



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Geschäftsbericht 2023/2024

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Inhaltsverzeichnis

Lagebericht

Politik/Gesetzgebung

- Abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren
- Laufende Gesetzgebungsverfahren

Krankenhäuser

- Einleitung
- Krankenhausreform
- Ambulante Öffnung
- Pflegepersonalvorgaben
- Psychiatrie / Psychosomatik
- Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag

Reha und Vorsorge

- Verbindliche Entscheidungen
- Verhandlungen zu den GKV-Rahmenempfehlungen
- Reha als Ausbildungsträger für die Pflege
- Qualitätssicherung
- Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)
- Digitalisierung
- Erstattungsverfahren SodEG
- Nachhaltigkeit - Klimaneutrale Reha
- Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

Tarif und Personal

Öffentlichkeitsarbeit

Statistiken

Gremien

Partner und Kooperationen

Nach IQMP zertifizierte Kliniken

Impressum

Lagebericht

Deutschlands Krankenhäuser stecken in der Krise fest: Insolvenzen bleiben für sie das bestimmende Thema. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt die aufgelaufenen Defizite für Krankenhäuser auf mittlerweile 10 Milliarden Euro. Im Jahr 2023 wurden rund 40 Krankenhaus-Insolvenzen verzeichnet. Diese Zahl dürfte 2024 deutlich überschritten werden. Krankenhausinsolvenzen waren erstmals Thema beim Deutschen Insolvenzrechtstag im März 2024. Abenteuerlich hoch ist auch die Summe der Ausgleichszahlungen der kommunalen Träger für ihre kommunalen Krankenhäuser. Mehr als eine Milliarde Euro aus Steuermitteln dürften im Jahr 2023 zusätzlich an kommunale Krankenhäuser geflossen sein. Geld, das den Bürgerinnen und Bürgern für Schulen, Kitas und den ÖPNV fehlt. Geld, das private und freigemeinnützige Krankenhausträger nicht erhalten. Sie schauen verwundert in die Röhre, denn sie erhalten keine finanziellen Hilfen von Bund und Ländern. Eine Wettbewerbsverzerrung sondergleichen. Viel düsterer kann ein Ausblick nicht sein. Die Ursache ist schnell und einfach beschrieben: Drei Jahre inflationsbedingte Preissteigerung, 14 Prozent Fallzahlrückgang – und das alles ohne finanziellen Ausgleich. So führt die Politik die Krankenhäuser bewusst an den wirtschaftlichen Abgrund. Diese Entwicklung ist nicht einfach schicksalhaft vom Himmel gefallen, sondern die Folge politischer Entscheidungen über Jahrzehnte. Da helfen auch nicht die gegenseitigen Schuldzuweisungen zwischen Bund und Ländern, wer denn nun an diesem Dilemma welchen Anteil hat. Für die Betriebskostenfinanzierung tragen die jeweiligen Bundesgesundheitsminister Verantwortung. Die Entwicklung der Entscheidungen lassen sich in der folgenden Tabelle ablesen.

Tabelle politische Einschnitte in das Finanzierungssystem

Eingriff	Rechtsquelle	Gesetz	Jahr	Gesundheitsminister:in
LBFW: Streichung der Möglichkeit, dass bei Leistungsrückgängen der Landesbasisfallwert angehoben werden kann.	§ 10 Abs. 4 KHEntgG (gestrichen)	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz	2022	Karl Lauterbach (SPD)
Normierung: Normierung der Bewertungsrelationen im aG-DRG-Katalog für 2023 im Wert von 400 Mio. Euro	§ 17b Absatz 2 Satz 1 KHG	DRG-Entgeltkatalog-Verordnung (Ersatzvornahme BMG)	2022	Karl Lauterbach (SPD)
Normierung: Absenkung der Bewertungsrelationen im aG-DRG-Katalog für 2022 im Wert von 175 Mio. Euro	§ 17b Absatz 2 Satz 1 KHG	DRG-Entgeltkatalog-Verordnung (Ersatzvornahme BMG)	2021	Jens Spahn (CDU)
Pflegebudget: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System	§ 17b Abs. 4 KHG i. V. m. § 6a KHEntgG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	2019	Jens Spahn (CDU)
FDA: Einführung des Fixkostendegressionsabschlags bei Mehrleistungen in Höhe von 35% gültig für 3 Jahre	§ 4 Abs. 2a KHEntgG	Krankenhausstrukturgesetz	2016	Herrmann Gröhe (CDU)
Sachkostenkorrektur: Abbau vermeintlicher Übervergütung der Sachkostenanteile durch Abwertung von Sachkostenanteilen und Aufwertung von Personalanteilen der Bewertungsrelationen	§ 17b Abs. 1 Satz 6 KHG	Krankenhausstrukturgesetz	2016	Herrmann Gröhe (CDU)
Veränderungswert: Einführung zu verhandelnder Veränderungswert mit 1/3-Kappung	§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a KHEntgG i. V. m. § 10 Abs. 6 KHEntgG	Psych-Entgeltgesetz	2012	Daniel Bahr (FDP)
Mehrleistungsabschlag: Kürzung der Vergütung bei vereinbarten zusätzlichen Leistungen über 3 Jahre um 25% (in 2016 ersetzt durch FDA)	§ 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG	GKV-Finanzierungsgesetz	2010	Philipp Rösler (FDP)
Veränderungsrate: Reduktion der Veränderungsrate um 0,25% für 2011 und um 0,5% für 2012	§ 10 Abs. 4 KHEntgG	GKV-Finanzierungsgesetz	2010	Philipp Rösler (FDP)
Sanierungsbeitrag GKV (ca. 380 Mio. Euro): 0,5%-Abschlag KH-Rechnungen, Senkung Mindererlösquote von 40% auf 20%	§ 4 Abs. 9 KHEntgG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	2007	Ulla Schmidt (SPD)

Quelle: BDPK 2024

Der zuständige Minister redet seit mehr als einem Jahr darüber, dass man es mit der Ökonomisierung zu weit getrieben habe. Er arbeite deshalb Tag und Nacht an der Rettung der Krankenhäuser. Irgendwie kommt dort aber nichts Hilfreiches an. Was sagt das aus über die Effizienz des Ministers – oder zumindest über seine Aufrichtigkeit? Was sagt das aus über einen Minister, der die Entökonomisierung verspricht und durch Nichtstun verantwortet, dass sich die desaströse ökonomische Lage immer weiter zuspitzt. Es bleiben leere Versprechungen zu einer Krankenhausreform, die keine Instrumente beinhaltet, welche die bestehenden Probleme lösen könnten.

Das Versprechen des Ministers lautet, dass es für die besser werden könnte, die überleben.

Was bleibt den Krankenhausträgern? Sie müssen auf ihre unternehmerische Eigenverantwortung bauen! Sie müssen dringend die Kosten des vom Gesetzgeber mit immer mehr Anforderungen und Kosten aufgeblasenen Systems reduzieren. Behandlungsangebote, die sich nicht rechnen, müssen in Frage gestellt werden. Logischerweise wird es zu Einschnitten für die Patientinnen und Patienten kommen. Nicht nur in der Form, dass an einzelnen Krankenhausstandorten Leistungsangebote verschwinden, sondern auch in der Form, dass die Wartezeiten für Behandlungen an den verbleibenden Krankenhausstandorten für die Patientinnen und Patienten länger werden.

Natürlich stellt sich auch die Frage, welche Wirkungen mit den Instrumenten der geplanten Krankenhausreform erreicht werden?

Leistungsgruppen: Diese sind grundsätzlich geeignet, die Krankenhausplanung nach einheitlichen Anforderungen vornehmen zu können. Eine einheitliche „Sprache der Krankenhausplanung“ in allen Bundesländern. Minister Lauterbach möchte aber mit den Leistungsgruppen einen Schritt weitergehen. Er möchte auch die Finanzierung der Leistungen daran knüpfen. Regionale Besonderheiten dürfen allenfalls übergangsweise von den Anforderungen der Leistungsgruppen abweichen. Damit wird de facto die Krankenhausplanung der Länder ad absurdum geführt. Es wäre nämlich dann egal, ob ein Bundesland an einem Standort ein bestimmtes Leistungsangebot planerisch vorsieht, wenn der Bund die Finanzierung der Leistung ausschließt. Eine weitere große Gefahr besteht darin, dass die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften wünschenswerte, aber in der Praxis nicht erfüllbare personelle und strukturelle Anforderungen an die Leistungsgruppen definiert. Dann entstünde ein theoretisch sehr gutes Versorgungssystem, das allerdings in der Praxis für die Patienten nicht erreichbar ist.

Vorhaltepauschalen: Diese sollen die Leistungserbringung weiterhin entökonomisieren und die Krankenhäuser unabhängig von dem Zwang machen, möglichst viele Leistungsfälle erbringen und abrechnen zu wollen. Ein guter theoretischer Gedanke, der allerdings in der Praxis Widersprüche offenbart, weil die Umsetzung der Vorhaltepauschalen wiederum auf

Fallzahlen basiert. Kurz gefasst bleibt die Erlössituation des Krankenhauses unverändert, wenn auch seine Fallzahlen unverändert bleiben. Steigt die Fallzahl, weil beispielsweise im Umfeld andere Krankenhäuser schließen, bleibt die Vorhaltepauschale bis zum Schwellenwert von +20 Prozent unverändert. Das Krankenhaus hätte also mehr Patientinnen und Patienten zu versorgen, würde aber nur einen Teil der ansonsten üblichen DRG-Vergütung erhalten. Ökonomisch sinnvoll ist für das Krankenhaus die Variante sinkender Fallzahlen. In diesem Fall würde ebenfalls das Krankenhaus eine feststehende Vorhaltepauschale erhalten, die auf Patientenzahlen basiert, die gar nicht mehr erreicht werden. Vorhaltepauschalen setzen also den Anreiz, möglichst weniger Patienten zu versorgen. Ein Instrument also, mit dem zu Wartezeiten auf Behandlung angereizt wird.

Neu im gerade vorgelegten Referentenentwurf des Krankenhausversorgungs- und Verbesserungsgesetzes ist das Instrument der Mindestvorhaltezahlen. Damit soll eine Art Mindestmenge für Leistungen bestimmter Leistungsgruppen definiert werden. Krankenhäuser, die zwar einen Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan haben, sollen die Leistungen erbringen, erhalten aber kein Geld, wenn die entsprechende Mindestvorhaltezahl nicht dauerhaft erreicht wird. Das ist ein drastischer Eingriff in die Krankenhausstrukturen und wird dazu führen, dass eine beträchtliche Anzahl, insbesondere kleiner Krankenhäuser aufgrund willkürlicher normativer Vorgaben aus einzelnen Versorgungsbereichen ausscheiden wird.

Krankenhaus-Level: Am 22. März 2024 hat der Bundesrat dem Krankenhaustransparenzgesetz zugestimmt. Dort sind die Krankenhauslevel verankert, die die Regierungskommission in ihrem 3. Bericht für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagen hat. Merkmal für die Einordnung in ein bestimmtes Krankenhaus-Level ist die Anzahl der verschiedenen Fachabteilungen und die Zahl der dort tätigen Ärzte. Die Empfehlung der Kommission lautete, Leistungsgruppen nur dann zu bezahlen, wenn sie von Krankenhäusern in einem definierten Krankenhauslevel erbracht werden. Es muss vermutet werden, dass der Minister diese Kombination von Leistungsgruppen und Krankenhaus-Leveln zu einem späteren Zeitpunkt einführt. Dann würde nur das BMG

entscheiden, welche Leistungen bezahlt werden. Die Krankenhausplanung der Länder wäre damit sinnlos.

Zu den weiteren Vorschlägen der Krankenhausreform hat sich der BDPK dezidiert geäußert und in die Debatte eingebracht. Allerdings besteht nur wenig Hoffnung, dass die aktuelle Bundesregierung auf diese konstruktiven Vorschläge eingeht. Vielmehr besteht der Verdacht, dass die Reformvorschläge der Regierungskommission in ihrem 3. Bericht über unterschiedliche Gesetzgebungsverfahren in Verbindung mit der Möglichkeit, weitere relevante Regelungen über Rechtsverordnungen in Kraft setzen zu können, eins zu eins umgesetzt werden sollen.

Fazit: Eine derart deutliche Verknappung der Behandlungsangebote verstärkt nach Auffassung des BDPK die Gefahr von Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten. Auf diese Wartezeiten folgen in der Regel Angebote für Privatversicherte und Selbstzahler. Die gesetzlich Versicherten könnten einmal mehr die Verlierer dieser planwirtschaftlichen Reform werden.

Medizinische Rehabilitation

Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind vergleichsweise gut durch die Zeit der nun schwächer werdenden Inflation gekommen. Dies ist vor allem dem verantwortungsvollen Handeln der Deutschen Rentenversicherung mit dem weitgehenden Ausgleich der Preissteigerungsrate zu verdanken. Dennoch steht auch die medizinische Rehabilitation vor erheblichen Herausforderungen: Zu nennen sind die neuen Grundlagen für die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung.

Sowohl in der Kranken- als auch in der Rentenversicherung sollen verbindliche und einheitliche Grundlagen für die Leistungserbringung definiert werden. Leider dominiert dabei nicht die Frage, wie die Rehabilitation für einen steigenden Reha-Bedarf und einen starken Fachkräftemangel fit gemacht werden kann. Vielmehr werden die altbekannten bürokratischen Regularien durch kleinteilige Strukturanforderungen und Vertrags- und Meldepflichten festgeschrieben. Der Innovation und der notwendigen Weiterentwicklung der Rehabilitation wird dadurch ein Riegel vorgeschoben. So stehen bei beiden Rehabilitationsträgern Kontroll- und Meldepflichten oben an. Wenig bis

keinen Raum haben die drängenden Zukunftsfragen zur Sicherung des Rehabilitationsangebotes in Zeiten des Fachkräftemangels, des steigenden Versorgungsbedarfs im Zuge der demografischen Entwicklung oder der immer stärker fortschreitenden Digitalisierung. Neue Berufsbilder, verbesserte Organisation, Arbeitsteilung und medizinischer Fortschritt spielen leider nur eine untergeordnete Rolle. Stattdessen wird so getan, als sei die Rehabilitation allein durch das Zählen von Mitarbeiterköpfen in den Rehabilitationseinrichtungen zukunftsfit zu machen.

Leider gibt es auch keine Entfesselung der Reha-Potenziale durch einen vereinfachten Reha-Zugang. Noch immer dominieren bürokratische Anträge und Bedarfseinschätzungen durch die zuständigen Reha-Träger die Frage, ob die Patientin bzw. der Patient eine Reha bekommt oder nicht. Die eigentlich immer wichtiger werdenden Grundsätze des Sozialrechts „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ kommen keinen Millimeter voran.

Politik/Gesetzgebung

Abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren

Krankenhaustransparenzgesetz

Zeitplan: Verkündung am 27.03.2024, Inkrafttreten am 28.03.2024

Inhalte: Öffentliche Darstellung von Versorgungsstufen, Leistungsgruppen und Qualitätsdaten der Krankenhäuser durch den Bund; frühzeitigere Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes und schnellerer Mindererlösausgleich für Pflegekosten.

Forderung BDPK: Veröffentlichung von Leveln führt nicht zur Transparenz für Patient:innen, stattdessen Fokus auf Versorgungsqualität, vgl. [BDPK-Stellungnahme](#).

Digital-Gesetz (DigiG)

Zeitplan: Verkündung am 26.03.2024, Inkrafttreten am 27.03.2024

Inhalte: Stärkung der ePA durch Widerspruchslösung ab 2025 ("Opt-Out"); Weiterentwicklung und verbindliche Einführung des E-Rezepts; tiefere Integration von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Versorgungsprozesse (Leistungsanspruch soll auf Medizinprodukte höherer Risikoklassen ausgeweitet werden); Telemedizin als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung; digitale Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen; Verbesserung der Interoperabilität durch z. B. Standards und Leitfäden; Verstetigung Innovationsfonds.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

Zeitplan: Verkündung am 26.03.2024, Inkrafttreten am 27.03.2024

Inhalte: Aufbau einer nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle; Ermöglichung einer Verknüpfung von Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit und der klinischen Krebsregister; Zeugnisverweigerungsrechts für mit Gesundheitsdaten Forschende und Beschlagnahmeverbot für Gesundheitsdaten; Maßnahmen zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit der deutschen Gesundheitsdateninfrastruktur an den EHDS (European Health Data Space).

Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)

Zeitplan: Verkündung am 15.12.2023, Inkrafttreten weitgehend am 16.12.2023

Inhalte: Integration der Finanzierung des praktischen Teils in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung; Vergütung für die gesamte Dauer des Studiums; Ausgestaltung als duales Pflegestudium; Abschluss eines Ausbildungsvertrags zwischen Studierenden und einem Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung; Vereinfachung und Vereinheitlichung der Anerkennungsverfahren.

Forderung BDPK: Rehaeinrichtungen als Ausbildungsträger zulassen; ausländische Pflegekräfte während des Anerkennungsverfahrens als Pflegehilfskräfte zulassen, vgl. [BDPK-Stellungnahme](#).

Laufende Gesetzgebungsverfahren

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Zeitplan: 06.12.2022: Vorschläge Expertenkommission, 05.01.2023: Bund-Länder Einigung auf den Zeitplan, 19.05.2023: BMG-Eckpunkte, 10.07.2023: Eckpunktepapier Bund-Länder-AG, 22.09.2023: Erster Arbeitsentwurf, 13.11.2023: Zweiter Arbeitsentwurf, 15.03.2024: Referentenentwurf wird bekannt, 12.04.2024: Veröffentlichung Referentenentwurf und Einleitung Stellungnahmeverfahren, 29.04.2024: Verbändeanhörung, 15.05.2024: Kabinettsbeschluss

Inhalte: Einführung von Leistungsgruppen; Vorhaltefinanzierung mit Mindestvorhaltezahlen; Umsetzung von sektorenübergreifenden Versorgern (Level II-Einrichtungen); Transformationsfonds i. H. v. 50 Mrd. EUR (jeweils hälftig durch Bund und Länder finanziert); volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen sowie voller Orientierungswert als Obergrenze für den Veränderungswert.

Forderung BDPK: Ganzheitliche Berücksichtigung von Versorgungsauswirkungen; Streichung redundanter Qualitätsvorgaben; vollständige Vorhaltevergütung in bedarfsnotwendigen Versorgungseinheiten anstatt 60 % für alle; Einbindung von Level II-

Einrichtungen in die Investitionsfinanzierung und Vorhaltefinanzierung; konkrete Maßnahmen zur ambulanten Öffnung der Krankenhausversorgung, vgl. [BDPK-Impulspapier](#) und [BDPK-Stellungnahme](#).

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG, "Versorgungsgesetz I")

Zeitplan: 20.06.2023: Referentenentwurf wird bekannt, 16.01.2024: [überarbeiteter Referentenentwurf](#) wird bekannt, 23.03.2024: nochmals überarbeiteter Referentenentwurf wird bekannt (noch in der Ressortabstimmung), 12.04.2024: Veröffentlichung Referentenentwurf und Einleitung Stellungnahmeverfahren, 22.05.2024: Kabinettsbeschluss

Inhalte: Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung; Erleichterungen für die Gründung von kommunalen MVZ; G-BA Reform; Krankenkassenqualitätstransparenz; Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche; Versorgungspauschale für chronisch Kranke; Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der ambulanten Versorgung: Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen; Aufhebung der Vergütung über Zusatzentgelte von Testungen auf das Corona-Virus bei Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen werden; Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung.

Forderung BDPK: MVZ-Gründung durch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ermöglichen, vgl. [BDPK-Stellungnahme](#).

Gesetz zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes und anderer Vorschriften

Zeitplan: 27.03.2023: Referentenentwurf (noch in der Ressortabstimmung)

Inhalte: Verpflichtung der Arbeitgeber, Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer jeweils am Tag der Arbeitsleistung elektronisch aufzuzeichnen (mit alternativen Aufzeichnungsverfahren bei entsprechender Vereinbarung im Tarifvertrag oder Betriebs- oder Dienstvereinbarungen).

Medizinforschungsgesetz

Zeitplan: 29.01.2024: Referentenentwurf, 27.03.2024: Kabinettsentwurf

Inhalte: Vereinfachtes Antragsverfahren für klinische Studien; bessere Rahmenbedingungen für den Pharmastandort Deutschland (u. a. Vereinfachung von Arzneimittelzulassungen).

Physiotherapieberufereformgesetz (PhyThBRefG)

Zeitplan: 14.02.2024: Referentenentwurf (noch in der Ressortabstimmung)

Inhalte: Teilakademisierung durch Implementation eines fachschulischen und eines hochschulischen Berufs.

Jahressteuergesetz 2024 (JStG 2024)

Zeitplan: 17.05.2024: Referentenentwurf

Inhalte: Gesetzliche Verstetigung der 150-Euro-Vereinfachungsregelung für Bonusleistungen für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 10 EStG); Pauschalbesteuerung von Mobilitätsbudgets (§ 40 EStG); Verlängerung der Abwicklungsfrist für Investmentfonds von fünf auf zehn Jahre; Konzernklausel bei der aufgeschobenen Besteuerung der geldwerten Vorteile aus Vermögensbeteiligungen (§ 19a EStG).

Forderung BDPK: Umsatzsteuerfreiheit der Leistungen von Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag, vgl. [BDPK-Stellungnahme](#).

Novelle des Transplantationsgesetzes

Zeitplan: 24.04.2024: Referentenentwurf, 23.05.2024: Verbändeanhörung.

Inhalte: Aufhebung des Subsidiaritätsgrundsatzes; Schaffung von Grundlagen für den Aufbau eines Programms für Überkreuzlebendnierenspende; Regelungen zur Stärkung des Schutzes der Spender:innen; Erweiterung der Möglichkeit der Spende von Organen oder Gewebe in besonderen Fällen nach § 8 TPG.

Gesetz zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (gematik-Gesetz)

Zeitplan: 14.05.2024: Referentenentwurf, 1. HJ, 2024: Inkrafttreten

(voraussichtlich).

Inhalte: Umwandlung der gematik in eine Digitalagentur; Erweiterung des Aufgabenbereiches der gematik (u. a. Entwicklung und Betrieb eigener digitaler Anwendungen, Sanktionierung TI-Anwendungen-Hersteller bei Ordnungswidrigkeiten).

Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (ÄApprO)

Zeitplan: 15.06.2023: Referentenentwurf, 08.01.2024: überarbeiteter Referentenentwurf

Inhalte: Stärkung Praxisbezug durch patientenbezogenen Unterricht; verbindliche Integration des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin; Stärkung Allgemeinmedizin; Verankerung wissenschaftlicher und interprofessioneller Kompetenzen; Möglichkeit im Praktischen Jahr Einsätze in stationären sowie auch in ambulanten Reha-Einrichtungen durchzuführen; Universitäten haben ebenfalls die Möglichkeit, außeruniversitäre Einrichtungen (wie bspw. Reha-Einrichtungen) in die Ausbildung mit einzubeziehen; keine Begrenzung der Höhe der Entschädigung für Studieren im PJ.

Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)

Zeitplan: 15.11.2023: Referentenentwurf, 07.02.2024: überarbeitete Verordnung wird dem Bundesrat zugeleitet, 06.03.2024: Beschluss zur Vertagung der Beratung im BR-Gesundheitsausschuss, 10.04.2024: Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates, 26.04.2024: Maßgabebeschluss des Bundesrates

Inhalte: Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser (ermittelte Soll- und Ist-Personalbesetzung, monatsbezogen für die jeweilige Station und Schicht und Gesamtmeldung für vorheriges Jahr mit Wirtschaftsprüfer-Testat); Anhand der übermittelten Daten soll in einem ersten Schritt ermittelt werden, wie sich die vorhandene Ist-Personalausstattung zur ermittelten Soll-Personalausstattung verhält.

Forderung BDPK: keine aufwändigen Parallelstrukturen (Entfall PpUG bei Einführung der PPR 2.0); Qualifikationsmix und Ganzhausansatz

berücksichtigen; Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen, vgl. BDPK-Stellungnahme.

Krankenhäuser

Einleitung

Die Lage der deutschen Krankenhäuser ist so schlecht wie noch nie. Fast 80 Prozent der Krankenhäuser erwarten für das Jahr 2023 ein negatives Jahresergebnis, für das Jahr 2024 gehen 71 Prozent der Krankenhäuser von einer weiteren Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation aus. (Vgl. [DKI Krankenhausbarometer-Barometer 2023](#)). Bis Ende 2025 schätzen 25 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser und 18 Prozent der Psychiatrien ihr Insolvenzrisiko hoch bis sehr hoch ein. (Vgl. [DKI Krankenhaus-Index 2024](#)). Viele Krankenhäuser sehen sich deswegen zu drastischen Sparmaßnahmen gezwungen, die sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken können. Dazu zählen etwa Personalabbau, Einschränkungen beim Leistungsangebot, Bettensperren und Einsparungen bei Investitionen und Infrastruktur. Die Hauptursache für diese finanzielle Schieflage sind die den Krankenhäusern nicht ausgeglichenen Kosten- und Tariflohnsteigerungen, bei gleichzeitigen Fallzahlrückgängen in Höhe von 13 Prozent. (Vgl. [Krankenhaus Rating Report 2023: Fallzahlrückgang 2022 im Vergleich zu 2019](#)).

Die Krankenhäuser stehen zu ihrer Pflicht, verantwortungsvoll zu wirtschaften. Die drastischen Kostensteigerungen aufzufangen, welche die Kliniken schon seit zwei Jahren belasten, ist jedoch unmöglich. Krankenhäuser können die gestiegenen Kosten im Gegensatz zu anderen Branchen nämlich nicht durch höhere Preise abfedern. Sie sind stattdessen auf eine Refinanzierung der inflationsbedingten Kostensteigerungen durch die Krankenkassen angewiesen, die der Bund durch eine entsprechende Gesetzgebung gewährleisten muss. Es handelt sich dabei nicht um Staatshilfen oder Subventionen, sondern um eine notwendige Refinanzierung der übertragenen Leistungen entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung.

Wir haben den politischen Entscheidungsträgern Lösungsvorschläge vorgelegt, die ohne komplizierte Gesetzgebung die wirtschaftliche Schieflage der Krankenhäuser reduzieren können. Konkret schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

1. Wiedereinführung der Möglichkeit der Landesbasisfallwertkorrektur bei sinkenden Fallzahlen (§ 10 Abs. 4 KHEntgG)
2. Aufhebung der Kappung des Veränderungswertes (§ 9 Abs. 1 b KHEntgG, § 10 Abs. 6 KHEntgG und § 9 Abs. 1 BPfIV)
3. Streichung der Kappungsgrenze (aktuell 50 Prozent) bei Refinanzierung der Tarifsteigerungen (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

Die gesetzgeberische Bilanz zur Notlage der Krankenhäuser fällt allerdings ernüchternd aus: Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz soll nun endlich Geld für ordnungspolitisch dysfunktionale Pflegebudgets fließen, auf das die Krankenhäuser sowieso schon lange Anspruch haben. Mit dem mittlerweile bekanntgewordenen Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sind weitere Maßnahmen geplant: So ist für das Jahr 2024 die volle Refinanzierung der Tarifraten vorgesehen, ab 2025 soll der volle Orientierungswert gelten. Beide Maßnahmen sind absolut unzureichend, um die äußerst angespannte wirtschaftliche Situation und die hohe Insolvenzgefährdung der Krankenhäuser auch nur annähernd zu verbessern, da sie lediglich zukünftige Kostensteigerungen adressieren.



1. Landesbasisfallwertkorrektur bei sinkenden Fallzahlen

Bislang war in § 10 Abs. 4 KHEntgG geregelt, dass bei Rückgängen der Fallzahlen der Landesbasisfallwert angehoben werden kann. Fallzahlsteigerungen hingegen führen zur Senkung des Landesbasisfallwertes. Damit sollte das Mengenrisiko für die Krankenhausaufgaben eliminiert werden.

Diese Regelung hat der Bundesgesetzgeber mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) vom 28.12.2022 zum 01.01.2023 gestrichen. Seit dem Jahr 2019 hat sich die Fallzahl vermutlich als Folge der Pandemie um mehr als 13 Prozent nach unten entwickelt. Demzufolge hätte der Landesbasisfallwert für das Folgejahr entsprechend nach oben angepasst werden müssen, was aber durch die bundesgesetzgeberische Änderung nicht mehr erfolgen konnte. Während Leistungssteigerungen in der Vergangenheit jahrelang faktisch einem doppelten Abschlag unterlagen (absenkender Effekt auf den Landesbasisfallwert bei gleichzeitigem Mehrleistungsabschlag auf Ortsebene), wurde die bestehende Kompensationsmöglichkeit für die Refinanzierung der verbleibenden Fixkosten aus dem Gesetz gestrichen. Somit haben die Krankenhäuser in der Vergangenheit das Risiko der steigenden Fallzahlen getragen und übernehmen seit dem 01.01.2023 auch das Risiko der sinkenden Fallzahlen.

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die Kompensationsmöglichkeit für die Refinanzierung wieder eingeführt.

Abbildung 1: Ausschnitt BDPK-Lösungsvorschläge zur Linderung der wirtschaftlichen Notlage der Krankenhäuser. Quelle: BDPK 2023.

Krankenhausreform

Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden offiziell drei Ziele für die anstehende Krankenhausreform formuliert: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung und Entbürokratisierung für Krankenhäuser. Diese sollen konkret über die beiden Gesetze Krankenhaustransparenzgesetz und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) umgesetzt werden.

Krankenhaustransparenzgesetz

Mit dem am 28.03.2024 in Kraft getretenen Krankenhaustransparenzgesetz werden Krankenhäuser dazu verpflichtet, Daten über ihr Personal (Pflegerkräfte, Hebammen und Ärzt:innen), ihr Leistungsangebot und auch über bestimmte Qualitätsmerkmale wie Zertifikate von Krebszentren an das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln. Darüber hinaus sollen die einzelnen Standorte einem sogenannten Level zugeordnet werden. Die umfassende Sammlung und Veröffentlichung der Daten begründet das BMG mit dem Ziel der Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität. Dies soll konkret erreicht werden, indem Patient:innen anhand des Online-Verzeichnisses des BMG eine qualitätsorientiertere Auswahl des Krankenhauses treffen.

Diese Sichtweise wird vom BDPK nicht geteilt. Der BDPK weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die im Rahmen des Verzeichnisses geplanten Daten keine neuen Informationen darstellen. Zur Information der Patient:innen bestehen bereits etablierte Transparenzportale wie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Qualitätskliniken.de und das Deutsche Krankenhausverzeichnis. Der BDPK kritisiert zudem das Grundprinzip „je größer das Krankenhaus, desto besser die Qualität“, das der Level-Systematik zugrunde gelegt wird. Die Beurteilung der tatsächlichen Versorgungsqualität erfordert zwingend die Einbeziehung von Indikatoren für die Ergebnisqualität, die sich aber im Krankenhaustransparenzgesetz nicht wiederfinden, (vgl. [Stellungnahme des BDPK zum Krankenhaustransparenzgesetz](#)).

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Die weiteren Ziele der Reform plant das BMG mit dem KHVVG umzusetzen, das nach Ankündigung des Bundesgesundheitsministers Lauterbach ein

zustimmungsfreies Gesetz werden soll. Ein entsprechender Referentenentwurf wurde am 17.03.2024 bekannt. Zu den wesentlichen Maßnahmen aus dem KHVVG fordert der BDPK folgende Nachbesserungen (vgl. [Stellungnahme des BDPK zum KHVVG](#)):

- **Leistungsgruppen**

Die Mindeststrukturvorgaben der jeweiligen Leistungsgruppen müssen auf das unbedingte Maß dessen beschränkt bleiben, was nachweislich medizinisch Sinn macht und der Versorgung der Patienten dient. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen muss den Ländern ausreichend Spielraum gegeben werden, um eine sinnvolle Balance zwischen Qualitätsanforderungen und Versorgungssicherheit herzustellen. Wenn Planungsbehörden die Entscheidung treffen, dass aus Gründen der Versorgungssicherheit bestimmte Leistungsgruppen an einem bestimmten Standort vorgehalten werden müssen, sollte die Zuordnung auch ohne zeitliche Befristung erfolgen dürfen.

- **Fachkrankenhäuser**

Statt die Vorgaben aus dem NRW-Krankenhausplan eins zu eins auf Fachkrankenhäuser zu übertragen, muss bei der Vorhaltung einzelner Leistungsgruppen durch Fachkrankenhäuser dringend geprüft werden, ob diese für das Indikationsspektrum überhaupt erforderlich ist. Diesbezüglich hat der BDPK in Abstimmung mit der Facharbeitsgruppe „Krankenhausreform: Fachkrankenhäuser“ ein Schreiben erstellt, das an gesundheitspolitische Entscheidungsträger übermittelt wurde. (Vgl. [Schreiben des BDPK zur Leistungsgruppensystematik für Fachkrankenhäuser](#)).

- **Vorhaltevergütung**

Das im Referentenentwurf vorgesehene Instrument des Vorhaltebudgets ist weiterhin fallzahlabhängig und eignet sich nicht zur finanziellen Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Dies wird auch durch eine Auswirkungsanalyse des Beratungsunternehmens vebeto belegt, die im Auftrag der DKG Anfang 2024 erstellt wurde. (Vgl. [DKG-Pressemeldung vom 16.01.2024](#)). Wenn die Einführung einer Vorhaltefinanzierung politisch gewollt ist, dann sollte sie mit der Sicherstellung notwendiger Behandlungsangebote verknüpft werden: Volle Finanzierung der Betriebs-

und Investitionskosten von bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (z. B. Notfallversorgung, Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) oder von Standorten in ländlichen Regionen (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags).

- **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen dauerhaft zur Erbringung ambulanter Behandlungen ermächtigt werden. Als eine weitere Form der Krankenhausversorgung müssen sie sich im bestehenden System refinanzieren können. Sinnvoll wäre eine Fortschreibung des Budgets für die Phase der Umsetzung. Sie sind zudem zwingend in die Investitionsfinanzierung der Länder einzubinden.

BDPK-Kampagne: „Krankenhaus retten“

Der BDPK hat die Reformgespräche auf Bund-Länder-Ebene mit einer eigenen PR-Kampagne „Krankenhaus retten“ begleitet. In diesem Rahmen wurden die Forderungen des Verbandes öffentlichkeitswirksam kommuniziert. Die Bestandteile der Kampagne werden unter der Rubrik „Öffentlichkeitsarbeit“ des vorliegenden Geschäftsberichtes ausführlich beschrieben.



Abbildung 2: BDPK-Plakat vor der SPD-Bundeszentrale Willy-Brandt Haus, Berlin. Quelle: BDPK 2024

BDPK-Impulspapier

Die Maßnahmen aus dem Krankenhaustransparenzgesetz und die vorgesehenen Instrumente aus dem Referentenentwurf für das KHVVG haben gemeinsam, dass sie ohne die Einbindung der Krankenhausträger und ihrer Verbände entwickelt wurden. Eine echte Verbesserung der Krankenhausversorgung kann aber nur in einem partizipativen Prozess mit allen betroffenen Akteuren erreicht werden. In diesem Kontext hat der BDPK ein Impulspapier mit Vorschlägen für die Krankenhausreform erstellt, das gemeinsam mit den Landesverbänden an politische Entscheidungsträger auf Bund- und Länderebene übermittelt wurde. Die wesentlichen Vorschläge sind dabei:

- **Praktikable Ausgestaltung der ambulanten Leistungserbringung in Krankenhäusern**

Die Einführung einer sektorengleichen Vergütung mit Hybrid-DRG und AOP-Katalog ist grundsätzlich der richtige Weg. Allerdings wird die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen durch die gegenwärtig extrem restriktiven Vergütungsregelungen und Rechtsunsicherheiten gehemmt. Statt weiteren Regularien fordert der BDPK echte Anreize für die ambulante Öffnung: wissenschaftlich begleiteter Übergangszeitraum von drei Jahren, wo alle Krankenhausfälle mit bis zu drei Tagen Verweildauer auch ambulant erbracht werden dürfen, bei gleichzeitig temporärem Verzicht auf die primäre und sekundäre Fehlbelegungsprüfung.

- **Entwicklung eines Systems zur regionalen Versorgungsplanung**

Für eine wirksame Reform greift der isolierte Blick auf Krankenhäuser zu kurz. Deshalb sollte – wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung vereinbart – eine regionale Versorgungsplanung entwickelt werden. Dazu sollten Bund und Länder gemeinsam ein Planungsinstrument schaffen, das auf die relevanten Versorgungsangebote ausgerichtet ist: haus- und fachärztliche Versorgung, ambulante Notfallversorgung, stationäre Versorgung, Rettungsdienst, Übergangs- und Langzeitpflege. Hierzu gehört auch die Gewährleistung einer nahtlosen Versorgung der Patient:innen im Rahmen einer Anschlussrehabilitation.

- **Entwicklung/Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets**

Die Entwicklung, Erprobung und Einführung von regionalen Gesundheitsbudgets müsste mit der regionalen Versorgungsplanung einhergehen. Konkrete Umsetzungsvorschläge hierzu hat der BDPK mehrfach der Politik vorgestellt und veröffentlicht. (Vgl. [BDPK-Artikel zum regionalen Gesundheitsbudget](#)).

- **Streichung des Fixkostendegressionsabschlags**

Die Streichung des FDA fördert die politisch gewollte und medizinisch sinnvolle Spezialisierung der Krankenhausversorgung und ist somit so früh wie möglich umzusetzen.

- **Radikale Entbürokratisierung**

Im Sinne einer radikalen Entbürokratisierung sollten alle Kontrollvorschriften in den relevanten Gesetzen für einen Übergangszeitraum ausgesetzt werden. Nach wissenschaftlicher Evaluation kann entschieden werden, welche Vorschriften in welchem sinnvollen Umfang wieder eingesetzt werden sollten. Zudem hat der BDPK konkrete Vorschläge zum sofortigen Bürokratieabbau erstellt, die am 16.10.2023 im Rahmen einer Anhörung der Regierungskommission vorgestellt wurden. (Vgl. [BDPK-Stellungnahme zur Entbürokratisierung](#)).

- **Deutliche Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze**

In jedem Bundesland soll die Zahl der Medizinstudienplätze zunächst um 20 Prozent, in einem zweiten Schritt dann um 30 Prozent oder mehr erhöht werden. Die Finanzierung erfolgt zentral aus Bundesmitteln. Eventuell sind auch pauschale Ausgleichszahlungen durch die Bundesländer denkbar, wenn Mediziner in einem anderen Bundesland tätig werden als das, in dem sie ausgebildet wurden.

Das Impulspapier ist auch auf der Webseite der BDPK-Geschäftsstelle veröffentlicht. (Vgl. [BDPK-Impulspapier](#)).

Ambulante Öffnung

Bezüglich der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser fanden zum 01.01.2024 eine Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB und die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) statt. Zum Leistungskatalog der Hybrid-DRG gehören bestimmte Hernienoperationen, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke und Exzision eines Sinus pilonidalis.

Aktuelle Entwicklungen zur AOP-Erweiterung und zur Einführung von Hybrid-DRG wurden im Geschäftsjahr 2023/24 in den Fachgremien Fachausschuss Krankenhäuser und Facharbeitsgruppe Ambulantisierung ausführlich beraten. Der BDPK begrüßt grundsätzlich die Maßnahmen zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser, kritisiert jedoch, dass die bestehenden Instrumente nur unzureichend positive Anreize für Krankenhäuser vorsehen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Erlösrückgänge durch die ambulante Erbringung der vormalig stationären Behandlungen wären diese dringend erforderlich, um die ambulante Öffnung der Krankenhäuser bedeutend voranzutreiben. Praktikable Lösungsansätze hierfür hat der BDPK in einem Impulspapier vorgelegt, welches an politische Entscheidungsträger versandt wurde ([siehe Unterpunkt „BDPK-Impulspapier“](#)).

Pflegepersonalvorgaben

Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)

Die vierte Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ist im Bundesgesetzblatt vom 08.11.2023 veröffentlicht worden. Ab dem 01.01.2024 wird somit ein neuer pflegesensitiver Bereich "Neurochirurgie" eingeführt (s. folgende Abbildung).

Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2024		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
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Urologie	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10 %	5 %
Rheumatologie	PPUG	13:1	30:1
	PHK-Grenze	10 %	5 %
Neurochirurgie	PPUG	9:1	18:1
	PHK-Grenze	10 %	5 %

Abbildung 3: Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2024. Quelle: BDPK 2024

Die praktische Umsetzung der PpUG stößt seit der Einführung des Instruments auf große Kritik der Krankenhäuser, die nun auch im Evaluationsbericht der Selbstverwaltungspartner vom 31.01.2024 zum Ausdruck kommt: 70 Prozent der befragten Einrichtungen gaben an, dass die PpUG nicht die Versorgungsrealität widerspiegeln. Zwei Drittel der Befragten bewerten die Regelungen der PpUG als unangemessen für interdisziplinär belegte Stationen. (Vgl. [Evaluationsbericht der Selbstverwaltung](#)). Dies deckt sich mit der Kritik des BDPK, dass die PpUG einen zu starken Fokus auf examinierte Pflege hat und der seit Jahren bewährten interdisziplinären Zusammensetzung der Krankenhausteams im Sinne eines breiten Qualifikationsmixes mit weiteren Gesundheitsberufen nicht gerecht wird.

Der BDPK fordert weiter, dass die PpUG spätestens im Zuge der Einführung der PPR 2.0 gestrichen werden müssen. Die PpUG haben sich nicht als Instrument zur Überwindung des Fachkräftemangels bewährt. Vielmehr entsteht durch die umfangreichen Dokumentations- und Nachweispflichten ein erheblicher Bürokratieaufwand, der zusätzliches Personal in Krankenhäusern bindet und von der Patientenversorgung fernhält.

PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0

Das BMG hat im November 2023 einen Referentenentwurf für die Verordnung zur Einführung der PPR 2.0 für den Bereich der Normalstation (Erwachsene, Kinder) und der Intensivstation (Kinder) vorgelegt. Zu diesem Entwurf hat der BDPK eine Stellungnahme abgegeben und hierin die Grundsatzkritik an der PPR 2.0 erneuert. (Vgl. [BDPK-Stellungnahme zum Verordnungsentwurf PPR 2.0](#)). Aus Sicht des BDPK ist die PPR 2.0 nur anstelle der bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen sinnvoll und zielführend. Bei der Einführung muss zudem darauf geachtet werden, dass auch interdisziplinär arbeitende Berufsgruppen (z. B. Logopäden, Ergo-, Sprach-, und Physiotherapeuten) in der PPR 2.0 Berücksichtigung finden. Um die Mitarbeitenden in Krankenhäusern nicht mit noch mehr Bürokratie zu belasten, sollte die Erfassung des pflegerischen Bedarfs im Rahmen eines Ganzhausansatzes erfolgen.

Im Februar 2024 wurde eine überarbeitete Version des Verordnungsentwurfes bekannt, die dem Bundesrat zugeleitet wurde. Die Vorlage für den Bundesrat sieht anders als der vorherige Entwurf keine Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10

KHG vor. Vor dem Hintergrund der Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat der BDPK ein gesondertes Schreiben vorbereitet, in dem die Wichtigkeit der Herausnahme der Besonderen Einrichtungen von der PPR 2.0/Kinder-PPR 2.0 dargelegt wird. Das Schreiben wurde zusammen mit den Landesverbänden an Entscheidungsträger auf Landesebene übermittelt.

Fachkräftemangel begegnen

Aus Sicht des BDPK wird ein Pflegepersonalbemessungsinstrument wie die PPR 2.0, das lediglich den Personalbedarf quantifiziert, aber keinerlei zusätzliches Pflegepersonal schafft, nichts am gegenwärtigen Fachkräftemangel ändern. Um eine echte Überwindung des Fachkräftemangels in der Pflege zu erreichen, halten wir Maßnahmen wie die Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegekräfte durch bundesweit einheitliche Fristen und vorzulegende Unterlagen, die Stärkung des Qualifikationsmixes, die Aufwertung examinierter Pflege durch das Zusammenwachsen ärztlicher und pflegerischer Aufgabenbereiche sowie die Entlastung von Pflegekräften durch Digitalisierung (Robotik, elektronische Dokumentation) für sinnvoll. Auch der Gewinnung und Bindung von Fachkräften durch hochwertige Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten kommt bei der Überwindung des Fachkräftemangels eine maßgebliche Bedeutung zu. Die BDPK-Arbeitsgruppe „Kennzahlen Pflegeausbildung“ hat sich in diesem Berichtsraum nach verschiedenen quantitativen Erhebungen zu Best-Practice-Beispielen zum Thema Pflegeausbildung ausgetauscht. Im Mittelpunkt standen dabei die Aspekte Praxisschock, Praxisanleitung, Theorie-Praxis-Transfer, die Bindung von frisch examinieren Pflegekräften sowie Haltung und Einstellungen zur Pflegeausbildung bzw. des Pflegeberufes.

Psychiatrie / Psychosomatik

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Oktober 2023 beschlossen, die Sanktionen nach der „Personalausstattung Psychiatrie die Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) um zwei weitere Jahre auszusetzen. Sofern die Personalanforderungen nicht eingehalten werden, sollen die

Sanktionen folglich ab 2026 greifen. Des Weiteren hat der G-BA im März 2024 beschlossen, die Sanktionshöhe zu reduzieren.

Aus Sicht des BDPK ist es richtig, dass der G-BA den Beginn finanzieller Sanktionen nochmals verschoben hat. Auch dass die Krankenhäuser ab 2026 weniger scharf sanktioniert werden sollen, ist ein wichtiges Signal. Krankenhäuser sind nämlich engagiert, mehr Personal in die Versorgung zu bekommen, scheitern aber oftmals daran, dass auf dem Arbeitsmarkt schlicht kein Personal verfügbar ist.

Die zuletzt mehrfachen Verschiebungen der Sanktionen verdeutlichen aber gleichzeitig, dass die Richtlinie in ihrer gegenwärtigen Form nicht praxistauglich ist, um das gewünschte Ziel zu erreichen, die Qualität der Versorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patient:innen zu verbessern. Die gewonnene Zeit muss deshalb weiter genutzt werden, um die Richtlinie grundsätzlich zu überarbeiten. Konkret bedeutet das: Der starre und nicht mehr zeitgemäße Stationsbezug muss vollständig entfallen. Des Weiteren muss der Qualifikationsmix durch flexiblere Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen untereinander gestärkt werden. (Vgl. [BDPK-Stimmen zur PPP-RL](#)). So fordern es neben dem BDPK auch verschiedene psychiatrische Fachverbände. Auch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung plädiert in ihrer 8. Stellungnahme für den Bereich Psychiatrie / Psychosomatik für eine deutliche Flexibilisierung der Richtlinie und Entschlackung der hohen Dokumentationsaufwände. (Vgl. [Stellungnahme Regierungskommission Psych-Fächer](#)).

Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag

Umsatzsteuer

Um das Ziel der Umsatzsteuerfreiheit für Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag zu erreichen, hatten mehrere Einrichtungen aus dem Kreis der BDPK-Facharbeitsgruppe Privatkliniken im Jahr 2021 Beschwerde bei der Europäischen Kommission eingelegt. In den jeweiligen Verfahren war auf ein anhängiges Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) verwiesen worden, das zunächst abgewartet werden sollte. Dieses EuGH-Urteil erging am 07.04.2022. Das Urteil verdeutlicht erneut, dass sich das deutsche Steuerrecht nicht mit europäischem Recht

vereinbaren lässt und bekräftigt die Forderung des BDPK, dass eine Anpassung des deutschen Umsatzsteuerrechts notwendig ist.

Inzwischen liegt eine Antwort der EU-Kommission vor. Demnach hat die EU-Kommission sich zwischenzeitlich an die Bundesrepublik Deutschland gewandt, um sich nach der Umsetzung des EuGH-Urteils zu erkundigen. Nach Rücklauf seitens der deutschen Behörden müsse noch die Folgerechtsprechung der deutschen Gerichte zu dem EuGH-Urteil abgewartet werden. Hintergrund ist, dass das EuGH-Urteil auf eine Vorlage des Finanzgerichts Niedersachsen zurückging. Dieses muss sich nun auch zu den Folgen der Entscheidung für die einschlägigen nationalen Vorschriften äußern. Insgesamt ist die Reaktion der EU-Kommission positiv und als wichtiges Signal für die deutschen Behörden zu bewerten. Allerdings wird die Folgeentscheidung des Finanzgerichts Niedersachsen vermutlich längere Zeit in Anspruch nehmen. Parallel wird sich der BDPK auch auf nationaler Ebene weiter für die Umsatzsteuerfreiheit für Privatkliniken einsetzen.

Anbindung an die Telematik-Infrastruktur

Neben Plankrankenhäusern sind auch Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag zu diversen Meldungen verpflichtet (z. B. Betten-Meldungen gemäß dem Infektionsschutzgesetz und Meldungen im Rahmen des Implantateregisters). Voraussetzung für diese Meldungen ist eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur.

Bislang lag für Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag eine technische Unmöglichkeit für die Meldung vor, da sich die Häuser gar nicht an die TI anbinden konnten. Ende 2023 hat die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) bekannt gegeben, dass Privatkliniken den elektronischen Institutionsausweis bei der DKTIG bestellen können, wodurch eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur auch für Privatkliniken technisch möglich wird.

Im Gegensatz zu Plankrankenhäusern erhalten Privatkliniken nach § 30 GewO aktuell jedoch keine Refinanzierung der Kosten für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Gegenüber der Politik setzen wir uns für die analoge Anwendung der Finanzierungsvereinbarung der Krankenhäuser

nach § 377 SGB V unter Einbindung der PKV ein. Andernfalls müssten alternative Meldewege ohne TI-Anbindung geschaffen werden.

Beihilfefähigkeit von Leistungen in Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag

Seit dem 01.01.2021 ist für die Berechnung der Beihilfefähigkeit von Patient:innen in psychiatrischen / psychosomatischen Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag die Orientierung am PEPP-System verpflichtend. Die Ermittlung des beihilfefähigen Betrags ergibt sich gemäß Bundesbeihilfeverordnung aus einem pauschalisierten Basisentgeltwert in Höhe von 300 Euro und der jeweiligen Bewertungsrelation des PEPP-Katalogs.

Problematisch ist, dass die Höhe des Basisentgeltwertes in der Bundesbeihilfeverordnung seit drei Jahren unverändert ist und inflationsbedingte Kostensteigerungen nicht berücksichtigt sind. Plankrankenhäuser können die Basisentgeltwerte individuell mit den Kostenträgern verhandeln. Für Privatkliniken gilt jedoch ein pauschaler, statischer Wert. Bei somatischen Privatkliniken ist der Bundesbasisfallwert Bezugspunkt und hierdurch eine jährliche Fortschreibung sichergestellt. Alle Privatkliniken erhalten keine Investitionszuschüsse, was in den Erstattungsbeträgen berücksichtigt werden muss.

Die Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO hat sich zu dieser Thematik ausgetauscht und eine Gesamtforderung erarbeitet, die auf eine Erhöhung und Dynamisierung des Basisentgeltwertes im Rahmen der Beihilfe nach folgender Berechnungslogik abzielt:

Durchschnittlicher Basisentgeltwert der Plankrankenhäuser gemäß Psych-Krankenhausvergleich

+ jeweils gültiger Orientierungswert

+ Investitionszuschlag in Höhe von 10 Prozent.

Der Investitionszuschlag muss auch für somatische Privatkliniken Anwendung finden. Diese Forderung haben wir an die Innenministerien adressiert.

Reha und Vorsorge

Verbindliche Entscheidungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) hatte den gesetzlichen Auftrag, bis zum 30. Juni 2023 „Verbindliche Entscheidungen“ (VE) festzulegen, mit denen die Zulassungsanforderungen für medizinische Rehabilitationseinrichtungen, das Vergütungs- und Belegungssystem sowie die Veröffentlichung von Qualitätsdaten einheitlich, transparent, nachvollziehbar und diskriminierungsfrei definiert werden.

Trotz massiver Kritik der Leistungserbringerverbände an den Entwürfen der von der DRV Bund vorgelegten VE hat der Bundesvorstand der DRV am 25. Mai 2023 die endgültigen Versionen der Verbindlichen Entscheidungen beschlossen. Seit dem 1. Juli 2023 sind sie in Kraft.

Zur rechtlichen Bewertung hat der BDPK gemeinsam mit mehreren Rehabilitationseinrichtungen ein Gutachten bei Prof. Frauke Brosius-Gersdorf (Universität Potsdam) in Auftrag gegeben. Das Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die derzeitige Ausgestaltung der Verbindlichen Entscheidungen europarechtswidrig und verfassungsrechtswidrig ist. Eine europa- und verfassungsrechtskonforme Umsetzung erfordere ein echtes Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände.

EU-Beschwerde

Das vom BDPK beauftragte Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Verbindlichen Entscheidungen (§ 15 SGB VI) gegen EU-Recht verstoßen. Ein Verstoß liegt vor, weil die Rentenversicherungsträger hoheitliche Funktionen wahrnehmen und zugleich auf dem Markt der Leistungserbringung tätig werden. Dadurch besteht eine latente Diskriminierungsgefahr für die Vertragseinrichtungen. Trotz dieses festgestellten Verstoßes reagiert der Gesetzgeber nicht und auch die DRV Bund unternimmt keine Anstrengungen, um sich unionsrechtskonform zu verhalten.

Der BDPK und zahlreiche Reha-Kliniken haben deshalb Beschwerde gegen § 15 SGB VI bei der Europäischen Kommission eingereicht. Die

Unionsrechtskonformität wird derzeit durch die EU-Kommission überprüft.

Der BDPK und viele Reha-Kliniken richten sich mit ihrer EU-Beschwerde gegen die Ausgestaltung der Verbindlichen Entscheidungen. In ihnen sollte die Rentenversicherung, so lautete der gesetzliche Auftrag, die Beschaffung von medizinischen Reha-Leistungen transparenter als bisher regeln. Das Vergütungskonzept sollte nachvollziehbarer und die selektive Einrichtungsauswahl durch die Rentenversicherung objektiver werden. Bei der Umsetzung dieses Auftrags sollte die DRV die Leistungserbringerverbände beteiligen, was jedoch nur unzureichend erfolgt ist. Denn die Einwände der Verbände blieben in relevanten Punkten unberücksichtigt. Eine Abschaffung der trägereigenen Einrichtungen der DRV und Ausschreibungen sind mit der EU-Beschwerde nicht beabsichtigt. Ebenso ist keine Verhinderung des Gesetzes in Gänze gewollt. Gefordert wird lediglich die Diskriminierungsfreiheit. Dafür ist es notwendig, die Leistungserbringer bei der Ausgestaltung der Verbindlichen Entscheidungen gleichberechtigt einzubeziehen.

Klagen einzelner Kliniken gegen die VE und den Belegungsvertrag

Da kein Verbandsklagerecht besteht und weder das BMAS noch die DRV Bund einlenken, bleibt nur die Option, dass die Rehabilitationseinrichtungen selbst gegen die VE klagen. Im Auftrag des BDPK erstellte die Rechtsanwaltskanzlei VOELKER Musterklageschriften. Sie stehen den Kliniken zur Verfügung, die sich an den Klagen beteiligen möchten. Sie richten sich gegen einzelne Regelungen des Belegungsvertrags, gegen die Ausgestaltung des Vergütungssystems und gegen die Ausgestaltung des Belegungssystems.

- Belegungsvertrag

Die Rehabilitationseinrichtungen wurden von der DRV aufgefordert, eine Zulassungserklärung abzugeben und einen neuen, nicht verhandelbaren Belegungsvertrag zu unterzeichnen, um ab dem 01.07.23 von der DRV belegt zu werden. Dazu sollten sie ein Vergütungssystem vertraglich anerkennen, das erst ab 2026 gelten wird und dessen Auswirkungen für die Vergütung der Reha-Leistungen bis heute weitgehend unbekannt sind. Der Belegungsvertrag beinhaltet einige kritische Inhalte. Dazu zählen: die Offenlegung der Vergütungssätze, der Belegung und des vorgehaltenen Personals anderer Reha-Träger sowie die vorherige Zustimmungspflicht bei

der Stellenbesetzung der Chefärzte und des Ärztlichen Direktors, ein jederzeitiges und uneingeschränktes Inspektions- und Begehungsrecht und den Ausschluss der Erbringung zusätzlicher Leistungen. Aufgrund dieser kritischen Regelungen empfiehlt der BDPK den Einrichtungen, den Belegungsvertrag unter Vorbehalt zu unterzeichnen. Die Geschäftsstelle hatte ein Musterschreiben erstellt, um aufgrund des Vorbehalts von einigen kritischen Regelungen des Belegungsvertrages Abstand zu nehmen.

- VE Vergütung

Das geplante Vergütungssystem, das am 01.01.2026 zum Einsatz kommen soll, setzt sich zusammen aus einer einrichtungsübergreifenden und einer einrichtungsindividuellen Vergütungskomponente. Kernstück der einrichtungsübergreifenden Vergütungskomponente ist der sog. indikationsübergreifende Basissatz und dessen Bewertungsrelationen.

Der indikationsübergreifende Basissatz soll der Vergütung für eine Rehabilitationsleistung ohne einrichtungsspezifische und konzeptionelle Besonderheiten entsprechen. Den indikationsübergreifenden Basissatz und die Bewertungsrelationen will die DRV Bund auf Grundlage der Vergütungsdaten aus dem Jahr 2024 festlegen. Die Vergütungsdaten der Vertragseinrichtungen stellen aber keine geeignete Grundlage für die Reha-Leistung dar, denn die Reha-Träger haben eine marktbeherrschende Stellung gegenüber den Leistungserbringern, da sie über die Belegung der Reha-Einrichtung entscheiden. Die aktuell geltenden Preise entsprechen somit nicht den Preisen, die sich bei einem freien Wettbewerb gebildet hätten. In der Verbindlichen Entscheidung zum Vergütungssystem fehlt überdies eine Regelung zu den Investitionskosten.

- VE Belegung

Sofern Versicherte keinen Gebrauch von ihrem Wunsch- und Wahlrecht machen, soll ein IT-gestütztes System den Versicherten Rehabilitationseinrichtungen mit der nachweislich besten Qualität vorschlagen. Entgegen dieser Vorgabe werden den Versicherten zwei Rehabilitationseinrichtungen der DRV und zwei Vertragseinrichtungen (jeweils qualitätsorientiert) vorgeschlagen – unabhängig davon, ob dies insgesamt der Reihenfolge nach den Qualitätsergebnissen entspricht. Hinzu kommt, dass die DRV-eigenen Einrichtungen an erster und zweiter Stelle genannt werden (unabhängig von den Qualitätsergebnissen). Das

suggestiert den Versicherten, dass es sich um die bestgeeignetsten Einrichtungen handelt. Diese Regelung verstößt gegen das Diskriminierungsverbot. Zudem liegt eine Intransparenz vor, da der DRV-Bundesvorstand jederzeit die Kriterien für die Vorschlagsliste neu bestimmen kann und das ohne die Verpflichtung zur Bekanntgabe der Beschlüsse.

Gremien zur Umsetzung der Verbindlichen Entscheidungen

Der BDPK begleitet die Umsetzung der Verbindlichen Entscheidungen in unterschiedlichen Gremien (Begleitgremium, Beirat Vergütungssystem und Beirat Public Reporting). Die Gremien haben eine beratende Funktion ohne Entscheidungsbefugnisse.



Quelle: Deutsche Rentenversicherung

Verhandlungen zu den GKV-Rahmenempfehlungen

Seit mehr als drei Jahren verhandeln die Krankenkassen und Reha-Leistungserbringerverbände über Rahmenempfehlungen: Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zu den Grundsätzen der medizinischen Rehabilitation vereinbaren. Darin sollen die Details zu Inhalt, Umfang und

Qualität von Rehabilitationsleistungen und Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung sowie deren Strukturen für die Leistungserbringung festgelegt werden. Außerdem sollen sie die Anforderungen an ein Nachweisverfahren zur Zahlung von Vergütungen bis zur Höhe tarifvertraglicher Vereinbarungen ausmachen. Diese gesetzlich klar definierte Vorgabe für eine zielgerichtete und gleichberechtigte Verhandlungspartnerschaft war ein wichtiger Meilenstein für die medizinische Reha – für den der BDPK mehr als ein Jahrzehnt gekämpft hatte.

Bereits im November 2020 trafen sich die Verhandlungspartner erstmals. Allein aufgrund des zu regelnden Umfangs musste ein hohes Pensum bewältigt werden. Zudem handelt es sich um einen völlig neuen Verhandlungsauftrag. Es konnte nicht an bestehende Verträge oder vergleichbare Regelungen angeknüpft werden. Zusätzlicher Aufwand entsteht dadurch, dass neue Instrumente eingeführt werden sollen, die es in der vorgesehenen Form bisher nicht gab: Es werden gemeinsame Leistungsbeschreibungen entwickelt, zusätzlich sollen Personalkorridore festgelegt werden. Nach derzeitigem Verhandlungsstand ist frühestens im Sommer 2024 mit einem Abschluss zu rechnen. Sollte eine Einigung nicht gelingen, wäre es notwendig, die Schiedsstelle einzuschalten.

Schon jetzt ist fraglich, ob die jahrelangen Verhandlungen zu einer echten Weiterentwicklung und Gestaltung der rehabilitativen Rahmenbedingungen führen. Vielmehr wird nach Ansicht des BDPK nur eine kleinteilige und bürokratiereiche Abbildung des derzeitigen Standes niedergeschrieben. Alle weitergehenden pragmatischen Regelungen lehnen die Krankenkassen mit dem Hinweis auf fehlende gesetzliche Regelungen ab.

Aus Sicht des BDPK dürfen die Rahmenempfehlungen nicht zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand führen, sondern sollten ihn reduzieren. Die Krankenkassen treten jedoch für Regelungen ein, die neue Erhebungen, Berichte, Nachweise und Meldungen zur Folge hätten – mit personellem und finanziellem Mehraufwand für die Einrichtungen – ohne dass immer ein Nutzen erkennbar ist.

Bei den Grundsatzfragen zur Vergütung liegen die Vorstellungen der Verhandlungspartner ebenfalls auseinander. So wollen die Leistungserbringer die Möglichkeit zur Neukalkulation der Vergütungssätze

einführen, während die Krankenkassen am derzeitigen Niveau als Basiswert festhalten wollen. Unstrittig ist dagegen, dass die Personal- und Personalnebenkosten, die Sachkosten einschließlich betrieblicher Investitionskosten und das Unternehmerrisiko Grundlage der Vergütungsverhandlungen sein sollen. Geklärt werden muss auch noch die Kostenübernahme für Medikamente und interkurrente Erkrankungen sowie die gesonderte Abrechnung der Kurtaxe.

Hauptkritikpunkt Personalkorridore

Grundlegenden Nachbesserungsbedarf sieht der BDPK, der rund dreiviertel der Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland vertritt, bei dem neuen Instrument der sogenannten „Personalkorridore“. Diese sollen nach den Vorstellungen der Krankenkassen und einer Mehrzahl der Leistungserbringerverbände mit den Rahmenempfehlungen verbindlich eingeführt werden. Dabei handelt es sich um Ober- und Untergrenzen für das Personal in den einzelnen Berufsgruppen. Die Korridore sollen auch die Grundlage der Versorgungs- und Vergütungsverträge bilden und bindend sein: Sie dürften nur in zu begründenden Ausnahmefällen unterschritten werden. Festgelegt wurden die Korridore in einem Verhandlungsprozess zwischen dem Medizinischen Dienst, den Krankenkassen und den Leistungserbringerverbänden. Als Ausgangspunkt für die Personalkorridore wurden vermeintliche Erfahrungen der Verhandlungspartner, BAR-Vorgaben für die ambulante Reha und die Personalvorgaben der DRV zugrunde gelegt. Die in den Rahmenempfehlungen vorgesehenen Korridore sind als Verhandlungskompromiss anzusehen, eine systematische Datenerhebung bei den GKV-belegten Rehabilitationseinrichtungen hat es nicht gegeben.

Aus Sicht des BDPK wird bei den Personalkorridoren ausgeblendet, dass die meisten Rehabilitationseinrichtungen seit Jahrzehnten Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen haben, die auf der Grundlage von individuellen Reha-Konzepten vereinbart wurden. Bestandteil dieser Reha-Konzepte sind auch die zu ihrer Erfüllung erforderlichen Personalstrukturen. Diese werden nun durch die auf Bundesebene festgelegten Personalkorridore in Frage gestellt.

Sollte die Schiedsstelle entscheiden, dass Personalkorridore verbindlich eingeführt werden, fordert der BDPK, dass zunächst eine Erhebung der

aktuellen Konzepte und Personaleinsätze mit einer Analyse der Abweichungen von den Personalkorridoren erfolgen muss. Darauf aufbauend könnten in einer Fortschreibung der Rahmenempfehlungen abweichende Möglichkeiten und ein Verfahren zur Weiterentwicklung vereinbart werden.

Reha als Ausbildungsträger für die Pflege

Der BDPK setzt sich weiterhin für die Mitaufnahme der Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Pflegeausbildung ein, wie es als Zielstellung im Koalitionsvertrag 2021 formuliert ist. Mit Unterstützung von Klinikvertreter:innen fanden mehrere Gespräche mit den jeweilig zuständigen Abteilungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) statt. Konkrete Gesetzesänderungen sind bisher noch nicht geplant. Weitere Gespräche hierzu sind vorgesehen.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Halbjährlich tauscht sich der BDPK gemeinsam mit anderen Reha-Leistungserbringerverbänden mit Vertreter:innen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu den aktuellen Entwicklungen der Reha-Qualitätssicherung aus. Inhaltliche Schwerpunkte der letzten Gespräche waren der Parameter für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl mit Umsetzung zum 01.07.2023 im Public Reporting Portal, die Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS) und der Klassifikation therapeutischer Leistung (KTL) sowie die Anpassungen der Strukturanforderungen.

Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl und Public Reporting Portal

Mit dem Public Reporting Portal unter www.Meine-Rehabilitation.de wurde zum 01.07.2024 die Verbindliche Entscheidung zur Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung mit der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl umgesetzt. Der BDPK begrüßt die Qualitätsoffensive zur Einrichtungsauswahl, stellt es doch eine langjährige Forderung des Verbandes dar. Für eine qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl ist es

allerdings notwendig, dass aktuelle Qualitätssicherungsergebnisse abgebildet werden. Sie dürfen maximal ein halbes Jahr alt sein, was derzeit mit zwei bis drei Jahre alten Ergebnissen deutlich überschritten wird.

Im Public Reporting Portal gibt es Angaben zur Wartezeit auf einen Reha-Platz. Diese werden von der DRV berechnet. Ein Abgleich mit den in den Rehabilitationseinrichtungen tatsächlich zur Verfügung stehenden Rehabilitationsplätzen/-betten, findet nicht statt. Die vom BDPK geforderte Transparenz der im Einzelfall bestehenden Berechnungsgrundlagen sowie eine umgehende Information bei einer „Sperrung“ aufgrund zu hoher Wartezeit wird nicht umgesetzt. Kritisch sieht der BDPK auch die Vergabe von neutralen Werten für Rehabilitationseinrichtungen, die am QS-Verfahren der Krankenversicherungen teilnehmen, da diese Qualitätsergebnisse implizieren und die Gesamtschau in der Rangierung der Rehabilitationseinrichtungen beeinträchtigen kann.

Neue Broschüre „Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen“

Die neue Broschüre „Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen“ der DRV wurde im Juli 2023 veröffentlicht und ersetzt die vorherige Broschüre aus dem Jahr 2014. Die überarbeiteten Strukturanforderungen sind zum 01.01.2024 verbindlich. Der BDPK hatte im Prozess der Überarbeitung der Strukturanforderungen in Stellungnahmen u.a. die Erhöhung der Psychologischen Psychotherapeutenstelle um 0,5 pro 100 Rehabilitanden mit dem Ziel der teilhabeorientierenden Weichenstellung moniert. Liegt doch die Teilhabeorientierung nicht in alleiniger Verantwortung der psychologischen Psychotherapeutenstelle, sondern im gesamten interdisziplinären Reha-Team. Zudem ist die geplante Erhöhung in der Praxis kaum umsetzbar, da Psychologischen Psychotherapeutenstelle auf dem Arbeitsmarkt ohnehin kaum zu finden sind und die Rehabilitationseinrichtungen große Probleme haben, diese für die Arbeit in einer Rehabilitationseinrichtung zu gewinnen. Des Weiteren sieht der BDPK die neue Anforderung zur Qualifikation der ärztlichen Leitung und deren Vertretung, die die Zusatzqualifikation „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationsmedizin“ vorweisen müssen, als fachlich-inhaltlich nicht zwingend und in Anbetracht des Fachkräftemangels als kaum umsetzbar. Weiter hatte der BDPK gefordert, die ärztliche Anwesenheit über 24h im Haus als nicht belegungsrelevantes Kriterium zu klassifizieren. Es ist

medizinisch nicht relevant, sondern ist wie bisher indikationsübergreifend als strukturelevantes Kriterium zu belassen.

Überarbeitung und Aktualisierung RTS und KTL

Das Dezernat Reha-Wissenschaften der DRV Bund aktualisiert mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts Rehabilitationsforschung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg die Reha-Therapiestandards (RTS). Ziel des Projekts ist es, die bestehenden indikationsspezifischen RTS sowie die Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS auf Basis aktueller Evidenz weiterzuentwickeln. Wie vom BDPK gefordert, fand im Rahmen dieses Prozesses im Herbst 2023 eine Online-Befragung unter Einbeziehung der Rehabilitationseinrichtungen statt. Erste Ergebnisse dieser Online-Befragung sowie die Analyse eingegangener Hinweise und Änderungsbedarfe bildeten die Grundlage zur Anpassung der ersten Entwürfe der beiden neuen indikationsübergreifenden RTS. Die Entwürfe 2.0 der indikationsübergreifenden RTS und RTS Onkologie wurden auf der Internetseite der [DRV](#) veröffentlicht. Sie bilden die Grundlage für eine orientierende Bewertung im Jahr 2024. Die finalen Versionen aller RTS werden voraussichtlich im 3. Quartal 2025 zur Verfügung stehen. Ab 01.01.2026 sollen alle RTS samt überarbeiteter Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) konsentiert zur Verfügung stehen und ihre Anwendung finden.

Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (QS-Reha®)

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 Krankenkassen gemeinsam beraten wird. Das QS-Reha®-Verfahren wird seit März 2021 vom aQua-Institut und der Pädagogischen Hochschule Freiburg (PHFR) als unabhängige Auswertungsstelle betreut und befindet sich derzeit im 5. Zyklus (2024 - 2026). Die Anpassungen im neuen Zyklus beinhalten neben der Aktualisierung der fachärztlichen Qualifikationen auch die veränderten Algorithmen zur Berechnung von Auffälligkeiten innerhalb der Qualitätsdimensionen. Über alle Neuerungen der Erhebungsrunde 2024-2026 hat der BDPK über das Extranet informiert. Darüber hinaus wurden alle relevanten Dokumente in aktueller Version auf der QS-Reha®-Homepage veröffentlicht. Der BDPK arbeitet in allen aktiven

Facharbeitsgruppen des GA mit und gestaltet dabei maßgeblich die Beratungen. Die Organisation wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern. Die Sitzungen finden zwei Mal jährlich statt. Zusätzlich werden Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen gegründet, wie beispielsweise die AG Evaluation.

QS-Reha®: Konsolidierung der Strukturkriterien inkl. der Ausfüllhinweise

Der GA hatte das aQua-Institut und die Pädagogische Hochschule Freiburg mit der Umsetzung des Weiterentwicklungskonzeptes beauftragt. Konkret lag ein Themenschwerpunkt auf der Identifikation inhaltlich nicht begründbarer Unterschiede in den Ausfüllhinweisen der Strukturkriterienkataloge, um diese anschließend anzupassen. Dazu wurde eine Item-Datenbank zusammengestellt, in der alle Strukturkriterien und strukturnahen Prozesskriterien des QS-Reha®-Verfahrens vollständig und bearbeitbar eingepflegt wurden. Diesbezüglich wurden ab Mitte April 2023 wöchentliche Online-Workshops im Rahmen der AG Evaluation durchgeführt, um die einzelnen Items bzw. die entsprechenden Ausfüllhinweise hinsichtlich ihrer Konsistenz, Aktualität und Korrektheit zu prüfen. Nach Abschluss der Beratungen im September konnten im Rahmen der Sitzung des GA die besprochenen Änderungen beschlossen werden, die zum 01.01.2024 in den Strukturkriterienkatalogen umgesetzt wurden. Die Protokolle mit allen Änderungen sowie der Bericht zur Überarbeitung der Strukturkriterien wurden im Extranet veröffentlicht.

QS-Portal der gesetzlichen Krankenversicherung

Der GKV-Spitzenverband wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG; in Kraft getreten am 20. Juli 2021) gesetzlich verpflichtet, die Ergebnisse aus dem QS-Reha®-Verfahren für Versicherte einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Dabei sollen die Versicherten vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Einrichtungen informiert werden. Nach Entwicklung eines Prototyps durch den GKV-SV hatte der BDPK die Gelegenheit, eine Stellungnahme abzugeben. In dieser begrüßte der BDPK die Zielformulierung, die Transparenz der Qualitätsdaten für Versicherte zu erhöhen. Der BDPK machte aber auch deutlich, dass in der Umsetzung noch Verbesserungspotential besteht. So sollten beispielsweise die Hinweise zum Ausüben des Wunsch- und

Wahlrechts prominenter im QS-Portal dargestellt werden und es müsste die Möglichkeit zu unterjährigen Änderungen vorhanden sein.

Seit Ende 2023 ist das QS-Portal veröffentlicht und als „Einrichtungssuche“ in die bestehende [QS-Reha®-Homepage](#) integriert worden. Das Portal kann den Versicherten eine erste Orientierung zu den Einrichtungen, beispielsweise im Zusammenhang mit einer Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder einer stationären medizinischen Vorsorge, bieten. Ein Qualitätsvergleich ist nicht vorgesehen, da im Fall von fehlenden Werten in der Einrichtungsbefragung oder Patientenbefragung keine belastbaren Ergebnisse dargestellt werden können.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Weiterentwicklung IQMP-kompakt-Verfahren

Die IQMG GmbH überarbeitet gemeinsam mit den Anwendern das IQMP-kompakt-Verfahren. In vier interaktiven Workshops unter dem Titel „IQMP kompakt 2.0“ wurden im vergangenen Jahr Handlungsbedarfe mit Anwendern konkretisiert, die im Verwaltungsrat diskutiert wurden und derzeit ins Manual eingearbeitet werden. Im Vordergrund der inhaltlichen Weiterentwicklung standen insbesondere die Ergebnis- und Patientenorientierung sowie die Anwenderfreundlichkeit im Verfahren. So wurden die einzelnen Kapitel und Kriterien unter den genannten Aspekten überarbeitet, um diese schließlich besser in den Sprachgebrauch der Einrichtungen zu bringen. Im Zuge der Überarbeitung werden auch die Änderungen bezüglich der neuen Anforderungen bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) berücksichtigt, beispielsweise Auditumfang und -frequenz sowie Veränderungen hinsichtlich der Überarbeitung der Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) .

Erweiterung des IQMG-Verwaltungsrats und neue Kooperationspartner

Der IQMG-Verwaltungsrat hat sich für eine personelle Verstärkung des Verwaltungsrats ausgesprochen. Zum Anfang des Jahres konnten Johannes Kneißl, Leiter Zentrales Qualitätsmanagement der Medical Park SE, und Jörg Krumm, Geschäftsleitung Gailingen Kliniken Schmieder (Stiftung & Co.) KG,

als neue Mitglieder im IQMG-Verwaltungsrat begrüßt werden. Mit ihrer Expertise unterstützen sie seitdem den IQMG-Verwaltungsrat.

Zur Umsetzung ihrer Aufgaben arbeitet die IQMG GmbH mit ausgewählten Zertifizierungsunternehmen zusammen ([siehe hier](#)). Die Zertifizierungsunternehmen übernehmen als IQMG-Partner die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in den Mitgliedseinrichtungen. Seit Anfang des Jahres sind Excellence in Care GmbH und SAMA Cert GmbH neue Kooperationspartner der IQMG GmbH. Zudem bestehen weitere Anfragen auf eine Kooperation.

Überarbeitung der Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX

Im Rahmen des BAR-internen Gremiums AG Zertifizierung wird die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX überarbeitet. Die geplanten Änderungen umfassen u. a.

- die Aufgaben und Pflichtenstellung der herausgebenden Stellen,
- die Neuregelung zu Überwachungsaudits und zur Auditierung (insbesondere: Auditzeiten und -frequenz),
- die Neuaufnahme des Qualitätskriteriums „Risikomanagement“ sowie
- die Festlegung der Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen (insb. Kompetenz, Auswahl Auditteam).

Als Teilnehmer einer erweiterten Sitzung der AG Zertifizierung konnte die IQMG GmbH die Sicht der herausgebenden Stellen sowie der kooperierenden Zertifizierungsstellen vertreten und Expertenwissen einbringen. Das weitere Vorgehen zur Überarbeitung der Vereinbarung wird im internen Gremium der BAR beraten. Wann die aktualisierte Vereinbarung veröffentlicht wird, ist nicht bekannt.

Digitalisierung

Anbindung der Rehabilitationseinrichtungen an die Telematikinfrastuktur (TI)

Die Regelungen zur Finanzierung der TI-Ausstattungs- und Betriebskosten wurden zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Kostenträgern verhandelt. Sie sind im April 2023 rückwirkend zum 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können sich

freiwillig an die TI anbinden und erhalten dann auf Antrag einen Ausgleich für die ihnen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten. Bereits mit Inkrafttreten der Vereinbarung und aufgrund vieler Nachfragen hat die Geschäftsstelle des BDPK eine Liste der „Häufig gestellten Fragen“ (FAQs) zur TI-Finanzierungsvereinbarung erstellt. FAQs, aktuelle Informationen sowie relevante Materialien rund um das Thema sind im Extranet und auf der BDPK-Homepage veröffentlicht (siehe [hier](#)). Zusätzlich wird seit Anfang des Jahres 2024 eine Austauschplattform zu TI und Datenaustausch nach §301 für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angeboten. Da die Anbindung bislang freiwillig ist, ist der Status der Anbindung an die TI in den Kliniken bislang unterschiedlich. Einige sind bereits angebinden, einige befinden sich aktuell in der Umsetzung und andere haben noch nicht entschieden, ob sie sich an die TI anbinden. Die Austauschplattform soll ermöglichen, gemeinsam über die Schwierigkeiten und deren Lösung bei der Anbindung zu diskutieren.

Zum elektronischen Datenaustausch nach § 301 richten sich Einrichtungen regelmäßig mit Fragen und Problemen an die Geschäftsstelle, die ebenfalls im Rahmen der Austauschplattform adressiert werden. Im Nachgang werden diese von der Geschäftsstelle im entsprechenden Gremium mit der GKV eingebracht.

Eckpunktepapier Digitalisierung

Im Rahmen der Sitzungen des Fachausschusses wurde über das Thema Digitalisierung mit der Fragestellung diskutiert, inwieweit Künstliche Intelligenz (KI), Digitale Anwendungen (DiGA) oder weitere technische Anwendungen für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen von Relevanz sind und welche Unterstützung der BDPK leisten kann. So kann beispielsweise ChatGPT bzw. KI bei Routineaufgaben, wie Dokumentationen helfen Zeit zu sparen und Arbeitseffizienz zu steigern. Die Geschäftsstelle hat in Form eines Grundsatzpapiers den aktuellen Stand der Digitalisierung in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen zusammengestellt, einzelne Begriffe der Digitalisierung abgegrenzt sowie Chancen und Risiken erörtert. Das Eckpunktepapier wurde im Extranet veröffentlicht und wird aktuell gehalten. Es soll den Einrichtungen als eine Orientierung dienen und Hinweise über mögliche Einsatzgebiete im Bereich der Digitalisierung geben.

Digitale Nachsorge

Die DRV hat zum 01. 01.2024 die Vergütungssätze der digitalen Reha-Nachsorge um 30 Prozent gekürzt. Die Preissenkung fußt auf den Annahmen, dass der personelle Einsatz in der digitalen Nachsorge um 30 Prozent geringer als in der Präsenz-Nachsorge sei und die Sachkosten in den Versorgungsformen vergleichbar seien. Diese Annahmen sind aus Sicht der Leistungserbringer nicht korrekt und entsprechen nicht den wissenschaftlich validierten Erkenntnissen aus den Modellprojekten der DRV. Vor diesem Hintergrund hat sich die AG MedReha wiederholt an die DRV mit der Bitte gewandt, in einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit den Leistungsanbietern und Leistungsträgern den Aufwand nach dem neuen Konzept Digitale-Nachsorge zu bewerten. Im März fanden erstmals Gespräche statt. Es wurde verabredet, dass von Seiten der Leistungserbringer auf Grundlage nachvollziehbarer Zahlen der Aufwand auf Basis des neuen Rahmenkonzeptes dargelegt und diese durch die Expertengruppe Nachsorge Rehabilitation (EGNR) bewertet werden. Ob das zuständige Gremium, die Arbeitsgruppe Teilhabe (AGTH) dann eine Neubewertung beschließt, bleibt offen. Weitere Gespräche mit der DRV sind vorgesehen.

Erstattungsverfahren SodEG

Um den Bestand der Rehabilitationseinrichtungen während der Corona-Pandemie zu sichern, stellten Renten- und Unfallversicherungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) Zuschüsse bereit. Der Zuschuss sollte den Bestand der Einrichtungen sichern. Er war nicht dafür ausgelegt, pandemiebedingte Verluste auszugleichen. Die Absicht der Bezuschussung zur Existenzsicherung der Reha-Kliniken wird durch das Vorgehen konterkariert, dass diese Zuschüsse zurückgezahlt werden müssen. Nämlich dann, wenn Rehabilitationseinrichtungen vorrangige Mittel erhalten haben wie Leistungsvergütungen, Kurzarbeitergeld, Hilfen vom Staat. Diese Erstattungsansprüche werden von den Reha-Leistungsträgern mittlerweile geltend gemacht. Dabei gehen die Auffassungen zu den Berechnungen der Erstattungsansprüche zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Reha-Trägern weit auseinander. Der BDPK hat vor diesem Hintergrund den Rehabilitationseinrichtungen ein Musterwiderrspruchsschreiben zur Verfügung gestellt. Einige Kliniken befinden sich im Klageverfahren.

Zwischenzeitlich hat das Bundessozialgericht am 17.05.2023 ein Urteil zur Auslegung des SodEGs in einem anderen Bereich gesprochen. Dieses Urteil gibt jedoch unserer Auslegungsweise recht: Die tatsächlich zugeflossenen vorrangigen Mittel sind vom zugrunde zu legenden Monatsdurchschnitt, nicht – wie von DRV und DGUV in den Erstattungsbescheiden vorgenommen – vom Höchstbetrag des Zuschusses abzusetzen.

Die DRV und DGUV sehen eine Übertragbarkeit des BSG-Urteils auf das Erstattungsverfahren für gegeben und wollen eine Neubescheidung vornehmen. Dazu wollen sie sich zunächst mit den übrigen Sozialdienstleistern abstimmen. Das konkrete Vorgehen der Sozialdienstleister ist noch nicht bekannt.

Nachhaltigkeit - Klimaneutrale Reha

Vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzgebungen, wie u.a. die GEG-Novelle zum „Heizungsgesetz“ oder das [Bundes-Klimaschutzgesetz](#), wurde im Fachausschuss Reha-Pflege über das Thema Nachhaltigkeit – Klimaneutrale Rehabilitation diskutiert. Die Geschäftsstelle ist im Rahmen eines Grundsatzpapiers auf die aktuellen Gesetzgebungen, die Bedeutung von Nachhaltigkeitszielen, mögliche Partizipationsfelder, Potentiale, Zertifizierungen und Beratungsstellen für eine nachhaltige medizinische Rehabilitation eingegangen. Das Grundsatzpapier zur Nachhaltigkeit – Klimaneutrale Reha soll den Einrichtungen als Orientierung dienen und hilfreiche Informationen bereitstellen. Veröffentlicht ist es im Extranet und wird fortlaufend aktualisiert.

Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

Kinder- und Jugendreha

Hauptthemen der Facharbeitsgruppe waren die Probleme bei der Umsetzung der Verbindlichen Entscheidungen der DRV sowie die Erstellung und Genehmigung eines Begleitpersonenkonzeptes.

Das neue Beschaffungsverfahren der DRV sieht u.a. im Rahmen des Public Reportings eine Darstellung der Wartezeit auf einen Reha-Platz in Form einer Ampel vor. Diese Wartezeit wird jedoch nicht bei den Rehabilitationseinrichtungen abgefragt, sondern von Seiten der DRV

berechnet. ([vgl. hierzu Kapitel Qualitätssicherung der DRV](#)). Diese Berechnungen haben aufgrund vielfältiger Gründe zu falschen Wartezeitschätzungen seitens der DRV geführt, so dass viele Einrichtungen fälschlicherweise auf Rot gestellt wurden. Dies hatte zur Folge, dass sie vom IT-Belegungssystem nicht mehr ausgewählt wurden und teilweise ganze Abteilungen in den Einrichtungen leer standen. Zahlreiche Gespräche mit den DRVen haben die Problematik bis heute nicht vollständig behoben. Allerdings erhalten die Rehabilitationseinrichtungen mittlerweile trotz der roten Ampel Zuweisungen. Beeinträchtigt wird weiterhin die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts, da die Versicherten aufgrund der roten Ampel davon ausgehen, dass diese Klinik derzeit nicht belegbar ist.

Am 10. und 11. Oktober 2023 fand die Jahrestagung des Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. unter dem Titel „Alles TRi.o. in der Kinder- und Jugendrehabilitation“ statt. Der BDPK ist im Beirat des Bündnisses vertreten und organisiert die Veranstaltung mit. Die Jahrestagung stieß auf großes Interesse bei den Akteur:innen aus Rehabilitationseinrichtungen, der DRV und GKV, des BMAS sowie Organisationen und Verbänden. Am zweiten Veranstaltungstag hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, sich in Workshops zu verschiedenen Themen der Kinder- und Jugendrehabilitation auszutauschen.

Mutter-/Vater-Kind

Inhaltliche Schwerpunktthemen der Arbeitsgruppe Mutter-/Vater Kind waren einzelne Bestandteile aus den Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen. In der Arbeitsgruppe wurden u.a. aus den Leistungsbeschreibungen für Mutter-/Vater Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die einzelnen Behandlungselemente sowie die Werte für den indikationsspezifischen Personalkorridor thematisiert. ([siehe hierzu auch Kapitel Verhandlungen zu den GVK-Rahmenempfehlungen](#)).

Tarif und Personal

Der BDPK-Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauscht sich regelmäßig zur aktuellen Tarifsituation in Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgekliniken aus. Zudem stand das Thema Entlastungstarifverträge sowie Personalthemen im Fokus wie das Arbeitszeitgesetz, die Gestaltung von Arbeitsverträgen, Personaluntergrenzen und die PPR 2.0.

Arbeitszeitgesetz

Das BMAS hatte einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes und anderer Vorschriften vorgelegt. Darin werden in Folge der Entscheidung des EuGH und des Bundesarbeitsgerichts Vorgaben zur Arbeitszeiterfassung geregelt. Der Referentenentwurf befindet sich noch in der Ressortabstimmung. Ein offizieller Entwurf ist noch nicht bekannt.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte am 13. September 2022 entschieden, dass die gesamte Arbeitszeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufzuzeichnen ist (BAG – 1 ABR 22/21). Der Arbeitgeber ist bei unionsrechtskonformer Auslegung von § 3 Absatz 2 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet, ein System einzuführen und zu nutzen, mit dem die geleistete Arbeitszeit erfasst werden kann.

Der Referentenentwurf sieht in § 16 ArbZG neu eine Verpflichtung der Arbeitgeber vor, Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer jeweils am Tag der Arbeitsleistung elektronisch aufzuzeichnen. Die Aufzeichnung kann durch den Arbeitnehmer oder einen Dritten erfolgen. Die Arbeitszeitnachweise müssen mindestens zwei Jahre aufbewahrt werden. Der Arbeitgeber muss den Arbeitnehmer auf Verlangen über die aufgezeichnete Arbeitszeit informieren.

Durch Tarifvertrag oder Betriebs- oder Dienstvereinbarungen kann zugelassen werden, dass eine Aufzeichnung in nichtelektronischer Form erfolgen kann, die Aufzeichnung an einem anderen Tag erfolgen kann oder die Pflicht zur Aufzeichnung nicht bei Arbeitnehmern gilt, bei denen die gesamte Arbeitszeit wegen des besonderen Merkmals der ausgeübten Tätigkeit nicht gemessen oder nicht im Voraus festgelegt wird oder von den Arbeitnehmern selbst festgelegt werden kann.

Zudem werden Übergangsfristen für die Einführung eines elektronischen Systems von einem bis zu fünf Jahren festgelegt. Bei Arbeitgebern mit bis zu zehn Arbeitnehmern kann die Arbeitszeit in nichtelektronischer Form aufgezeichnet werden.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass eine kollektive Arbeitszeiterfassung durch die Nutzung und Auswertung elektronischer Schichtpläne möglich ist. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass sich aus dem Schichtplan für die einzelne Arbeitnehmerin und den einzelnen Arbeitnehmer Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit ableiten lassen und Abweichungen von den im Schichtplan festgelegten Arbeitszeiten, z. B. Urlaub, Fehlzeiten und zusätzliche Arbeitszeiten, gesondert elektronisch erfasst werden.

Arbeitsverträge

Dr. Eva Rütz von der Kanzlei Luther referierte im Fachausschuss zum Thema Arbeitsverträge von Führungskräften. Der Vortrag fand online statt und stand allen Mitgliedskliniken der Landesverbände offen. Am Seminar haben über 80 Personen teilgenommen.

Folgende Themen standen auf der Agenda des Seminars:

- Stellung des Chefarztes / der PDL (Dienstvorgesetzter? Wer ist weisungsbefugt?)
- Wirtschaftlichkeitsgebot
- Dienstaufgaben (bis zu welcher Detailtiefe?)
- Dienstaufgaben außerhalb des Klinikbetriebs, z.B. Gremienarbeit auf Landes- und Bundesebene? Kongressteilnahmen?
- Mitwirkung in Personalangelegenheiten
- Vergütung
- Versicherungsschutz
- Zielvereinbarungen
- Kündigung (beim Chefarzt auch in Hinblick auf Verlust des Versorgungsauftrages, Stichwort: Leistungsgruppenplanung)
- Wettbewerbsverbote

KlinikRente

Das 2002 auf Initiative des BDPK gegründete KlinikRente Versorgungswerk bildet seit einigen Jahren den Branchenstandard für privatwirtschaftlich organisierte betriebliche Vorsorge. Mehr als 6.000 Unternehmen haben sich inzwischen für KlinikRente entschieden. Über 130.000 Beschäftigte nutzen das Versorgungswerk für die Altersvorsorge oder die Einkommensabsicherung im Falle der Berufsunfähigkeit. Nachdem sich das Versorgungswerk auch in der Niedrigzinsphase der letzten Jahre mit hoher Stabilität und einer im Marktvergleich sehr guten Verzinsung ausgezeichnet hat, steigen die Zinsen 2024 nun schon das zweite Jahr in Folge.

2024 wieder steigende Zinsen, chancenreiche Anlagen weiter im Fokus der Beschäftigten

Nach der Steigerung der Gesamtverzinsung im Sicherungsvermögen der Altersvorsorgelösungen für das Jahr 2023 sind die Zinsen 2024 erneut gestiegen. Die Finanzstärke der Trägergesellschaften zeigt sich u. a. in der Gesamtverzinsung des Sicherungsvermögens, die für 2024 in der Direktversicherung bei 3,40 Prozent und in der Unterstützungskasse bei 3,45 Prozent liegt. Das ist ein gutes Signal für die Mitgliedsunternehmen und deren Beschäftigte. Allerdings sind auch weiterhin die kapitalmarktnahen Lösungen der KlinikRente mehr und mehr im Fokus der Beschäftigten. Deshalb bietet KlinikRente in allen Durchführungswegen auch chancenorientierte Produkte. Diese verbinden die attraktive Verzinsung im Sicherungsvermögen mit den Renditechancen aus Fonds.

Betriebliche Vorsorge bleibt wesentlicher Benefit im Wettbewerb um die Köpfe

Der Engpass Fachkräftemangel verstärkt sich weiter. Eine Trendumkehr ist nicht in Sicht. Arbeitgeber sind gezwungen, sich bestmöglich für potentielle Mitarbeitende zu präsentieren. Dabei ist die betriebliche Vorsorge in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden ein maßgeblicher Baustein. „Neben mischfinanzierter betrieblicher Vorsorge mit überdurchschnittlichen Arbeitgeberzuschüssen wurden 2023/2024 auch rein arbeitgeberfinanzierte Versorgungsregelungen verstärkt nachgefragt. Dabei konnte KlinikRente auch Ausschreibungen von öffentlichen Trägern für sich entscheiden“, so Hubertus Mund, Geschäftsführer des Versorgungswerkes.

Zudem hat das Versorgungswerk im letzten Jahr die Angebote zur betrieblichen Einkommenssicherung nochmals optimiert. Der Zugang für die Beschäftigten wurde weiter vereinfacht.

In 2023 haben sich insgesamt mehr als 400 Unternehmen für KlinikRente entschieden. Damit stieg die Anzahl der Mitgliedsunternehmen auf rund 6.000.

KlinikRente erfolgreich in neuer Gesellschafterstruktur

Seit Mitte 2023 ist die Ecclesia Gruppe der Gesellschafter des Versorgungswerkes. Die Ecclesia Gruppe ist mit mehr als 2.800 Beschäftigten und einem platzierten Prämienvolumen von 3 Milliarden Euro p. a. der größte deutsche Versicherungsmakler für Unternehmen und Institutionen. Damit stehen der KlinikRente deutlich erweiterte Ressourcen für die künftigen stetig steigenden Anforderungen an Produktentwicklung, Digitalisierung und weiteren Themen zur Verfügung.

Schon das erste Jahr nach der Transaktion zeigt, dass die neuen Möglichkeiten im Interesse der Mitgliedsunternehmen und deren Beschäftigten genutzt werden können. Unverändert setzt die KlinikRente auf die enge Partnerschaft mit den Trägergesellschaften und auf die guten Verbindungen zu den Branchenverbänden. Das erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den zahlreichen Partnern der KlinikRente, die die einzelnen Unternehmen betreuen.

Personalkongress 2024 wieder am Start

Der überaus erfolgreiche Personalkongress der Krankenhäuser hat seine coronabedingte vierjährige Pause beendet und wird im November 2024 wieder an den Start gehen. Der 16. Personalkongress findet an zwei Tagen in Köln statt. Traditionell stehen die aktuell herausfordernden Themen der Personalarbeit im Mittelpunkt. Auch in Köln erwartet die Kongressteilnehmer wieder ein spannendes Programm mit guten Möglichkeiten, sich auch untereinander auszutauschen. Mehr dazu finden Sie unter: www.klinikrente.de/personalkongress/2024

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, einem Politik-Monitor 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.

Kampagne Krankenhausretten

Der BDPK hat im Sommer 2023 die Kampagne „Krankenhausretten“ gegen die aktuellen Pläne zur Krankenhausreform gestartet. Mit Informationen und Aktionen werden bundesweit Bürgerinnen und Bürger ebenso wie Landes- und Lokalpolitiker über die negativen Folgen der geplanten Maßnahmen aufgeklärt.

Zentraler Informations- und Aktionspunkt ist die Landingpage

www.krankenhausretten.de

Hier sind die wesentlichen Kritikpunkte, die zu erwartenden negativen Folgen der Krankenhausreform sowie die Forderungen und Verbesserungsvorschläge des BDPK dargestellt. Mit einem „Call to action“ werden die Besucher:innen der Website dazu aufgerufen, sich gemeinsam mit dem BDPK für eine qualitativ nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung einzusetzen. Dazu stehen Briefvorlagen und E-Mail-Adressen von Bundes- und Landespolitiker:innen zur Verfügung, außerdem können Plakatschablonen heruntergeladen werden, wie „Nein zum Klinik-Karlschlag!“ oder „Krankenhausreform? So nicht, Karl!“. Zudem werden Lokal- und Landespolitiker:innen über verschiedene Social-Media-Kanäle auf die Kampagne hingewiesen und dazu aufgerufen, sich in ihrer Region für die Rettung der Krankenhäuser einzusetzen.

Neben der Kommunikation zur Kampagne über die allgemeine Presse- und Öffentlichkeitsarbeit spielte der BDPK Social Ads im Umfeld des politischen Berlins aus und schaltete neben einer Anzeige im Tagesspiegel Background

auch großflächige Plakate mit dem Kampagnenmotiv gegenüber des Willy-Brandt-Hauses.

Die Kampagne zur Krankenhausreform hat medienübergreifend mit Artikeln in Tages- und Fachmedien, Ads via Google Display Network (GDN) und YouTube, Social Ads via Meta und kontinuierlicher Social Media Arbeit für eine enorm hohe Aufmerksamkeit gesorgt. Die Landingpage erreichte an die 23.000 Seitenaufrufe. Mit den verschiedenen Kampagnenmitteln, online wie offline, ist es gelungen, in der Debatte um die Krankenhausreform öffentlich Stellung gegen die Vorschläge von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zu beziehen und gezielt mit BDPK-Positionen Gesundheitspolitiker und gesundheitspolitisch Interessierte zu erreichen.

Reha-Kampagne

Auch im vierten Jahr ihrer Laufzeit zielt die Kampagne „Reha. Macht's besser!“ darauf, die gesamtgesellschaftliche Relevanz der Rehabilitation und das Image der Reha zu stärken. Der Maßnahmenplan für die Online-Kommunikation auf Social Media fokussiert auf die Zielgruppen: Patient:innen, Mitarbeiter:innen, Ärzt:innen, Familien, Angehörige und andere Netzwerke der Reha-Branche. „Reha. Macht's besser!“ - als Empowerment-Kampagne ins Leben gerufen – informiert mit Webseite und Social Media Accounts zu relevanten Rehabilitationsthemen. Reha-Einrichtungen können über die Online-Kanäle der Kampagne ihre Reichweite vergrößern und damit das Image der Reha bundesweit stärken.

Veranstaltungen

Zur Öffentlichkeitsarbeit des BDPK gehört auch die Organisation und Durchführung verschiedener Veranstaltungen wie Workshops, Konferenzen bis hin zum jährlich stattfindenden BDPK-Bundeskongress.

Der BDPK-Bundeskongress 2023 fand am 08.05.2023 aus Anlass des 75-jährigen Jubiläums des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V. (VPKA) in München statt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach versprach in einer Videobotschaft an die Kongressteilnehmer:innen: „Die Kliniken werden in Zukunft besser abgesichert. Wir tragen dafür Sorge, dass

keine wegen Insolvenz vom Netz gehen wird.“

Berichte und Bilder zum BDPK-Bundeskongress 2023

Pressemitteilungen

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

- 10. Mai 2023: Innovationen ankurbeln statt Einschränkungen fortsetzen
- 24. Mai 2023: Schädliche Schablonen: Private Klinikträger kritisieren Eckpunkte für die Krankenhausreform
- 01. Juni 2023: Stufenplan für eine grundlegende Modernisierung
- 20. Juni 2023: Stufenplan gegen drohende Pleitewelle
- 29. Juni 2023: Beratungen am regionalen Bedarf ausrichten
- 11. Juli 2023: Kernfragen ungelöst
- 23. August 2023: BDPK startet Kampagne „Krankenhausretten“
- 20. September 2023: Unkontrollierte Klinikschließungen verhindern
- 20. Oktober 2023: Krankenhaus-Transparenzgesetz ist eine Mogelpackung
- 30. November 2023: Alle Krankenhäuser fair finanzieren
- 19. Februar 2024: Impulse zur Verbesserung der Krankenhausreform
- 21. Februar 2024: Private und freigemeinnützige Kliniken fordern nachhaltige Finanzierung statt Tropfen auf den heißen Stein!

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.

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

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 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.

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 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

Antonia Walch, Stellvertretende Geschäftsführerin

Jonathan Graf, Leiter des Geschäftsbereichs Krankenhäuser (bis 30.11.2024)

Letizia Cappelletti, Geschäftsbereich Rehabilitation

Johanna Fiedler, Geschäftsbereich Krankenhäuser

Katrin Giese, Pressesprecherin

Dr. Miralem Hadzic, Geschäftsbereich Rehabilitation

Pete Kwak, Geschäftsbereich Krankenhäuser

Klaus Mehring, Geschäftsstellenleiter

Antonia von Randow, Pressesprecherin

Petra Voß, Sekretariat und Organisation

Konstanze Zapff, Geschäftsbereich Rehabilitation (in Elternzeit)

Redaktion

Ralf Giermann

Katrin Giese

Antonia von Randow