzender: *Ellio Schneider,* Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Stv. Vorsitzende:
Dr. Ursula Becker, Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln

Dr. Hans-Heinrich Aldag, Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg
Johannes Assfalg, Maternus Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Bad Oeynhausen
Marcus Baer, Schön Klinik Bad Bramstedt SE & Co. KG, Bad Bramstedt
Harald Barlage, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Bernd Baumbach, Espan Klinik, Bad Dürrheim
Christian Baumbach, Waldburg-Zeil-Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Maxi Beyer, Johannesbad Holding AG & Co. KG, Bad Füssing
Dr. Clemens Bold, Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e.V., Leinfelden-Echterdingen
Thomas Bruns, Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH, Jever
Sascha Busert, Fuest Unternehmensgruppe, Beckum
Heinz Dahlhaus, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Pyrmont
York Dhein, Johannesbad Holding AG & Co. KG, Bad Füssing
Jutta Doepner, Malbergklinik GmbH, Bad Ems
Christoph Essmann, Nanz medico GmbH & Co. KG, Stuttgart
Thomas Fettweiß, Ostseeklinik Schönberg-Holm, Ostseebad Schönberg
Michael Fitz, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Bad Füssing
Manuela Flacke, Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V., Osnabrück
Markus Frenzer, Nanz medico GmbH & Co. KG, Stuttgart
Georg Freund, Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG, Bad Orb
Lisa Sophia Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Paul-Georg Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Björn Gollée, Kirchberg Klinik, Bad Lauterberg
Horst Gollée, Gollée GmbH & Co. KG, Bad Lauterberg
Rainer Grimm, Landesverband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V., Bad Doberan
Dennie Halupka, Median Ilmtal-Klinik Bad Berka, Bad Berka
Bernd Hamann, AHG Klinik Waren, Waren
Detlef Hambücker, Eifelhöhen-Klinik Marmagen GmbH, Nettersheim-Marmagen
Dietolf Hämel, Klinik St. Irmingard GmbH, Bad Endorf
Dr. Markus Hamm, Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Ralph Heger, Medical Park AG, Amerang
Volker Hippler, MediClin, Offenburg
Walter Hummler, Gesundheitszentrum Federsee Schlossklinik Bad Buchau gGmbH, Bad Buchau
Klaus Kinast, Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim
Klaus Krotschek, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Harald Kruse, MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Burg/Spreewald
Olaf Kügelchen, Augusta Klinik GmbH & Co. KG, Bad Kreuznach

Kay-Uwe Kunze, Klinik Malchower See GmbH, Malchow
Dr. Markus-Michael Küthmann, Eifelhöhen-Klinik AG, Bonn
Matthias Langenbach, MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth
Susanne Leciejewski, Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg
Deddo Lehmann, Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg-Kur-GmbH, Bad Schmiedeberg
Joachim Limberger, Klinik Limberger GmbH & Co. KG, Bad Dürrheim
Ulf Ludwig, MediClin, Offenburg
Yvonne Machelett, Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V., Berlin
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Martin Maller, Reha Klinik Sonnenhof Bad Iburg GmbH & Co. KG, Bad Iburg
Jürgen Melchers, ACURA Rhönklinik Gersfeld, Gersfeld
Sibylle Merk, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach-Therme
Wulf Meueler, MediClin Staufenburg Klinik, Durbach
Ilona Michels, CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime Dienstleistungs GmbH, Berlin
Dr. Henner Montanus, Elbe-Saale Klinik, Barby
Berthold Müller, Pre.Di.Ma. GmbH, Offenburg
Carla Naumann, Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG, Bad Aibling
Dr. Katharina Nebel M. Sc., Private Kliniken Dr. Dr. med. Nebel, Vlotho
Raphael Nguyen, Mittelbayerisches Rehabilitationszentrum, Bad Kötzting
Bernd Otto, Salztal Klinik GmbH, Bad Soden-Salmünster
Gottfried Perz, Media Park Klinik Betriebs GmbH, Köln
Heiko Pichler, HELIOS Rehakliniken GmbH, Damp
Frank Porten, St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Höhenschwand
Angelika Presl, Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Birgit Richter, Tessinum Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall GmbH, Tessin
Petra Rose, Gesundheitszentrum in Bad Waldliesborn GmbH, Lippstadt
Lutz-Peter Sandhagen, Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V., Berlin
Achim Schäfer, Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH, Bad Lippspringe
Stefan Scharl, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach
Michael Scheider, Sachsenklinik GmbH & Co. KG, Bennewitz

Mitglieder des Fachausschusses Rehabilitation und Mitarbeiter der BDPK-Bundesgeschäftsstelle (in alphabetischer Reihenfolge): Marcus Baer, Christian Baumbach, Detlef Bätz, Dr. Ursula Becker, Dr. Clemens Bold, Thomas Bublitz, Sascha Busert, Dr. York Dhein, Georg Freund, Paul-Georg Friedrich-Schmieder, Walter Hummler, Kay-Uwe Kunze, Olaf Kügelchen, Susanne Leciejewski, Deddo Lehmann, Ulf Ludwig, Yvonne Machelett, Friedel Mägdefrau, Angelika Presl, Achim Schäfer, Horst Schiller, Ellio Schneider, Norbert Schneider, Holger Schuermann, Michael Stangenberg, Joachim Stapper-Muer, Dr. Ann-Kristin Stenger, Rüdiger Wörnle, Antonia Walch, Konstanze Zapff

Horst Schiller, Klinik Niedersachsen Erwin Röver GmbH und Co. KG, Bad Nenndorf
Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Norbert Schneider, Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA, Hamburg
Franz Schreijäg, Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Holger Schuermann, Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen
Michael Stangenberg, Kurklinik Tecklenburger Land GmbH & Co. KG, Tecklenburg
Viola Steffen, Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH, Bad Pyrmont
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Hartmut Stern, Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Franz Theisen, Lauterbacher Mühle Klinik GmbH & Co. KG, Seeshaupt
Karin Vogel, Rehabilitationszentrum Oldenburg GmbH, Oldenburg
Bernhard Wehde, Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG, Göppingen
Wiebke Weißmann, HELIOS Rehakliniken GmbH, Berlin
Birgitta Wendt, Hochwald-Kliniken Weiskirchen, Weiskirchen
Olaf Werner, Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH, Bad Rappenau
Jens Wernick, München
Rüdiger Wörnle, Mooswaldklinik, Freiburg
Uli Wüstner, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Urach

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

Vorsitzende:
Dr. Marina Martini, AMEOS Gruppe, Zürich
Stv. Vorsitzender:
Bernd Kümmerle, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See

Johannes Assfalg, Maternus Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Bad Oeynhausen
Dieter Brenneis, Brenneis & Brenneis GbR, Bad Camberg
Uwe Feldkamp, Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee
Manuela Flacke, Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V., Osnabrück
Thomas Giesemann, AMEOS Gruppe, Zürich
Gerhard Göttsche, UBGG Klinikberatung, Bad Oeynhausen
Andreas Grätz, RECURA Kliniken GmbH, Beelitz-Heilstätten
Susanne Halhuber, Celenus Fachklinik Hilchenbach GmbH, Hilchenbach
Tobias Hummel, Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln
Susanne Leciejewski, Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg
Dr. Stephanie Linder, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Lydia Pasemann, Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V., Bad Klosterlausnitz
Birgit Rossak, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)
Anette Schaden, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Heiko Stegelitz, Parkinson-Klinik Wolfach GmbH & Co KG, Wolfach
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Lars Timm, AMEOS West, Hildesheim
Wilfried Wagner, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Michael Werner, Kaiserin-Auguste-Victoria-Krankenhaus, Ehringshausen
Jens Wernick, München

Mitglieder des Fachausschusses Tarif und Personal und Mitarbeiter der BDPK-Bundesgeschäftsstelle (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Dieter Brenneis, Thomas Bublitz, Moritz Ecke, Hans-Jürgen Eckmann, Heinz Falszewski, Thomas Giesemann, Gerhard Göttsche, Jonathan Graf, Bernd Kümmerle, Annette Schaden, Heiko Stegelitz, Wilfried Wagner, Antonia Walch

Fachausschuss Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Mutter, Vater und Kind

Vorsitzender:
Berthold Müller, Pre.Di.Ma. GmbH, Offenburg
Stv. Vorsitzender:
Alwin Baumann, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Wangen
Stv. Vorsitzender:
Thomas Bruns, Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH, Jever

Maxi Beyer, Johannesbad Holding AG & Co. KG, Bad Füssing
Thomas Eisenla, AHG Klinik für Kinder und Jugendliche Beelitz-Heilstätten, Beelitz-Heilstätten
Elmar Felme, Fachklinik Bromerhof GmbH, Argenbühl
Michael Grosskurth, Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen
Klaus Jäcker, Ostseeklinik Königshörn Jäcker GmbH & Co. KG, Glowe
Michael Junker, Ostsee-Kurklinik Fischland GmbH, Ostseebad Wustrow
Steffen Kreß, Gesundheitszentrum an der Höhle, Buchen
Gerhard R. Lang, Klinik Grömitz GmbH & Co. KG, Grömitz
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Nensi Puskaric, Klinik Schönsicht Berchtesgaden, Berchtesgaden
Frank Roschewsky, Rehasan Mutter Kind Klinik, Norddorf/Amrum
Heinz Rüsch, Kurklinik Strandrobbe® Neptunweg GmbH, Cuxhaven
Walter Salomon, Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken, Neuhaus am Inn
Peter Schmitz, Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik gGmbH, Bad Salzungen
Marion Schmutz, Klinik Bavaria Zscheckwitz, Kreischa
Franz Schreijäg, Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Aline Schreijäg de Ortiz, Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Katharina Sinz, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Wangen
Gudrun Urland, Fontane-Klinik, Mittenwalde
Heidi Zink, Johannesbad Lechbruck Betriebs GmbH, Lechbruck am See

Mitglieder der Fachausschüsse Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sowie Mutter, Vater und Kind, mit Mitarbeitern der BDPK-Bundesgeschäftsstelle (in alphabetischer Reihenfolge): Alwin Baumann, Thomas Bruns, Thomas Eisenla, Michael Grosskurth, Klaus Jäcker, Steffen Kreß, Frank Roschewsky, Heinz Rüsch, Peter Schmitz, Marion Schmutz, Franz Schreijäg, Katharina Sinz, Gudrun Urland, Antonia Walch, Konstanze Zapff

Facharbeitsgruppen

Facharbeitsgruppe IT

Facharbeitsgruppe Kalkulationsstichprobe

Facharbeitsgruppe Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Facharbeitsgruppe Vorsorge und Rehabilitation Mütter-/ Väter und Kinder

Facharbeitsgruppe Pflegeuntergrenzen

Facharbeitsgruppe Pflegeberufegesetz

Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO

Facharbeitsgruppe Reha-Konzepte

Facharbeitsgruppe Öffentlichkeit Reha

Facharbeitsgruppe Versorgungsverträge Reha

Landesverbände

Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e.V.
Vorsitzender: *Berthold Müller*
Geschäftsführer:
Dr. Clemens Bold
Friedrich-List-Straße 42
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: 0711 - 99 77 82-15
Telefax: 0711 - 99 77 82-22
E-Mail: info@vpka-bw.de
Internet: www.vpka-bw.de

Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V.
Vorsitzender:
Herbert M. Pichler
Hauptgeschäftsführerin:
Dr. Ann-Kristin Stenger
Geschäftsführer:
Michael Strobach
Kreillerstraße 24
81673 München
Telefon: 089 - 57 30 99
Telefax: 089 - 57 34 88
E-Mail: info@vpka-bayern.de
Internet: www.vpka-bayern.de

Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V.
Vorsitzender: *Mario Krabbe*
Geschäftsführer:
Lutz-Peter Sandhagen
Einemstraße 20
10785 Berlin
Telefon: 030 - 2 13 70 73
Telefax: 030 - 2 11 36 69
E-Mail: info@vpkbb.de
Internet: www.vpkbb.de

Verband Deutscher Privatkliniken – Landesverband Hamburg
c/o Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG
Vorsitzende: *Dr. Manuela Guth*
Neuer Jungfernstieg 17 A
20354 Hamburg
Telefon: 040 - 34 10 31 17
Telefax: 040 - 35 71 05 00
E-Mail: wetjen@drguth.de
Internet: www.vpkhh.de

Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V.
Vorsitzender (Hessen):
Dr. Florian Nicolai Brandt
Vorsitzender (Rheinl.-Pfalz):
Dr. Christoph Smolenski
Vorsitzender (Saarland):
Thomas Schneider
Geschäftsführer:
Friedel Mägdefrau
Von-Leyden-Straße 23 a
65191 Wiesbaden
Telefon: 0611 - 26 75 611
Telefax: 0611 - 20 58 162
E-Mail: sekretariat@vdpk.de
Internet: www.vdpk.de

Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V.
Vorsitzender: *Dr. Hans-H. Aldag*
Geschäftsführer:
Martin Menger
Franz-Lenz-Str. 14b
49084 Osnabrück
Telefon: 0541 - 33 56 633
Telefax: 0541 - 33 56 634
E-Mail: info@vdpkn.de
Internet: www.vdpkn.de

Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V.
Vorsitzender: *Dr. Stephan Puke*
Geschäftsführer:
Joachim Stapper-Müer
Fleher Straße 3a
40223 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 55 79 399
Telefax: 0211 - 55 79 622
E-Mail: info@vdpk-nrw.de
Internet: www.vdpk-nrw.de

Landesverband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V.
c/o „Moorbad" Bad Doberan
Vorsitzender und Geschäftsführer: *Rainer Grimm*
Schwaaner Chaussee 2
18209 Bad Doberan
Telefon: 038203 - 93 629
Telefax: 038203 - 93 680
E-Mail:
grimm@moorbad-doberan.de
Internet: www.pkmv.de

Verband der Privatkliniken in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.
Vorsitzender: *Jan Müller*
Hauptgeschäftsführer:
Ingo Dörr
Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig
Telefon: 0341 - 98 00 861
Telefax: 0341 - 98 00 860
E-Mail: info@pks-leipzig.de
Internet: www.pks-leipzig.de

Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.
Vorsitzende:
Dr. med. Cordelia Andreßen
Geschäftsführer: *Bernd Krämer*
Feldstraße 75
24105 Kiel
Telefon: 0431 - 84 035
Telefax: 0431 - 84 055
E-Mail: gf@vpksh.de
Internet: www.vpksh.de

Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V.
c/o Moritz-Klinik
Bad Klosterlausnitz
Vorsitzende: *Dr. Kerstin Haase*
Geschäftsführer: *Detlef Bätz*
Hermann-Sachse-Str. 46
07639 Bad Klosterlausnitz
Telefon: 036601 - 49 441
Telefax: 036601 - 49 449
E-Mail: info@vpkt.de
Internet: www.vpkt.de

Partner und Kooperationen

Der BDPK arbeitet mit zahlreichen Verbänden und Institutionen zusammen, die hier vorgestellt werden.

Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation

Der BDPK ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX), einem Zusammenschluss der maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation.

Aktion Saubere Hände

Die Aktion „Saubere Hände“ ist eine seit Anfang 2008 durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Kampagne zur Verbesserung des Händehygieneverhaltens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der Ambulanten Medizin. Im Jahr 2013 endete die Finanzierung der Kampagne durch das Bundesministerium für Gesundheit. Seitdem fördert der BDPK das Projekt mit einer jährlichen Unterstützung und möchte so ein starkes Zeichen für Händehygiene in deutschen Krankenhäusern setzen.

Aktionsbündnis Patientensicherheit

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) versteht sich als Plattform für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Es wird im Rahmen einer Gemeinschaftsaktion des BDPK und mehrerer Mitgliedskliniken finanziell und inhaltlich in seiner Arbeit unterstützt.

Arbeitskreis Gesundheit

Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Fachrichtungen, der Informationen über die medizinische Versorgung veröffentlicht.

Bündnis Kinder- und Jugendreha

Der BDPK ist Mitglied im Bündnis Kinder- und Jugendreha, einem Zusammenschluss von Leistungserbringerverbänden und Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendrehabilitation.

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Der BDPK ist Mitglied in der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.), Berlin, dem Zusammenschluss von deutschen Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger.

Deutscher Reha-Tag

Seit der Gründung des Reha-Tages ist der BDPK aktiver Initiator dieses Aktionsbündnisses, dem mittlerweile mehr als 20 Organisationen und Verbände aus allen Bereichen der Rehabilitation angehören. Beim Deutschen Reha-Tag vertreten sie gemeinsam Botschaften und sprechen mit einer Stimme. Regelmäßig im September findet der offizielle Reha-Tag statt, an dem sich bundesweit Kliniken mit einer lokalen Veranstaltung in der Öffentlichkeit präsentieren.

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK ist nationale Partnerorganisation des ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services.

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) ist ein interdisziplinäres Netzwerk, das allen Institutionen und Arbeitsgruppen offensteht, die mit der Sicherung der Gesundheits- und Krankenversorgung unter wissenschaftlichen, praktischen oder gesundheitspolitischen Gesichtspunkten befasst sind.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) ist das interdisziplinäre Forum für Rehabilitation. Sie organisiert den Dialog aller gesellschaftlichen Kräfte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) mit Sitz in Berlin ist ein sektorenübergreifender Fachverband, der die Sozialarbeit im Gesundheitswesen fördert und dazu beiträgt, Soziale Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens zu stärken und weiterzuentwickeln.

European Union of Private Hospitals

Die UEHP (European Union of Private Hospitals) vertritt die Interessen privater Krankenhäuser auf europäischer Ebene.

führen & wirtschaften im Krankenhaus

Das Fachmagazin f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus ist das offizielle Organ des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken. Mit knapp 6.000 Abonnenten und einer verbreiteten Auflage von 12.000 Exemplaren ist f&w seit Jahren der absolute Marktführer unter den Fachpublikationen für Krankenhausmanagement und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

GRB – Gesellschaft für Risikoberatung

Seit 1994 berät die GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH Krankenhäuser und Einrichtungen im Gesundheitswesen in Deutschland, Österreich und der Schweiz beim Aufbau und bei der Etablierung von Risikomanagement-Systemen für Diagnostik, Therapie und Pflege. Die GRB ist ein Unternehmen der Ecclesia Gruppe, dem führenden deutschen Versicherungsmakler für Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung

In der GVG haben sich Institutionen und Persönlichkeiten zusammengeschlossen, die das System der sozialen Sicherung in Deutschland aktiv gestalten. Die GVG ist für ihren heterogenen Mitgliederkreis ein Diskussionsforum, in dem aktuelle und grundlegende sozialpolitische Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert werden.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Die Qualität der Versorgung ist ein zentraler Faktor für den Erfolg von Kliniken in privater Trägerschaft. Mit der Gründung eines eigenen Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) im Jahr 2001 haben die im BDPK organisierten Einrichtungen ihrem hohen Qualitätsanspruch eine Plattform gegeben. Das IQMG setzt sich für die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland ein und berät Reha-Einrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements.

KlinikRente

KlinikRente ist das Branchenversorgungswerk für Betriebsrenten in der Gesundheitswirtschaft. Mehr als 3.300 Unternehmen nutzen bereits die Vorteile.

Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer/BAR

Die Konferenz ist ein informelles Diskussionsforum zur (strategischen) Abstimmung sowie zum (fachlichen) Austausch der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der ambulanten und stationären Rehabilitation. Der BDPK hat den Vorsitz des Sprecherrats inne und nimmt in dieser Eigenschaft an den Sitzungen des Arbeitskreises „Rehabilitation und Teilhabe“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) teil.

Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)

Das Netzwerk fördert die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitswesen, damit Patienten von der Erfahrungskompetenz Gleichbetroffener profitieren können. Für dieses patientenorientierte Handeln engagieren sich im Netzwerk Gesundheitseinrichtungen, Organisationen und Privatpersonen gemeinsam. Der BDPK ist seit 2018 Mitglied im SPiG.

Verein elektronische Fallakte

Der BDPK ist seit Mai 2010 Mitglied im Verein elektronische Fallakte (eFA). Dieser wurde gegründet, um eine bundesweit einheitliche Kommunikationsplattform zu etablieren. Eingebettet in die bestehende Telematikinfrastruktur soll die elektronische Fallakte die sektorenübergreifende Behandlung unterstützen.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) berät die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und vertritt darüber hinaus die gesundheits- und krankenhauspolitischen Belange der deutschen Krankenhäuser in der Öffentlichkeit.

Kooperationspartner des IQMG

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG) vereinbart mit Fachverbänden und Fachgesellschaften Rahmenbedingungen zur Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und zur indikationsspezifischen Weiterentwicklung von IQMP-Reha. Kooperationen bestehen mit den folgenden Unternehmen:

BGW qu.int.as

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist die gesetzliche Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Zwischen dem IQMG und der BGW existiert seit 2008 eine Kooperation. Mit qu.int.as hat die BGW ein Präventionsangebot entwickelt, das Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz eng miteinander verknüpft. Es bietet den bei der BGW versicherten Betrieben die interessante Möglichkeit, den Arbeitsschutz mit den Methoden des Qualitätsmanagements nachhaltig zu organisieren und diese Leistung finanziell fördern zu lassen.

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)

Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR) ist ein medizinisch-wissenschaftlicher Dachverband für alle Bereiche der Prävention sowie der ambulanten und stationären Rehabilitation im Herz-Kreislaufbereich. Gegenstand der Zusammenarbeit ist die Entwicklung von Kriterien (Selbst- und Fremdbewertung) im Bereich des indikationsspezifischen IQMP-Reha-Katalogs Kardiologie.

Fachverband Sucht e.V.

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. In Zusammenarbeit mit dem Fachverband Sucht wurde ein indikationsspezifischer Katalog für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt.

KTQ

2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat die KTQ GmbH gegründet und das KTQ-Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen entwickelt. Die Kooperation zwischen der KTQ GmbH und der IQMG GmbH regelt die Anerkennung des jeweils anderen Zertifizierungsverfahrens für Reha-Einrichtungen.

Kooperationspartner des IQMG

Das IQMG bietet hochwertige Beratungs- und Evaluierungsleistungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens und arbeitet dafür mit speziell ausgewählten Partnern zusammen. Die mit dem IQMG kooperierenden Beratungsunternehmen begleiten den Aufbau oder die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen in Rehabilitationseinrichtungen auf der Basis des IQMP-Reha und des IQMP kompakt. Die Zertifizierungsunternehmen übernehmen als IQMG-Partner die Auditierung und Zertifizierung nach IQMP-Reha bzw. IQMP kompakt in den Rehabilitationseinrichtungen. Die IQMG GmbH hat auf der Grundlage von Rahmenverträgen folgende Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen als Kooperationspartner gewonnen:

Beratungsunternehmen

Isquo Institut für Qualitätsmanagement und Organisationsberatung
Wartebergstraße 10
37213 Witzenhausen
Tel: (05542) 5 07 06 14
E-Mail:
rita.weber-wied@isquo.de

QM-BASE Dr. Dr. Nebel
Seebruchstraße 33
32602 Vlotho
Tel: (05733) 92 51 63
E-Mail: service@qm-base.de

RC Management Consult GmbH
Maxlrainer Straße 10
83714 Miesbach
Tel: (08025) 9 91 84 00
E-Mail: tdv@rc-mc.de

SAMA Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V.
Adalbert-Stifter-Straße 105
70437 Stuttgart
Tel: (0711) 8 48 88 40
E-Mail: info@sama.de

ZeQ AG
Am Victoria-Turm 2
68165 Mannheim
Tel: (0621) 300840-0
E-Mail: info@zeq.de

Zertifizierungsunternehmen

BSI Group Deutschland GmbH
Eastgate,
Hanauer Landstraße 115
60314 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 22 22 89 251
E-Mail:
mark.tadayeski@bsigroup.com

DIOcert GmbH
Hindenburgplatz 1, 55118 Mainz
Tel.: (06131) 61929-0
E-Mail: info@diocert.de

DQS GmbH
Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
August-Schanz-Straße 21
60433 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 95427-247
E-Mail: Nadja.Goetz@dqs.de

ESC Cert GmbH
Zertifizierungsstelle Kassel
Teichstraße 14, 34130 Kassel
Tel.: (0561) 96 96 98-31
E-Mail:
fleckenstein@esc-cert.de

LGA InterCert GmbH
Tillystraße 2, 90431 Nürnberg
Tel.: (0911) 655-4137
E-Mail:
martin.ossenbrink@de.tuv.com

WIESO CERT GmbH
Sophienstraße 3, 51149 Köln
Tel.: (02203) 20 22 600
E-Mail: info@wieso-cert.de

ProCum Cert GmbH
Düsseldorfer Straße 9
60329 Frankfurt
Tel.: (069) 2648966-0
E-Mail: info@procum-cert.de

Für Reha-Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft besteht die Möglichkeit, das IQMP-Reha-Verfahren in einer Version zu nutzen, die ihre spezifische konfessionelle Qualitätsphilosophie einbezieht. Die konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert ist Kooperationspartner des IQMG und bietet die Möglichkeit einer Zertifizierung nach IQMP-Reha für den kirchlichen Bereich.

Softwareunternehmen

Es gibt unterschiedliche Software-Lösungen für die IQMG-Produkte: IQMP-Reha, IQMP kompakt und QB-Reha. Folgende Unternehmen arbeiten mit dem IQMG zusammen:

empira Software GmbH
Kirchstraße 19, 53840 Troisdorf
Tel.: (2241) 97 36 70 0
E-Mail: stefan.lange@empira.de

NEXUS / QM GmbH
Adalperostraße 80
85737 Ismaning
Tel.: (089) 96 24 18-90
E-Mail: qm@nexus-ag.de

3M Medica Health Information Systems
Hammfelddamm 11
41460 Neuss
Tel.: (02131) 14 0
E-Mail: weinhaus@mmm.com

Nach IQMP-kompakt zertifizierte Kliniken

Asklepios Klinik am Kurpark Bad Schwartau, Bad Schwartau

Asklepios Klinik Schildautal, Seesen

Asklepios Hirschpark Klinik, Alsbach-Hähnlein

Asklepios Fachklinikum Wiesen, Wildenfels

Capio Franz von Prümmer Klinik, Bad Brückenau

Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik gGmbH, Bad Salzungen

Hamm Kliniken – Klinik Park-Therme, Badenweiler

Hamm Kliniken – Klinik Nahetal, Bad Kreuznach

Holsing Vital GmbH, Preussisch Oldendorf

Klinik Dr. Beger, Garmisch-Partenkirchen

Klinik Lohrey, Bad Soden-Salmünster

Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen

MEDIAN Tagesklinik Stuttgart, Stuttgart

MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler

MEDIAN Klinik Bad Gottleuba Bad Gottleuba-Berggießhübel

MEDIAN Klinik für Psychosomatik, Bad Pyrmont

MediClin Deister Weser Kliniken – Haus Weser, Bad Münder

MediClin Deister Weser Kliniken – Haus Deister, Bad Münder

MediClin Dünenwald Klinik Insel Usedom, Seebad Trassenheide

MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen

MediClin Klinik am Rennsteig, Bad Tabarz

MediClin Seidel-Klinik, Bad Bellingen

MediClin Schlüsselbad Klinik, Bad Peterstal-Griesbach

MediClin Reha-Zentrum Gernsbach, Gernsbach

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof in Bad Wildbad GmbH, Bad Wildbad

REHA-Klinik Sonnenhof, Bad Iburg

Rhönblick Klinik Gesundes Leben GmbH, Bad Soden-Salmünster

Sankt Rochus Kliniken, Bad Schönborn

Seeklinik Zechlin GmbH, Dorf Zechlin

Stiftung ICP München, München

Viktoriastift Bad Kreuznach, Bad Kreuznach

Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg

Nach IQMP-Reha zertifizierte Kliniken

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Ambulantes Rehabilitationszentrum Oldenburg gGmbH, Oldenburg

Rehazentrum Schwerin, Schwerin

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen

AOK-Nordseeklinik Amrum, Norddorf

AOK-Klinik Rügen, Wiek

AOK-Klinik Schlossberg, Bad Liebenzell

AOK-Klinik Stöckenhöfe, Wittnau bei Freiburg

AOK-Klinik Korbmattfelsenhof, Baden-Baden

Asklepios Klinik Bad Salzungen GmbH, Bad Salzungen

Asklepios Klinik Schaufling GmbH, Schaufling

Augusta Klinik GmbH & Co. KG, Bad Kreuznach

BG Nordsee Reha-Klinik, St. Peter-Ording

Caspar-Heinrich-Klinik, Bad Driburg

de'ignis-Fachklinik gGmbH, Egenhausen/Altensteig

Drei-Burgen-Klinik, Bad Kreuznach

Edelsteinklinik, Bruchweiler

Edith-Stein-Fachklinik, Bad Bergzabern

Eifelhöhen-Klinik, Nettersheim

Elfenmaar-Klinik, Bad Bertrich

Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim

Fachklinik Eußerthal Eußerthal

Fachklinik Schwaben, Bad Mergentheim

Fachklinik St. Hedwig Illingen, Illingen

Fachklinik St. Lukas,
Bad Griesbach

Frankenklinik Bad Neustadt,
Bad Neustadt an der Saale

Gelderland-Klinik, Geldern

Gesundheitspark
Bad Gottleuba, Bad Gottleuba

Gollwitzer-Meyer-Klinik,
Bad Oeynhausen

Haus am Stalten,
Steinen-Endenburg

Herz-Kreislauf-Zentrum
Klinikum Hersfeld-Rotenburg
GmbH, Rotenburg a. d. Fulda

Hochwald-Klinik Weiskirchen,
Weiskirchen

Kaiser-Karl-Klinik GmbH,
Bonn

Kerckhoff-Rehabilitations-
zentrum, Bad Nauheim

Klinik am Rosengarten,
Bad Oeynhausen

Klinik am Tharandter Wald
Halsbrücke

Klinik Dr. Franz Dengler GmbH
& Co. KG, Baden-Baden

Klinik Graal-Müritz GmbH,
Graal-Müritz

Klinik im Kurpark,
Bad Rothenfeld

Klinik Malchower See GmbH,
Malchow

Klinik Nordfriesland,
Sankt Peter-Ording

Klinik Niedersachsen Erwin
Röver GmbH & Co. KG,
Bad Nenndorf

Klinik Solequelle,
Bad Westernkotten

Klinikum Luitpold, Bad Kötzting

Klinikum Maximilian,
Bad Kötzting

Klink für Tumorbiologie,
Freiburg

Kurpark-Klinik Dr. Lauterbach-
Klinik GmbH, Bad Liebenstein

Lielje Gruppe, Berolina Klinik,
Löhne

Marcus-Klinik, Bad Driburg

MEDIAN Hohenfeld-Kliniken,
Bad Camberg

MEDIAN Klinik – Adelsberg-
klinik Bad Berka, Bad Berka

MEDIAN Kinderklinik „Am
Nicolausholz", Bad Kösen

MEDIAN, Saale Reha-Klinik I,
Bad Kösen

MEDIAN, Saale Reha-Klinik II,
Bad Kösen

MEDIAN Salze Klinik,
Bad Salzdetfurth

MEDIAN Klinik am Südpark,
Bad Nauheim

MEDIAN Klinik – Bad Lausick,
Bad Lausick

MEDIAN Klinik Bad Lobenstein,
Bad Lobenstein

MEDIAN Klinik Bad Sülze,
Bad Sülze

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt,
Bad Tennstedt

MEDIAN Klinik Berggießhübel,
Berggießhübel

Median Klinik Heiligendamm,
Heiligendamm

Median Klinik Hoppegarten,
Hoppegarten

MEDIAN Klinik – Ilmtal-Klinik
Bad Berka, Bad Berka

MEDIAN Klinik Kalbe, Kalbe

MEDIAN Klinik NRZ
Magdeburg, Magdeburg

MEDIAN Klinikum Flechtingen,
Flechtingen

MEDIAN Reha-Zentrum
Schlangenbad, Schlangenbad

MediClin Albert Schweitzer
Klinik, Königsfeld

MediClin Baar Klinik,
Königsfeld

MediClin Bliestal Kliniken,
Blieskastel

MediClin Bosenberg Kliniken,
St. Wendel

MediClin Hedon Klinik, Lingen

MediClin Klinik am Brunnen-
berg, Bad Elster

MediClin Klinikum Soltau,
Soltau

MediClin Kraichgau-Klinik,
Bad Rappenau

MediClin Reha-Zentrum am
Hahnberg, Bad Wildungen

MediClin Reha-Zentrum
Bad Düben, Bad Düben

MediClin Reha-Zentrum
Bad Orb, Bad Orb

MediClin Reha-Zentrum
Plau am See, Plau am See

MediClin Reha-Zentrum
Reichshof, Reichshof

MediClin Reha-Zentrum Roter
Hügel, Bayreuth

MediClin Reha-Zentrum Spree-
wald, Burg/Spreewald

MediClin Rose Klinik,
Horn-Bad Meinberg

MediClin Seepark Klinik,
Bad Bodenteich

MediClin Staufenburg Klinik,
Durbach

medinet AG Burgenlandklinik,
Naumburg

Meduna-Klinik GmbH,
Bad Bertrich

Mittelrhein-Klinik Bad Salzig,
Boppard-Bad Salzig

Moritz-Klinik,
Bad Klosterlausnitz

Ostseeklinik Grömitz
Grömitz

Ostseeklinik Prerow
Ostseebad Prerow

Ostseeklinik Schönberg-Holm,
Ostseebad Schönberg

Ostseeklinik Zingst, Zingst

Paracelsus-Klinik am See,
Bad Gandersheim

Paracelsus-Klinik an der Gande,
Bad Gandersheim

Privatklinik Lauterbacher Mühle
am Ostersee, Seeshaupt

Psychosomatische Fachklinik
St. Franziska Stift,
Bad Kreuznach

Rehabilitationsklinik Göhren,
Göhren

Reha Klinikum Hoher Fläming
im Oberlinhaus gGmbH,
Bad Belzig

Rehabilitationszentrum Olden-
burg GmbH, Oldenburg

Reha-Klinik Dr. Wüsthofen,
Bad Salzschlirf

Reha-Klinik Schwäbische Alb
GmbH & Co. KG, Bad Urach

Reha-Zentrum Lübben Kliniken
Professor Dr. Schendel GmbH
& Co. KG, Lübben

Salztal Klinik GmbH & Co. KG,
Bad Soden-Salmünster

Sana Rehabilitationsklinik
Sommerfeld GmbH, Kremmen

SRH Medinet Fachklinik Alte
Ölmühle, Magdeburg

St. Nikolaus-Hospital Wallerfan-
gen, Wallerfangen

Strandklinik St. Peter-Ording,
St. Peter-Ording

Vital Kliniken GmbH – Klinik
Buchenholm,
Bad Malente-Gremsmühlen

Vital Kliniken GmbH – Klinik
Dreizehnlinden, Bad Driburg

Vital Kliniken GmbH –
Schloss-Klinik Sonnenbühl,
Bad Dürrheim

Vitalisklinik Bad Hersfeld
GmbH, Bad Hersfeld

Vogtland-Klinik Bad Elster,
Bad Elster

Waldburg-Zeil Kliniken –
Argental-Klinik,
Isny-Neutrauchburg

Waldburg-Zeil Kliniken –
Klinik Schwabenland,
Isny-Neutrauchburg

Weserland-Klinik
Bad Hopfenberg, Petershagen

Weserland-Klinik
Bad Seebruch, Vlotho

Impressum

Herausgeber
BDPK – Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin

Projektbetreuung und Redaktion
Katrin Giese

Layout
Gabriele Altevers und
Katharina Fiedler

Druck
Buch- und Offset-Druckerei
H. Heenemann GmbH & Co. KG

Bildnachweis
Adobe Stock: S. 10, 30, 72, 108, 118, 136, 154
Dietmar Gust: S. 4, 97, 104, 120, 127, 159, 163
UEHP: S. 69
Klaus Mehring: S. 165
Katrin Giese: S. 167

Weitere Informationen des BDPK unter www.bdpk.de

BDPK Geschäftsbericht 2017/18

BDPK Bundesgeschäftsstelle

Hauptgeschäftsführer:
Thomas Bublitz

Geschäftsstellenleitung:
Klaus Mehring

Geschäftsbereich Politik:
Waltraud Faber

Geschäftsbereich Krankenhäuser:
Jonathan Graf, Anne Ostmann

Geschäftsbereich Rehabilitation:
Antonia Walch, Konstanze Zapff

Geschäftsbereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen: Konstanze Zapff

Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:
Katrin Giese

Organisation / Sekretariat:
Karin Müller, Petra Voß

Bundesverband Deutscher
Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin
Telefon: 030-2 40 08 99-0
Telefax: 030-2 40 08 99-30
E-Mail: post@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

www.bdpk.de