



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

# Geschäftsbericht 2024/2025

**Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.**

# Inhaltsverzeichnis

---

## Vorwort

## Gesetzgebung und Rechtsverordnungen 2024/2025

## Krankenhäuser

- Einleitung
- Krankenhausreform
- Ambulante Öffnung
- Psychiatrie und Psychosomatik
- Privatkliniken § 30 GeWO

## Reha und Vorsorge

- Einleitung
- Verbindliche Entscheidungen
- Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen
- Reha als Ausbildungsträger für Pflegekräfte
- Qualitätssicherung
- Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)
- Digitale Nachsorge
- Erstattungsverfahren SodEG
- FAG "§ 16 Umsetzung Reha-RL - Wegfall Barthel-Index"
- Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind
- Mutter-/Vater-Kind
- Kinder- und Jugendreha

## Tarif und Personal

## Öffentlichkeitsarbeit

## Statistiken

## Gremien

## Partner und Kooperationen

## Nach IQMP zertifizierte Kliniken

## Impressum

# Vorwort

## Rückblick

Die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages ist zu Ende. Diese Legislaturperiode war in vielerlei Hinsicht eine Besondere. Der für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen so wichtige Bundesgesundheitsminister hat sich vor allem durch fehlende Bereitschaft zum Dialog hervorgetan. Das ist leider auch am zentralen Projekt der Bundesregierung, der Krankenhausreform, deutlich spürbar: Am Ende steht eine Krankenhausreform mit vielen handwerklichen Fehlern, Fristen, die nicht zu halten sind, Aufträge, die nicht zu lösen sind, Abläufe, die nicht zueinander passen und Instrumenten, die ihr Ziel verfehlen. Ganz zum Schluss der Regierungstätigkeit hat der Bundesrat noch dem Krankenhaustransformationfonds zugestimmt, der nun von der neuen Bundesregierung in wichtigen Fragen, wie der Finanzierung nachgebessert werden muss. Bis auf Weiteres besteht keine tragfähige Basis für Zukunftsentscheidungen und -Investitionen der Krankenhäuser. Am Ende dieser Legislaturperiode steht auf der einen Seite ein mutiges und entschlossenes Regierungshandeln durch ein Höchstmaß an Regulatorik, dass aber auf der anderen Seite die Sicherstellung für eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung gefährdet.

Es wird die Aufgabe einer neuen Bundesregierung sein, einen Praxischeck durchzuführen und sich auf die Reparatur der Schwachpunkte des KHVVG zu konzentrieren. Das Verhältnis der Hoheit der Krankenhausplanung und dem damit verbundenen Krankenhausfinanzierungsrecht ist wiederherzustellen. Geschieht das nicht, könnte die Situation entstehen, dass die Bundesländer Krankenhausleistungen planen, die wegen nicht harmonisierter Rechtsvorschriften von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Dies wäre ein echter Super-GAU. Auch die Vorhaltepauschalen müssen hinterfragt, ggf. angepasst oder besser gestrichen werden.

Verbandsintern ist der Blick mit Dankbarkeit auf Dr. med. Katharina Nebel, die langjährige Präsidentin des BDPK, zu richten. Sie hat den Verband 15 Jahre sicher durch die raue See der Gesundheitspolitik gesteuert und im Juni 2024 an Dr. Hans-Heinrich Aldag übergeben. Die Neuaufstellung der Reha nach der Reha-Krise mit der Entwicklung und Umsetzung von umfassenden QM- und QS-Systemen, die Einführung des DRG-Systems, die Einführung des

Wunsch- und Wahlrechts in der Rehabilitation, die Corona-Pandemie, das IPREG und das Trio-Gesetz seien beispielhaft als Herausforderungen der letzten Jahrzehnte genannt. Dr. Katharina Nebel hat den BDPK zu einem verlässlichen und konstruktiven Partner der Politik und der Selbstverwaltung geformt. Die Mitgliederzahl des Verbandes hat sich in ihrer Präsidentschaft nahezu verdoppelt.

Konsequent hat sie sich für mehr Qualitätswettbewerb, und Patientenorientierung im Gesundheitswesen eingesetzt. Ihre feste Überzeugung ist, dass der Wettbewerb die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen anspornt, die Patientenversorgung zu verbessern und dabei die bestehenden Ressourcen effizient einzusetzen. Die Patienten sollen sich über die Behandlungsqualität der Versorgung informieren können, um bewusste Entscheidungen zu treffen. Dr. med. Katharina Nebel gebührt unser Dank für die konstruktive und weitsichtige Verbandsführung!

### **Ausblick**

Die Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen stehen vor einer doppelten Herausforderung: Die steigenden Sozialversicherungsbeiträge erhöhen die Lohnnebenkosten und gefährden die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland. Gleichzeitig wächst der Druck, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen vor allem in ländlichen Regionen. Eine grundlegende Reform ist daher unerlässlich.

Dies ist das Ergebnis einer nicht mehr zukunftsfähigen Gesundheitspolitik. In den letzten Jahrzehnten wurden immer wieder neue Strukturanforderungen entwickelt und zur Voraussetzung der Leistungserbringung gemacht. Sie wurden aufeinandergetürmt, ohne die Regelungen auf Wirksamkeit zu überprüfen. Noch nie haben so viele Menschen in unseren Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gearbeitet wie heute. Kosten und bürokratischer Kontrollaufwand befinden sich auf einem historisch hohen Niveau und stellen eine große Belastung für die Einrichtungen dar. Als Folge sinkt trotz aller verfügbarer Innovation die Produktivität. Die erheblichen Kostensteigerungen schlagen sich nicht in einer verbesserten Versorgung für die Patienten nieder. Das können wir uns nicht länger leisten. Wir brauchen eine Gesundheitspolitik, die nicht mit den Mitteln von gestern agiert.

Wir müssen die Innovationspotenziale in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen entfesseln und uns auf die Herausforderungen

der Zukunft vorbereiten. Diese Herausforderung liegt darin, effizienter zu werden. Immer weniger Mitarbeitenden im ärztlichen und pflegerischen Dienst stehen immer mehr älter werdende Patienten gegenüber. Zudem muss die Versorgung in ländlichen Regionen sichergestellt werden. Dazu brauchen wir die Streichung der antiquierten und nicht evidenzbasierten Personalvorgaben. Die Streichung könnte mehrere Milliarden Euro Kostensenkung nach sich ziehen. Davon sollten die Krankenkassen und die Kliniken profitieren. Vorschläge dazu hat der BDPK der neuen Bundesregierung unterbreitet.

Ein wirksamer Bürokratieabbau ist auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation unerlässlich, um Ressourcen für die eigentliche Patientenversorgung freizusetzen. Vor dem Hintergrund immer kürzerer stationärer Krankenhausaufenthalte ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die medizinische Anschlussrehabilitation weiterhin nur nach aufwändigen Antragsverfahren mit ungewisser Genehmigungsaussicht durch die Krankenkassen bewilligt wird. Das AHB-Verfahren der DRV hingegen ist etabliert und funktioniert gut. Es wäre die ideale Grundlage für eine entsprechende Anwendung in der GKV.

Es ist zudem längst an der Zeit, Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit zu geben, Pflegefachkräfte selbst auszubilden. Es wäre kontraproduktiv und strukturschädlich, wenn sie auch weiterhin gezwungen wären, den ohnehin angespannten Arbeitsmarkt durch Abwerbung aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu belasten. Last but not least ist es dringend notwendig, Vertragsstreitigkeiten zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und der Deutschen Rentenversicherung außergerichtlich in einer Schiedsstelle beilegen zu können.

Es gibt also auch in dieser Legislaturperiode vieles Sinnvolle zu tun.



Dr. Hans-Heinrich Aldag  
Präsident



Thomas Bublitz  
Hauptgeschäftsführer

# Gesetzgebung und Rechtsverordnungen 2024/2025

## **Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)**

**Zeitplan:** 15.11.2023: Referentenentwurf, 06.03.2024: Beschluss zur Vertagung der Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates, 26.04.2024: Maßgabebeschluss des Bundesrates, 14.06.2024: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** Einführung der PPR 2.0: Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser (ermittelte Soll- und Ist-Personalbesetzung, monatsbezogen für die jeweilige Station und Schicht und Gesamtmeldung für vorheriges Jahr mit Wirtschaftsprüfer-Testat).

**Forderung BDPK:** keine Parallelstrukturen (Entfall PpUG bei Einführung der PPR 2.0); praxisnaher Qualifikationsmix; Berechnung nach dem Ganzhausansatz; Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen, vgl. [BDPK-Stellungnahme](#).

## **Medizinforschungsgesetz**

**Zeitplan:** 29.01.2024: Referentenentwurf, 27.03.2024: Kabinettsentwurf, 17.05.2024: 1. Durchgang Bundesrat, 06.06.2024: 1. Lesung Bundestag, 12.06.2024: Öffentliche Anhörung, 04.07.2024: 2./3. Lesung Bundestag, 29.10.2024: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** Vertrauliche Erstattungsbeträge; Vereinfachtes Antragsverfahren für klinische Studien; Beschleunigung der Arzneimittelzulassungen; Ausweitung der Meldepflichten nach § 21 KHEntgG um LG-bezogene Meldung vom ärztlichen Personal, etc.

**Forderung BDPK:** Bürokratieabbau anstatt Ausweitung der Meldepflichten um aufwändige Dokumentation ohne direkten Nutzen für Patientinnen und Patienten, vgl. trägerübergreifende [Stellungnahme der DKG](#).

## **Jahressteuergesetz 2024 (JStG 2024)**

**Zeitplan:** 17.05.2024: Referentenentwurf, 25.09.2024: 1. Lesung Bundestag, 27.09.2024: 1. Durchgang Bundesrat, 18.10.2024: 2./3. Lesung Bundestag,

22.11.2024: 2. Durchgang Bundesrat, 05.12.2024: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** Verstetigung der 150-Euro-Vereinfachungsregelung für Bonusleistungen für gesundheitsbewusstes Verhalten; Verlängerung der Abwicklungsfrist für Investmentfonds von fünf auf zehn Jahre; Konzernklausel bei der aufgeschobenen Besteuerung der geldwerten Vorteile aus Vermögensbeteiligungen, etc.

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

### **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**

**Zeitplan:** 06.12.2022: Vorschläge Expertenkommission, 10.07.2023: Eckpunktepapier Bund-Länder-AG, 22.09.2023: Erster Arbeitsentwurf, 12.04.2024: Veröffentlichung Referentenentwurf, 29.04.2024: Verbändeanhörung, 15.05.2024: Kabinettsbeschluss, 27.06.2024 1. Lesung Bundestag, 05.07.2024: 1. Durchgang Bundesrat, 17.10.2024 2./3. Lesung Bundestag, 22.11.2024: 2. Durchgang Bundesrat, 11.12.2024 Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** Einführung von Leistungsgruppen; Vorhaltefinanzierung mit Mindestvorhaltezahlen; Umsetzung von sektorenübergreifenden Versorgern (Level 1i Einrichtungen); Transformationsfonds i. H. v. 50 Mrd. EUR; volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen sowie voller Orientierungswert als Obergrenze für den Veränderungswert, etc.

**Forderung BDPK:** Wahrung der Planungshoheit der Länder; Streichung der Mindestvorhaltezahlen; positive Anreize für die ambulante Öffnung der Krankenhäuser; Sicherstellung einer kostendeckenden Betriebs- und Investitionsfinanzierung, vgl. [BDPK-Pressemeldung](#).

### **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG, "Versorgungsgesetz I")**

**Zeitplan:** 12.04.2024: Referentenentwurf, 22.05.2024: Kabinettsbeschluss, 28.06.2024: 1. Lesung Bundestag, 05.07.2024: 1. Durchgang Bundesrat, 17.01.2025: Einigung der früheren Koalitionspartner, 30.01.2025: 2./3. Lesung Bundestag (Verabschiedung in geänderter Fassung), 14.02.2025: 2. Durchgang Bundesrat, 28.02.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

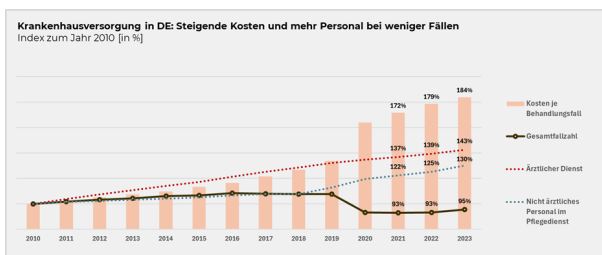
**Inhalte:** Entbudgetierung der Hausärzte, Einführung einer Vorhalte- und Chronikerpauschale im niedergelassenen Bereich, Erleichterungen in der Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen, Verbesserung der Versorgung mit Notfallkontrazeptiva, Verlängerung der Übergangsregelung für sog. sonstige Produkte zur Wundbehandlung, etc.

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

# Krankenhäuser

## Einleitung

Die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser bleibt weiterhin sehr angespannt. Rund zwei Drittel der Allgemeinkrankenhäuser bewerten ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als schlecht (35 Prozent) oder sehr schlecht (34 Prozent). Nur noch wenige Häuser (10 Prozent) beschreiben sie als gut oder sehr gut. (vgl. [DKI Krankenhaus-Index 2025](#)). Der Krankenhausrating-Report 2024 bestätigt einmal mehr die dramatische Situation der deutschen Krankenhäuser: 70 Prozent der Kliniken erwarten für 2024 ein negatives Ergebnis. Für das kommende Jahr stehen die Zeichen noch schlechter, erwartet der Report sogar 80 Prozent negative Jahresergebnisse (vgl. [Krankenhaus Rating-Report 2024](#)). Ein Alarmzeichen, auf das die neue Bundesregierung dringend reagieren muss.



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamts (Destatis)

Seit 2022 geben die Krankenhäuser kontinuierlich mehr Geld aus als sie einnehmen. Immer mehr Krankenhäuser brauchen ihre Rücklagen auf, verlieren ihre Kreditwürdigkeit und halten das Defizit zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht mehr durch. Ein

wesentlicher Treiber sind neben der Inflation die steigenden Behandlungskosten bei gleichzeitig rückläufigen Fallzahlen. Die Kostensteigerung ist vor allem auf höhere Personalausgaben zurückzuführen, die durch zentrale Eingriffe wie die PpUG (2019) und die Einführung des Pflegebudgets (ab 2020) beeinflusst wurden.

Daher hat der BDPK den politischen Entscheidungsträgern - insbesondere mit Blick auf die mit der Bundestagswahl 2025 eingeläutete 21. Legislaturperiode - praktikable Lösungsvorschläge vorgelegt, um die wirtschaftliche Schieflage der Krankenhäuser durch besseren und bedarfsorientierten Ressourceneinsatz reduzieren zu können. Konkret schlägt der BDPK folgende Maßnahmen vor:

## **1. Effizientere Behandlungen ermöglichen**

Zentralistische Vorgaben wie die Pflegepersonaluntergrenzen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie, das geplante ärztliche Personalbemessungssystem und weitere planwirtschaftliche Regelungen führen nur zu unnötigen Mehrkosten, ebenso wie staatliche Verlustausgleiche für Krankenhäuser aus Steuermitteln. Stattdessen sollte der Fokus darauf liegen, Behandlungsergebnisse zu messen und zu veröffentlichen.

## **2. Ergebnisqualität messen**

Institute wie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und bestehende Messverfahren wie die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) haben bereits gezeigt, dass Ergebnisse objektiv messbar und transparent darstellbar sind. Patient:innen sollten diese Informationen über den Klinikatlas der Bundesregierung abrufen können, die Verantwortung für die Behandlungsqualität liegt bei den Leistungserbringern.

## **3. Versorgungsaufträge regional vergeben**

Ein regionales Vergabesystem kann den Wettbewerb unter Krankenhäusern fördern und dabei die Effizienz steigern. Wir schlagen vor, regionale Versorgungsaufträge auszuschreiben, auf die sich die Krankenhäuser bewerben können. Den Zuschlag erhalten die Kliniken mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis. Die Qualität der Leistungserbringung ist dabei ein wichtiges Vergabekriterium.

## **4. Ambulante Versorgung ausbauen**

Der medizinische Fortschritt erlaubt heute eine Vielzahl von Eingriffen ohne stationäre Aufnahme. Untere Grenzverweildauern und ähnliche Regularien müssen abgeschafft werden. Diese Leistungen sollten zunächst wie stationäre Leistungen vergütet werden, um Investitionen in innovative Behandlungsprozesse zu fördern. Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sollten zudem bei Unterversorgung zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen werden.

**Fazit:** Ein effizienteres Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern die Grundlage für eine bezahlbare, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Mit mutigen politischen Entscheidungen ist dies

erreichbar. Davon profitieren nicht nur die Patient:innen – sondern auch die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands.

Zur Platzierung der Verbandspositionen führt der BDPK Gespräche mit relevanten Entscheidungsträger:innen des Gesundheitswesens und hat eine Social-Media-Kampagne mit Materialien für die Landesverbände und Mitgliedskliniken erstellt. Die Positionen sind zudem als Broschüre auf der Homepage des BDPK veröffentlicht (vgl. [hier](#)).

## Krankenhausreform

Am 12.12.2024 ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten. Aus Sicht des BDPK wird das KHVVG die stationäre Versorgung in Deutschland nicht verbessern. Die notwendigen Korrekturen werden nun eine vordringliche Aufgabe der neuen Bundesregierung sein müssen. Der BDPK macht hierzu konkrete Vorschläge:

### 1. Planungshoheit der Länder erhalten

Den Bundesländern wird durch das KHVVG die Planungshoheit für die Krankenhausplanung genommen. Denn ob Krankenhäuser eine Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen erhalten, richtet sich laut aktueller Fassung des KHVVG allein nach den auf Bundesebene festgelegten Anforderungen an die Leistungsgruppen, was sich in einem ab dem 01. Januar 2027 geltenden Abrechnungsverbot manifestiert (vgl. § 8 Abs. 4 KHEntgG). Die Planungsentscheidung der Planungsbehörde muss aber auch die Finanzierung der Leistungen durch die Krankenkassen gewährleisten. Deshalb dürfen die für die Leistungsgruppen festgelegten Qualitätsvorgaben nur Empfehlungscharakter haben.

### 2. Vorhaltefinanzierung wirksam ausformen

Die Vorhaltefinanzierung in derzeit vorliegender Form macht die Krankenhausfinanzierung nicht unabhängiger von der Fallzahl. Denn es sollen weiterhin 40 Prozent der Vergütung über die tatsächlich erbrachten Fälle abgerechnet werden und rund 60 Prozent pauschal als Vorhaltevergütung. Doch auch dieser pauschale Anteil ist an die in der Vergangenheit erreichte Zahl der pro Leistungsgruppe versorgten Patient:innen geknüpft. Hiermit könnte es zu neuen Fehlanreizen und der Gefahr von Wartelistenmedizin kommen. Die an die Vorhaltepauschale geknüpften Mindestvorhaltezahlen sind zudem zentralistische Vorgaben ohne Evidenz und Fundierung. Diese sollten ersatzlos gestrichen werden. Stattdessen sollten bedarfsnotwendige Versorgungsbereiche finanziell gesichert werden.

### 3. Fachklinische Versorgung sichern

Die für alle Fachkrankenhäuser vorgesehene Kooperationsmöglichkeit in § 135e Abs. 4 S. 3 SGB V für die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen kann

nicht auf alle Fachkrankenhäuser angewandt werden, da nach neuer Definition von Fachkrankenhäusern in § 135d Abs. 4 S. 3 SGB V ein Krankenhaus als Fachkrankenhaus gilt, wenn es mindestens 80 Prozent der Fälle in maximal vier Leistungsgruppen erbringt. Es wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass es viele Spezialisierungsgebiete gibt, in denen sich die Fälle auf mehr als vier Leistungsgruppen verteilen. Dies ist bspw. im Bereich der Orthopädie der Fall. Allein für die Endoprothetik und Revisionen sind vier verschiedene Leistungsgruppen vorgesehen. Orthopädische Fachkrankenhäuser, die darüber hinaus bspw. Wirbelsäulenbehandlungen anbieten, dürfen nicht mehr als Fachkrankenhaus eingestuft werden. Damit müssten sie die gleichen Vorgaben erfüllen wie ein Allgemeinkrankenhaus mit mehreren Fachabteilungen. Dies würde für viele Fachkrankenhäuser in Deutschland faktisch zu einem Leistungsverbot führen, was nicht im Sinne des Gesetzgebers sein dürfte. Deshalb fordern wir, dass die Bundesländer weiterhin im Rahmen der Krankenhausplanung über die Zuteilung des „Levels F – Fachklinik“ entscheiden können. Die Formulierungen in § 135d SGB V sollten empfehlenden Charakter haben und die Länder in ihrer Entscheidung frei sein. Zudem muss die Kooperationsmöglichkeit für verwandte Leistungsgruppen der Versorgungspraxis entsprechend auf alle Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen erweitert werden.

#### **4. Krankenhauslandschaft finanziell stabilisieren**

Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser muss ein Ausgleich der Inflationsbelastungen für die Jahre 2023 und 2024 als Brückenfinanzierung festgelegt werden. Zudem sollte die Landesbasisfallwertkorrektur bei sinkenden Fallzahlen wieder eingeführt werden. Sowohl das Gesetzgebungsverfahren als auch die anschließende Umsetzung des KHVVGs begleitet der BDPK intensiv in seinen Gremien. Seit Inkrafttreten des KHVVG stellt der BDPK umfassende Informationen zu den Inhalten des Gesetzes bereit und erfasst offene Fragen auf Verbandsebene, um diese bspw. mit der DKG oder den Verantwortlichen des BMG zu klären. Zudem ist der BDPK in DKG-Gremien wie der DKG-AG „Kooperationsverträge“ und der DKG-AG „Leistungsgruppenausschuss“ vertreten, wo er die Verbandspositionen gezielt einbringt. Die Formulierungen im neuen Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode lassen einen – vom BDPK immer wieder geforderten – erweiterten Entscheidungsspielraum der Länder erkennen.

## Ambulante Öffnung

Aktuelle Entwicklungen zur ambulanten Leistungserbringung wurden im Geschäftsjahr 2024/25 sowohl im BDPK-Vorstand als auch im Fachausschuss Krankenhäuser beraten. Themen waren unter anderem die Anpassung des AOP-Vertrags, die neue Hybrid-DRG Umsetzungs- und Vergütungsvereinbarung für 2025 mit pauschaler Vergütung der postoperativen Nachbehandlung sowie die mit dem KHVVG festgelegte Ausweitung der Hybrid-DRG-Leistungen auf 1,2 Millionen Fälle bis 2030 bei gleichzeitiger Vergütungssenkung.

Der BDPK unterstützt grundsätzlich die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, kritisiert jedoch, dass die bestehenden Regelungen kaum Anreize für Krankenhäuser schaffen. Angesichts sinkender Erlöse durch die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich sind solche Anreize aber dringend erforderlich, um den Prozess voranzubringen. Die mit dem KHVVG einseitig vom Gesetzgeber festgelegte Ausweitung der Hybrid-DRG-Fallzahlen bei gleichzeitiger Vergütungssenkung lehnt der BDPK entschieden ab. Einen möglichen Alternativvorschlag im Positionspapier zur 21. Legislaturperiode skizziert (siehe oben).

## Psychiatrie und Psychosomatik

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 19. Dezember 2024 in vier Revisionsverfahren zur Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) per Urteil die erhobenen Bedenken gegen deren Rechtmäßigkeit zurückgewiesen. Der G-BA habe die Konsequenzen einer Nichteinhaltung der in der PPP-RL festgelegten Mindestvorgaben im Rahmen seiner Befugnisse geregelt. Insbesondere sei der variable Gestaltungsspielraum beim Vergütungswegfall als hinreichende Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu werten. Einen Widerspruch zu den Einzelfall- und Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) konnte das BSG nicht feststellen. Dieses Thema wurde im Geschäftsjahr 2024/25 im Fachausschuss Krankenhäuser beraten. Der BDPK kritisiert weiterhin, dass die PPP-RL mit ihren unverhältnismäßig hohen Sanktionen die Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik gefährdet. Daher wird der BDPK diese Position auch künftig auf geeigneten Ebenen der Selbstverwaltung und der Politik einbringen.

## Privatkliniken § 30 GewO

### Umsatzsteuer

Der BDPK setzt sich weiterhin für die Umsatzsteuerbefreiung aller medizinisch notwendigen Leistungen von Privatkliniken im Sinne von § 30 GewO ein. In einem aktuellen Urteil des FG München vom 18.10.2023 (Az.: 3 K 317/18) hat das Gericht trotz der bekannten EuGH-Entscheidung aus 2022 entschieden, dass die Leistungen der betreffenden Klinik umsatzsteuerpflichtig sind. Daraufhin hat die klagende Klinik Revision eingelegt, sodass sich nun der Bundesfinanzhof (BFH) mit dieser Fragestellung befassen muss. Das Verfahren ist beim BFH unter dem Aktenzeichen XI R 36/23 anhängig (anhängig gemeldet seit dem 20.08.2024). Eine Entscheidung wird im Laufe des Jahres 2025 erwartet. Im Rahmen der Facharbeitsgruppe „Privatkliniken nach § 30 GewO“ wurde ein Austausch mit dem Rechtsanwalt organisiert, der das Verfahren der Klinik betreut. Dabei wurden auch die Erfolgsaussichten möglicher Klagen diskutiert.

### Bundes-/Landesbeihilfeverordnung

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

Die Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO hat sich zu dieser Thematik ausgetauscht und sich auf eine Gesamtforderung verständigt, die auf eine Erhöhung und Dynamisierung des Basisentgeltwertes im Rahmen der Beihilfe nach folgender Berechnungslogik abzielt: Durchschnittlicher Basisentgeltwert der Plankrankenhäuser gemäß Psych-Krankenhausvergleich + jeweils gültiger Orientierungswert + Investitionszuschlag in Höhe von 10 Prozent. Der Investitionszuschlag muss auch für somatische Privatkliniken Anwendung finden. Am 15.03.2024 hat sich der BDPK daher mit einem entsprechenden Schreiben an das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) gewandt. Mit seinem

Antwortschreiben kündigte das BMI an, den BDPK-Vorschlag im Rahmen nächster Gespräche der Bund-Länder-Gremien zum Beihilferecht aufzugreifen und zu diskutieren. Zuletzt teilte das BMI mit, dass die Vorbereitungen für die nächste Änderung der Bundesbeihilfverordnung begonnen haben. Der BDPK-Vorschlag und die damit zusammenhängende Thematik sei für die kommende Sitzung der Bund-Länder-Gremien zum Beihilferecht im März 2025 bereits angemeldet.

Auf Landesebene hat der BDPK den Mitgliedern der Facharbeitsgruppe empfohlen, sich mit der Anpassung der Landesbeihilfverordnungen entsprechend dem BDPK-Vorschlag auf Bundesebene (an ihre zuständige Landesbehörde bzw. ihr zuständiges Landesministerium zu wenden. Zu diesem Zwecke hat der BDPK ein entsprechendes Musteranschreiben zur Verfügung gestellt und den Versand der Anschreiben für die Mitglieder angeboten.

### **Forderung der TK in NRW: Erfüllung der Leistungsgruppenvorgaben**

Aus NRW kursieren Schreiben der Techniker Krankenkasse (TK), in welchem diese von Privatkliniken nach § 30 GewO die Erfüllung der Leistungsgruppenvorgaben nach dem NRW-Krankenhausplans fordern. Diese Forderung stützt die TK auf § 27d Abs. 1 b) ihrer Satzung. Seitens der TK wurde angekündigt, die Bezuschussung ab dem 1. April 2025 zu streichen, falls die Leistungsgruppenvorgaben von der jeweiligen Klinik nicht erfüllt werden. Das Vorgehen der TK scheint bereits deshalb zweifelhaft, da das mit dem KHVVG eingeführte Abrechnungsverbot nach § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG, wonach Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden dürfen, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Abs. 1 S. 1 KHG zugewiesen wurde, erst ab dem 01. Januar 2027 gilt (Ausnahme: Notfallpatient:innen). Vor diesem Hintergrund hat der BDPK das Gespräch mit der TK gesucht und parallel bilaterale Abstimmungen mit den betroffenen Kliniken geführt. Zuletzt konnte hierzu die Anerkennung von den in NRW geltenden Übergangsvorschriften bis 31. Dezember 2025 erreicht werden.

# Reha und Vorsorge

## Einleitung

Die medizinische Rehabilitation leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur langfristigen Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Selbstständigkeit älter werdender Menschen. Sie kann einen frühzeitigen Rentenbezug aus gesundheitlichen Gründen verhindern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögern – zwei Entwicklungen, die sowohl die Renten- als auch die Pflegeversicherung erheblich entlasten. Rehabilitation ist damit nicht nur ein wirksames gesundheitliches, sondern auch ein wirtschaftlich sinnvolles Steuerungsinstrument für ein bezahlbares Sozialversicherungssystem. Aus präventiver Sicht ist Rehabilitation deshalb eine kluge Investition zur Sicherung eines bezahlbaren Sozialstaates.

Der BDPK hat für die kommende Legislaturperiode konkrete Vorschläge zur Stärkung der medizinischen Rehabilitation in einem Positionspapier formuliert:

### **1. Reha-Einrichtungen als Pflegeausbildungsträger zulassen**

Um dem Fachkräftemangel in der Pflege wirksam zu begegnen, sollten auch Reha-Kliniken als Ausbildungsstätten für Pflegeberufe anerkannt werden. Diese Öffnung würde zusätzliche Kapazitäten schaffen und die Versorgungssicherheit verbessern.

### **2. Genehmigungsvorbehalt der GKV abschaffen**

Um den Vorrang von Reha vor Pflege effektiv umzusetzen, muss der Genehmigungsvorbehalt der Gesetzlichen Krankenversicherung entfallen. In der Praxis führt dieser häufig zu Verzögerungen und verhindert eine frühzeitige Versorgung mit rehabilitativen Maßnahmen. So scheitert die zeitnahe Entlassung von Krankenhauspatienten häufig an der bürokratischen Hürde der Genehmigung notwendiger Anschluss-Rehabilitationsleistungen durch die Krankenkassen.

### **3. Schiedsstellen für Vertragsstreitigkeiten mit der DRV schaffen**

Jede Rehabilitationseinrichtung schließt mit den Rehabilitationsträgern Versorgungs- und Vergütungsverträge zur Leistungserbringung. Nur im

Bereich der Deutschen Rentenversicherung fehlt dabei ein Konfliktlösungsmechanismus, den es in allen Bereichen des Gesundheitssystems gibt. Zur fairen und transparenten Klärung von Differenzen in Vertragsverhandlungen mit der Deutschen Rentenversicherung sollte es die Möglichkeit geben, die Schiedsstelle anzurufen.

#### **4. Reha-Deckel bei der DRV aufheben**

Die Alterung der Erwerbsbevölkerung und längere Lebensarbeitszeiten erfordern eine flexible Gestaltung der medizinischen Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung muss darauf vorausschauend und flexibel reagieren können! Die aktuelle Deckelung der Reha-Ausgaben bei der DRV begrenzt den Zugang zu notwendigen Leistungen und steht einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen.

#### **5. Zulassung zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)**

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sollten die Möglichkeit erhalten, MVZ zu gründen. Dies würde sektorübergreifende Versorgungsstrukturen fördern und dem bestehenden Mangel an Grundversorgung in den ländlichen Gebieten entgegenwirken.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode hatte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Arbeitsprogramm „Prävention, Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente 2022–2025“ zentrale Forderungen des BDPK aufgegriffen – darunter die Ermöglichung der Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen, die Öffnung der Wiederholungsfrist und die Gestaltung eines bedarfsgerechten Reha-Budgets. Die im Programm angekündigte Neuregelung des DRV-Reha-Budgets blieb aufgrund des Regierungswechsels jedoch aus. Diese dringend notwendige Maßnahme muss nun zeitnah nach der Regierungsbildung umgesetzt werden.

Der BDPK hat sich auch im zurückliegenden Geschäftsjahr 2024/25 intensiv in die Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen und den Verbindlichen Entscheidungen der Rentenversicherung, insbesondere dem neuen Vergütungssystem, eingebracht. Die Verhandlungen der Rahmenempfehlungen fanden Ende März mit dem Bundesschiedsstellenverfahren ein Ende. Die Umsetzung der neuen Regelungen obliegt nun den Einrichtungen, die auf dieser Grundlage

Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Krankenkassen abschließen müssen.

Bei der DRV ist der BDPK in den Begleitgremien aktiv. Das neue Vergütungssystem wirft weiterhin zahlreiche offene und grundlegende Fragen auf, die die DRV nicht beantworten kann. Trotz dieser Unsicherheiten wird die Einführung vorangetrieben und die Kliniken sind zurecht besorgt, was auf sie zukommt.

## Verbindliche Entscheidungen

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

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

Das neue Belegungssystem und das Public Reporting befinden sich bereits in der Umsetzung. Während Anpassungen beim Public Reporting in einem Begleitgremium diskutiert und teilweise umgesetzt werden, bleibt das Belegungssystem für die Einrichtungen intransparent. Nach wie vor wird die Regelung angewandt, dass den Versicherten jeweils zwei eigene und zwei Vertragseinrichtungen vorgeschlagen werden. Diese Vorgehensweise beruht auf einem Beschluss des DRV-Bundesvorstands, der nicht veröffentlicht wird. Es ist nicht nachzuvollziehen, ob die genannten Einrichtungen, jene mit der höchsten Qualität sind und die Reihenfolge der Nennung nach Qualitätspunkten erfolgt. Bekannt ist nur, dass den Qualitätspunkten veraltete Daten zugrunde liegen, die die Qualität von vor zwei Jahren abbilden. Eine realitätsnahe Abbildung aktueller Versorgungssituationen ist so nicht gewährleistet. Zudem zeigen Auswertungen der DRV, dass die Reihenfolge der vorgeschlagenen Einrichtungen maßgeblich die Entscheidung der Versicherten beeinflusst.

Kritikwürdig bleibt auch die Berechnung der Wartezeiten. Diese wird anhand eigener Annahmen der Rentenversicherungen berechnet, ohne dass die Kliniken diese nachvollziehen, noch an die Realität anpassen können.

### Das neue Vergütungssystem

Das geplante Vergütungssystem, das am 01. Januar 2026 zum Einsatz kommen soll, setzt sich zusammen aus einer einrichtungsübergreifenden und einer einrichtungsindividuellen Vergütungskomponente. Kernstück der

einrichtungsübergreifenden Vergütungskomponente ist der sog. indikationsübergreifende Basissatz und dessen Bewertungsrelationen.

Der indikationsübergreifende Basissatz soll der Vergütung für eine Rehabilitationsleistung ohne einrichtungsspezifische und konzeptionelle Besonderheiten entsprechen. Die DRV Bund plant, den indikationsübergreifenden Basissatz und die Bewertungsrelationen auf Grundlage der Vergütungsdaten aus dem Jahr 2024 festzulegen. Die Vergütungsdaten der Vertragseinrichtungen stellen aber keine geeignete Grundlage für die Rehabilitationsleistung dar, denn die Rehabilitationsträger haben eine marktbeherrschende Stellung gegenüber den Leistungserbringern, da sie über die Belegung der Rehabilitationseinrichtungen entscheiden. Die aktuell geltenden Preise entsprechen somit nicht den Preisen, die sich bei einem freien Wettbewerb gebildet hätten.

Ein weiterer Streitpunkt ist die Tarifkomponente des neuen Vergütungssystems. Diese sieht vor, dass nur tarifgebundene Einrichtungen bzw. Einrichtungen, die einen Tarifvertrag vollständig übernehmen, von einer entsprechenden finanziellen Berücksichtigung profitieren. Die §§ 15 Abs. 3 SGB VI und 38 Abs. 2 SGB IX regeln, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich bei Vergütungsverhandlungen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern abgelehnt werden können. Diese Formulierung wird von der Rentenversicherung so ausgelegt, dass sie die Bezahlung von Vergütungen in gleicher Höhe, ohne dass ein Tarifvertrag zugrunde liegt, bei Vergütungsverhandlungen nicht gleichberechtigt beachten müssen. Dadurch entsteht eine Ungleichbehandlung, die die Existenz nicht tarifgebundener Rehabilitationseinrichtungen bedroht, ohne dass es dafür einen rechtfertigenden Grund gibt. Dabei besteht in Deutschland kein Tarifzwang, sondern das grundgesetzlich geschützte Recht der negativen Koalitionsfreiheit. Die Formulierung muss deshalb an die Formulierung im § 111 Abs. 5 SGB V angepasst werden.

Besonders kritisch ist zudem, dass die DRV Bund bislang keine Konvergenzphase zur Einführung des neuen Systems vorsieht. Die Reha-Einrichtungen erhalten somit von einem Tag auf den anderen einen anderen Vergütungssatz, ohne dass sich die Leistung verändert hätte. Dies führt zu

erheblichen Risiken und Unsicherheiten für die Kliniken, insbesondere sofern sie ab dem 01. Januar 2026 einen niedrigeren Vergütungssatz erhalten. Wie hoch der Vergütungssatz ab 2026 sein wird, verhandeln die Kliniken erst ab Mitte 2025, so dass überhaupt keine Planungszeit verbleibt.

## Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen

Seit mehr als vier Jahren verhandeln die Krankenkassen und Reha-Leistungserbringerverbände über Rahmenempfehlungen: Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zu den Grundsätzen der medizinischen Rehabilitation vereinbaren. Darin sollen Details zu Inhalt, Umfang und Qualität von Rehabilitationsleistungen und Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung sowie deren Strukturen für die Leistungserbringung festgelegt werden. Außerdem sollen sie die Anforderungen an ein Nachweisverfahren zur Zahlung von Vergütungen bis zur Höhe tarifvertraglicher Vereinbarungen ausmachen. Diese gesetzlich klar definierte Vorgabe für eine zielgerichtete und gleichberechtigte Verhandlungspartnerschaft war ein wichtiger Meilenstein für die medizinische Reha – für den der BDPK mehr als ein Jahrzehnt gekämpft hatte.

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

### Anrufung der Bundesschiedsstelle

Der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände haben am 20. November 2024 die Schiedsstelle aufgrund der fortwährenden dissidenten Punkte angerufen. Die mündliche Verhandlung fand am 27. und 28. März 2025 unter Teilnahme des BDPK statt. Die Bundesschiedsstelle schließt sich der Auffassung des BDPK an, dass die Inhalte der Rahmenempfehlungen als Grundlage für Versorgungsverträge herangezogen werden können, jedoch keine verbindliche Anwendung finden müssen. Der zentrale Kritikpunkt des BDPK, die verpflichtende Einführung von Personalkorridoren in den Rahmenempfehlungen, wurde somit ausgeräumt. Darüber hinaus konnte in den Rahmenempfehlungen unter anderem festgelegt werden, dass für den Einrichtungsvergleich transparente Parameter als Grundlage herangezogen

werden müssen, was aus Sicht des BDPK für einen fairen Preisvergleich als zwingend erachtet wird. Zudem findet das von den Leistungserbringerverbänden eingebrachte Kalkulationsschema in den Vergütungsverhandlungen Anwendung. Es wurde vereinbart, dass die Rahmenempfehlungen zum 1. Juli 2025 in Kraft treten. Die Rahmenempfehlungen enthalten eine dreijährige Übergangsregelung für die Prüfung, ob bestehende Verträge aufgrund der Empfehlungen geändert werden müssen.

## Reha als Ausbildungsträger für Pflegekräfte

Im August 2024 fand eine Anhörung zum Referentenentwurf für ein Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung (PflAssEinfG) statt. Der BDPK forderte, dass endlich das im Koalitionsvertrag verankerte Ziel, die Pflegeausbildung auch in Reha-Einrichtungen zu ermöglichen, umgesetzt wird. Entgegen dieser Absichtserklärung der Bundesregierung lehnen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) dies jedoch ab. Als Begründung wird angeführt, dass der Großteil der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung erfolgen soll und die Reha-Einrichtung könne die Inhalte der Ausbildung nicht ausreichend abdecken. Zudem gebe es genug Träger für die Pflegeausbildung, weitere werden deshalb nicht benötigt. Stattdessen soll mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit geschaffen werden, dass 160 Stunden der Pflegeausbildung in einer Reha-Einrichtung absolviert werden können.

Der BDPK widerspricht dieser Auffassung entschieden und wendet sich gemeinsam mit seinen Landesverbänden direkt an die Mitglieder des Deutschen Bundestags: Sowohl im PflAssEinfG als auch im Pflegeberufegesetz (PflBG) muss verankert werden, dass Reha-Einrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung für die Pflegeassistenten- beziehungsweise Pflegehilfeausbildung als auch für die Pflegefachausbildung zugelassen werden! Dieser Forderung wurde in der Öffentlichkeit mit einer Social-Media-Kampagne Nachdruck verliehen.

Reha-Einrichtungen wollen und können die Pflegeausbildung in Kooperation mit Krankenhäusern organisieren; sie auszuschließen ist weder sachlich noch fachlich begründet. Auch ambulante Pflegeeinrichtungen können die Ausbildungsziele nur in Kooperation erreichen. Durch zusätzliche Ausbildungsträger kann die Anzahl der dringend benötigten Pflegekräfte gesteigert und die Attraktivität des Pflegeberufes erhöht werden. Die Reha-Einrichtungen müssten dann auch nicht das Pflegepersonal aus anderen Bereichen abwerben. Durch ihre ländliche Lage können sie Ausbildungsplätze und damit Perspektiven für die Menschen in ländlichen Regionen bieten.

## Qualitätssicherung

### Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Der BDPK führt gemeinsam mit anderen Verbänden der Rehabilitationsleistungserbringer zweimal jährlich einen Austausch mit Vertreter:innen der DRV durch, um die aktuellen Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Rehabilitation zu erörtern. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Gespräche konzentrierten sich u.a. auf die fortlaufende Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS) und Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), sowie auf das Public Reporting Portal. Hierzu sieht der BDPK weiterhin Optimierungsbedarf in der Verwendung aktueller Qualitätssicherungsergebnisse im Parameter Qualität für die qualitätsorientierte Belegungssteuerung (siehe hierzu auch [Kapitel Verbindliche Entscheidung](#)). Ab der zweiten Jahreshälfte 2025 sollen die finalen Versionen aller RTS sowie die überarbeiteten KTLs auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung veröffentlicht werden und ab 01. Januar 2027 Anwendung finden.

### Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (QS-Reha)

Die Verbände der Leistungserbringer und der Krankenkassen besetzen im Gemeinsamen Ausschuss (GA) nach §137 d SGB V paritätisch ein Gremium, in dem das QS-Reha-Verfahren als externes Qualitätssicherungsverfahren der Krankenkassen gemeinsam beraten wird. Das QS-Reha-Verfahren wird seit März 2021 vom aQua-Institut und der Pädagogischen Hochschule Freiburg (PHFR) als unabhängige Auswertungsstelle betreut und befindet sich derzeit im 5. Zyklus (2024 - 2026). Der BDPK arbeitet in allen aktiven Facharbeitsgruppen des GA mit und gestaltet dabei maßgeblich die Beratungen. Die Organisation des Gremiums wechselt jährlich zwischen den Vertragspartnern. Die Sitzungen finden zwei Mal jährlich statt. Zusätzlich werden Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen gegründet, wie beispielsweise die AG Evaluation.

Im Berichtsjahr stand die strategische Weiterentwicklung des Verfahrens im Fokus. Folglich wurden Workshops zur Zukunft der externen Qualitätssicherung unter Beteiligung eines externen Moderators durchgeführt, die vom BDPK maßgeblich organisiert wurden. In einem ersten Austausch wurde der Ist-Stand des Verfahrens bewertet und Ziele und Perspektiven der Qualitätssicherung sowie die

Veränderungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten diskutiert. Folgende Schwerpunkte für die Weiterentwicklung des QS-Reha-Verfahrens haben sich als konsentiert herauskristallisiert: Der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen (insbesondere bei der Datenerhebung und der Patientenbefragung) soll reduziert (z. B. durch Digitalisierungsansätze, Verringerung von Redundanzen) und die Effizienz bzw. der Nutzen des Verfahrens erhöht werden. Auch über die Überarbeitungsnotwendigkeit der Messkonzepte bzw. -instrumente sowie die Überarbeitung des Verfahrens hinsichtlich der Bereiche Geriatrie und Mutter-/Vater-Kind bestand Einigkeit. Die Konkretisierung und Priorisierung der Vorhaben sollen in einem weiteren Workshop festgelegt werden. Zusätzlich müssen zukünftig die ggf. notwendigen Anpassung aus den IPreG-Rahmenempfehlungen im QS-Verfahren sowie die Ergebnisse des Projekts „Vergleichende Analyse der QS-Systeme von GKV und DRV in der medizinischen Rehabilitation“ beachtet werden.

## Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Im vergangenen Geschäftsjahr lag der Schwerpunkt der Arbeit des IQMG auf der systematischen Weiterentwicklung des IQMP kompakt-Verfahrens. Bereits im Vorjahr waren in enger Zusammenarbeit mit Anwender:innen aus den Einrichtungen sowie den beteiligten Zertifizierungsstellen zentrale Handlungsbedarfe identifiziert worden. Diese wurden nun zielgerichtet in die Überarbeitung des Verfahrens integriert. Besonderes Augenmerk lag dabei auf einer stärkeren Ergebnis- und Patientenorientierung sowie der Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit. So wurden die einzelnen Kapitel und Kriterien unter den genannten Aspekten überarbeitet, um diese schließlich besser in den Sprachgebrauch der Einrichtungen zu bringen. Weiterhin stellte die Neufassung der Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) einen wichtigen Überarbeitungsgrund dar. Die daraus resultierenden Anforderungen wurden bei der Überarbeitung des Verfahrens berücksichtigt, sodass das überarbeitete Verfahren, nun als IQMP kompakt 2.0, zeitnah bei der BAR zur Begutachtung eingereicht werden kann – sobald die finalen Anforderungen veröffentlicht sind.

Neben der methodischen Weiterentwicklung hat das IQMG seine Aktivitäten im Bereich Wissenstransfer beibehalten. So wurden Schulungen und Seminare zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen und zu Fachthemen der Qualitätssicherung veranstaltet sowie ein IQMG-Newsletter eingerichtet. Zudem präsentierte sich die IQMG GmbH im Rahmen des 34. Reha-Kolloquiums in Nürnberg mit einem eigenen Informationsstand. Die Veranstaltung bot die Möglichkeit, mit Vertreter:innen der Einrichtungen direkt ins Gespräch zu kommen und die Vorteile des IQMP kompakt-Verfahrens sowie auf das Fortbildungsangebot des Instituts aufmerksam zu machen.

## Digitale Nachsorge

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat zum 1. Januar 2024 die Vergütungssätze für die digitale Reha-Nachsorge um 30 Prozent reduziert. Grundlage dieser Entscheidung waren Annahmen, dass der personelle Aufwand bei der digitalen Nachsorge um 30 Prozent geringer sei als bei der Präsenz-Nachsorge und die Sachkosten vergleichbar blieben. Diese Annahmen wurden von den Leistungserbringern als wissenschaftlich nicht fundiert und nicht mit den Erkenntnissen aus DRV-Modellprojekten übereinstimmend kritisiert. Die AG MedReha forderte daraufhin eine Neubewertung des Aufwands im Rahmen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit der DRV. Im März 2024 fanden erste Gespräche dazu statt, bei denen vereinbart wurde, dass die Leistungserbringer auf Basis nachvollziehbarer Zahlen den Aufwand gemäß dem neuen Rahmenkonzept darlegen. Kliniken des BDPK haben umfangreiche Nachweise eingereicht. Nach der Bewertung der „Expertengruppe Nachsorge Rehabilitation (EGNR)“ erfolgte durch das zuständige DRV-Gremium eine Anpassung der Vergütungssätze: Ab dem 1. Januar 2025 beträgt die Vergütung für digitale Nachsorge etwa 86 Prozent der Präsenz-Nachsorge. Dies stellt eine teilweise Korrektur der vorherigen Kürzung dar und wird vom BDPK als Schritt hin zu einer faireren Bewertung des tatsächlichen Aufwands gewertet.

## Erstattungsverfahren SodEG

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

Zwischenzeitlich hat das Bundessozialgericht am 17. Mai 2023 ein Urteil zur Auslegung des SodEGs in einem anderen Bereich gesprochen. Dieses Urteil gibt unserer Auslegungsweise recht: Die tatsächlich zugeflossenen vorrangigen Mittel sind vom zugrunde zu legenden Monatsdurchschnitt, nicht – wie von DRV und DGUV in den Erstattungsbescheiden vorgenommen – vom Höchstbetrag des Zuschusses abzusetzen.

Die DRV und DGUV sehen eine Übertragbarkeit des BSG-Urteils auf das Erstattungsverfahren für gegeben und nehmen eine Neubescheidung vor.

Mit Rundschreiben im Sommer 2024 informiert die DRV über die Vorgehensweise zur Neuberechnung der Schlussabrechnungen bzgl. des SodEG in Anwendung des Urteils des Bundessozialgerichts. Sie sind der Auffassung, dass die Urteilsgründe der BSG-Entscheidungen die Grundlage dafür geben, dass die DRV bei der Neuberechnung Einsparungen von variablen Kosten abziehen dürfen. Sie bieten den Einrichtungen für die Neuberechnung an, entweder einen pauschalen Abzug in Höhe von 25 Prozent von der Bemessungsgrundlage für die Einsparungen von variablen Kosten zu akzeptieren – die alten Bescheide würden damit ihre Gültigkeit behalten – oder darzulegen, welche Einsparungen konkret in den Zuschussmonaten erzielt wurden.

BDPK und mehreren Anwaltskanzleien sehen für die Vorgehensweise der DRV weder im SodEG noch im BSG-Urteil eine Rechtsgrundlage, denn Einsparungen werden bereits pauschal bei der Zuschusshöhe berücksichtigt und sie sind in § 4 SodEG nicht als Erstattungsanspruch geregelt. Die DRV versucht die Kliniken dazu zu bewegen, die bestehenden Bescheide zu akzeptieren und damit ihr bisheriges Vorgehen durchzusetzen.

Der BDPK hat den Einrichtungen Musterschreiben zur Verfügung gestellt, um auf dieses Vorgehen zu reagieren. Klagen sind bereits anhängig, aber noch nicht entschieden.

## **FAG "§ 16 Umsetzung Reha-RL - Wegfall Barthel-Index"**

Aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 die Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) angepasst. Der G-BA Beschluss legt u.a. die Einführung des SINGER-Patientenprofils nach § 16 Absatz 2 Reha-RL fest. Danach erfolgt die Darlegung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bei den Indikationen nach § 16 Absatz 1 Reha-RL mit dem SINGER-Patientenprofil (SPP). Seit Inkrafttreten der neuen Antragsunterlagen, die eine verpflichtende Anwendung des SPP im ärztlichen Befundbericht vorschreibt, treten u.a. indikationsübergreifend Probleme bei der Aufnahme von Patient:innen in medizinischen Reha-Einrichtungen auf. Darüber hinaus fehlt eine Überprüfung der Gütekriterien für den Einsatz des SPP im Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund hat der BDPK eine Facharbeitsgruppe eingerichtet und Gespräche mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) geführt. Zusätzlich ist der BDPK gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) an den G-BA herangetreten. Weitere Gespräche sind vorgesehen.

## Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

Im Rahmen der Fachausschusssitzung „Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Mutter, Vater Kind“ am 17. September 2024 fand u.a. ein Austausch mit Anne Janssen, MdB und ordentliches Mitglied im Ausschuss für Familien, Senioren, Frauen und Jugend statt. Schwerpunkt des Gesprächs war die aktuelle Situation und Probleme der Kinder- und Jugend-Reha sowie der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Anne Janssen wird den Dialog fortführen und entsprechende Positionen im Bundestag unterstützen.

## Mutter-/Vater-Kind

In den Facharbeitsgruppen wurden die Themen Rahmenempfehlungen (siehe auch [Kapitel Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen](#)), Umgang mit neuen Formen in der Familienkur sowie der Rückgang des Anteils an Mutter-/Vater-Kind Reha-Maßnahmen auf die Gesamtfallzahlen thematisiert.

## Kinder- und Jugendreha

Für die Kinder- und Jugendrehabilitationseinrichtungen bringen das neue Belegungs- und Vergütungssystem der DRVen große Umstellungen mit sich. Dies führte insbesondere zu falschen Wartezeitberechnungen, wodurch es trotz freier Bettenkapazitäten zu „Sperrungen“ der Einrichtungen bei der Belegung kam. Ein weiteres zentrales Thema für die Einrichtungen war die Einreichung von Begleitpersonenkonzepten und deren monetärer Bewertung. Der BDPK unterstützt zudem das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. als Beiratsmitglied. Im Bündnis sind nahezu alle Kinder- und Jugendrehaeinrichtungen organisiert. Mit rund 130 Teilnehmer:innen und kompetenten Referent:innen fand die Jahrestagung des Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen am 5. und 6. November 2024 in Berlin statt. Zwei Tage intensiver Austausch mit interessanten Vorträgen und Workshops zu Themen wie Personalgewinnung und den Folgen steigender psychischer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen seit der Corona-Pandemie boten wertvolle Impulse.

# Tarif und Personal

Der BDPK-Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauscht sich regelmäßig zur aktuellen Tarifsituation in Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgekliniken aus. Im Geschäftsjahr 2024/2025 standen zudem folgende Themen im Mittelpunkt.

## Tarifkomponente im DRV-Vergütungssystem

Der Fachausschuss hat sich im vergangenen Geschäftsjahr mit dem neuen Vergütungssystem der DRV beschäftigt, das ab 2026 angewendet werden soll. Es umfasst eine Tarifkomponente, die als pauschaler Zuschlag zur Deckung tarifbedingter Personalmehrkosten in acht Stufen vorgesehen ist. Diese Komponente gilt für Einrichtungen mit Tarifvertrag, kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder solchen, die auf sämtliche Inhalte eines Tarifvertrages in Betriebsvereinbarungen oder Einzelverträgen Bezug nehmen. Bei letzterem müssen mehr als 87 Prozent der Beschäftigten betroffen sein. Der Zuschlag richtet sich nach der durchschnittlichen Brutto-Entgeltsumme der vier Berufsgruppen, die mit dem Referenzwert der DRV-eigenen Einrichtungen verglichen, wird. Kritisch ist dabei, dass nur Tarifverträge trotz der Geltung der negativen Koalitionsfreiheit anerkannt werden und dass Kliniken selbst bei Anwendung oder einer Inbezugnahme von Tarifverträgen nicht von der Tarifkomponente der DRV profitieren können, weil sie zu weit vom Richtwert entfernt sind. Zudem sieht das neue Vergütungssystem keine Konvergenzphase für Kliniken vor. Die BDPK-Geschäftsstelle bleibt zu diesem Thema im Dialog mit den Entscheidungsträgern der DRV und der Bundespolitik.

## Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPR 2.0)

Mit Inkrafttreten der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) am 1. Juli 2024 wurde die PPR 2.0 für die Normalstationen der Somatik verbindlich eingeführt. Die Meldung für das vierte Quartal 2024 musste bereits bis zum 31. Januar 2025 erfolgen. Gegenstand der Beratungen im Fachausschuss waren unter anderem Erfahrungswerte zur Vorbereitung der Meldung.

Für die nicht erfolgte oder nicht fristgerechte Erfüllung der Meldepflichten waren zudem die Selbstverwaltungspartner gesetzlich verpflichtet, eine Sanktionsvereinbarung abzuschließen. In Anlehnung an die Inhalte der

neuen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)-Sanktionsvereinbarung haben sich die DKG und der GKV-SV am 16. Januar 2025 auf Eckpunkte verständigt, die im Fachausschuss beraten wurden. Hinweise der Mitglieder wurden laufend mit der DKG-Geschäftsstelle abgestimmt.

### **Neue PpUG-Sanktionsvereinbarung**

Die PpUG-Sanktionsvereinbarung gemäß § 137i Abs. 1 Satz 10 SGB V wurde zum 30. Juni 2024 mit Wirkung zum 31. Dezember 2024 gekündigt. Eine Einigung über deren Änderung konnte inzwischen erzielt werden. Kern der Neufassung ist, dass eine große Sanktion (Nichterfüllungsgrad von 66 Prozent) nur bei unterbliebener Übermittlung der vom Wirtschaftsprüfer attestierten Jahresmeldung nach § 11 KHEntgG bis zum Beginn der nächsten Budgetverhandlungen greift. Zudem wurden Fristverstöße bei Jahres- und Quartalsmeldungen entschärft. Über den aktuellen Stand und die Schwerpunkte der Verhandlungen wurde im Fachausschuss beraten.

### **Pflegefachassistenzausbildung**

Das Bundeskabinett hatte einen Gesetzentwurf über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistenzausbildung (Pflegefachassistenzeinführungsgesetz - PflAssEinfG) verabschiedet. Dieser sah eine bundeseinheitliche 18-monatige Pflegefachassistenzausbildung vor. Die Forderung des BDPK, die auch Teil des Koalitionsvertrages war, dass Reha-Einrichtungen zur Pflegeausbildung berechtigt werden, wurde im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt.

Der BDPK war vom BMG und BMFSJ aufgefordert worden, eine Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistenzausbildung abzugeben. Im Referentenentwurf war u.a. offengelassen, ob eine 12-monatige oder 18-monatige Ausbildung bundesweit eingeführt werden soll. Um diese und weitere Fragen zu klären, hatte der BDPK eine Sondersitzung zur Abstimmung der Stellungnahme zum Referentenentwurf durchgeführt und an der Ministeriumsanhörung teilgenommen. Der BDPK hatte sich für beide Formen der Ausbildung ausgesprochen in Form eines gestuften Systems. Zudem wurde in der Anhörung die Aufnahme der Reha-Einrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung sowohl für die Pflegefachkräfte als auch

für die Pflegefachassistenzkräfte gefordert. Beide Forderungen wurden im Gesetzentwurf nicht übernommen.

Zur Forderung, dass Reha-Einrichtungen als Träger der praktischen Pflegeausbildung zugelassen werden, hat der BDPK eine [Pressemitteilung](#) veröffentlicht und die Bundestagsabgeordneten angeschrieben. Für die Landesverbände und Reha-Einrichtungen wurden ein Musteranschreiben, ein [Faktenblatt](#) und eine Muster-[Pressemitteilung](#) zur Verfügung gestellt.

Das Gesetz wurde aufgrund der vorzeitigen Beendigung der Ampel-Koalition nicht verabschiedet. Der BDPK wird sich auch in der kommenden Legislaturperiode für die Pflegeausbildung in Reha-Einrichtungen einsetzen.

## **KlinikRente**

Das KlinikRente Versorgungswerk wurde 2002 auf Initiative des BDPK gegründet. Mit mehr als 6.000 Mitgliedsunternehmen bildet es den Branchenstandard für privatwirtschaftlich organisierte betriebliche Vorsorge. Über 137.000 Beschäftigte nutzen das Versorgungswerk für die Altersvorsorge oder die Einkommensabsicherung im Falle der Berufsunfähigkeit. Seit April 2025 ist die Angebotspalette um die KlinikRente.bKV (betriebliche Krankenversicherung) erweitert. „Unser Erfolg im Jahr 2024 zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wir haben es geschafft, das Vertrauen unserer Versicherten zu stärken und gleichzeitig neue Mitglieder zu gewinnen. Dies bestätigt unsere Strategie, auf Qualität, Sicherheit und maßgeschneiderte Lösungen für das Gesundheitswesen zu setzen“, erklärt Hubertus Mund, Geschäftsführer von KlinikRente.

## **Gesamtverzinsung 2025 weiter auf hohem Niveau**

Für das Jahr 2025 bleibt es bei der starken Marke von mindestens 3,40 Prozent. Für 2023 und 2024 hatte das Versorgungswerk jeweils die Verzinsung angehoben. Nun festigt KlinikRente diesen hohen Zinssatz für die Alters- und Zukunftsvorsorge, und dass trotz deutlich rückläufiger Marktzinsen. Allerdings setzt sich bei der betrieblichen Altersvorsorge bei den Mitgliedsunternehmen der KlinikRente – unabhängig von der stabilen Gesamtverzinsung der während der Niedrigzinsphase begonnene Trend zu abgesenkten Garantien und kapitalmarktnahen Anlagen weiter fort. Immer

mehr Beschäftigte entscheiden sich bei der Entgeltumwandlung für kapitalmarktnahe Produkte, die langfristig höhere Renditechancen bieten.

### **Trend zur Mischfinanzierung hält weiter an**

Nach der Einführung des Mindestzuschusses zur Entgeltumwandlung entscheiden sich viele Arbeitgeber für höhere Arbeitgeberzuschüsse. Immer häufiger werden Zuschüsse zur Entgeltumwandlung oberhalb der gesetzlichen Mindestnorm zu einem signifikanten Merkmal einer hohen Arbeitgeberattraktivität. Dabei gehen die Zuschüsse bis zu 100 Prozent des Umwandlungsbetrags. Diese Entwicklung zeigt, dass die Mischfinanzierung in der betrieblichen Altersvorsorge immer beliebter wird.

In 2024 haben sich insgesamt mehr als 400 Unternehmen für KlinikRente entschieden. Damit stieg die Anzahl der Mitgliedsunternehmen auf über 6.400.

### **Neu: KlinikRente.bKV (betriebliche Krankenversicherung) ergänzt die Produktpalette**

Seit April 2025 bietet KlinikRente gemeinsam mit der Allianz Private Krankenversicherung eine betriebliche Krankenversicherung. Das Produktportfolio umfasst drei starke Budgettarife. Mit Gesundheit Basis, Gesundheit Komfort, Gesundheit Premium haben Arbeitgeber eine einfache auf den Bedarf von Kliniken zugeschnittene Auswahl. Diese lässt sich darüber hinaus mit allen bKV-Bausteinen der Allianz kombinieren.

### **17. Personalkongress der Krankenhäuser am 1./2. Dezember 2025**

Auf dem 17. Personalkongress in Köln geht es mit Top-Referentinnen und -Referenten der Krankenhausszene um die aktuellen Herausforderungen der HR-Arbeit im Krankenhaus. Die Kongressteilnehmerinnen und -Teilnehmer erwartet wieder ein spannendes Programm mit guten Möglichkeiten, sich auch untereinander auszutauschen. Mehr dazu finden Sie unter:

[www.klinikrente.de/personalkongress/2025](http://www.klinikrente.de/personalkongress/2025)

# Öffentlichkeitsarbeit

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

## Social Media

Der Verband fokussiert seine Social Media-Aktivitäten auf das Business-Netzwerk LinkedIn. Die Followerzahlen wachsen stetig (2.710 Follower, Stand: April 2025). Auf LinkedIn postet das Team des BDPK regelmäßig zu aktuellen Themen für die Bereiche Krankenhäuser sowie Rehabilitation und Pflege. Die Nutzung des Business-Netzwerks ermöglicht eine schnelle und unkomplizierte Kommunikation der Verbandsinhalte sowie einen Austausch mit Stakeholdern aus Politik und Wirtschaft.

Zur Verbreitung der BDPK-Positionen für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hat der BDPK zu den wesentlichen Schwerpunktthemen aus den Bereichen Krankenhäuser sowie Rehabilitation und Pflege Social Media-Posts entwickelt und veröffentlicht. Landesverbände und Mitgliedskliniken sind aufgefordert, diese Kampagne auf LinkedIn zu unterstützen. Dafür stehen Texte und Grafiken zur Verfügung.

## Kampagne "Reha. Macht's besser!"

Auch im fünften Jahr setzt die Kampagne „Reha. Macht's besser!“ ihren Fokus darauf, die gesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitation hervorzuheben und ihr Ansehen zu verbessern. Der strategische Plan für die Online-Kommunikation über Social Media richtet sich gezielt an verschiedene Gruppen – darunter Patient:innen, Beschäftigte, Ärzt:innen, Familienangehörige und weitere Akteur:innen der Reha-Branche.

Im September 2024 rief die Initiative alle Akteur:innen zu einer konzertierten öffentlichkeitswirksamen Aktion unter dem Motto "Pflegeausbildung, das

können wir!“ auf. Im Rahmen der Initiative hat die BDPK-Geschäftsstelle Materialien erstellt, u. a. Musteranschreiben an Abgeordnete mit der Aufforderung „Was werden Sie tun?“, Musterpressemeldungen, Faktenblatt zur Pflegeausbildung, Flyer, Social Media-Grafiken und Plakate.

Auf der Webseite sowie über Social Media ([Facebook](#) und [Instagram](#)) informiert „Reha. Macht's besser!“ zu zentralen Reha-Themen. Reha-Einrichtungen haben die Möglichkeit, die digitalen Kanäle der Kampagne zu nutzen, um ihre Sichtbarkeit zu erhöhen und das Reha-Image bundesweit zu stärken.

## **Veranstaltungen**

### **BDPK-Bundeskongress 2024**

Der BDPK-Bundeskongress 2024 fand am 13. Juni in Berlin unter dem Motto „Sackgasse Staatsmedizin“ statt. Hochkarätige Impulsvorträge und Diskussionsrunden zur Krankenhausreform sowie zu aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation brachten Vertreter:innen aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft und Praxis zusammen und machten den Kongresstag zu einem erfolgreichen Branchentreffen.

[Berichte und Bilder zum BDPK-Bundeskongress 2024](#)

### **21. Deutscher Reha-Tag 2024: Erfolgreiche Auftaktveranstaltung in Berlin**

Rehabilitationsleistungen sind nicht nur gesetzlich festgelegte Sozialleistungen, die darauf abzielen, die körperliche, geistige und soziale Funktionsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen zu verbessern oder wiederherzustellen, sondern spielen auch eine entscheidende Rolle für die Teilhabe chronisch kranker Menschen am Leben in der Gemeinschaft. „Zugangswege – so geht's zur Reha“ lautete deshalb das Motto des 21. Deutschen Reha-Tags. Die offizielle Auftaktveranstaltung fand am Freitag, 11. Oktober 2024 in Berlin, im Gebäude der Diakonie Deutschland statt. Mit dabei waren Gesundheits- und Sozialpolitiker:innen, Verantwortliche aus dem Bundesgesundheits- und Arbeitsministerium sowie Vertreter:innen der Leistungsträger und -erbringer.

## **Pressemitteilungen**

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

[25.06.2024 Appell des BDPK an die Gesundheitspolitik](#)

28.06.2024 Private Krankenhausträger sind Teil der Lösung, nicht des Problems

17.07.2024 BDPK stellt Führungsspitze neu auf

04.09.2025 Ausbildung Pflegeassistenz: Wertvolles Potenzial weiter ungenutzt

24.09.2024 Krankenhausreform gelingt nur mit Kompromissbereitschaft

11.11.2024 Nach Ampel-Aus: Privatkliniken fordern Aufschub der Krankenhausreform

22.11.2024 Bundesrat vergibt die Chance zur Korrektur

27.01.2024 BDPK fordert Effizienzsteigerung durch Abbau unnötiger Vorschriften

### **BDPK-News in f&w**

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

Die BDPK-Beiträge können Sie auf [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de) lesen und als PDF herunterladen.

# Statistiken

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

[Weiterlesen.](#)

# Gremien

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

Vorstand

Mitgliederrat

Fachausschuss Krankenhäuser

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

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

# Partner und Kooperationen

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

## **4QD - Qualitätskliniken.de GmbH**

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

## **Aktion Saubere Hände**

Die Aktion „Saubere Hände“ ist eine seit Anfang 2008 durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Kampagne zur Verbesserung des Händehygieneverhaltens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der Ambulanten Medizin.

## **Aktionsbündnis Patientensicherheit**

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

## **Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation**

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

## **Arbeitskreis Gesundheit**

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

## **Bündnis Kinder- und Jugendreha**

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

## **Deutsche Krankenhausgesellschaft**

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

## **Deutscher Reha-Tag**

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

## **Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen**

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

## **Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung**

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

## **Deutsche Vereinigung für Rehabilitation**

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

### **Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**

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

### **Europäischer Gesundheitskongress München**

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

### **European Union of Private Hospitals**

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

### **führen & wirtschaften im Krankenhaus**

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

### **Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung**

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

sozialpolitische Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert werden.

### **GRB - Gesellschaft für Risiko-Beratung**

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

### **Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

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

### **KlinikRente**

KlinikRente ist das Branchenversorgungswerk für Betriebsrenten in der Gesundheitswirtschaft. Mehr als 4.400 Unternehmen nutzen bereits die Vorteile.

### **Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer/BAR**

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

### **Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)**

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

### **Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands**

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

### **Verein elektronische Fallakte**

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

# Nach IQMP zertifizierte Kliniken

Eine Übersicht der zertifizierten ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen ist auf der Webseite des IQMG zu finden:

[IQMP kompakt-Zertifizierungen](#)

[IQMP-Reha-Zertifizierungen](#)

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

# Impressum

## Herausgeber

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

Friedrichstraße 60

10117 Berlin

Telefon: 030 - 2 40 08 99 - 0

Telefax: 030 - 2 40 08 99 - 30

E-Mail: [post@bdpk.de](mailto:post@bdpk.de)

[www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)

## BDPK Bundesgeschäftsstelle

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer

Antonia Walch, Stellvertretende Geschäftsführerin

Letizia Cappelletti, Geschäftsbereich Rehabilitation

Johanna Fiedler, Geschäftsbereich Krankenhäuser (bis 30.06.2024)

Katrin Giese, Pressesprecherin

Dr. Miralem Hadzic, Geschäftsbereich Rehabilitation

Laila-Felicia Kattelman, Geschäftsbereich Krankenhäuser (ab 01.10.2024)

Susanne Kliemt-Yurdakul, Geschäftsstellenleiterin (ab 01.10.2024)

Pete Kwak, Geschäftsbereich Krankenhäuser

Klaus Mehring, Geschäftsstellenleiter (bis 31.12.2024)

Antonia von Randow, Pressesprecherin (in Elternzeit)

Petra Voß, Sekretariat und Organisation

Konstanze Zapff, Geschäftsbereich Rehabilitation

## Redaktion

Katrin Giese