Geschäftsbericht 2018/19

des Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e.V.

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Gesetzgebung
Krankenhäuser
Rehabilitation
Qualität
Tarif und Personal
Öffentlichkeitsarbeit
Informationen

Inhaltsverzeichnis

1. Politik 13

2. Krankenhäuser 25
- Zurück zur Selbstkostendeckung? 25
- Krankenhausfinanzierung 48
- Für einen gerechten Qualitätswettbewerb 56
- Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag 65
- Wissenschaftliche Studien 67

3. Rehabilitation 75
- Politik muss handeln – jetzt! 76
- Für faire Vergütung 93
- Qualitätsentwicklung in der Reha stärken 97
- Qualitätskliniken.de: Mit PROMs für mehr Transparenz 106
- Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH 108
- Kinder- und Jugendrehabilitation 112
- Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation und Vorsorge 116

4. Tarif und Personal 117
- Ausbildung Pflege: Praxiseinsatz in Reha-Einrichtungen gefordert 122
- Raus aus dem Fachkräftemangel 124
- KlinikRente 125

5. Öffentlichkeitsarbeit 125
- Bundeskongress 2018 126
- Veranstaltungen 129
- Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen 130

6. Statistiken 133

7. Informationen 151

Impressum 161

Der Vorstand

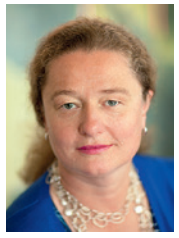
Der Vorstand

Dr. Katharina Nebel
Präsidentin

Dr. Mate Ivančić
1. Vizepräsident

Thomas Lemke
2. Vizepräsident

Dr. Hans-Heinrich Aldag



Dr. Ursula Becker

Georg Freund

Dr. Markus Hamm

Kai Hankeln

Susanne Leciejewski

Ulf Ludwig

Dr. Marina Martini

Berthold Müller

Herbert-M. Pichler

Ellio Schneider

Dr. Dr. Martin F. Siebert

14. Juni 2018

Neue BDPK-Führungsriege gewählt

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) wählte bei seinen turnusmäßigen Vorstandswahlen am 14. Juni 2018 in Berlin Dr. Katharina Nebel einstimmig für eine vierte Amtsperiode als Präsidentin. Erster Vizepräsident wurde Dr. Mate Ivančić, Regionalgeschäftsführer der Region Mitte-Nord und Mitglied der erweiterten Geschäftsführung der HELIOS-Kliniken GmbH. Zum zweiten Vizepräsidenten wurde Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender Sana Klinken AG, gewählt. Dem BDPK-Vorstand gehören nach der beschlossenen Satzungsänderung 15 Mitglieder an. Als neue Mitglieder wurden Dr. Ursula Becker, Geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Becker Klinikgruppe, Georg Freund, Geschäftsführender Gesellschafter Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG, Susanne Leciejewski, Vorstandsvorsitzende Celenus Kliniken GmbH, und Ulf Ludwig, Vorstand MediClin AG, berufen. Die weiteren bisherigen Mitglieder des Gremiums wurden in ihren Ämtern bestätigt.

Herr Dr. Wolfram erklärte am 6. November 2018 seinen Rücktritt aus dem BDPK-Vorstand. Der Vorstand kooptierte Kai Hankeln mit Beschluss vom 29. November 2018 als Mitglied im Vorstand.

Friedel Mägdefrau neues BDPK-Ehrenmitglied

Als Gesundheitsexperte par excellence wirkte Friedel Mägdefrau über Jahrzehnte für den Bundesverband als Vorstandsmitglied, Vizepräsident sowie als Vorsitzender der Fachausschüsse Rehabilitation, Tarif- und Personalfragen und als Geschäftsführer für die Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland. Am 14. Juni 2018 würdigte die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. sein Engagement und wählte Friedel Mägdefrau zum Ehren-

Friedel Mägdefrau, Ehrenmitglied des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.

mitglied. Die Präsidentin des BDPK, Dr. Katharina Nebel M. Sc., dankte ihm für sein jahrzehntelanges gesundheitspolitisches Wirken: „Mit unermüdlicher Ausdauer, mit Courage und enormem Fachwissen hat sich Friedel Mägdefrau für den Erhalt der Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und deren qualitative Weiterentwicklung eingesetzt. Als Ideengeber ist und bleibt er für den Verband von unschätzbarem Wert."

Die BDPK-Ehrenmitglieder begleiten als Mentoren die Arbeit des Verbandes und stehen den Mitgliedern mit ihrer Fachexpertise zur Seite. Ehrenmitglieder sind: Friedel Mägdefrau (seit 2018), Prof. Dr. Michael Philippi † (seit 2017), Dr. Ulrich Wandschneider (seit 2017), Eugen Münch (seit 2013), Karl-Heinrich Rehfeld (seit 2009) und Reimund Freund (seit 2001).

BDPK-Ehrenmitglied Prof. Dr. Michael Philippi gestorben

Am 9. September 2018 verstarb plötzlich und unerwartet Prof. Dr. Michael Philippi, BDPK-Ehrenmitglied und ehemaliger BDPK-Vizepräsident. Philippi, Zeit seines Lebens engagierter Streiter für die Interessen privater Kliniken, gehörte lange Jahre dem Vorstand des Landesverbandes NRW an, bevor er 2006 in den BDPK-Vorstand gewählt wurde. Seit dieser Zeit war er Vizepräsident des Bundesverbandes und leitete den Fachausschuss Krankenhäuser. Als BDPK-Vorstandsmitglied war er von 2011 bis 2017 auch Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Nach dem Verlassen der Sana-Kliniken 2016 als Vorstandsvorsitzender schied Michael Philippi im Sommer 2017 aus dem Vorstand des BDPK aus und wurde zum neuen Ehrenmitglied ernannt. Als erfolgreicher deutscher Gesundheitsökonom galt sein Handeln der Maxime, dass unternehmerisches Denken im Krankenhausbetrieb Hochleistungsmedizin sicherstellt und weiterentwickelt. Diese Überzeugung begleitete ihn auch seit dem Sommer 2018 bei seiner Tätigkeit als neuer Geschäftsführer bei den Paracelsus-Kliniken. Mit Prof. Dr. Michael Philippi hat der BDPK nicht nur eine außergewöhnliche Persönlichkeit verloren, sondern auch einen wichtigen Impulsgeber mit enormem gesundheitspolitischem Gespür.

Vorwort

Das vergangene Berichtsjahr war von der intensiven Debatte um die beabsichtigte Lösung des Pflegenotstandes geprägt. Dabei dominierte die Frage der Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen und der gesetzgeberischen Verankerung der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System sowie deren Überführung in ein Pflegebudget. Gänzlich abgehängt in der Diskussion um die Stärkung der Pflege wurden die Pflegekräfte in den Rehabilitationseinrichtungen. Alles in allem also wirklich kein gutes Jahr für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik. Hätten wir diesen „ordnungspolitischen GAU" verhindern können? Vermutlich nein. Denn in Politik und auch in weiten Teilen der Kliniklandschaft herrscht die Einschätzung vor, dass stationäre Gesundheitsversorgung durch zentrale Bundesvorgaben organisiert und weiterentwickelt werden kann. Diese Überzeugung ist zuletzt im Sozialismus gescheitert. Die Diskussion dreht sich nur noch um die Frage, wie der Gesetzgeber dazu gebracht werden kann, nicht gerade das Schlimmste zu beschließen, und wie der größte Schaden in der Umsetzung verhindert werden kann. Themen der Innovation und Modernisierung unserer Gesundheitsversorgung kommen dabei kaum vor.

Pflegenotstand und wie weiter?

Neu ist der Pflegenotstand nicht. Völlig unbestritten ist: Unsere Krankenhäuser haben immer mehr Patienten zu versorgen, sei es durch die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts, zunehmendes Lebensalter oder schlechter werdende ambulante Versorgung. Dies ist Alltag in den Notaufnahmen und auf den Stationen unserer Krankenhäuser. Dass man etwas tun muss, war eigentlich schon vorher klar. Doch die Politik hat nicht gehandelt und stattdessen den finanziellen Druck in den Krankenhäusern weiter verstärkt. Bis zum Auftritt des 29-jährigen Pflege-Auszubildenden Alexander Jorde in der ARD-Wahlarena im September 2017. Über Nacht wurde er zum prominentesten Fürsprecher aller deutschen Pflegekräfte, weil er Bundeskanzlerin Angela Merkel öffentlich mit den gravierenden Zuständen in der Gesundheits- und Krankenpflege konfrontierte. Seine Kritik zielte auf eine Bundesregierung, die in zwölf Jahren unter Merkel nicht viel für die Pflege getan habe. Chapeau Herr Jorde, das war mutig und wirkungsvoll. Nun verkün-

det die Bundesregierung generös, dass den Krankenhäusern ab 2019 alle Kosten durch Tarifsteigerungen in der Pflege erstattet werden. Was sich großzügig anhört, muss eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Wer will, dass in unseren Krankenhäusern genügend qualifiziertes Personal beschäftigt ist, der muss es auch bezahlen, nicht nur in der Pflege! Deshalb ist die Einführung des vollen Tarifausgleiches nur für die Pflege letztlich eine politische Bankrotterklärung. Heißt sie doch, dass man für alle Beschäftigten im Krankenhaus eine bewusste Unterfinanzierung in Kauf genommen hat und man aktuell nur bereit ist, diese Fehlentscheidung ausschließlich für Pflegekräfte zu korrigieren. Und wenn kritisiert wird, dass die Krankenhäuser beim Personal sparen, um Investitionen zu finanzieren, was hat die Politik auf Bundes- und Landesebene gemacht, um selbst gesetzestreu zu sein?

Pflegepersonaluntergrenzen

Es wurden bundeseinheitlich verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt, die die Krankenhäuser zwingend einhalten müssen. Diese lehnt der BDPK aus ordnungspolitischen Überlegungen ab, weil sie in den Kliniken nicht rechtssicher und nicht sinnvoll anwendbar sind. Deutlich wird dies an der Formulierung in § 137i Abs. 1 SGB V des Gesetzentwurfs, wonach Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen (gemeint sind Krankenhausabteilungen) zu vermeiden sind. Ein solches Organisationsverständnis der stationären Versorgung mit einem unverrückbaren Personalkörper geht weit hinter die heute gelebte abteilungsübergreifende Personaleinsatzplanung zurück. In der Konsequenz müssten Betten beispielsweise bei Erkrankung von Mitarbeitern in einer Abteilung geschlossen werden, während das Personal einer nicht voll belegten Abteilung weniger ausgelastet wäre.

Wissenschaftliche Kriterien für eine Personalbemessung zu entwickeln wäre hier das Gebot der Stunde. Die Bundesregierung hingegen machte lediglich eine Personalstands-Abfrage in Krankenhäusern. Nach der Auswertung der Daten wurde festgelegt, dass die Krankenhäuser mit einer Pflegepersonalausstattung aus dem unteren Viertel aller Krankenhäuser definitiv zu wenig Pflegepersonal hätten. Sie würden mit dieser Personalausstattung die Gesundheit ihrer Patienten gefährden. Eine Begründung, warum diese Grenze bei 25 und nicht bei 10 oder 33 Prozent liegt, wurde nicht mitgeliefert. Viele Fragen bleiben nach wie vor unbeantwortet, z. B.

nach der praktischen Machbarkeit, den Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung der Patienten, dem bürokratischen Aufwand mit Dokumentation und Überprüfung. Schnell wurde eine Sanktionsvereinbarung auf den Weg gebracht. Sie legt fest, welche Strafen die Krankenhäuser im Falle des Verstoßes gegen die Personaluntergrenzen zu zahlen haben. Das muntere Prüfen und Kürzen kann beginnen.

Pflegestärkung in der Reha: Fehlanzeige

Mit welchen Auswirkungen eines höheren Bedarfs von examinierten Krankenpflegekräften auf die Versorgungsbereiche der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Rehabilitationskliniken ist zu rechnen? Es ist zu vermuten, dass der höhere Personalbedarf im Krankenhaus zu einem Absaugen von Pflegekräften aus der ambulanten und stationären Pflege und der Rehabilitation führen wird. Das Szenario liegt auf der Hand: Werben Krankenhäuser die Pflegekräfte aus den Reha-Einrichtungen ab, können diese wiederum nicht mehr die Patienten für eine Anschluss-Reha aus den Krankenhäusern aufnehmen. Weil sie nämlich die Pflege in der Reha nicht mehr sicherstellen können.

Die Ausgrenzung von Pflegekosten

In der letzten Februarwoche haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten des Pflegepersonals verabschiedet.

Damit ist es amtlich: Die DRG als umfassendes Preissystem haben ausgedient! Stattdessen werden die Pflegepersonalkosten, die der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Abteilungen zuzuordnen sind, wieder nach dem guten alten Selbstkostendeckungsprinzip mit den Krankenkassen verhandelt. Jetzt können die Krankenhäuser endlich Pflegepersonal einstellen, ohne auf die Kosten achten zu müssen. Doch auf dem Arbeitsmarkt gibt es keine Pflegekräfte. Die Bemühungen der Bundesregierung, mehr Berufsaussteiger zur Rückkehr in die Pflege zu bewegen, gehen ins Leere. Insofern könnte sich das Ganze für die Krankenhäuser als ein Handel mit Zitronen entpuppen.

Die nächsten Schritte sind absehbar: die Ärzte müssen raus aus dem DRG-System, genau wie die Therapeuten. Dann hätten wir ein Vergütungssystem für die Sachkosten im Krankenhaus, für das Essen, die Arzneimittel und die Implantate.

Schauerlich die Vorstellung, wie Krankenkassen und Krankenhäuser die Budgetverhandlungen 2020 führen werden: fokussiert auf den Knackpunkt, ob Pflegekräfte und ihre Helfer tatsächlich auf der richtigen Station in der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt werden und ob es nicht auch mit weniger Pflegekräften gehen könnte. Dies schaffe das Nachbarkrankenhaus immerhin auch. An diesem Punkt werden die Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern mit voller Wucht aufeinanderprallen.

Statt Know-how und Zeit in die Entwicklung echter Innovationen zu stecken, bspw. über die Frage der Entlastung von Ärzten und Pflegekräften durch Digitalisierung und intelligente Arbeitsabläufe, bestimmt eine rückwärtsgewandte Zuordnungsdebatte über Personalkosten das Geschehen. Schade um die Zeit. Viel Aufwand und Bürokratie werden Krankenhäuser aufbringen müssen, um die neuen Regelungen einzuhalten. Die Aufgabe wachsender Dokumentationspflichten wird bei den Pflegekräften selbst landen. Selbstverständlich gewordene Aufgabenteilungen und der Einsatz geringer qualifizierten Hilfspersonals werden infrage gestellt. Es wird die Krankenhäuser finanziell und examinierte Pflegekräfte durch Übernahme von weniger qualifizierten Tätigkeiten treffen.

Fazit

Ein planwirtschaftlich reguliertes System der Gesundheitsversorgung durch den Staat wird dem wachsenden Bedarf an qualifizierten medizinischen Dienstleistungen nicht gerecht. Gute Medizin bei bewusster Unterfinanzierung in den Bereichen Personal und Investitionen kann nicht aufgehen. Das kann man auch nicht befehlen! Krankenhäuser müssen unternehmerisch handeln, nur so können echte Prozessinnovationen vorangetrieben, Bürokratie abgebaut und neue Berufsbilder im Krankenhausalltag zur Entlastung von Ärzten und Pflegekräften integriert werden. Dies sind die Herausforderungen, denen wir uns gemeinsam mit der Politik stellen müssen.

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

1. Politik

Die Verbesserungen in der Pflege waren und sind das gesundheitspolitische Megathema dieser Legislaturperiode. Der Pflegenotstand, so war von Gesundheitsminister Jens Spahn immer wieder zu hören, dulde keinen Aufschub mehr. Neben der Umsetzung der hoch umstrittenen Personaluntergrenzen für die Pflege folgte der Gesetzentwurf für das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Der 2018 eingeleitete Gesetzesmarathon Spahns geht 2019 weiter: mit dem Gesetzesentwurf zur besseren Terminvergabe in den Praxen, dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes, dem E-Health-Gesetz II.

Der BDPK hat sich mit Stellungnahmen zu den vielen Gesetzes- und Verordnungsvorhaben eingebracht. Die gesundheitspolitischen Positionen der Mitgliedskliniken in privater Trägerschaft vertrat der Bundesverband bei Verbändeanhörungen des Bundesgesundheitsministeriums und in den Anhörungen des Gesundheitsausschusses im Bundestag. Mit Nachdruck kritisierte der BDPK die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs, die Zunahme an ordnungspolitischer Überregulierung sowie Bürokratisierung und mahnte die fehlende Berücksichtigung der Reha-Kliniken im PpSG an. In Gesprächen mit Gesundheitspolitikern aller Fraktionen des Bundestages standen drängende gesundheitspolitische Handlungsfelder im Zentrum, die für eine qualitativ hochwertige medizinische Gesundheitsversorgung notwendig sind.

Wie sehen die Weichenstellungen in der aktuellen Gesundheitspolitik für die Zukunftsfähigkeit einer guten Krankenhaus- und Reha-Versorgung aus? Was wurde bislang auf den Weg gebracht? Und was ist dringend notwendig? Auf den folgenden Seiten geben die gesundheitspolitischen Sprecher aus den Reihen der Koalitions- und Oppositionsfraktionen darauf Antwort.

Die Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte verbessern

Karin Maag MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
Mitglied im Fraktionsvorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

„Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das wir im November 2018 verabschiedet haben, haben wir uns auf somatische Krankenhäuser und Einrichtungen der stationären Altenpflege konzentriert, um – wie im Koalitionsvertrag zugesagt – die Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte zu verbessern. Das Maßnahmenpaket soll die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Pflege im Krankenhaus und in der Altenpflege nachhaltig stärken.

Selbstverständlich ist uns daran gelegen, dass die Rehabilitationskliniken ihre gute Arbeit für die Patienten fortsetzen können. Wir werden uns mit dieser Thematik separat befassen, denn unsere Maßnahmen für eine bessere Pflege sind für diese Wahlperiode noch nicht beendet. So wollen wir uns unter anderem die Stärkung der Gesundheitsberufe vornehmen – und dabei auch die Anliegen der Beschäftigten in den Reha-Einrichtungen im Blick behalten. Seit Juli 2018 läuft zudem die ‚Konzertierte Aktion Pflege'. Unter der Federführung von Gesundheitsminister Spahn, gemeinsam mit Bundesfamilienministerin Giffey und Bundesarbeitsminister Heil, erarbeiten fünf Arbeitsgruppen konkrete Vorschläge, um den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar zu verbessern und somit die Zahl der Bewerber in den verschiedenen Einrichtungen langfristig zu steigern.
Darüber hinaus wird in den kommenden Monaten auch der Vergütungsbedarf von Rehabilitationsleistungen in der GKV eine Rolle spielen. Im Mittelpunkt von möglichen Maßnahmen muss für uns dabei immer stehen, die Versorgung der Patienten zu verbessern, die Patientensicherheit zu stärken und gleichzeitig die Belange der Kliniken hinreichend zu berücksichtigen."

Nachholbedarf in der Reha-Versorgung

Sabine Dittmar MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
Mitglied im Fraktionsvorstand der SPD-Bundestagsfraktion

„In der Krankenhausversorgung haben wir mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wichtige gesundheitspolitische Weichen gestellt und viele Maßnahmen zur Stärkung der Beschäftigten in der Pflege auf den Weg gebracht: Jede zusätzliche und aufgestockte Pflegefachkraftstelle sowie die Tariflohnerhöhungen werden nun vollständig refinanziert. Ein ebenso starkes Signal ist das Herausrechnen der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen. Aus meiner Sicht gibt es für die Zukunft jedoch Nachholbedarf in der Reha-Versorgung. So sollte auch hier – wie in allen anderen Versorgungsbereichen – die Grundlohnsummenanbindung abgeschafft werden. Außerdem sollten bei der Bezahlung von Pflegekräften auch im Reha-Bereich Tariflohnsteigerungen vollständig refinanziert werden. Die SPD-Bundestagfraktion hat bereits in der vergangenen Legislaturperiode mit einem Positionspapier ‚Handlungsfeld Rehabilitation' ihre Vorstellung für die Weiterentwicklung der Reha aufgezeigt."

Das Positionspapier ist online abrufbar unter https://www.spdfraktion.de/system/files/documents/positionspapier-handlungsfeld-rehabilitation.pdf

Wir brauchen bedarfsgerechte Personalbemessungsinstrumente

Maria Klein-Schmeink MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen

„Die Finanzierung von Tariflöhnen ist richtig, sie muss aber für alle Bereiche der Pflege, inklusive Langzeitpflege und Reha gelten, sonst wird es zu Personalverschiebungen und weiterer Personalnot in der ambulanten Pflege und in Reha-Einrichtungen kommen.

Für die Patientensicherheit und die Entlastung der Pflegekräfte braucht es Personalstandards. Personaluntergrenzen definieren nur Mindestmaß. Stattdessen brauchen wir bedarfsgerechte Personalbemessungsinstrumente in allen Pflegebereichen.

Das Entgeltsystem muss insgesamt stärker mit wirksamen Strukturkomponenten dafür sorgen, dass besondere Vorhaltekosten besser durch Zuschläge abgebildet werden.

Die Kosten der Digitalisierung müssen abgebildet werden, sowohl bei den Investitionsmitteln als auch bei den Betriebskosten.

Eine tragfähige Lösung der Investitionskostenfinanzierung muss dafür sorgen, dass die für Betrieb und Behandlung vorgesehenen Mittel nicht für Investitionen verwendet werden. Durch eine kriterieengeleitete Krankenhausplanung soll eine bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft entstehen, die eine qualitativ gute Versorgung sicherstellt. Dabei muss zwischen Grundversorgung, spezialisierten Zentren und Häusern der Maximalversorgung unterschieden werden. Angesichts des Fachkräftemangels wird es künftig nicht möglich sein, die derzeitige Anzahl von Häusern qualitativ gut zu führen."

Reformen der Krankenhausversorgungsstruktur und deren Finanzierung

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB
Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit

„Mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten, mehr Personal ans Bett – diese Herausforderungen hat die Bundesregierung erkannt – versucht sie allerdings durch noch mehr kleinteilige Regulierung und Planwirtschaft anzugehen. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zeigt das eindrücklich. Dieser Versuch muss scheitern, allein weil der Arbeitsmarkt schlichtweg das Personal, welches dringend gebraucht wird, nicht hergibt. Zudem werden Akutversorgung, Reha und Altenpflege gegeneinander ausgespielt.

Für eine bedarfsgerechte, hochwertige Versorgung müssen grundlegende Reformen der Krankenhausversorgungsstrukturen und deren Finanzierung angegangen werden, von dem am Ende auch Reha-Kliniken profitieren würden. Das heißt: eine Abkehr von der Krankenhausplanung auf Länderebene und der dualen Krankenhausfinanzierung und Hinwendung zu einer gestuften qualitätsbezogenen Versorgungsstruktur mit Fokus auf maximalversorgende und spezialversorgende Krankenhäuser. Gleichzeitig müssen ambulante Strukturen verbessert werden. Das kann – dort wo regional Bedarf besteht – durch die Umwandlung kleiner Allgemeinkrankenhäuser in lokale Gesundheitszentren erfolgen. Dort wo kein Bedarf besteht, müssen Allgemeinkrankenhäuser in der Akutversorgung jedoch konsequent geschlossen werden."

Das PpSG hat aus unserer Sicht Licht und Schatten

DIE LINKE.

Harald Weinberg MdB
Gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion Die Linke

„Das Krankenhausstrukturgesetz aus der letzten Wahlperiode hat jetzt zu ersten Qualitätsindikatoren und ihrer Anwendung in den Krankenhäusern geführt. Im Ergebnis sehen wir jetzt einer heftigen – wahrscheinlich auch rechtlichen – Auseinandersetzung der betroffenen Krankenhäuser und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entgegen. Unsere Befürchtungen, dass diese Indikatoren nicht rechtssicher ausgestaltet werden können und eher zu weiteren Verunsicherungen beitragen, haben sich bestätigt. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat aus unserer Sicht Licht und Schatten. Die Herausnahme der Personalkosten aus den DRGs sehen wir positiv. Die Definition von Personalschlüssel aus dem ermittelten Ist-Zustand statt aus dem tatsächlichen Pflegebedarf sehen wir sehr kritisch. Insgesamt bleibt es bei einer Weichenstellung in der Krankenhauspolitik, die sich vor allem auf eine wettbewerbliche Steuerung stützt und sich nicht am Bedarf orientiert. In den vergangenen 20 Jahren haben wir gesehen, wie dadurch die Privatisierung der Krankenhauslandschaft immer weiter voranschritt. Das sehen wir sehr kritisch und wollen wir stoppen und umkehren.

Notwendig sind aus unserer Sicht folgende Schritte: ein vollständiger Ausstieg aus der DRG-Finanzierung, die Einführung einer PPR 2.0 zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Pflege, ein Gewinnausschüttungsverbot an Anteilseigner von Krankenhäusern, die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in die Personalbedarfsplanung der Krankenhäuser.“

Gesetze, Verordnungen 2018 – 2019

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung – PflAFinV

Zeitplan: Inkrafttreten der Verordnung 1.1.2019

Inhalt: Abschaffung des Schulgeldes, Verpflichtung der Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste, den Auszubildenden eine angemessene Vergütung zu zahlen

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe – PflAPrV

Zeitplan: Verkündung 10.10.2018, Inkrafttreten 1.1.2020

Inhalt: Verordnung ergänzt Pflegeberufegesetz (PflBG) vom Juli 2017. Festlegung der inhaltlichen Details der neuen generalistischen Pflegeausbildung: Regelungen zur Dauer, Struktur, zur inhaltlichen Gestaltung sowie zum praktischen Teil der beruflichen Pflegeausbildung, außerdem Bestimmungen der staatlichen Prüfung sowie zur Praxisbegleitung und -anleitung

Position des BDPK: Ein verpflichtender praktischer Einsatz der Auszubildenden in Reha-Kliniken ist notwendig, auch eine flexiblere Gestaltung der Verordnung im Sinne der Ausbildungsträger und Pflegeschulen; Reha-Kliniken als Ausbildungsträger.

GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV – VEG

Zeitplan: Inkrafttreten 1.1.2019

Inhalt: Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Absenkung des GKV-Mindestbeitrags für Selbstständige mit geringem Einkommen, Bereinigung von Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen, „soziale Absicherung“ von ehemaligen Soldaten auf Zeit

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals – PpSG

Zeitplan: Inkrafttreten 1.1.2019

Inhalte: Erste Schritte gegen Fachkräftemangel in der Kranken- und Altenpflege, 13.000 neue Stellen in der Altenpflege; Neuauflage Pflegestellenförderprogramm, Refinanzierung Tarifsteigerungen, Verbesserung Ausbildungsfinanzierung Pflege und weiterer Gesundheitsberufe, Übermittlungspflicht Pflegestufe, Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds, Neuregelung Pflegepersonalfinanzierung. Bundesweite Festlegung FDA 35 Prozent, kein höherer Abschlag Ortsebene, Ganzhaus-Pflegepersonalquotient ab 31.5.2020, bei stationärer Reha Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung des Pflegebedürftigen

Position des BDPK: keine Ausgliederung Pflegepersonalkosten, dafür Weiterentwicklung des Pflegezuschlags und des Krankenhausstrukturfonds, Modernisierung der IT-Infrastruktur für alle Kliniken, zusätzliche FDA-Ausnahmeregelungen, Refinanzierung steigender Personalkosten für Reha, Streichung Genehmigungsvorbehalt für pflegende Angehörige, Streichung der Grundlohnsummenbindung

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV

Zeitplan: Inkrafttreten 11.10.2018

Inhalt: In vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen gelten ab dem 1.1.2019 Pflegepersonaluntergrenzen; begleitet wird diese Maßnahme ab 2020 von Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus – dem sogenannten „Ganzhausansatz“.

Position des BDPK: Anerkennung weiterer Berufsgruppen als anrechnungsfähiges Personal; keine Vorgabe des Gesetzgebers für die Zeiträume der Tag- und Nachtschichten, sondern individuelle Festlegung jeder Klinik vor Ort

2019

2019

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende – GZSO

Zeitplan: Inkrafttreten 1.4.2019

Inhalt: Stärkung des Transplantationsbeauftragten durch Freistellung und Finanzierung, höhere Vergütung und mehr Unterstützungsangebote der Entnahmekrankenhäuser, flächendeckende Bereitstellung neurologischer Konsiliardienste, Qualitätssicherung in den Entnahmekrankenhäusern

Entwurf für ein Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung – TSVG

Zeitplan: Inkrafttreten 1.5.2019

Inhalt: Neues sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Landes- und Bundesebene; Verpflichtung der Kliniken ab 2021, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Rahmen des Entlassmanagements unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln; Verpflichtung der Krankenkassen, bis spätestens 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen, Weiterentwicklung der Rahmenbedingung für MVZ, Umstellung des bisherigen Einzelvertragsmodells in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auf ein Zulassungsmodell; beim Thema „MVZ" wird im Sinne unserer Positionen nachgebessert.

Position des BDPK: Aufnahme von Vertretern der Reha-Leistungserbringer in die sektorenübergreifenden Entscheidungsgremien auf Landes- und Bundesebene, Neuregelungen im Bereich MVZ; Einbindung von Reha-Kliniken in die Telematikinfrastruktur; Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frühreha nach Schlaganfällen, Hirnblutungen und Gehirnoperationen vom Fixkostendegressionsabschlag befreien

Regierungsentwurf für ein Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung – GSAV

Zeitplan: Inkrafttreten 1.7.2019

Inhalt: Änderung von mehreren Gesetzen und Verordnungen als Konsequenz aus den jüngsten Arzneimittelskandalen; Maßnahmen, die auch Krankenhäuser betreffen: Bevollmächtigung des BMG, die Weiterentwicklung von Pflegepersonalgrenzen, wie im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vorgesehen, per Rechtsverordnung zu erlassen, bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene; für das erste Jahr der neuen Pflegeausbildung komplette Übernahme der Kosten von der Pflegeversicherung

2019

2. Krankenhäuser

Die gesundheitspolitische Gesetzgebung der Bundesregierung für den Krankenhausbereich ist so komplex und zum Teil auch widersprüchlich, dass die Wirkungen der relevanten Passagen für die Zukunft der Krankenhäuser kaum kalkulierbar sind. Während die Krankenhäuser bislang konsequent zu wirtschaftlichem Handeln angehalten wurden, ändert sich dies gerade grundlegend.

In der letzten Legislaturperiode wurde die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen beschlossen. Die Krankenhäuser müssen künftig für den Pflegebereich bundeseinheitliche Mindestvorgaben einhalten. Damit wird das Krankenhaus von der unternehmerischen Verantwortung für den Einsatz des Pflegepersonals entbunden.

Obwohl es bisher kein fundiertes Wissen über die praktischen Auswirkungen dieser Regelung gibt, wurde in dieser Legislaturperiode die nächste relevante Gesetzesinitiative beschlossen. Die Pflegekosten sollen aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und diese Personalkosten in selbstkostenbasierte Pflegebudgets überführt werden, die jedes Krankenhaus mit den Krankenkassen verhandeln muss. Dabei sind stärker steigende Kosten für das Pflegepersonal politisch durchaus gewünscht. Dies verspricht bessere Zeiten, sollten die Krankenhäuser damit tatsächlich mehr Menschen für die Arbeit in der Pflege motivieren können. Ein leeres Versprechen, wie jeder weiß! Tatsächlich existiert ein ausgeprägter Fachkräftemangel und Pflegenotstand, sodass kurz- bis mittelfristig nicht von mehr Pflegekräften ausgegangen werden kann. Die Experten befürchten eher eine Kannibalisierung zwischen den Arbeitgebern Pflegeheim und ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus und Rehabilitationsklinik im Kampf um die knappe Ressource Pflegekraft.

Der bisherige Webfehler der nur hälftigen Refinanzierung der Lohn- und Gehaltssteigerungen bleibt zumindest für Mitarbeiter in Krankenhäusern, die nicht der Pflege zuzurechnen sind, erhalten. Die sich immer weiter öffnende Personalkostenschere ist somit für weite Teile des Krankenhauspersonals nach wie vor die Realität. Auch die Unterfinanzierung im Bereich der Investitionskosten wird mit den punktuellen Wohltaten für die Refinanzierung des Pflegepersonals nicht gelöst. Die Krankenhäuser stecken weiterhin

im Würgegriff aus wirtschaftlichem Druck und staatlicher Regulierung.

Unklar ist auch, wie sich die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Mindestvorgaben für die Notfallversorgung auswirken werden. Vermutlich werden kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen künftig aus der Notfallversorgung ausscheiden, weil sie die entsprechenden Vorgaben nicht mehr erfüllen können. Dann zahlen sie Abschläge für jeden Fall und es bleibt offen, ob sie ohne Notaufnahme wirtschaftlich überleben können.

Auch die Prüf- und Klageorgie der Krankenkassen, gerichtet auf das Ziel, Krankenhausabrechnungen zu beanstanden und letztlich kürzen zu können, ist nicht in den Griff zu bekommen. Dies musste auch der amtierende Gesundheitsminister trotz eindeutiger Ansagen in Sachen geriatrischer und neurologischer Komplexpauschalen entsetzt zur Kenntnis nehmen.

Die Gestaltungskraft richten wir damit fast ausschließlich auf die Lösung selbst geschaffener Probleme, als denn auf echte Anstrengungen, eine effizientere und bessere Gesundheitsversorgung zu organisieren. Unsere Zukunft wird stärker von den Zwängen abhängen, die sich aus dem demografischen Wandel mit Fachkräftemangel einerseits und einer steigenden Zahl älterer und behandlungsbedürftiger Mitmenschen andererseits ergeben. Dazu kommen vermutlich knapper werdende finanzielle Ressourcen. Auf diese Probleme bereiten wir uns kaum vor.

Rahmenbedingungen: Zurück zur Selbstkostendeckung

Neuregelungen PpSG

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) will der Gesetzgeber die Personalausstattung in Krankenhäusern verbessern und Pflegekräfte entlasten. Das Gesetz ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten. Als kurzfristige Maßnahme zur Stärkung der Pflege sieht es ab 2019 eine Fortführung des Pflegestellenförderprogramms bei einem Wegfall des bislang bestehenden Eigenfinanzierungsanteils von 10 Prozent vor. Tarifsteigerungen des Pflegedienstes sollen ab 2018 vollständig ausgeglichen werden. Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) wird auch nach 2018 auf 35 Prozent festgesetzt. Die Möglichkeit, auf Ortsebene höhere Abschläge zu vereinbaren, entfällt. Ab 2020 sollen die Pflegekosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert und künftig mit einem separaten Pflegebudget finanziert werden. Mit dem Pflegepersonalquotienten ermittelt das InEK erstmals zum 31. Mai 2020 das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in

Neuregelungen PpSG mit Zeitpunkt des Inkrafttretens

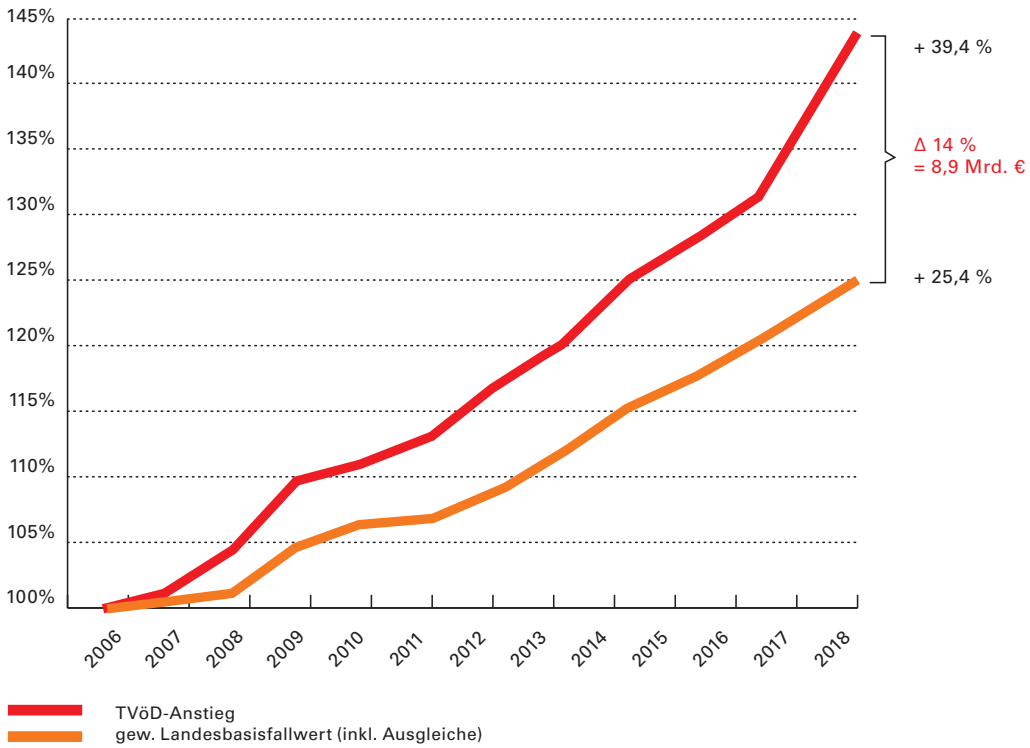
Neuregelungen PpSG	Grundlage	Wann?
Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für somatische Einrichtungen	§ 10 Abs. 5 KHEntgG	2018
Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal, Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung	§ 3 Abs. 4 BPflV, § 11 BPflV	2018
Refinanzierung von Tarifsteigerungen bei krankenhausindividuellen Entgelten	§ 6 Abs. 3 KHEntgG	2018
Abschaffung der Anrechnungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr in der Kranken- und Kinderkrankenpflege	§ 17a Abs. 1 KHG	2019

Festlegung FDA auf 35 Prozent, Aufhebung höherer Abschlag Ortsebene	§ 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG	2019
Verlängerung des Pflegestellenförderprogramms um ein Jahr mit vollständiger Finanzierung zusätzlich entstehender Personalkosten	§ 4 Abs. 8 KHEntgG	2019
Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	§ 4 Abs. 8a KHEntgG	2019
Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen einschließlich Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung und Rückzahlungsverfahren	§ 9 Abs. 1 Nr. 7 i. V. m. § 10 Abs. 5 KHEntgG	2019 für 2018
Klarstellung Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags	§ 8 Abs. 10 KHEntgG	2019
Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Vergütungssystem; Vereinbarung Pflegeerlöskatalog	§ 17b Abs. 4 KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG	2020
Vereinbarung Pflegebudget	§ 6a KHEntgG	2020
Aufhebung des Pflegezuschlags	§ 8 Abs. 10 KHEntgG	2020
Vereinbarung der näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets	§ 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG	2020
Einführung vorläufiger Pflegeentgelte bei fehlender Budgetvereinbarung	§ 15 Abs. 2a KHEntgG	2020
Einführung eines Pflegepersonalquotienten einschließlich Sanktionen für den Fall der Unterschreitung der festgelegten Untergrenze	§ 137j SGB V	2020

der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und zum Pflegeaufwand. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird ermächtigt, per Rechtsverordnung Untergrenzen festzulegen.

Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft begrüßen die Zielsetzung des Gesetzes, Pflegekräfte in Krankenhäusern zu entlasten. Die vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch nur bedingt geeignet, dieses Ziel zu erreichen, und enthalten Widersprüche. Das weiterentwickelte Pflegestellenförderprogramm schafft die nötige Motivation und Finanzierungssicherheit für die Krankenhäuser, zusätzliche Pflegekräfte einzustellen. Dies ist seit 2019 möglich und wird direkt auf den Stationen von den Pflegekräften entlastend gespürt. Die Umstellung von der halben auf die volle Tarifausgleichsrate ist ein Schritt in die

Tariflohn-Erlös-Schere der Jahre 2006–2018



Quelle DKG 2018.

richtige Richtung. Sie greift allerdings zu kurz, da sie sich nur auf die Refinanzierung der Kosten im Pflegedienst bezieht und Tarifsteigerungen des übrigen nichtärztlichen und ärztlichen Personalbereichs nach wie vor nur hälftig refinanziert werden. Es entsteht eine Ungleichbehandlung der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus, die künftig den Betriebsfrieden gefährden könnte. Sonderbedingungen für Pflegekräfte sieht beispielsweise der im Februar 2019 geschlossene Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder vor. Pflegekräfte erhalten nicht nur die bessere Entgelttabelle, sondern monatlich zusätzlich 120 Euro. Unabhängig davon kann die neue Tarifrate allenfalls die weitere Öffnung der Tariflohn-Erlös-Schere verlangsamen. Seit Jahren steigen die Löhne stärker als die durch den Veränderungswert zugelassenen Preiszuwächse. Sie bietet keine Lösung für die bestehende Lücke von inzwischen rund 8,9 Milliarden Euro.

Sehr kritisch sehen private Träger die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ab 2020. Durch die Ausgliederung wird der Anreiz für Krankenhäuser, die sich bisher mit Hilfe von Innovationen und Prozessoptimierungen um die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen bemüht haben, verloren gehen. Die Ausgliederung ist im Ergebnis die ordnungspolitisch fragwürdige abgetrennte Wiedereinführung des Selbstkostendeckungssystems für die Pflegepersonalkosten. Sie bedeutet in der Konsequenz den Ausstieg aus dem DRG-System, ohne dass es dafür eine sinnvolle Alternative gäbe. Aus Sicht des BDPK sprechen folgende Argumente gegen die Neuregelung:

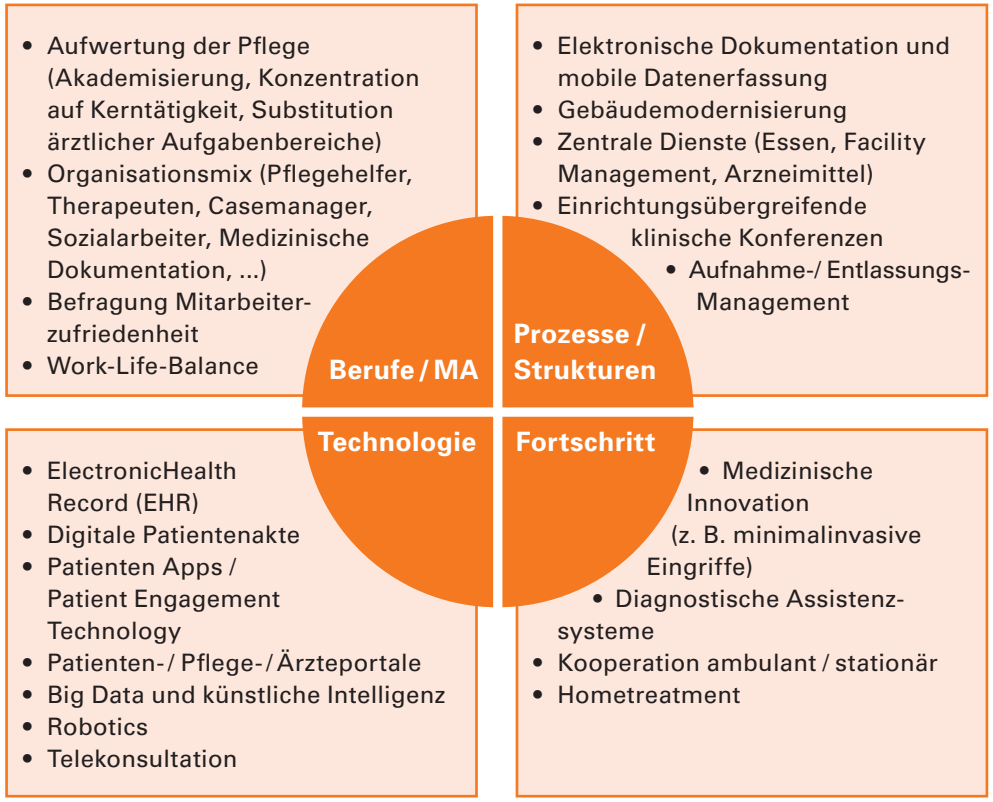
- Die Rückkehr zur Selbstkostendeckung wird die Bemühungen der Krankenhäuser um sinnvolle und qualifikationsgerechte Arbeitsteilung stoppen. Sie nimmt Krankenhäusern Anreize zur sinnvollen organisatorischen Weiterentwicklung und stoppt Innovationen. Warum sollte ein Krankenhaus in moderne Infrastruktur wie Robotics oder pflegeentlastende IT investieren, wenn es stattdessen subventionierte Pflegefachkräfte einstellen kann?
- Ab 2020 werden zwei unterschiedliche Entgeltsysteme aufwendig nebeneinander betrieben. Das bedeutet doppelte Bürokratie und neue Nachweispflichten, die die Mitarbeiter belasten.
- Weitere Berufsgruppen fordern schon eine separate Finanzierung (derzeit sind es die Ärzte). Die Neuregelung kann das Ende des DRG-Systems bedeuten, ohne dass es sinnvolle Alternativen gibt.
- Es besteht viel zu wenig Vorbereitungszeit für den massivsten Eingriff seit DRG-Einführung.
- Pflegepersonaluntergrenzen machen in der neuen Pflegefinanzierung keinen Sinn. Es bestehen keinerlei Anreize an der Pflege zu sparen, Unterbesetzung ergibt sich ausschließlich aus dem Fachkräftemangel.
- Es entstehen krankenhausindividuelle Preise und hohe Anreize für Krankenkassen zur Leistungssteuerung.
- Reha und Pflege sind nicht Teil der neuen Finanzierung und werden im Wettbewerb um Fachkräfte nicht mithalten können.
- Die Fokussierung auf tagesbezogene Pflegekostenerstattung stoppt den medizinisch sinnvollen und politisch gewollten Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer. Diese sind schon heute im internationalen Vergleich deutlich länger.[1] In der Folge würden mehr Krankenhausbetten benötigt.
- Besonders bedenklich ist, dass trotz der vorgesehenen Ausgliederung ein bundeseinheitlicher Pflege-Erlöskatalog als Abrechnungsinstrument entwickelt werden soll. Noch stehen dessen Inhalte nicht fest. Sollte dieser aber einen Leistungsbezug beinhalten, würden unvereinbare Elemente unterschiedlicher Finanzierungssysteme miteinander vermischt.

Innovationswerkstatt Pflege

Ideen zur Entlastung der Pflege finden nie den Weg in die Praxis, weil sie von Einzelhäusern nicht rechtssicher erprobt und finanziert werden können. Die Innovationswerkstatt könnte Konzepte für pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen praxistauglich ausarbeiten und ausgereifte Lösungen für alle Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Dabei können Ideen aus der praktischen Arbeit der Kliniken einfließen. Denkbar sind Workshops, Ausschreibungen und Umfragen. Pflegeentlastende und substituierende Maßnahmen werden zur Serienreife gebracht und als Blaupause für die Krankenhäuser angeboten. In die Innovationswerkstatt werden durch das Bundesgesundheitsministerium interdisziplinäre Experten aus Krankenhäusern (Pflege, Medizin, Geschäftsführung), der Organisationsentwicklung, IT und Pflegewissenschaft berufen.

Denkbar sind pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen in folgenden Feldern:

1 Siehe https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm



Quelle BDPK 2019.

Terminservicestellengesetz

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll sichergestellt werden, dass auch gesetzlich Versicherte schnellere Arzttermine bekommen. Aufgaben der Terminservicestellen sollen erweitert und niedergelassene Ärzte verpflichtet werden, mehr Sprechstunden anzubieten. Krankenkassen werden verpflichtet, für ihre Versicherten elektronische Gesundheitsakten bis spätestens 2021 anzulegen.

Für große Sorgen bei den Krankenhäusern führten die ursprünglich vorgesehenen Neuregelungen im Bereich Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Der Gesetzentwurf sah vor, dass angestellte Ärzte, die aus dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ausscheiden, nur noch unter bestimmten Voraussetzungen nachbesetzt werden können. Und zwar nur dann, wenn laut Zulassungsausschuss ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Vom Bundesrat wurden weitere Restriktionen gefordert: So sollten

Krankenhäuser nur noch dann zur Gründung von MVZ berechtigt sein, wenn das Krankenhaus innerhalb des entsprechenden Bedarfsplanungsbereichs liegt, in dem das MVZ seinen Sitz hat. Außerdem sollten Krankenhäuser nur in den Fachgebieten MVZ errichten dürfen, in denen sie auch stationär tätig sind. Die Neuregelung hätte den Bestand der MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft massiv gefährdet. Erfreulicherweise hat der Bundestag diese sehr weitgehenden und von BDPK und DKG kritisierten Verschärfungen in seiner abschließenden Lesung gestrichen. Beschränkt werden in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad im jeweiligen Planungsbereich lediglich die Möglichkeiten zur Gründung zahnärztlicher MVZ in Krankenhausträgerschaft.

Laut Gesetzentwurf sollte die Möglichkeit zur Gründung von MVZ für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V auf die Gründung fachbezogener MVZ beschränkt werden. Damit sollte der zunehmende Einfluss von Kapitalinvestoren in diesem Bereich begrenzt werden. In seiner abschließenden Lesung hat der Bundestag diese Neuerung konkretisiert und klargestellt, dass ein Fachbezug auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung von Dialysepatienten besteht. So kann dem komplexen Versorgungsbedarf niereninsuffizienter Patienten entsprochen werden, der über die eigentliche Dialyse hinausgeht, wie es auch der BDPK gefordert hatte. Zulässig sind beispielsweise hausärztliche, internistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen.

Die hoch qualitative Versorgung in medizinischen Versorgungszentren ist durch eine ausgeglichene Trägervielfalt sichergestellt. Die Sorge des Gesetzgebers vor den Investitionen privater Kapitalgeber ist aus Sicht des BDPK nicht nachvollziehbar. Ein maßgebliches Ziel der vertragsärztlichen Versorgung besteht darin, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Zahlreiche gesetzliche Bestimmungen konkretisieren dieses Ziel und regeln die Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen. Dazu gehören: Kollektivverträge und Normenregime zur Steuerung der ärztlichen Tätigkeit im MVZ, denen medizinische Versorgungszentren unabhängig von ihrer Trägerstruktur unterworfen sind. Für eine gute, zeit- und heimatnahe Versorgung der Patienten in allen Regionen ist die ambulante und

stationäre Versorgung in Deutschland auf Investitionsmittel angewiesen. Im stationären Sektor wird seit Jahren über die dringend notwendigen Investitionen in die Infrastruktur diskutiert, bei denen die dafür zuständigen Bundesländer kaum hinterherkommen. Der Gesetzentwurf will den Zufluss von notwendigem Investitionskapital in das deutsche Gesundheitssystem ohne Begründung erschweren. Wie soll Versorgung im ländlichen Bereich zukünftig organisiert werden, wenn privatwirtschaftliche Partner, die bereit und in der Lage sind, die damit verbundenen Risiken zu tragen, davon ausgeschlossen werden? Bereits heute tragen Investoren aus dem privaten Umfeld weitreichende Verantwortung für die Patientenversorgung und zum Wohle der Bevölkerung. Es ist daher zu begrüßen, dass der Bundestag entscheidende Neuregelungen des ursprünglichen Gesetzentwurfs angepasst bzw. gestrichen hat.

Fixkostendegressionsabschlag und Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Zuletzt hat der BDPK zum TSVG den dringenden Weiterentwicklungsbedarf beim Fixkostendegressionsabschlag (FDA) für Leistungen der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation formuliert. Krankenhausleistungen, die nach Schlaganfällen, Hirnblutungen und Gehirnoperationen notwendig sind, sollten vom FDA ausgenommen werden. Die Zahl der zu behandelnden Patienten kann bei diesen Erkrankungen nicht beeinflusst werden. Die Leistungen werden in der Regel in spezialisierten neurologischen Fachkliniken erbracht, was dem politischen Wunsch entspricht. Der FDA gefährdet diese Fachkliniken existenziell und konterkariert damit die gewollte Spezialisierung und die damit verbundene Konzentration von Leistungen.

Eine sachgerechte Versorgung von Patienten mit schwersten Schädel-Hirn-Schädigungen aufgrund unterschiedlicher Indikationen (Patienten mit Polytraumata, Schlaganfällen, zerebralen Blutungen, Schädelhirntraumata) erfolgt regelhaft mit einer neurologischen Frührehabilitation (OPS 8-552). Erfolgt die neurologische Frührehabilitation bei der Behandlung eines Polytraumapatienten (gleichzeitig erlittene Verletzungen verschiedener Körperregionen), wird durch den gesetzlichen Ausnahmetatbestand kein FDA fällig.

Unterschiedliche Abschlagshöhe Fixkostendegressionsabschlag bei Neurologischer Frührehabilitation.

	Ohne Beatmungs-stunden	Weniger als 95 Beatmungs-stunden	Mehr als 95 Beatmungs-stunden
Polytraumatisierte Patienten	DRG-E1 Entgelt Kein FDA § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1a KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Kein FDA § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1a KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Kein FDA § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1a KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädel-hirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer **Verweildauer unter 14 Tage**	DRG-E1 Entgelt Halber FDA § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Halber FDA § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Voller FDA § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädel-hirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer **Verweildauer von 14 bis 28 Tage B42B**	DRG-E1 Entgelt Voller FDA § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Voller FDA § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG	DRG-E1 Entgelt Voller FDA § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädel-hirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer **Verweildauer über 28 Tage B43Z**	Krankenhaus-individuelles E3 Entgelt Kein FDA	Krankenhaus-individuelles E3 Entgelt Kein FDA	DRG-E1 Entgelt Voller FDA § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG

Abb. Unterschiedliche Abschlagshöhe Fixkostendegressionsabschlag bei Neurologischer Frührehabilitation. Quelle BDPK 2018.

Erfolgt die neurologische Frührehabilitation dagegen wegen eines Schädel-Hirn-Traumas, eines Schlaganfalls oder einer zerebralen Blutung unterliegt die Vergütung dem FDA in voller Höhe und wird um 35 Prozent reduziert.

Notfallversorgung

Eckpunkte zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung

Im Dezember 2018 legte das BMG Eckpunkte zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vor. Der BDPK begrüßt es, dass sich die Politik den Schwierigkeiten in der ambulanten Notfallversorgung widmen will. Seit Jahren sind Krankenhäuser mit der Realität konfrontiert, dass viele Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, obwohl sie innerhalb der ambulanten Notfallversorgung behandelt werden könnten. Jedes Jahr sind das ca. 11 Millionen Menschen. Für Krankenhäuser stellt dies eine hohe personelle und auch finanzielle Belastung dar.

Die nun vorgelegten Eckpunkte sehen gemeinsame Notfallleitstellen sowie die verpflichtende Einrichtung und den gemeinsamen Betrieb integrierter Notfallzentren (INZ) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Krankenhäuser vor. In welchen Krankenhäusern die INZ zu betreiben sind, soll von den Ländern im Rahmen einer Notfallversorgungsplanung unter Berücksichtigung des G-BA-Notfallstufenkonzeptes festgelegt werden.

Abb.
BMG-Eckpunkte zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.
Quelle BMG 2018.

Krankenhäuser sind bereit, auch zukünftig in die Ambulanzdienste einbezogen zu werden. Sie sind dabei aber auf verlässliche und regelhafte Strukturen angewiesen. Eine Zuschaltung von Krankenhäusern zur Abdeckung von Leistungsspitzen ist nicht leistbar. Die organisatorische Verantwortung muss bei den Krankenhäusern bleiben. Wichtig ist außerdem, dass die Vergütungsvereinbarung endlich eine auskömmliche Finanzierung der Aufgaben in der ambulanten Notfallversorgung ermöglicht.

Weiterentwicklung der stationären Notfallversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. April 2018 ein gestuftes System von Notfallstrukturen nach § 136c Abs. 4 SBG V beschlossen. Das System sieht drei Stufen für die Teilnahme an der Notfallversorgung vor:

- Stufe I – Basisnotfallversorgung
- Stufe II – erweiterte Notfallversorgung
- Stufe III – umfassende Notfallversorgung

Die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung ist mit einem Abschlag verbunden. Zusätzlich zu den Stufen sind Sondermodule in der Notfallversorgung vorgesehen: Kinder, Schwerverletztenversorgung, Schlaganfallversorgung und bei Durchblutungsstörungen am Herzen. Länder haben die Möglichkeit, Krankenhausstandorte als Spezialversorger auszuweisen. Die DKG hat den Beschluss nicht mitgetragen und gegen die Regelung gestimmt.

Die Zuordnung zu den Stufen erfolgt durch die Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, medizinisch-technische Ausstattung sowie die Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme.

Kriterien Notfallstufen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Zentrale Notaufnahme (3 Jahre Frist)	Notfallversorgung findet in einer zentralen Notaufnahme am Standort statt. Der Zugang ist grundsätzlich barrierefrei. Triage und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten.		
		Beobachtungsstation mit mindestens 6 Betten	
Fachabteilungen	Chirurgie / Unfallchirurgie und Innere Medizin	+ 4 Fachabteilungen aus festgelegten Kategorien	+ 7 Fachabteilungen aus festgelegten Kategorien
Medizinisch-technische Ausstattung	CT 24/7 verfügbar (Kooperation möglich), Schockraum	+ MRT und Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie und Notfallendoskopische Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt und PCI	
		Hubschrauberlandestelle (ggf. mit Zwischentransport)	Hubschrauberlandestelle ohne Zwischentransport
Intensivmedizin	6 Intensivbetten, davon 3 Beatmungsbetten	10 Beatmungsbetten	20 Beatmungsbetten
		Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Minuten auch für beatmungspflichtige Patienten	
Personalvorgaben	Je Fachabteilung ein angestellter Facharzt sowie jeweils ein Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie 24/7 innerhalb von max. 30 Minuten am Patienten verfügbar. Verantwortlicher Arzt und Pflegekraft für die Notfallversorgung benannt, die fachlich räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind		

Darstellung nach DKG 2018.

In der Notfallstufenvergütungsvereinbarung vom 10. Dezember 2018 einigte sich die Selbstverwaltung auf Bundesebene über die finanziellen Folgen der Zuordnung zu den einzelnen Stufen. Demnach wird die Einstufung eines Krankenhausstandortes in eine Notfallstufe in der Budgetverhandlung vorgenommen. Die dem Krankenhaus durch Einstufung in eine Notfallstufe bzw. in ein oder mehrere Modul(e) zustehende Zuschlagssumme wird über einen Zuschlag je abgerechneten vollstationären Fall finanziert. Die abzurechnende Höhe des Zuschlags ergibt sich aus der Division der dem Krankenhaus zustehenden Zuschlagssumme durch die Zahl der vereinbarten vollstationären Fälle des Krankenhauses im jeweiligen Vereinbarungszeitraum.

Höhe der Zuschläge bei Teilnahme am gestuften System von Notfallstrukturen

Die Vereinbarung sieht für die Teilnahme an den allgemeinen Stufen des Systems von Notfallstrukturen jährliche Zuschlagspauschalen je Krankenhausstandort vor:

- Stufe der Basisnotfallversorgung: 153.000 Euro
- Stufe der erweiterten Notfallversorgung: 459.000 Euro
- Stufe der umfassenden Notfallversorgung: 688.500 Euro

Abschlagshöhe bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung

Für Krankenhausstandorte, die nicht am gestuften System der Notfallversorgung gemäß G-BA-Beschluss teilnehmen, ist ein Abschlag in Höhe von 60 Euro je vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort zu vereinbaren.

Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten hatte der Gesetzgeber die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen beschlossen (§ 137i SGB V). Nach schwierigen Verhandlungen mit der Selbstverwaltung wurden die Untergrenzen per Ministerialverordnung in Kraft gesetzt (Inkrafttreten 11. Oktober 2018). Für das Jahr 2019 wurden in vier pflegesensitiven Bereichen Untergrenzen festgelegt, wobei auch die Neurologie und die Herzchirurgie als pflegesensitive Bereiche gelten, für die aber noch keine Untergrenzen festgelegt wurden:

Personaluntergrenzen für 2019			
		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG	2,5:1*	3,5:1*
	PHK-Grenze	8 %	8 %
Geriatrie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	20 %	40 %
Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	15 %
Kardiologie	PPUG	12:1	24:1
	PHK-Grenze	10 %	15 %
**Intensivmedizin ab 1.1.2021: Tag: 2:1, Nacht 3:1*			

Abb. Untergrenzen für Pflegepersonal (PPUG) und Pflegehilfskräfte (PHK). Darstellung nach BMG 2018.

Ein pflegesensitiver Bereich liegt nach der Verordnung vor, wenn eine Fachabteilung der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist oder eine Fachabteilung mindestens 40 Prozent der Fälle in einer der in der Anlage der Verordnung aufgeführten Indikator-DRGs erbringt. Die Verordnung definiert mit Obergrenzen einen Anteil der Pflegehilfskräfte (PHK) an der Gesamtzahl der Pflegekräfte, der nicht überschritten werden darf. Die Einzelheiten des Nachweises der Verordnung legten DKG und GKV-Spitzenverband in einer Vereinbarung zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Nachweisvereinbarung) fest.

Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft halten die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für kein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung und haben auf ihre grundsätzlichen ordnungspolitischen Bedenken wiederholt hingewiesen. Die mit der Verordnung nun konkret vorliegenden Untergrenzen basieren maßgeblich auf einer empirischen Studie zur Erfassung der bestehenden Personalausstattung, bei der für die Festlegung von Untergrenzen nicht ausreichend aussagekräftige Ergebnisse herausgekommen sind. Auf dieser Basis mathematisch abgeleitet Patientengefährdung für ein Viertel der Kliniken mit geringerer Personalausstattung anzunehmen ist nicht sachgerecht. Es drohen Versorgungsengpässe, wenn Fachabteilungen Patienten abweisen müssen, weil sie Vorgaben nicht erfüllen können.

Psychiatrie / Psychosomatik

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde eine Reihe von Entwicklungsaufträgen an die Selbstverwaltung beschlossen. Wichtige Festlegungen für psychiatrische und psychosomatische Kliniken werden ab 2020 mit den G-BA-Mindestpersonalvorgaben und den Vorgaben des Krankenhausvergleiches in Kraft treten.

Der G-BA wurde mit dem PsychVVG dazu verpflichtet, für die Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Mindestvorgaben zum erforderlichen Personal festzulegen (§ 136a Abs. 2 SGB V). Der G-BA hat dafür eine Frist bis

zum 30. September 2019. Die Beratungen erfolgen in einer nichtöffentlichen Arbeitsgruppe des G-BA. Mit der Ermittlung grundlegender Daten beauftragte die zuständige Arbeitsgruppe des G-BA ein Team von Wissenschaftlern der GWT-TUD GmbH unter der Projektleitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen mit der Erfassung des Ist-Zustandes der Personalausstattung.

Die näheren Einzelheiten zur Einführung des leistungsbezogenen Vergleichs werden vom GKV-Spitzenverband und der DKG festgelegt. In den Verhandlungen zum Krankenhausvergleich wurde zwischen DKG und GKV-SV zuletzt insbesondere diskutiert, wie die Vergleichsgruppen definiert werden sollen. Nach aktuellem Stand wird zwischen den Versorgungsbereichen Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik unterschieden.

Der Fachausschuss Krankenhäuser begleitet die Umsetzung des PsychVVG kritisch. Durch die Neuregelungen des Gesetzes wurden die Nachweispflichten des einzelnen Krankenhauses bereits erheblich ausgedehnt und in die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Häuser eingegriffen (vgl. Mittelverwendungsnachweis 2017). Es ist zu befürchten, dass die Instrumente des Krankenhausvergleichs sowie der G-BA-Mindestpersonalvorgaben diese Probleme noch verschärfen. Die Gefahr besteht, dass die verschiedenen Budgetfindungsinstrumente des PsychVVG (Psych-PV-Nachweis, Krankenhausvergleich, PEPP-Katalog, G-BA-Mindestpersonalvorgaben) in der Praxis vor allem als Budgetkürzungsinstrumente dienen werden. Krankenhäusern wird es so erschwert, das eigene Leistungsangebot aufrechtzuerhalten – ein Risiko für die psychiatrische und psychosomatische Versorgungssicherheit.

Weiterentwicklung MDK

Im Jahr 2017 hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Krankenkassen insgesamt 2,3 Millionen Gutachten zu Krankenhausabrechnungen erstellt – 12,6 Prozent mehr als im Jahr 2016. Die Prüfquote stieg im Bundesdurchschnitt von 12,9 Prozent im Jahr 2016 auf 14,7 Prozent im Jahr 2017. Im Jahr 2011 lag die Prüfquote noch bei 10,0 Prozent. Auch im Jahr 2018 sind nach vorläufigen Zahlen die Prüfaufträge um mehr als 10 Prozent angestiegen.[2] Von insgesamt 5.778.000 versichertenbezogenen Beratungen und Begutachtungen für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2017 machten Krankenhausabrechnungsprüfungen mit 2.773.000 den größten Anteil (47,99 Prozent) aus.[3] 2016 waren es noch 44,1 Prozent. Für seine Aufgabenwahrnehmung verfügte der MDK im Jahr 2017 über 8.373 Vollzeitstellen, davon 24,34 Prozent Ärztinnen und Ärzte[4] – wichtiges Fachpersonal, das bei der Patientenversorgung fehlt.

Der jährlich zunehmende Prüfungsaufwand durch den MDK ist für Kliniken mit erheblichem bürokratischem Aufwand bei Ärzten und Pflegekräften verbunden und hat ein unzumutbares Maß erreicht: Rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit verbringen Ärzte und Pflegekräfte mit patientenfernen Dokumentationsarbeiten. Das Abrechnungssystem ist so diffizil, dass Kleinigkeiten in der Patientenakte darüber entscheiden, welche DRG abgerechnet werden darf und welche nicht. Davon zeugen 15.000 ICD-Codes, die wiederum mit 30.000 möglichen Behandlungsschritten und den zugehörigen OPS-Codes in 1.200 Fallpauschalen für 19 Millionen Krankenhauspatienten münden.

Zusätzlich zu den Abrechnungsprüfungen nehmen Krankenkassen immer mehr Strukturprüfungen vor. Hierbei wird kontrolliert, ob das Krankenhaus alle Leistungsmerkmale eingehalten hat, die sich aus den OPS-Codes ergeben. Zudem hat der G-BA im Jahr 2018 weitere Inhalte seiner Richtlinie zu Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern beschlossen (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie). In Zukunft wird mit weiteren Prüfungen dahingehend zu rechnen sein, ob in Krankenhäusern die Anforderungen des G-BA eingehalten werden.

Gemeinsam mit der DKG fordert der BDPK, den MDK in einen neutralen, unabhängigen und transparenten Prüfdienst umzuwandeln. So hat der Fachausschuss Krankenhäuser folgende Forderungen und Vorschläge formuliert:

- Strukturprüfungen müssen klaren Regeln unterliegen und im gesamten Bundesgebiet nach denselben Kriterien erfolgen.
- Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen muss durch eine feste Prüfquote geregelt werden.

2 MDS, Meldung vom 13.2.2019, https://www.mds-ev.de/aktuell/aktuelle-meldungen/2019-02-13.html

3 Versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen der MDK für die GKV, Quelle MDS 2017

4 Personal des MDK, Quelle MDS 2018

- Fachbereiche dürfen nicht durch fachfremde Ärzte geprüft werden.
- Der Datenaustausch zwischen den Kliniken und dem MDK muss bürokratiearm über eine bundeseinheitliche Softwarelösung erfolgen.
- Die Erstellung von OPS-Vorgaben muss transparenter erfolgen und der OPS-Katalog deutlich verschlankt werden.
- Die Aufrechnungsmöglichkeit streitiger Forderungen seitens der Krankenkassen muss endlich gesetzlich verboten werden.

Der Bedarf eines Aufrechnungsverbots zeigte sich vor allem Ende 2018. Damals wurde durch Änderungsanträge zum PpSG die Verjährungsfrist für Vergütungs- und Erstattungsansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen von vier auf zwei Jahre verkürzt. Zusätzlich wurde eine Ausschlussfrist für die Krankenkassen zur Geltendmachung von Altforderungen im PpSG aufgenommen. Die Folge war eine massive Klage- und Aufrechnungswelle seitens der Krankenkassen, die ihre vermeintlichen Forderungen noch schnell gerichtlich geltend machen wollten. Die DKG ging Ende letzten Jahres von über 200.000 Klagen und Rückforderungen von bis zu einer halben Milliarde Euro aus.[5] Auf eine gemeinsame Empfehlung im Umgang mit den vor Sozialgerichten anhängig gemachten Klagen einigten sich verschiedene Krankenkassenverbände und die DKG am 6. Dezember 2018. Moderiert wurde der Einigungsprozess durch das BMG.

Auch die Politik hat erkannt, dass das Krankenhausabrechnungssystem dringender Korrekturen bedarf. Es sei „in einem Zustand, der so nicht bleiben kann“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei der Eröffnung des Deutschen Krankenhaustages am 12. November 2018 in Düsseldorf. Das Agieren einiger Krankenkassen bezeichnete er als „Irrsinn, Starrsinn, Wahnsinn“.[6] So wird noch im ersten Quartal 2019 mit einem Gesetzentwurf zur Umgestaltung des MDK gerechnet.

5 https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/36895-dkg-kassen-sind-aufgefordert-die-klagen-zurueckzuziehen/

6 https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/36825-spahn-wirft-kassen-irrsinn-starrsinn-wahnsinn-vor/

Gesundheitsminister Jens Spahn eröffnete den Deutschen Krankenhaustag 2018. Quelle Bibliomed 2018.

EU-Verordnung zu Arzneimittelfälschungen

Am 9. Februar 2019 trat die EU-Verordnung in Kraft. Diese sieht eine verpflichtende Sicherheitsüberprüfung aller im Krankenhaus eingesetzten Arzneimittelpackungen vor. Um die Fälschung von Medikamenten zu verhindern, kommt mit Inkrafttreten der neuen EU-Verordnung ein Verifizierungsprogramm mit standardisierten Sicherheitsmerkmalen auf Verpackungen zum Einsatz.

Von der Verordnung sind insbesondere Kliniken mit einer eigenen Krankenhausapotheke betroffen. Vor Abgabe der Arzneimittel an die einzelnen Kliniken bzw. Stationen ist die Überprüfung der Sicherheitsmerkmale der Arzneimittelpackungen durch die Krankenhausapotheke fortan verpflichtend. Für die Krankenhäuser kann dabei ein datengestütztes Verfahren mit warenbegleitenden Datenlieferungen der Arzneimittelhersteller zum Einsatz kommen. Kliniken ohne eigene Krankenhausapotheke müssen keine Überprüfung der Sicherheitsmerkmale vornehmen. Sie werden von der versorgenden externen Apotheke mit bereits überprüften und durch securPharm freigegebenen Arzneimitteln beliefert. Allerdings können auch für Krankenhäuser ohne eigene Krankenhausapotheke durch die EU-Vorgaben organisatorische Änderungen, beispielsweise bei Retouren von Arzneimitteln u. Ä., erforderlich werden. Für Kran-

kenhäuser, die bestimmte Arzneimittel auf Grundlage des sogenannten Sondervertriebswegs nach § 47 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ohne Einbindung einer Apotheke direkt vom pharmazeutischen Unternehmen beziehen, hat das BMG eine Klarstellung getroffen: Auch in diesem Fall kann die Überprüfung und Verifikation der Arzneimittel über die externe Krankenhausapotheke oder krankenhausversorgende Apotheke erfolgen. Dies betrifft insbesondere Hämophiliezentren. Das entsprechende Vorgehen sollten Krankenhäuser mit ihrer krankenhausversorgenden Apotheke abklären.

Über die Umsetzung der EU-Verordnung tauschte sich der Fachausschuss Krankenhäuser in seinen Sitzungen regelmäßig aus. Zur Vorbereitung der neuen Sicherheitsüberprüfung war in den Kliniken ein erheblicher Organisations- und Mehraufwand erforderlich, denn es bedurfte Veränderungen in Bereichen der Infrastruktur und Technik in den Krankenhausapotheken. Das Abscannen des Barcodes und die Übermittlung der Daten an securPharm erfordern angesichts der großen Medikamentenmenge eine effiziente Hard- und Software. Zudem sind für die Bedienung der neuen Technik entsprechend ausgebildetes Personal bzw. neue Personalkonzepte erforderlich. Es wird sich erst noch zeigen, ob die Umsetzung reibungslos erfolgt. Beeinträchtigungen der Arzneimit-telversorgung in den Krankenhäusern durch Lieferengpässe oder Störungen im securPharm-System können jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Digitalisierung

Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft sehen großes Potenzial in der Anwendung von Digitalisierung und E-Health in der Gesundheitsversorgung. Um dieses Potenzial jedoch nutzen zu können, benötigen Krankenhäuser finanzielle Mittel. Gemeinsam mit der DKG fordert der BDPK deshalb einen Digitalisierungszuschlag für Krankenhäuser in Höhe von zwei Prozent. Unverzichtbar sind zudem stabile und verlässliche Rahmenbedingungen.

Finanzierungsvereinbarung Telematikzuschlag

Eine wichtige Grundlage für die Ausstattung der Krankenhäuser mit notwendigen Komponenten schafften der GKV-Spitzenverband und die DKG mit der Finanzierungsvereinbarung Telematikzuschlag.

Die Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a SGB V wurde im September 2018 geschlossen. Mit dem PpSG wurde die Frist für den Rollout und damit verbundene Sanktionen verlängert. Zugelassene Krankenhäuser sind von Kürzungen bis zum 31. Dezember 2019 ausgenommen.

Die Vereinbarung regelt die krankenhausindividuelle Ermittlung eines Telematikzuschlags. Berücksichtigung findet die notwendige Ausstattung mit Hardware-Komponenten wie beispielsweise eHealth-Kartenterminals und Konnektoren sowie Anpassungen der bestehenden Infrastruktur und Primärsysteme. Weiterhin enthalten sind die Kosten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur wie z. B. die Wartung der Komponenten und die Kosten für die notwendigen elektronischen Ausweise der Krankenhäuser und ihrer Ärzte (Secure Module Card Typ B und Heilberufsausweis).

Grundsätzlich wird von einer Ausstattung der Krankenhäuser auf Basis von eHealth-Komponenten ausgegangen, auch wenn entsprechende Konnektoren von der Industrie aktuell noch nicht lieferbar sind. Damit soll den Krankenhäusern ein zweistufiges und teureres Ausstattungsverfahren erspart bleiben. Bei den Konnektoren werden sowohl die für Praxen und kleinere Krankenhäuser entwickelten Ein-Box-Konnektoren berücksichtigt als auch sogenannte Rechenzentrums-Konnektoren. Die besonderen Anforderungen an die Rechenzentrums-Konnektoren sind Teil der Vereinbarung, da diese auch die Finanzierung der Feldtests für die medizinischen Anwendungen regelt. Diese Feldtests müssen auch von allen Anbietern von eHealth-Konnektoren durchlaufen werden.

Ermächtigte Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können in die Ausstattungs- und Betriebspauschalen des Krankenhauses aufgenommen werden, wenn gegenüber der zuständigen KV der Verzicht auf die Inanspruchnahme der dort vorgesehenen Finanzierung erklärt wird. Damit kann verhindert werden, dass Konnektoren für jeden ermächtigten Arzt angeschafft und gewartet werden müssen. Die derzeit verfügbaren Konnektoren sind noch nicht geeignet, um damit die medizinischen Anwendungen zu unterstützen, und können nur für das Einlesen der eGK verwendet werden. Diese sollen ohne Hardwaretausch aufgerüstet werden – ein Prozess, den Krankenhäuser einsparen könnten. Ob es längerfristig wirtschaftlicher ist, die Ambulanzen über die Konnektoren des Krankenhauses als Mandanten anzubinden und damit ein zentrales Wartungs- und Betriebskonzept umsetzen zu kön-

nen, ist ebenfalls von Krankenhäusern zu überdenken.

E-Health-Gesetz II

Für das erste Halbjahr 2019 ist die Gesetzgebung des E-Health-Gesetzes II angekündigt. Es soll den Rollout der Telematikinfrastruktur beschleunigen und telemedizinische Leistungen in den Praxisalltag integrieren. Eine einheitliche, flächendeckende Telematikinfrastruktur (TI) ist geeignet, viele Hindernisse beim Einsatz informationstechnischer Anwendungen zu lösen und wird vom BDPK dringend gefordert. Für den angekündigten zweiten Teil des E-Health-Gesetzes gilt es, folgende Punkte zu berücksichtigen:

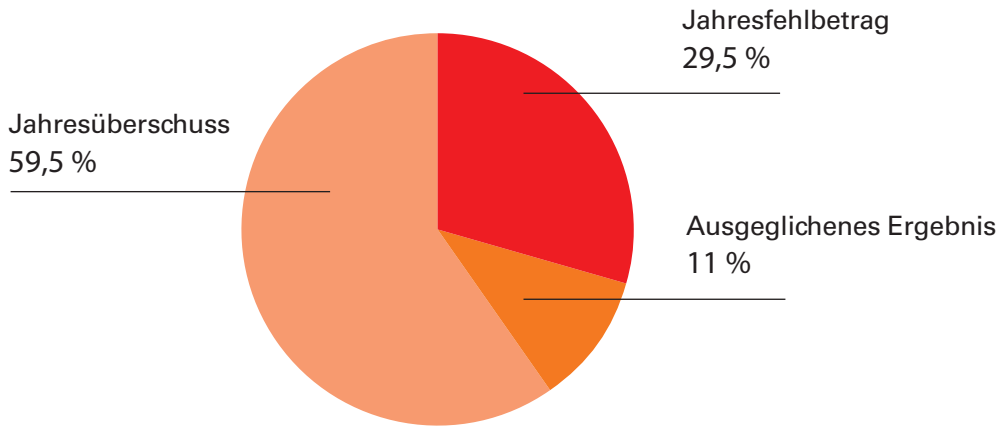
- Digitalisierungszuschlag für Krankenhäuser und Reha-Kliniken in Höhe von 2 Prozent.
- Vereinfachung bzw. Abbau des föderalen Datenschutzes (EU-Datenschutzgrundverordnung).
- Klare und verbindliche Regelungen zu Opt-In und Opt-Out beim Thema Nutzung von Big Data.
- Refinanzierung bzw. Förderung zur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

Krankenhausfinanzierung

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist angespannt. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss lag nach Ergebnissen des DKI-Krankenhausbarometers 2017 bei 59,5 Prozent. Der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis lag bei 11 Prozent. Rund ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser hat im Jahr 2017 Verluste geschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ergebnisse damit nahezu unverändert geblieben.

Die Befragung nach Zukunftserwartungen zeigt, dass viele Krankenhäuser von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation ausgehen. Nur gut ein Sechstel der Häuser (18 Prozent) erwartet eine Verbesserung, während 37 Prozent der Krankenhäuser von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation ausgehen. Die übrigen Krankenhäuser (45 Prozent) gehen von einer konstanten Entwicklung aus.

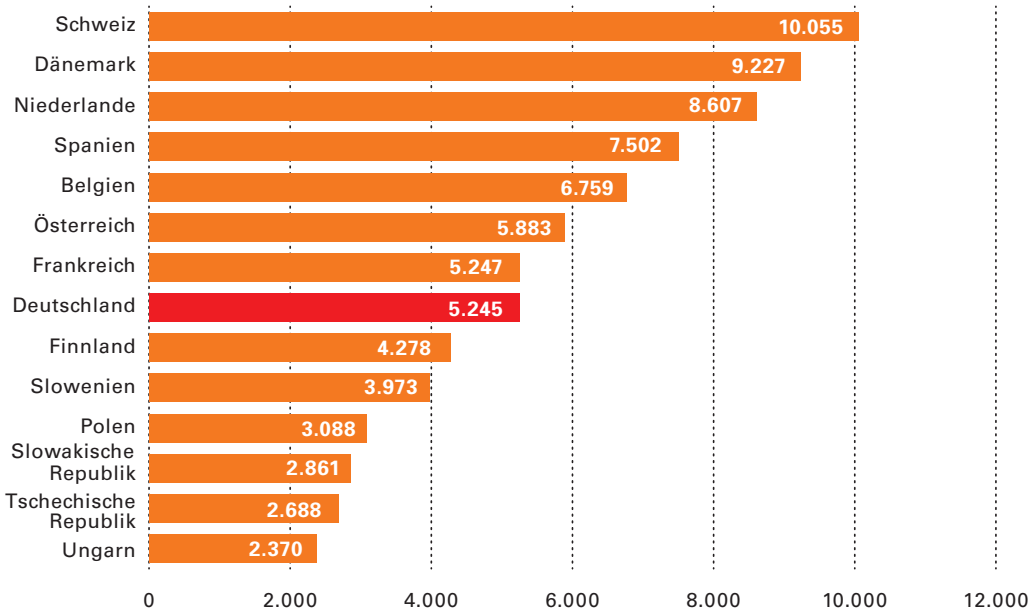
Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut
Quelle DKI-Krankenhausbarometer 2018.

Die Krankenhausversorgung in Deutschland verfügt über eine sehr hohe Effizienz. Dies belegt der internationale Vergleich der Krankenhauskosten. Günstiger ist die stationäre Versorgung nur in Finnland, Slowenien, Polen, der Slowakischen Republik, Tschechien und Ungarn. Was gesamtgesellschaftlich wünschenswert sein mag, weil es den Anstieg der Gesundheitsausgaben bremst, führt im Krankenhaus selbst zu einem enormen Kosten- und Rationalisierungsdruck.

Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2016
(je Fall in Dollar)



Quelle DKG, OECD Health Data 2018.

Investitionsfinanzierung

Eine hochwertige patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer und baulicher Ausstattung möglich und erfordert beständige sowie hohe Investitionen in die Infrastruktur. Seit Jahren werden die Länder dieser Verantwortung nicht mehr gerecht: Jährlich haben Krankenhäuser einen Investitionsbedarf in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro. Den notwendigen Investitionen steht eine Investitionsförderung der Länder in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro gegenüber. Die auf Ländermitteln basierende Investitionsquote deutscher Krankenhäuser beträgt gegenwärtig nur rund 3,9 Prozent, während die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote bei 20 Prozent liegt. Jährlich besteht eine Investitionskostenlücke von rund 3,7 Milliarden Euro.

Entwicklung der Investitionsförderung 1993 – 2017, in Mrd. €

Quelle DKG 2018.

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

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

Veränderungswert

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

Das Statistische Bundesamt hat am 28. September 2018 den Orientierungswert für 2018 veröffentlicht. Er beträgt 1,96 Prozent. Er setzt sich aus den Teilorientierungswerten für Personal- und Sachkosten zusammen. Der Teilorientierungswert für Personalkosten beträgt 2,39 Prozent und der Teilorientierungswert für Sachkosten 1,26 Prozent. Da der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 2,65 Prozent unterschreitet, gilt gemäß § 10 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG die Veränderungsrate als Veränderungswert für das Jahr 2019.

Orientierungswert (OW), Grundlohnrate (GLR) und Veränderungswert (VR) in den letzten Jahren:

2012:	OW: 2,00 %	<	GLR: 2,03 %	→	VR: 2,00 %	✗
2013:	OW: 2,02 %	<	GLR: 2,81 %	→	VR: 2,81 %	✗
2014:	OW: 1,44 %	<	GLR: 2,54 %	→	VR: 2,54 %	✗
2015:	OW: 1,57 %	<	GLR: 2,95 %	→	VR: 2,95 %	✗
2016:	OW: 1,54 %	<	GLR: 2,50 %	→	VR: 2,50 %	✗
2017:	OW: 2,11 %	<	GLR: 2,97 %	→	VR: 2,97 %	✗
2018:	OW: 1,96 %	<	GLR: 2,65 %	→	VR: 2,65 %	✗

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

Fallpauschalenkatalog / PEPP-Entgeltkatalog

Der Fallpauschalenkatalog und der PEPP-Entgeltkatalog 2019 wurden der Selbstverwaltung am 7. September 2018 vom InEK vorgestellt. Nach Beratungen der Fach- und Entscheidungsgremien wurden die Kataloge von der Selbstverwaltung vereinbart und auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) veröffentlicht.

Fallpauschalenkatalog 2019

Die Zahl der Fallpauschalen hat sich um 26 auf 1.318 DRGs erhöht. Schwerpunkte der klassifikatorischen Umbauten betrafen insbesondere die Aufwertung von Extremkostenfällen. Die Absenkung der Sachkosten erfolgte wie im letzten Jahr (Division durch 60 Prozent der Differenz zum durchschnittlichen Basisfallwert 2018 erhöhte Bezugsgröße). Die Zusatzentgelte für Pflegebedürftigkeit haben sich in ihren Preisen geringfügig verändert (ZE 162 von 107,14 Euro auf 106,06 Euro, ZE 163 von 219,56 Euro auf 228,58 Euro).

PEPP-Entgeltkatalog 2019

Im Bereich des PEPP-Entgeltkatalogs wurden wie im Vorjahr nur geringfügige Veränderungen in Form von textlichen Anpassungen vorgenommen. Die Anzahl der PEPP blieb identisch und ist bei 36 (ohne Fehler und sonstige PEPP) geblieben. Im Bereich der bewerteten Zusatzentgelte (ZP) der Anlage 3 zum PEPP-Katalog hat sich die Anzahl in Folge von Verschiebungen in die Anlage 4 (3 ZP) und aus der Anlage 4 (2 ZP) auf insgesamt 51 reduziert.

Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen ab 2020

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Vergütungssystem und der Schaffung eines neuen Pflegebudgets wurde mit dem PpSG eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung beschlossen. Der BDPK kritisiert, dass hierdurch für den willkürlich gegriffenen Bereich der Pflegepersonalkosten die Selbstkostendeckung wiedereingeführt wird. Das DRG-System wird hierdurch zerstört, ohne dass es eine sinnvolle Alternative gäbe. Viele wichtige Fragen sind noch ungeklärt: Werden zukünftig mehrere Kataloge kalkuliert? Wie wird mit der Sachkostenkorrektur umgegangen werden? Was sind die Folgen für weitere Versorgungsbereiche wie der Rehabilitation? Wie wird die Politik mit der Forderung weiterer Berufsgruppen umgehen, ebenfalls unabhängig von den Fallpauschalen vergütet zu werden? Sicher scheint, dass sich mit der vorgesehenen Ausgliederung erhebliche Verschiebungen im DRG-Katalog ergeben werden.

Schritte zur Ausgliederung der Pflege ab 2020 nach PpSG

Selbstverwaltung vereinbart bis zum 31. Januar 2019 eine Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten. Krankenhäuser wenden diese Vorgaben rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 an (= Ausgangsbasis Vereinbarung Pflegebudgets).

Selbstverwaltung bis 30. September 2019

- Bewertungsrelationen für das Jahr 2020 werden um die Summe der Bewertungsrelationen der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten bereinigt.
- Auf Basis der ausgegliederten Kosten entwickelt die Selbstverwaltung einen Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung und entwickelt diesen jährlich weiter. Der Katalog ist von den Vertragspartnern für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG erstmals für das Jahr 2020 anzuwenden.

Partner vor Ort vereinbaren Pflegebudget: Ausgangslage ist Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten. Wirtschaftlichkeit bis zur Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütung. Ab 2020 können Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen, bis zu fünf Prozent des Pflegebudgets erhöhend berücksichtigt werden.

Dem BMG ist über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets (§ 6a KHEntgG) auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und Kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat, zu berichten (Abschlussbericht 2025).

Defizitfinanzierung

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

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

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

Für einen gerechten Qualitätswettbewerb

Seit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das 2016 in Kraft trat, spielt die Qualität in der Krankenhausversorgung eine noch größere Rolle. Sie wird strenger kontrolliert und soll auf Dauer konsequent verbessert werden. Mehr als drei Jahre später befindet sich die Umsetzung wichtiger Qualitätsmaßnahmen (Qualitätsverträge, Qualitätszuschläge und -abschläge, planungsrelevante Qualitätsindikatoren) in der Praxis immer noch am Anfang bzw. geht nur sehr schleppend voran. Krankenhäuser in privater Trägerschaft engagieren sich bereits seit Jahren für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung und stehen den neuen Qualitätsmaßnahmen positiv gegenüber. Sie bieten der Öffentlichkeit einen transparenten und offenen Dialog, sowohl im Rahmen von verpflichtenden Qualitätsberichten als auch freiwilligen Qualitätsinitiativen (IQM, SIQ!). Die anhaltende Praxis der Politik, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen (Pflegepersonaluntergrenzen, Mindestmengen, Abteilungsstrukturen) zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung jedoch nicht gerecht. Der BDPK setzt sich daher für die Entwicklung sinnvoller Qualitätsinstrumente mit einem Fokus auf die Ergebnisqualität sowie für die Gewährleistung hoher Behandlungsqualität und Patientensicherheit ein.

Qualitätsverträge

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V sollen es Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen ermöglichen, mit Krankenhäusern Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung zu schließen. Im Juli 2018 haben die DKG und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) verbindliche Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge vereinbart. Danach sind in Qualitätsverträgen Anreize zu vereinbaren, die insbesondere Krankenhausträger motivieren und unterstützen sollen, die definierten Qualitätsanforderungen zu erreichen. Die Ausgestaltung dieser Anreize ist den Vertragspartnern selbst überlassen. Beispielhaft nennt die Rahmenvereinbarung Empfehlungen des Krankenhauses durch die Krankenkasse, einmalige

Zahlungen für den Erprobungszeitraum oder Varianten erfolgsabhängiger Zahlungen. Seit Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung können Qualitätsverträge geschlossen und beim IQTIG registriert werden. Dabei ist von den Vertragspartnern zu jedem Qualitätsvertrag ein Projektplan zu erstellen, der durch das IQTIG geprüft wird. Qualitätsverträge können jedoch frühestens mit Beginn des offiziellen vierjährigen Erprobungszeitraums ab dem 1. Juli 2019 wirksam werden, da das IQTIG die entsprechende Vorlaufzeit zur Bereitstellung der technischen Voraussetzungen für die Datenerhebung und -übermittlung benötigt.

Bei der Registrierung ihres Qualitätsvertrags entscheiden sich die Vertragspartner für eine zentrale oder dezentrale Organisation. Die Organisationsform bestimmt darüber, ob die erhobenen Daten zur Bestimmung der Evaluationskennziffern zentral vom IQTIG oder dezentral von den Vertragspartnern ausgewertet werden:

Organisationsalternativen für Qualitätsverträge

		für Evaluationskennziffern des IQTIG Evaluationsbericht inkl. Addendum vom 7. März 2018		für vertragsspezifisch entwickelte Evaluationskennziffern
		zentrale Organisationsform	**dezentrale Organisationsform**	
Erstellen und Prüfen des Projektplans				
Vertragsabschluss (Festlegung der Anreize)				
Registrierung des Qualitätsvertrags				
Verfahrensbetreuung	**Etablierung der Daten- und Berichtswege**	IQTIG	IQTIG	Vertragspartner
	Dokumentation und Erhebung der Daten	Vertragspartner	Vertragspartner	Vertragspartner
Etablierung der Daten- und Berichtswege	**Sammlung der Daten**	IQTIG	IQTIG	Vertragspartner
Sammlung der Daten und Berichte, Auswertung	**Sammlung der Berichte**	IQTIG	IQTIG	IQTIG
	Auswertung	IQTIG	Vertragspartner	Vertragspartner
Darstellung / Bewertung der vertragsspezifischen Ergebnisse	**Darstellung der Ergebnisse auf Vertragsebene**	IQTIG (Rückmeldeberichte)		
Leistungsbereichspezifische Evaluation und Evaluation des Gesamtprojekts				

Quelle IQTIG 2019.

Verträge nach § 110a SGB V sind in vier vom G-BA beschlossenen Leistungsbereichen möglich: Endoprothetische Gelenkversorgung, Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patienten, Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten sowie Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus. Im letztgenannten Leistungsbereich führte das IQTIG im September 2018 einen allgemeinen vorbereitenden Workshop mit potenziellen Vertragspartnern sowie Patientenvertretern und Fachexperten zur Entwicklung von Evaluationskennziffern durch. Vertragspartnern mit Interesse an diesem Leistungsbereich wird die Möglichkeit angeboten, in einem Workshop beim IQTIG passgenaue Evaluationskennziffern zu entwickeln.

Mit der Rahmenvereinbarung und den festgelegten Leistungsbereichen sind nun alle Voraussetzungen für den Abschluss von Qualitätsverträgen erfüllt. Ob damit tatsächlich eine Weiterentwicklung der Qualität in den Krankenhäusern einhergeht, soll durch die begleitende wissenschaftliche Untersuchung des IQTIG geklärt werden.

Bislang wurden nur vereinzelt Qualitätsverträge geschlossen. Kliniken in privater Trägerschaft stehen Qualitätsverträgen aufgeschlossen gegenüber und tauschen sich dazu regelmäßig im BDPK-Fachausschuss Krankenhäuser aus. Um den Abschluss von Qualitätsverträgen für eine möglichst breite Erprobung attraktiv zu machen, muss vor allem sichergestellt sein, dass ihre Umsetzung in den Kliniken nicht zu einem erheblichen Mehr an Bürokratie führt. Erstrebenswert wären erste Verträge, auf deren Grundlage weitere Vertragspartner Verträge abschließen könnten.

Qualitätszuschläge und -abschläge

Mit dem KHSG war der G-BA beauftragt worden, bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Zudem soll der G-BA ein Verfahren regeln, das es den Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Auch im Berichtsjahr 2018 konnte durch die Selbstverwaltungspartner keine Einigung hinsichtlich der Leistungen / Leistungsbereiche erzielt werden. In der Diskussion sind der Leistungsbereich „hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ sowie die herzchirurgischen Leistungsbereiche gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL). Nach Festlegung der Leistungsbereiche müssen der GKV-SV, der PKV-Verband und die DKG die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszuschlägen und -abschlägen auf der Grundlage der Vorgaben des G-BA vereinbaren.

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

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Seit dem 1. Januar 2017 gibt es das Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Instrument der stationären Qualitätssicherung. Bundesländer können dadurch bei der Krankenhausplanung ergebnisorientierter die Qualität der medizinischen Versorgung einer Klinik mitberücksichtigen. Die Krankenhäuser liefern quartalsweise Daten für elf Qualitätsindikatoren aus den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie. Auf Grundlage dieser Berichte hat der G-BA am 31. Oktober 2018 erstmals die planungsrelevanten Qualitätsergebnisse für das Ersterfassungsjahr 2017 veröffentlicht. Aus diesen geht hervor, bei welchen Krankenhausstandorten die Versorgungsqualität im Jahr 2017 als unzureichend eingestuft wurde. Diese erste Veröffentlichung hat jedoch zu erheblichen Fehlinterpretationen der Ergebnisse und in der Folge zu Fehlinformationen und Verunsicherungen der Öffentlichkeit geführt. Die Berichterstattung der Presse hatte umfangreiche Gegendarstellungen betroffener Krankenhäuser zur Folge. Auf Antrag der DKG hat der G-BA noch im Dezember 2018 die Überprüfung und Überarbeitung des Ver-

fahrens für planungsrelevante Qualitätsindikatoren beschlossen. Es sind Änderungen im Verfahren der Datenvalidierung und der Datenbewertung sowie bei der Ergebnisdarstellung notwendig.[7]

Der BDPK spricht sich ausdrücklich für einen stärkeren Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung in der Krankenhausplanung aus. Bei den bisherigen Qualitätsindikatoren muss jedoch noch nachgebessert werden, denn es handelt sich ausschließlich um Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität, die zum Teil bereits als Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung umstritten waren. Um die tatsächliche Versorgungsqualität in Krankenhäusern abbilden zu können, müssen zudem aussagefähige und risikoadjustierte Indikatoren der Ergebnisqualität genutzt und ggf. neu entwickelt werden. Auch hat die Berichterstattung zu den ersten Ergebnissen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gezeigt, dass eine verantwortungsbewusste Veröffentlichung nur mit einer ausreichenden Kommentierung sowie weiteren Erläuterungen erfolgen erfolgen darf.

Mindestmengen

Im Jahr 2018 nahm der G-BA Beratungen über die Erhöhung und Einführung von Mindestmengen in verschiedenen Leistungsbereichen auf. Auswertungen werden teilweise erst im Spätsommer / Herbst 2019 erwartet. Im Anschluss können die inhaltlichen Beratungen zur Festlegung der betreffenden Mindestmengen sowie ggf. ihrer Höhe im G-BA erfolgen. Die beratenen Leistungsbereiche sind:

- Lebertransplantation
- Brust- und Lungenkrebs
- Stammzelltransplantationen
- Herztransplantationen
- Kniegelenk Totalendoprothesen
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g

7 Pressemitteilung der DKG vom 20.12.2018, https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/46171/start/10/title/DKG_zu_planungsrelevanten_Qualitaetsindikatoren

Vom G-BA vorgegebene Mindestmengenregelungen für besonders komplexe und risikobehaftete Krankenhausleistungen sind dort sinnvoll, wo sie zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Sie dürfen aber nicht zu Strukturbereinigungszwecken missbraucht werden und Krankenhäuser von der Versorgung ausschließen, die trotz Unterschreitens der Mindestmenge hervorragende Qualität erbringen. Dies gilt besonders in solchen Fällen, in denen diese Häuser zur Sicherstellung der Versorgung, vor allem im ländlichen Raum, gebraucht werden.

Innovationsfonds

Der Innovationsfonds ist 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffen worden. Sein Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie die Förderung innovativer, insbesondere sektorenübergreifender Versorgungsformen und die patientennahe Versorgungsforschung. Der beim G-BA eingerichtete Innovationsausschuss legt die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Quelle G-BA 2019.

In den Jahren 2016 bis 2018 erfolgten acht Förderbekanntmachungen im Bereich „Neue Versorgungsformen“ und 14 im Bereich „Versorgungsforschung“. Bisher wurden gefördert: 119 Projekte (von insgesamt 389 Projektanträgen) im Bereich „Neue Versorgungsformen“ mit insgesamt 611 Millionen Euro sowie 171 Projekte (von insgesamt 529 Projektanträgen) im Bereich „Versorgungsforschung“ mit insgesamt 209,8 Millionen Euro.[8]

8 G-BA Präsentation „Der Innovationsfonds: Stand der Dinge“ Dezember 2018, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2018-12-19.pdf

In den Jahren 2016 bis 2019 steht jährlich eine Fördersumme in Höhe von 300 Millionen Euro zur Verfügung, jeweils 225 Millionen für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen für die Förderung der Versorgungsforschung. Im Koalitionsvertrag ist die Weiterentwicklung und Fortsetzung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich vereinbart worden. Erfolgreiche Versorgungsansätze sollen künftig zügig in die Regelversorgung überführt werden. Für die Fortsetzung des Innovationsfonds und ggf. Maßnahmen zu dessen Weiterentwicklung ist eine Anpassung der Rechtsgrundlagen im Jahr 2019 erforderlich. Bereits gesetzlich verankert ist die wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds mit Blick auf dessen Eignung zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Das BMG wird dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2019 einen Zwischenbericht und bis zum 31. März 2021 einen abschließenden Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung vorlegen.

Der BDPK befürwortet die Förderung innovativer Projekte, die der unmittelbaren Patientenversorgung dienen und begrüßt die Verlängerung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus. Die Zahl der eingegangenen Projektanträge zeigt, dass bei Leistungserbringern und Leistungsträgern ein erhebliches Interesse an der Umsetzung und Förderung von Innovationen besteht. Im Fachausschuss Krankenhäuser findet regelmäßig ein Austausch zu möglichen Projekten und Kooperationen statt. Leider fehlt es dem Entscheidungsprozess bei der Vergabe an Transparenz. So ist das Votum des Expertenbeirats, der bei jedem Projektantrag eine Empfehlung für die Förderentscheidung abgibt und auf dessen Grundlage der Innovationsausschuss entscheidet, geheim. Weicht der Innovationsausschuss vom Votum des Expertenbeirats ab, muss er dies schriftlich begründen, doch werden weder die Meinung der Experten noch die schriftliche Begründung des Innovationsausschusses veröffentlicht.

Aktion Saubere Hände

Abb. Kampagne Aktion Saubere Hände, Quelle ASH 2018.

Seit 2014 unterstützt der BDPK die „Aktion Saubere Hände“ mit einer jährlichen Spende und setzt so ein Zeichen für Händehygiene in deutschen Krankenhäusern. Die weltweit zu den größten Kampagnen zählende Gesundheitsinitiative zur Verbesserung des Händehygieneverhaltens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Medizin rückt die Händedesinfektion in der Patientenversorgung nachhaltig in den Fokus der breiten Öffentlichkeit. Mit Informationen für Patienten und Angehörige leistet die Aktion einen erfolgreichen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag

In der BDPK-Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 Gewerbeordnung (GewO) organisieren sich Kliniken, die neben der Zulassung nach § 30 GewO keine weitere Anerkennung oder Zulassung durch Sozialversicherungsträger haben. Entsprechende Mitgliedskliniken sind seit 2018 auch auf der Website des BDPK zu finden. Diese Kliniken sind mit anderen Themen als nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser konfrontiert. So hat sich die Facharbeitsgruppe im Berichtsjahr vor allem über das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V, die Abrechnung mit privaten Krankenversicherungen und die Delegation wahlärztlicher Leistungen ausgetauscht.

Im Mittelpunkt der Arbeitsgruppe steht das Ziel der Umsatzsteuerfreiheit, denn aktuell sind Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag im Gegensatz zu zugelassenen Krankenhäusern nur eingeschränkt von der Umsatzsteuer befreit. Dies beruht auf einer Auslegungshilfe des Bundesfinanzministeriums (BMF) aus dem Jahr 2016, die im Widerspruch zur Europäischen Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL) und dem darin verankerten Grundsatz der steuerlichen Neutralität steht. Der Anwendungserlass greift eine alte gesetzliche Regelung auf. Danach sind Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag dann von der Umsatzsteuer befreit, wenn im vorangegangenen Kalenderjahr mindestens 40 Prozent der Leistungen von öffentlichen Sozialträgern finanziert wurden. Oder mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen sind, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnet wurde. Für Privatkliniken bietet diese Praxis keine Klarheit und führt bei den betroffenen Kliniken u. a. zu folgenden Problemen:

Jährlich wechselnde Steuerpflicht: Erst am Ende des Geschäftsjahres steht fest, ob die Leistungen einer Klinik umsatzsteuerpflichtig waren.

Bürokratischer Mehraufwand: Aufgrund der wechselnden Steuerpflicht entsteht Kliniken und Finanzämtern erheblicher bürokratischer Mehraufwand. Teilweise warten Kliniken jahrelang auf ihre Steuerbescheide.

Unterschiedliche Handhabung: Die Steuerpflicht wird von den jeweiligen Finanzämtern unterschiedlich gehandhabt. Insbesondere Beihilfepatienten werden in einigen Bundesländern nicht angerechnet, d. h. sie werden als „schädlich“ für die 40-Prozent-Grenze beurteilt.

Widersprüchliche steuerrechtliche Behandlung von GOÄ-Leistungen: Teilweise fordern Finanzämter die Umsatzsteuer auf zweifelsfrei medizinisch notwendige GOÄ-Leistungen, die von Privatkliniken erbracht wurden. Dieselben Leistungen unterliegen der Umsatzsteuer, wenn sie über das Krankenhaus abgerechnet werden. Sie sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn die Abrechnung über das Arztkonto erfolgt.

Teilweise keine Erstattung: Mit Verweis auf Urteile des Bundesfinanzhofs verweigern einige private Krankenversicherungen die Zahlung der Umsatzsteuer und verweisen Privatkliniken auf den Rechtsweg gegen die Finanzbehörden.

Mehrkosten: Den privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe entstehen unnötige Mehrkosten, welche für die medizinische Behandlung der Versicherten dann nicht mehr zur Verfügung stehen.

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

Anwendungserlass nicht sachgerecht: Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von reinen Privatkliniken und Krankenhäusern nach § 108 SGB V ist der Bezug auf Belegungstage, für die kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnet wird, nicht sachgerecht. Reine Privatkliniken erhalten keine Investitionsfinanzierung und sind gezwungen, ihre Investitionen aus den Pflegesätzen zu finanzieren.

Aufgrund dessen gehen viele Kliniken vor den Finanzämtern und den Finanzgerichten gegen ihre Steuerbescheide vor, was aufgrund langer Verfahrensdauern sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. In der Arbeitsgruppe erfolgt ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch über laufende Verfahren.

Um endlich Klarheit bei der Frage der Umsatzsteuerpflicht zu erreichen, fordert der BDPK eine gesetzliche Neuregelung von § 4 Nr. 14 b UStG, die die Umsatzsteuerpflicht von der erbrachten Leistung und ihrer medizinischen Notwendigkeit abhängig macht. Reine Privatkliniken und öffentliche oder zugelassene Krankenhäuser erbringen die gleichen Leistungen: Sie führen medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen unter den gleichen ärztlich-therapeutischen Methoden durch. Reine Privatkliniken unterscheiden sich in ihren Strukturen auch nicht von den Einrichtungen, die zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind. Diese Situation hat der BDPK bereits in zahlreichen Fachartikeln und Gesprächen mit Politikern verdeutlicht. Da eine Berücksichtigung im Jahressteuergesetz 2018 nicht erfolgte, wird der BDPK diese Forderung erneut zum Jahressteuergesetz 2019 einbringen und weiterhin in politischen Gesprächen thematisieren.

Wissenschaftliche Studien

Verschiedene Studien im letzten Berichtszeitraum untersuchten die Effekte von Krankenhausprivatisierungen, verglichen Kennzahlen und Besonderheiten öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger und gaben Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

Faktenbuch Krankenhäuser 2018

Während des BDPK-Bundeskongresses am 13. Juni 2018 in Berlin wurde die neue Auflage des RWI-Faktenbuchs Krankenhäuser 2018 der Öffentlichkeit vorgestellt. Das Faktenbuch Krankenhäuser in privater Trägerschaft erschien in der vierten Auflage. Im Faktenbuch analysieren das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und die Hochschule Fresenius Kennzahlen der Krankenhausversorgung differenziert nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern. Das Faktenbuch dient damit der Versachlichung der Diskussion um private Krankenhausträger. Ein Schwerpunkt der im letzten Berichtszeitraum erschienenen Auflage ist Pflege im Krankenhaus.

Prof. Dr. Boris Augurzky präsentiert auf dem BDPK-Bundeskongress die Ergebnisse des Faktenbuchs Krankenhäuser 2018. Quelle BDPK 2018.

Diese wesentlichen Ergebnisse finden sich im RWI-Faktenbuch Krankenhäuser 2018:

- **Qualität:** Eine Analyse der Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zeigt die bessere Qualität privater Träger. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zahl der eingesetzten Pflegekräfte und der Qualität.
- **Wirtschaftlichkeit:** Private Träger erreichen bei gleichem Ressourceneinsatz gemessen an den Case-Mixpunkten eine höhere Leistungsmenge als andere Träger.

- **Pflegepersonal:** Private und freigemeinnützige Träger setzen weniger Pflegevollkräfte ein als kommunale Träger. Private haben den höchsten Anteil an Vollkräften im Pflegedienst an allen Vollkräften.
- **Investitionskraft:** Die Investitionskraft privater Träger ist höher als die öffentlicher und freigemeinnütziger Träger.
- **Notfallversorgung:** Bezogen auf alle Allgemeinkrankenhäuser nehmen private Kliniken etwas weniger häufig an der Notfallversorgung teil. Bei Grundversorgern (ohne Spezialversorger) bestehen keine Unterschiede zwischen den Trägerschaften.

Neben dem inhaltlichen Schwerpunkt Pflege und Qualität werden im Faktenbuch im Kapitel „Regulierung“ einige zentrale ordnungspolitische Fragen aufgegriffen und gesundheitsökonomisch kommentiert. Thematisiert werden Mengensteuerung und FDA, Zentrenbildung nach KHSG, DRG und ambulant-stationäre Versorgung sowie ordnungspolitische Irrwege des Koalitionsvertrags. Das Faktenbuch kann in der BDPK-Geschäftsstelle angefordert werden und steht auf www.bdpk.de als Download zur Verfügung.

PwC-Analyse: Krankenhäuser im Vergleich 2018

Die im September 2018 erschienene Studie „Krankenhäuser im Vergleich“ der Wirtschaftsberatungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) stellt die Finanz- und Leistungskennzahlen öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser gegenüber. Für die Studie wertete die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Kennzahlen von 100 Krankenhäusern deutschlandweit für das Jahr 2017 aus. PwC sieht insbesondere bei öffentlichen Krankenhäusern einen Instandhaltungsstau. Notwendige Modernisierungen wurden soweit hinausgezögert, dass ein großer Teil der Mittel in neue Gebäudestrukturen investiert werden muss. Auch bei anderen Finanzkennzahlen schneiden öffentliche Krankenhäuser schlechter ab als freigemeinnützige und private Krankenhäuser.

Die Studie führte zu folgenden Ergebnissen:

- Die Material-/ Personalaufwandsquote liegt bei öffentlichen Krankenhäusern im Vergleich zu privaten Einrichtungen acht Prozentpunkte höher.
- Obwohl private Krankenhäuser 2017 weniger Fälle je Vollkraft behandeln, erreichen sie mehr CM-Punkte mit einer Vollkraft als öffentliche Krankenhäuser.
- Hohe Außenstandstage der Verbindlichkeiten (DPO) zeigen, dass Einsparmöglichkeiten durch Skonti verpasst werden und dass Liquiditätsprobleme bestehen können.
- Die Investitionsquote ist bei öffentlichen und privaten Trägern höher als bei freigemeinnützigen Trägern.
- Der Anlagenabnutzungsgrad ist bei den öffentlichen Krankenhäusern besonders hoch, was von einer veralteten Krankenhausinfrastruktur zeugt. Auch ihr Verschuldungsgrad ist deutlich höher als in den anderen Vergleichsgruppen.
- Private Krankenhäuser sind gegenüber freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhausträgern wesentlich wirtschaftlicher. So beträgt die EBITDA-Quote bei privaten Trägern rund 8 Prozent im Vergleich zu rund 4 Prozent bei freigemeinnützigen und unter 2 Prozent bei öffentlichen Trägern.

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen / Studie der Stiftung Münch

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen steht im Zentrum einer Studie der Stiftung Münch. Ein interdisziplinäres Team unter der Leitung von Carolin Auschra untersuchte, welche neuen Lösungen zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen aktuell erprobt und genutzt werden. Dabei zeigt sich, dass der Großteil der neuen Lösungsansätze innerhalb der Grenzen eines bestehenden Sektors agiert und sektorenübergreifende Modelle die Ausnahme bilden. Überwiegend werden traditionelle Versorgungsmodelle wie Krankenhaus oder Einzelpraxis mit neuen Formen (darunter MVZ, kommunale Eigeneinrichtung, Zweigpraxis) kombiniert, um eine stärkere Arbeitsteilung der Ärzte zu ermöglichen. Zusätzlich werden organisatorische Elemente wie Case Management, Telemedizin oder die Delegation einzelner Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen eingesetzt.

Die Autoren erwarten eine Verstärkung folgender Trends, die gleichzeitig zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen können:

- Zunahme von ambulant-ärztlichen Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis,
- Zunahme von professionsübergreifender Zusammenarbeit,
- zunehmende Bedeutung von Telemedizin als Möglichkeit der Distanzüberbrückung,
- zentralere Rolle von Krankenhäusern in ländlichen Regionen, insbesondere auch in der ambulanten Versorgung und
- zunehmende Wichtigkeit von Managementkompetenzen zur Gestaltung von neuen Versorgungsmodellen, z. B. zur Koordination der Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer und weiterer Partner.

Quelle Stiftung Münch 2018.

3. Rehabilitation

Voraussetzung für eine gut funktionierende Rehabilitation ist ein medizinisch bedarfsgerechter Zugang zu diesen Leistungen. Diese Anforderung ist bis heute nicht erfüllt: Die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen geschieht immer noch teilweise kosten- oder budgetgesteuert. Die dafür zugrunde gelegten Kriterien sind oft intransparent. Eine Studie des IGES Instituts aus dem Jahr 2017 im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung zeigt, dass es bei der Bewilligung und Ablehnung von Leistungsanträgen teils erhebliche, nicht nachvollziehbare Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und den unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen gibt. Fragwürdig ist auch, warum die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seit Jahren stagnieren, obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen stark ansteigt. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird offensichtlich nicht umgesetzt. Knapp die Hälfte der nicht im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung gestellten Anträge werden abgelehnt. Zudem erhalten die Versicherten und verordnenden Ärzte keine nachvollziehbare Begründung für die Ablehnung. Krankenkassen sparen an der Rehabilitation. Damit die immer älter werdende Bevölkerung in Deutschland einen bedarfsgerechten Zugang zu Rehabilitationsleistungen erhält und um so auch länger in ihrer häuslichen Umgebung selbstbestimmt leben zu können, muss der Entscheidungsspielraum der Krankenkassen eingegrenzt werden.

Ein weiteres sich zuspitzendes Problem ist die zu niedrige Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistung. Ein Gutachten der aktiva GmbH im Gesundheitswesen im Auftrag der AG MedReha zeigt, dass die Vergütungssätze der Krankenkassen bis zu 30 Prozent unterhalb der erforderlichen Vergütungen liegen. Aufgrund der Verhandlungsübermacht der Krankenkassen werden Sach- und Personalkosten, Kostenentwicklungen, Investitionen und das Unternehmerrisiko nicht ausreichend bei der Vergütung berücksichtigt. Das Risiko der Fallschwere trifft im derzeitigen Vergütungssystem ausschließlich die Leistungserbringer. Gesetzgebungen, die die finanzielle Situation von Pflegekräften und Therapeuten verbessern, lassen die Fachkräfte in Rehabilitationseinrichtungen außen vor. Diese stiefmütterliche Behandlung der Rehabilitationseinrichtungen können und wollen wir nicht mehr hinnehmen. Mit

einer politischen Kampagne werden wir ab Mitte 2019 lautstark auf die Bedürfnisse der medizinischen Rehabilitation beim Zugang und bei der Vergütung aufmerksam machen.

Politik muss handeln – jetzt!

Fachkräftesicherung in Reha-Kliniken

Menschen möchten nach schwerer Krankheit möglichst schnell wieder in ihr „altes" Leben zurück. Sie wollen wieder laufen und sprechen, wieder arbeiten können. Die medizinische Rehabilitation unterstützt die Sicherstellung des selbstbestimmten Lebens und die Rückkehr ins Berufsleben. Damit das gelingt, benötigen Rehabilitationseinrichtungen qualifizierte Fachkräfte: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten wie auch Heilerziehungspfleger und Pflegekräfte. Doch insbesondere die pflegerische und therapeutische Versorgung in Reha-Einrichtungen gerät aktuell immer stärker unter Druck. Während einerseits mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) die Neueinstellung von Pflegekräften in Krankenhäusern gefördert wird, verschärft sich andererseits im Zusammenhang mit dem bestehenden Mangel an Fachkräften auf dem Gesundheitsmarkt die Personalsituation in Reha-Einrichtungen. Der Bereich der Rehabilitation ist im PpSG nicht entsprechend berücksichtigt worden. Das hat zur Folge, dass Rehabilitationskliniken mit den Gehältern für Pflegekräfte, wie sie in Krankenhäusern üblich sind, nicht mithalten können. Der Grund dafür ist, dass die Preisentwicklung in Rehabilitationskliniken durch die sogenannte Grundlohnrate gedeckelt ist. Schon jetzt wechseln viele Pflegekräfte aus Reha-Einrichtungen in die besser zahlenden Akut-Kliniken. Damit gerät die Rehabilitationsversorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in Gefahr. Während einerseits immer mehr Patienten immer früher nach Schlaganfällen, Herzoperationen, Endoprothesen und Krebserkrankungen in die Rehabilitation verlegt und dort pflegerisch versorgt werden müssen, sind andererseits Rehabilitationsplätze wegen fehlender Fachkräfte schon heute schwer zu bekommen. Ohne eine Möglichkeit, Preise an stärker steigende Personalkosten anpassen zu können, wird sich der Personalmangel in den Rehabilitationskliniken weiter verstärken. Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz wurden für ambulante Therapieleistungen die Grundlohnsummenbindung für die Jahre 2017–2019 ausgesetzt. Dies hat zu erheblichen Vergütungssatzsteigerungen geführt und die ambulanten Leistungen damit attraktiver gemacht. Auch damit wurde die Gefahr des Abwanderns der Therapeuten aus Rehabilitationseinrichtungen in den besser bezahlten ambulanten Bereich vergrößert. Eine Vergütungssatzanpassung aufgrund stark steigender Personalkosten über die Grundlohnsumme hinaus ist den Rehabilitationskliniken verwehrt.

Auch im Bereich der Rehabilitation müssen entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden, um dem Personalmangel entgegenwirken zu können. Zudem müssen Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger für relevante Berufsgruppen zugelassen und die Rehabilitation eine verpflichtende Station in der Ausbildung werden. Nur so können Reha-Einrichtungen Personal gewinnen und binden.

Öffentlichkeitsaktionen Reha

Der BDPK plant in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesundheit e.V. eine politische Kampagne, um die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation und ihrer Leistungserbringer bundesweit und regional mit Nachdruck in den Fokus der Politik zu rücken. Denn auch im Gesetzgebungsprozess der 19. Legislaturperiode wurde und wird die Rehabilitation vergessen.

Die Münchner Agentur trio group GmbH ging in einem Pitch um das beste Kampagnenkonzept als Gewinner hervor. Die Arbeitsgruppe Reha-Öffentlichkeit und der Arbeitskreis Gesundheit e.V. erarbeiteten zusammen mit der Agenturleitung während eines Workshops die Kampagne. In der Startphase gilt es, folgende gesetzgeberische Verbesserungen zu erreichen:

1. Bedarfsgerechte Leistungsentscheidung von Reha-Anträgen. Mehr Reha-Anträge genehmigen! Keine Willkür mehr bei der Bewilligung der Reha durch Krankenkassen!

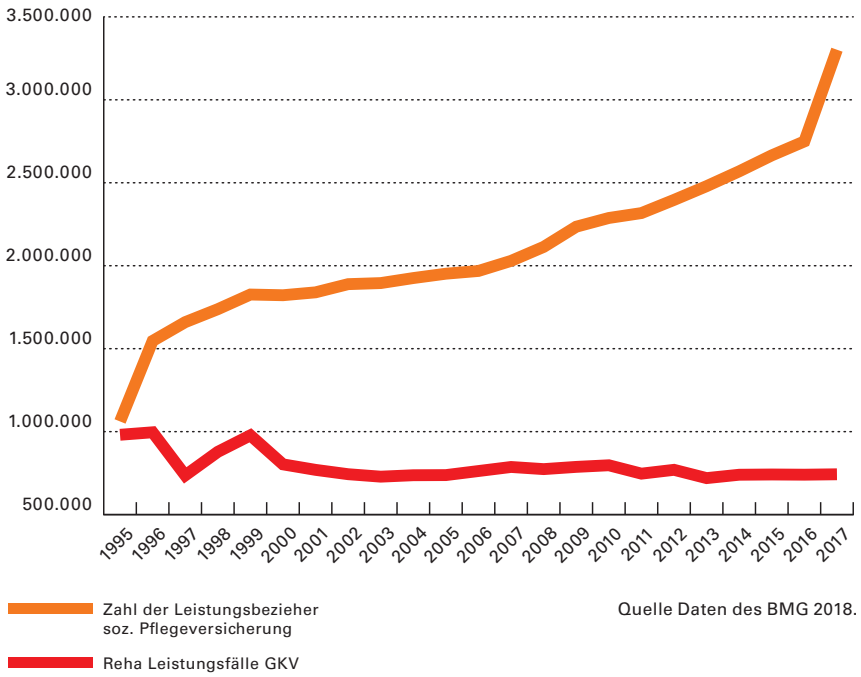
2. Höhere Vergütung, die sicherstellt, dass Reha-Mitarbeiter gut und fair bezahlt werden können!

3. Freie Klinikwahl für Patienten

Reha vor Pflege

Medizinische Rehabilitation versorgt Menschen mit chronischen Krankheiten mit dem Ziel, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufrechtzuerhalten. Mit Rehabilitation kann Pflege verschoben oder verhindert werden. Dennoch findet Rehabilitation vor Pflege nicht statt, wie man der folgenden Grafik entnehmen kann. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt weiter stark an und die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stagnieren im gleichen Zeitraum.

Reha vor der Pflege



Quelle Daten des BMG 2018.

Während die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1995 um 109 Prozent gestiegen sind, lagen die Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen im gleichen Zeitraum lediglich um 16 Prozent höher. Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben für Rehabilitation an den Gesamtausgaben der GKV von lediglich 1,9 Prozent (1995) auf 1,0 Prozent (2017) gesunken.

Ausgabenentwicklung medizinische Reha (in EUR):			
Jahr	**1995**	**2016**	**2017**
Ausgaben GKV gesamt	112.035	207.181	234.534
Ausgaben GKV für med. Reha	2.074	2.366	2.412

Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Die Zahlen verwundern vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die Versicherten in dieser Zeit älter, kränker und pflegebedürftiger geworden sind. Allein aufgrund der demografischen Entwicklung (Altern der Bevölkerung, Zunahme chronischer Krankheiten) ist der Bedarf an medizinischer Rehabilitation gestiegen. Zu 80 Prozent werden medizinische Rehabilitationsleistungen der GKV von Versicherten im Alter von 65 Jahren und älter in Anspruch genommen. Seit 1995 wächst der Anteil der Menschen in dieser Altersgruppe und ihre Morbidität nimmt seit Jahren stetig zu.

Stattdessen sinken die Leistungsfälle: Der Anteil der Rehabilitationsleistungen, die aus der ambulanten Versorgung heraus eingeleitet wurden (Heilverfahren), hat sich seit 1995 mehr als halbiert (1995 = 42 Prozent, 2017 = 18 Prozent). Der Anteil der Rehabilitationsleistungen, die unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließen und von Krankenhausärzten initiiert werden (Anschlussrehabilitation / AHB) ist entsprechend gestiegen. Patienten erhalten eine Rehabilitationsleistung demnach heute fast ausschließlich erst nach einer Krankenhausbehandlung und nicht vorher, um damit Operationen, Krankenhausbehandlungen oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. So reduziert sich das Versorgungsangebot für chronisch kranke Menschen offensichtlich auf medikamentöse Schmerztherapie und Operationen. Dabei besteht in der Rehabilitation laut Prognos (2009) ein Verhältnis von 1:5 zwischen Mitteleinsatz und volkswirtschaftlichem Nettoeffekt. Die Ursache für den Rückgang der Rehabilitationsleistungen und insbesondere der Heilverfahren liegt nicht im geringer werdenden medizinischen Versorgungsbedarf, sondern in einem nicht bedarfsgerechten Verordnungs- und Bewilligungsverfahren und dem Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Krankenkassen profitieren insbesondere nicht von vermiedener Pflege, da pflegebedingte Ausgaben aus einem anderen Topf, nämlich dem der Gesetzlichen Pflegeversicherung, geleistet werden.

Die im Jahr 2008 im SGB V eingeführte Statistik über Rehabilitationsanträge und deren Erledigung zeigt, dass im Jahr 2017 38 Prozent der Anträge auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die nicht im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung gestellt wurden, von den Krankenkassen abgelehnt wurden. Dass knapp 50 Prozent der eingereichten Widersprüche erfolgreich waren, ist ein weiterer Hinweis darauf, dass das Bewilligungsverfahren nicht unproblematisch ist.[9]

Anschlussrehabilitationen nach einer Krankenhausbehandlung sind von einigen Hürden, die ein Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung nehmen muss, nicht betroffen. Hier beträgt die Ablehnungsquote nur 8 Prozent.

Angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen muss der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation für die Versicherten der GKV dringend wieder aus der ambulanten ärztlichen Versorgung heraus ermöglicht werden. Dafür muss der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen eingeschränkt werden. MDK-Begutachtungen sollten nur noch nach persönlicher Untersuchung und Aushändigung des sozialmedizinischen Gutachtens erfolgen.

Reha für pflegende Angehörige

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD ist eine Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger fest verankert. Demnach sollen pflegende Angehörige eine medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung direkt nach ärztlicher Verordnung erhalten.

Bisher ist ein Rechtsanspruch auf solche Leistungen im SGB V mit vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse vorgesehen. Seine Realisierung scheitert aber regelmäßig am komplizierten Antragsverfahren einschließlich der zusätzlichen Beantragung der Kurzzeitpflege und Ablehnungen der beantragten Leistungen durch die Krankenkassen. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die vom BQS-Institut 2014 durchgeführt wurde (Gutachten zur Rehabilitation für pflegende Angehörige).

9 Allerdings legen nur 30 Prozent der Versicherten überhaupt Widerspruch ein.

Der BDPK sieht in der Vereinbarung des Koalitionsvertrags die Absicht, eine Direktverordnung für medizinische Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige zuzulassen. Die Direktverordnung ist eine elementare Forderung des BDPK für die Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen derzeit beinahe jede zweite vom niedergelassenen Arzt verordnete Rehabilitationsmaßnahme ablehnen. Ein einheitliches Bewilligungsverfahren der Krankenkassen besteht nicht. Dies verdeutlicht das Gutachten des IGES Instituts im Auftrag des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung vom 23. Juni 2017. Somit besteht die Chance, anhand eines kleinen Versichertenkreises eine Direktverordnung zu erproben.

Neben dem Genehmigungsverhalten der Krankenkassen stehen pflegende Angehörige, die eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen wollen, vor einem weiteren Problem. Der Pflegebedürftige muss während der Zeit in die Kurzzeitpflege. Laut SGB XI besteht die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen mit in die Reha-Einrichtung zu nehmen. Da diese Leistung extra beantragt werden muss und hier Zuständigkeitsfragen bestehen (abhängig vom Pflegegrad), wächst für den pflegenden Angehörigen der bürokratische und organisatorische Aufwand enorm. Eine verbesserte Situation pflegender Angehöriger ließe sich mit einem direkten Anspruch für die Unterbringung und gleichzeitige Pflege des Pflegebedürftigen regeln – so der Vorschlag des BDPK. Ein Kostenausgleich könnte dann zwischen Kranken- bzw. Renten- und Pflegeversicherung geregelt werden.

Der vom BMG vorgelegte Referentenentwurf zum PpSG sollte die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag für pflegende Angehörige umsetzen. Doch im Entwurf war ausdrücklich von der Genehmigung durch die Krankenkasse zu lesen. Lediglich mit der Streichung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollte im Gesetzesvorschlag die Situation pflegender Angehöriger verbessert werden. Mehrere Gespräche mit Vertretern des BMG und Politikern führten letztendlich noch zu einer gesetzlichen Neuregelung im Paragrafen 40 SGB V. Die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts wurde leider nicht geregelt. Aufgegriffen wurde aber unser Vorschlag, dass pflegende Angehörige gleichzeitig einen Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen haben, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden sollen. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse

der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.

Wunsch- und Wahlrecht

In allen Bereichen des Gesundheitswesens besteht ein unbedingtes Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers. Dadurch entsteht ein Wettbewerb unter den Anbietern, der zu einer bestmöglichen Behandlung für die Patienten führt. Bei der medizinischen Rehabilitation bestimmen nicht die Versicherten, sondern die Krankenkassen die Reha-Einrichtung. Hier soll sie im Einzelfall die bestgeeignetste Einrichtung auswählen. Die Krankenkassen belegen allerdings die Einrichtung mit dem günstigsten Vergütungssatz. Selbst dann, wenn die Einrichtung über 100 km vom Wohnort entfernt liegt und für den Patienten nicht die bestgeeignetste ist. Äußert der Versicherte einen Klinikwunsch, muss er die sog. Mehrkosten selbst tragen. Eine Prüfung, ob ein berechtigter Wunsch vorliegt, findet nicht statt. Somit können nur jene Versicherten ihre Wunschklinik in Wohnortnähe wählen, die finanziell dazu in der Lage sind. Dies widerspricht den UN-Behindertenkonventionen. Deshalb fordert der BDPK, dass jede geeignete Klinik mit Versorgungsvertrag gewählt werden darf, ohne dass Versicherte „Mehrkosten“ tragen müssen.

Entlassmanagement

Nach einem längeren Verhandlungs- und Abstimmungsprozess zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den elf für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene (Reha-Leistungserbringerverbänden) haben sich die Vertragspartner über einen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen geeinigt. Die Einigung wurde am 15. Januar 2019 vor dem erweiterten Bundesschiedsamt erzielt. Das Entlassmanagement soll eine lückenlose medizinische beziehungsweise pflegerische Anschlussversorgung der Rehabilitanden sicherstellen.

2015 hatte der Gesetzgeber die Vorgaben zum Entlassmanagement erweitert: Die Kliniken bekamen ein Verordnungsrecht für erforderliche Anschlussleistungen. Die Krankenkassen wurden zur Unterstützung des Entlassmanagements verpflichtet. Die Umsetzung der Aufgaben des Entlassmanagements sollen durch einen Rahmenvertrag zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer geregelt werden. Die Verhandlungen wurden im November 2015 aufgenommen und mit dem Ziel geführt, die Versorgung von Rehabilitanden zu verbessern. Darüber hinaus galt es, auch einen bürokratischen Aufwand aufseiten der Rehabilitationseinrichtungen zu vermeiden. Nach einem langjährigen Verhandlungsprozess, der mehrmals unterbrochen wurde, fanden die Vertragspartner in vielen Punkten einen Konsens. Die Ausnahme machte eine von den Reha-Leistungserbringerverbänden geforderte Vertragsklausel zur Prüfung eventueller finanzieller Auswirkungen der Vereinbarung zum Entlassmanagement durch die zuständigen Vertragspartner auf Landesebene nach § 111 Abs. 5 SGB V. Der GKV-Spitzenverband verweigerte dazu seine Zustimmung, sodass im Herbst 2018 das Bundesschiedsamt angerufen wurde. In der Verhandlung vor dem Bundesschiedsamt am 15. Januar 2019 konnten sich die Vertragspartner über diesen strittigen Punkt einigen. Die Reha-Leistungserbringerverbände setzten eine Formulierung in der Präambel im Rahmenvertrag durch, wonach die Refinanzierung der entstehenden Kosten des Reha-Entlassmanagements im Rahmen von Vergütungsverhandlungen der jeweiligen Kliniken zu vereinbaren sind. Der Rahmenvertrag tritt zum 1. Februar 2019 mit einer 6-monatigen Übergangsfrist in Kraft.

Einheitlicher Vordrucksatz für die Anschlussrehabilitation

Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatten im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement der Krankenhäuser vereinbart, einen kassenübergreifenden bundeseinheitlichen Vordrucksatz zur Einleitung einer Anschlussrehabilitation („AR-Antrag“) zu entwickeln, um das Antragsverfahren zu vereinfachen. Die GKV hatte hierfür einen Vordruck entworfen und wollte diesen über die DKG ohne Einbeziehung und Information der Reha-Leistungserbringer

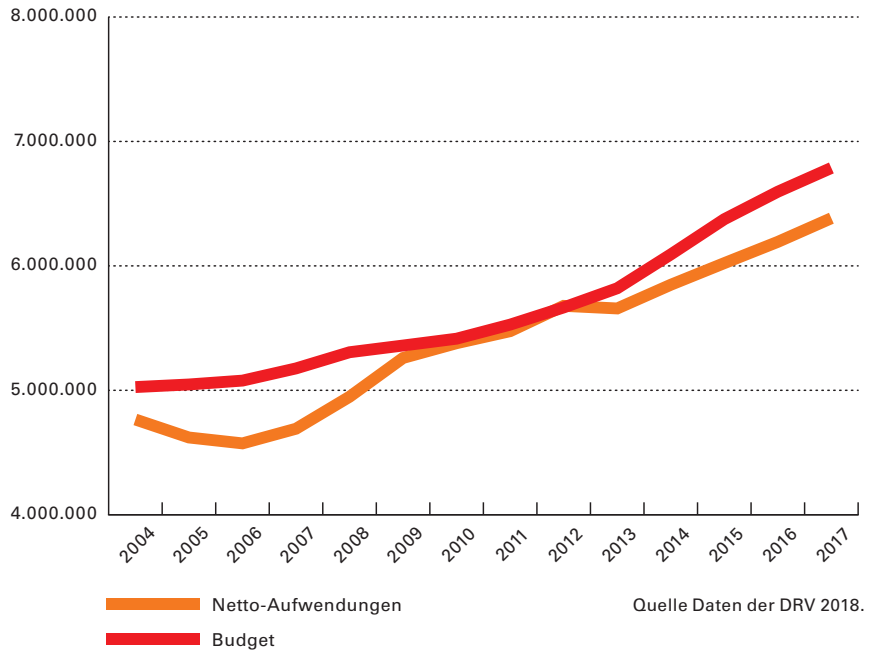
und Patientenorganisationen bereits ab 1. August 2018 flächendeckend einsetzen. Der BDPK und die anderen in der AG MedReha organisierten Reha-Verbände hatten dies stark kritisiert und die Vordrucke mit DKG intensiv beraten. Die im BDPK-Fachausschuss eingebrachten Rückmeldungen und Änderungsvorschläge zu den Formularen wurden über die BDPK-Geschäftsstelle in die Beratungen eingebracht.

Im Dezember 2018 einigten sich der GKV-Spitzenverband und die DKG mit Unterstützung durch den BDPK auf den angepassten Vordrucksatz „AR-Reha". Das Wunsch- und Wahlrecht betreffend wurden konkrete Formulierungen aufgenommen. Versicherten ist es nun möglich, beim Beantragen einer Anschlussrehabilitation spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung direkt einzutragen bzw. eine gewünschte Reha-Einrichtung zu benennen. Dem Antrag wird künftig noch ein ausführliches Merkblatt zum Wunsch- und Wahlrecht und zur Regelung von Zuzahlungen beigefügt. Im Ärztlichen Befundbericht konnte der BDPK ebenfalls notwendige Änderungen bewirken. So wurde die Frage nach der Rehabilitationsfähigkeit des Patienten vereinfacht, indem auf die Antwortkategorie „eingeschränkt rehabilitationsfähig" verzichtet wurde. Die Teilhabe-Dimensionen nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurden vervollständigt und näher erläutert. Außerdem wurden Ankreuzfelder zu weiteren für die Durchführung der Rehabilitation relevanten Informationen wie zum Hilfsmittelbedarf des Rehabilitanden, der benötigten Ausstattung des Zimmers in der Reha-Einrichtung oder einer ggf. gewünschten Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger ergänzt. Die einheitlichen Formulare sollen ab 2020 flächendeckend eingesetzt werden.

Reha vor Rente

Die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe sind in der Rentenversicherung durch das Reha-Budget gedeckelt. Das Reha-Budget wird nicht anhand des vermuteten Bedarfs festgelegt, sondern anhand der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer festgesetzt. Aus Sicht des BDPK ist es dringend erforderlich, das Budget abzuschaffen, zumindest an der Notwendigkeit zu orientieren: In einer immer länger arbeitenden Gesellschaft müssen die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entsprechend erbracht werden können. Dem widerspricht ein „gedeckeltes" Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung (DRV), das auch seit 2018 weniger wird.

Reha-Budget und -Ausgaben DRV



Quelle Daten der DRV 2018.

Die Abbildung legt den Verdacht nahe, dass sich die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen an dem Budget orientieren. Nachdem das Budget im Jahr 2012 leicht überschritten wurde, sind die Ausgaben im Jahr 2013 kurzzeitig gesunken und in den Folgejahren wieder angestiegen. Rehabilitationsleistungen müssen bedarfs- und nicht budgetgerecht erbracht werden.

Ein großes Problem stellt nach wie vor die wachsende Zahl an Erwerbsminderungsrentnern dar. Auch im Jahr 2017 hatte nur rund die Hälfte der Antragsteller in den fünf Jahren vor Antragstellung eine Rehabilitationsleistung erhalten. Die Rückkehr in den Beruf schaffen Bezieher von Erwerbsminderungsrenten nur selten. Rehabilitationsleistungen müssen diese Menschen frühzeitig erhalten, um sie im Erwerbsleben zu halten. Die von der Großen Koalition eingesetzte Rentenkommission will sich auch der Frage widmen, wie Beschäftigte länger im Erwerbsleben gehalten werden können.

Deutscher Reha-Tag

Einmal im Jahr findet rund um den vierten Samstag im September der Deutsche Reha-Tag statt. Diese Tradition eines bundesweiten Aktionstags der medizinischen und beruflichen Rehabilitation besteht seit 2004.

Reha-Tag 2018

Der 15. Deutsche Reha-Tag 2018 stand unter dem Motto „Reha und Arbeit". Schirmherr Jürgen Dusel, Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, betonte in seinem Grußwort, dass es für eine gelingende Inklusion Rehabilitation braucht. Für Betroffene muss es selbstverständlich sein, ohne Hürden und Schwellenängste eine Rehabilitation beantragen zu können und auch bewilligt zu bekommen. Die zentrale Auftaktveranstaltung zum Aktionstag fand am 21. September 2018 im Berufsförderungswerk (BFW) München und Berufsbildungswerk (BBW) St. Zeno statt. In Fachvorträgen und in Rundgängen durch beide Einrichtungen konnten sich die Gäste von der fachlichen Kompetenz und den Erfahrungen der Bildungsträger überzeugen, die entscheidend sind für den Erfolg beruflicher Reha.

Reha-Tag 2019

Der Reha-Tag 2019 findet am Samstag, 28. September 2019 statt. Er steht ganz im Zeichen der Kinder- und Jugendrehabilitation. Um allen Kindern und Jugendlichen gute Aufwachsbedingungen und Bildungschancen zu ermöglichen, gilt es, frühzeitig mit individuell abgestimmten Reha-Maßnahmen Gesundheitsprobleme zu behandeln und Folgeschäden zu vermeiden. Wie in jedem Jahr sind alle Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation dazu aufgerufen, am Aktionstag oder im Umfeld des Datums eine Veranstaltung oder einen Tag der offenen Tür – gleich unter welchem Motto – durchzuführen. Weiterführende Informationen gibt es unter www.rehatag.de.

Alwin Baumann, Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V., Brigitte Gross, Direktorin DRV Bund, Dr. Katharina Nebel, Präsidentin des BDPK (v.l.n.r.) beim Frühstück für die Reha in Berlin.

Frühstück für die Reha in Berlin

Zu einem „Frühstück für die Reha" hatte das Aktionsbündnis des Deutschen Reha-Tags Bundestagsabgeordnete der Regierungs- und Oppositionsparteien, Vertreter aus dem Bundesgesundheits- und Arbeitsministerium sowie Akteure der Reha-Branche am 20. Februar 2019 geladen. Die Teilnehmer nutzten die Gelegenheit im angenehmen Ambiente des Dachgarten-Restaurants Käfer im Deutschen Bundestag für den konstruktiv-politischen Dialog zu folgenden zentralen Themen: „Reha schafft Teilhabe und fördert Demokratie", „Was ist Reha?", „Fachkräfte durch Reha – Fachkräfte in Reha", „Lassen Sie uns über Geld reden!", „Bedarfe erkennen, Zugänge schaffen", „Flexirentengesetz – zwei Jahre später".

Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro"

Der Gesetzgeber hat mit dem § 11 SGB IX die Möglichkeit geschaffen, Modellvorhaben zur Stärkung der Reha durchzuführen. Ziel des Bundesprogramms ist es, durch die Erprobung von innovativen

Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen neue Wege zu finden, die Erwerbsfähigkeit der Menschen besser als bisher zu erhalten oder wiederherzustellen. Indem Jobcenter und Rentenversicherungsträger noch frühzeitiger intervenieren, soll der Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit und eine damit verbundene Erwerbsminderung vermieden werden. Damit sollen die sozialrechtlichen Grundsätze „Prävention vor Reha“ und „Rehabilitation vor Rente“ weiter gestärkt werden.

Für die Umsetzung des Bundesprogramms durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) stellt der Gesetzgeber bis 2026 Mittel in Höhe von rund 1 Milliarde Euro zur Verfügung. Am 4. Mai 2018 wurde der erste Förderaufruf veröffentlicht. Das BMAS plant weitere Förderaufrufe in den Jahren 2019 und 2020. Die unabhängige Fachstelle rehapro bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kümmert sich im Auftrag des BMAS um die zuwendungsrechtliche und organisatorische Abwicklung der Modellvorhaben und ist auch für den Rechtskreis SGB II für die fachlich-inhaltliche Prüfung der Projektanträge zuständig. Für den Rechtskreis SGB VI findet die Prüfung im Grundsatz- und Querschnittsbereich der Deutschen Rentenversicherung Bund statt. Für beide Rechtskreise bündelt die Fachstelle rehapro alle Prüfungsteile in einer Gesamtempfehlung. Ebenfalls eine eigenständige Empfehlung gibt auch der Beirat rehapro ab, der das BMAS in Fragen der Entwicklung und Umsetzung der Modellvorhaben berät und unterstützt. Der Beirat rehapro besteht aus 20 Mitgliedern unterschiedlicher Interessenverbände, für die medizinischen Reha-Einrichtungen ist der BDPK als Mitglied der AG MedReha vertreten und gestaltet die Förderempfehlungen aktiv mit.

Im Rahmen des ersten Förderaufrufs wurden insgesamt 97 Projektanträge gestellt (69 aus dem SGB II-Bereich und 28 aus dem SGB VI-Bereich). Darunter sind viele innovative Projekte zur Förderung einer frühzeitigen, bedarfsgerechten und nachhaltigen Rehabilitation. Dazu gehören bspw. Vorhaben, die mittels eines präventiven Screenings in Hausarztpraxen und Jobcentern Patienten mit länger andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Langzeitarbeitslose auf ihr Risiko für eine Erwerbsminderungsrente und ihr Reha-Potenzial prüfen und nach einer interprofessionellen Beratung entsprechende Reha-Maßnahmen empfehlen. Dieses und weitere Projekte entsprechen den Forderungen des BDPK zur Stärkung der Rehabilitation und werden mit der Stimme der AG MedReha im Beirat zur Förderung empfohlen.

Telematikinfrastruktur

Der Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sah vor, den Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sollen ab diesem Zeitpunkt elektronisch übermittelt werden. Da Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen im Rahmen des Entlassmanagements ebenfalls Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen dürfen, traf die elektronische Übermittlung auch die Kliniken. Die rund 1.200 medizinischen Reha-Einrichtungen sind jedoch bislang nicht an der Telematikinfrastruktur beteiligt und somit nicht in der Lage, elektronische Bescheinigungen zu übermitteln. Darauf hat der BDPK in seiner Stellungnahme hingewiesen und gefordert, medizinische Reha-Einrichtungen in die Telematikinfrastruktur künftig miteinzubinden und dies auch zu finanzieren.

Mit dem Gesetzesentwurf wurde darauf reagiert: Allerdings restriktiv durch Ausschluss der Reha-Einrichtungen von der elektronischen Übermittlung.

Aus Sicht des BDPK ist es dringend notwendig, die 1.200 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen an der Telematikinfrastruktur zu beteiligen, da sie Teil der Behandlungskette sind. Eine Unterbrechung führt zu einem erheblichen, unnötigen und völlig unzeitgemäßen Mehraufwand. Der Gesetzgeber sieht aktuell eine elektronische Patientenakte vor, die Rehabilitationseinrichtungen nicht lesen und befüllen können. Versicherte kommen vom Krankenhaus oder aus der ärztlichen Versorgung in die Reha-Einrichtung. Ohne Einbindung müssen alle Daten außerhalb der Telematikinfrastruktur bearbeitet werden, auch ein Zugriff auf Notfalldaten ist nicht möglich. Nach dem Aufenthalt müssen die Daten vom niedergelassenen Arzt verarbeitet werden. Bei Gesprächen mit Vertretern des BMG wurde eine Einbindung der Reha-Einrichtungen im E-Health-Gesetz in Aussicht gestellt.

Für faire Vergütung

Bemühungen für ein verbessertes Vergütungssystem in der DRV

Der BDPK ist regelmäßig mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Austausch zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Das BMAS wird vom Bundesrechnungshof und vom Rechnungsprüfungsausschuss zu Transparenz im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der DRV bei Zulassung, Vergütung und Belegung vor dem Hintergrund des Vergaberechts aufgefordert. Das BMAS avisiert deshalb Gesetzesänderungen in einem Omnibusgesetz zum SGB IV im Sommer 2019.

Das BMAS hatte die DRV dazu aufgefordert, ein transparentes und diskriminierungsfreies Vergütungssystem zu entwickeln. Den Vorschlag der DRV Bund lehnt der BDPK ab. Weder der Leistungsbezug noch die tatsächlichen Kosten finden darin Berücksichtigung.

Der BDPK spricht sich deutlich für die Etablierung eines transparenten, leistungsgerechten und kostenträgerübergreifenden Vergütungssystems in der Rehabilitation aus. Wesentliche Rahmenbedingungen sind: Kalkulierter Basispreis (keine Durchschnittsmarktpreise), Einführung eines jährlichen Dynamisierungsfaktors (für steigende Personal- und Sachkosten), Berücksichtigung des Krankheitsschweregrads der Rehabilitanden, Berücksichtigung von Investitionskosten und einer Rendite. Zudem darf die Ergebnisqualität nicht außen vor bleiben. Dies wurde vom BDPK gemeinsam mit den Verbänden der AG MedReha am 5. Februar 2019 dem Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze (AKRQG) der DRV vorgestellt und diskutiert. Der Diskussionsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Das BMAS wird im Sommer die Weichen für ein transparentes Vergütungssystem in der DRV per Gesetz stellen.

GKV-Vergütung

Mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finden ebenfalls Gespräche zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt. Insbesondere zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) haben der BDPK und die Mitgliedskliniken auf die finanzielle Lage der Rehabilitationseinrichtungen beim BMG aufmerksam gemacht (s. auch Vorwort). Das BMG gab in einem Gespräch als Begründung für die nicht erfolgte Regelung im PpSG an, dass sie eine umfangreichere Regelung für die medizinische Rehabilitation für erforderlich halten, um die Situation der Rehabilitationseinrichtungen tatsächlich zu verbessern. Dafür war das PpSG nicht das geeignete Gesetzgebungsverfahren. Die Geschäftsstelle hat in dem Gespräch den Handlungsbedarf skizziert und einen umfangreichen Gesetzesvorschlag zugeleitet. Aus Sicht des BDPK muss der Zugang erleichtert, das Wunsch- und Wahlrecht gestärkt und die Verhandlungsposition der Rehabilitationseinrichtungen bei Versorgungs- und Vergütungsverträgen verbessert werden. Hierzu sind weitere Gespräche im BMG angefragt.

Aktiva-Gutachten: Was kostet die GKV-Reha?

Die AG MedReha veröffentlichte ein bei der aktiva in Auftrag gegebenes Gutachten „Was kostet die Rehabilitationsleistung? – Kostenberechnung auf Basis struktureller Anforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Im Gutachten werden Vergütungssätze für die orthopädische Reha in Höhe von 165 Euro, für die kardiologische Reha in Höhe von 157 Euro und für die geriatrische Reha in Höhe von 265 Euro pro Belegungstag errechnet.

Das Gutachten untersucht im Einzelnen, inwieweit die Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die Rehabilitationskliniken mit der aktuellen Vergütung der medizinischen Rehabilitation im Einklang stehen. Es soll die Frage beantwortet werden, welche absoluten Tagessatzhöhen für die untersuchten Indikationen kalkulatorisch zu erwarten sind. Die Kalkulation berücksichtigt dabei, der monistischen Finanzierung in der Rehabilitation folgend, die Personalkosten, Sachkosten und Kapitalkosten (für Bau und Ausstattung der Klinik) sowie einen Unternehmerlohn im Sinne eines Ge-

winnzuschlages / Risikoaufschlages. Grundlage für die Kalkulation bilden indikationsspezifische Strukturvorgaben sowie allgemeine Kostenstrukturen.

Vergleicht man die Ergebnisse mit den im Markt heute vorherrschenden Preisen der gesetzlichen Krankenversicherung, wird deutlich, dass sich die Rehabilitationseinrichtungen in einer chronischen Unterfinanzierung befinden.

Das Gutachten wurde an Ministerien, Politiker, Reha-Träger sowie die Reha-Schiedsstellen versandt und durch Gespräche begleitet. Es steht auf der BDPK-Homepage zum Download zur Verfügung.

Notwendige Vergütungssatzerhöhungen für 2019

Die Neuauflage des Gutachtens der aktiva-Beratung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag der AG MedReha ist auch 2018 wieder erschienen. Sie prognostiziert für das Jahr 2019 Kostensteigerungen von durchschnittlich 2,74 Prozent. Dabei müssen jedoch die einrichtungsspezifischen Sonderbelastungen, die im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung zum PpSG auftreten werden, bei den Vergütungssatzverhandlungen zusätzlich berücksichtigt werden.

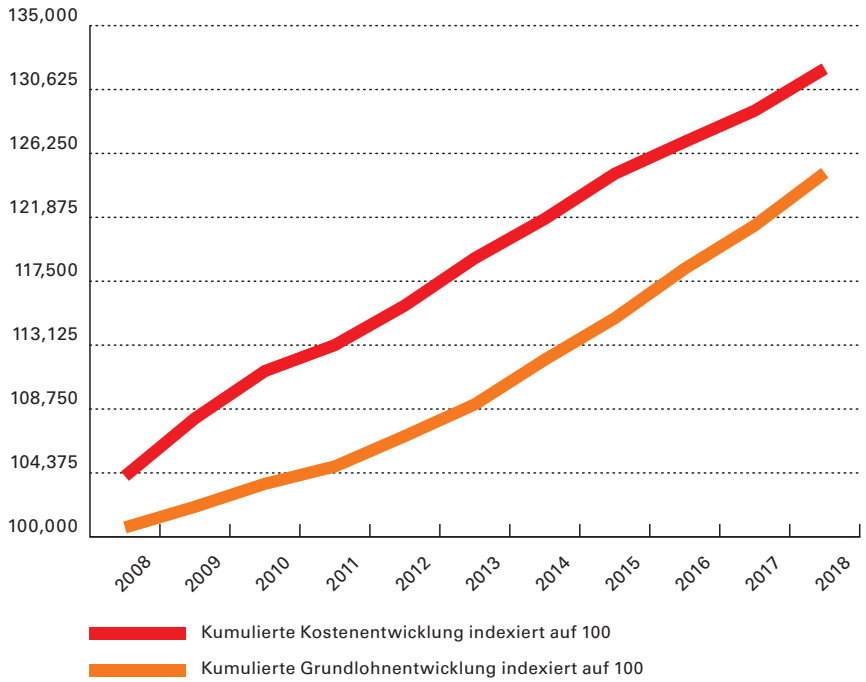
Das „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ belegt anhand von Modellrechnungen die Kostenveränderungen für Rehabilitationskliniken für das Jahr 2019. Anhand von statistischen Daten und möglichst belastbaren Prognosen legen die Gutachter die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung für die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen dar. Um die Prognosesicherheit der quantitativen Auswirkungen zu erhöhen, werden minimale und maximale Veränderungsraten der einzelnen Positionen berechnet. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2019 zeigt im Vergleich zu 2018 Steigerungsraten zwischen 2,36 und 3,11 Prozent.

Der Prognosekorridor bildet die Steigerungsraten für den reinen Betrieb der Reha-Einrichtungen ab, um die Kostensteigerungen des Jahres 2019 im Durchschnitt zu refinanzieren. Eine Bewertung der Investitionsmittelanteile und deren Finanzierung muss auf Basis der individuellen Situationen der Reha-Einrichtungen zu diesen Steigerungsraten addiert werden. Zudem sind entsprechende Sondertatbestände, die über eine begrenzte Vergütungssatzsteigerung im Rahmen der Grundlohnrate nicht abgedeckt werden, im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Das ist zwingend notwendig, um etwa die stark steigenden Personalkosten insbesondere im Bereich der Pflege zu refinanzieren.

Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Kliniken als Verhandlungshilfe mit den Rehabilitationsträgern dienen. Das Gutachten wird den Rehabilitationsträgern zur Verfügung gestellt und der DRV Bund in einem persönlichen Gespräch vorgestellt. Die Auswirkungen des PpSG können nach Ansicht der Vertreter der DRV Bund erst im Laufe des Jahres verlässlich bewertet und von den Einrichtungen als Sonderfaktor verhandelt werden. Eine Beobachtung und erneute Beratung der Personalkostenentwicklung bei Pflege- und anderen Fachkräften in Reha-Einrichtungen sei aber sinnvoll. Daher soll ein erneutes Treffen zur Jahresmitte stattfinden.

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

Kostensteigerung für Reha-Einrichtungen



Quelle aktiva-Gutachten und BMG 2018.

Qualitätsentwicklung in der Reha stärken

Der BDPK und die im Verband organisierten Reha- und Vorsorge-Einrichtungen setzten sich auch im vergangenen Geschäftsjahr intensiv für Qualitätstransparenz und die Weiterentwicklung der Ergebnisqualität ein. Leider können viele der wertvollen Initiativen und Anstrengungen jedoch nicht ihre volle Wirkung erzielen, weil die Einrichtungen mit ihrem Engagement für Qualität noch häufig allein dastehen. Die Renten- und Krankenversicherungsträger müssen endlich den Worten Taten folgen lassen und mit den Einrichtungen in gemeinsamen Projekten und Maßnahmen die Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation stärken und den Qualitätswettbewerb fördern. Einen Versuch der qualitätsorientierten Belegungssteuerung hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zu Beginn des Jahres 2019 gestartet. Die Reha-Einrichtungen beobachten und begleiten dieses Pilotprojekt mit großem Interesse. Ob die damit verbundenen Erwartungen und Hoffnungen der Einrichtungen erfüllt werden, bleibt abzuwarten. Fest steht, dass es valide Ergebnisse für einen fairen und transparenten Qualitätswettbewerb unter allen Reha-Einrichtungen erst dann geben wird, wenn die Qualitätssicherungsverfahren der Kostenträger vereinheitlicht sind und damit unabhängig von der Federführung der Kostenträger einheitliche Maßstäbe für alle gelten.

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

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

Qualitätsorientierte Belegung

Die stete Forderung des BDPK nach einem transparenten Qualitätswettbewerb in der Rehabilitation hat 2017 mit dem Beschluss des Bundesvorstandes der DRV Bund einen ersten Erfolg erzielt. Er führte zu einem diskriminierungsfreien Zulassungsverfahren und einem transparenten Vorgehen bei der Auswahl der Reha-Einrichtungen. Nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts und sozialmedizinischer Auswahlkriterien soll die Belegung von Reha-Einrichtungen zukünftig rentenversicherungsträgerübergreifend nach den Kriterien Qualität, Wartezeit, Preis und Entfernung erfolgen. Der Qualität kommt dabei ein besonderes Gewicht zu. Eine bundes- und trägerübergreifende Projektgruppe der Rentenversicherung hatte hierzu gemeinsam mit dem Expertenkreis Qualitätsmaßstab, unter Mitwirkung des BDPK, seit 2015 ein Konzept zur Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Belegung von Reha-Einrichtungen erarbeitet.

Die einjährige Pilotphase der qualitätsorientierten Belegung startete im Januar 2019. Einbezogen sind alle stationären orthopädischen Fachabteilungen, die von der DRV Bund, der DRV Baden-Württemberg und der DRV Oldenburg-Bremen belegt werden. Sowohl die Steuerung der Heilverfahren als auch die der Anschlussrehabilitation (mit Ausnahme der AHB-Steuerung durch die DRV Bund) in der Indikation Orthopädie erfolgen im Jahr 2019 nach dem neuen System. Die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl im Rahmen der Machbarkeitsstudie läuft wie folgt ab:

1. **Vorabprüfung des Wunsch- und Wahlrechts:** Macht der Versicherte von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch und sind die vorgetragenen Wünsche zur Wahl einer bestimmten Reha-Einrichtung berechtigt, wird der zuständige RV-Träger die entsprechende Reha-Einrichtung belegen.

2. **Berücksichtigung sozialmedizinischer Auswahlkriterien:** In die Auswahl gehen alle Reha-Einrichtungen ein, die die notwendigen Voraussetzungen (Haupt- und Nebendiagnosen, ggf. Sonderanforderungen) erfüllen.

3. **Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl nach folgenden Kriterien:**

   - Qualität (Parameter Qualität, der sich aus den einrichtungsindividuellen QS-Ergebnissen zur Behandlungszufriedenheit, zum subjektiven Behandlungserfolg, zur Therapeutischen Versorgung (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS) zusammensetzt)
   - Wartezeit (über angepasste Dekadenmeldung ab Dezember 2018)
   - Preis (Pflegesatz x mittlere Dauer der Reha-Maßnahme)
   - Die individuelle Transportfähigkeit in Hinblick auf die Entfernung zum Wohnort soll in jedem Einzelfall von dem zuständigen RV-Träger berücksichtigt werden.

Geplant und mit den Leistungserbringerverbänden vereinbart war, dass die drei pilotierenden RV-Träger den Parameter Qualität mit einer 70-prozentigen Gewichtung, die Wartezeit mit einer 20-prozentigen und den Preis mit einer 10-prozentigen Gewichtung in der Einrichtungsauswahl berücksichtigen. Für Unverständnis und Verärgerung sorgte dann entsprechend die kurzfristige und intransparent kommunizierte Entscheidung der DRV Bund von diesem Beschluss abzuweichen. Aufgrund technischer Probleme bei der Umsetzung der qualitätsorientierten Belegungssteuerung hat sich die DRV Bund im Rahmen der Machbarkeitsstudie für die folgende Gewichtung entschieden: 30 Prozent Qualität, 25 Prozent Wartezeit, 15 Prozent Preis, 11 Prozent Entfernung, 19 Prozent fakultative Sonderanforderungen bzw. fakultative Nebendiagnosen. Die beiden Regionalträger behalten die vereinbarte Gewichtung bei. Der BDPK hat das Vorgehen der DRV Bund gemeinsam mit den anderen Leistungserbringerverbänden kritisiert und wird die weiteren Entwicklungen genau beobachten. Von der deutlichen Reduktion der Qualitätsbedeutung abgesehen, die den Grundgedanken einer qualitätsorientierten Belegung konterkariert, ist es zudem fraglich, auf welcher Grundlage eine aussagekräftige Auswertung der Machbarkeitsstudie erfolgen soll.

Statements aus dem BDPK-Vorstand

„Den Start des Pilotprojekts ‚Qualitätsorientierte Belegung' begrüße ich sehr! Dass das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten dabei an erster Stelle steht, finde ich sehr gut. Ob und wie sich im Einzelnen die Steuerung durch die qualitätsorientierte Belegung auf unsere Reha-Kliniken auswirken wird, bleibt abzuwarten. Je nachdem, was das Pilotprojekt für Erkenntnisse bringt, wäre es wichtig, zeitnah nach zu justieren."

Dr. Ursula Becker, Geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Becker Klinikgruppe

„Allein, dass vonseiten der DRV Bund noch kurzfristig Änderungen in der Gewichtung der Auswahlkriterien vorgenommen wurden, bereitet mir mehr Sorgen, als dass ich zuversichtlich bin."

Georg Freund, Geschäftsführender Gesellschafter Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG

„Wir begrüßen und unterstützen den von der DRV eingeschlagenen Weg in der Hoffnung, damit ein tragfähiges Instrument zu entwickeln, dem sich möglicherweise alle Leistungsträger von Rehabilitationsleistungen anschließen!“

Ellio Schneider, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken, Isny-Neutrauchburg

„Wir bewerten diese Entwicklung sehr positiv, da wir schon sehr lange darauf warten und es auch immer eingefordert haben, in einen Qualitätswettbewerb in der Rehabilitation einzutreten. Wir arbeiten seit vielen Jahren sehr intensiv daran, die Qualität unserer Rehabilitationsleistungen systematisch auszuwerten und zu verbessern und sehen uns deshalb sehr gut auf diesen Wettbewerb vorbereitet; das heißt, wir schätzen die Vorteile deutlich höher ein als mögliche Risiken.“

Ulf Ludwig, Vorstand MediClin AG

Überarbeitung QS-Instrumente der DRV

Im Jahr 2017 beauftragte die DRV ein wissenschaftliches Projekt zur Entwicklung der neuen Risiko-Adjustierung in der Befragung von Rehabilitanden. Ende 2018 wurde das Projekt abgeschlossen. Ziel war zum einen, die Risikoadjustierung in der stationären Somatik und der stationären Psychosomatik und Sucht zu überprüfen. Zum anderen sollte eine Risikoadjustierung in der ambulanten Somatik eingeführt werden. Der begleitende Projektbeirat, in dem auch Vertreter der BDPK-Mitgliedseinrichtungen mitgearbeitet haben, hatte die bislang eingesetzten und mögliche weitere Adjustierungsvariablen diskutiert. Die Beteiligten einigten sich darauf, wesentliche Items wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit und Stellung eines Rentenantrags für die Risikoadjustierung beizubehalten und weitere mit aufzunehmen. So soll beispielsweise der Schweregrad der Beeinträchtigungen der Rehabilitanden bei der Risikoadjustierung berücksichtigt werden und nicht mehr die Anzahl der Diagnosen, die ein Rehabilitand hat. Auch das Rückmeldekonzept wurde überarbeitet. Reha-Einrichtungen erhalten nun auch in den Qualitätsberichten eine Rückmeldung dazu, welchen Einfluss die einzelnen Risikoadjustierungsvariablen in der konkreten Auswertung der Ergebnisse ihrer Einrichtung hatte. Damit wurde einer wichtigen Forderung des BDPK nach mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit in den Qualitätsberichten nachgekommen.

Auch die Klassifikation therapeutischer Leistungen für die medizinische Rehabilitation (KTL) wird derzeit von der DRV überarbeitet. Sie dient dazu, das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren und zu bewerten. Drei KTL-Kennzahlen geben dabei einen orientierenden Rahmen der Leistungserbringung vor, bezogen auf die Therapiedichte (Leistungsdauer und -menge) und die multimodulare Leistungserbringung (Leistungsverteilung). Die therapeutische Versorgung wird von der DRV als optimal angesehen, wenn die drei KTL-Teilkennzahlen bei allen Rehabilitanden im indikationsbezogen vorgegebenen Zielkorridor liegen. Punktabzüge gab es bislang sowohl bei Unter- als auch bei Überschreitung der Zielkorridore. Der BDPK kritisiert seit Längerem insbesondere die scharfen Grenzen am oberen Korridorrand: Ein Mehr an Leistungen sollte nicht so stark wie eine Unterschreitung des Zielkorridors abgestraft werden. Die DRV arbeitet nun seit Ende 2018 an einer Anpassung der KTL-Korridore und lädt in diesem Zusammenhang Ärzte der jeweiligen Indikationen zu Experten-Workshops ein. Am 27. September 2018 fand ein erster Experten-Workshop für die Indikation Orthopädie statt. Ergebnis des Workshops: Die Verteilung der Leistungen auf die KTL-Kapitel bleibt als QS-Bewertungskriterium erhalten, die Obergrenzen bezüglich der erbrachten Leistungsmenge werden heraufgesetzt, die Untergrenzen der Bewertungskennzahlen werden nicht verändert. Weitere Workshops fanden statt am 20. Februar 2019 für die somatischen Indikationen (ohne Orthopädie) und am 19. März 2019 für die Psychosomatik und Sucht. Über die AG MedReha konnten für alle drei Workshops Ärzte benannt werden, unter denen auch Vertreter des BDPK-Mediziner-Expertengremiums sind (siehe „Reha-Medizinisches Expertengremium“ auf Seite 103).

Reha-Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Verbände der Leistungserbringer und der Krankenkassen besetzen im Gemeinsamen Ausschuss (GA) nach §137 d SGB V paritätisch ein Gremium, in dem das QS-Reha®-Verfahren als externes Quali-

tätssicherungsverfahren der Kassen gemeinsam beraten wird. Der BDPK arbeitet in allen aktiven Facharbeitsgruppen mit und gestaltet die Beratungen im GA dabei maßgeblich. Die Organisation des GA wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern. Im Jahr 2018 hatte der BDPK die Federführung inne.

Vorbereitung 4. QS-Reha®-Durchlauf

Seit März 2018 berät der GA über eine Änderung der Auswahlalgorithmen für die Qualitätsdialoge im QS-Reha®-Verfahren. Derzeit basieren die Auswahlalgorithmen noch ausschließlich auf statistischen Maßzahlen. Der BDPK und die anderen im GA organisierten Leistungserbringerverbände hatten sich dafür ausgesprochen, die Definition eines auffälligen Qualitätsprofils stärker an der Relevanz der einzelnen Qualitätsindikatoren auszurichten. Konkret sollen indikationsübergreifend möglichst einheitliche, im besonderen Maße qualitätsrelevante Kriterien im QS-Reha®-Verfahren nach dem Vorbild der fünf belegungsrelevanten Kriterien im QS-Verfahren der DRV definiert werden. Am 19. März 2019 hat der GA dann folgende konkrete dialogrelevante Kriterien beschlossen, die ab dem 4. QS-Reha®-Durchlauf gelten sollen:

- **Die in der jeweiligen Indikation geforderte Facharztqualifikation (ohne Zusatzbezeichnung Sozialmedizin) mit einer zweijährigen vollzeitigen Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung oder einer Vorsorgeeinrichtung**
- **Notfallkoffer/-wagen/-rucksack**
- **Geeigneter Ort mit Möglichkeit der Notfallbehandlung, Notfallüberwachung**
- **Mehrkanal-EKG**

Ab dem 5. QS-Reha®-Durchlauf soll dann noch das Kriterium „Notrufmöglichkeit in allen Patientenzimmern und Nasszellen“ (auch mobile Systeme möglich) hinzukommen, das für alle Reha-Indikationen ab dem 4. Durchlauf bereits als Basiskriterium in die Bewertung eingehen wird.

Folgende Auswahlalgorithmen sollen für die Initiierung von Qualitätsdialogen genutzt werden:

a) Große Fachabteilungen
(mit einer Mindestteilnehmerzahl ≥ 50 Patienten)

- Qualitätsdialog bei Nicht-Erfüllung der dialogrelevanten Kriterien
- Qualitätsdialoge sind ebenfalls mit Fachabteilungen zu führen, die:
  - die Erfüllungsgrenze von 90 Prozent der im QS-Reha® festgelegten Basiskriterien der Struktur- und Prozessqualität unterschreiten und zu den 10 Prozent schlechtesten Einrichtungen (in Bezug auf die Gesamtmenge der Fachabteilungen, die die 90-Prozent-Grenze unterschreiten) gehören.
  - und die in den Bereichen der Ergebnisqualität und/oder der Rehabilitandenzufriedenheit in mindestens 2 Qualitätsunterdimensionen unterdurchschnittliche Werte erzielt haben.

b) Kleine Fachabteilungen
(mit einer Teilnehmerzahl < 50 Patienten)

- Qualitätsdialog bei Nicht-Erfüllung der dialogrelevanten Kriterien
- Qualitätsdialoge sind ebenfalls mit Fachabteilungen zu führen, die:
  - die Erfüllungsgrenze von 85 Prozent der im QS-Reha® festgelegten Basiskriterien der Struktur- und Prozessqualität unterschreiten und zu den 10 Prozent schlechtesten Einrichtungen (in Bezug auf die Gesamtmenge der Fachabteilungen, die die 85-Prozent-Grenze unterschreiten) gehören.

Die von der AG Evaluation vorgeschlagenen dialogrelevanten Kriterien wurden vom GA in seiner Sitzung im März 2019 abschließend beraten und sollen im 4. QS-Reha®-Durchlauf ab 2021 angewendet werden.

QS-Reha® Mütter / Väter und Kinder

Insbesondere für den Leistungsbereich Mütter/Väter und Kinder (MVK) Vorsorge und Rehabilitation sehen die im BDPK organisierten Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und die Einrichtungen des Müttergenesungswerks noch größeren Bedarf, die Qualitätssicherungsinstrumente so weiterzuentwickeln, dass die erbrachten Leistungen in diesem Bereich besser abgebildet werden. Die Arbeitsgruppe Evaluation hatte sich aus diesem Grund im Jahr 2018 in vier Sitzungen explizit mit der Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens für die Mütter/Väter und Kinder Vorsorge und Rehabilitation auseinandergesetzt. Hier wurden konkrete Änderungsvorschläge für einzelne Qualitätsindikatoren insbesondere im Zusammenhang mit den im QS-Reha® formulierten Strukturanforderungen erarbeitet. Diese Änderungen für den 4. QS-Reha®-Durchlauf wurden vom GA in seiner Sitzung im März 2019 verabschiedet.

Aufgrund von Diskrepanzen mit den Krankenkassenverbänden und dem MDK im Verständnis von Aufgaben, Zielen und daraus resultierenden Anforderungen an Reha-Einrichtungen für Mütter, Väter und Kinder entwickelte der BDPK und das Müttergenesungswerk ein gemeinsames Positionspapier zur Rolle der MVK-Rehabilitation. Das Papier macht deutlich, dass die an die MVK-Reha-Einrichtungen zu stellenden Anforderungen an die personelle, medizinisch-technische und räumliche Ausstattung aufgrund des spezifischen Behandlungsfokus auf die mütter- bzw. väterspezifischen Kontextfaktoren nicht eins zu eins aus der medizinischen Rehabilitation nach § 40 übertragen werden können. Trotzdem bietet eine Mütter/Väter-Reha-Maßnahme qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen, die den Qualitätsstandards anderer stationärer Reha-Maßnahmen ebenbürtig sind. Der BDPK arbeitet zurzeit gemeinsam mit dem Müttergenesungswerk auch an Vorschlägen für die Überarbeitung der Patientenfragebögen. Ziel ist es, die Wirkmechanismen und Besonderheiten der MVK-Vorsorge und -Rehabilitation auf der Ebene der Ergebnisqualität noch besser abzubilden.

QS-Reha® Sonderauswertung Neurologie

Das BQS-Institut wurde im Zusammenhang mit der Durchführung des QS-Reha®-Verfahrens auch damit beauftragt, eine umfassende Auswertung der QS-Reha®-Ergebnisse aus der neurologischen Rehabilitation vorzunehmen. Da sich in den ersten beiden Erhebungsrunden (teilweise) negative Effektstärken zeigten, muss nun folgende Frage geklärt werden: Inwieweit bilden die im QS-Reha® definierten Kriterien und eingesetzten Befragungsinstrumente die tatsächlichen Effekte neurologischer Reha-Maßnahmen ab?

Nach ersten statistischen Auswertungen des BQS-Instituts sind die im QS-Reha® in der Indikation Neurologie eingesetzten Instrumente grundsätzlich valide. Ein Grund für die geringere Anzahl festgestellter positiver Veränderungen in der neurologischen Rehabilitation könnte jedoch der hohe Standardisierungsgrad der Befragungsbögen sein. Eine Teilindividualisierung der Befragungsbögen wäre in diesem Zusammenhang aus Sicht des BQS-Instituts sinnvoll. Im Anschluss an die statistische Auswertung hat das BQS-Institut die Ergebnisse mit neurologischen Fachärzten, auch aus Mitgliedseinrichtungen des BDPK, beraten. Ziel ist es, ab dem 4. QS-Reha®-Durchlauf (ab 2021) entsprechend angepasste Instrumente einzusetzen.

Reha-Medizinisches Expertengremium

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch die Renten- und Krankenversicherungsträger kann in den letzten Jahren eine Verschärfung der Anforderungen insbesondere an die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen beobachtet werden. Vor allem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt im Rahmen der Verhandlungen zum QS-Reha®-Verfahren mit seinen Bedingungen an die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung Reha- und Vorsorge-Einrichtungen zum Teil vor große Herausforderungen bei der Umsetzung und Finanzierung. Auch deshalb, weil die Verhandlungen zum QS-Reha®-Verfahren losgelöst von den Vergütungsverhandlungen stattfinden und steigende Qualitätsanforderungen selten von den Krankenkassen refinanziert werden. Um in den Verhandlungen zu den QS-Anforderungen der Reha-Träger die Argumentation für medizinisch-therapeutisch sinnvolle und gleichzeitig realistische und ressourcenschonende Anforderungen zu stärken, hat der BDPK ein indikationsspezifisches Reha-Expertengremium gegründet. Bei Fragestellungen zu Qualitätsanforderungen können Mediziner aus den Mitgliedseinrichtungen von der Geschäftsstelle konsultiert werden. Derzeit engagieren sich 24 Ärzte aus 15 Reha-Einrichtungen in diesem Gremium. Eine Übersicht der Mitglieder befindet sich auf www.bdpk.de.

Qualitätskliniken.de: Mit PROMs zu mehr Transparenz

Die Messung von Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung erfährt in den letzten Jahren international einen Wandel. Basis ist dabei die Grundannahme, dass nutzengetriebene sowie wettbewerbliche Prozesse die Gesundheitsversorgung maßgeblich verbessern können. Ein Konzept stellt dabei die vergleichbare Messung systematischer Behandlungsleistungen aus der Patientenperspektive dar, um die Qualität der Versorgung nachhaltig zu steigern.

In den USA, England und anderen Ländern werden Behandlungsleistungen bereits seit Jahren aus der Patientenperspektive gemes-

sen und öffentlich vergleichbar gemacht. Die gefühlte Verbesserung der Lebensqualität von Patienten wird dabei nicht nur als Differenzierungsmerkmal zwischen verschiedenen Versorgern gesehen, sondern stellt mittlerweile eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale zur Beurteilung des Behandlungserfolgs dar. Die Datenerhebung erfolgt mithilfe von validen Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Patienten werden vor und zu einem adäquaten Zeitpunkt nach einem Eingriff befragt und die Differenz, die Gesundheitsverbesserung, so ersichtlich. Bei einheitlichen Messverfahren sind nationale und internationale Vergleiche möglich.

Chancen einer patientenzentrierten Outcome-Messung

Ziel der Ergebnismessung durch PROMs ist die Verbesserung der Behandlungsergebnisse durch die strukturierte Nutzung entsprechender Outcome-Instrumente und den nationalen bzw. internationalen Vergleich erreichter Ergebnisse mit anderen Organisationen. Forschungsergebnisse belegen den Nutzen und die Wirksamkeit der patientenseitigen Ergebnismessung zur Verbesserung von Behandlungserfolg sowie darüber hinaus auch die Steigerung der Patienten- sowie Behandlerzufriedenheit.

Die Wirksamkeit von Rehabilitation im Allgemeinen ist wissenschaftlich belegt. Der Nutzen in Bezug auf bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen oder Patientengruppen wird aber regelmäßig infrage gestellt. PROMs lassen dahingehend evidenzbasierte Aussagen zu und ermöglichen fundierte Entscheidungen zur medizinischen Versorgung.

Pilotprojekt in Deutschland initiiert

Die Internetplattform Qualitätskliniken.de erhebt erstmals Kennzahlen zur indikationsspezifischen Behandlungsqualität in der medizinischen Rehabilitation durch PROMs, um ein international sowie bundesweit vergleichbares und objektives Messsystem in Deutschland zu etablieren. Zusammen mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) und einer Facharbeitsgruppe konnten bereits Messinstrumente in den Bereichen Orthopädie und Psychosomatik entwickelt werden. Die Facharbeitsgruppe besteht aus Wissenschaftlern des UKEs, von Qualitätskliniken.de, der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie Vertretern aus Reha-Kliniken.

Arbeitsgruppe: Volker Beierlein (UKE), Alexandra Budde (Asklepios Kliniken), Dr. Ralf Bürgy (MediClin), Prof. Matthias Köhler (Helios Reha), Annabelle Neudam (Qualitätskliniken.de), Mona Sägebarth (Deutsche Rentenversicherung Bund), Prof. Holger Schulz (UKE), Dr. Ralf Wiederer (Helios Reha).

Die erste Datenerhebung in knapp 20 Reha-Kliniken mit dem Fokus auf die Indikationen Knie-Totalendoprothese, Hüft-Totalendoprothese und Rückenschmerz ist inzwischen erfolgreich abgeschlossen. Erste Ergebnisse werden in den kommenden Monaten erwartet und bei Qualitätskliniken.de veröffentlicht. Auch in Zukunft soll die Datenerhebung im Bereich Orthopädie fortgeführt werden, um langfristige Veränderungen zu dokumentieren und Patienten fortlaufend aktuelle Ergebnisse aufzeigen zu können. In der anstehenden Pilotphase im Bereich Psychosomatik werden international etablierte PROMs für Patienten mit den Diagnosen Depression, Angst- sowie Anpassungsstörungen genutzt. Die Ergebnisse sollen nicht nur die Transparenz im Reha-Sektor fördern, sondern insbesondere risikoadjustierte Benchmarkings ermöglichen und ergebnisrelevante Einflussfaktoren aufzeigen.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) ist ein Tochterunternehmen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK e.V.). Es setzt sich für die Weiterentwicklung der Qualität in der stationären und rehabilitativen Versorgung in Deutschland ein. Das Institut berät Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser in Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements und bietet mit Seminaren und jährlichen Qualitätstagungen vielfältige Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten. Mit dem exzellenzorientierten IQMP-Reha und dem IQMP kompakt bietet das IQMG zwei von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) anerkannte interne QM-Verfahren an.

IQMP-Anwendertreffen

Die Einführung der verpflichtenden Zertifizierung stationärer Reha-Einrichtungen im Jahr 2009 hat die Implementierung des internen Qualitätsmanagements (QM) in Reha-Einrichtungen in den letzten Jahren erheblich vorangebracht. Das geforderte QM ist seitdem fest in den Alltag der Reha-Einrichtungen integriert und trägt zu einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung bei. Um den Reha-Einrichtungen ein möglichst effizientes, praxisorientiertes und ressourcenschonendes QM möglich zu machen, entwickelt das IQMG seine rehaspezifischen internen QM-Verfahren (IQMP-Reha und IQMP kompakt) stetig weiter. Die Anwender der IQMP-Verfahren werden dabei in die Weiterentwicklung der Verfahren einbezogen. So diskutierten am 9. November 2018 QM-Beauftragte und IQMP-Anwender in einem interaktiven Workshop Fragen zur Zukunft des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation. Im konstruktiven fachlichen Diskurs klärten sie Fragen zur Implementierung und Zertifizierung der IQMP-Verfahren. Im Austausch wurden Impulse zur Weiterentwicklung der IQMP-Verfahren gesetzt, die das IQMG in den Jahren 2019 und 2020 umsetzen wird:

- Für ein benutzerfreundliches IQMP-Reha-Manual wird eine Kommentierung erarbeitet.
- Für das IQMP-kompakt-Verfahren wird die interaktive Checkliste optimiert.

Teilnehmer beim IQMP-Anwendertreffen am 9. November 2018 in Berlin.

IQMG-Seminare

Im März 2018 startete das IQMG-Seminarprogramm mit einem gemeinsamen Seminar mit der DRV Bund zum Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung. In der Schulung wurden die Teilnehmer über wichtige Neuerungen in der externen Qualitätssicherung der DRV informiert. Sie erhielten eine praxisnahe Unterstützung zur korrekten Klassifikation therapeutischer Leistungen für die medizinische Rehabilitation (KTL). Anke Mitschele (Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der DRV Bund) und Peter Missel (Leitender Psychologe der MEDIAN Kliniken Daun) verdeutlichten während der eintägigen Veranstaltung, welche Zusammenhänge, aber auch Unterschiede zwischen der KTL-Klassifikation und anderen QS-Instrumenten wie den Reha-Therapiestandards bestehen. Sie diskutierten mit den Teilnehmern anhand von Beispielen, wie die therapeutischen Leistungen des komplexen Geschehens einer Reha-Fachabteilung nachvollziehbar kodiert werden können.

Teilnehmer beim DRV-QS-Seminar am 7. März 2018 in Berlin.

Im Oktober folgte eine zweitägige Ausbildung für interne Auditoren. Die Teilnehmer wurden zur Planung interner Audits, zur Strukturierung und Führung der Auditgespräche sowie zur Erstellung von Auditberichten geschult. Der Refresher-Kurs für externe IQMP-Auditoren Ende November, in dem den Auditoren neben der Vertiefung der IQMP-Reha-Grundlagen Trends und Wissenswertes aus der Entwicklung im Reha-Bereich vermittelt wurden, bildete den Abschluss der IQMG-Seminare im Jahr 2018.

Kooperationspartner

Das IQMG bietet hochwertige Beratungs- und Evaluierungsleistungen für Reha-Einrichtungen und arbeitet dafür mit ausgewählten Partnern zusammen. Die mit dem IQMG kooperierenden Beratungsunternehmen begleiten den Aufbau oder die Weiterentwicklung von QM-Systemen in Reha-Einrichtungen auf der Basis des IQMP-Reha und des IQMP kompakt. Die Zertifizierungsunternehmen übernehmen als IQMG-Partner die Auditierung und Zertifizierung nach IQMP-Reha bzw. IQMP kompakt in den Einrichtungen. Außerdem arbeitet das IQMG mit Softwareunternehmen zusammen, die unterschiedliche Softwarelösungen für die IQMG-Produkte (IQMP-Reha, IQMP kompakt und QB-Reha) anbieten. Informationen zu den mit dem IQMG kooperierenden Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen stehen auf der IQMG-Website unter https://iqmg-berlin.de/unsere-partner/ bereit.

Zertifizierte Kliniken

Zu Beginn des Jahres 2019 waren insgesamt 74 Reha-Einrichtungen nach dem IQMP-kompakt-Verfahren und 62 Reha-Einrichtungen nach dem IQMP-Reha-Verfahren zertifiziert. Eine Liste der zertifizierten ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen ist auf der Website des IQMG unter https://iqmg-berlin.de/qm-verfahren/iqmp-kompakt/zertifizierte-kliniken/ und https://iqmg-berlin.de/qm-verfahren/iqmp-reha/zertifizierte-kliniken/ zu finden.

Kinder- und Jugendrehabilitation

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

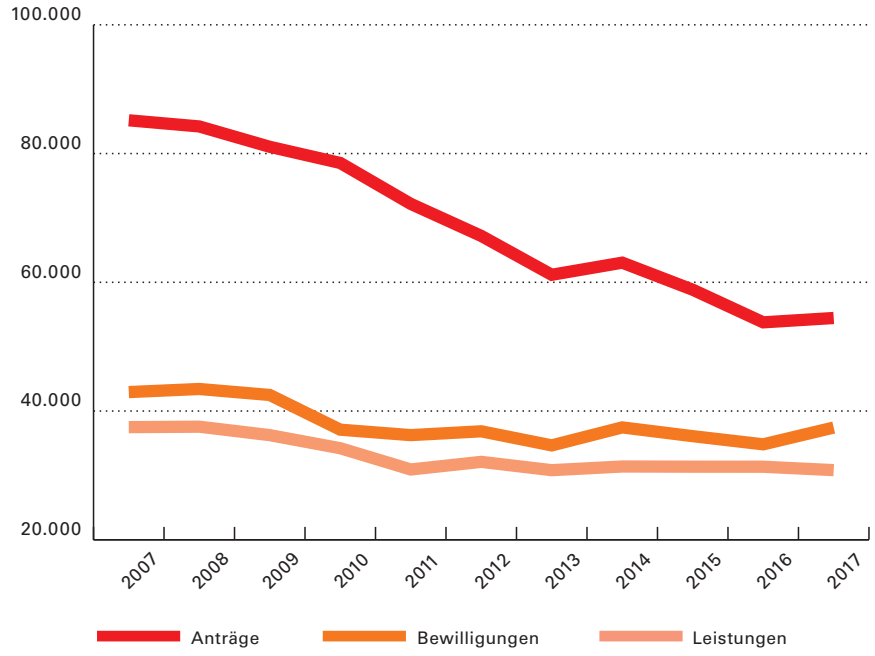
Über ein Fünftel der jungen Patienten wird wegen starken Übergewichts behandelt. Viele junge Menschen leiden zudem an Asthma Bronchiale oder an Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache.

Stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche (Fälle)		
	2016	2017
DRV	29.815	30.819
GKV (bis 20 Jahre)	11.723	10.801

Ausgaben für stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche		
	2016	2017
DRV	174.000.000 €	189.000.000 €
GKV	43.436.089 €	41.679.814 €

Nachdem in den Jahren 2012 bis 2016 die Anträge auf Kinderrehabilitation bei der Rentenversicherung deutlich zurückgegangen waren, schuf das Ende 2016 beschlossene Flexirentengesetz die Grundlage für eine Verbesserung der Angebote der Rentenversicherung für diese Zielgruppe. Seit 2017 hat die Anzahl der Maßnahmen für Kinder und Jugendliche wieder zugenommen. So war 2017 im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 1,3 Prozent zu verzeichnen, und im Jahr 2018 wurden 5,8 Prozent mehr Leistungen bewilligt. Im Juni 2018 hat die Bundesvertreterversammlung der Rentenversicherung mit Verabschiedung einer neuen Gemeinsamen Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation den Zugang zu den Reha-Leistungen flexibler gestaltet. Damit können junge Patienten auch ambulante Angebote beanspruchen. Bei einem Klinikaufenthalt kann ein Familienangehöriger das Kind bis zum 12. Lebensjahr begleiten. Darüber hinaus ist die Vierjahresfrist für die Wiederholung der Reha entfallen.

Antrags- und Bewilligungsstatistik DRV



Bündnis Kinder- und Jugendreha

Aufgrund der anhaltenden Antragsrückgänge von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche haben sich vor einigen Jahren Fachgesellschaften und Leistungserbringerverbände zusammengeschlossen. Gemeinsames Ziel ist es, bestehende Barrieren beim Zugang abzubauen. Mitglieder des Bündnisses sind: Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V., Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, Diakonisches Werk Deutschland, Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention, Fachausschuss Stationäre Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

Während der mehrfachen Treffen im Berichtsjahr führte das Bündnis Gespräche u. a. mit Vertretern der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der ergänzenden, unabhängigen Teilhabeberatung und dem

Bundesverband Sonderpädagogik. Bündnisvertreter nehmen kontinuierlich an den Projektgruppen der DRV zur Konzeptentwicklung der ambulanten Kinder- und Jugendreha sowie Nachsorge teil. Als erstes Ergebnis wurden Eckpunkte für die Leistungen verabschiedet.

Zudem veranstaltete das Bündnis am 12. und 13. Dezember 2018 seine Jahrestagung in Berlin zu aktuellen Entwicklungen der Kinder- und Jugendreha. Über 100 Expertinnen und Experten aus Fachverbänden, von Leistungserbringern und -trägern diskutierten die aktuellen Herausforderungen der neuen Kinderreha-Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung (DRV), psychische Erkrankungen, die fach- und vertragsärztliche Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie die Ausrichtung von Reha-Kliniken auf die neuen Anforderungen durch das Flexirentengesetz und den Fachkräftemangel.

Bündnis Kinder- und Jugendreha mit A. Baumann, Dr. S. Berghem, K. Perl, A. Auer, Dr. E. Waldeck, Dr. B. Hoch, Dr. T. Steffens, Dr. J. Oepen, A. Walch, H. Koop (v.l.n.r.).

Das Bündnis Kinder- und Jugendreha verabschiedete 2018 ein Positionspapier mit gemeinsamen Forderungen: vorrangige Zuständigkeit der DRV für die Kinder- und Jugendreha, Veranlassung einer Kinder- und Jugendreha durch Vertragspsychotherapeuten auch für die DRV, niederschwelliger Zugang zu einer Kinder- und Jugendreha, Ausgestaltung der familienorientierten Rehabilitation, Finanzierung der Klinikschulen sichern, Finanzierung der Investitionen in die medizinischen und therapeutischen Fachkräfte und eine bessere Information der Öffentlichkeit über die Kinder- und Jugendreha.

Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation und Vorsorge

Die Bedeutung von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und Kinder nimmt mit Blick auf den demografischen Wandel und den steigenden Fachkräftemangel weiter zu. Die ganzheitlichen Angebote wirken spezifischen Gesundheitsrisiken oder bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern effektiv entgegen und berücksichtigen dabei auch psychosoziale Problemsituationen von Familien wie Trennungen, Partnerschafts- und Erziehungsprobleme. Insbesondere Reha- und Vorsorge-Einrichtungen für Mütter, Väter und Kinder in privater Trägerschaft leisten in diesem Bereich eine hervorragende Arbeit und stehen seit jeher für hohe Qualität. Mittlerweile wird bereits mehr als die Hälfte der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder nicht mehr in Einrichtungen des Müttergenesungswerks, sondern in den sogenannten „gleichartigen Einrichtungen“ privater Träger erbracht. Nähere Informationen zu den Mutter-Kind-Mitgliedsklinken der Verbände privater Kliniken stehen auf der BDPK-Website in dem Bereich Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation zur Verfügung: https://www.bdpk.de/positionen/rehabilitation-und-pflege2/mutter-vater-kind-rehabilitation.

Expertenstandard und aktiva-Gutachten

Im Vergleich zu somatischen und psychosomatischen Individual-Rehabilitationsmaßnahmen werden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder von den gesetzlichen Krankenkassen mit einem deutlich geringeren Vergütungssatz finanziert. Gleichzeitig steigen die an Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen gestellten Qualitäts- und Leistungsanforderungen stetig an, beispielsweise durch die Vorgaben im QS-Reha®-Verfahren. Da für erfolgreiche Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen bislang ein Leistungsstandard fehlt, hatte eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der BDPK-Facharbeitsgruppe „Vorsorge und Rehabilitation Mütter-/ Väter und Kinder“ in den Jahren 2016-2018 einen Expertenstandard entwickelt und konsentiert beschlossen. Er definiert die notwendigen Leistungen einer „Standard-Maßnahme“ und leitet Personal-, Sach-, Verwaltungs- sowie Kapitalkosten ab. Die BDPK-Facharbeitsgruppe (FAG) hatte dann im Frühjahr 2018 beschlos-

sen, die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH mit einem Gutachten zur Kostensituation von Einrichtungen nach §111a SGB V zu beauftragen. Im Gutachten wurden die Standard-Leistungen einer Mütter-Väter-Kinder-Maßnahme auf Grundlage des in der FAG entwickelten Leistungsstandards und die damit verbundenen Ist-Kosten dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich eine gravierende Unterfinanzierung im Verhältnis zu den derzeitigen marktüblichen durchschnittlichen Pflegesätzen. Diese extreme Schieflage muss dringend korrigiert werden. Der BDPK wird in diesem Sinne weiter für eine leistungsgerechte Vergütung eintreten, um seine Mitgliedseinrichtungen dabei zu unterstützen, auch zukünftig ihre qualitativ hochwertigen Vorsorge- und Reha-Leistungen anbieten zu können.

Einheitliche Verordnungsvordrucke Vorsorge

Um die Maßnahmen-Beantragung zu vereinfachen, wurden am 1. Oktober 2018 bundesweit vereinheitlichte Verordnungsvordrucke für medizinische Vorsorgemaßnahmen für Mütter und Väter eingeführt. Für die Antragsteller entfällt damit auch die bisher notwendige Selbstauskunft. Die vom Vertragsarzt ausgefüllte Vorsorgeverordnung (Formular 64) stellt damit grundsätzlich eine Leistungsbewilligung dar. Das ebenfalls zum 1. Oktober 2018 neu vereinbarte Formular 65 „Ärztliches Attest Kind“ wird zusätzlich immer dann benötigt, wenn bei einer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung der Mutter oder des Vaters ein oder mehrere Kinder mit aufgenommen werden, die über einen eigenen Behandlungsbedarf verfügen. Kinder ohne eigenen Behandlungsbedarf können ohne Attest aufgenommen werden. Ob die Einführung der neuen Verordnungsvordrucke Konsequenzen für die Antrags- und Bewilligungsentwicklungen oder auch die Belegungssteuerung in der MVK-Vorsorge hat, wird von den im BDPK organisierten Vorsorge-Einrichtungen derzeit beobachtet und in den Fachgremien ausgewertet.

Gespräche mit Müttergenesungswerk und GKV-SV

In halbjährlichen Gesprächen mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen und des Müttergenesungswerks tauscht sich der BDPK zu aktuellen Themen aus dem Leistungsbereich Reha- und Vorsorgemaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder aus. Im letzten Gespräch im Februar 2019 standen folgende Problemfelder im Mittelpunkt:

- die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen
- das Ablehnungs- und Bewilligungsverhalten der Krankenkassen
- die chronische Unterfinanzierung von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen für Mütter, Väter und Kinder
- die Erfahrungen mit den neuen Verordnungsformularen

Der BDPK diskutierte in den Beratungen anhand von Fallbeispielen der Mitgliedseinrichtungen problematische Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen beispielsweise bei der Missachtung berechtigter Wünsche, der Aufforderung zu Mehrkostenzahlungen und dem Einsatz von nicht zulässigen Selektiv-Kliniklisten. Thematisiert wurde zudem die grundlegende Problematik der niedrigen Pflegesätze, die in erheblicher Diskrepanz zu einer leistungsgerechten Vergütung von Mutter-, Vater- und Kinder-Reha- und Vorsorgemaßnahmen steht.

4. Tarif und Personal

Im Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauschen sich die Mitglieder zweimal im Jahr zu Tariffragen sowie zu Angelegenheiten rund um das Thema Personal aus. Der BDPK kann als Arbeitgeberverband Tarifverträge für seine Mitglieder abschließen. Derzeit bestehen Tarifverträge mit verdi und DHV – Die Berufsgewerkschaft in der Nachwirkung. Die Aufnahme neuer Tarifverhandlungen ist derzeit nicht gewollt. Einige Landesverbände haben eigene Tarifverträge abgeschlossen. Zudem bestehen Konzern- und Haustarifverträge.

Kliniken in privater Trägerschaft werden gerne von Gewerkschaften als ausschließlich gewinnorientiert in der Öffentlichkeit dargestellt. Um diesem Vorwurf entgegenzutreten, hat der Fachausschuss ein Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“ zur Unterstützung der Mitgliedskliniken bei Anfragen von Medienvertretern, lokalen Veranstaltungen und Diskussionen mit Arbeitnehmervertretern erstellt.

Faktenpapier „Kliniken in privater Trägerschaft“

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

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

Das Faktenpapier wird um die Rehabilitationsversorgung in Deutschland erweitert. Es steht auf www.bdpk.de des BDPK der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

Ausbildung Pflege: Praxiseinsatz in Reha-Einrichtungen gefordert

Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PflBRefG) ist seit dem 24. Juli 2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Danach können sich Auszubildende ab dem Jahr 2020 zwischen einer generalistischen Pflegeausbildung, einer Alten-/ Kinderpflegeausbildung und einer hochschulischen Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann entscheiden. Wesentliche Inhalte der generalistischen Pflegeausbildung, wie Praxiszeiten der Ausbildung und staatliche Prüfung, werden durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt. Die Kabinettsvorlage wurde im Juni 2018 beschlossen. In seiner Stellungnahme forderte der BDPK vor allem einen verpflichtenden Praxiseinsatz in Reha-Einrichtungen. Nur so kann den Auszubildenden ermöglicht werden, die bestehende Versorgungskette (Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge) in Gänze zu erfassen. Ergänzend kommt hinzu, dass Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Rehabilitationspflege sehr gut planbar ist. Zusätzlich sollten Auszubildende die Möglichkeit erhalten, auch in der Theoriezeit Urlaub zu nehmen. Weiterhin gilt es, künftig die Zwischenprüfung zu vereinfachen und schriftlich/mündlich/praktisch durchzuführen. Der Aufwand der praktischen Prüfung sollte verringert werden. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung tritt ebenfalls ab dem Jahr 2020 in Kraft. Es ist notwendig, dass bei der generalistischen Pflegeausbildung noch nachgebessert wird. Insbesondere verpflichtende Praxiszeiten in Reha-Einrichtungen während der Ausbildung sind dringend notwendig.

Der BDPK hat sich auch in die Arbeitsgruppen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) eingebracht. Die KAP wurde am 3. Juli 2018 von den Bundesministerien für Gesundheit (BMG), für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und für Arbeit und Soziales (BMAS) ins Leben gerufen. Sie hat zum Ziel, die vielfältigen Potenziale der Akteure im Bereich Pflege zu nutzen. So können gemeinsam nachhaltige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden entwickelt werden. In der Arbeitsgruppe 1 „Ausbildung und Qualifizierung“ hat der BDPK seine Forderungen nach der Zulassung von Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger erneut eingebracht, um die Zahl der Auszubildenden weiter zu erhöhen und damit dem Pflegemangel entgegenzuwirken. Zudem wurde gefordert: berufsrechtliche Anerkennung und rechtssichere Ausgestaltung der neuen, im Krankenhaus bereits fest verankerten und hochqualifizierten Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA, CTA und Physician Assistant).

Raus aus dem Fachkräftemangel

Die Mitgliedseinrichtungen des BDPK sind wie alle Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen zunehmend davon betroffen, dass zu wenige Fachkräfte zur Verfügung stehen. Der BDPK spricht sich dafür aus, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Das be-

deutet neue und innovative Modelle von Arbeitsteilung zu entwickeln, damit das vorhandene Wissen und die Fähigkeiten zielgerichtet für die Versorgung der Patienten genutzt werden können. Die Festlegung von Personaluntergrenzen (s. Kapitel „Krankenhäuser“) ist dabei kontraproduktiv.

Die Forderung des BDPK nach einer Vereinfachung der Anerkennung ausländischer Fachkräfte findet sich teilweise in dem Regierungsentwurf eines Fachkräfteeinwanderungsgesetzes wieder. Berufe im Gesundheits- und Pflegebereich werden darin als Disziplinen identifiziert, in denen ein Fachkräftemangel besteht. Um diesem entgegenzuwirken, sollen ausländische Fachkräfte künftig zeitlich befristete Aufenthaltsgenehmigungen erhalten.

Dazu müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden, die, wie auch die Vorstellungen zum Verfahrensablauf, in dem Gesetzesentwurf teilweise sehr vage bleiben. Ein zwingendes Kriterium ist ein konkretes Arbeitsplatzangebot. Darüber hinaus muss die ausländische Fachkraft über „mindestens hinreichende deutsche Sprachkenntnisse“ und eine anerkannte (gleichwertige) Berufsqualifikation verfügen. Die Anerkennung der Berufsqualifikation soll föderal auf Länderebene geregelt werden. Die Schaffung einer zentralen Anerkennungsbehörde ist deshalb nicht geplant. Auch auf die Entwicklung von diesbezüglichen, bundesweit einheitlichen Standards wird verzichtet. Dies ist aus Sicht des BDPK aber dringend notwendig, denn die Anerkennung erfolgt derzeit völlig unterschiedlich in den Bundesländern – teils mit sehr langen Verfahrensdauern. Die Bundesagentur für Arbeit ist aufgefordert folgende Fragen zu prüfen: Sind die Bedingungen des Arbeitsplatzangebots mit denen für inländische Arbeitskräfte vergleichbar? Werden inländische oder europäische Arbeitskräfte durch die Arbeitsplatzvergabe benachteiligt?

Um eine offene Arbeitsstelle besetzen zu können, erhalten Arbeitgeber künftig die Möglichkeit, ein beschleunigtes Fachkräfteverfahren zu beantragen. So sieht es der aktuelle Gesetzesentwurf vor, der eine Entscheidung über das gesamte Einwanderungsverfahren innerhalb von zwei Monaten anstrebt. Diese Absicht soll auch in den Berufsordnungen der Ärzte, Pflege- und weiterer Gesundheitsberufe verankert werden.

KlinikRente

Für die Vorsorgelösungen des KlinikRente-Versorgungswerks haben sich 2018 rund 15.000 Menschen und 373 Unternehmen entschieden. Damit wächst die Anzahl der Neuverträge um 25 Prozent im Vergleich zum Vorjahr und die Anzahl der Mitgliedsunternehmen steigt auf rund 4.000. Die wichtigsten Wachstumstreiber sind das neue Betriebsrentenstärkungsgesetz und hohe Arbeitgeberzuschüsse in mischfinanzierten Betriebsrenten. Diese stärken die Arbeitgebermarke im Wettbewerb um Fachkräfte und werden von den Beschäftigten gut angenommen.

Das auf Initiative des BDPK gegründete Versorgungswerk überzeugt weiterhin durch hohe Produktqualität mit gleichzeitig stabiler Rendite. Für viele Unternehmen ist die Stabilität des Vertragspartners ein wesentliches Entscheidungskriterium. Deshalb verbindet KlinikRente die starken Risikoträger Allianz, Condor, Deutsche Ärzteversicherung, R+V und Swiss Life zu einem Konsortium. Dies erzeugt langfristige Sicherheit und Stabilität, die mit einzelnen Anbietern nicht erreichbar ist. Die Substanz der Trägerunternehmen zeigt sich unter anderem in den überdurchschnittlichen Solvency-II-Quoten, einer sehr guten Gesamtverzinsung sowie sehr niedrigen Verwaltungskosten. Die Verwaltungskosten gehören mit ca. 1 Prozent zu den niedrigsten im Marktumfeld. Die Gesamtverzinsung beträgt 2019 für das Vorsorgekonzept „Perspektive“ 3,45 Prozent. Die Gesamtverzinsung bei Verträgen in der Rentenphase wurde sogar um 0,2 Prozent erhöht.

Erweitert wurde das Angebot um eine Grundfähigkeitsabsicherung für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen. Wie alle weiteren Produkte wird auch diese von einem Konsortium aus mehreren starken Gesellschaften getragen.

Ringen um Fachkräfte: Betriebsrenten so relevant wie noch nie

Schon jetzt haben viele Arbeitgeber Probleme, Fachpersonal zu gewinnen und im Unternehmen zu halten. In den kommenden Jahren wird sich dieser Trend weiter verstärken. Beim Wettbewerb um hohe Arbeitgeberattraktivität setzen deshalb viele Unternehmen auch auf den Baustein Betriebsrente: „Immer mehr Unternehmen kommunizieren das Betriebsrentenangebot prominent in ihren Stellenanzeigen“, berichtet Friedhelm Gieseler, Geschäftsführer von

KlinikRente. „Besonders Unternehmen in der ambulanten und stationären Pflege sowie medizinische Versorgungszentren und Servicegesellschaften, die nicht in der öffentlichen und kirchlichen Zusatzversorgung sind, suchen verstärkt mischfinanzierte Betriebsrentenangebote."

14. Personalkongress der Krankenhäuser in Potsdam

Am 8. und 9. Oktober 2018 diskutierten mehr als 250 Teilnehmer die Einführung und Umsetzung von Personaluntergrenzen. Neben weiteren arbeitsrechtlichen Themen wurde die momentane Tarifentwicklung und der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich von den Referenten behandelt. Highlight des 14. Personalkongresses war der Vortrag des Präsidenten des ifo-Instituts Prof. Dr. Dr. h.c. Clemens Fuest. Dieser referierte über die aktuelle Lage der Weltwirtschaft unter Berücksichtigung von Deutschland und Europa. 2019 findet der 15. Personalkongress der Krankenhäuser am 7. und 8. Oktober in Stuttgart statt. Mehr Informationen unter www.klinikrente.de/personalkongress.

5. Öffentlichkeitsarbeit

Kontinuierlich informiert der BDPK die Politik, die Fachöffentlichkeit und seine Mitglieder über Positionen der Kliniken in privater Trägerschaft. Mit Pressemitteilungen, Artikeln und Beiträgen für Fachpublikationen und -zeitschriften sowie den monatlich erscheinenden BDPK-News in f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus bringt sich der Verband maßgeblich in die aktuelle gesundheitspolitische Debatte ein. Für eine schnelle und zielgruppengerechte Ansprache nutzt der Verband die eigene Website, den BDPK-Newsletter sowie verstärkt Twitter und Facebook.

Das Spektrum der internen und externen Kommunikation umfasst außerdem die Organisation und Durchführung von BDPK-Veranstaltungen. So vermittelte der BDPK-Workshop „Politische Lobbyarbeit und Kommunikation mit Social Media“ Vertretern der Landesverbände wichtige Grundlagen im Bereich der Online-Kommunikation. Außerdem lernten die Teilnehmenden Abläufe zu Gesetzgebungsverfahren sowie die Arbeitsweise von Bundestag und Bundesrat kennen.

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

Bundeskongress 2018

BDPK-Vizepräsident Thomas Lemke, BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz während der Podiumsdiskussion (v.l.n.r.).

Dr. Uwe Preusker, Publizist und Herausgeber von „Klinik Markt inside“ referiert über die Spezialisierung von Krankenhäusern in Finnland.

BDPK-Vizepräsident Mate Ivančić bei seinem Vortrag über die medizinische Versorgung in Spanien.

Europäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Mit klaren Worten eröffnete BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel am 13. Juni 2018 den Branchentreff des Verbandes in Berlin. Den amtierenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) forderte Nebel auf, das Sofortprogramm Pflege sinnvoll zu ergänzen. Der Fixkostendegressionsabschlag soll gestrichen, der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation verbessert und der Pflegezuschlag auch für Rehabilitationskliniken gezahlt werden.

Als wichtiges Leistungsmerkmal der deutschen Kliniklandschaft befürwortete der als Ehrengast geladene Jens Spahn in seiner Rede die Trägervielfalt und die Stärken eines wettbewerblich orientierten Gesundheitssystems für eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten. In der anschließenden Diskussion betonte BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz, bei der Verbesserung der Situation der Pflege dürfen Reha-Kliniken nicht vergessen werden. Gezielte Förderprogramme in Krankenhäusern und Pflegeheimen würden ansonsten zu einem massiven Abwerben der Pflegekräfte aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation führen. Rehabilitationseinrichtungen müssen die steigenden Tariflöhne refinanzieren können. Deshalb muss die Geltung der Grundlohnrate für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in § 111 SGB V explizit außer Kraft gesetzt werden. Gesundheitsminister Spahn erklärte seine Bereitschaft, sich in der laufenden Amtszeit einer Reform für bessere Rahmenbedingungen des Reha-Bereichs zu widmen.

Die aktuellen Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen stellte Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Als Autor des neuaufgelegten Faktenbuchs „Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018“ beim RWI betonte Augurzky, dass private Kliniken wirtschaftlich besser abschneiden als öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser. Bei der Zufriedenheit der Patienten wurden keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede festgestellt.

Es folgten interessante und praxisnahe Einblicke von Fachexperten in die Gesundheitssysteme Dänemarks, Finnlands, Frankreichs, der Schweiz, Österreichs und Spaniens. So ist die enge Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern in der medizinischen Versorgung Spaniens selbstverständlich, betonte Dr. Mate Ivančić, 1. Vizepräsident des BDPK. Kürzere Krankenhausverweildauer, geringe Wartezeiten und ein verstärkter Einsatz von medizinischen Apps gehören zum Erfolgsrezept privater Kliniken in Spanien.

Anders als in Deutschland wird in der Schweiz rechtlich nicht zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken unterschieden, erklärte Dr. Willy Oggier, Geschäftsführer der Gesundheitsökonomischen Beratungen AG in der Schweiz. Dementsprechend werden Reha-Patienten genau wie Krankenhaus-Patienten eingewiesen, ohne dass es einer Genehmigung durch die Krankenhäuser bedarf. Auch ist die Vergütung der Leistungserbringer nicht reglementiert wie im deutschen Versorgungssystem.

Veranstaltungen

Nationales Reha-Forum

Unter dem Motto „Die nächste Dimension. Reha 2025“ fand zum dritten Mal am 21. und 22. März 2019 in Berlin das Nationale Reha-Forum statt. Der Branchentreff für die Reha in Deutschland wurde 2017 vom BDPK und dem Bibliomed-Verlag aus der Taufe gehoben und ist Teil des jährlich stattfindenden DRG-Forums. In Vorträgen, Workshops und auf Podiumsdiskussionen standen drängende Themen im Fokus: das Pflegepersonalstärkungs-Gesetz und seine Folgen für die Reha, neue Vergütungssysteme für die Reha, der Fachkräftemangel und die Herausforderungen der Digitalisierung.

Jahrestagung Kinder- und Jugendreha

„Diskussion der aktuellen Entwicklungen der Kinder- und Jugendrehabilitation“ überschrieb das Bündnis für Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJ) seine im Dezember 2018 stattfindende Jahrestagung in Berlin.

Schwerpunkte der zweitägigen Fachtagung waren die neuen Kinder-Reha-Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung (DRV), psychische Erkrankungen, fach- und vertragsärztliche Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie die Ausrichtung von Reha-Kliniken auf die neuen Anforderungen durch das Flexirentengesetz und den Fachkräftemangel.

Dr. Bernhard Hoch (Medizinischer Direktor Kath. Jugendfürsorge e. V.) und Antonia Walch (BDPK, Geschäftsbereichsleiterin Rehabilitation) während eines Workshops auf der Jahrestagung Kinder- und Jugendreha 2018 in Berlin.

Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen (Auswahl)

Wirkungs-Check – Folgen der laufenden Gesetzgebung für die Versorgungsbasis, iX-Forum Heft 5/2018

Die Lösung des Pflegenotstands

(...) Wir brauchen mehr Kolleginnen und Kollegen in der Pflege, die die Krankenhäuser auch bezahlen können. Ob die Personaluntergrenzen eine echte Problemlösung sein werden, muss doch eher bezweifelt werden. Denn sie werden den Personaleinsatz normieren und sanktionieren, was nicht unbedingt verbessern heißt. Die Schwachstellen der Personaluntergrenzen offenbaren sich dann auch schnell beim Versuch der Umsetzung. Wo liegt die Schwelle für die richtige Personalausstattung? Welches Krankenhaus hat genug und welches zu wenig Pflegepersonal?

Erfolgreiches Reha-Management: Ein Leitfaden für die Praxis, Kohlhammer Verlag 2019

Zukunft der Rehabilitation: Situation, Handlungsbedarf, Chancen und Risiken

(...) Die Gesundheitspolitik liefert damit per Gesetz eine Steilvorlage zur Verschlechterung der Pflegesituation in der medizinischen Reha und gefährdet u. a. die wichtige Anschlussversorgung von Patienten beispielsweise nach Schlaganfall, Herzinfarkt, Hüftoperationen oder Krebsbehandlungen. Denn gut ausgebildete Pflegekräfte werden in den Akutbereich abwandern, weil sie dort als dringend benötigte Fachkräfte mehr Geld verdienen werden. Rehabilitationseinrichtungen geraten so unter enormen Druck. Wollen sie Pflegekräfte halten, werden sie die Gehälter anheben müssen. Eine Finanzierungsmöglichkeit für steigende Personalkosten haben sie jedoch de facto nicht. Die Grundlohnrate nach § 71 SGB V verhindert, dass sich die Preise an stärker steigende Kosten beispielsweise für das Personal anpassen können.

KU Gesundheitsmanagement 03/2019

Reha im Fokus – Handlungsbedarf und Herausforderungen

(...) Seit Jahren entwickeln sich somit die Anforderungen, die von Politik, Gesellschaft und insbesondere den Kostenträgern, Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, an die Reha-Einrichtungen gestellt werden, in keinem Verhältnis zu den Rahmenbedingungen, unter denen die Einrichtungen ihre Reha-Leistungen erbringen. Insbesondere die in den letzten Jahren auf den Weg gebrachten Gesetze zur Weiterentwicklung, Verbesserung und Förderung der Pflege, das Pflegeberufereformgesetz, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, haben die Rehabilitation als wesentliches Glied in der Patientenversorgung nicht im Blick, was künftig mit brisanten Konsequenzen für die Rehabilitation einhergehen wird.

Orientierungswert im Bibliomed-Manager, 6. Februar 2019

Schwere Zeiten für Schlaganfallpatienten und die Frühreha

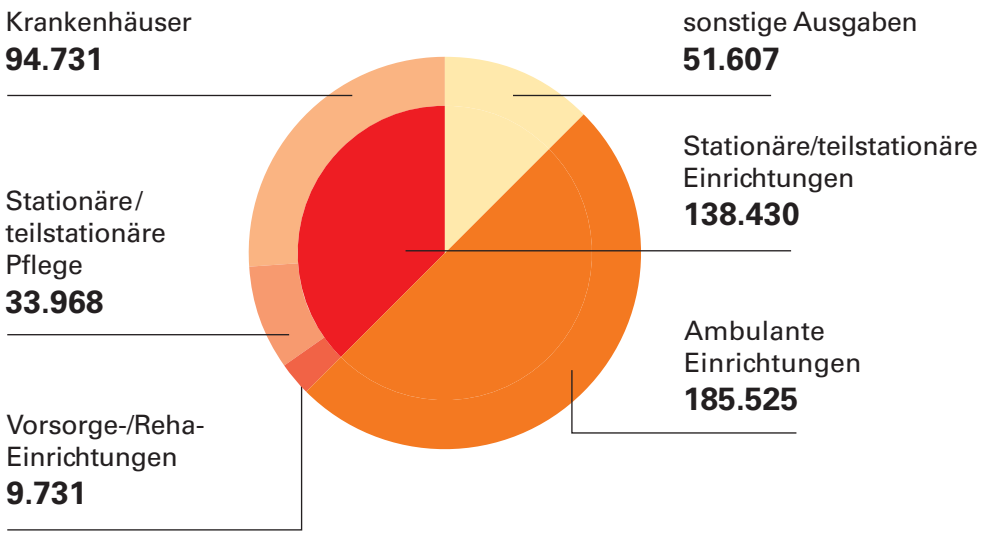
(...) Deshalb muss die Politik schleunigst im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) handeln: Neurologisch erkrankte Patienten, die mit NNFR behandelt werden, müssen genau wie die Polytraumapatienten komplett vom FDA befreit werden. Den Kritikern einer solchen Regelung kann man nur immer wieder entgegenhalten, dass der Schlaganfall völlig ungeeignet ist, zum Zwecke der Leistungsausweitung missbraucht zu werden.

6. Statistiken

Das folgende Kapitel spiegelt in Grafiken wider, wie sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland entwickelt haben. Neben Angaben zu Vorsorge-, Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern nach Trägerschaft, finden sich im Überblick statistische Daten zu Leistungsausgaben der GKV und DRV sowie zur Entwicklung der Beschäftigung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen.

Gesundheitsausgaben 2017 (gesamt)

Gesundheitsausgaben in Deutschland (in Mio. €)



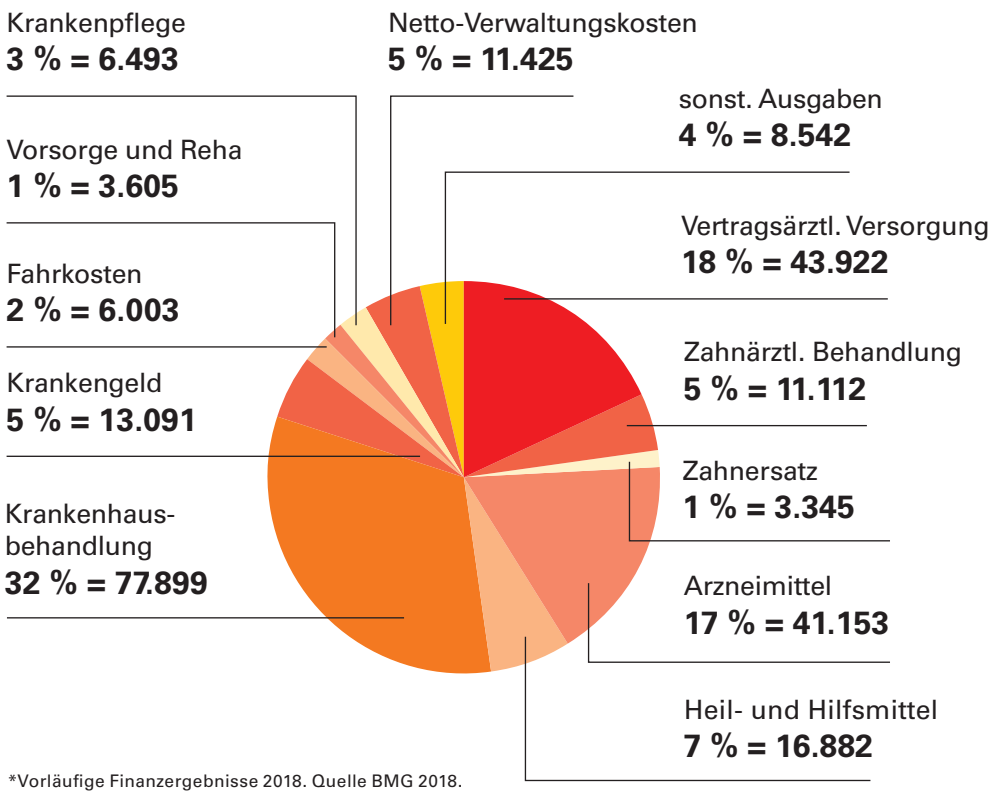
Quelle Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de 2018.

Anteil an den GKV-Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitation (Mill. EUR)

	Ausgaben insgesamt	Vorsorge-Reha	Anteil in %
1995	112.035	2.550	2,28
2000	123.418	2.792	2,26
2005	135.320	2.484	1,84
2010	165.138	2.555	1,55
2015	198.907	2.850	1,43
2016	207.181	2.931	1,41
2017	234.534	3.516	1,50
2018	243.472	3.605	1,48

Quelle BMG 2018.

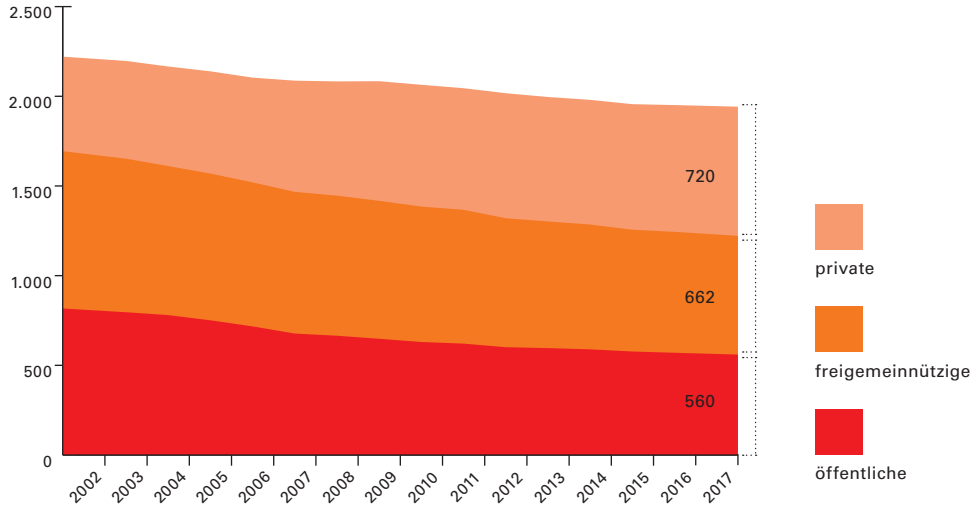
Anteil an GKV-Ausgaben 2018 (in Mrd. €)*



*Vorläufige Finanzergebnisse 2018. Quelle BMG 2018.

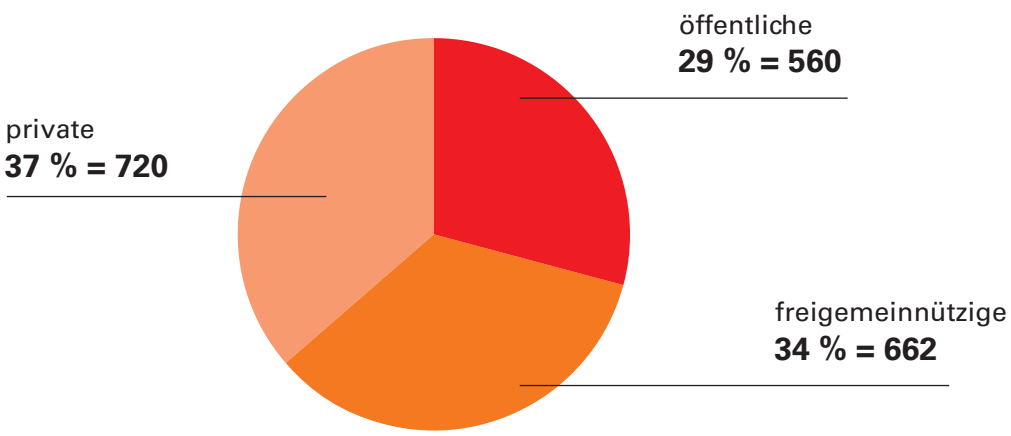
Krankenhäuser

Entwicklung der Krankenhäuser nach Trägerschaft



Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Krankenhäuser nach Trägerschaft (2017)



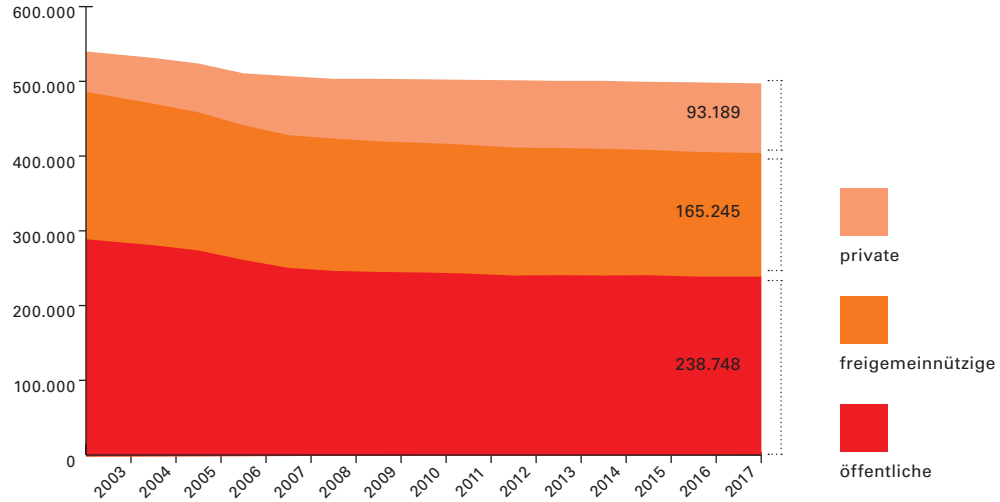
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Krankenhäuser nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2002	817	877	527
2003	796	856	545
2004	780	831	555
2005	751	818	570
2006	717	803	584
2007	677	790	620
2008	665	781	637
2009	648	769	667
2010	630	755	679
2011	621	746	678
2012	601	719	697
2013	596	706	694
2014	589	696	695
2015	577	679	700
2016	570	674	707
2017	560	662	720

Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Entwicklung der Bettenzahl nach Trägerschaft



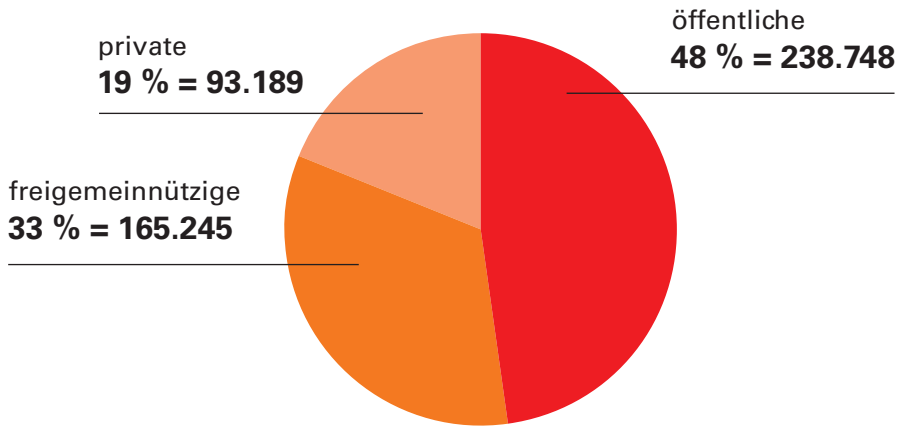
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Betten in Krankenhäusern nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	290.625	197.343	53.933
2004	280.717	189.334	61.282
2005	273.721	184.752	65.351
2006	260.993	180.200	69.574
2007	250.345	177.632	78.977
2008	246.423	177.085	79.852
2009	244.918	174.711	83.712
2010	244.254	173.457	85.038
2011	242.769	172.219	87.041
2012	240.180	171.276	90.019
2013	240.632	170.086	89.953
2014	240.195	169.477	91.008
2015	240.653	167.566	91.132
2016	238.803	166.858	93.057
2017	238.748	165.245	93.189

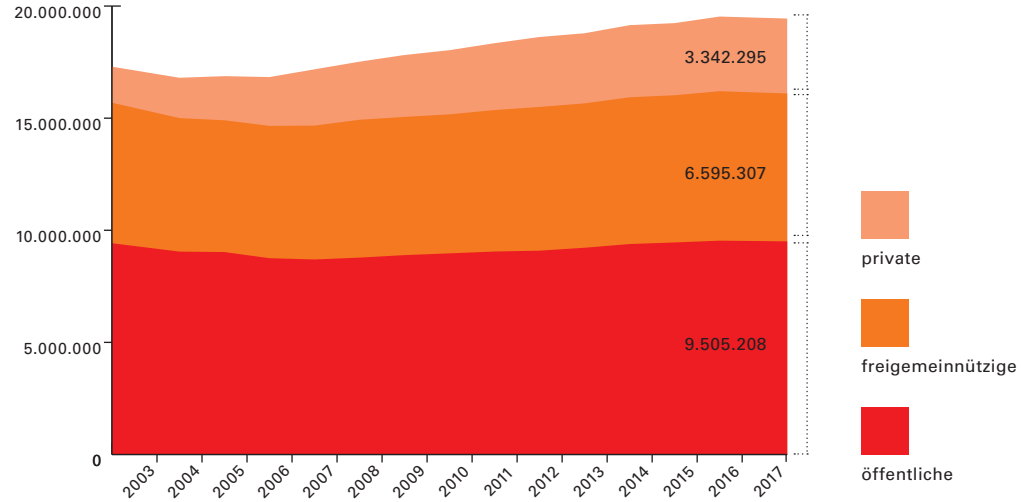
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Betten nach Trägerschaft (2017)



Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Entwicklung der Krankenhausfälle nach Trägerschaft



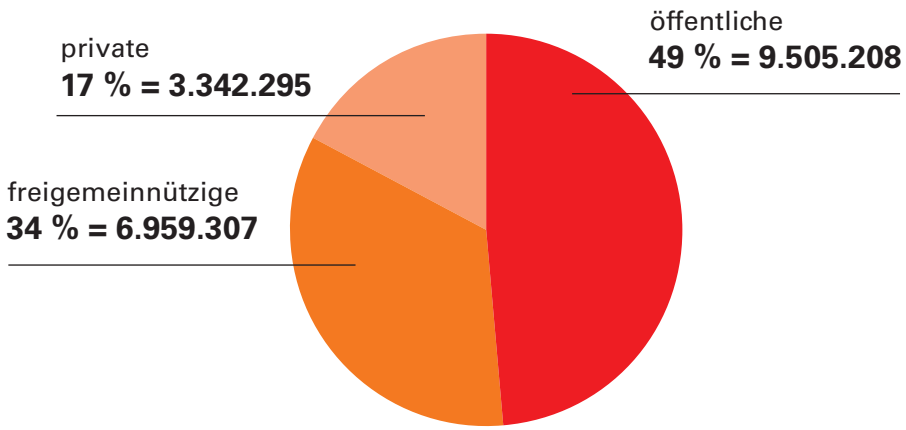
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Fälle nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	9.422.234	6.265.970	1.607.706
2004	9.047.784	5.954.817	1.799.048
2005	9.027.425	5.877.903	1.968.557
2006	8.753.887	5.901.545	2.177.451
2007	8.697.755	5.970.324	2.510.494
2008	8.780.261	6.147.808	2.591.510
2009	8.891.443	6.165.136	2.760.602
2010	8.969.730	6.200.550	2.862.624
2011	9.052.521	6.309.068	2.982.568
2012	9.090.366	6.409.861	3.120.216
2013	9.220.928	6.438.929	3.127.311
2014	9.386.108	6.544.720	3.217.798
2015	9.456.633	6.565.527	3.217.415
2016	9.536.407	6.665.331	3.331.041
2017	9.505.208	6.595.307	3.342.295

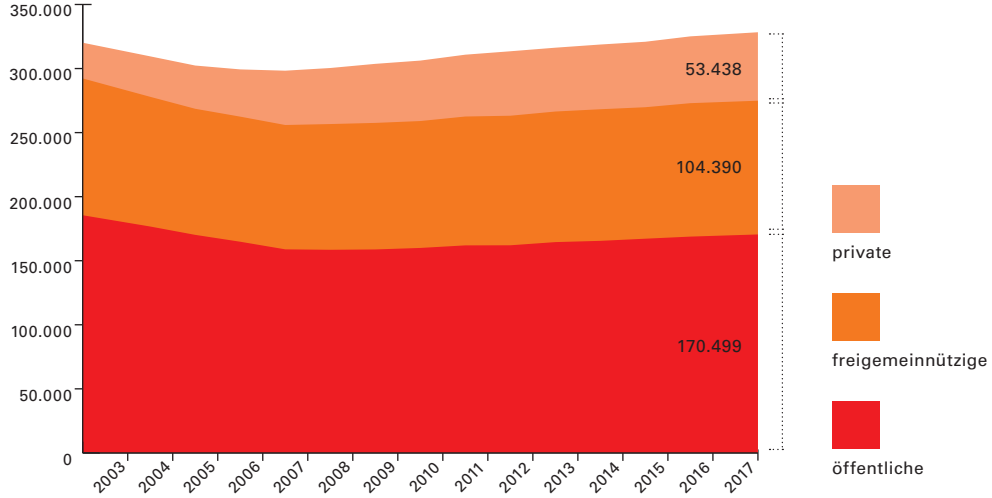
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Anteil der Fälle nach Trägerschaft (2016)



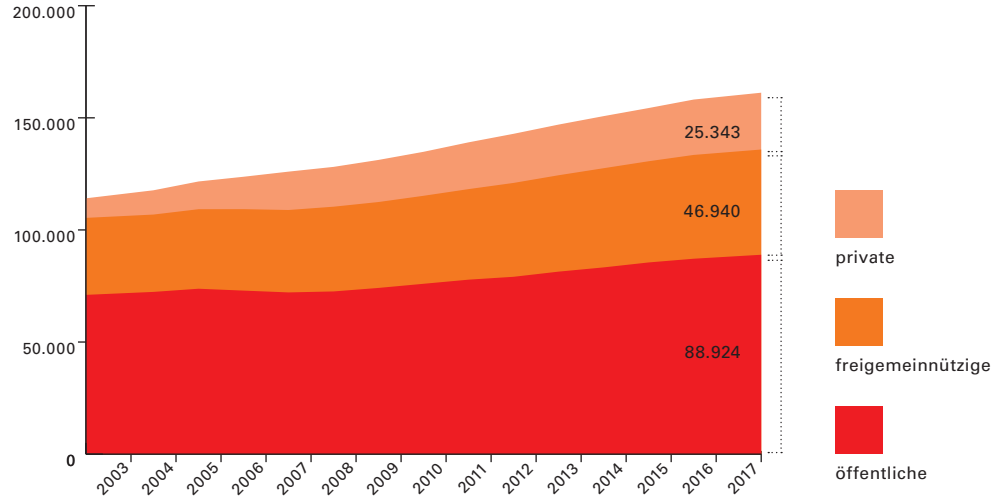
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Vollkräfte in Krankenhäusern (Pflegekräfte)



Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

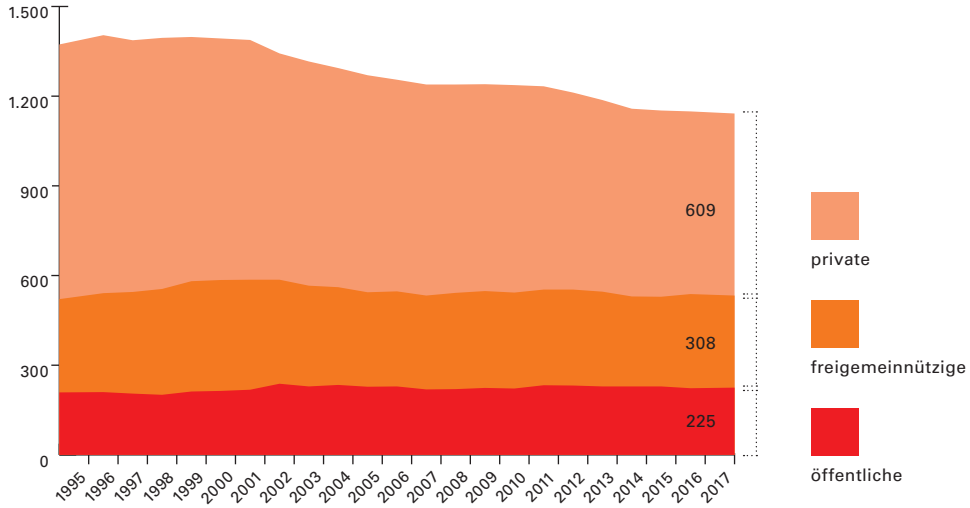
Vollkräfte in Krankenhäusern (Ärzte)



Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

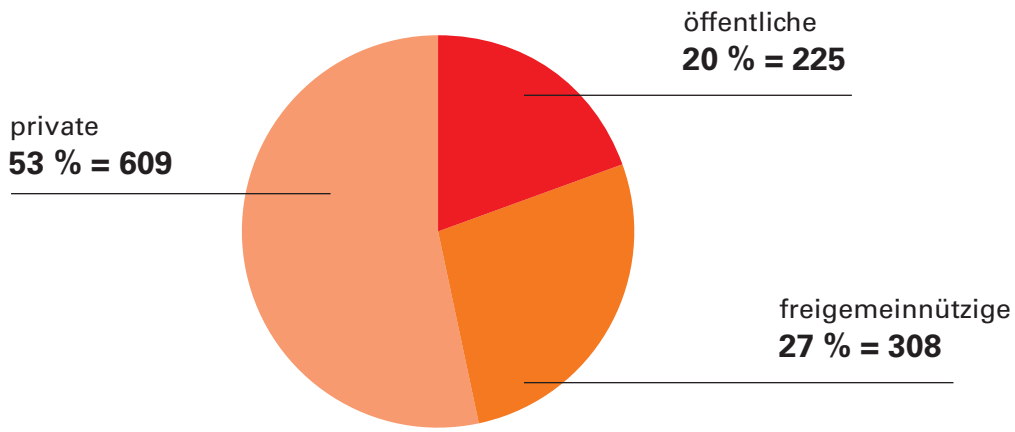
Rehabilitation

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



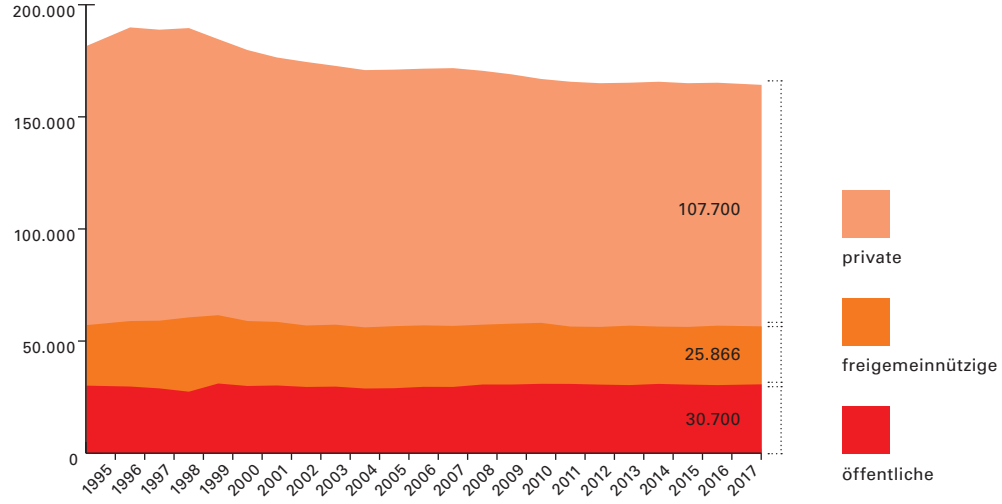
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägerschaft (2017)



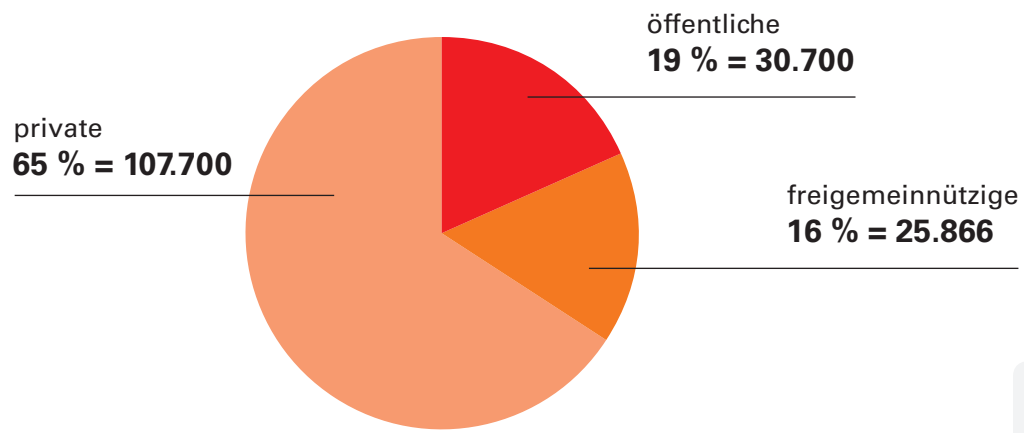
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

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



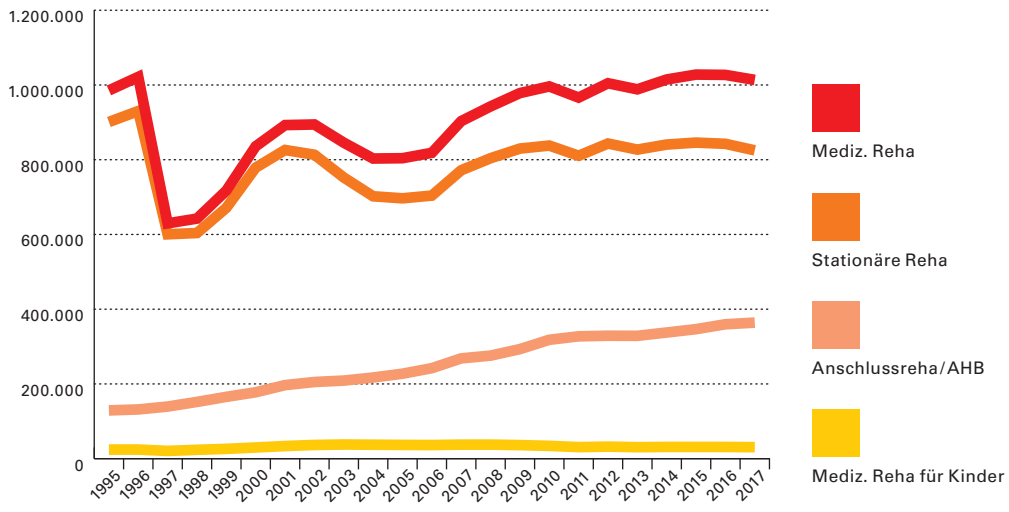
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Bettenzahl nach Trägerschaft (2017)



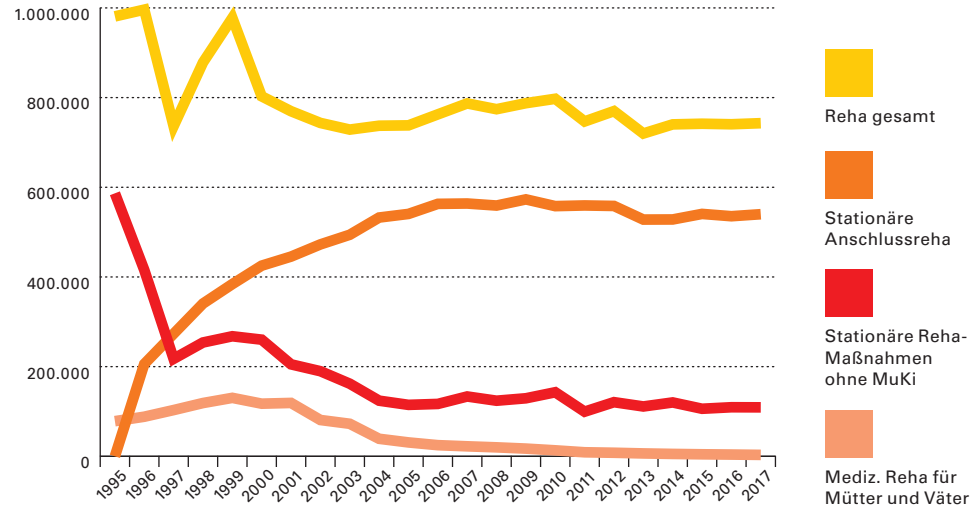
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Entwicklung der Leistungsfälle DRV



Quelle DRV 2018.

Entwicklung der Leistungsfälle GKV



Quelle BMG 2018.

Leistungsfälle DRV

DRV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AHB und Kinderreha)	stationäre Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Kinder und Jugendliche
1995	985.415	900.973	129.129	24.368
2000	835.878	778.789	177.681	29.908
2005	804.064	696.731	227.347	36.759
2008	942.622	804.006	275.756	37.568
2009	978.335	829.822	293.173	36.254
2010	996.154	837.864	318.118	34.223
2011	966.323	810.664	327.357	30.919
2012	1.004.617	843.319	328.940	32.103
2013	988.380	827.080	328.703	30.812
2014	1.014.763	840.639	337.618	31.384
2015	1.027.833	845.825	346.579	31.354
2016	1.009.207	828.707	353.695	29.815
2017	1.013.588	825.040	364.069	30.819

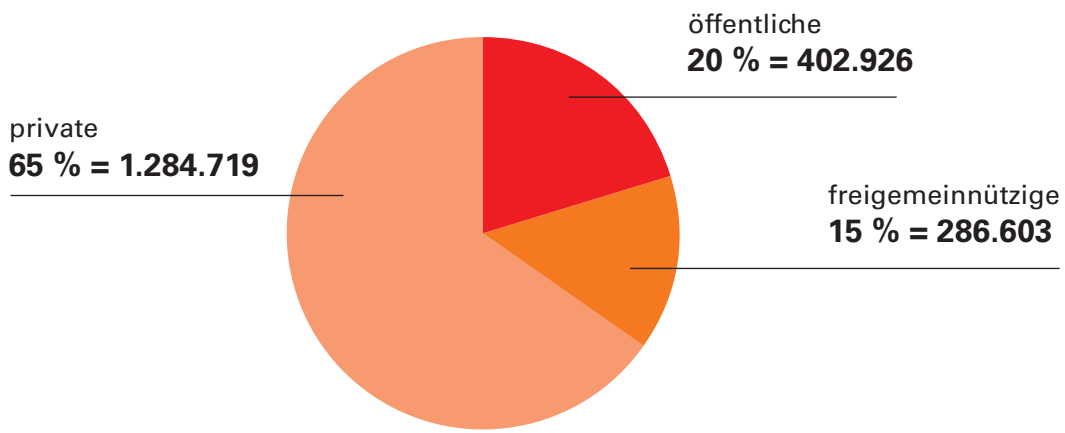
Quelle DRV 2018.

Leistungsfälle GKV

GKV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	981.093	586.571	0	78.413
2000	802.817	260.176	425.221	117.420
2005	738.079	114.771	540.564	30.992
2008	774.124	124.024	559.248	20.025
2009	787.531	129.448	573.001	17.223
2010	797.322	142.871	557.956	13.356
2011	746.804	99.599	559.451	9.031
2012	769.846	120.758	558.331	7.969
2013	719.927	111.171	527.993	6.457
2014	740.257	120.167	528.221	5.360
2015	741.718	106.081	540.584	4.541
2016	740.545	109.445	535.441	3.927
2017	742.932	109.230	539.928	3.205

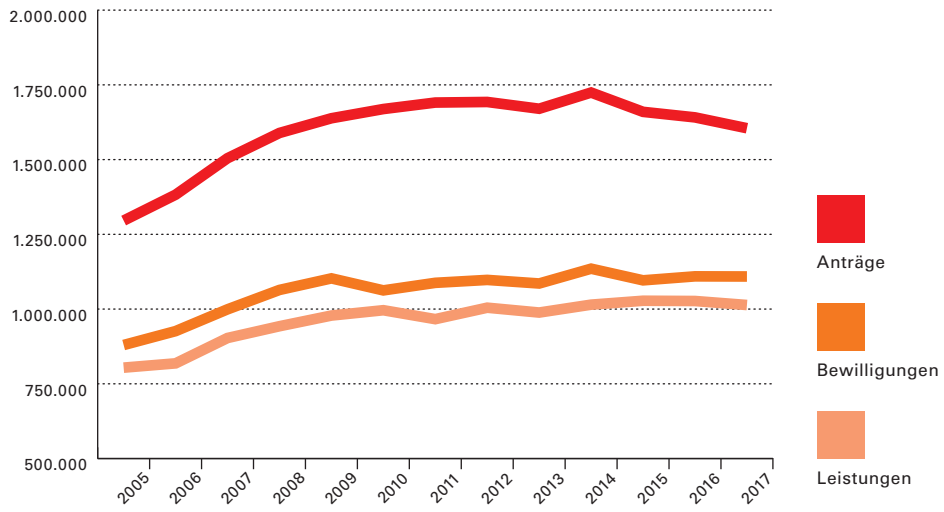
Quelle BMG 2018.

Anteil der Fälle nach Trägerschaft Vorsorge und Reha (2017)



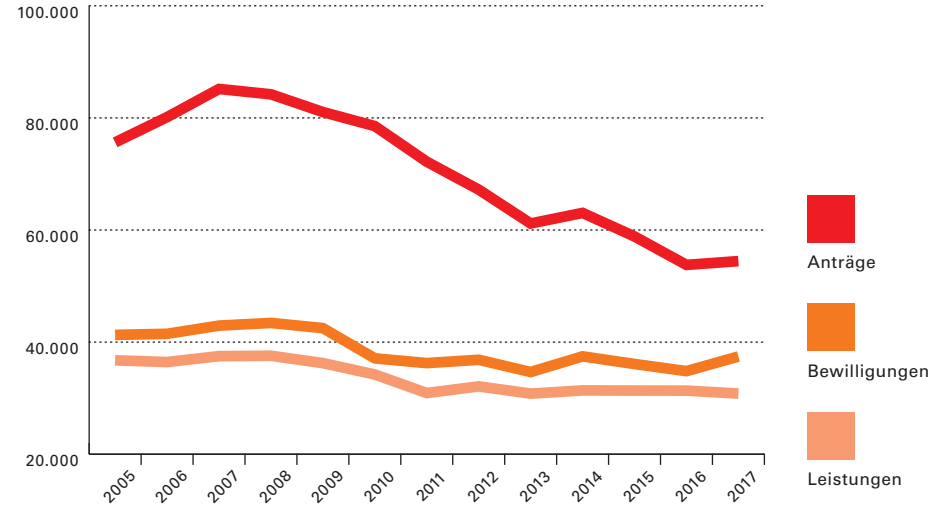
Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha insgesamt DRV



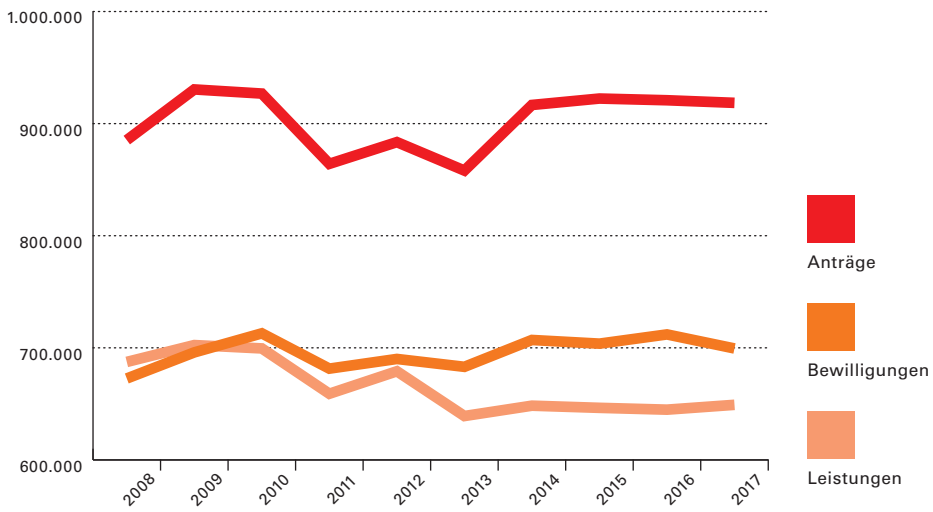
Quelle DRV 2018.

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



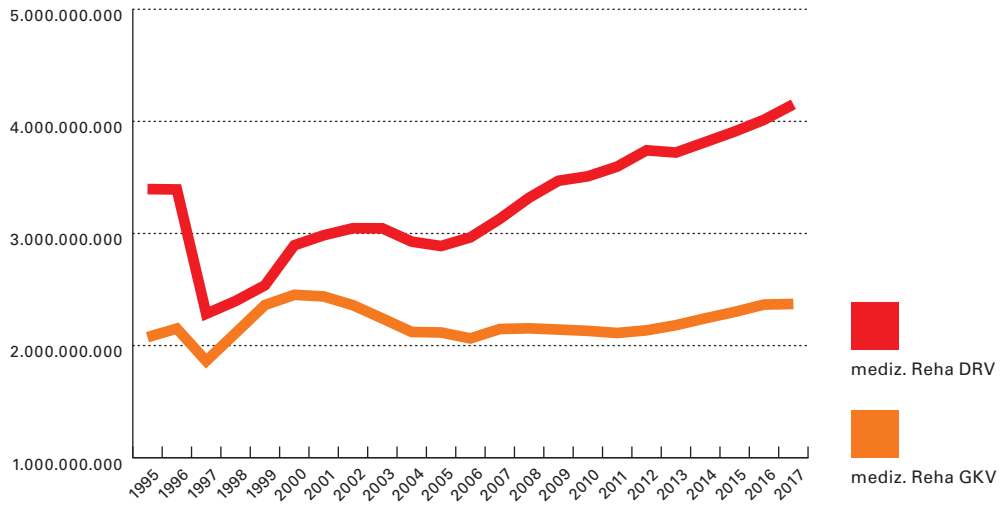
Quelle DRV 2018.

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha GKV



Quelle BMG KG5 2018.

Leistungsausgaben DRV/GKV



Quelle BMG, DRV 2018.

Leistungsausgaben DRV

DRV	medizinische Reha	mediz. Reha für Kinder
1995	3.396.100.000	100.887.000
2000	2.894.800.000	121.517.000
2005	2.887.900.000	167.716.251
2008	3.319.300.000	181.880.984
2009	3.470.400.000	182.666.022
2010	3.510.000.000	177.292.000
2011	3.596.600.000	167.430.000
2012	3.741.800.000	175.071.000
2013	3.722.200.000	163.143.000
2014	3.815.400.000	168.179.000
2015	3.909.400.000	170.250.000
2016	4.014.100.000	174.000.000
2017	4.152.100.000	189.000.000

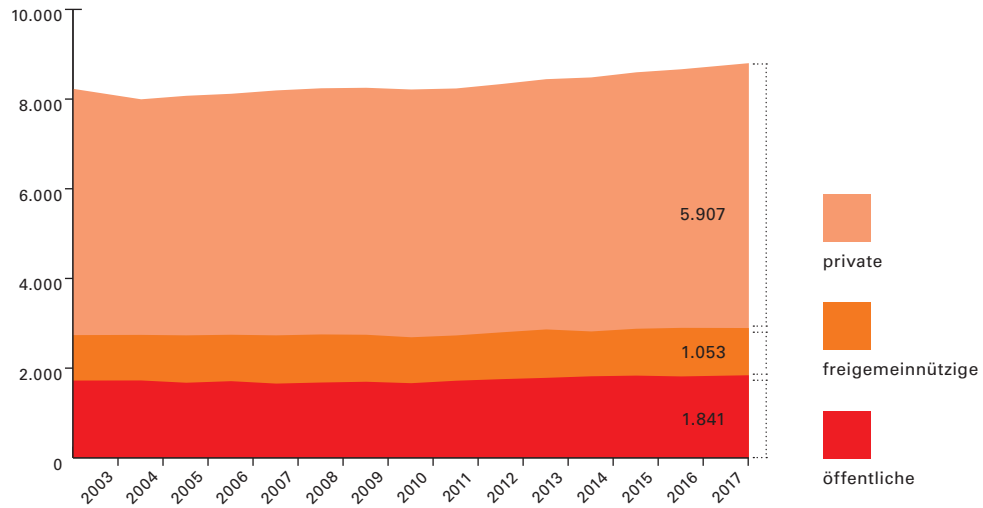
Quelle DRV 2018.

Leistungsausgaben GKV

GKV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	2.074.897.283	1.121.717.328	796.405.850	156.774.106
2000	2.452.899.862	732.994.245	1.369.362.976	229.629.422
2005	2.116.846.338	361.092.203	1.616.984.255	62.542.277
2008	2.153.975.380	340.526.456	1.669.501.806	40.410.112
2009	2.142.847.804	322.730.656	1.679.651.227	31.041.587
2010	2.131.288.881	317.785.523	1.679.982.067	25.549.026
2011	2.112.387.476	306.432.504	1.676.582.689	19.696.358
2012	2.136.088.510	323.999.586	1.682.297.616	19.825.633
2013	2.181.969.022	360.024.753	1.691.044.575	17.755.916
2014	2.243.181.430	382.779.623	1.729.981.791	14.403.721
2015	2.300.397.643	388.327.793	1.775.204.194	14.651.275
2016	2.366.028.521	406.431.113	1.818.251.283	13.176.273
2017	2.371.316.175	389.903.932	1.838.681.247	11.665.344

Quelle BMG 2018.

Vollkräfte in Reha-Kliniken (Ärzte)



Quelle Statistisches Bundesamt 2018.

7. Informationen

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.

Gremien des BDPK

Vorstand

Mitgliederversammlung

Fachausschuss Krankenhäuser

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

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

FAG 30 Privatkliniken § 30 GewO

Landesverbände des BDPK

Die 13 Landesverbände vertreten in ihren jeweiligen Bundesländern die rechtlichen und politischen Interessen ihrer Mitglieder.

Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e.V.
www.vpka-bw.de

Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V.
www.vpka-bayern.de

Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V.
www.vpkbb.de

Verband Deutscher Privatkliniken – Landesverband Hamburg
www.vpkhh.de

Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V.
www.vdpk.de

Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V.
www.vdpkn.de

Verband der Privatkliniken Nordrhein-Westfalen e.V.
www.vdpk-nrw.de

Landesverband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V.
www.pkmv.de

Verband der Privatkliniken in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.
www.pks-leipzig.de

Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.
www.vpksh.de

Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V.
www.vpkt.de

Partner und Kooperationen

Der BDPK arbeitet mit folgenden Verbänden und Institutionen zusammen.

Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation

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

Aktion Saubere Hände

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

Aktionsbündnis Patientensicherheit

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

Arbeitskreis Gesundheit

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

Bündnis Kinder- und Jugendreha

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

Deutsche Krankenhausgesellschaft

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

Deutscher Reha-Tag

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

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

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

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

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

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

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

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 Abonnenten und einer verbreiteten Auflage von 12.000 Exemplaren ist f&w seit Jahren der absolute Marktführer unter den Fachpublikationen für Krankenhausmanagement und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

GRB – Gesellschaft für Risikoberatung

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

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung

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

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.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

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

KlinikRente

KlinikRente ist das Branchenversorgungswerk für Betriebsrenten in der Gesundheitswirtschaft. Mehr als 3.500 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.

Nationales Reha-Forum

2016 etablierte der Bibliomed-Verlag zusammen mit dem BDPK dieses Forum für Rehabilitationseinrichtungen, um deren Stellenwert in Politik und Öffentlichkeit zu stärken. Inzwischen engagieren sich hier alle wichtigen Partner aus Selbstverwaltung und Politik. Die Veranstaltung findet jährlich zeitgleich mit dem Nationalen DRG-Forum im Berliner Estrel-Hotel statt und trägt aktiv zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Reha-Kliniken bei.

Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)

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

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.

Verein elektronische Fallakte

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

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands

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

Impressum

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

Projektbetreuung und Redaktion
Katrin Giese
Redaktionsschluss:
13. Mai 2019

Layout
Gabriele Altevers und
Katharina Fiedler

Bildnachweis
Adobe Stock: 12, 24, 74, 116, 132, 150
Asklepios: S. 4
Dietmar Gust: S. 4, 5, 69, 87, 112, 125, 126, 129
Prof. Dr. Michael Philippi: S. 6
SPD: S. 14
Benno Kraehahn: S. 15
Joachim Pantel: S. 16
Stefan Fercho: S. 17
Stella von Saldern: S. 18
Florian Albert: S. 45
Dr. Becker Klinikgruppe: S. 97
Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG: S. 97
Waldburg-Zeil Kliniken: S. 98
Mediclin AG: S. 98
Katrin Giese: S. 107, 10

Weitere Informationen des BDPK unter www.bdpk.de

BDPK Geschäftsbericht 2018/19

BDPK Bundesgeschäftsstelle

Hauptgeschäftsführer:
Thomas Bublitz

Geschäftsstellenleitung:
Klaus Mehring

Geschäftsbereich Politik:
Waltraud Faber

Geschäftsbereich Krankenhäuser:
Jonathan Graf (Leitung),
Anne Ostmann

Geschäftsbereich Rehabilitation:
Antonia Walch (Leitung),
Konstanze Zapff

Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:
Katrin Giese

Organisation / Sekretariat:
Karin Müller, Petra Voß

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

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.