



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Geschäftsbericht 2021/2022

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Inhaltsverzeichnis

Lagebericht

Politik/Gesetzgebung

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
Gesetz zur Änderung des E-Government-Gesetzes
Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
Zweite Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung
Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Gesetz zur Stärkung der Impfprävention
Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impf- und Testverordnung
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Gesetz zur Verlängerung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes
Vierte Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser
Zweite Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung
Verbandssanktionengesetz (VerSanG)
Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO)
Mindestloohnerhöhungsgesetz
Gesetz zur Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)
Viertes Corona-Steuerhilfegesetz
Pflegebonusgesetz
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage)

Krankenhäuser

Corona-Gesetzgebung 2021/2022
Finanzierung
Pflegepersonal
Pflegeausbildung
PPP-Richtlinie auf dem Prüfstand
Medizinischer Dienst
Qualität
Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag
Digitalisierung

Reha und Vorsorge

Corona-Pandemie: Herausforderungen für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach wie vor groß
Umsetzung GKV-IPReG: Verhandlungen zu Rahmenempfehlungen
Direkt-Verordnung geriatrische Reha und Änderungen bei Einleitung der Anschluss-Reha
Reha in der DRV: Beratergremium Verbindliche Entscheidungen

Leistungsgerechte Vergütung in der Reha: Aktiva-Gutachten
Digitalisierung und Anbindung der Reha-Einrichtungen an die TI
Qualität
Kinder/Jugendliche und Mutter-/Vater-/Kind

Tarif und Personal

Öffentlichkeitsarbeit

Impf-Turbo privater Kliniken
Klinik-Fakten
Kampagne „Reha. Macht's besser!“
Veranstaltungen
Pressemitteilungen
Social Media
Beiträge in Fachbüchern, Zeitschriften und Zeitungen
BDPK-News in f&w

Statistiken

Gremien

Partner und Kooperationen

Nach IQMP zertifizierte Kliniken

Impressum

Lagebericht

Corona

In ihren Geschäftsberichten neigen Verbände gerne dazu, Gründe für ihre Unverzichtbarkeit herauszustellen. Wenn es diese wirklich gibt, dann ganz sicher in diesem Berichtszeitraum. Die Corona-Pandemie beherrschte und beherrscht noch immer das Tagesgeschäft in den Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen. Die Zahl der behandelten Patienten ging bei ihnen während der Pandemie spürbar zurück und die Konsequenzen sind für die Kliniken sehr schnell existenziell: Weniger Patienten heißt weniger Einnahmen bei gleichbleibenden oder sogar steigenden Kosten für Personal, Energie, Lebensmittel und medizinische Sachkosten. Damit ist bei ohnehin geringen Erträgen schnell das „Ende der Fahnenstange“ erreicht.

Fortbestand von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sichern

Deshalb war es auch in diesem Berichtsjahr eine vordringliche Aufgabe, alle Kraft und Energie darauf zu richten, die Politik von der Notwendigkeit der Ausgleichszahlungen für fehlende Patienten zu überzeugen, um den Fortbestand von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zu sichern. Die Bevölkerung hätte sicher kein Verständnis dafür, wenn gerade in einer Zeit, in der die Gesundheitsversorgung eine so zentrale Rolle spielt, Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen zahlungsunfähig würden. Aber auch vermeintlich weniger bedeutsame Fragestellungen, wie zum Beispiel Testpflichten in Kliniken, die einrichtungsbezogene Impfpflicht oder Quarantäneregulungen waren im Berichtszeitraum zu lösen.

Belastungen für das ärztliche und pflegerische Personal

So, wie das Virus sich verändert, so verändern sich auch die Auswirkungen für unsere Kliniken: In den letzten Monaten des Jahres 2021 stieg die Zahl der vollständig geimpften Bürgerinnen und Bürger deutlich und das spürte man auch in den Kliniken. Obwohl sich die Zahl der Neuinfektionen noch immer auf einem erschreckend hohen Niveau befindet, ist doch die Auslastung der Intensivstationen mit Coronapatient:innen zum Glück deutlich zurückgegangen. Durch diese positive Entwicklung hat sich die Lage der Kliniken allerdings kaum entschärft. Fehlten vorher die Patienten, fehlen nun – trotz hoher Impfquote unter den Beschäftigten – viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegen Corona erkrankungsbedingt auf den Stationen. Sicher gibt

es einen Zusammenhang zwischen der hohen Infektionsrate unter den Mitarbeiter:innen und der Tatsache, dass bei vielen neu aufgenommenen Patient:innen auf der Normalstation Corona festgestellt wird. Die Belastungen für das ärztliche und pflegerische Personal steigen dadurch enorm. Alle mit dem Infektionsschutz verbundenen Quarantäne- und Hygienemaßnahmen treffen die Mitarbeitenden in voller Härte und so ist in den Krankenhäusern und Reha-Vorsorgeeinrichtungen ein Regelbetrieb fast unmöglich.

Wünschenswert wäre gewesen, wenn die Politik die seit 2019 andauernde Energieleistung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen mit einer Corona-Prämie oder zumindest einer Steuerbefreiung für freiwillige Bonuszahlungen durch die Kliniken anerkannt hätte. Der Verweis auf andere Prioritäten ist nicht die gebotene Wertschätzung und Anerkennung der Arbeit in Deutschlands Kliniken.

Insofern lassen sich die politischen Bemühungen unseres Verbandes im Berichtszeitraum sehr schnell beschreiben: Vorrangiges Ziel war und ist die wirtschaftliche Sicherung der vorhandenen Klinikstrukturen. Trotz der oft gerügten fehlenden langfristigen Planungssicherheit für die Kliniken hat das während der vergangenen zwei Jahre der Pandemie gut funktioniert! Dafür gebührt unserer Bundesregierung und allen Verbandsvertretern, die daran mitgewirkt haben, unser Dank.

Regierungswechsel

Im Dezember 2021 wurde eine neue Bundesregierung unter Führung von Bundeskanzler Olaf Scholz vereidigt. Neuer Gesundheitsminister ist der ausgewiesene Systemkenner Prof. Dr. Karl Lauterbach. Die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung ist im Koalitionsvertrag festgeschrieben. Natürlich haben der Bundesverband, die Landesverbände und ihre Mitgliedseinrichtungen im Vorfeld der Wahl mit einer Vielzahl von Politikerinnen und Politikern Gespräche über die Zukunft der Gesundheitsversorgung geführt. Grundlage dieser Gespräche waren und sind die [Gesundheitspolitischen Positionen des BDPK](#). Die wesentliche, sich aus dem Koalitionsvertrag ergebende Herausforderung für die Zukunft der Mitgliedseinrichtungen der Verbände der Privatkliniken ist aktuell die Entwicklung von Eckpunkten eines aus Versorgungsstufen bestehenden Systems der Finanzierung von Vorhaltekosten. Die damit vom Bundesgesundheitsminister beauftragte Expertenkommission wurde gerade Anfang Mai 2022 berufen.

Neue rechtliche Grundlagen für die Reha

Für den Bereich der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen liegt eine wesentliche Chance in der von der Politik geforderten stärkeren Fokussierung der medizinischen Rehabilitation auf den Reha-Erfolg. Auch die Evaluierung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) bietet Chancen, den noch immer zu bürokratischen und willkürlichen Zugang zu Reha-Leistungen zu verbessern.

Aktuell geht es um die Umsetzung der neuen Vorgaben für die Erbringung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei den gesetzlichen Krankenkassen und bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung. Die grundlegenden Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband und der DRV haben zu einem enormen Abstimmungsbedarf in den Gremien des Verbandes geführt. Es steht viel auf dem Spiel, geht es doch um neue Spielregeln für die Zulassung und die Definition der Leistungsinhalte, die Grundsätze für die Vergütung, die Einrichtungsauswahl bzw. die Belegungssteuerung und die Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Dank an die Mitglieder

Über die teilweise sehr herausfordernden und zeitkritischen Abstimmungsbedürfnisse hätten alle Mitarbeitenden in den Gremien des BDPK Anlass, sich zu beklagen. Immerhin sind diese Fragestellungen zusätzlich zu den Herausforderungen der Pandemie zu bewältigen. Umso bemerkenswerter ist die Tatsache, dass dies genau nicht geschehen ist. Im Gegenteil: In konstruktiver und kollegialer Weise tragen die Mitglieder des BDPK mit Sachverstand zu einer zügigen Positionierung bei und machen die Verbandsgeschäftsstelle verhandlungsfähig. Dafür gilt Ihnen allen unser herzlicher Dank!

Es bleibt viel zu tun in bewegten Zeiten. Der BDPK wird sich mit ganzer Kraft konstruktiv den kommenden Herausforderungen stellen.

Dr. med. Katharina Nebel
Präsidentin

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer

Politik/Gesetzgebung

Hier geben wir Ihnen einen Überblick von den in den vergangenen zwölf Monaten verabschiedeten Gesetzen und Verordnungen zur Gesundheitsversorgung. Der BDPK hat sich hierzu jeweils mit Stellungnahmen eingebracht und die gesundheitspolitischen Positionen der Mitgliedskliniken in privater Trägerschaft bei Verbändeanhörungen des Bundesgesundheitsministeriums und in den Anhörungen des Gesundheitsausschusses im Bundestag vertreten.

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz

Zeitplan: Verkündung am 19.07.2021, Inkrafttreten am 20.07.2021

Inhalt: Ambulante Notfallbehandlung (Einführung eines einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus und dessen Anwendung als Abrechnungsvoraussetzung); Qualitätsverträge, Mindestmengen (Instrument der Qualitätsverträge soll gestärkt werden und eine erhöhte Verbindlichkeit erhalten; Festlegung neuer Leistungen, Aufhebung der Möglichkeit des G-BA und der Länder, Ausnahmen bei Mindestmengen vorzusehen, Streichung Qualitätszu- und -abschläge); einrichtungsbezogene Vergleiche im ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie von Rehabilitationseinrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen künftig veröffentlicht werden. Über Änderungsanträge eingebracht: Regelungen zum Pflegebudget, zur Personalbemessung im Krankenhaus und zu NUB-Entgelten sowie verpflichtende Vereinbarung einer Rahmenempfehlung zum Corona-Zuschlag zwischen GKV-SV und Leistungserbringerverbänden.

Forderungen des BDPK: Ablehnung der vorgesehenen Neuregelungen zum Pflegebudget (vgl.[hier](#)); Weiterentwicklung ambulanter Notfallleistungen gehört in Verantwortungsbereich der Krankenhäuser; Befugnis des G-BA und der Länder, Ausnahmeregelungen bei Mindestmengen vorzusehen muss bestehen bleiben; Aussetzung Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund der Corona-Pandemie; Gleichstellung ambulante und stationäre Reha; Entwicklungen im Bereich des Public Reporting der QS-Daten aus der Reha-QS der DRV müssen berücksichtigt werden; Ausgestaltung und Umsetzung des Public Reporting der QS-Reha®-Daten im Gemeinsamen Ausschuss nach

§ 137 d SGB V, vgl. BDPK-Stellungnahmen [hier](#) und AG MedReha-Stellungnahme [hier](#).

Gesetz zur Änderung des E-Government-Gesetzes

Zeitplan: Verkündung am 22.07.2021, Inkrafttreten am 23.07.2021

Inhalt: Verbesserung der Qualität der Datenbereitstellung und -nutzung im Hinblick auf das Innovationspotenzial von Daten für Gesellschaft, Wirtschaft, Wissenschaft und Staat; medizinische Einrichtungen sind angehalten, bestimmte bereits vorhandene Daten in einem offenen und maschinenlesbaren Format bereitzustellen.

Forderungen des BDPK: Einschränkung des Anwendungsbereichs auf öffentliche Unternehmen des Gesundheitswesens oder Einschränkung auf Daten, soweit die konkrete Datenerfassung und -erzeugung öffentlich finanziert wurde, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

Zeitplan: Verkündung am 10.11.2021, Inkrafttreten am 11.11.2021

Inhalt: Erweiterung um Bereiche Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, neonatologische Pädiatrie sowie spezielle Pädiatrie; Änderung Belegungstage-Kriterium (4.500 statt 5.000); Anrechnung Hebammen in Gynäkologie und Geburtshilfe.

Forderungen des BDPK: bessere Berücksichtigung von Spezialversorgern (z. B. konservative Orthopädie, neurologische Frühreha); bessere Anrechnung von Pflegehilfskräften, Auszubildenden und weiteren Berufsgruppen; Übergangsfristen; Veröffentlichung der Datenanalysen des InEK; Evaluation der Pflegepersonaluntergrenzen auf Tauglichkeit, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Zweite Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung

Zeitplan: Veröffentlichung am 15.11.2021, Inkrafttreten am 16.11.2021

Inhalt: Erhöhung der Vergütung gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 von 20 auf 28 Euro und die Aufnahme einer Vergütung für Impfungen in Höhe von 36 Euro an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember; Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 SGB V wurden wie vom BDPK gefordert neu als Leistungserbringer aufgenommen.

Forderungen des BDPK: Durchführung von Impfungen in Reha- und Vorsorgekliniken ermöglichen (in Verordnung umgesetzt).

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zeitplan: Verkündung am 23.11.2021, Inkrafttreten am 24.11.2021

Inhalt: Versorgungsaufschlag Krankenhäuser, Zeitraum vom 01.11.2021 bis zum 19.03.2022; Regelung Reha und Vorsorge als Entlastungskrankenhäuser bis 19.03.2022 verlängert; Verlängerung Corona-Zuschlag und SodEG bis 19.03.2022; Klarstellung, dass Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 23 KHG auch die Möglichkeit umfasst, Regelungen zu coronabedingten Erlösausgleichen für das Jahr 2022 vorzusehen.

Forderungen des BDPK: Ausgleich für abgesagte planbare Leistungen, Erhöhung Pflegeentgeltwert, Nachbesserungen Ganzjahresausgleich 2021, Fortsetzung Corona-Mehrkostenzuschlag, Begrenzung MD-Prüfungen, Ausnahmen Pflegepersonaluntergrenzen, vgl. BDPK-Newsletter [hier](#).

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention

Zeitplan: Verkündung am 11.12.2021, Inkrafttreten am 12.12.2021

Inhalt: Ausgleichszahlungen Krankenhäuser (Anrechnung auf Ganzjahresausgleich 85 Prozent); Versorgungszuschlag Covid (Anrechnung auf Ganzjahresausgleich 50 Prozent); angepasste Testpflichten Krankenhäuser und Reha (geimpft, genesen 2 x pro Woche); einrichtungsbezogene

Impfpflicht (Nachweis bis 15.03.2021); Rechnungsprüfung OPS-Mindestmerkmale/ Strukturmerkmale (01.11.2021-19.03.2022); Anpassung Vergütung Reha- und Vorsorgeeinrichtungen als Entlastungskrankenhäuser bis 31.12.2021; für Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen erhalten, gilt PpUGV-Pandemie Ausnahmetatbestand.

Forderungen des BDPK: Ausweitung der Ausgleichszahlung auf alle Krankenhäuser (Psychiatrie und Spezialkliniken); Verlängerung des Zeitraums; Planungssicherheit 2022 (Ausgleichszahlungen, Corona-Mehrkostenzuschlag); Erhöhung Pflegeentgeltwert; Nachbesserung Ganzjahresausgleich 2021; Fortsetzung Corona-Mehrkostenzuschlag; Begrenzung MD-Prüfquote 5 Prozent.

Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impf- und Testverordnung

Zeitplan: Veröffentlichung am 17.12.2021, Inkrafttreten am 18.12.2021

Inhalt: Anspruch auf Impfung umfasst Folge- und Auffrischungsimpfungen; Großhandelsvergütung in § 8 wird angehoben; in TestVO wird zeitliche Beschränkung einer Beauftragung zusätzlicher weiterer Leistungserbringer gestrichen; zeitlich begrenzte Erhöhung der Pauschale für eigenverantwortlich beschaffte Tests.

Forderungen des BDPK: ambulante Reha-Einrichtung bei Durchführung von Impfungen berücksichtigen; Leistungsvergütung und Erhöhung der Anzahl der zur Verfügung gestellten Tests; bessere Möglichkeiten zur Abrechnung von PCR-Tests in Reha-Einrichtungen, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zeitplan: Verkündung am 18.03.2022, Inkrafttreten am 19.03.2022

Inhalt: Definition Geimpft- und Genesenen-Status; Möglichkeit der Länder zur Verordnung allgemeiner Schutzmaßnahmen über 19.03.2022 hinaus (z. B. Masken- und Testpflichten in bspw. Gesundheitseinrichtungen und öffentlichem Nahverkehr); Wegfall der bisherigen umfassenden Testpflichten gemäß § 28b.

Forderungen des BDPK: Verlängerung der Ausgleichszahlungen für alle Kliniken; Berücksichtigung der Vorsorge- und Rehakliniken im Rahmen der Basisschutzmaßnahmen, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Gesetz zur Verlängerung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes

Zeitplan: Verkündung am 18.03.2022, Inkrafttreten am 19.03.2022

Inhalt: Verlängerung der Zuschussleistungen nach dem SodEG bis zum 30.06.2022; Ermächtigung der Bundesregierung, durch Rechtsverordnung eine Verlängerung bis zum 23.09.2022 vorzunehmen; Ermächtigung des BMG, im Einvernehmen mit dem BMF die Regelungen zum Mindererlösausgleich und Hygienezuschlag gemäß §§ 111, 111c SGB V längstens bis zum Ablauf des 23.09.2022 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats zu verlängern (Verordnung wurde bereits erlassen); Ermächtigung des BMG, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrats die Frist in § 22 KHG, wonach Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu Ersatzkrankenhäusern ernannt werden können, zu verlängern (Verordnung wurde bereits erlassen).

Forderungen des BDPK: umgehender Erlass der Rechtsverordnungen gemäß §§ 111 Abs. 5 Satz 6 und 111c Abs. 3 Satz 6 SGB V, damit für Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen eine nahtlose Weiterzahlung der hygienebedingten Mehraufwendungen und coronabedingten Mindererlöse erfolgt, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Vierte Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Zeitplan: Veröffentlichung am 29.03.2022, Inkrafttreten (vorläufig) mit Wirkung vom 20.03.2022

Inhalt: Verlängerung der Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1b KHG letztmalig bis zum 18.04.2022; Verlängerung der Versorgungsaufschläge nach § 21a KHG letztmalig bis zum 30.06.2022; Ausnahme Prüfung bestimmter OPS-Mindestmerkmale in Krankenhäusern mit Corona-Patient:innen bis 30.06.2022; Verlängerung der verkürzten Zahlungsfrist von fünf Tagen für

Krankenhausabrechnungen um sechs Monate bis zum 31.12.2022;
Verlängerung der Möglichkeit zur Geltendmachung der Hygienepauschale für jede vom 01.04.2021 bis zum 23.09.2022 abgerechnete Heilmittelverordnung.

Forderungen des BDPK: Erweiterung Zeitdauer der Ausgleichszahlungen; Empfängerkreis auf alle Krankenhäuser erweitern; Streichung Begrenzung im Ganzjahresausgleich 2021 und 2022 auf 98 Prozent des Budget-Referenzwertes; gesetzliche Klarstellung in § 21 Abs. 2b Satz 5 KHG (PPUGV) für 2022; Begrenzung MD-Prüfquote auf 5 Prozent; Erhöhung vorläufiger Pflegeentgeltwert; Anspruch Corona-Mehrkostenzuschlag 2022 für alle Kliniken, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Zweite Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung

Zeitplan: Veröffentlichung am 30.03.2022, Inkrafttreten am 31.03.2022

Inhalt: Verordnung wird in ihren wesentlichen Teilen bis zum 30.06.2022 verlängert; Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehaeinrichtungen können demnach bis zum 30.06.2022 wie bisher im Rahmen ihrer einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepte Leistungen nach der Testverordnung erbringen und abrechnen.

Forderungen des BDPK: Verlängerung der Testverordnung über 30.06.2022 hinaus.

Verbandssanktionengesetz (VerSanG)

Zeitplan: 16.06.2020 Regierungsentwurf, 18.09.2020 1. Durchgang Bundesrat, das Gesetz wurde in letzter Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt, weiteres Vorgehen unklar

Inhalte: Einführung Unternehmensstrafrecht; Schaffung eines eigenständigen Sanktionssystems für juristische Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, nicht rechtsfähige Vereine und rechtsfähige Personengesellschaften, sodass auch Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von dem Gesetz betroffen wären.

Forderungen des BDPK: Herausnahme aller Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Reha-Einrichtungen aus dem Regelungsbereich des Gesetzes.

Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO)

Zeitplan: 29.11.2019 Arbeitsentwurf, 17.11.2020 Referentenentwurf, 18.02.2021 Verbändeanhörung, 07.05.2021 Entschließung des Bundesrats, die Länder bei der Reform der ärztlichen Ausbildung frühzeitig und umfassend zu beteiligen, Inkrafttreten geplant 01.10.2025

Inhalte: Weiterentwicklung des Medizinstudiums gemäß den Vorschlägen im Masterplan Medizinstudium 2020; Ausrichtung am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) verankern; auch die Digitalisierung der Medizin und die Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums werden nun explizit verankert.

Forderungen des BDPK: Den angehenden Ärzt:innen müssen die Grundlagen der ICF vermittelt und die Bedeutung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe und Teilnahme an der Gesellschaft und Umwelt für ihre Patientinnen und Patienten verdeutlicht werden. Im Medizinstudium muss Wissen zu den rechtlichen Grundlagen, Abläufen und Wirkmechanismen der Rehabilitation vermittelt werden. Etablierung eines verpflichtenden Reha-Blockpraktikums, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

- Trägerbestimmung (SGB XII)
- Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX)
- Gewaltschutz und digitale Gesundheitsanwendungen (SGB IX)
- Ausweitung des Budgets für Ausbildung (SGB IX)
- Assistenzhunde (BGG)
- Verbesserung bei der Wiedereingliederung in Arbeit (SGB II und III)

Mindestloohnerhöhungsgesetz

Zeitplan: 21.01.2022 Referentenentwurf, 23.02.2022 Kabinettsbeschluss, 08.04.2022 1. Durchgang Bundesrat

Inhalt: Nach dem Entwurf soll der Mindestlohn zum 01.10.2022 von derzeit 9,82 Euro auf 12 Euro angehoben werden. Nach einem Beschluss der

Mindestlohnkommission aus dem Jahr 2020 wird der Mindestlohn bereits ab dem 01.07.2022 auf 10,45 Euro steigen.

Forderungen des BDPK: Zuschläge der Kostenträger auf die Vergütung für medizinische Rehabilitation und Vorsorge, vgl. BDPK-Pressemitteilung [hier](#).

Gesetz zur Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)

Zeitplan: 25.01.2022 Referentenentwurf, 09.03.2022 Regierungsentwurf

Inhalt: Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches (StGB) vornehmen, müssen bisher u. a. mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen, wenn sie sachliche Informationen über den Ablauf und die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs öffentlich, etwa auf ihrer Homepage, bereitstellen; Mit dem Entwurf soll die Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch eingeleitet werden.

Viertes Corona-Steuerhilfegesetz

Zeitplan: 03.02.2022 Referentenentwurf, 16.02.2022 Kabinettsbeschluss, 08.04.2022 1. Lesung Bundestag

Inhalt: Entwurf beinhaltet die angekündigte Bonuszahlung für Pflegekräfte; bis zu 3.000 Euro steuerfrei können Arbeitgeber zur Anerkennung besonderer Leistungen zahlen; Kreis der Anspruchsberechtigten in Bezug auf die Steuerbefreiung umfasst nicht nur Pflegekräfte, sondern auch weitere in Krankenhäusern sowie in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten sowie in Einrichtungen der Behindertenhilfe tätige Arbeitnehmer:innen; Vorsorge- und Rehakliniken sind durch die Regelung im Referentenentwurf derzeit nicht erfasst.

Forderungen des BDPK: Erweiterung auf Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, vgl. BDPK-Newsletter [hier](#).

Pflegebonusgesetz

Zeitplan: 21.02.2022 Eckpunktepapier des BMG, 10.03.2022 Formulierungshilfe des BMG, 18.03.2022 Anhörung BMG, 29.03.2022 Formulierungshilfe der Bundesregierung, 07.04.2022 1. Lesung Bundestag, 27.04.2022 Anhörung Gesundheitsausschuss

Inhalt: Krankenhäuser mit mehr als 10 COVID-Beatmungsfällen von Januar 2021 bis Dezember 2021, Pflege am Bett; Pflegekräfte auf der Intensivstation (höherer Bonus vorgesehen), Vorgaben zur Prämienverteilung sollen gesetzlich vorgegeben werden, es würden rund 837 Krankenhäuser (entspricht 95 % aller COVID-19-Patient:innen) mit circa 280.000 Pflegekräften profitieren. Im Gesetzentwurf ist zudem festgelegt, dass der vorläufige Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten von Krankenhäusern, die bislang noch keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart haben, ab dem 01.07.2022 bis zum Ende des Jahres 2022 vorübergehend von 163,09 Euro auf 200 Euro erhöht wird.

Forderungen des BDPK: Klare Festlegung des Empfängerkreises durch Gesetzgeber; Prämienempfang durch Covid-Versorgung belasteter Mitarbeiter:innen unabhängig vom Berufsabschluss; Mitarbeiter:innen in Reha- und Vorsorgekliniken berücksichtigen, vgl. BDPK-Stellungnahme [hier](#).

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage)

Zeitplan: 01.03.2022 Formulierungshilfe, weiterer Zeitplan nicht bekannt

Inhalt: Umsetzung der bestehenden Schutzpflicht aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des GG; keine Benachteiligung bei der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten aus Gründen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität.

Krankenhäuser

Der neue Bundesgesundheitsminister steht vor schwierigen Aufgaben. Die Pandemie ist nicht überwunden und Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter:innen bleiben auf die Unterstützung der Politik angewiesen. Im Frühjahr 2022 behandeln Krankenhäuser so viele Patient:innen wie zu keinem anderen Zeitpunkt der Pandemie. Zwischen Februar und März sind die Zahlen laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) um 65 Prozent auf 25.000 gestiegen. Zwar hat sich die Situation auf den Intensivstationen verbessert, aber 75 Prozent der Kliniken müssen angesichts hoher Personalausfälle infolge von Quarantänemaßnahmen ihr Versorgungsangebot einschränken. Gleichzeitig liegen die durchgeführten planbaren Operationen weit unter dem Ausgangsniveau 2019. Zusammen führt dies zu Erlösverlusten, die sich auch in der Einschätzung der wirtschaftlichen Lage widerspiegeln. 60 Prozent der Krankenhäuser erwarten laut [DKI-Krankenhausbarometer 2021](#) ein negatives Jahresergebnis.

Für die Krankenhäuser ist in dieser Situation Planungssicherheit unbedingt notwendig. Die Signale aus der Politik waren zuletzt widersprüchlich: Zwar geht auch das Gesundheitsministerium davon aus, dass Krankenhäuser in den nächsten Monaten nicht zum Regelbetrieb zurückkehren werden. Gleichzeitig müssen die Kliniken im Monatsrhythmus für wirtschaftliche Hilfen anstehen. Am 20. März liefen die Ausgleichszahlungen aus. Erst nach diesem Datum, am 22. März, wurden sie noch einmal verlängert, allerdings nur für drei Wochen bis zum 18. April. Hier braucht es dringend mehr Planbarkeit! Die Ausgleichszahlungen müssen verlängert werden, solange Krankenhäuser durch die pandemische Lage wirtschaftlich gefährdet sind. Bereits jetzt lässt sich absehen, dass dies mindestens bis in den Herbst hinein der Fall sein wird.

Gleichzeitig wird in der neuen Legislaturperiode die schon vor der Pandemie begonnene Diskussion zur Krankenhausreform mit unvermittelter Härte fortgeführt. Wie viele Krankenhausbetten in wie vielen Krankenhäusern wollen und brauchen wir perspektivisch? Werden Krankenhäuser mehr ambulante Leistungen anbieten? Wird unsere Gesundheitsversorgung zukünftig stärker regional ausgestaltet und vernetzt sein? Wie lässt sich Überversorgung auf der einen und Unterversorgung auf der anderen Seite vermeiden – auch im niedergelassenen Bereich? Wie wird die Vorhaltung von Bettenkapazitäten in der Finanzierung berücksichtigt werden? Vorschläge soll eine

Regierungskommission erarbeiten. Wichtig aus Sicht des BDPK: Der ungeordnete kalte Strukturwandel der letzten Jahre muss beendet werden und stattdessen in einem gemeinsamen Dialog Antworten auf diese Fragen gefunden werden. Ziel muss es sein, das Leistungsgeschehen am Versorgungsbedarf der Menschen zu orientieren.

Corona-Gesetzgebung 2021/2022

Die Gesundheitspolitik war auch im letzten Berichtsjahr geprägt durch die Pandemie. Im Wochenturnus wurden neue Gesetze und Verordnungen vorgelegt. Diese beinhalten Regelungen zum Infektionsschutz und bildeten den Rahmen für die Corona-Schutzmaßnahmen auf Landesebene (Infektionsschutzgesetz, Impfprävention, Covid-Testungen), regelten die dringend benötigten finanziellen Ausgleiche für Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter:innen (Versorgungsaufschlag, Ganzjahresausgleich 2022, Pflegebonus) und entlasteten die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten durch unterstützende Maßnahmen von Bürokratie- und Nachweispflichten (PpUG, Begrenzung OPS-Prüfungen).

EpiLage-Aufhebungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung Versorgungsaufschlag bei Behandlung von COVID-Patient:innen zusätzlich zur regulären Vergütung • Umfangreiche Testpflichten u. a. in med. Einrichtungen
Gesetz zur Stärkung der Impfprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktivierung der gestaffelten Ausgleichszahlungen; Voraussetzung: Teilnahme Notfallversorgung • Einrichtungsbezogene Impfpflicht (med. Einrichtungen wie Krankenhäuser und Reha)
2. Verordnung wirtschaftliche Sicherung KH	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzjahresausgleich 2022
Änderung IfSG	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Länder zur Verordnung allgemeiner Schutzmaßnahmen über 19.03. hinaus • Triage: keine Benachteiligung bei der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten
3. Verordnung wirtschaftliche Sicherung KH	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung Reha als Ersatzkrankenhäuser
4. Verordnung wirtschaftliche Sicherung KH	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung Ausgleichszahlungen bis 18.04.2022 und Versorgungsaufschläge bis 30.06.2022 • Verlängerung Ausnahme OPS-Prüfungen bis 30.06.2022 • Verlängerung verkürzte Zahlungsfrist bis 31.12.2022
Entwurf 4. Steuerhilfegesetz	<ul style="list-style-type: none"> • angekündigte Bonuszahlung für Pflegekräfte, Arbeitgeber können bis zu 3.000 Euro steuerfrei zur Anerkennung besonderer Leistungen zahlen
Entwurf Pflegebonusgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • 500 Mio. Euro für Mitarbeiter:innen in Krankenhäusern, mit mehr als 10 COVID-Beatmungsfällen • Vorgaben zur Prämienverteilung sollen gesetzlich vorgegeben werden • Pflege am Bett; Pflegekräfte auf der Intensivstation

Abbildung 1: Corona-Gesetzgebung 2021/2022. Quelle: Eigene Darstellung.

Auffallend im Vergleich zu 2020 ist, dass der Empfängerkreis der Ausgleichszahlungen immer enger gefasst wurde. Viele Fachkliniken erhalten

inzwischen keine Ausgleiche aus dem Rettungsschirm. BDPK und DKG kritisieren das. Denn alle Krankenhäuser sind durch die Pandemie belastet und das Leistungsniveau aller Krankenhäuser liegt deutlich unter dem Vorpandemiejahr 2019. Fest steht: Es wird nicht gelingen, die Pandemie per politischer Erklärung zu beenden. Krankenhäuser benötigen politische Unterstützung, solange sie von den Folgen der Pandemie betroffen sind. Um den Häusern Planungssicherheit zu geben, fordert der BDPK:

- Aufstockung der 98-Prozent-Regelung im Ganzjahresausgleich (GJA) auf 100 Prozent für die Jahre 2021 und 2022
- Ausweitung des Corona-Mehrkostenzuschlages auf das Jahr 2022
- Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 250 Euro zum 1. Mai 2022
- Verlängerung der auf fünf Tage verkürzten gesetzlichen Frist zur Begleichung von Krankenhausrechnungen (mit 4. Verordnung zur Wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser umgesetzt)
- Etablierung eines Inflationsausgleichs

Finanzierung

Pflegebudget

580 Pflegebudgets waren bundesweit Ende Februar 2022 für den Vereinbarungszeitraum 2020 abgeschlossen. Das entspricht bei ca. 1.400 DRG-Krankenhäusern einer Abschlussquote von 40 Prozent für das Jahr, in dem die Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen erstmals wirksam wurde. Und das, obwohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz prospektive Verhandlungen vorsieht. Die Abschlussquote ist zusätzlich sehr heterogen. In einigen Ländern ist die Lage noch dramatischer.

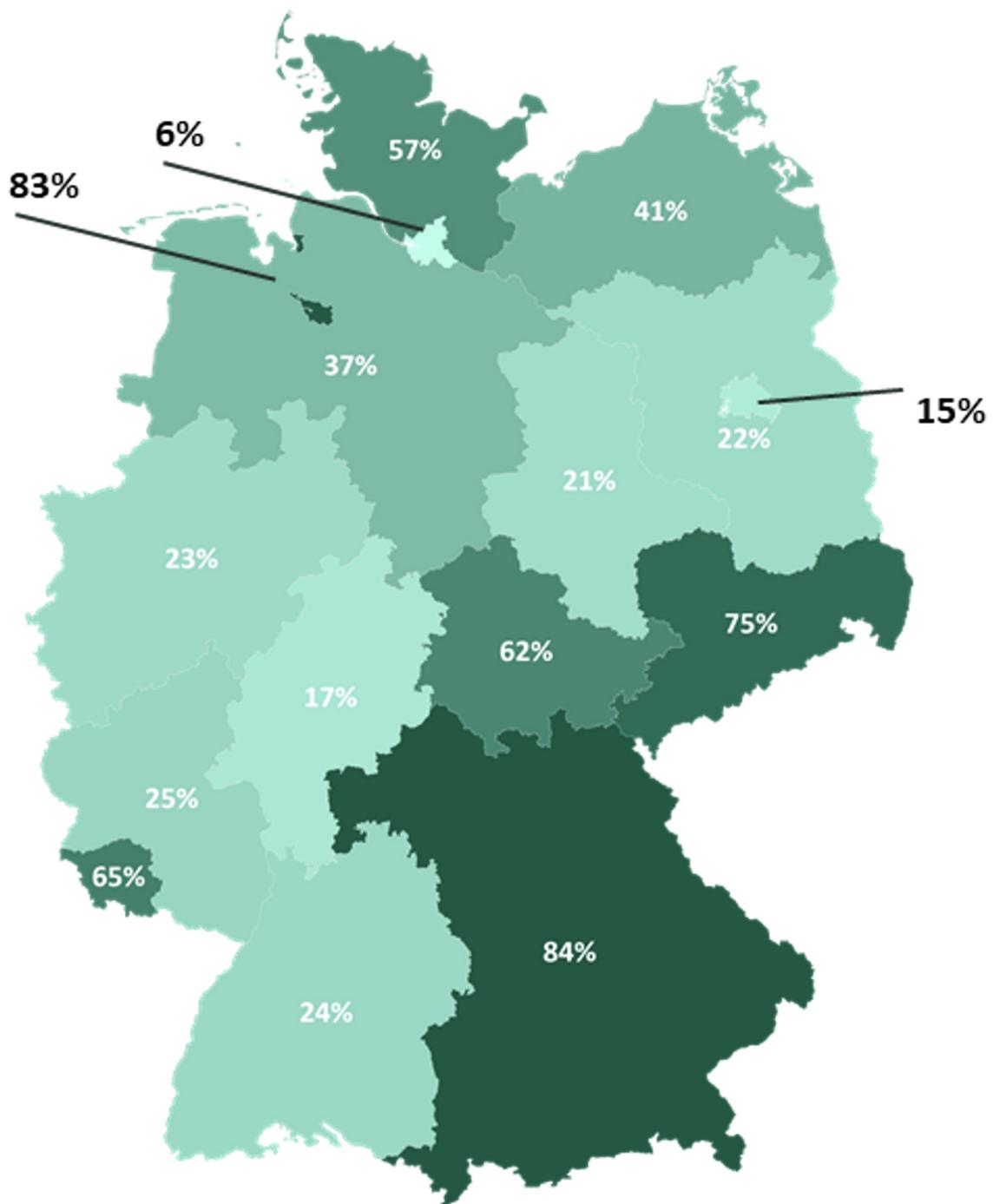


Abbildung 2: Abschlüsse der Pflegebudgets 2020 (Stand 23.02.2022, InEK Daten). Quelle DKG

Die Zahlen zeigen: Die Verhandlung der Pflegebudgets sind äußerst schwierig und konfliktbehaftet. Besonders ärgerlich ist, dass die Verhandlungen von Krankenkassen zum Teil verschleppt wurden. Laut DKG-Umfrage haben ein Drittel der Häuser noch keinen Verhandlungstermin zum Pflegebudget 2020 abstimmen können. Und wenn es zu Verhandlungen kommt, dann geht vielen Budgetabschlüssen eine zweistellige Zahl von Verhandlungsterminen voraus. Während der Verhandlungsrunden warten auf die Häuser lange

Diskussionen zu vorgelegten Unterlagen. Zudem werden von den Krankenkassen immer neue Nachweise wie Tätigkeitsbeschreibungen, Eingruppierungsmatrix, Personallisten, Einzelkostenaufstellungen, Überstundenaufstellungen und Dienstpläne eingefordert. Das ist unverständlich, vor allem da DKG und GKV-Spitzenverband in mühsamen Kompromissen eine Fülle an Vorgaben und vorzulegenden Unterlagen beschlossen haben.

Die Folge der verzögerten Verhandlungen sind Liquiditätsengpässe, denn die Krankenhäuser haben den politischen Willen umgesetzt, zusätzliches Pflegepersonal eingestellt und durch höhere Tarifentgelte besser bezahlt. So lange kein Pflegebudget verhandelt ist, erhalten die Kliniken auch 2022 nur einen Ersatzbetrag, der auf Basis der durchschnittlichen Kosten- und Belegungsdaten des Jahrs 2019 kalkuliert wurde und bei weitem nicht ausreicht.

Es ist dringend notwendig, die Tauglichkeit des Instruments Pflegebudget zu überprüfen. Kurzfristig kann eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts die Pflegebudgetverhandlungen beschleunigen. Da es selbst bei einer Unterschreitung des festgelegten Wertes durch die bestehende Ausgleichsregelung im Folgejahr nicht zu Überzahlungen kommen kann, besteht für den Gesetzgeber kein Risiko, den vorläufigen Pflegeentgeltwert deutlich zu erhöhen. Positiver Effekt der Erhöhung wäre, dass den Krankenkassen ihre offenkundigen Motive für die Verhandlungsverzögerung genommen würden.

DRG-Katalog

Auch bei der Verhandlung zum aDRG-Katalog 2022 war das Pflegebudget zentraler Konfliktpunkt. Laut GKV-Spitzenverband sei der Anstieg der Pflegepersonalkosten nicht durch neu eingestelltes Pflegepersonal oder tarifbedingte Steigerung zu erklären. Als Ursache vermutete er anreizbedingte Kostenverschiebungen zwischen dem aDRG-Bereich und dem Pflegebudget und forderte eine Absenkung des Katalogs um 900 Mio. Euro. Von der Krankenseite wurde dies abgelehnt. Nachdem DKG und GKV-Spitzenverband das Scheitern der Verhandlungen erklärten, wurde der Katalog vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt. Der darin vorgesehene Normierungsbetrag von 175 Mio. Euro

blieb erfreulicherweise weit von den Forderungen des GKV- Spitzenverband entfernt. Positiv war, dass in der Verordnung ebenfalls eine Verlängerung der 5-Tage-Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen bis zum 30. Juni 2022 enthalten war.

Investitionsfinanzierung

Eine hochwertige patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer Ausstattung möglich und erfordert beständige hohe Investitionen in die Infrastruktur. Seit Jahren werden Länder dieser Verantwortung nicht gerecht. Jährlich haben Krankenhäuser einen Investitionsbedarf von über 6,5 Milliarden Euro. Den notwendigen Investitionen steht eine Investitionsförderung der Bundesländer im Jahr 2019 von ca. 3,16 Milliarden Euro gegenüber. Jährlich besteht eine Investitionskostenlücke von über 3,5 Milliarden Euro.

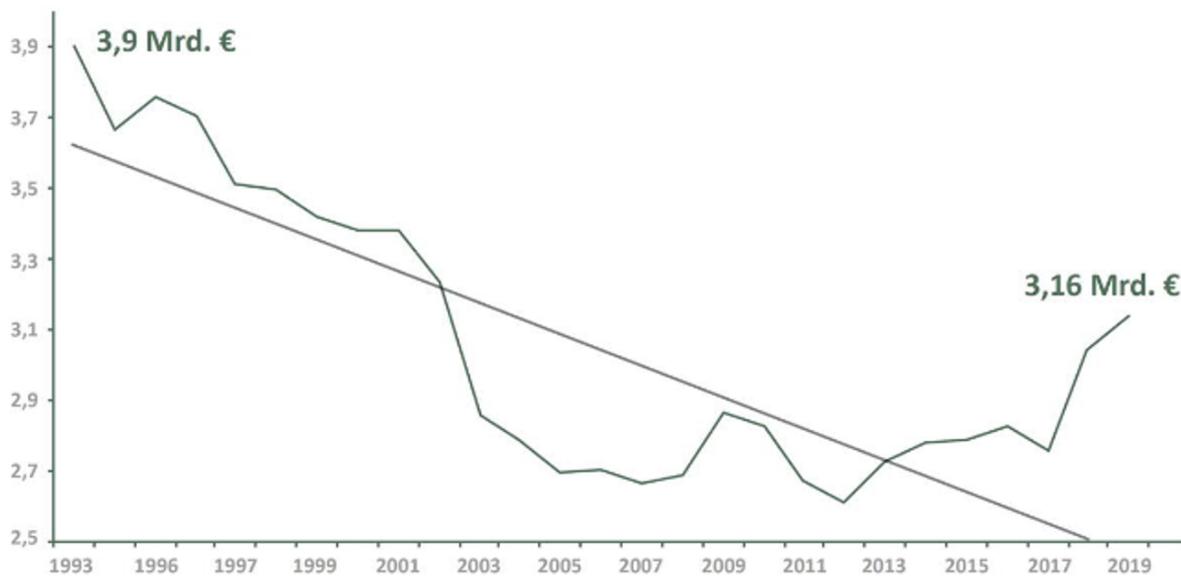


Abbildung 3: Entwicklung Investitionsförderung durch die Bundesländer 1993-2019, in Mrd. Euro. Quelle: DKG.

Der BDPK fordert, dass die Bundesländer ihre Verantwortung in der Investitionsfinanzierung endlich übernehmen. Ist dies auch zukünftig nicht der Fall, muss aus Sicht des BDPK über Kofinanzierungsmodelle nachgedacht werden, bei denen Investitionsmittel in gleichen Teilen vom Land, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und vom Bund zur Verfügung gestellt werden.

Ambulante Operationen (AOP)

Eigentlich sollten GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und DKG schon zum 31. Januar 2022 auf Grundlage eines Gutachtens einen neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) vereinbaren. Keine leichte Aufgabe, was sich im Zeitplan bemerkbar machte. Erst Anfang April legte das beauftragte IGES-Institut sein Gutachten vor. Das nun veröffentlichte Gutachten benennt konkret Behandlungen zur Erweiterung des Katalogs nach § 115b SGB V und analysiert verschiedene Maßnahmen zur Adjustierung von Schweregraden.

Die Partner der Selbstverwaltung planen hinsichtlich der Vergütung folgendes gestuftes Vorgehen:

- Eckpunkte zur Vergütungsanpassung werden zum 1. Juli 2022 konkretisiert und vereinbart;
- zugleich sollen Leistungen für die Anpassung des AOP-Kataloges konsentiert werden, die bereits jetzt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abbildbar und keine komplexen Leistungen sind und welche erst mit Wirkung ab dem 1. Januar 2023 in den AOP-Katalog aufgenommen und damit berechnungsfähig werden;
- zum 1. Januar 2024 Aufnahme weiterer, komplexerer Leistungen in den AOP-Katalog, die einen Bezug zum DRG-System aufweisen.

Der Fachausschuss Krankenhäuser wird die Verhandlungen weiter eng begleiten. Die Nutzung ambulanter Potenziale ist eine wichtige Voraussetzung, um dauerhaft gute und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten zu können. Der Hauptgrund dafür, dass Sektorengrenzen auch nach Jahrzehnten der Kritik weitgehend undurchlässig bleiben, sind bestehende sektorenspezifische Vergütungssysteme. Ein gemeinsamer Katalog ist hier ein Schritt in die richtige Richtung. Zur Refinanzierung wichtig ist dabei, dass Schweregrade bei der Vergütung ausreichend berücksichtigt werden.

Übergangspflege

Häufig können Krankenhäuser Patient:innen, die nach einem Klinikaufenthalt weiteren Nachsorgebedarf haben, nicht entlassen, weil sich kein Anschlussversorger finden lässt. Um dieses Problem zu entschärfen, wurde im

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom Juli 2021 ein Anspruch auf maximal 10 Tage Übergangspflege im Krankenhaus im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung verankert. Voraussetzung dafür ist, dass die Anschlussleistungen (z. B. der medizinischen Rehabilitation oder Kurzzeitpflege) nur unter erheblichem Aufwand sichergestellt werden können. Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern nachprüfbar dokumentiert werden. Hierzu haben sich die Selbstverwaltungspartner im November 2021 auf eine Dokumentationsvereinbarung geeinigt.

Der BDPK hat die Einführung dieses neuen Leistungsbereiches durch die Mitarbeit in der zuständigen DKG-Arbeitsgruppe eng begleitet und in Fachartikeln auf Änderungsbedarf hingewiesen([vgl. BDPK-News vom 26.10.2021](#)).

So haben wir die Forderungen der Krankenkassen kritisiert, dass Krankenhäuser als Voraussetzung für die Übergangspflege eine hohe Mindestanzahl von Anschlussversorgern anfragen müssen oder dass Patient:innen der Übergangspflege im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen bei der Berechnung des Verhältnisses von Patientenzahl und Pflegepersonalbesetzung auf Station berücksichtigt werden sollen. Der BDPK hat sich dafür eingesetzt, das Dokumentationsniveau für die Krankenhäuser durch die Nutzung bereits bestehender Daten des Entlassmanagements so gering wie möglich zu halten und die Organisation der Übergangspflege in der Verantwortung des Krankenhauses zu belassen. Auch darf zu den ohnehin schon vielfach bestehenden Prüfungen durch den Medizinischen Dienst nicht noch ein weiteres Feld für Streitigkeiten hinzukommen. Um das neue Feld "Übergangspflege" abschließend in seiner Umsetzung beurteilen zu können, müssen die Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene abgewartet werden. Stand März 2022 sind die entsprechenden Verhandlungen noch nicht weit fortgeschritten.

Pflegepersonal

Pflegepersonaluntergrenzen

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) regelt seit 2018 die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Nachdem die Untergrenzen coronabedingt von März 2020 bis Januar 2021 gänzlich bzw. teilweise ausgesetzt waren, sind sie zum Februar 2021 wieder vollständig in Kraft getreten und erweitert worden. Zum 1. Januar 2022 wurde die PpUGV um die pflegesensitiven Bereiche Orthopädie, spezielle Pädiatrie, neonatologische Pädiatrie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe erweitert.

Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2022		Tag	Nacht
Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin	PPUG	2:1	3:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Geriatric	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15%	20%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Innere Medizin und Kardiologie	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Herzchirurgie	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5%	Ohne Berücksichtigung
Neurologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	8%	8%
Neurologie Schlaganfallereinheit	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	Ohne Berücksichtigung	Ohne Berücksichtigung
Neurologie Frührehabilitation	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Allgemeine Pädiatrie	PPUG	5:1	9:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Spezielle Pädiatrie	PPUG	6:1	14:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Neonatologische Pädiatrie	PPUG	3,5:1	5:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Gynäkologie und Geburtshilfe	PPUG	8:1	18:1
	PHK-Grenze	5%	Ohne Berücksichtigung

Abbildung 4: Seit dem 01.01.2022 geltende Pflegepersonaluntergrenzen, Neuerungen zur 2021 geltenden PPUGV in Rot dargestellt. Quelle: BDPK 2022.

Die coronabedingte Aussetzung der Untergrenzen war richtig, da das Instrument nicht dafür geeignet ist, flexibel auf veränderte Versorgungsbedarfe zu reagieren. In der Praxis erschweren Pflegepersonaluntergrenzen eine gute Versorgung und tragen zur Verschärfung des Fachkräftemangels bei:

- Um die Untergrenzen einzuhalten, müssen Pflegekräfte in Bereichen eingesetzt, dokumentiert und nachgewiesen werden, in denen sie nicht benötigt werden. Dafür fehlen sie dann an anderer Stelle.
- Untergrenzen bedeuten vor allem Zählen und Dokumentieren. Doch das bloße Zählen von Köpfen verbessert nicht die pflegerische Versorgung und entlastet auch nicht die Pflegekräfte. Sie bewerten die Untergrenzen selbst als „keinesfalls hilfreich“ und kritisieren den hohen Dokumentationsaufwand, wie eine [Umfrage](#) zeigt.
- Insbesondere für Spezialversorger sind die Untergrenzen undifferenziert und schädlich. In einigen Bereichen (z. B. konservative Akut-Orthopädie, neurologische Frührehabilitation, Diabetologie) besteht neben der examinierter Pflege ein erhöhter Bedarf an Fachpersonal wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatern, die in der PpUGV nicht berücksichtigt werden.
- Hinzu kommt, dass die Datenanalysen zur Berechnung der Untergrenzen nicht öffentlich und die daraus resultierenden Untergrenzen daher nicht nachvollziehbar sind.

Der BDPK spricht sich für die Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen aus. Statt diese jährlich zu erweitern, sollten Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit gezielt gefördert werden. Beispielsweise durch die Förderung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget, durch die Beseitigung von Elementen der Unterfinanzierung (Investitionsdefizit der Bundesländer) oder der Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs (z. B. durch die Übernahme ärztlicher Aufgaben). Parallel sollte konsequent die Qualität der pflegerischen Versorgung gemessen und verbessert werden (z. B. Dekubitusraten) und neue Indikatoren zur Ergebnisqualität geschaffen werden. Sollte die Politik auch weiterhin an den Pflegepersonaluntergrenzen festhalten, so müssten die Datenanalysen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht werden, damit die Krankenhäuser die Ermittlung der Untergrenzen nachvollziehen können. Zudem muss darauf geachtet werden, etablierte Versorgungskonstellationen in speziellen Bereichen nicht zu gefährden.

Pflegepersonalquotient

Parallel zu den Pflegepersonaluntergrenzen wird seit 2020 der Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V) errechnet. Dieser beschreibt das

Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses. Im letzten Berichtszeitraum wurde mit dem GVWG seine erstmalige Veröffentlichung beschlossen. Am 4. Oktober 2021 wurde er erstmalig für alle Krankenhäuser auf der Seite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ausgewiesen.

Die Berechnung des Pflegepersonalquotienten durch das InEK ist intransparent und nicht nachvollziehbar. Zudem besteht für die Krankenhäuser aktuell kein Korrektur- und/oder Widerspruchsverfahren, z. B. für den Fall der Übermittlung fehlerhafter Daten. Die Datenbasis ist 2020, sodass die Pflegepersonalquotienten aufgrund unterschiedlich starker Fallzahlrückgänge infolge der Corona-Pandemie nur beschränkt aussagekräftig sind.

Aufgrund der Dopplung zu den Pflegepersonaluntergrenzen und seiner mangelnden Aussagekraft, lehnt der BDPK den Pflegepersonalquotienten ab. Hält die Politik weiter am Pflegepersonalquotienten fest, ergibt es keinen Sinn, parallel weitere Instrumente einzusetzen. Die transparente Berechnung des Pflegepersonalquotienten sowie die Einführung eines Korrektur- und/oder Widerspruchsverfahrens sind für die Akzeptanz des Pflegepersonalquotienten unbedingt erforderlich.

Pflegepersonalbemessung

Als Alternative zu den Pflegepersonaluntergrenzen fordert die DKG gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Gewerkschaft ver.di die Einführung eines Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments. Entscheidender Vorteil: Anders als kleinteilige Untergrenzen, kann der Personalbedarf hier im Rahmen eines Ganzhausansatzes festgestellt werden.

Von der Politik wurde der Vorschlag aufgegriffen und wird derzeit auf zwei Ebenen verfolgt: Im Rahmen des GVWG wurde die Selbstverwaltung beauftragt, im Einvernehmen mit dem BMG, die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus bis zum Ende des Jahres 2024 sicherzustellen (§ 137k SGB V). Die erforderlichen Unterlagen wurden dem BMG fristgerecht übermittelt. Da eine Rückmeldung noch aussteht, verschiebt sich der Zeitplan dementsprechend nach hinten.

Der Koalitionsvertrag sieht vor, die sogenannte Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument kurzfristig einzuführen.

Der Fachausschuss Krankenhäuser und die Arbeitsgruppe PPR 2.0 haben das Thema im Berichtszeitraum eng begleitet und Kritikpunkte formuliert, die bei der Einführung unbedingt beachtet werden müssen:

- Die Minutenwerte der PPR 2.0 stellen keine objektiven Werte dar. Sie berücksichtigen nicht, dass Krankenhäuser unterschiedliche Größen haben und sind insbesondere für Spezialversorger (z. B. Diabetologie, konservative Orthopädie, Rheumatologie, neurologische Früh-Reha, Herzchirurgie) nicht sachgerecht. In der Praxis würde die PPR 2.0 zu einem erheblichen Mehrbedarf an Pflegepersonal führen.
- Etablierte Versorgungskonzepte dürfen nicht gefährdet werden. Der bereits in den Kliniken vorhandene Qualifikations- und Personalmix muss erhalten bleiben. Dies betrifft insbesondere interdisziplinär arbeitende Pflege- und Therapeutenteams.
- Aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels einerseits und des sich aus der PPR 2.0 ergebenden Mehrbedarfs an Fachkräften müssen auch therapeutisches Personal, weitere Gesundheitsfachberufe, Personal im medizinisch-technischen Dienst, Auszubildende, sonstiges Pflegepersonal und Hilfskräfte angerechnet und refinanziert werden können.
- Ein Pre-Test (durchgeführt von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) zur Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der PPR 2.0 erfolgte lediglich an sieben Tagen in 44 Krankenhäusern. Repräsentativität ist damit nicht gegeben.

Wenn die PPR 2.0 eingeführt wird, so muss dies aus Sicht des BDPK stufenweise geschehen und zugleich zum Wegfall der Pflegepersonaluntergrenzen führen. Zudem müssen unterschiedliche Berufsgruppen im Sinne eines bereits auf den Stationen gelebten Organisationsmix und funktionellen Pflegeverständnisses angerechnet und refinanziert werden können. Wichtig ist auch die Berücksichtigung und Finanzierung von therapeutischen Spezialisten außerhalb der Pflege, die Tätigkeiten der aktivierend-therapeutischen Pflege bei Spezialversorgern wahrnehmen.

Pflegeausbildung

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, engagieren sich private Träger bei der Gewinnung und Bindung von Pflegekräften durch hochwertige Ausbildungen und attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten. Besonders erfreulich dabei ist, dass im Koalitionsvertrag die Zulassung von Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger angekündigt wurde – eine seit Langem bestehende Forderung des BDPK. In einer Arbeitsgruppe des Fachausschusses Krankenhäuser tauschen sich große Klinikverbände in Form eines Benchmarks zu Kennzahlen rund um das Thema Pflegeausbildung sowie zu Konzepten und Maßnahmen zur Optimierung des Ausbildungsprozesses aus. Unter der Federführung des Fachausschusses Tarif- und Personalfragen und der Facharbeitsgruppe Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist zudem eine BDPK-Ausbildungsoffensive geplant, bei der unter anderem die Ausbildungsangebote und -zahlen sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen privater Klinikträger dargestellt werden sollen.

PPP-Richtlinie auf dem Prüfstand

Der G-BA legte Mindestpersonalvorgaben für die Psychiatrie und Psychosomatik erstmals im September 2019 fest. Seitdem wurde die Scharfschaltung der Richtlinie mehrfach verschoben. Zuletzt wurden am 16. September 2021 auf Initiative der Krankenseite die Sanktionen um ein weiteres Jahr ausgesetzt. Das heißt, dass für psychiatrische Einrichtungen Vergütungsabschläge bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2023 greifen und für psychosomatische Einrichtungen ab dem 1. Januar 2024.

Auch wenn das Verschieben der Sanktionen den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen etwas Luft verschafft, so ändern die Beschlüsse nichts an den grundsätzlichen Webfehlern der Richtlinie. Warum stößt sie nach wie vor auf Ablehnung der Leistungserbringerverbände sowie psychiatrischer und psychosomatischer Fachgesellschaften?

Die Personalvorgaben berücksichtigen zu wenig die individuelle Situation vor Ort. Psychosomatische Krankenhäuser behandeln Patient:innen mit Krankheitsbildern wie Depressionen oder Essstörungen. Die meisten Patient:innen sind mobil und seltener auf die Pflege am Bett angewiesen.

Allerdings besteht bei diesen Patient:innen ein hoher Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung. Trotzdem zwingt die Richtlinie

- psychosomatische Krankenhäuser dazu, erfahrene Psychotherapeuten abzubauen, um im stark umkämpften Arbeitsmarkt Pflegekräfte zu gewinnen, die an anderer Stelle dringend benötigt werden.
- Die negative Wirkung der Richtlinie wird dadurch verschärft, dass sie kleinteilige und hoch aufwendige Nachweise mit Stationsbezug vorsieht. Mit moderner psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung ist das nicht vereinbar. Schon längst lässt sich das beschäftigte Personal nicht mehr der einzelnen Station zuordnen. Indikationsspezifische Angebote, etwa im Bereich der Spezial- und Bewegungstherapie, richten sich in aller Regel an Patient:innen vieler Stationen. Wenn nun alles Personal wieder der Station zugeordnet werden muss, dann wird Versorgung in ein Stationskorsett gepresst, das psychiatrische und psychosomatische Versorgung in längst überwundene Versorgungsstrukturen zurückwirft.

Diese kritische Beurteilung wird vom BDPK sowie von anderen Klinik- und Fachverbänden bereits seit Einführung der PPP-RL vorgebracht. Der BDPK diskutiert in der Facharbeitsgruppe Psychiatrie/Psychosomatik regelmäßig zum Umgang mit der PPP-RL und hat die Kritik an der Richtlinie auch in diesem Berichtsjahr auf mehreren Kanälen platziert (z. B. auf www.klinik-fakten.de und www.bdpk.de). Klar ist aber auch: Der G-BA wird nicht grundsätzlich von der PPP-RL abweichen.

Anlässlich der im Jahr 2022 anstehenden Anpassungsbeschlüsse zur PPP-RL wird es also darum gehen, in der BDPK-Facharbeitsgruppe Psychiatrie/Psychosomatik gemeinsam mit der DKG weiterhin Verbesserungen im Detail zu diskutieren und zu fordern. Priorität bei einer Richtlinien-Modifizierung sollte der flexible Einsatz des verfügbaren Personals in den Kliniken haben. Entscheidendes Kriterium können nicht starre Strukturvorgaben sein, sondern einzig und allein der tatsächliche Personalbedarf im Krankenhaus. Die umfangreichen Nachweispflichten müssen deutlich entschlackt und der Stationsbezug aufgegeben werden. Erst wenn sichergestellt ist – so hat es auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in ihrem Beschluss im Sommer 2021 formuliert – dass die Richtlinie Anreize für die Entwicklung einer leitliniengerechten, patientenzentrierten,

flexiblen und gemeindenahen Versorgung setzt, sollten die Sanktionen greifen.

Medizinischer Dienst

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst gehen für Krankenhäuser und Krankenkassen mit einem riesigen Aufwand einher. Sie binden dringend benötigte Fachkräfte, die damit bei der Patientenversorgung fehlen. Allein bei den Medizinischen Diensten waren insgesamt 10.828 Mitarbeiter:innen beschäftigt (Stand 31. Dezember 2020), davon 2.472 Ärzt:innen und 3.983 Pflegefachkräfte. Obwohl die Prüfquoten pandemiebedingt vom Gesetzgeber abgesenkt worden waren, fanden im Datenjahr 2020 rund 1.926.000 Prüfungen von Krankenhausabrechnungen statt ([vgl. Broschüre des MDK „Zahlen, Daten, Fakten 2020“](#)). Diese Zahlen stehen in deutlichem Widerspruch zu dem mit dem MDK-Reformgesetz politisch verfolgten Ziel, den Aufwand der Abrechnungsprüfungen zu reduzieren. Gleichzeitig wurden im Berichtszeitraum mit Struktur- und Qualitätsprüfungen völlig neue Prüferegime eingeführt, die den Aufwand zunehmend erhöhen.

Abrechnungsprüfungen

Um den mit Abrechnungsprüfungen verbundenen Aufwand zu begrenzen, wurde mit dem MDK-Reformgesetz die krankenhausesindividuelle Prüfquote eingeführt. Sie soll gezielt Anreize zur korrekten Abrechnung geben, da die zulässige Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bestimmt wird. Im Berichtszeitraum kam die krankenhausesindividuelle Prüfquote ab dem 1. Januar 2022 erstmalig zur Anwendung, nachdem diese 2020 (5 Prozent) und 2021 (12,5 Prozent) noch für alle Krankenhäuser pandemiebedingt fixiert war. Zusätzlich gilt seit dem 1. Januar 2022 auch die Regelung zu den Aufschlagszahlungen: Führt eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu einer Rechnungsminderung, haben Krankenhäuser einen Aufschlag auf die zu erstattende Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag zu zahlen. Dessen Höhe ist auch von der Anzahl der unbeanstandeten Rechnungen des Krankenhauses anhängig.

Anteil korrekter Abrechnungen	Prüfquote je Krankenhaus	Aufschlag auf den Differenzbetrag
60 % oder mehr	Bis zu 5 %	0 %
40 – 60 %	Bis zu 10 %	25 %
Unter 40 %	Bis zu 15 %	50 %

Abbildung 5: krankenhaushausindividuelle Prüfquoten und Aufschläge nach § 275c Absatz 2 und 3 SGB V. Quelle: BDPK.

Weitere Neuerungen im Berichtsjahr waren die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sowie die in der elektronischen-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung (eVV) geregelte, ab dem 1. Juli beginnende elektronische Unterlagenübermittlung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst (MD).

Warum ist es bislang nicht gelungen, den Prüfaufwand nachhaltig zu reduzieren? Eine wichtige Ursache dafür ist, dass Abrechnungsprüfungen ein wichtiges Wettbewerbsfeld zwischen Krankenkassen sind, die in einem Prüfwettbewerb regelrecht um Rechnungskürzungen wetteifern. Um dieser Entwicklung langfristig entgegenzuwirken, schlägt der BDPK vor, dass Rückzahlungen aufgrund von Abrechnungsprüfungen nicht direkt an die Krankenkassen erfolgen, sondern zunächst in den Gesundheitsfonds bzw. einen eigenständigen „MD-Fonds“. Erst in einem zweiten Schritt würde die Auszahlung an die Krankenkassen erfolgen. Zu weiteren Forderungen des Fachausschusses Krankenhäuser zählen:

- Transparente Prüfquotenermittlung
- Abschaffung der Aufschlagszahlungen
- Abschaffung bzw. Änderung der Ausnahmeregelung zum Überschreiten der Prüfquote

Letztere kann bei kleinen Krankenhäusern mit wenigen Fallprüfungen dazu führen, dass bereits eine negative Abrechnungsprüfung ausreicht, um zu einer Prüfquote von 100 Prozent zu gelangen. Daher sollte eine Mindestanzahl von Fällen, die zur Ermittlung der Prüfquote herangezogen werden, definiert werden.

Um den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser zu begrenzen, fordert der BDPK die generelle Absenkung der Prüfquote auf 5 Prozent. Auch die Vereinfachung des DRG-Systems (weniger DRGs, OPS-Codes und Zusatzentgelte) sowie die Abschaffung der Prüfung auf sekundäre

Fehlbelegung würde nach Ansicht des BDPK zu einer Reduzierung des Prüfaufwands führen.

Strukturprüfungen

Im Berichtszeitraum wurden Strukturprüfungen nach § 275d SGB V trotz anhaltender Belastungen durch die COVID-19-Pandemie erstmalig vorgenommen. Mit dem Ziel der Entbürokratisierung wurde das Verfahren in einer Prüfung gebündelt, statt wie bisher die vorhandenen Strukturen der Krankenhäuser in vielen Einzelfällen zu prüfen. Nun müssen Krankenhäuser bis zum 30. Juni eines jeden Jahres Anträge für OPS-Strukturprüfungen stellen, um die entsprechenden Leistungen im Folgejahr vereinbaren und abrechnen zu können. Nach vorläufigen Auswertungen des MD Bund wurden bundesweit mehr als 15.000 Anträge durch Krankenhäuser gestellt, wovon etwa 92 Prozent die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt haben ([vgl. Pressemitteilung MD Bund vom 15.02.2022](#)).

In der Praxis konnte das gesetzgeberische Ziel der Entbürokratisierung jedoch nicht erreicht werden: Zum einen führte eine verspätete Veröffentlichung der Richtlinie zur Begutachtung der Einhaltung von Strukturmerkmalen Ende Mai 2021 zu einer äußerst kurzen Antragsfrist, die im Berichtszeitraum bis zum 15. August 2021 verlängert worden ist. Zum anderen führen umfangreiche Anträge zu extrem hohem bürokratischem Mehraufwand in den Krankenhäusern. So müssen sie je beantragtem OPS-Kode u. a. personelle Anforderungen, das Vorhandensein bestimmter Fachabteilungen oder das Vorhandensein/die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren nachweisen. In diesem Zusammenhang müssen auch Dienstpläne, Arbeits- sowie Kooperationsverträge und Qualifikationsnachweise an die Medizinischen Dienste übermittelt werden. Diese weitreichenden Nachweispflichten nahm der BDPK im Berichtszeitraum zum Anlass, den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit um eine datenschutzrechtliche Einordnung zu bitten.

Aus Sicht des BDPK muss der mit den Strukturprüfungen einhergehende immense Aufwand deutlich reduziert werden. Insbesondere die sehr umfangreichen und datenschutzrechtlich bedenklichen Nachweispflichten konterkarieren das gesetzgeberische Ziel der Entbürokratisierung. Statt der Prüfungen im Ein- oder Zweijahresrhythmus, sollten diese nur anlassbezogen

erfolgen oder zumindest die Gültigkeitsdauer der Bescheide verlängert werden. Dafür spricht auch, dass in über 90 Prozent der Anträge die strukturellen Voraussetzungen erfüllt waren.

Qualitätskontrollen

Im Berichtszeitraum erfolgten durch die Medizinischen Dienste zunehmend auch Qualitätskontrollen nach § 275a SGB V. Diese wurden coronabedingt vom 2. Dezember 2021 bis 31. März 2022 ausgesetzt. Zusätzlich erfolgten über den Zeitraum vom 27. März 2020 bis zum 31. Oktober 2020 keine Prüfungen. Der G-BA hat bereits eine Ausweitung beider Zeiträume beschlossen, insbesondere ein Aussetzen der Prüfungen bis zum 30. Juni 2022 (Beschluss vom 21. April 2022, vorbehaltlich der Prüfung des BMG).

Nach der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) sind derzeit folgende Kontrollen möglich:

- Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung,
- Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie
- Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Bereits beschlossen, aber noch nicht veröffentlicht wurden die Abschnitte zu Kontrollen der Einhaltung

- der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien sowie
- der Personalanforderungen nach der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL).

Werden Qualitätsanforderungen des G-BA nicht eingehalten, greift ein gestuftes System von Folgen nach der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Dabei finden sich die spezifischen Sanktionen dann in den jeweiligen Qualitätssicherungsrichtlinien selbst wieder.

Aufgrund der Corona-Sonderregelungen fanden im Berichtszeitraum erst wenige Qualitätskontrollen statt. Die stetige Ausweitung der Richtlinie lässt aber bereits erahnen, wieviel Mehraufwand zukünftig auf die Krankenhäuser zukommen wird. Zu kritisieren ist, dass die spezifischen Sanktionsregelungen größtenteils noch nicht vorliegen. Dies bedeutet für die Krankenhäuser enorme Unsicherheiten auch hinsichtlich möglicher finanzieller Folgen durch negative Kontrollberichte. Insbesondere die Prüfung der Notfallstrukturen birgt auch Risiken für die Patientenversorgung, in den Fällen, in denen der MD von der Nicht-Einhaltung erforderlicher Notfallstrukturen ausgeht. Auch hier liegen die Sanktionsregelungen noch nicht vor.

Qualität

Die BDPK-Facharbeitsgruppe „Qualitätsentwicklung“ tauscht sich regelmäßig zu wichtigen Themen der Qualitätssicherung im Krankenhaus aus. Zu den Beratungsschwerpunkten im Berichtsjahr 2021/2022 gehörten u. a. die Themen Qualitätsverträge, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Qualitätsberichte und Mindestmengen. Ebenso waren die im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) eingeführten Neuregelungen zur sektorenübergreifenden Berichterstattung ein relevanter Austauschpunkt. Der BDPK befürwortet die derzeitigen Initiativen zur Verbesserung von Qualitätstransparenz und patientenverständlicher Darstellung von Qualität und setzt sich hierfür auch mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Portal Qualitätskliniken.de ein.

Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag

Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag erbringen die gleichen medizinisch notwendigen Leistungen wie öffentlich-rechtliche und zugelassene Krankenhäuser, besitzen aber keine Anerkennung oder Zulassung durch Sozialversicherungsträger und sind nicht in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen. Die Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 Gewerbeordnung des BDPK tagt regelmäßig und beschäftigt sich im Berichtszeitraum insbesondere mit folgenden Themen:

Umsatzsteuerfreiheit

Die Leistungen dieser Kliniken sind nach geltendem Recht nur eingeschränkt von der Umsatzsteuer befreit: Nach § 4 Nr. 14 Buchst. b Doppelbuchst. aa

Umsatzsteuergesetz (UStG) sind alle Leistungen von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern sowie alle Leistungen von privatrechtlichen Krankenhäusern, die über eine Zulassung nach § 108 SGB V verfügen (Plankrankenhäuser) steuerbefreit. Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag dagegen sind nur dann von der Umsatzsteuer befreit, wenn im vorangegangenen Kalenderjahr mindestens 40 Prozent ihrer Leistungen von öffentlichen Sozialträgern finanziert wurden oder sie für mindestens 40 Prozent ihrer Leistungen kein höheres Entgelt als öffentliche oder zugelassene Krankenhäuser berechnet haben. Damit steht das deutsche Umsatzsteuerrecht im Widerspruch zur Europäischen Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL), widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, da verschiedene Krankenhäuser für gleiche Leistungen unterschiedlich besteuert werden.

Der BDPK fordert die Steuerfreiheit von Krankenhausbehandlungen in Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag: Wenn eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag gleiche Leistungen (Krankenbehandlung nach § 27 SGB V) in vergleichbarer Situation wie ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus erbringt, müssen diese medizinischen Leistungen auch von der Umsatzsteuer befreit sein. Wichtige Argumente fasst der Artikel „Krankenhausbehandlung ist kein Konsum“ auf der Webseite www.klinik-fakten.de zusammen.

Auch auf europäischer Ebene ist der BDPK aktiv: Da das deutsche Umsatzsteuerrecht im Widerspruch zum Europarecht steht, hatte der BDPK im Jahr 2019 eine Petition beim Europäischen Parlament eingereicht. Auch vor dem Europäischen Gerichtshof wird das Thema verhandelt. Zum Ende des Berichtszeitraums erging das entsprechende Urteil. Darin kommt der EuGH zu dem Schluss, dass die bis 2019 geltende deutsche Gesetzesfassung gegen das Unionsrecht verstieß. Mit dem Urteil ist nun der Weg für Entscheidungen im Rahmen der Petition sowie der Kommissionsbeschwerden geebnet.

Beihilfe

Der Mitgliederaustausch in der Facharbeitsgruppe § 30 Gewerbeordnung zeigt, dass die Kliniken erhebliche Schwierigkeiten in der Kostenerstattung durch die Beihilfestellen haben. Im Rahmen der Beihilfe werden die Behandlungskosten nach der Bundesbeihilfeverordnung sowie den jeweiligen Landesbeihilfeverordnungen erstattet. Die Regelungen zur Kostentragung in

nicht zugelassenen Krankenhäusern in den jeweiligen Landesbeihilfeverordnungen sind jedoch sehr unterschiedlich ausgestaltet: Zum Teil findet die Bundesbeihilfeverordnung direkte Anwendung oder wurde inhaltlich übernommen; zum Teil werden pauschale Höchstsätze genannt oder Vergleichsberechnungen z. B. mit einem „Krankenhaus, das nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert wird“ oder dem „nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus“ gefordert. Aufgrund dessen erfolgt die Kostentragung durch die Beihilfestellen bundesweit sehr heterogen. Die Kostentragung erscheint willkürlich und ist für Kliniken und Patient:innen häufig nicht nachvollziehbar. Der BDPK fordert die Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit bei der Kostenübernahme durch die Beihilfestellen.

Digitalisierung

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) forciert die Politik einen Digitalisierungsschub im Gesundheitswesen. Ab dem 1. Januar 2021 stellte der Bund 3 Milliarden Euro für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und ihre IT-Sicherheit zur Verfügung. Weitere Investitionsmittel in Höhe von 1,3 Milliarden Euro sollen durch die Länder und Krankenhausträger aufgebracht werden.

Die Anträge für die Förderung nach dem KHZG waren durch die Bundesländer bis zum 31. Dezember 2021 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu stellen. Insgesamt haben die Länder 6.076 Anträge mit einem Fördervolumen von 3,042 Milliarden Euro beim BAS eingereicht. Für die Anträge mussten die Krankenhäuser innerhalb kürzester Zeit umfangreiche Unterlagen inklusive Einholung von Angeboten bzw. Kostenschätzungen zusammenstellen und den Ländern als Bedarfsanmeldungen fristgerecht übermitteln. Beim Bewilligungsverfahren zeigten sich Anlaufschwierigkeiten. Im Dezember 2021 wurden Anträge mit einem Gesamtvolumen von ca. 100 Millionen Euro bewilligt (entspricht etwas mehr als 3 Prozent des Gesamtfördervolumens). Das Verfahren muss unbedingt beschleunigt werden, ansonsten ist der Zeitplan des KHZG kaum einzuhalten. Dringend notwendig ist außerdem, dass die Investitionen in die Digitalisierung verstetigt werden. Der BDPK fordert 2 Prozent des Umsatzes als Anschubfinanzierung für Digitalisierungsprojekte in Krankenhäusern.

Zeitplan nach KHZG

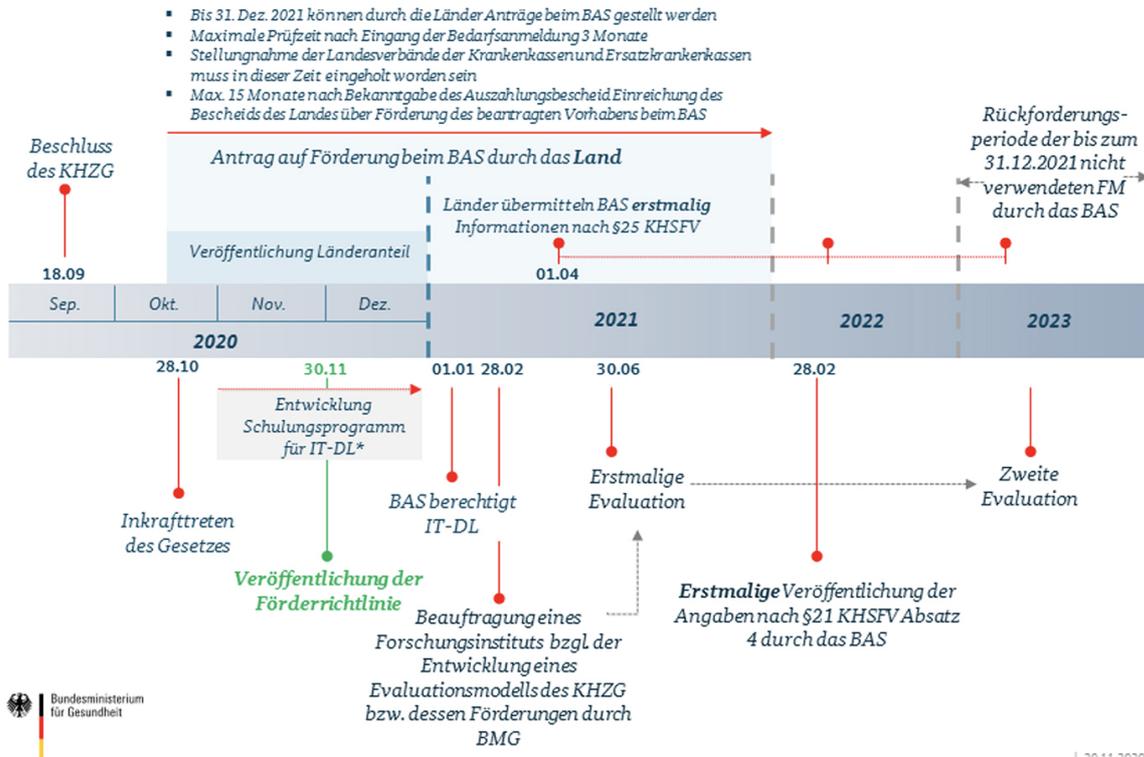


Abbildung 6: Zeitplan KHZG. Quelle: BMG.

Reha und Vorsorge

Koalitionsvertrag mit guten Impulsen für eine Stärkung der Rehabilitation

Wichtige Zielvorhaben für die medizinische Rehabilitation sind von der Bundesregierung in den Koalitionsvertrag aufgenommen worden. Der BDPK begrüßt dies als einen wichtigen Grundstein für die weitere Stärkung der Rehabilitation in Deutschland. Besonders zu begrüßen sind folgenden Pläne:

- Der Grundsatz Prävention vor Reha vor Rente hat einen hohen Stellenwert. Zudem werden Rehamaßnahmen stärker auf den Arbeitsmarkt ausgerichtet und die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger zu Kooperationsvereinbarungen verpflichtet. Dieses kooperative Handeln ebnet den Weg zur Überwindung der Sektorengrenzen für eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung;
- die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften in Rehakliniken zu ermöglichen – eine Forderung, die der BDPK seit Langem gegenüber der Politik vertritt. Hier müssen Reha-Kliniken sowohl für die Ausbildung von Pflegekräften und Psychotherapeuten sowie für die Weiterbildung von Ärzten zugelassen werden, um so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.
- den Zugang zu Maßnahmen der Rehabilitation der Rentenversicherung zu vereinfachen sowie das Reha-Budget bedarfsgerechter auszugestalten. Das heißt, dass Regelungen, wonach das Budget des Folgejahres bei Überschreitungen verkleinert wird, ersatzlos gestrichen werden müssen. Der Zugang zur Reha sollte unbürokratisch durch eine direkte Einleitung des behandelnden Arztes oder eines Betriebsarztes erfolgen.

Corona-Pandemie: Herausforderungen für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach wie vor groß

Der Gesetzgeber hat auch in diesem Berichtsjahr mit zahlreichen Gesetzen und Verordnungen die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen bei der Bewältigung der Corona-Pandemie unterstützt.

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen hatten jedoch bei der Inanspruchnahme mit erschwerten Bedingungen zu kämpfen. So gelten für die Renten- und Unfallversicherung andere Unterstützungsmaßnahmen als für die

Krankenversicherung. Die PKV wird überhaupt nicht an solchen Maßnahmen beteiligt.

Um den Bestand der Rehabilitationseinrichtungen zu sichern, stellen Renten- und Unfallversicherungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) Zuschüsse bereit. Allerdings handelt es sich nicht um einen Zuschuss, um pandemiebedingte Verluste auszugleichen, sondern es soll der Bestand gesichert werden. Die Absicht der Bezuschussung zur Existenzsicherung der Reha-Kliniken wird durch das Vorgehen konterkariert, dass diese Zuschüsse zurückgezahlt werden müssen. Nämlich dann, wenn Reha- und Vorsorgeeinrichtungen vorrangige Mittel erhalten haben wie Leistungsvergütungen, Kurzarbeitergeld, Hilfen vom Staat. Und diese Erstattungsansprüche werden von den Reha-Leistungsträgern für das Jahr 2020 bereits geltend gemacht. Die Konfrontation mit zum Teil enorm hohen Erstattungsansprüchen ist für Kliniken existenzgefährdend, hatten sie doch bislang keine Gelegenheit, fehlende Einnahmen wieder aufzuholen: Ein Normalbetrieb findet bis heute aufgrund der geltenden Hygienekonzepte und kurzfristigen Absagen bzw. Abbrüchen durch die Patient:innen wegen einer Corona-Infizierung in den wenigsten Einrichtungen wieder statt. Zudem gehen die Auffassungen zu den Erstattungsansprüchen zwischen den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen und den Reha-Trägern weit auseinander. Der BDPK hat vor diesem Hintergrund den Reha-Einrichtungen ein Musterwiderspruchsschreiben zur Verfügung gestellt. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass es zu einem Klageverfahren kommt.

Für die pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindererlösausgleiche der GKV-Versicherten wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Reha-Leistungserbringerverbänden eine Rahmenvereinbarung geschlossen. Diese gesetzliche Regelung im § 111 Abs. 5,7 und § 111c Abs. 3,5 SGB V hat der BDPK nach vielen Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Politiker:innen durchsetzen können, damit die Einrichtungen ihre Minderbelegung aufgrund der Hygienekonzepte und der hygienebedingten Mehraufwände kompensieren können. Das heißt, die Einrichtungen erhalten einen Hygienezuschlag pro Patient:in und Tag sowie einen hälftigen Vergütungsausgleich für leerstehende Betten. Ein Hygieneaufschlag wird ebenfalls durch die Renten- und Unfallversicherung sowie teilweise auch durch die PKV gezahlt.

Reha-Kliniken hatten bereits frühzeitig ihre Unterstützung der nationalen Impfkampagne zugesagt, doch eine Erlaubnis zur Durchführung von Covid-19-Schutzimpfungen für die breite Bevölkerung erhielten sie erst nach mehrfachem Drängen des BDPK gegenüber der Politik. Die Impfangebote der Reha-Einrichtungen stießen auf eine große Resonanz, sodass teilweise Stadthallen angemietet wurden. Auf <https://www.impf-turbo.de/> stehen die Adressen und Anmeldemöglichkeiten für Coronaschutzimpfungen zusammen mit den Impfangeboten der Krankenhäuser in privater Trägerschaft online zur Verfügung.

Die Umwidmung von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu Ersatzkrankenhäusern für die Versorgung leichter Akutfälle war auch in diesem Berichtszeitraum durch Veranlassung der jeweiligen Bundesländer nötig und möglich. Der BDPK hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft bei den Vergütungsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband für diese Leistungen unterstützt.

Umsetzung GKV-IPReG: Verhandlungen zu Rahmenempfehlungen

Mit dem Ende 2020 in Kraft getretenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) erfährt die medizinische Rehabilitation durch den Bundesgesetzgeber eine maßgebliche Verbesserung. Unter anderem sind gemäß dem neu gefassten § 111 Abs. 7 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene aufgefordert, in Rahmenempfehlungen Details zu Inhalt, Umfang und Qualität von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und der Strukturen dieser Leistungen und die Anforderungen an ein Nachweisverfahren zur Zahlung von Vergütungen zu vereinbaren.

Nach § 111b Abs. 6 SGB V sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zusätzlich aufgefordert, eine Schiedsstelle zu bilden, die unter anderem in Angelegenheiten der nach § 111 Abs. 7 SGB V zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen entscheidet.

Ende 2020 wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreter:innen der für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände und Vertreter:innen der Kostenträger (GKV), gebildet. In den vergangenen Monaten hat sich diese Arbeitsgruppe in regelmäßigen Treffen zu den Inhalten der zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen ausgetauscht, Textelemente entwickelt und so weit möglich abgestimmt.

Zudem wurde eine Geschäftsordnung als Grundlage für die Arbeit der oben aufgeführten Schiedsstelle entwickelt und potenzielle unparteiische Mitglieder hinsichtlich einer Mitarbeit angesprochen.

Laufende Zusammenarbeit

Die aktuelle Arbeit an der angestrebten Rahmenempfehlung gliedert sich grob in drei Bereiche:

- a) Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung
- b) Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung
- c) Fragen des Nachweisverfahrens.

In den letzten Monaten wurden vorrangig Textentwürfe für den Bereich a) erarbeitet und diskutiert. Zudem wurde ausführlich darüber beraten, ob Personalvorgaben in die Rahmenempfehlung mit aufgenommen werden sollen bzw. wie konkret die Beschreibung der Leistung erfolgen könnte.

Im Ergebnis steht die Verabredung, mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes (MD) die unterschiedlichen Behandlungselemente der verschiedenen Rehabilitationsindikationen zu beschreiben und u. a. daraus einen Personalschlüssel abzuleiten. Dieser soll wiederum für die verschiedenen Personalangaben Korridore enthalten und zudem aus Sicht der Leistungserbringer Angaben für verschiedene Berufsgruppen zusammenfassen.

Somit werden später Ausführungen zu indikationsspezifischen Leistungs- und Personalvorgaben einen wesentlichen Bestandteil der Rahmenempfehlungen stellen. Die entsprechenden Entwürfe des Medizinischen Dienstes werden zwischen Mitte des Jahres bzw. Herbst 2022 vorliegen.

In den insgesamt schwierigen Verhandlungen werden Antworten auf wichtige Grundsatzfragen gesucht, die erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung

haben können. Zudem handelt es sich um einen völlig neuen Verhandlungsauftrag des Gesetzgebers, sodass nicht an bestehende Verträge oder Regelungen angeknüpft werden kann.

Hinsichtlich der personellen Besetzung der nach § 111b Abs. 6 SGB V einzurichtenden Schiedsstelle konnte zwischen den verhandelnden Parteien Einigkeit erzielt und geeignete Mitglieder und ihre Stellvertreter:innen inzwischen angesprochen werden.

Weiteres Vorgehen

Die gemeinsame Arbeitsgruppe wird in den nächsten Monaten insbesondere die vom Gesetzgeber geforderten Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen erarbeiten. Vorgesehen ist derzeit, die Rahmenempfehlungen mitsamt allen vom Gesetzgeber vorgesehenen Bestandteilen bis zum Jahresende 2022 abschließend zwischen den Verhandlungsparteien zu vereinbaren. Sollte diese Einigung nicht gelingen, wird die Einschaltung der Schiedsstelle notwendig.

Direkt-Verordnung geriatrische Reha und Änderungen bei Einleitung der Anschluss-Reha

Mit dem "Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung" (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG) wurde der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen in der geriatrischen Rehabilitation abgeschafft. Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation muss nun nicht mehr von den Krankenkassen überprüft werden, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich geprüft wurde.

Zur Umsetzung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, bis zum 31. Dezember 2021 in der Rehabilitations-Richtlinie Details zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente für die geriatrische Rehabilitation und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung festzulegen. Außerdem soll der G-BA bestimmen, in welchen Fällen Anschluss-Rehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der

Krankenkasse erbracht werden können. Der Gesetzgeber hat damit eine wichtige Grundlage für einen bedarfsgerechten und frühzeitigen Zugang zu geriatrischen Reha-Leistungen und Anschluss-Rehabilitationen geschaffen.

Gegen die Stimmen von Patientenvertreter:innen, Kliniken und Ärzt:innen haben die Krankenkassen die Fortsetzung von bürokratischen Hindernissen in der Patientenversorgung durchgesetzt.

Während die Patientenvertreter:innen, Kliniken und Ärzt:innen für eine analoge Anwendung des in der Rentenversicherung seit Jahren etablierten Direkteinleitungsverfahrens plädierten, wollten die Krankenkassen eine Direkteinweisung nur bei einzelnen Krankheitsgruppen zulassen – vor allem solche, in denen für die Krankenkassen relativ wenig Fälle anfallen, wie beispielsweise die Onkologischen Krankheiten oder Organtransplantationen. Die Ablehnung eines umfassenden vereinfachten Zugangs zur Anschluss-Reha schadet nach Auffassung des BDPK vor allem den Patient:innen. Der Verband wird sich weiter dafür einsetzen, dass der Genehmigungsvorbehalt abgeschafft wird. Vor allem, weil durch das Verfahren wertvolle Zeit verstreicht, die den Behandlungserfolg gefährdet, und unnötige Bürokratie entsteht. Zudem ist eine Direkteinleitung der Reha nach der Krankenhausbehandlung oftmals dringend erforderlich, weil Patient:innen auch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch nicht nach Hause entlassen werden können. Nicht umsonst war der Genehmigungsvorbehalt in Hochzeiten der Corona-Pandemie ausgesetzt worden. Eine schnellere Überweisung in die Reha wäre aktuell auch für die Krankenhäuser eine wichtige Entlastung, die dadurch mehr Kapazitäten für Corona-Patient:innen zur Verfügung stellen könnten.

Reha in der DRV: Beratergremium Verbindliche Entscheidungen

Das Gesetz „Digitale Rentenübersicht“, soll die Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation verbessern sowie die Sozialversicherungswahlen modernisieren. Damit Bürger:innen mehr über ihre eigene Altersvorsorge wissen, soll die Rentenübersicht künftig digital abrufbar sein.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes im Februar 2021 erhielt die DRV Bund den Auftrag, bis zum 30. Juni 2023 Verbindliche Entscheidungen zu den Zulassungsanforderungen für medizinische Rehabilitationseinrichtungen, zum Vergütungs- und Belegungssystem und zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten zu treffen. Die Leistungserbringerverbände und die Betroffenenverbände erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch eine geeignete Organisationsform mit dem Ziel einzubeziehen, eine konsensuale Regelung zu erreichen, so legt es § 15 Abs. 9 SGB VI fest.

Zur Umsetzung dieser Einbeziehung hat die DRV Bund ein Beratergremium aus Vertreter:innen von Leistungserbringer- und Betroffenen-Verbänden und Vertretern der DRV eingerichtet, die seit Sommer 2021 Regelungen der Verbindlichen Entscheidungen beraten.

Im Ergebnis hat die DRV Bund nun einen ersten Entwurf der Verbindlichen Entscheidungen erstellt und die Verbände zur Abgabe einer ersten abgestimmten Stellungnahme aufgefordert (ein zweites Stellungnahmeverfahren ist für Herbst 2022 geplant).

Das von der DRV eingeleitete Stellungnahmeverfahren erweist sich im Vorgehen als ein unzumutbares Unterfangen, da eine Abstimmung unter den insgesamt zehn Leistungserbringer- und Betroffenen-Verbänden innerhalb von vier Wochen über die Osterfeiertage schwer realisierbar ist. Setzt doch die Abgabe einer abgestimmten Stellungnahme eine umfassende juristische Bewertung der Regelungen voraus.

Der vorliegende Entwurf der Verbindlichen Entscheidungen enthält eine Vielzahl kritischer Regelungen:

- Wesentliche Inhalte für die Verbindlichen Entscheidungen bleiben intransparent. Das heißt es wird auf Dokumente verwiesen, die von der DRV Bund im Alleingang erstellt werden und damit die Mitbestimmung sowie das Mitspracherecht der Leistungserbringer- und Betroffenen-Verbände ad absurdum führen. Wenn wichtige Vorgaben für die Leistungserbringung jederzeit einseitig von der DRV Bund geändert werden können, sind Konflikte aufgrund fehlender Transparenz vorprogrammiert. Die Absicht des Gesetzgebers, die „Transparenz in der

Alterssicherung und der Rehabilitation zu verbessern“ wird damit konterkariert.

- Die Preisgestaltung der DRV Bund kalkuliert die Preise für das Vergütungssystem nicht anhand der Leistungsvorgaben, sondern basierend auf den bestehenden Marktpreisen. Allerdings werden die aktuell geltenden Vergütungssätze von den Reha-Einrichtungen seit Jahren als nicht leistungsgerecht kritisiert. Die LE-Verbände kalkulieren deshalb derzeit die Preise anhand der Leistungsvorgaben, um im Rahmen der Entwicklung des Vergütungssystems den Unterschied zwischen Marktpreisen und leistungsorientierten Preisen transparent zu machen.
- Eine klare Wettbewerbsverzerrung manifestiert sich mit der Auslegung des Belegungssystems. Es soll zwar anhand objektiver Kriterien erfolgen, schlägt den Versicherten aber immer zwei DRV-eigene und zwei Vertragseinrichtungen - selbst wenn dies den objektiven Kriterien nicht entspricht - vor.

Weitere Kritikpunkte sind in der vollständigen [Stellungnahme unter www.bdpk.de](http://www.bdpk.de) nachzulesen.

Ein zweites Stellungnahmeverfahren ist für Herbst 2022 geplant. Danach trifft der Bundesvorstand der DRV Bund seinen finalen Beschluss über die Verbindlichen Entscheidungen. Inwiefern diese konsensual getroffen werden, wird sich im Laufe des Prozesses zeigen.

Leistungsgerechte Vergütung in der Reha: Aktiva-Gutachten

Die Neuauflage des Gutachtens der aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag der AG MedReha prognostiziert für das Jahr 2022 ohne Berücksichtigung des coronabedingten Mehraufwands und der Investitionsmittel im Basismodell anhand der statistischen Größen und Prognosen Kostensteigerungen im Mittelwert von 2,92 Prozent für das Jahr 2022.

Die Simulation der für viele Reha-Einrichtungen mit hoher Wahrscheinlichkeit relevanten Zusatzfaktoren (insbesondere erhöhte Personalkosten) auf die Kostenentwicklung zeigt weitere Kostensteigerungen in Höhe von 2,83 Prozent. In der Addition der Steigerungsraten für das Jahr 2022 aus dem

Basismodell mit den Auswirkungen der Zusatzfaktoren ergeben sich insgesamt Kostensteigerungen zwischen 5,23 Prozent und 6,28 Prozent für das Jahr 2022. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen die prognostizierten Steigerungsraten jedoch auf die individuelle Kostenstruktur ihrer Rehabilitationseinrichtung anwenden und so den einrichtungsspezifischen Effekt simulieren.

Das Gutachten legt auch in diesem Berichtsjahr Wert darauf, die Systematik der seit Jahren entwickelten Modellrechnung nicht zu verändern und damit auch die Vergleichbarkeit in der Zeitreihe zu gewährleisten. Um die Prognosesicherheit zu erhöhen, basieren die Annahmen für die Kostensteigerungen 2022 auf aktuellen Entwicklungen und Prognosen mit Stand bis September/Oktober 2021. Diese Ergebnisse bilden das bekannte Basismodell ab.

Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Kliniken als Verhandlungshilfe mit den Rehabilitationsträgern dienen. Um die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren auf die Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, wurde auf Basis der GuV-Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet. Durch Anpassung der Aufwandspositionen aus der Musterverteilung auf ihre individuelle GuV-Struktur können Einrichtungen die vorgestellte Modellrechnung für ihre individuelle Klinik nutzen.

Digitalisierung und Anbindung der Reha-Einrichtungen an die TI

Das im Oktober 2020 in Kraft getretene Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) regelt, dass auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen an die TI angebunden werden. Dazu sollen Krankenkassen und Rentenversicherung mit den Verbänden der Reha-Leistungserbringer einen Telematikzuschlag vereinbaren, der ausreichend ist, um die TI-Ausstattungs- und Betriebskosten der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu finanzieren. Im Januar 2021 begannen dazu die entsprechenden Verhandlungen. Nach mehreren Treffen und intensiv geführten Diskussionen liegt seit Mitte Januar 2022 eine Vereinbarung vor, die von beiden Seiten als praxistauglich und ausreichend angesehen wird. Geklärt werden müssen lediglich noch Formalien.

Ausgleichsfähig sind danach die Kosten für Anschaffung, Installation und Einbindung der TI-Komponenten in die einrichtungsinterne Hard- und Software sowie die Anpassung der einrichtungsinternen IT-Infrastruktur. Auch der erforderliche interne Planungsaufwand und die Aufwendungen für die internen Schulungen der Mitarbeitenden sowie die Aufwendungen, die während des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur entstehen, werden finanziell ausgeglichen. Der Kostenausgleich erfolgt in Form eines tagesbezogenen TI-Zuschlags pro Fall auf den geltenden Vergütungssatz. Die Berechnung erfolgt nach einem festgelegten Verfahren einrichtungsindividuell.

Qualität

Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

In halbjährlichen QS-Gesprächen führt der BDPK gemeinsam mit anderen Verbänden der Reha-Leistungserbringer einen Austausch zu aktuellen Entwicklungen der Reha-Qualitätssicherung mit Vertreter:innen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) durch. Seit dem Frühjahr 2020 haben die Gespräche den Schwerpunkt Qualitätssicherung während der Corona-Pandemie.

Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Reha-Einrichtungen in Deutschland hat die DRV Ende Mai 2020 die Auswertung der Daten aus der externen Qualitätssicherung angepasst. So erfolgte über die QS-Daten nur eine deskriptive Berichterstattung an die Einrichtungen und Rentenversicherungsträger. Die Bewertung der Qualitätsindikatoren mit Qualitätspunkten wurde ausgesetzt. Dies trifft auch auf die Strukturierten Qualitätsdialoge zu. Die KTL- und RTS-Daten werden weiterhin nur deskriptiv (unter Vergabe „theoretischer“ Qualitätspunkte) ausgewertet, da pandemiebedingt kein fairer Vergleich zwischen den Fachabteilungen einer Indikation möglich ist. Für das Peer-Review konnten Qualitätspunkte vergeben werden, da keine relevanten Unterschiede in den Ergebnissen aus den Pandemiejahren und dem Vorjahr ohne Pandemieeinfluss existieren. Für die Rehabilitandenbefragung will die DRV die Situation bewerten, sobald die Daten vorliegen.

Die DRV plant die Erweiterung der Machbarkeitsstudie „Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl“ auf die DRV Rheinland und DRV Nord sowie auf die Indikation Psychosomatik ab Mai/Juni 2022.

Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die 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 arbeitet in allen aktiven Facharbeitsgruppen mit und gestaltet dabei maßgeblich die Beratungen im GA. Die Organisation des GA wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern.

Das QS-Reha®-Verfahren befindet sich seit Ende März 2021 im 4. Zyklus (2021-2023). Es wird vom aQua-Institut und der Pädagogischen Hochschule Freiburg (PHFR) als unabhängige Auswertungsstellen betreut. Der Zeitplan hatte sich pandemiebedingt verzögert. Im Gemeinsamen Ausschuss werden die Auswertungen der QS-Reha-Daten, die Weiterentwicklung des Verfahrens sowie die Aktualisierung des Methodenhandbuchs beraten.

Änderungen bei der Zertifizierung des internen QMs (DAkKS Akkreditierung)

Seit dem Frühjahr 2020 stellt die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) die Berechtigung der von den Herausgebenden Stellen und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zugelassenen Zertifizierungsgesellschaften infrage, die Verfahren des internen Qualitätsmanagements nach § 37 SGB IX ohne Akkreditierung bei der DAkKS zu zertifizieren. Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) hat das Vorgehen der DAkKS als nicht rechtskonform abgelehnt, kritisiert wird, dass mit der Einführung einer Akkreditierungspflicht keine Qualitätsverbesserung, aber höhere Kosten für die Zertifizierer und letztlich auch die Kliniken verbunden sind. Das IQMG hat sich daraufhin mit weiteren Herausgebenden Stellen interner QM-Verfahren (HGS) zu einer Task-Force zusammengeschlossen, um gegen die Aktivitäten der DAkKS vorzugehen. Das BMAS, das BMG und die BAR waren in die Gespräche ebenfalls eingebunden. Im Oktober 2020 wurde aus dem Kreis der Teilnehmer:innen eine

Arbeitsgruppe gegründet, die bis zum 30. April 2021 ein einheitliches Verständnis der strittigen Rechtsfragen erzielen sollte. Die Bemühungen blieben jedoch leider erfolglos.

Um dennoch praktikable Regelungen für eine gewisse Übergangszeit (bis eine klare Rechtsauffassung gefunden wird) zu vereinbaren, hat die Arbeitsgruppe nun eine Verfahrensabsprache mit der DAkKS verhandelt. Das IQMG hat sich in den Verhandlungen dafür eingesetzt, dass den Kliniken möglichst keine Nachteile durch die Anpassungen im Zertifizierungsprozedere entstehen. Die Verfahrensabsprache soll ab dem 1. Juli 2022 gelten. Nach Inkrafttreten der Verfahrensabsprache wird das IQMG gemeinsam mit den anderen HGS weiter beraten, mit welchen geeigneten politischen Maßnahmen ggf. noch verbesserte Rahmenbedingungen für die Zertifizierung interner QM-Verfahren geschaffen werden können.

Zentrale Inhalte der Verfahrensabsprache:

- Die Verfahrensabsprache gilt für die Zertifizierungsstellen, die bei der DAkKS bereits akkreditiert sind, sowie hinsichtlich der von ihnen erteilten Zertifikate.
- Nicht betroffen sind Zertifizierungsstellen, die über keine Akkreditierung bei der DAkKS verfügen. Diese Zertifizierungsstellen können ihre Geschäftstätigkeiten auch weiterhin unverändert wahrnehmen.
- Auch die durch die BAR anerkannten QM-Verfahren unterliegen selbst nicht der Akkreditierungspflicht.
- Zertifikate, die bis zum Tag des Inkrafttretens dieser Verfahrensabsprache bzw. bis zum Zeitpunkt der Akkreditierung der jeweiligen Zertifizierungsstelle erteilt worden sind, behalten bis zum Ablauf der angegebenen Geltungsdauer ihre Gültigkeit.
- Für die Beantragung der Akkreditierung erhalten die Zertifizierer drei Monate Zeit nach Inkrafttreten der Verordnung.
- Die Überwachung der QM-Verfahren soll grundsätzlich alle 12 Monate erfolgen. In zugelassenen Verfahren, die einen solchen Überwachungsturnus nicht vorsehen, kann die Überwachung einmal als Remote-Verfahren und unter Berücksichtigung und Anrechnung von Ergebnissen externer Qualitätssicherung erfolgen.

Das IQMG berät aktuell die notwendigen Änderungen im IQMP-Reha und IQMP-kompakt-Verfahren insbesondere in Hinblick auf die Einführung

verpflichtender jährlicher Überwachungsaudits und die Möglichkeit von Remote-Audits.

Kinder/Jugendliche und Mutter-/Vater-/Kind

Im Zuge der COVID-19-Pandemie kam es zu einem deutlichen Rückgang der Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie Mutter/Vater/Kind. Als Gründe für den Rückgang der Reha-Inanspruchnahme werden unter anderem pandemiebedingte Zugangsbarrieren, etwa durch reduzierte Kontakte zu beratenden Kinderärzten oder durch Hygiene- und Infektionsschutzvorgaben an den Klinikstandorten, genannt. Die Kliniken leiden auch unter der hohen Anzahl an kurzfristigen Absagen und Abreisen aufgrund positiver Coronatests. Zudem müssen sich viele Mitarbeiter:innen krankmelden. Die Unterstützungsleistungen der Reha-Leistungsträger helfen nur bedingt (siehe Kapitel: Corona-Pandemie: Herausforderungen für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach wie vor groß).

Da auch bei Kindern und Jugendlichen langfristige Folgen von Long-Covid und Long-Lockdown festzustellen sind, haben Reha-Einrichtungen verstärkt Konzepte für die Behandlung der jungen Patient:innen entwickelt. Auf der zweitägigen Jahrestagung „Die Kinder- und Jugendreha bewältigt die Folgen der Corona-Pandemie“ im November 2021 in Berlin wurden sie von Experten interessierten Branchen-Vertreter:innen vorgestellt. Auf Einladung vom Bündnis Kinder- und Jugendreha kamen Akteure aus Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, von der Deutschen Rentenversicherung, Krankenkassen sowie Organisationen und Verbänden zur gemeinsamen Jahrestagung zusammen, um sich über den Umgang mit den Folgen der Corona-Pandemie im Bereich Kinder- und Jugendreha auszutauschen. In Workshops wurde über die Veränderungen in den Rehabilitationseinrichtungen gesprochen. Der BDPK übernahm wie in den Vorjahren eine Workshopleitung (siehe Foto).



Workshop zu „Notwendige konzeptionelle Anpassungen in Folge der Corona-Pandemie“ mit Andreas Auer (li.) und BDPK-Mitarbeiterin Antonia Walch (re.); Foto: D. Gust.

aktiva-Gutachten

Der BDPK hat die aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH erneut beauftragt, die Kosten für Vorsorge- und Rehaleistungen in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen auf Basis struktureller Anforderungen und Expertenstandards zu berechnen. Bereits im Jahr 2019 wurde dieses Gutachten in Auftrag gegeben mit dem Ziel, eine sachliche Diskussionsbasis über die Finanzierung der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen zu schaffen. Im Vergleich mit den damals marktüblichen Vergütungshöhen deuteten die Ergebnisse bereits im Jahr 2019 auf eine chronische Unterfinanzierung der Branche hin. Nun gilt es, die im Jahr 2019 kalkulierten Vergütungssatzhöhen an die heutigen Kostenstrukturen anzupassen, denn die finanzielle Situation der Einrichtungen hat sich gerade in der Pandemiesituation nicht verbessert. Das Gutachten steht kurz vor der Veröffentlichung.

Tarif und Personal

Der BDPK-Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauscht sich regelmäßig zur aktuellen Tarifsituation in Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgekliniken aus. Im Berichtszeitpunkt waren neben der Corona-Gesetzgebung v. a. die Themen Corona-Pflegeprämie, Erstattungsansprüche nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) und Entschädigungsansprüche nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) Gegenstand der Diskussionen. Einen zusätzlichen Schwerpunkt bildete der Austausch zu den Test- und Impfpflichten:

Testpflichten

Äußerst kurzfristig traten Ende 2021 durch eine Neuregelung im IfSG umfangreiche Testpflichten zum Betreten von Krankenhäusern, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen für Arbeitgeber:innen, Beschäftigte und Besucher:innen in Kraft. Die Einrichtungen durften danach nur mit tagesaktuellen Testnachweisen betreten werden. Klärungsbedarf bestand insbesondere bei der Umsetzung der Testpflichten bei geimpften/genesenen Beschäftigten sowie den Nachweispflichten gegenüber den zuständigen Behörden.

Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Durch das „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ wurde die einrichtungsbezogene Impfpflicht in § 20a IfSG eingeführt. Seit dem 16. März 2022 müssen in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Reha-Einrichtungen tätige Personen, die bis zum 15. März 2022 keinen Impf- oder Genesenennachweis vorgelegt haben und für die keine medizinische Kontraindikation für eine Covid-19-Impfung vorliegt, an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden. Diese Regelung führt in der Praxis zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten:

- aufwendige Erfassung von Impf- und Genesenenstatus aller in den Einrichtungen tätigen Mitarbeitenden sowie deren regelmäßige Kontrolle,
- Sorge vor Kündigungen ungeimpfter Mitarbeitender sowie vor zahlreichen, die Versorgung gefährdenden Tätigkeitsverboten,

- hohe Belastungen der Einrichtungen durch ausführliche Korrespondenzen mit den Gesundheitsämtern zur Klärung der Unverzichtbarkeit einzelner Mitarbeiter:innen,
- Haftungsfragen bei Weiterbeschäftigung trotz fehlenden Impfschutzes.

Der BDPK unterstützte seine Mitglieder mit zahlreichen Informationen zum Umgang mit der Impfpflicht und ermöglichte allen interessierten Mitgliedskliniken die Teilnahme an einem Vortrag von einer im Arbeits- und Medizinrecht spezialisierten Rechtsanwältin im Fachausschuss Tarif und Personal.

Zu kritisieren ist vor allem, dass die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht nicht bundeseinheitlich vollzogen wird. Dies hat Abwanderungstendenzen von Beschäftigten von einem in ein anderes Bundesland zur Folge. Gerade diese Folgeeffekte müssen vermieden werden und machen ein abgestimmtes, einheitliches Verfahren dringend erforderlich.

KlinikRente

Seit zwanzig Jahren kümmert sich das KlinikRente Versorgungswerk um die finanzielle Absicherung von Menschen im Gesundheitswesen. Mit dem Ziel, diesen Beschäftigten eine optimale Vorsorge zu bieten, konnte KlinikRente inzwischen 115.000 Mitarbeitende absichern. Allein im Jahr 2021 ist der Bestand um 14.400 Verträge gewachsen. Damit erreichte KlinikRente auch im zweiten Jahr der Corona-Pandemie ein stabiles Wachstum.

20 Jahre KlinikRente – Rückblick auf die ersten Jahre

Das KlinikRente Versorgungswerk wurde im Jahr 2002 vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) initiiert. Schon bei der Gründung setzte man auf eine konsortiale Lösung mit großen Trägergesellschaften. „Von Beginn an haben der BDPK und das Versorgungswerk großen Wert auf langfristige Stabilität und hohe Sicherheit gelegt“, so Hubertus Mund, ein Geschäftsführer von KlinikRente. Im Berichtszeitraum stieg die Anzahl der Mitgliedsunternehmen auf rund 5.500. Gerade in dem aktuellen schwierigen Umfeld wechseln immer mehr Unternehmen zu KlinikRente.

Digitalisierung reduziert Arbeitgeberaufwand und erleichtert Informationszugang

Konsequent verfolgt KlinikRente den Weg der Digitalisierung, Automatisierung und Standardisierung. KlinikRente reagiert damit auf die Anforderung von Arbeitgebern, aber auch auf das geänderte Informations- und Kaufverhalten der Beschäftigten. Informationen müssen zu jeder Zeit an jedem Ort abrufbar und leicht verständlich sein. Über die neuen firmenindividuellen Informationsportale können sich die Beschäftigten informieren und bequem und unkompliziert einen Termin zur persönlichen Videoberatung vereinbaren.

Weiterhin wurden die Schnittstellen zu den Lohnabrechnungsprogrammen ausgebaut. Damit entfallen für Arbeitgeber:innen individuelle Änderungsmeldungen zur betrieblichen Altersvorsorge.

KlinikRente reagiert auf die Anforderungen großer Klinikgruppen

Unter Mitwirkung von großen privaten Krankenhausträgern wurden die Systeme zur flächendeckenden Information und Beratung der Beschäftigten speziell für deutschlandweite Strukturen weiter ausgebaut. Die Informationen und Möglichkeiten zur Terminvereinbarung stehen jetzt 24/7 zur Verfügung. Der verstärkte Einsatz von digitalen Prozessen bietet Beschäftigten einen deutlich erweiterten Service und verringert gleichzeitig den Aufwand für Arbeitgeber:innen.

Einkommenssicherung jetzt auch über die betriebliche Vorsorge

Seit 2015 bietet KlinikRente private Produkte zur Einkommenssicherung unter der Federführung von Swiss Life. Seit 2015 wurden mehr als 33.000 Verträge abgeschlossen.

Seit 2021 werden zusätzlich eine selbstständige Berufsunfähigkeits- sowie eine Grundfähigkeitsversicherung im Rahmen der betrieblichen Einkommenssicherung unter der Federführung der Allianz angeboten. Somit können Beschäftigte die finanziellen Vorteile der betrieblichen Vorsorge nun auch zur Absicherung ihres Einkommens nutzen und bares Geld sparen.

KlinikRente setzt verstärkt auf kapitalmarktorientierte Lösungen

Das derzeitige Niedrigzinsumfeld erfordert neue Wege in der Absicherung. „Die Beschäftigten benötigen Rendite, um Vorsorgeziele erreichen zu können. Nur durch Partizipation an den Kapitalmärkten ist diese Rendite möglich“, so

Michael Rabes, ein Geschäftsführer der KlinikRente. Deshalb geht das Versorgungswerk diesen Weg konsequent weiter und bietet ab 2022 im Rahmen einer beitragsorientierten Leistungszusage im Vorsorgekonzept „Chance“ zeitgemäße Garantieniveaus von 90, 80 oder 60 Prozent an. Somit wird man den unterschiedlichen Bedürfnissen der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Sicherheit und Rendite gerecht.

Öffentlichkeitsarbeit

Der BDPK informiert die Politik, die (Fach-)Öffentlichkeit und seine Mitglieder kontinuierlich über die Positionen und Schwerpunktthemen von Kliniken in privater Trägerschaft. Der Verband nutzt dafür Offline- und Online-Medien gleichermaßen: Mit Pressemitteilungen und Hintergrundgesprächen, Aktionen zu Schwerpunktthemen, Artikeln in Fachpublikationen, dem Online-Newsletter sowie den monatlichen BDPK-News im Fachmagazin „f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus“ werden die gesundheitspolitischen Handlungsfelder privater Kliniken öffentlichkeitswirksam dargestellt. Hier eine Übersicht der BDPK-Öffentlichkeitsarbeit im Berichtsjahr.

Impf-Turbo privater Kliniken

Als Gemeinschaftsaktion privater Kliniken zur Bewältigung der Corona-Pandemie ging die Webseite [/www.impf-turbo.de/](http://www.impf-turbo.de/) am 9. Dezember 2021 online. Mehr als 250 Kliniken und Medizinische Versorgungszentren stellten zum Start der Service-Plattform ihre Impfangebote per Kartensuche oder nach Bundesländern zur schnellen Auffindbarkeit zur Verfügung. Erklärtes Ziel der Aktion ist es, Impfangebote vor Ort ohne hohe bürokratische Hürden einfach zugänglich zu machen. Die Kliniken in privater Trägerschaft leisten damit ihren Beitrag, die Impfquote als eine Maßnahme zur Bekämpfung der Pandemie in Deutschland zu erhöhen.

Klinik-Fakten

Nach dem Online-Gang der Webseite www.klinik-fakten.de im Juni 2021 unter Federführung des BDPK widmet sich die Plattform weiterhin aktuell wichtigen Schwerpunktthemen.

Im Herbst 2021 griff das Portal die in den Medien verbreitete falsche Behauptung der Krankenkassen auf, dass Krankenhäuser häufig und vorsätzlich fehlerhaft abrechnen. Der [Beitrag auf Klinik-Fakten.de](#) bringt hier Klarheit. Die Skandalisierung von Krankenhausbetrug entpuppte sich bei gründlicher Betrachtung als ein Streit um Auslegungsfragen bei der Abrechnung von Leistungen.

Mit ebenfalls ausführlichen Berichten zu den Themen „Dürfen Krankenhäuser Gewinne machen?“, „Nein zur Verstaatlichung von Krankenhäusern!“ und „Pflegebudget: Viel Streit, wenig Erfolg“ widmete sich die Webseite den öffentlich geführten, polarisierenden und strittigen Diskussionen im Jahr 2022. Für die öffentlichkeitswirksame Wahrnehmung der krankenhausesrelevanten Themen wird die Webseite von der Social-Media-Kommunikation des BDPK begleitet.

Kampagne „Reha. Macht's besser!“



Titelmotiv der Broschüre für Politiker:innen

Mehr als 4.500 Menschen haben sich aktuell auf der Kampagnenwebseite www.rehamachtsbesser.de/ als Unterstützer:innen registriert und machen sich mit ihrem Votum für die Reha stark. Die Social-Media-Kanäle [Facebook](#) und [Twitter](#) erlangen zunehmend höhere Reichweiten. Dazu beigetragen hat zum einen der Hashtag #Wissenmachtsbesser. Er hat im Sommer 2021 eine Anpassung erfahren und fokussiert fortan auf die rechtlichen Rahmenbedingungen von und für Vorsorge und Reha. Der Hashtag #Montagslächeln lenkt größte Aufmerksamkeit auf Berufe in der Reha und möchte damit auch zur Fachkräftegewinnung in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen beitragen.

Auch aufgrund der guten Beteiligung der Kliniken werden Reichweiten bis zu 2000 erzielt.

In Reportagen, Blog-Beiträgen und Interviews berichten die Akteure der Initiative auf www.rehamachtsbesser.de/ kontinuierlich über Erfolgsgeschichten aus der Reha sowie die besonderen Herausforderungen in der aktuellen Corona-Pandemie.

Für Gespräche mit Politiker:innen vor und nach der Bundestagswahl wurde als unterstützendes Kommunikationsmaterial die Publikation "Aufruf an die Politik: Reha. Macht's besser!" erstellt. Sie fasst die zentralen politischen Positionen zur Stärkung der Rehabilitation und Vorsorge zusammen. Die Broschüre steht als Online- und Printversion zur Verfügung.

Veranstaltungen

Zur Öffentlichkeitsarbeit des BDPK gehört auch die Organisation und Durchführung verschiedener Veranstaltungen wie Workshops, Konferenzen bis hin zum jährlich stattfindenden BDPK-Bundeskongress. Aufgrund der Corona-Pandemie mussten im Berichtsjahr alle Veranstaltungen abgesagt werden, auch der BDPK-Bundeskongress 2021. Zur digitalen Mitgliederversammlung am 10. Juni 2021 wurde Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zugeschaltet. Um die Existenz der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu sichern, versicherte er in seiner Rede die Unterstützung des BMG bei den Verhandlungen zum Corona-Zuschlag. Die Mitgliederversammlung wurde im Nachgang von einer [Pressemitteilung](#) begleitet.

Pressemitteilungen

Hier können Sie die vom BDPK im Berichtsjahr herausgegebenen Pressemitteilungen nachlesen:

- Do, 24. Februar 2022 – [Mindestlohn-Erhöhung: Reha braucht Aufstockung](#)
- Mi, 23. Februar 2022 – [Bonus für Pflegekräfte: Reha einbeziehen!](#)
- Do, 16. Dezember 2021 – [G-BA-Beschluss zur Anschluss-Reha: Patienten sind die Verlierer](#)
- Do, 09. Dezember 2021 – [Private Kliniken starten Impf-Turbo](#)
- Mo, 15. November 2021 – [Vierte Welle gemeinsam brechen](#)
- Do, 04. November 2021 – [Pauschalen sind besser als ihr Ruf](#)
- Fr, 15. Oktober 2021 – [Mehr Fortschritt wagen!](#)
- Di, 29. Juni 2021 – [Bürokratie behindert die Behandlung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen](#)
- Fr, 18. Juni 2021 – [Intensivbetten deutscher Krankenhäuser: Skandalöse Beschuldigungen](#)

- Di, 15. Juni 2021 – [Appell und Dank an Spahn](#)
- Di, 01. Juni 2021 – [BDPK gegen Stopp des Rettungsschirms](#)

Social Media

Der BDPK verfügt über drei Social-Media-Kanäle: Seit 2017 ist der Verband auf [Facebook](#) und [Twitter](#) aktiv, seit Januar 2022 auch auf [LinkedIn](#).

Während auf Facebook und Twitter die Followerzahlen im vergangenen Jahr nur leicht gewachsen sind (Facebook 249 Follower, Twitter 669 Follower), konnte auf LinkedIn in den ersten fünf Monaten seit Start bereits eine Zahl von 200 Followern erreicht werden.

Auf den Social-Media-Kanälen postet das Team des BDPK regelmäßig zu aktuellen Themen aus Gesundheitspolitik und Sozialgesetzgebung für die Bereiche der Krankenhausversorgung, Rehabilitation und Pflege sowie Qualität. Die Nutzung der Social-Media-Kanäle ermöglicht eine schnelle und unkomplizierte Kommunikation der Verbandsinhalte sowie einen Austausch mit Stakeholdern aus Politik und Wirtschaft.

Beiträge in Fachbüchern, Zeitschriften und Zeitungen

Der BDPK vertritt seine politischen Standpunkte und Argumente mit zahlreichen Beiträgen in Fachpublikationen. Hier eine Auswahl der im Berichtsjahr erschienenen Veröffentlichungen:

- [iX-Forum 03/2021:](#)
[Mut zu Veränderungen - Bei den notwendigen Reformen sollte die nächste Bundesregierung nicht nur die Symptome kurieren, sondern auch neue Ansätze wagen.](#)
- [Oberserver-Gesundheit 01/2022: Was bringt der Koalitionsvertrag für die Reha?](#)
- [Krankenhausmanagement, 4. Aufl. \(2022\), Debatin | Ekkernkamp | Schulte | Tecklenburg \(Hrsg.\):](#)
[Private Krankenhausträger - Marktstellung, Merkmale, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Innovationen und Initiative](#)

BDPK-News in f&w

Das Fachmagazin „f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus“ ist offizielles Organ des BDPK und seit Jahren eine der führenden Fachpublikationen für das Krankenhausmanagement und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Mit den „BDPK-News“ in f&w informiert der BDPK über seine Positionen und die aktuellen Themen des Verbandes.

[Die BDPK-Beiträge können Sie hier lesen und als PDF herunterladen.](#)

Statistiken

Hier finden Sie Eckdaten über das Gesundheitswesen in Deutschland. Neben Zahlen und Schaubildern zu Reha-/Vorsorgeeinrichtungen und Krankenhäusern nach Trägerschaft geben die statistischen Daten einen Überblick von den Leistungsausgaben der GKV und DRV sowie zur Entwicklung der Beschäftigung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen.

[Weiter](#)

Gremien

Der BDPK setzt sich als politische Interessenvertretung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft ein. Die Mitwirkung an gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie ein kollegialer Austausch zu Fachthemen erfolgt über seine Gremien. Das sind:

Vorstand

Mitgliederrat

Fachausschuss Krankenhäuser

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

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

Partner und Kooperationen

Der BDPK beteiligt sich an zahlreichen Organisationen und Initiativen des Gesundheitswesens und arbeitet mit Verbänden und Institutionen zusammen. Dies sind:

4QD – Qualitätskliniken.de GmbH

Das Portal www.qualitätskliniken.de informiert zu Themen des Gesundheitswesens und der Reha, bewertet die Qualität von Reha-Kliniken anhand wissenschaftlicher Methoden mit einem mehrdimensionalen Ansatz und stellt die Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung.

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. Mit dem Jahresende 2013 endete die Finanzierung der Kampagne durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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.

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.

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. Zudem ist der BDPK im Beirat des Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. vertreten, einem Zusammenschluss von Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche.

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Der BDPK ist Mitglied in der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.), Berlin, dem Zusammenschluss von deutschen Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger und mit seinen Vertretern im Vorstand und den Fachgremien der DKG vertreten.

Deutscher Reha-Tag

Seit der Gründung des Reha-Tages ist der BDPK aktiver Initiator dieses Aktionsbündnisses, dem mittlerweile mehr als zwanzig 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.

Europäischer Gesundheitskongress München

Der BDPK und der Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. sind Kongresspartner des [Europäischen Gesundheitskongresses in München](#). BDPK und VPKA-Bayern unterstützen den Kongressveranstalter im Themenfeld Rehabilitation und sind mit einem Informationsstand im Ausstellungsforum des Kongresses präsent.

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 Abonnent:innen und einer verbreiteten Auflage von 12.000 Exemplaren ist f&w seit Jahren der absolute Marktführer unter den Fachpublikationen für Krankenhausmanagement und Entscheidungsträger:innen 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.

Gesundheitskongress des Westens

Seit 2017 treten der BDPK und der Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e. V. auf dem Gesundheitskongress des Westens in Köln als Kongresspartner auf. Sie beteiligen sich an der Konzeption des Kongressprogramms und informieren mit einem gemeinsamen Stand im Ausstellungsforum über die Verbandsarbeit.

GRB – Gesellschaft für Risiko-Beratung

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.

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 4.400 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 Patient:innen von der Erfahrungskompetenz Gleichbetroffener profitieren können. Für dieses patient:innenorientierte Handeln engagieren sich im Netzwerk Gesundheitseinrichtungen, Organisationen und Privatpersonen gemeinsam. Der BDPK ist seit 2018 Mitglied im SPiG.

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.

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.

Nach IQMP zertifizierte Kliniken

Zu Beginn des Jahres 2022 waren insgesamt 103 Reha-Einrichtungen nach dem IQMP-kompakt-Verfahren und 41 Reha-Einrichtungen nach dem IQMP-Reha-Verfahren zertifiziert. Eine Übersicht der zertifizierten ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen ist auf der Webseite des IQMG zu finden:

[IQMP kompakt-Zertifizierungen](#)

[IQMP-Reha-Zertifizierungen](#)

Die IQMP-Verfahren zählen damit im Vergleich zu den insgesamt 33 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zugelassenen internen QM-Verfahren nach § 37 Abs. 3 SGB IX zu den am drittstärksten vertretenen QM-Verfahren in der Rehabilitation.

Impressum

Herausgeber

BDPK – 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

www.bdpk.de

BDPK Bundesgeschäftsstelle

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer

Jonathan Graf, Leiter des Geschäftsbereichs Krankenhäuser

Antonia Walch, Leiterin des Geschäftsbereichs Rehabilitation

Letizia Cappelletti, Geschäftsbereich Rehabilitation

Johanna Fiedler, Geschäftsbereich Krankenhäuser

Katrin Giese, Pressesprecherin

Dr. Miralem Hadzic, Geschäftsbereich Rehabilitation

Klaus Mehring, Geschäftsstellenleiter

Karin Müller, Sekretariat und Organisation

Anne Ostmann, Geschäftsbereich Krankenhäuser

Antonia von Randow, Pressesprecherin

Petra Voß, Sekretariat und Organisation

Konstanze Zapff, Geschäftsbereich Rehabilitation

Redaktion

Ralf Giermann

Katrin Giese

Antonia von Randow