Geschäftsbericht 2016/17

des Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e.V.

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzgebung 9
2. Krankenhäuser 21
   - Gesetzgebung und ihre Folgen 22
   - Gleiche Rahmenbedingungen für alle Kliniken 32
   - Finanzierung: Patientenversorgung kostet Geld 36
   - Qualität im Krankenhaus 42
   - E-Health und IT-Sicherheit 49
3. Rehabilitation 53
   - Leistungserbringer stärken 54
   - Gute Qualität und unbürokratischer Zugang für alle 58
   - Leistungsgerechte Vergütung 66
   - Kinder-Reha wird zur Pflichtleistung 86
   - Wahlrecht für Mutter-Vater-Kind-Reha 90
   - Vernetzung stärkt Akteure im Reha-Bereich 92
4. Qualitätsinitiativen im BDPK 97
   - Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) 98
   - Qualitätskliniken.de für Reha-Einrichtungen 106
   - Stiftung Initiative Qualitätskliniken 107
5. Tarif und Personal 111
   - Pflegeberufsgesetz in der Diskussion 112
   - Entlassmanagement mit bürokratischen Hürden 113
   - Änderungen beim Arbeitnehmerüberlassungsgesetz 114
   - Raus aus dem Fachkräftemangel 115
   - Im Aufwärtstrend: KlinikRente 116
6. Öffentlichkeitsarbeit 119
   - Veranstaltungen 120
   - Pressemitteilungen 126
   - Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen 128
   - BDPK-Newsletter 131
7. Informationen 133

Impressum 182

Der Vorstand

Der Vorstand

Dr. Katharina Nebel
Präsidentin

Dr. Michael Philippi
1. Vizepräsident

Dr. Francesco De Meo
2. Vizepräsident

Dr. Hans-Heinrich Aldag

Dr. Markus Hamm

Dr. Marina Martini

Ilona Michels

Berthold Müller

Herbert-M. Pichler

Ellio Schneider

Dr. Dr. Martin F. Siebert

Dr. Thomas Wolfram

Wettbewerb dient guter Patientenversorgung

Es ist populär, über unser ökonomisiertes Gesundheitswesen zu schimpfen. Die Argumente der Kritiker klingen logisch und bieten echtes Empörungspotenzial. Es kann doch wohl nicht wahr sein, dass man mit der Behandlung von kranken Menschen Geld verdient! So oder so ähnlich lautet die gebetsmühlenartig vorgetragene Kritik.

Ja, es ist richtig, wir haben uns in Deutschland für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen entschieden. Richtig ist auch, dass diese Entscheidung Nachteile mit sich bringt. Nur wer Leistungen in der Patientenversorgung erbringt, wird auch dafür bezahlt. Andersherum gesagt: Haben Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Apotheken eine Leistung nicht erbracht, erhalten sie kein Geld. Dieses System schafft für die Leistungserbringer den Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen, und man kann die kritische Frage stellen, ob das in allen Fällen immer zum Vorteil des Patienten ist. Aber dieses System bietet eben auch den unschätzbaren Vorteil, dass sich die Bürger in Deutschland darauf verlassen können, ohne nennenswerte Wartezeiten eine gute medizinische Versorgung mit allen zugelassenen Gesundheitsleistungen zu erhalten. Der Wettbewerb verhindert Rationierung! Davon profitieren ältere und schwerkranke Menschen in der Gesellschaft.
Als weiteren Nachteil führen kritische Stimmen an, dass die Leistungserbringer gezwungen sind, sich eigenverantwortlich und unternehmerisch zu verhalten. Sie erhalten für den Behandlungsauftrag eine begrenzte Summe Geld, mit der sie eine möglichst gute Behandlung des Patienten organisieren müssen. Mit diesen Mitteln müssen die Leistungserbringer auskommen. Wer das nicht schafft, läuft Gefahr wegen Insolvenz aus dem Markt auszuscheiden. Vor allem den Krankenhäusern wird vorgeworfen, dass sie seit der Einführung der DRGs massiv Pflegestellen abgebaut haben. Damit – so die Kritiker – sei doch bewiesen, der Wettbewerb wäre schuld. Er mache Patienten und Pflegepersonal krank.

Ja, es ist richtig, die Zahl der in den Krankenhäusern tätigen Pflegekräfte hat sich seit Mitte der Neunzigerjahre reduziert. Eine Folge der auch im Krankenhaus immer weiter voranschreitenden Arbeitsteilung, des medizinischen Fortschritts und der Produktivitätssteigerung. Die gibt es im Übrigen nicht nur im Krankenhaus, sondern

in allen Bereichen unseres gesellschaftlichen Lebens. Aber das System beweist auch, dass es sinnvoll reagiert. Während im Jahr 2007 insgesamt noch 392.896 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst tätig waren, konnte die Zahl bis 2015 auf 426.838 erhöht werden. Dies bedeutet einen Anstieg um neun Prozent. Vielleicht wäre der Anstieg noch höher ausgefallen, wenn die Bundesländer endlich die notwendigen Investitionen in moderne medizinische Geräte und eine bessere Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen übernehmen würden, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind. Dann nämlich müssten die Krankenhäuser nicht bei den Betriebskosten und damit beim Personal sparen, um den Investitionsstau zu kompensieren.

Kritisiert wird auch die Eigenverantwortlichkeit des einzelnen Leistungserbringers. Geht sie doch mit der Maßgabe einher, wirtschaftlich und ökonomisch vernünftig mit den gegebenen Ressourcen umzugehen. Nicht alles, was wünschenswert oder angebracht erscheint, wird auch finanziert. Aber so wird Verschwendung durch zu hohe Kosten oder durch unnötige medizinische Behandlungen vermieden. Denn Fakt ist: Die Gelder für unser Gesundheitswesen werden zwar von den kranken Menschen verbraucht, müssen aber von allen, also auch den gesunden Bürgern aufgebracht werden. Die Bereitschaft, deutlich mehr Geld für das Gesundheitswesen aufzubringen, ist aber begrenzt. Deshalb ist ein wettbewerbliches Gesundheitssystem trotz aller Kritik fair. Es dient dem solidarischen Zusammenhalt in unserer Gesellschaft zwischen gesunden und kranken sowie zwischen reichen und armen Menschen.

Zur Wahrheit gehört auch, dass wir keinen ungehemmten und ökonomisch entfesselten Wettbewerb in unserem Gesundheitswesen haben. Es existiert eine Vielzahl von Marktregeln in Form von Leitplanken, die den Wettbewerb in medizinisch und ethisch sinnvolle Bahnen lenken. Dazu ist als Erstes die Verpflichtung eines jeden Leistungsanbieters zu nennen, jeden behandlungsbedürftigen Patienten zu versorgen. Die Zulassung, der Abschluss eines Versorgungsvertrages oder die Aufnahme in den jeweils geltenden Krankenhausplan verpflichten jeden Akteur, den Patient im Rahmen seines Versorgungsauftrages zu behandeln. Risikoselektion ist wirksam ausgeschlossen.

Ein wesentlicher Vorteil eines wettbewerblich orientierten Gesundheitswesens liegt darin, dass die Leistungserbringer als Marktteilnehmer gezwungen sind, Patienten gut und schnell zu versorgen. Denn die Patienten haben die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern. Dabei können sie auf eine Vielzahl von Meinungen zu Beratungsangeboten von behandelnden Ärzten, Kliniken, Familienangehörigen und auf spezielle im Internet verfügbare Qualitätsbewertungsportale zurückgreifen. Eine schlechte Patientenversorgung wird öffentlich und hat unmittelbaren Einfluss auf die Wahlentscheidung des Patienten. Dann bekäme der Leistungserbringer auch kein Geld und müsste früher oder später aus dem Markt ausscheiden.

Ja, es gibt schon viele angebrachte Kritikpunkte an unserem Gesundheitswesen. Aber eine faire Debatte darüber erfordert eben auch, seine positiven Seiten zu würdigen und sich mit den Alternativen im Hinblick auf den schnellen Zugang, die Verfügbarkeit, die Innovationfähigkeit, die Patientenorientierung und eine gute Kosteneffizienz auseinanderzusetzen. Dies lehren uns nicht zuletzt die Erfahrungen aus dem US-amerikanischen Präsidentschaftswahlkampf.

Wir wünschen uns für die nächste Legislaturperiode neuen Mut für eine konstruktive und ehrliche Debatte zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems nach dem Motto Evolution statt Revolution. Es hat uns gut und sicher durch die letzten Jahrhunderte begleitet.

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. Gesetzgebung

Die Legislaturperiode des 18. Deutschen Bundestages neigt sich dem Ende. Am 24. September 2017 wird der 19. Deutsche Bundestag gewählt. Dies bietet die Gelegenheit, auf die positiven, aber auch die negativen Meilensteine der Entscheidungen der Bundesregierung zurückzublicken.

Die Bundesregierung hat Wort gehalten und die budgetierten Ausgaben für Leistungen der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung um den demografischen Faktor nach oben angepasst. Bis zum Jahr 2020 soll das Reha-Budget um insgesamt 1,3 Milliarden Euro ansteigen. Damit wird ein wichtiger Impuls zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit von beschäftigten Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft gegeben. Die Deutsche Rentenversicherung hat so deutlich mehr Möglichkeiten, mit Rehabilitation sinnvolle Beschäftigungssicherung bei einer alternden Gesellschaft zu betreiben.

Besonders sinnvoll ist auch zu bewerten, dass Rehabilitationsleistungen nun als Pflichtleistungen der Deutschen Rentenversicherung festgeschrieben sind. Eine entsprechende Änderung des SGB VI ist in dieser Legislaturperiode mit dem Flexi-Rentengesetz erfolgt.

Auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat es wichtige Initiativen der deutschen Bundesregierung für mehr Rehabilitation gegeben. So wurde im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen das Konzept der Pflegebegutachtung verbessert. Nun sollen bei der Pflegebegutachtung deutlich stärkere Akzente auf die noch bestehenden Reha-Potenziale gelegt werden. Die klare Erwartung der Bundesregierung ist, dass eine deutlich höhere Zahl von Pflegeantragstellern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, um den Grundsatz Rehabilitation vor Pflege mit Leben zu erfüllen.

Als einen weiteren Meilenstein für einen bedarfsgerechten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation darf man die Änderung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses einstufen. Nach mehr als zehn Jahren ist es endlich gelungen, im Gemeinsamen Bundesausschuss zu vereinbaren, das zweistufige Verordnungsverfahren und das Verordnungsverbot für

nicht speziell weitergebildete Vertragsärzte zu streichen. Nun sind alle niedergelassenen Ärzte endlich wieder berechtigt, Rehabilitation zu verordnen, wenn dies medizinisch sinnvoll ist.

Auch für die neue Legislaturperiode bleibt es ein vordringliches Ziel des BDPK sich unablässig dafür einzusetzen, einen medizinisch bedarfsgerechten Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu erreichen. Denn für die Frage, ob medizinische Rehabilitation erbracht wird, ist und bleibt ausschließlich die medizinische Einschätzung des behandelnden Arztes maßgeblich.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat die Bundesregierung eine große und bedeutsame Reform verabschiedet, die die deutsche Krankenhauslandschaft auf längere Sicht deutlich verändern wird.

Es hat wichtige finanzielle Verbesserungen für die Krankenhäuser in Form des Pflegezuschlages, der Aufhebung des Degressionseffektes bei steigenden Leistungsmengen im Landesbasisfallwert und der Einführung einer anteiligen Tarifausgleichsrate gegeben. Damit wird die wirtschaftliche Basis der Krankenhäuser gestärkt.

Auf der anderen Seite aber wird wieder deutlich eingegriffen. So hat der Gesetzgeber aus unserer Sicht den Sündenfall begangen und in die neutrale Kalkulation des DRG-Systems eingegriffen. Bei sogenannten mengenanfälligen Fallpauschalen wird nun das Kalkulationsergebnis um einen politischen Faktor korrigiert. Damit besteht die Gefahr, dass nun auch künftig immer wieder nach gesundheitspolitischer Wetterlage in die Kalkulation des DRG-Systems eingegriffen wird.

Genauso fragwürdig erscheint die Einführung des Fixkostendegressionsabschlags, der den bisherigen Mehrleistungsabschlag ersetzt. Obwohl ausdrücklich ein Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gewollt ist und dies bedeutet, dass sich die Patienten im Idealfall in den besten Krankenhäusern behandeln lassen, beeinträchtigt der Fixkostendegressionsabschlag in nicht nachvollziehbarer Weise den Qualitätswettbewerb. Nun werden plötzlich die besseren Krankenhäuser mit mehr Patienten mit dem Fixkostendegressionsabschlag zur Kasse gebeten, was die Investition in eine bessere Behandlungsqualität fragwürdig erscheinen lässt. Je höher der zu verhandelnde Fixkostendegressionsabschlag ausfällt, desto unsinniger wird eine gute Behandlungsqualität, die zwangsläufig auch zu mehr Patienten führt.

Dennoch sind die qualitativen Schwerpunkte der Bundesregierung sehr zu begrüßen. Allem voran die Gründung des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das die Aufgabe hat, auf wissenschaftlich nachvollziehbarer Basis eine möglichst sektorübergreifende Qualitätsbewertung zu entwickeln und in einem patientenverständlichen Vergleichsportal abzubilden. Weiterhin werden planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickelt, die von den Bundesländern bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollen. Damit wird der Fokus auf eine objektive Qualitätsbewertung und einen nachvollziehbaren Qualitätsvergleich gerichtet und wichtige Impulse für eine stetig steigende Versorgungsqualität gegeben.

Neben diesen sinnvollen Elementen des Qualitätswettbewerbs greift die Bundesregierung aber auch zum wenig sinnvollen planwirtschaftlichen Element der verbindlichen Personalvorgaben in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Damit begegnet sie dem steten Druck der Gewerkschaft Verdi nach mehr Pflegekräften in den Krankenhäusern. In der Expertenkommission des Bundesministeriums für Gesundheit werden zurzeit Konzepte zum Einsatz von mehr Pflegekräften für alle Krankenhäuser entwickelt. Bleibt zu hoffen, dass die Verantwortlichen dabei im Blick behalten, wie viel Pflegekräfte verfügbar sein werden und wie die Finanzierung erfolgen soll.

Wenn die Politik entsprechende Vorgaben machen will, obwohl der Personaleinsatz eigentlich Aufgabe des Krankenhauses ist, muss sie auch die daraus folgende Finanzierungslast sicherstellen. Es bleibt unsere Grundüberzeugung, dass zu viel staatliche Regulierung nicht immer zu sinnvollen Ergebnissen führt. Wenn der Staat regelt, übernimmt er damit auch die finanzielle Verantwortung. Die Erfahrung lehrt, dass er dieser Verantwortung nicht immer gerecht wird. Weder sorgt er dafür, dass die Krankenhäuser die Tariflohnsteigerungen finanzieren können, noch werden die Bundesländer ihrer eindeutig gesetzlich geregelten Verpflichtung

zur Sicherstellung der Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern gerecht.

An diesen Stellen muss auch in der neuen Legislaturperiode viel Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Kooperationen ausbauen

Interview mit Heike Baehrens, SPD, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag, Berichterstatterin für Rehabilitation der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Fraktion

Was waren die wichtigsten Erfolge der Bundesregierung in Bezug auf Reha vor Pflege? Gibt es etwas, das Sie sich noch gewünscht hätten zu erreichen?

Sehr wichtig ist, dass es nun endlich gelungen ist, das Pflegeverständnis im SGB XI neu zu fassen und das Verfahren der Begutachtung zu reformieren. So verändert sich der Blick auf die Pflegebedürftigkeit. Im Vordergrund steht nun, noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und zu stärken. Damit wird auch der Bedarf an Rehabilitation besser erfasst.

Leider ist es noch immer so, dass Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen nur nach einem Sturz oder Trauma eingeleitet werden. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten in der geriatrischen Rehabilitation kommt direkt aus dem ambulanten Bereich. Bei der früheren Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK wurde äußerst selten eine Rehabilitationsempfehlung gegeben. 2013 lag die Quote bei 0,4 Prozent. Das ist deutlich zu wenig. Daher haben wir mit dem PSG II ein bundeseinheitlich strukturiertes Verfahren eingeführt, um bei der Pflegebegutachtung stärker als bisher den rehabilitativen Bedarf zu erfassen. Wenn mehr Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden, ist dies ein großer Gewinn für die Lebensqualität der Betroffenen. Und es ist ein Fortschritt, um dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ mehr Geltung zu verschaffen.

Für die Zukunft brauchen wir auch noch eine deutliche Stärkung der ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebote. Dafür ist es notwendig, die Strukturanforderungen in diesem Bereich zu überprüfen und die Kooperation mit den Pflegeheimen auszubauen.

Ist es zukunftsfähig, dass Krankenkassen als Versicherung weiterhin über die Gewährung von Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege entscheiden sollen, obwohl sie für die Folgen von Pflegebedürftigkeit nicht zuständig sind? Wo liegen hier Ansatzpunkte für die SPD?

Vielleicht sollten wir auch den Ärzten zutrauen und vielleicht auch zumuten, mehr Entscheidungsverantwortung zu übernehmen. Wenn ein Rehabilitationsantrag medizinisch gut begründet ist, dann sollte es für die Kassen keine Ausflucht geben, diesem auch stattzugeben. Obwohl mir das „Töpfchendenken“ zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung nicht gefällt, weiß ich natürlich, dass finanzielle Anreize in der Regel helfen können. Daher sollte durchaus geprüft werden, inwiefern die Pflegeversicherung von Rehabilitationsmaßnahmen profitiert und an den Kosten der Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beteiligt werden kann.

Die Pflegeversicherung als zusätzlichen Kostenträger in der Rehabilitation zu verankern, halte ich jedoch nicht für zielführend, da es zu neuen Abgrenzungsschwierigkeiten führen würde.

Warum dürfen souveräne Patienten nicht aufzahlungsfrei unter den zugelassenen Vertrags-Reha-Kliniken wählen? Ist die Auswahl der Klinik durch die Krankenkasse sachgerecht?

Zunächst einmal: Wir haben in dieser Legislaturperiode mit dem Versorgungsstärkungsgesetz das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten gestärkt. Krankenkassen sind nun verpflichtet, auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die familiäre sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Betroffenen Rücksicht zu nehmen. Auch wurde die Anwendung dieses Wunsch- und Wahlrechts entsprechend auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge ausgeweitet, insbesondere auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Das ist ein wichtiger Schritt, damit auch hier den Wünschen der Antragstellerinnen und Antragsteller stärker Rechnung getragen wird. Dass die Krankenkassen zur Erbringung der Rehabilitationsleistung eine zugelassene Rehabilitationseinrichtung auswählen, ist zunächst einmal sachgerecht, wenn dies unter Wirksamkeits- und Qualitätsgesichtspunkten geschieht. In dieser Legislaturperiode haben wir immerhin erreicht, dass Versicherte bei der Wahl einer anderen als der vorgeschlagenen Einrichtung keine Mehrkosten tragen müssen, wenn ihr Wunsch angemessen ist. An dieser Stelle geht mein Appell eindeutig an die Krankenkassen, ihren Ermessensspielraum zu nutzen und den Patientinnen und Patienten solche Wahlmöglichkeiten zu gewähren. Das ist gerade auch dann wichtig, wenn Ärzte aus medizinischen oder psychosozialen Gründen Empfehlungen aussprechen.

Zentrale Vorgaben sind keine Lösung

Interview mit Lothar Riebsamen, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag, CDU

Was sind die wichtigsten Erfolge im KHSG? Gibt es etwas, das Sie sich noch gewünscht hätten zu erreichen?

Das KHSG ist neben den Pflegestärkungsgesetzen die bedeutendste Reform im Gesundheitsbereich in dieser Wahlperiode. Neben der generellen Unterstützung der Krankenhäuser durch die Umwandlung des Versorgungszuschlags in den Pflegezuschlag sowie das Pflegestellenförderprogramm ist insbesondere die Abschaffung der sogenannten „Kollektivhaftung“ ein großer Schritt zur Sicherung der Krankenhausversorgung. Darüber hinaus sehe ich besonders den Strukturfonds als wichtige Weichenstellung im Rahmen des KHSG an. Durch den Fonds ist es möglich, Strukturveränderungen wie Umwandlungen in Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen oder andere Nachnutzungen sowie erstmals sogar Schließungen von Einrichtungen zu fördern.

Darüber hinaus wünsche ich mir, dass die Bundesländer ihrer Aufgabe zur Finanzierung der Investitionen nachkommen.

Ist die CDU davon überzeugt, dass die Einführung verbindlicher Personalmindestvorgaben für Krankenhäuser im Hinblick auf eine bessere Patientenversorgung sinnvoll und mit der wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Krankenhäuser vereinbar ist?

Im Zuge des KHSG wurde auch beschlossen, eine Experten-Kommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ einzurichten. Diese Kommission hat nun die Ergebnisse ihrer Arbeit vorgestellt, unter anderem im Bereich Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. So werden nun die beteiligten Vertragsparteien damit beauftragt, diese Untergrenzen bis Mitte nächsten Jahres festzulegen. Persönlich stehe ich – bei allem Verständnis für das gewünschte und natürlich erstrebenswerte Ziel – allzu starren Vorgaben im Personalbereich kritisch gegenüber. Je zentraler etwas vorgegeben wird, desto weniger ist es möglich, auf lokale und regionale Gege-

benheiten einzugehen. Dies halte ich allerdings für unbedingt notwendig, da wir in Deutschland eine extrem heterogene Klinikstruktur haben. Leider spielt auch hier die bereits erwähnte Unterfinanzierung im Investitionsbereich mit hinein. Die zentrale Frage bleibt meiner Ansicht nach allerdings, ob es auch bei optimalen Rahmenbedingungen gelingt, überhaupt genügend Pflegepersonal zu bekommen. Aufgrund des mit dem demografischen Wandel einhergehenden Fachkräftemangels wird es in Zukunft immer schwieriger werden, alle Stellen zu besetzen. Daher gilt es zusätzlich die Attraktivität der Pflege zu steigern, beispielsweise durch eine Neuregelung der Ausbildung.

Die Kritik am derzeitigen Vergütungssystem für Krankenhäuser (DRG und Investitionsfinanzierung) nimmt zu. Wo sehen Sie den Weiterentwicklungsbedarf oder brauchen wir ein neues Vergütungssystem?

Wie bereits mehrfach erwähnt, kann ich diese Kritik in Teilen absolut nachvollziehen. Allerdings gilt es zu unterscheiden! Das DRG-System selbst hat sich bewährt. Mit der Einführung der Fallpauschalen ist ein deutlich effizienteres Krankenhauswesen in Deutschland entstanden. Die Anzahl der Betten konnte ebenso reduziert werden wie die durchschnittliche Liegedauer. Kurzum: das DRG-System ist, was die Abrechnung der laufenden Kosten betrifft, eine Erfolgsgeschichte! Dass aus diesen Mitteln für die laufenden Kosten permanent Gelder für Investitionen entzogen werden und entzogen werden müssen, macht mich wütend. Wie bereits oben erwähnt, würde ich mir in diesem Bereich eine deutliche Weiterentwicklung wünschen. Entweder hin zu einer – dann genauer zu definierenden – Monistik oder hin zu einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung vonseiten der Bundesländer, wie es sie eigentlich bereits seit vielen Jahren geben sollte. Dabei sehe ich große Schwierigkeiten darin, Zweitgenanntes vor dem Hintergrund der sogenannten „Schuldenbremse“ zu realisieren.

Zeitstrahl Gesetze 2016 – 2017

2016

- 2. Pflegestärkungsgesetz
  1.1.2016 Inkrafttreten
- Krankenhausstrukturgesetz
  1.1.2016 Inkrafttreten
- E-Health-Gesetz
  1.1.2016 Inkrafttreten
- Vergaberechtsmodernisierungsgesetz
  17.4.2016 Inkrafttreten
- Pflegeberufsgesetz
  seit 30.5.2016 Anhörung Gesundheitsausschuss / weiterer Zeitplan unklar
- Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
  4.6.2016 Inkrafttreten
- 2. Gesetz zur Änderung des Telemediengesetzes
  27.7.2016 Inkrafttreten
- Transplantationsregistergesetz
  1.11.2016 Inkrafttreten
- Bundesteilhabegesetz
  16.12.2016 Verabschiedung / die Teile 1 (Allgemeiner Teil) und 3 (Schwerbehindertenrecht) des SGB IX treten am 1.1.2018, Teil 2 (Eingliederungshilfe) tritt zum 1.1.2020 in Kraft
- NIS-RL-Umsetzungsgesetz
  19.12.2016 Ministeriumsanhörung zum Referentenentwurf BMI weiterer Zeitplan nicht festgelegt

2017

- Flexirentengesetz
  1.1.2017 Inkrafttreten
- PsychVVG
  1.1.2017 Inkrafttreten
- 3. Pflegestärkungsgesetz
  1.1.2017 Inkrafttreten
- Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
  25.1.2017 Anhörung im Gesundheitsausschuss
- Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen
  15.2.2017 Regierungsentwurf
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
  16.2.2017 2./3. Lesung Bundestag
- Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz
  9.3.2017 1. Lesung im Bundestag
- Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes
  1.4.2017 Inkrafttreten

2. Krankenhäuser

Betrachtet man die wichtigsten Gesetzgebungsverfahren dieser Legislaturperiode für Krankenhäuser (KHSG, PsychVVG), beschleicht einen die Sorge, dass es mit dem Vertrauen in unser System der Krankenhausfinanzierung nicht mehr weit her ist. Die verantwortlichen Entscheider sehen die Lösung der relevanten Versorgungs- und Finanzierungsprobleme offenbar in mehr Regulierung. Durch das KHSG werden im Bereich der Sachkosten und bei vermeintlich mengenanfälliger DRGs nachträglich die Bewertungsrelationen abgesenkt. Im Bereich der Notfallversorgung soll zukünftig mit einem komplizierten Stufensystem stärker nach dem Grad der Beteiligung differenziert werden. Eine Neuregelung, die die Nachweispflichten und den Kontrollaufwand vor Ort deutlich erhöhen wird. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Zeit ab 2020 Mindestpersonalvorgaben definieren, die bei einem Personalkostenanteil von 80 Prozent die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Häuser faktisch aufheben würden.

Man gewinnt den Eindruck, dass die Gesundheitspolitik eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern nicht mehr vertraut und auf mehr Zentralisierung und zugesicherte Selbstkostendeckung setzt. Wie wirtschaftlich wären unsere Krankenhäuser, wenn anstelle der DRG-Erlöse die Selbstkostendeckung wieder eingeführt würde? Und lässt sich die Qualität medizinischer Versorgung tatsächlich durch bundesweit definierte Personalquoten erhöhen? Der BDPK plädiert für mehr Vertrauen in ein wettbewerblich ausgestaltetes Gesundheitswesen. Wir begrüßen, dass über das IQTIG zukünftig die Qualität der Kliniken patientenverständlich aufbereitet und vergleichbar gemacht werden soll. Auch der stärkere Einbezug von Qualität in die Krankenhausplanung und die Vergütung ist positiv zu bewerten. Es ist die Überzeugung privater Träger: Nicht durch planwirtschaftliche Vorgaben, sondern nur durch höhere Transparenz, Vergleichbarkeit und das Vertrauen in die Häuser vor Ort wird die Qualität weiter verbessert werden!

Gesetzgebung und ihre Folgen

Umsetzung der Aufgaben des KHSG

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist die Krankenhausreform zu Jahresbeginn 2016 in Kraft getreten. Viele der festgelegten Maßnahmen wurden allerdings nicht sofort wirksam, sondern setzen noch Vereinbarungen der Selbstverwaltung und des G-BA voraus. Der BDPK begleitet die Umsetzung der Krankenhausreform eng und setzt sich für eine unverfälschte Anwendung des DRG-Systems ein. Ein Schwerpunkt lag dabei auch darin, darauf zu achten, dass die einzelnen Entwicklungsaufgaben eng aufeinander abgestimmt werden. Zu begrüßen ist etwa, dass eine Doppelwirkung (bspw. Anpassung Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten und Absenkung der Bewertungsrelationen in Abhängigkeit der Fallzahl) einzelner Maßnahmen vermieden werden konnte.

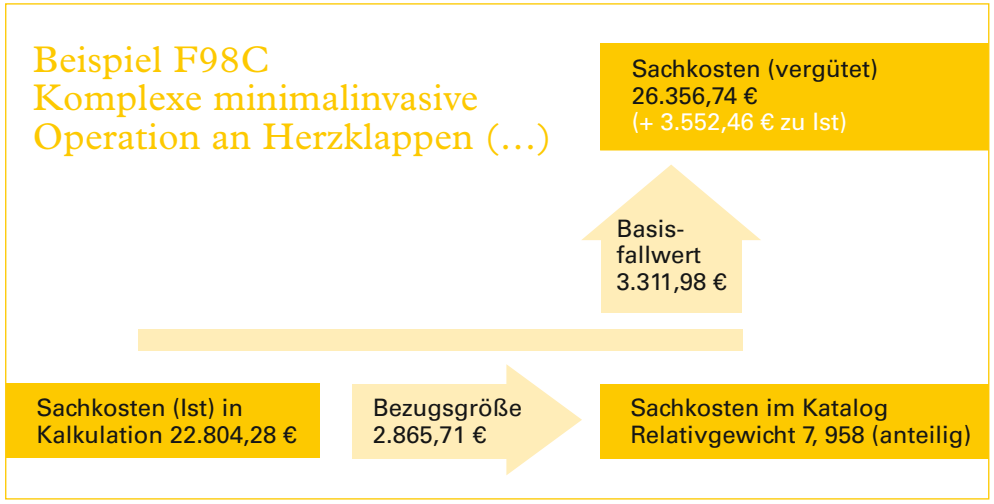
Im Berichtszeitraum wurden für folgende Aufgaben des KHSG Vereinbarungen geschlossen:

- Anpassung der Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten
- Absenkung/Abstufung von Bewertungsrelationen in Abhängigkeit von der Fallzahl
- Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags
- Repräsentative Auswahl der Kalkulationskrankenhäuser
- Zuschlag für besondere Aufgaben
- Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung

Anpassung der Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten

Mit dem KHSG wurde die Selbstverwaltung beauftragt, auf Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Korrekturen der Bewertungsrelationen zu vereinbaren. Ziel war es, Fehlanreize durch eine mögliche Übervergütung der Sachkostenanteile zu analysieren und abzubauen. Das Konzept zur Anpassung der Bewertungsrelationen wurde vom InEK auf dem DRG-Forum und beim BDPK-Bundeskongress vorgestellt.

Das Konzept basiert auf der Annahme eines Zeitverzugs bei der Ist-Kosten-Kalkulation. Da für die DRG-Kalkulation Kostenwerte aus dem Kalkulationsjahr verwendet werden (bspw. 2014), der Katalog aber erst zwei Jahre später gültig wird (bspw. 2016), sei die Kostenentwicklung zwischen Kalkulations- und Gültigkeitsjahr nicht berücksichtigt. Bei sinkenden Sachkosten ergebe sich so eine Übervergütung. Vom InEK wurde eine Anpassung der Berechnung der Bewertungsrelationen vorgeschlagen. Statt durch die Bezugsgröße sollen die mittleren Sachkosten durch den Bundesbasisfallwert des Anwendungsjahrs dividiert werden, die übrigen Kosten um einen Korrekturwert berichtigt werden. Die Selbstverwaltung verständigte sich auf eine Begrenzung der Sachkostenabwertung auf 50 Prozent (2017) bzw. 60 Prozent (2018) der Differenz zwischen Bundesbasisfallwert und Bezugsgröße.



Anpassung Bewertungsrelationen in Bezug auf Sachkosten Konzept InEK.
Beispiel Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappe.
Quelle: InEK 2016

$$BWR_{alt} = \frac{\text{Mittlere Kosten}_{Inlier}}{\text{Bezugsgröße}}$$

$$BWR_{neu} = \frac{\text{Mittlere Sachkosten}_{Inlier}}{\text{BBFW}} + \frac{\text{Mittlere übrige Kosten}_{Inlier}}{\text{Korrekturwert}}$$

Gegenüberstellung Berechnung Bewertungsrelationen neu/alt.
Quelle: InEK 2016

Der BDPK kritisiert den durch das Konzept erfolgten normativen Eingriff ins DRG-System. Es ist das anerkannte Kalkulationsprinzip des DRG-Systems, die Preisänderungen im Vergleich zum Datenjahr zu erfassen und diese in Bewertungsrelationen abzubilden. Nun werden die Bewertungsrelationsanteile für Sachkosten normativ auf den Preis von vor zwei Jahren skaliert. Wäre dies gewollt, müsste das für die tendenziell steigenden Personalkosten in gleicher Weise erfolgen. Der Eingriff in den DRG-Katalog ist durch den Berechnungsmechanismus zudem sehr weitgehend. Es werden alle Sachkosten in allen DRGs reduziert, nicht nur diejenigen mit einem hohen Sachkostenanteil.

Absenkung von Bewertungsrelationen in Abhängigkeit von der Fallzahl

Für Leistungen, bei denen es „Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen" gibt, wurde die Selbstverwaltung verpflichtet, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben (§ 17b Abs. 1 S. 5 KHG). In schwierigen Verhandlungen einigten sich die Partner der Selbstverwaltung mit Hilfe der Schiedsstelle auf acht Fallpauschalen in den Leistungsbereichen „Behandlungen im Wirbelsäulenbereich" und „Operationen des Hüftgelenks".

Sechs DRGs sollen abgesenkt, zwei DRGs abgestuft werden. Zur Absenkung wird das vom InEK auf dem DRG-Forum vorgestellte Konzept zur Sachkostenabsenkung auf alle Kosten der Fallpauschalen I10D-H und I47C angewandt. Die Absenkung der Bewertungsrelation kommt für den DRG-Katalog 2017 anteilig in Höhe von 50 Prozent beziehungsweise in Höhe von 60 Prozent für den DRG-Katalog 2018 zur Anwendung. Dies entspricht 2017 einer Absenkung von etwa 5,75 Prozent. Nach demselben Prinzip – allerdings nur bei Häusern, deren Fallzahl in den entsprechenden DRGs höher als der Median aller Häuser liegt, die diese Leistungen erbringen – soll eine Abstufung in den DRGs I68D und I68E erfolgen. Eine zusätzliche Abwertung der Sachkosten nach § 17b Abs. 1 S. 6 KHG soll weder bei abgesenkten noch abgestuften Fallpauschalen zur Anwendung kommen. Gesetzlich sind die gelisteten Leistungen zudem vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen.

InEK-Geschäftsführer Dr. Frank Heimig bei der Vorstellung des InEK-Konzepts auf dem DRG-Forum. Auf dieses Konzept als Grundlage zur Anpassung der Bewertungsrelationen hat sich die Selbstverwaltung geeinigt.

Aus Sicht des BDPK sind diese politisch gewollten Nachjustierungen der Bewertungsrelationen mit dem DRG-System als Preissystem nicht vereinbar. Die Neuregelungen betreffen dabei einen Versorgungsbereich mit hoher Qualität. Bei steigenden Anforderungen des demografischen Wandels in diese Leistungsbereiche einzugreifen ist unnötig und offensichtlich nicht bedarfsgerecht. Es wird Innovation einschränken und durch das Verlassen des Kalkulationsprinzips die hohe Akzeptanz des DRG-Systems gefährden.

Fixkostendegressionsabschlag

Ab dem Jahr 2017 löst der Fixkostendegressionsabschlag den Mehrleistungsabschlag als Instrument zur Leistungssteuerung ab. Die Mindesthöhe des Fixkostendegressionsabschlags wird für die Jahre 2017 und 2018 in Höhe von 35 Prozent bundeseinheitlich festgelegt. Zukünftig soll die Mindesthöhe auf Landesebene vereinbart werden. Die Vertragsparteien vor Ort können bei zusätzlichen Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, davon abweichend höhere Abschläge und eine längere Geltungsdauer festlegen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die Obergrenze für den erhöhten Fixkostendegressionsabschlag auf Ortsebene auf 15 Prozent festgelegt. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbarte zusätzlich einen Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, für die der hälftige Fixkostendegressionsabschlag gilt. Außerdem wurden nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags vereinbart (Definition des Einzugsgebiets, geminderter Abschlag bei Leistungsverlagerungen).

Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

Bundesebene: Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG über
- Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen mit 50 % FDA
- Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags (insbesondere Definition Einzugsgebiet KH)

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

Ortsebene: Erstmalig Anwendung 2017
- Höherer Abschlag/Längere Geltungsdauer FDA bei zusätzlichen Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind
- Berücksichtigung gesetzlich vorgegebener Ausnahmen, Berücksichtigung des geminderten FDA
- Obergrenze für den erhöhten FDA auf Ortsebene 15 %

Mit der Einführung des Fixkostendegressionsabschlags wird die Mengendegression im Landesbasisfallwert aufgelöst und die Leistungssteuerung von der Landes- auf die Hausebene verlagert. Es ist zu begrüßen, dass damit die seit Langem kritisierte Kollektivhaftung der Krankenhäuser („doppelte Degression") aufgelöst wird. Ebenfalls ausdrücklich zu begrüßen ist, dass über einen Änderungsantrag zum PsychVVG die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bundeseinheitlich für zwei Jahre festgelegt wird. Die Vereinbarungen auf Landesebene wären wohl sonst nur mit Hilfe der Schiedsstelle zustande gekommen.

Deutlich zu kritisieren ist, dass der Fixkostendegressionsabschlag viel zu wenig nach gewollter und nicht gewollter Leistungskonzentration in Krankenhäusern unterscheidet. Krankenhäuser mit guter Qualität, die sich im Qualitätswettbewerb durchsetzen, werden durch Abschläge besonders getroffen. Bereits jetzt zeichnet sich Streitpotenzial in der Frage ab, ob der Fixkostendegressionsabschlag bei krankenhausplanerischen Entscheidungen Anwendung findet. Unabhängig davon wird der Fixkostendegressionsabschlag zu einem massiven bürokratischen Mehraufwand auf Hausebene führen. Bereits aktuell sind die Verhandlungen zur Leistungsmenge ein steter Konfliktpunkt. Es ist nicht damit zu rechnen, dass es zu einvernehmlichen und sachgerechten Verhandlungsergebnissen kommen kann.

Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

Kein FDA (§ 4 Abs. 2b)	Halber FDA
– Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzte Patienten, Versorgung Frühgeborene – Leistungen mit Sachkostenanteil > 2/3 – Zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand – Leistungen von krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren – Leistungen, die abgesenkt oder abgestuft wurden	– Leistungen in Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 („nicht mengenanfällig") Selbstverwaltung – Leistungssteigerungen durch Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern ohne Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses

Ausnahmen und hälftiger Fixkostendegressionsabschlag. Eigene Darstellung.

Kalkulationsstichprobe

Mit dem KHSG wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, auf Grundlage eines vom InEK zu entwickelnden Vorschlags ein praktikables Konzept für die Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation der Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs zu vereinbaren. Die erste Ziehung von 40 Krankenhäusern, die in den Jahren von 2017 bis 2021 zur Kalkulation verpflichtet sind, fand am 31. Oktober 2016 statt. Neben der Trägerschaft (privat oder freigemeinnützig) wurde die Ziehung danach gewichtet, welche Häuser anhand ihres DRG-Leitungsspektrums den höchsten Beitrag zur Erhöhung der Repräsentativität leisten können. Private Träger erklärten sich bereit, sich an der Kalkulation zu beteiligen. Wichtig ist dabei, dass eine Kalkulationsverpflichtung nicht willkürlich erfolgen darf und die Kriterien für die Auswahl einer Stichprobe ausgewogen, überprüfbar, nachvollziehbar und transparent sind.

Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung

Durch das KHSG wurde festgelegt, dass in der stationären Notfallversorgung zukünftig nach dem Umfang der Einbindung differenziert werden soll. Der G-BA soll hierzu ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen beschließen und für jede Stufe Mindestvorgaben sowie den zeitlichen Umfang der Be-

reitstellung von Notfallleistungen differenziert festlegen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Die Selbstverwaltung auf Bundesebene soll die Höhe der Zu- bzw. Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme der einzelnen Stufen vereinbaren (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG).

Wie viele Stufen für die vorgesehene Differenzierung praktikabel sind, welche Voraussetzungen in jeder Stufe zu erfüllen sind und nicht zuletzt welche Folgen das für die flächendeckende Notfallversorgung hat, beschäftigte die Selbstverwaltung in schwierigen Verhandlungen im G-BA. Da sich die von Krankenkassen und Krankenhäusern vorgelegten Konzepte stark unterscheiden, wurde mit dem PsychVVG die Frist zur Festlegung der gestuften Notfallversorgung um ein Jahr verlängert. Die Frist für den Beschluss des G-BA wurde auf den 31. Dezember 2017 festgelegt, die Frist für die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner um ein Jahr auf den 30. Juni 2018 verlängert.

Die Fristverlängerung ist dringend notwendig und zu begrüßen. Der BDPK setzt sich dafür ein, bei der Weiterentwicklung der Notfallversorgung darauf zu achten, dass Kliniken nicht durch zusätzliche Bürokratie und Nachweispflichten belastet werden. Je differenzierter das System ausgestaltet wird, desto mehr Streitpotenzial entsteht bei den Verhandlungen vor Ort.

PsychVVG

Seit seiner Einführung wurde das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) von unterschiedlicher Seite massiv kritisiert. Mit dem PsychVVG wurde eine Neuausrichtung der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vorgenommen. Mit dem PsychVVG soll das pauschalierende Preissystem aufgegeben und individuelle Klinikbudgets ins Zentrum des Finanzierungssystems gestellt werden.

Der Weg zum Budgetsystem wurde mit dem PsychVVG allerdings nicht vollständig gegangen. Elemente eines Preissystems wie die Kalkulation von Bewertungsrelationen bleiben erhalten und werden mit hohem Aufwand fortgeführt. Als Ersatz für die wegfallende Preiskonvergenz soll ein Krankenhausvergleich eingeführt werden, der der Leistungstransparenz dienen soll, letztlich aber vor allem als Budgetkürzungsinstrument eingesetzt wird. Zusätzlich sollen neue Nachweispflichten (Psych-PV) und Mindestpersonalvorgaben durch den G-BA ab 2020 eingeführt werden. Weniger wäre hier aus Sicht der privaten Träger mehr. Das Gesetz vermischt mit dem PEPP-Katalog, Personalvorgaben und Nachweispflichten und dem Krankenhausvergleich inkompatible Elemente unterschiedlicher Vergütungssysteme. Insbesondere die im Jahr 2020 geplante Einführung verbindlicher Mindestpersonalvorgaben durch den G-BA wird allerdings die Qualität nicht verbessern können. Im Gegenteil werden Mindestpersonalvorgaben die Kosten für zusätzlich einzustellendes Personal massiv erhöhen und die Versorgungssicherheit gefährden.

Der BDPK kritisiert folgende Aspekte und Auswirkungen des Gesetzes:

– **Qualität**

Der medizinische/therapeutische und organisatorische Fortschritt kann nicht zentral durch den G-BA oder andere Organisationen vorgegeben werden. In einem System mit bundesweit verbindlichen Personalvorgaben wäre die Erreichung der festgelegten Personalquote ein höheres Ziel als die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Bislang lässt sich zudem weder national noch international nachweisen, ab welchem Level eine höhere Zahl von Pflegekräften in Krankenhäusern ein messbar besseres Behandlungsergebnis nach sich ziehen würde (vgl. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus RWI 2016).

– **Kosten**

Würde man eine für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser verbindliche Personalmindestbesetzung auf der Basis der heute gültigen Psych-PV einführen, müssten die Krankenhäuser ca. 10 Prozent mehr Personal einstellen. Daraus würden sich überschlägig rund 600 Millionen Euro zusätzliche Kosten ergeben. Eine 10 Prozent über der Psych-PV liegende Personalquote ließe die Kosten für die stationäre Versorgung der psychisch Kranken um 1,2 Milliarden Euro ansteigen.

– **Regionale Besonderheiten**

Die zentrale Entwicklung und Vorgabe von Personalmindestbesetzungen durch den G-BA kann den unterschiedlichen Gegebenheiten und Versorgungsaufträgen in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nicht gerecht werden. Die Folge wären wenig passgenaue und damit unwirtschaftliche Personalstrukturen. Den Versorgungsbedürfnissen der psychisch kranken Menschen würde eine solche starre Vorgabe nicht Rechnung tragen.

– **Gefährdung des Versorgungsauftrags**

Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen sind durch die „regionale Pflichtversorgung" zur Behandlung aller Patienten in ihrem Zuständigkeitsbereich uneingeschränkt verpflichtet. Dieser verbindliche Versorgungsauftrag kollidiert mit verbindlichen Personalvorgaben. Übersteigt die tatsächliche Patientenzahl die Zahl der geplanten Patienten, verstößt die Klinik gegen die verbindlichen Personalvorgaben.

– **Fachkräftemangel**

Rund 2/3 aller psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser haben Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. Eine ähnliche Problemlage zeigt sich im Pflegebereich. Dort können immerhin 1/3 der Kliniken offene Stellen in der Pflege nicht besetzen (vgl. Psychiatrie-Barometer 2011 DKI). Ein solcher von den Kliniken nur bedingt beeinflussbarer Personalmangel würde die Sicherstellung der Versorgung gefährden.

Stellungnahme des BDPK zum PsychVVG

– **Personalvorgaben streichen**

Bundesweit einheitliche und verbindliche Personaleinsatzzahlen vorzugeben, ohne die Ergebnisqualität der Patientenversorgung des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen, hat keinen Sinn und blendet die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung aus.

– **Ein leistungsbezogener Vergleich ohne den Vergleich von Qualitätsdaten ist nicht sinnvoll**

Ein leistungsbezogener Vergleich, der neben den vereinbarten Leistungen und Entgelten vor allem Strukturmerkmale vergleicht, wird die Qualität nicht verbessern. Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit ist nur mit Ergebnisqualitätsindikatoren erreichbar. Mit der Erarbeitung sollte das IQTIG beauftragt werden.

– **Berücksichtigung von Leistungsveränderungen**

Eine Überschreitung des Gesamtbetrags über den Veränderungswert muss auch dann ermöglicht werden, wenn Leistungsveränderungen aufgrund des steigenden Versorgungsbedarfs notwendig sind.

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Der Bundestag hat am 16. Februar 2017 das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) beschlossen. Das Gesetz beinhaltet wichtige Neuregelungen für Krankenkassen und legt fest, dass diese zukünftig bei Ausschreibungen von Hilfsmitteln neben dem Preis auch die Versorgungsqualität berücksichtigen müssen. Daneben beinhaltet das Gesetz folgende Neuregelungen für Krankenhäuser:

Datenübermittlung rehabilitativer Komplexbehandlung

Mit einer Klarstellung zu Datenübermittlungspflichten (§ 301 Abs. 1 Nr. 8, 1. HS SGB V) bei der Abrechnung rehabilitativer Leistungen wird eine vom BDPK seit Langem geforderte Änderung von § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V umgesetzt. Von einigen Krankenkassen wurde die

Abrechnung frührehabilitativer Patienten im Krankenhaus mit dem Hinweis auf nicht erfüllte Informationspflichten verweigert und argumentiert, dass Krankenhäuser gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V dazu verpflichtet sind, Angaben über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu übermitteln. Die Vorschrift zur Datenübermittlung bestand seit Jahrzehnten, wurde aber von den Krankenkassen nicht eingefordert.

Honorarärzte im Rettungsdienst

Die Einnahmen von Honorarärzten im Rettungsdienst sollen von der Sozialversicherungspflicht befreit werden, wenn die rettungsdienstliche Tätigkeit neben einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird.

Gleiche Rahmenbedingungen für alle Kliniken

Defizitfinanzierung

Der BDPK kritisiert seit Langem die sogenannte „dritte Säule der Krankenhausfinanzierung", also die Praxis öffentlicher Träger, negative Betriebsergebnisse ihrer Krankenhäuser aus Steuermitteln auszugleichen. Konkret hatte er sich 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. Obwohl die Vorgaben des sogenannten „Almunia-Pakets" der Europäischen Kommission vom Januar 2012 (früher: Monti-Paket) regeln, dass nur besondere Leistungen der Daseinsvorsorge von der Pflicht zur vorherigen Anmeldung freigestellt sind, und die Kreiskliniken solche Sonderleistungen nicht erbringen, da in Deutschland der Krankenhausplan das Leistungsangebot für alle Krankenhäuser unabhängig von der Trägerschaft abschließend regelt, hat der Bundesgerichtshof die Klage abgewiesen und die Auffassung vertreten, der Landkreis sei verpflichtet, den einmal in den Landeskrankenhausplan aufgenommenen Krankenhausbetrieb auch im Fall seiner Unwirtschaftlichkeit aufrechtzuerhalten.

Mit diesem Urteil hat der Bundesgerichtshof dieser Praxis unbegrenzter Subventionierung öffentlicher Krankenhäuser nun einen Freibrief erteilt. Danach ist es mit dem EU-Beihilferecht vereinbar, wenn Kommunen aus Steuermitteln Betriebskostenverluste öffentlicher Krankenhäuser ausgleichen. Die einzige Bedingung ist laut BGH, 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. Da der Landkreis Calw sich an diese Bestimmungen nicht gehalten hatte, wird ein Teil der Klage nun nochmals vor dem OLG Stuttgart verhandelt.

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.

Personalvorgaben

Die Diskussion um verbindliche Personalstrukturen in den Krankenhäusern hat auch über die psychiatrische und psychosomatische Versorgung hinaus Hochkonjunktur. Von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft wird das Thema sowohl in der politischen als auch in der tariflichen Auseinandersetzung massiv eingefordert. Ginge es nach der Gewerkschaft, müsste es in den Krankenhäusern für die gesamte Pflege Personalvorhaltungsvorgaben geben. Mit dem DRG-System vereinbar ist das nicht. Bei der strengen Begrenzung der Preisentwicklung im Krankenhausbereich droht eine Unterfinanzierung bei gleichzeitigen strengen planwirtschaftlichen Vorgaben.

Der BDPK äußerte seine kritische Position gegenüber Personalvorgaben in Stellungnahmen und Diskussionsveranstaltungen. Die Vorgabe von Personalstandards auf Bundesebene ist aufgrund des Fachkräftemangels, ungeklärten Finanzierungsfragen und der unterschiedlichen Versorgungskonzepte vor Ort nicht praktikabel und widerspricht der ökonomischen Eigenverantwortung der Kliniken. Mit planwirtschaftlichen Vorgaben lässt sich die Qualität medizinischer Versorgung nicht sicherstellen. Der BDPK spricht sich stattdessen für eine konsequente Messung der Ergebnisqualität aus. Ergänzend sollte ein stärkerer Fokus auf der Patientenzufriedenheit liegen.

BDPK Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz auf der Krankenhaustagung der Gewerkschaft verdi „Mitbestimmung nutzen – Entlastung gewinnen“ am 11.11.2016.

Welche kritischen Auswirkungen Personalmindestvorgaben für die flächendeckende Versorgung haben können, wurde im letzten Berichtsjahr in der Neonatologie deutlich. Der G-BA hatte mit der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) Mindestanforderungen unter anderem in Form einer definierten Fachkraftquote und eines Pflegepersonalschlüssels verbindlich geregelt. Eine im Spätsommer 2016 veröffentlichte Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigte die harten Grenzen, auf die Perinatalzentren aufgrund des Fachkräftemangels bei der Erfüllung dieser Personalvorgaben stoßen. Nur etwa die Hälfte der Perinatalzentren hätten die in der QFR-Richtlinie geforderten Personalschlüssel erfüllen können.

Nachdem die Krankenhäuser vehement auf die drohende Versorgungsnotlage aufmerksam gemacht hatten, hat der G-BA Mitte Dezember, kurz vor Ablauf der ersten Übergangsfrist zum 1. Januar 2017, eine neue Übergangsregelung zur Erfüllung der verpflichtenden Personalanforderungen an die Intensivpflege in Perinatalzentren beschlossen. Die neue Übergangsregelung ist jedoch an strenge Bedingungen für das einzelne Perinatalzentrum geknüpft und kann längstens bis zum 31. Dezember 2019 in Anspruch genommen werden. Für die Sicherstellung der neonatologischen Versorgung war die neue Übergangsregelung wichtig und gut.

Das grundsätzliche Problem bleibt jedoch bestehen: Auf Grundlage der QFR-Richtlinie soll mit unflexiblen, nicht evidenzbasierten Personalvorgaben die Versorgung von Frühgeborenen gesichert werden. Personalvorgaben gewährleisten jedoch nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität. Stattdessen müssen vor Ort Impulse zu mehr medizintherapeutischen und organisatorischen Innovationen und einem stärkeren Qualitätswettbewerb gesetzt werden. Die Qualität des Behandlungsergebnisses zu messen ist sinnvoller, als Köpfe zu zählen. Der BDPK engagiert sich in diesem Sinne weiterhin für die Entwicklung aussagekräftiger und valider Qualitätsindikatoren.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband sowie der Bundesärztekammer wurden „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ erarbeitet. Der BDPK war an der Erarbeitung der Charta beteiligt und unterstützt diese als unterzeichnender Verband.

WWW.
CHARTA-FUER-
STERBENDE.DE

Wir unterstützen die **Charta**

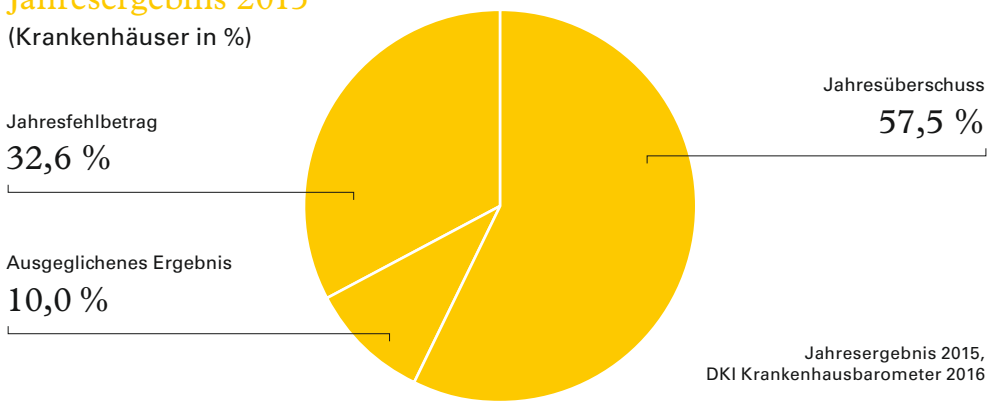
Um die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern, werden Krankenhäuser aufgerufen, Empfehlungen und Standards zu erstellen, ein Konzept zur Organisations-, Qualitäts- und Strukturentwicklung für bedarfsgerechte Palliativversorgung zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln, Qualifizierungsmaßnahmen als Bestandteil von Einarbeitungskonzepten aufzunehmen, eine Beteiligung an regionalen Hospiz- und Palliativnetzen sowie an bundesweiten Erhebungen zu prüfen und das Entlassmanagement unter besonderer Berücksichtigung schwerstkranker und sterbender Menschen weiterzuentwickeln.

Finanzierung: Patientenversorgung kostet Geld

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser blieb im Vergleich zum Vorjahr konstant. Nach Ergebnissen des DKI Krankenhausbarometers wies 2015 wie im Vorjahr rund ein Drittel der Krankenhäuser einen Fehlbetrag aus. Nach ihren Erwartungen für das kommende Jahr gefragt, gaben 36 Prozent der Krankenhäuser an, eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation zu erwarten. Nur ein Viertel der Häuser (24 Prozent) erwartet eine Verbesserung.

Jahresergebnis 2015

(Krankenhäuser in %)

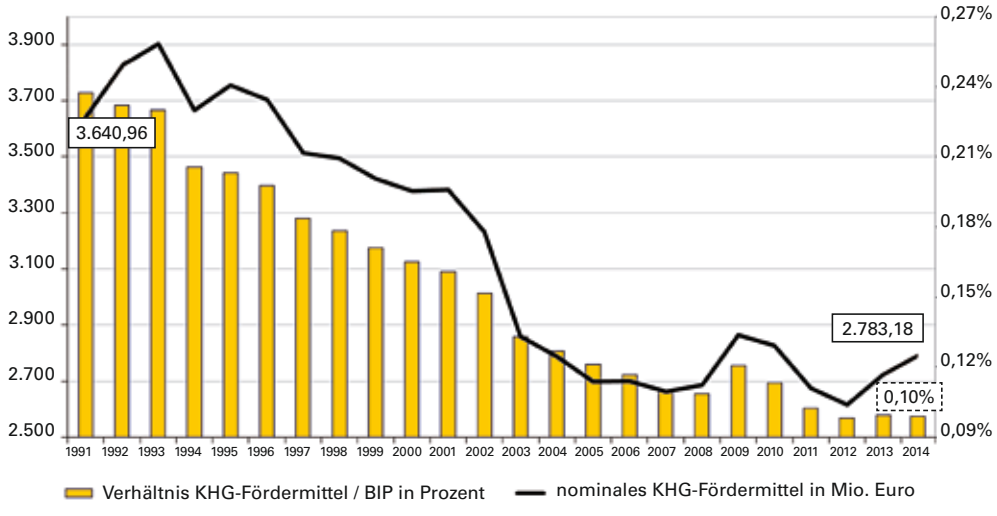


Jahresergebnis 2015,
DKI Krankenhausbarometer 2016

Investitionsfinanzierung

Ein Hauptrisiko für Krankenhäuser bleibt die unzureichende Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer. Eine hochwertige Krankenhausversorgung erfordert beständige und hohe Investitionen in die Infrastruktur. Dennoch sinkt die auf Ländermitteln basierende Investitionsquote deutscher Krankenhäuser seit Jahren fortlaufend und beträgt gegenwärtig nur rund fünf Prozent, während die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote bei 17 Prozent liegt. Insgesamt besteht im Krankenhausbereich eine Investitionskostenlücke in Höhe von mindestens 3 Milliarden Euro.

Entwicklung der nominalen KHG-Mittel in Mio. Euro und im Verhältnis zum BPI in Prozent



Quelle: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern DKG 2015

Orientierungswert

Die Entwicklung der Betriebskosten wird vom Orientierungswert im Zusammenspiel mit der Grundlohnrate begrenzt. Für die Zukunft ist vorgesehen, dass der Orientierungswert die Grundlohnrate ablöst. Krankenhäuser haben große Hoffnung, dass der Orientierungswert die Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhaus besser abbildet als die Grundlohnrate. Bislang hat sich diese Erwartung noch nicht erfüllt. Seit seiner erstmaligen Veröffentlichung im Jahr 2012 lag der Orientierungswert regelmäßig unter der Grundlohnrate.

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 %	✗

Die Art des Zusammenwirkens von Orientierungswert und Grundlohnrate zum Veränderungswert wurde in den letzten Jahren mehrfach angepasst und neu justiert. Zuletzt wurde mit dem KHSG festgelegt, dass die Meistbegünstigungsklausel auch zukünftig beibehalten wird. Für den Fall, dass der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, gilt diese als Veränderungswert. Für den Fall, dass der Orientierungswert die Grundlohnrate übersteigt, wird ein Verhandlungskorridor bis zu einem Drittel der Differenz zum höheren Orientierungswert eröffnet. Ab dem Jahr 2018 soll die Anwendung des vollen Orientierungswerts geprüft werden.

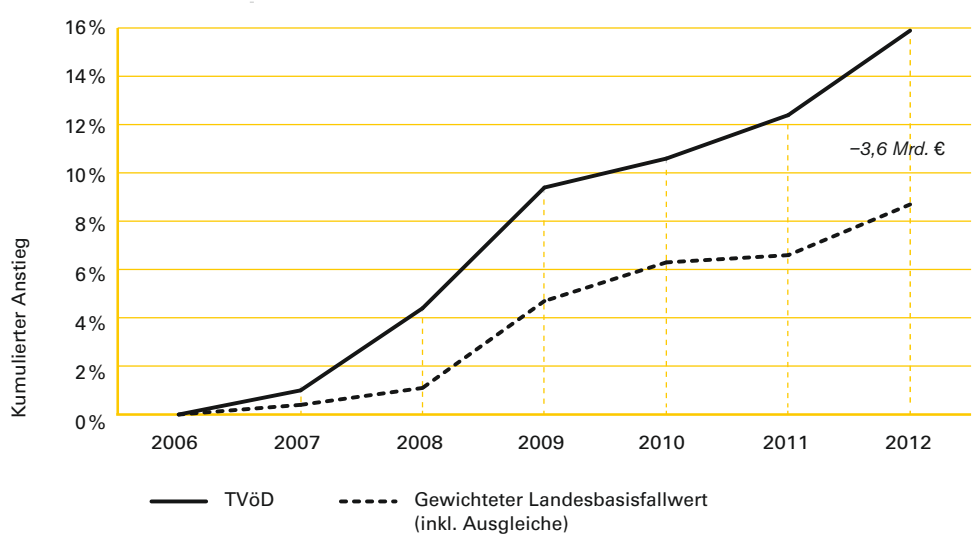
Die Entscheidung des Gesetzgebers an der Meistbegünstigungsklausel festzuhalten, ist angesichts der geschilderten Historie dringend notwendig und ausdrücklich zu begrüßen. Aufgrund der hohen Bedeutung des Orientierungswerts für die Krankenhausfinanzierung und Erlösentwicklung muss vor der vollständigen Ablösung der Grundlohnrate sichergestellt sein, dass der Orientierungswert die tatsächliche krankenhausspezifische Kostenentwicklung umfassend abbildet und noch bestehende methodische Schwierigkeiten vollständig gelöst wurden.

Tarifschere

Seit Jahren steigen die Löhne stärker als die durch die Grundlohnrate und den Orientierungswert zugelassenen Preiszuwächse. Inzwischen besteht deshalb eine Unterdeckung der Löhne in Höhe von rund 3,6 Milliarden Euro. Es ist deshalb zu begrüßen, dass mit dem KHSG eine Tarifrate zur teilweisen Kompensation der Tarifsteigerungen eingeführt wurde.

Die Tarifrate sieht vor, dass die Kosten von Tarifabschlüssen ab 2016 hälftig finanziert werden, wenn durch sie der Veränderungswert überschritten wird. Die Umsetzung erfolgt analog zu den bisherigen Mechanismen der Tarifrate aus dem Jahr 2013. Soweit die Tarifrate den Veränderungswert überschreitet, vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene eine Erhöhungsrate in Höhe des Unterschieds zwischen Tarifrate und Veränderungswert. Die anteilige Erhöhungsrate wird anschließend basiswirksam auf den Landesbasisfallwert angerechnet. Wurde der Landesbasisfallwert bereits vereinbart, erfolgt eine unterjährige Hinzurechnung zum Pflegezuschlag. Die Tarifrate wird auch für besondere Einrichtungen sowie psychiatrische und psychosomatische Kliniken angewandt.

Tariflohn-Erlösschere der Krankenhäuser



Tariflohn-Erlösschere. Quelle: DKG 2015

Landesbasisfallwertübersicht

Der einheitliche Basisfallwert 2017 (Bundesbasisfallwert 2017) beträgt 3.376,11 Euro. Der Bundesbasisfallwert wird auf Grundlage einer Berechnung des InEK auf Basis der Meldungen der Landeskrankenhausgesellschaften vereinbart. Das Ergebnis wurde gemäß § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG um den Veränderungswert für das Jahr 2016 (2,50 Prozent) erhöht. Im Folgejahr dient der Basisfallwert der Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Korridor (§ 10 Abs. 8 KHEntgG). Der untere Basisfallwertkorridor liegt bei 3.341,67 Euro der obere Basisfallwertkorridor liegt bei 3.460,51 Euro.

Tabelle 1: Übersicht Landesbasisfallwerte

Bundesland	2016	2017	Prozentuale Veränderung 2016 / 2017
Baden-Württemberg	3.272,21 €	3.350,01 €	2,38 %
Bayern	3.312,00 €	3.350,50 €	1,16 %
Berlin	3.278,19 €	3.350,91 €	2,22 %
Brandenburg	3.278,19 €	3.347,67 €	2,12 %
Bremen	3.278,19 €	3.378,67 €	3,07 %
Hamburg	3.278,19 €	3.350,00 €	2,19 %
Hessen	3.264,35 €	3.352,50 €	2,70 %
Mecklenburg-Vorpommern	3.278,19 €		
Niedersachsen	3.278,19 €	3.341,67 €	1,94 %
Nordrhein-Westfalen	3.278,19 €		
Rheinland-Pfalz	3.465,02 €	3.530,50 €	1,89 %
Saarland	3.340,00 €	3.388,00 €	1,44 %
Sachsen	3.278,19 €	3.341,67 €	1,94 %
Sachsen-Anhalt	3.278,19 €	3.344,75 €	2,03 %
Schleswig-Holstein	3.278,19 €	3.346,50 €	2,08 %
Thüringen	3.278,19 €	3.341,67 €	1,94 %

Fallpauschalenkatalog und PEPP-Entgeltkatalog 2017

Der Fallpauschalenkatalog und PEPP-Entgeltkatalog wurden der Selbstverwaltung vom InEK am 2. September 2016 vorgestellt. Nach Beratungen der Fach- und Entscheidungsgremien wurden die Kataloge von der Selbstverwaltung vereinbart und auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

DRG-Katalog 2017

Der Umfang der Kalkulationsstichprobe verringerte sich gegenüber dem Vorjahr leicht von 244 auf 242 Kalkulationsteilnehmer. Die Gesamtzahl der DRGs stieg um 35 Fallpauschalen auf 1.255 an. Hiervon sind 1.208 im Katalog für Hauptabteilungen enthalten. Größere Umbauten erfolgten durch die Umsetzung der Vorgaben des KHSG insbesondere der Anpassung der Sachkosten und der Absenkung bzw. Abstufung von Bewertungsrelationen (vgl. Umsetzung KHSG). Als klassifikatorische Veränderung wurde gegenüber dem Vorjahr ein Splitkriterium „Aufwendige Behandlung“ zur besseren Abbildung von Extremkostenfällen eingeführt.

PEPP-Entgeltkatalog 2017

Im Bereich des Psych-Entgeltsystems wurden nach größeren Umbauten im vorletzten Jahr (Einführung ergänzender tagesbezogener Entgelte und pflegetagabhängige Vergütungsklassen, abrechnungsfähiger Entlasstag) und parallel zur Neuausrichtung durch das PsychVVG nur kleinere klassifikatorische Anpassungen vorgenommen.

Qualität im Krankenhaus

Krankenhäuser in privater Trägerschaft engagieren sich bereits seit Jahren eigeninitiativ für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung und bieten der Öffentlichkeit einen offenen und transparenten Dialog im Rahmen von Qualitätsberichten, Qualitätsportalen (Qualitätskliniken.de) und Qualitätsinitiativen (IQM, SIQ!) an. Der BDPK setzt sich weiter für die Entwicklung sinnvoller Qualitätsinstrumente ein, insbesondere mit dem Fokus auf die Ergebnisqualität und gegen eine unnötige Überregulierung.

Das IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (§136ff SGB V).

Träger: vom G-BA errichtete Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Gründung: Januar 2015
Leiter: Dr. Christof Veit
Struktur: vier Stabsbereiche (Recht, interne Qualitätssicherung, Patientenbelange, Presse und Öffentlichkeitsarbeit) sowie vier Abteilungen (Verfahrensgrundlagen, Verfahrensentwicklung, Verfahrensmanagement und Informationstechnologie) mit insgesamt 110 Mitarbeitern

Aufgaben gemäß §137a SGB V und KHSG:

- Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
- Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form
- Erarbeitung von Konzepten für Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, für Zu- und Abschläge in der qualitätsorientierten Vergütung und für die Evaluation der Qualitätsverträge nach §110a SGB V

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Mit dem KHSG wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren beauftragt. Die Qualitätsindikatoren sollen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden als Empfehlungen übermittelt und Bestandteil des Krankenhausplans werden, sofern die Geltung durch Landesrecht nicht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt wird. Ziel ist es, über den Verbleib von Krankenhäusern im Krankenhausplan anhand von Qualitätsindikatoren zu entscheiden. Der G-BA beauftragte das IQTIG im März 2016 auf Grundlage der vorhandenen gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) erhobenen Qualitätsindikatoren geeignete planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu identifizieren. Die gemäß § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Institutionen hatten die Möglichkeit, Stellung zum Vorbericht des IQTIG zu nehmen. Der BDPK hat sich über die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) in den Stellungnahmeprozess eingebracht. Die Leistungserbringer hatten insbesondere die Schwerpunktsetzung auf die Patientengefährdung kritisiert, da bei den ausgewählten Indikatoren noch unklar ist, in welchem Zusammenhang potenzielle Schadensereignisse und Qualitätsmängel stehen. Problematisch ist auch die durch das vom IQTIG angewandte Repräsentativitätsprinzip verursachte Einschränkung auf wenige Fachbereiche, die die Versorgungsqualität eines ganzen Krankenhauses repräsentieren sollen. Das IQTIG ist jedoch in seinem Abschlussbericht nicht grundsätzlich von den herangezogenen Auswahlkriterien abgewichen. Mitte Dezember 2016 fasste der G-BA dann fristgemäß den Beschluss eines ersten Qualitätsindikatoren-Sets aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.

Der BDPK spricht sich ausdrücklich für einen stärkeren Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung in der Krankenhausplanung aus. Bei der Wahl der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren existiert jedoch noch Optimierungsbedarf. Beim derzeitigen Indikatoren-Set handelt es sich ausschließlich um Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität, die zudem zum Teil bereits als Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung umstritten waren. Um die tatsächliche Versorgungsqualität in Krankenhäusern abbilden zu kön-

nen, müssten aussagefähige und risikoadjustierte Indikatoren der Ergebnisqualität genutzt und ggf. neu entwickelt werden. Damit eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sinnvoll und justiziabel etabliert werden kann, muss sie zudem durch eine fundierte Evaluation begleitet werden, die unter Einbeziehung der Krankenhäuser die Wirksamkeit und Probleme im laufenden Betrieb aufnimmt und Verbesserungsprozesse anstößt.

Qualitätsorientierte Vergütung

Auch die Krankenhausvergütung soll zukünftig an Qualitätsaspekte geknüpft werden. Hierzu wird der G-BA bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog geeigneter Leistungen sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren beschließen. Der G-BA soll für die ausgewählten Leistungen jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zur Verfügung stellen. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene wird auf Grundlage der G-BA-Vorgaben bis zum 30. Juni 2018 eine Vereinbarung zur Höhe und näheren Ausgestaltung der Zu- und Abschläge schließen. Der BDPK sieht in einem Anreiz- und Belohnungssystem ein größeres Potenzial zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus als in einem Bestrafungssystem. Qualitätsabschläge sind ungeeignete Instrumente, da für schlechte Qualität weniger zu bezahlen auch hieße, schlechte Qualität zu akzeptieren.

Außerdem sollen bis Ende 2017 vier planbare Leistungen oder Leistungsbereiche vom G-BA bestimmt werden, in denen einzelvertragliche Qualitätsverträge zugelassen werden. Die Verträge können von einzelnen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit einem Krankenhausträger geschlossen werden. Die DKG und der GKV-Spitzenverband haben den Auftrag, bis zum 31. Juli 2018 verbindliche Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge, insbesondere hinsichtlich zu vereinbarender höherwertiger Qualitätsanforderungen und den gesetzten Anreizen festzulegen. Das IQTIG soll zudem mit der Entwicklung eines Evaluationskonzepts beauftragt werden, das Aufschluss darüber geben soll, inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat. Die Privaten Krankenhausträger stehen der Erprobung neuer selektivvertraglicher Modelle zur Qualitätsverbesserung aufgeschlossen gegenüber. Das Kollektivvertragssystem soll jedoch erhalten werden.

Innovationsfonds

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der G-BA den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Die im Innovationsfonds zur Verfügung stehende Fördersumme beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich, wobei 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen sind. Der beim G-BA eingerichtete Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung.

Zu den drei Förderblöcken Versorgungsforschung, erste Förderwelle neue Versorgungsformen und zweite Förderwelle neue Versorgungsformen wurden knapp 700 Anträge bzw. Projektskizzen mit einem Gesamtantragsvolumen von ca. 1,7 Milliarden Euro eingereicht. Insgesamt wurden dann 62 Projekte zur Versorgungsforschung und 29 Projekte aus dem Bereich neue Versorgungsformen gefördert. Von den 29 Projekten aus dem Bereich der neuen Versorgungsformen erhalten auch drei private Träger Fördermittel: Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Dresden, die Universität Marburg und die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg".

Für das Frühjahr 2017 sind die Förderentscheidungen zur zweiten Welle der neuen Versorgungsformen sowie die Veröffentlichung weiterer Förderbekanntmachungen vorgesehen. Der BDPK befürwortet die Förderung innovativer Projekte, die der unmittelbaren Patienten-

versorgung dienen und tauscht sich in den BDPK-Fachausschüssen regelmäßig zu möglichen Projekten und Kooperationen aus. Der Entscheidungsprozess bei der Vergabe sollte aber transparenter ablaufen. Derzeit bleibt das Votum des Expertenbeirats, der bei jedem Projektantrag eine Empfehlung für die Förderentscheidung abgibt, noch geheim. Auf Grundlage der Expertenempfehlung entscheidet der Innovationsausschuss, der aus Vertretern der G-BA-Bänke – Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Kassen(zahn) ärztliche Bundesvereinigung (K(Z)BV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – sowie dem unparteiischen G-BA-Vorsitzenden (Josef Hecken), zwei BMG-Vertretern und einem Vertreter des Bundesforschungsministeriums besteht, über die Projektanträge. Weicht der Innovationsausschuss vom Votum des Expertenbeirats ab, muss er dies schriftlich begründen. Allerdings bleiben sowohl die Meinung der Experten als auch die schriftliche Begründung geheim.

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. Darüber hinaus stellt die Aktion zur Verbesserung der Patientensicherheit Informationen für Patienten und Angehörige zur Verfügung. 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 setzt so ein starkes Zeichen für Händehygiene in deutschen Krankenhäusern.

KRINKO-Empfehlungen

Die Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) haben rechtlichen Empfehlungscharakter. Der Bundesgerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung ein Abweichen hiervon als haftungsbegründend im Schadensfall bewertet, wenn der Verantwortliche nicht nachweisen kann, dass der Schaden auch bei Beachtung der entsprechnenden KRINKO-Empfehlungen eingetreten wäre. Die Anforderungen, die an Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen gestellt werden, sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Problematisch ist dabei insbesondere, dass die KRINKO in ihren Empfehlungen konsequent auf einen Zusammenhang zwischen der personellen Besetzung im Pflegebereich (Zahl und Ausbildungsstand) und dem Infektionsrisiko abstellt, auch wenn dieser wissenschaftlich nicht eindeutig belegt ist.

Im Rahmen der Anhörungsverfahren zu Empfehlungen der KRINKO bestand die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Über die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft konnten Hinweise aus den Mitgliedskliniken zu den Empfehlungen „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ und „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und ambulanten OP-Zentren durch Krankenhaushygieniker“ eingebracht werden. Insbesondere hat sich der BDPK für eine Klarstellung und Fokussierung auf tatsächlich wissenschaftlich belegte Empfehlungen eingesetzt und den von der KRINKO vorgeschlagenen Stellenaufbau an Krankenhaushygienikern in Hinblick auf die äußerst angespannte Personalsituation sowie die pauschale Einschränkung des Tätigkeitsbereichs der curricular fortgebildeten Krankenhaushygieniker kritisiert. Laut KRINKO kann je nach Leistungsstruktur und Patientencharakteristika der Einrichtung, beispielsweise in Einrichtungen für Psychosomatik, Psychiatrie oder Rehabilitation, auch ein geringerer Betreuungsumfang durch Krankenhaushygieniker, als in den Berechnungen der KRINKO vorgesehen, vorgehalten werden. Die Regelung, dass der geringere Betreuungsumfang dann jedoch individuell mit den Gesundheitsbehörden abgestimmt werden muss, verursacht wieder bürokratischen Aufwand. Realistische Anforderungen in der KRINKO-Empfehlung selbst werden vom BDPK weiterhin gefordert.

Die Einhaltung von Hygienestandards und die Patientensicherheit sind ein zentrales Anliegen privater Klinikträger. Die Krankenhäuser arbeiten konsequent und engagiert an der Erfüllung der KRINKO-Empfehlungen, dürfen aber nicht mit den steigenden Anforderungen allein gelassen werden. Die geforderten Strukturen, insbesondere die zusätzlichen Personalkosten, müssen refinanziert werden. Die Diskrepanz zwischen dem steigenden Bedarf an Hygienepersonal und dem massiven Fachkräftemangel muss aufgelöst werden. Um die Verbreitung von Infektionskrankheiten effektiv einschränken zu können, muss zudem eine sukzessive flächendeckende und sektorenübergreifende Umsetzung der Richtlinien angestrebt werden.

Hygieneförderprogramm

Durch das KHSG wurde die Geltung des mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführten Hygieneförderprogramms bis zum Jahr 2019 verlängert. Mit dem Sonderprogramm werden Krankenhäuser bei Neueinstellungen, Teilzeitstellenaufstockungen und externen Beratungsleistungen im Hygienebereich gefördert.

Der BDPK begrüßt die Verlängerung des Hygieneförderprogramms ausdrücklich. Zu kritisieren ist, dass die Neuregelungen aufgrund der Verortung im Krankenhausentgeltgesetz keine Anwendung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung oder Reha-Kliniken finden. Da auch durch diese Einrichtungen die Vorgaben der KRINKO-Empfehlung zu beachten sind, sollte das Hygieneförderprogramm entsprechend erweitert werden.

E-Health und IT-Sicherheit

Schon heute ist Krankenhausversorgung ohne eine funktionierende Informationstechnik in Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik, Dokumentation und Abrechnung nicht denkbar. Im Vergleich zu anderen Branchen bestehen im Gesundheitswesen jedoch noch erhebliche Nachholbedarfe und Potenziale durch den Einsatz von IT. Die Facharbeitsgruppe IT des BDPK beschäftigte sich im letzten Berichtszeitraum intensiv mit der Umsetzung der Anforderungen des IT-Sicherheitsgesetzes sowie mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur.

Telematikinfrastruktur eGK

Das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ trat Anfang 2016 in Kraft. Es enthält einen Fahrplan für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur. Eine einheitliche, flächendeckende Telematikinfrastruktur (TI) ist geeignet, viele Hindernisse beim Einsatz informationstechnischer Anwendungen zu lösen und wird vom BDPK dringend gefordert. Medizinische Anwendungen sollten bis zum Jahr 2018 verfügbar gemacht werden. Der BDPK begrüßt, dass vorgesehen ist, die TI für weitere Gesundheitsdatendienste zu öffnen. Um heute zukunftssichere Investitionen in medizinische Zusatzanwendungen zu ermöglichen, schlägt die Facharbeitsgruppe IT des BDPK vor, jetzt Anforderungen an die Zulassung solcher Zusatzanwendungen im Sinne eines Standards „TI-ready“ zu definieren.

IT-Sicherheitsgesetz

Das IT-Sicherheitsgesetz trat bereits am 25. Juli 2015 in Kraft. Mit dem Gesetz werden Mindeststandards und Meldepflichten für kritische Infrastrukturen – wie zum Beispiel der Strom- und Wasserversorgung, Finanzen, Ernährung und dem Gesundheitswesen – festgelegt. Die Festlegung, welche Einrichtungen als kritische Infrastruktur gelten, erfolgt per Rechtsverordnung im Nachgang des Gesetzes.

Eine erste Verordnung ist für die Branchen Energie, Wasser und Ernährung in Kraft getreten. Die Verordnung für das Gesundheitswesen wird Anfang 2017 vorliegen. Die Facharbeitsgruppe IT des BDPK

bereitete sich im letzten Berichtszeitraum intensiv auf die Umsetzung der Anforderungen des IT-Sicherheitsgesetzes vor und diskutierte mit Vertretern des Bundesministeriums des Innern den Umsetzungsstand der Rechtsverordnung für das Gesundheitswesen sowie Anforderungen an die IT-Sicherheit in Krankenhäusern.

Um die Potenziale der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung nutzen zu können, stellt der BDPK folgende Anforderungen:

- E-Health-Gesetz und „Cloud"-Lösungen: Neuregelung bzw. Anpassung des § 203 StGB
- Vereinfachung bzw. Abbau des föderalen Datenschutzes (der erste richtige Schritt ist die EU-Datenschutzgrundverordnung)
- Nutzung Big Data: klare und verbindliche Regelungen zu Opt-In und Opt-Out
- Refinanzierung bzw. Förderung zur Umsetzung der Rechtsverordnung (Korb 2) des ITSiG
- Telemedizin / Teleradiologie: explizite Freigabe für bundesweite Kooperationen (Abbau des regulatorischen Wahnsinns)
- Ermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung eigener telemedizinischer Leistungen, die Berücksichtigung der Krankenhäuser bei telemedizinischen Konsiliarleistungen
- 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)
- Zentraler Zugangspunkt in die Telematikinfrastruktur für die bestehenden Netze von Krankenhausverbünden

3. Rehabilitation

Die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland verändert sich massiv. Neben dem steigenden Lebensalter der Patienten verändert sich die Versorgung durch den medizinischen Fortschritt, der dafür sorgt, dass schwere Erkrankungen heute immer besser behandelbar werden. Auch wenn die Patienten immer älter werden. Kranke Menschen werden zudem von spezialisierteren Experten weniger ganzheitlich behandelt. Die stationäre Krankenhausbehandlung wird ebenfalls immer kürzer. Die Patienten halten sich also zunehmend kürzer im Krankenhaus auf. Aber auch gesellschaftliche Entwicklungen, wie eine stetig steigende Zahl von Singlehaushalten verändern die Anforderung an unser Gesundheitswesen. Es ist von zentraler Bedeutung, Patienten im Anschluss an die Akutbehandlung Hilfestellungen zu geben, um ihnen die Rückkehr in Alltag, Gesellschaft und Beruf zu erleichtern. Dafür wird die medizinische Rehabilitation immer wichtiger.

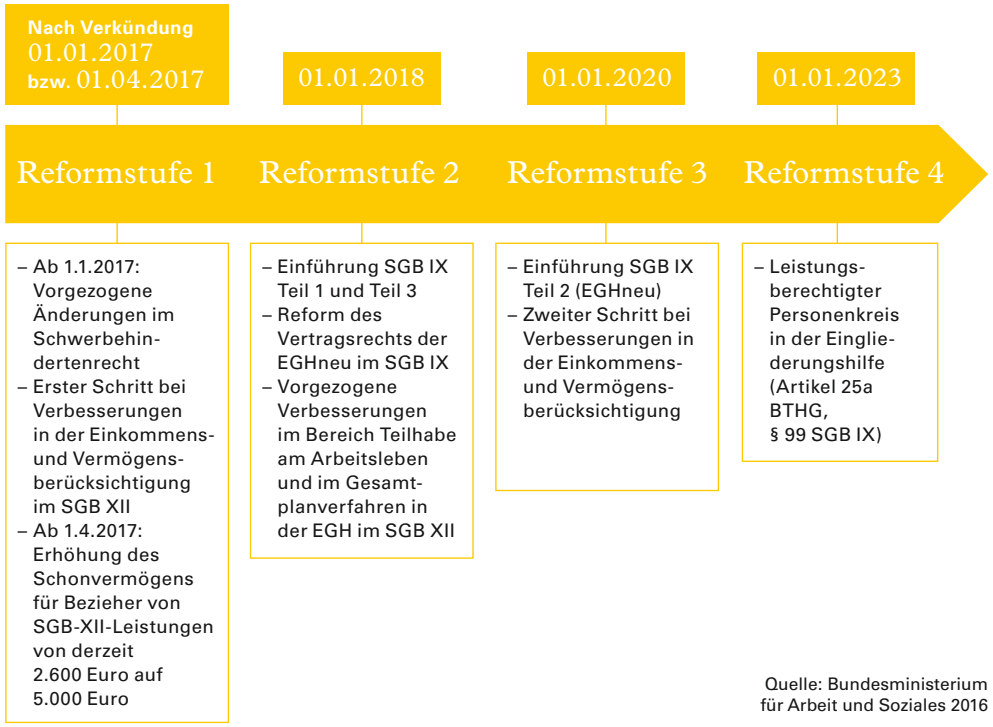
Voraussetzung für eine gut funktionierende Rehabilitation ist ein medizinisch bedarfsgerechter Zugang zu diesen Leistungen. Diese Anforderung ist bis heute nicht erfüllt. Die Kriterien, nach denen Patienten Rehabilitationsleistungen erhalten, sind zu wenig transparent und nachvollziehbar. Der Fokus auf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

Des Weiteren soll für die kommende Legislaturperiode darauf hingewirkt werden, die bestehenden gesetzlichen Normen für die medizinische Rehabilitation auch anzuwenden. Dies gilt für die leistungsgerechte Vergütung einschließlich der notwendigen Finanzierung von Investitionen und für gesetzeskonforme Belegungsentscheidungen der Reha-Träger.

Leistungserbringer stärken

Bundesteilhabegesetz

Weiteres Vorgehen – Inkrafttreten



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016

Schwerpunkt des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) ist die Neufassung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX). Das SGB IX hat künftig die folgende Struktur:

– In Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst. Dieses allgemeine Recht wird durch zum Teil abweichungsfest ausgestaltete Regelungen im Sinne von Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 des Grundgesetzes innerhalb des SGB IX gestärkt.
– In Teil 2 wird die aus dem SGB XII herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“ geregelt. Das SGB IX wird insoweit zu einem Leistungsgesetz aufgewertet.
– In Teil 3 steht künftig das weiterentwickelte Schwerbehindertenrecht, das derzeit im SGB IX, Teil 2 geregelt ist.

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes am 16. Dezember 2016 wurde erstmals das im Jahr 2001 geschaffene SGB IX umfassend reformiert. Ziel des Gesetzes war es, die Regelungen des bisherigen SGB IX zu stärken und verbindlicher auszugestalten. Im SGB IX, Teil 1, der für die medizinische Rehabilitation relevant ist, werden weiterhin die allgemeinen, für alle Rehabilitationsträger geltenden Grundsätze normiert, während die jeweiligen Leistungsgesetze ergänzende Verfahrensspezifika regeln. Die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander sollen geschärft und für alle Rehabilitationsträger verbindlich ausgestaltet werden. Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und zur Verbesserung ihrer Teilhabemöglichkeiten sollen mit diesem Gesetz ergänzende Angebote einer von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen – ausschließlich dem Leistungsberechtigten verpflichteten – Teilhabeberatung gefördert werden. Die Leistungskataloge zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe sollen präzisiert und erweitert werden.

Der BDPK hat das Gesetzgebungsverfahren die ganze Legislaturperiode über begleitet und zu den Anhörungen im Ministerium und im Bundestag seine Stellungnahme eingebracht. Zudem wurden Gespräche mit dem zuständigen Abteilungsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie mit den behindertenpolitischen Sprechern der CDU und SPD geführt. Ziel des BDPK war es, das SGB IX als alleiniges und einheitliches Gesetz für medizinische Rehabilitationsleistungen auszugestalten und die unterschiedlichen spezialgesetzlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern V und VI aufzuheben. Zudem sollte das SGB IX verbindliche Regelungen für die Rehabilitationsträger schaffen, die mit den Leistungserbringern und Patientenvertretungen gemeinsam vereinbart werden. Da aber im SGB IX viele verschiedene Interessen vereinbart werden mussten, gingen diese Forderungen zu weit und waren

nicht umsetzbar. Es bleibt abzuwarten, ob die im SGB IX Teil 1 vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der frühzeitigen Erkennung des Reha-Bedarfs, zur Durchführung von Modellvorhaben zur Stärkung des Grundsatzes Reha vor Rente und zur besseren Teilhabeberatung in der Umsetzung zu den beabsichtigten Veränderungen führen werden. Eine langjährige Forderung des BDPK wurde umgesetzt: Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist beauftragt, eine einheitliche Statistik aller Reha-Träger zu erstellen. Bisher erstellen die Reha-Träger individuelle Statistiken, die nicht aufeinander abgestimmt sind, was vonseiten des BDPK seit Jahren beanstandet wird.

Flexirenten-Gesetz

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) sollen die Gestaltungsmöglichkeiten für einen flexiblen, selbstbestimmten und an individuelle Lebensentwürfe angepassten Wechsel in den Ruhestand gestärkt werden. Damit gehen gute Rahmenbedingungen einher, die es mehr Menschen ermöglichen sollen, bis ins Alter erwerbsfähig und erwerbstätig bleiben zu können. Das Gesetz ist seit dem 1. Januar 2017 in Kraft.

Der BDPK hat sich mit seinen Stellungnahmen in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht und Gespräche mit dem Ministerium und mit Politikern geführt. Der BDPK begrüßt die im Flexirentengesetz normierte Klarstellung, dass es sich bei den Rehabilitationsleistungen einschließlich der Kinderrehabilitation um Pflichtleistungen handelt. Dies sind langjährige Forderungen des BDPK. Besonders die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche setzen viele BDPK-Forderungen um. Die Kinder-Reha wird in einem eigenen Paragrafen als Pflichtleistung geregelt und unterliegt nicht mehr dem gesonderten Budget der sonstigen Leistungen. Der Anspruch auf eine Begleitperson, die familienorientierte Reha sowie Nachsorgeleistungen werden explizit im Gesetz festgeschrieben.

Die Leistungen zur Prävention und zur Nachsorge werden ebenfalls in eigenen Paragrafen im SGB VI geregelt. Zudem soll in Modellprojekten die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres trägerübergreifend erprobt werden.

Diese vielen Leistungsverbesserungen führen allerdings nicht zu einer Abschaffung des Reha-Budgets, was der BDPK im Gesetzgebungsverfahren kritisiert hat. Ein zentrales Problem besteht darin, dass Mehrleistungen geregelt und damit verbundene erhebliche Mehrausgaben akzeptiert werden. Gleichzeitig wird die Rentenversicherung verpflichtet, Leistungen zu erbringen und bei Überschreitung des Budgets im Folgejahr weniger auszugeben. Dies widerspricht sich und liegt nicht im Handlungsspielraum der Rentenversicherung. Die Forderung, die Rolle der Leistungserbringer zu stärken, wurde ebenfalls nicht aufgegriffen. Leistungserbringer haben weiterhin bei der Leistungsgestaltung keine Beteiligungs- und Mitspracherechte und keine Möglichkeit, bei Streitigkeiten zu Vertrags- und Vergütungsverhandlungen eine Schiedsstelle anzurufen. Der BDPK wird sich weiterhin dafür einsetzen, die Rolle der Leistungserbringer zu stärken und das Reha-Budget der Rentenversicherung abzuschaffen oder bedarfsgerecht auszugestalten.

Pflegestärkungsgesetze I bis III

Den steigenden Herausforderungen der Sozialen Pflegeversicherung durch die demografische und medizinische Entwicklung ist der Gesetzgeber mit insgesamt drei Pflegestärkungsgesetzen begegnet. Für Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffenen sind, und deren Angehörige wurde viel erreicht. Die Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ermöglicht es, den Bedarf dieser Menschen besser abzubilden und sie zu versorgen. Entscheidende Maßnahmen, um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu verzögern und zu verhindern, wurden jedoch nicht ergriffen. Ein vereinfachter, bedarfsgerechter Zugang zu medizinischer Rehabilitation würde vielen von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen helfen. Die Ausgestaltung der Reha-Rahmenbedingungen bietet Krankenkassen jedoch keine, allenfalls negative Anreize, um die Chancen, die medizinische Rehabilitation bietet, zu Gunsten ihrer Versicher-

ten zu ergreifen. Mit seinen dauerhaften Initiativen, die Verbesserung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ umzusetzen hat der BDPK erreicht, dass neben dem Zugang zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt auch der Zugangsweg im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen verbessert wurde. Obwohl der MDK bereits seit Jahren verpflichtet ist, hier im Rahmen der Begutachtung zur Bedarfsfeststellung von Pflegeleistungen auch den Bedarf an Rehabilitationsleistungen zu prüfen, wurden diese nur in sehr geringer Zahl empfohlen. Der Gesetzgeber hat nachgebessert und den MDK im PSG II zu einer strukturierten Begutachtung von Reha-Bedarfen verpflichtet.

Versicherte, die zwar von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, die aber noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, sind nach wie vor unzureichend versorgt mit komplexen medizinischen Rehabilitationsleistungen. Deren Hausärzte berichten, dass Krankenkassen ihre Verordnungen für notwendige Reha-Leistungen nicht akzeptieren

Gute Qualität und unbürokratischer Zugang für alle

Der BDPK fordert seit Langem einen verbesserten und unbürokratischen Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen. Dass es Zugangshürden gibt, wird in vielen Berichten und Forschungsprojekten immer wieder festgestellt. Zuletzt weist der siebte Altenbericht der Bundesregierung[1] wieder einmal darauf hin, dass es eine faktische Unterversorgung und Ungleichbehandlung Älterer im Hinblick auf Maßnahmen der Rehabilitation und damit der Wiederherstellung von Teilhabechancen durch eine „fehlende Verschränkung von SGB XI und SGB IX“ gibt. Es bestehe die Tendenz nicht weniger Kostenträger, alten Menschen eine Rehabilitation zu verweigern, und dies mit Hinweis auf die – empirisch nicht gedeckte – Aussage mangelnder Rehabilitationspotenziale im hohen Alter, so der Altenbericht.

[1] Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“; www.siebter-altenbericht.de

Diese fehlerhafte Annahme, gepaart mit Rationierungstendenzen, könne dazu führen, dass im Bereich der Geriatrie Rehabilitationsplätze abgebaut und damit Geriatriekonzepte – die in der Vergangenheit noch mit großer Übereinstimmung verabschiedet wurden – allmählich ausgehöhlt würden. Der Altenbericht weist nachdrücklich auf den Versorgungsanspruch des alten Menschen hin und hebt hervor, dass eine angemessene gesundheitliche Versorgung auch mit Blick auf alte Menschen zu den „Grundaufgaben des Staates“ gehöre. Rehabilitationsleistungen zur Verhinderung oder Verminderung von Pflegebedarf und zur Verbesserung beziehungsweise Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe würden aktuell infolge von Fehlanreizen zu selten realisiert. Einmal mehr wird darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen betriebswirtschaftlich betrachtet kein Interesse haben, durch Mehrausgaben für Rehabilitation Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu nehmen und damit Ausgaben der Pflegeversicherung zu senken. Darauf weist der BDPK seit vielen Jahren hin und fordert, den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen aufzuheben. Der Altenbericht führt weiter aus, dass unter den Kostenträgern zum Teil die Tendenz bestehe, sich für den günstigsten (und das bedeutet leider vielfach: nicht für den besten/angemessenen) Leistungserbringer zu entscheiden. Das habe zur Folge, dass leichter zugängige regionale Ressourcen ungenutzt blieben.

Prinzipiell wäre es denkbar, für bestimmte Indexdiagnosen bei Vorliegen weiterer Kriterien (etwa ab einem gewissen Alter, wenn die Person alleine lebt, eine bestimmte Anzahl an Medikamenten oder bestimmte weitere Angebote des Versorgungssystems benötigt) standardisierte Zuweisungsregeln für alternative stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen zu etablieren. Auch diesen Vorschlag aus dem Altenbericht hat der BDPK bereits seit Längerem in die politischen Gespräche eingebracht und arbeitet derzeit an Umsetzungsvorschlägen.

Wunsch- und Wahlrecht

Dass Krankenkassen sich häufig für den preisgünstigsten Leistungserbringer entscheiden, wie es der Altenbericht (s. o.) ausführt, beweist beispielhaft der Umgang der DAK Gesundheit und der IKK classic in Bezug auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten. Seit dem GKV-VSG können gesetzlich Krankenversicherte eine Rehabilitationseinrichtung mehrkostenfrei wählen, wenn sie berechtigte Gründe haben. Ein berechtigter Wunsch gemäß § 9 SGB IX kann sich aus der medizinischen, familiären oder persönlichen Lebenssituation ergeben. Mitgliedseinrichtungen berichten, dass Krankenkassen die Wahl einer bestimmten Klinik durch den Versicherten zum Anlass nehmen, den gewählten Kliniken eine niedrigere Vergütung als die mit ihnen jeweils vereinbarte zu zahlen. Die Kliniken werden aufgefordert, die Differenz zur vereinbarten Leistungsvergütung als „Mehrkosten" von den Versicherten zu verlangen. Diese Rechnungskürzungen werden damit begründet, dass es andere Kliniken gibt, von denen behauptet wird, dass sie gleich geeignet und preisgünstiger seien. Diese Vergleichskliniken oder ihr Leistungsspektrum werden gegenüber den Versicherten nicht offengelegt. Zeitweise haben Krankenkassen ihre Versicherten auch verpflichtet, als Selbstzahler in die Wunschklinik zu gehen und im Nachhinein die Rechnung bei der Krankenkasse einzureichen, um die anteiligen Kosten erstattet zu bekommen.

Dieses Verhalten verstößt aus Sicht des BDPK gegen das Sachleistungsprinzip und gegen das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen nach dem SGB IX. Denn die Krankenkassen befassen sich in keiner Weise damit, ob ein berechtigter Wunsch vorliegt und welche Einrichtung die im Einzelfall am besten geeignete ist und begründen gegenüber den Versicherten ihre Ermessensentscheidung nicht. Er hat diese Vorgehensweise daher dem Bundesversicherungsamt zur Prüfung vorgelegt. Aufgrund der Vielzahl der Vorfälle hat der BDPK auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Patientenbeauftragten der Bundesregierung informiert. Das BMG teilte mit, zunächst die Prüfung des Bundesversicherungsamts abwarten zu wollen. Mit einem Schreiben vom 28. Februar 2017 bestätigt das Bundesversicherungsamt die Rechtsauffassung des BDPK: Auch bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts hat der Versicherte Anspruch auf eine Rehabilitation als Sachleistung, Vergütungsvereinbarungen mit Reha-Einrichtungen haben Bestand (Mehrkosten sind zwischen Versichertem und Krankenkasse abzurechnen) und die Krankenkasse muss ihre Ermessensentscheidung hinsichtlich der Mehrkosten begründen.

In der ARD-Sendung „Report Mainz" wurde der Beitrag „Krankenkassen verweigern häufig Reha – Patient droht Pflegebedürftigkeit" ausgestrahlt. In der Sendung wurde anhand von zwei Beispielen aufgezeigt, dass die Krankenkassen Reha-Leistungen ablehnen mit dem Verweis auf ambulante Maßnahmen. Ingo Dörr, Arbeitskreis Gesundheit, weist in dem Beitrag auf die Systematik in der Ablehnungspraxis der Krankenkassen hin. Professor Heinz Rothgang von der Universität Bremen beschreibt die fehlenden Anreize der Krankenkassen, Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege zu erbringen. CDU-Gesundheitspolitiker Erwin Rüddel, MdB, schlägt deshalb vor, dass die Verordnung des Hausarztes die Reha-Leistung auslösen sollte, sodass sich die Versicherten nicht mehr als Bittsteller mit ihren Krankenkassen auseinandersetzen müssen. Dieser Argumentation folgt auch der BDPK, der sich seit längerer Zeit für eine Umsetzung dieser Forderung einsetzt.

Kliniklisten

Krankenkassen sind bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung verpflichtet, die im Einzelfall bestgeeignete Klinik für den Versicherten auszuwählen. Ungeachtet der Tatsache, dass alle zugelassenen Einrichtungen Versorgungsverträge mit den Krankenkassen geschlossen haben, werden den Versicherten oder den Sozialdiensten der Krankenhäuser nur ausgewählte Einrichtungen als sogenannte Vertragseinrichtungen ausgewiesen. Nach welchen Kriterien die Auswahl einzelner Kliniken aus der Gesamtheit der zugelassenen Einrichtungen mit Versorgungsvertrag erfolgt, ist nicht transparent. Der Wunsch der meisten Versicherten nach schweren Erkrankungen und Unfällen ist meist, nahe bei ihren Angehörigen zu sein. Im Rahmen der Anschlussrehabilitationen sollen sie jedoch teilweise in Kliniken in über 300 Kilometer Entfernung von zu Hause rehabilitativ versorgt werden. Dies ist für die Patienten nicht nachvollziehbar und widerspricht der Gesetzeslage, wonach die Krankenkasse im Einzelfall die bestgeeignete Reha-Einrichtung mit Versorgungsvertrag für den Versicherten auszuwählen hat.

Das Bundesversicherungsamt hält es für zulässig, dass Krankenkassen ihre Versicherten und Sozialdienste der Krankenhäuser über geeignete Einrichtungen, mit denen Vertragsbeziehungen bestehen, informieren. Allerdings müssen die Informationen alle Vertragspartner sowie auch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten angemessen berücksichtigen. Informationsschreiben, die nahelegen, dass bevorzugt eine Steuerung in Einrichtungen mit Regelungen zur Abgeltung von Beförderungsleistungen erfolgt, hat das BVA beanstandet. Dies entspricht der Auffassung des BDPK. Weitere konkrete Kliniklisten wurden an das Bundesversicherungsamt zur Prüfung geschickt.

Umsetzung der geänderten Reha-Richtlinie

Auf Betreiben des BDPK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung wurden im Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) endlich Änderungen der Reha-Richtlinie beschlossen. Seit April 2016 entfällt die Verpflichtung des Vertragsarztes, vor der eigentlichen Verordnung zunächst das Muster 60 einzureichen, den „Antrag auf den Antrag“ (s. § 6 Reha-RL neu). Auch ist eine Qualifikation des verordnenden Arztes nicht mehr erforderlich. Nun kann wieder jeder niedergelassene Arzt eine Rehabilitationsleistung für seine Patienten verordnen. Nach wie vor sind Kenntnisse in der Anwendung der ICF erforderlich, die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind. Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden (s. § 11 Reha-RL neu).

Der BDPK begleitet die Umsetzung der geänderten Richtlinie. Die KBV und die Kassenvereinigungen der Länder informieren auf ihren Homepages über die geänderte Richtlinie und bieten online Weiterbildungen an. Ein Austausch im BDPK-Fachausschuss Rehabilitation und Pflege hat ergeben, dass sich die Veränderungen noch nicht im Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte niedergeschlagen haben. Nach wie vor entsprechen die als Heilverfahren

genehmigten Rehabilitationsleistungen noch nicht dem vorhandenen Bedarf. Dies zeigt, dass die Vereinfachung des Verordnungsverfahrens zwar ein wichtiger Schritt war, um den Zugang zu Rehabilitationsleistungen bedarfsgerechter zu gestalten, dass aber offensichtlich die ärztliche Verordnung nicht relevant für die Leistungserbringung ist, da Krankenkassen dennoch die Leistung ablehnen können. Der BDPK setzt sich weiterhin dafür ein, die Vertragsärzte über das vereinfachte Verfahren zu informieren, um dazu beizutragen, das restriktive Bewilligungsverfahren zu verändern.

Abb.: Mit dieser Broschüre informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Vertragsärzte über med. Rehabilitation und ihre Verordnung zulasten der GKV.

Gemeinsamer Expertenkreis Qualitätsmaßstab

Die langjährige Forderung der Leistungserbringer nach Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Gleichbehandlung von Zuweisungsentscheidungen hat mit dem jüngst in Kraft getretenen Vergaberechts-Modernisierungsgesetz neuen Rückenwind bekommen. Einig sind sich alle Beteiligten darin, dass Transparenz und Nichtdiskriminierung ohne Ausschreibungsverfahren erreicht werden können und im Interesse eines vielfältigen, einzelfallgerechten und innovativen Leistungsangebots auch müssen. Erforderlich dafür sind transparente und für alle Rentenversicherungsträger gleichermaßen geltende Kriterien.

Damit wird auch einer Kritik des Bundesrechnungshofs begegnet, der seit Jahren fordert, mit einem transparenten und sachgerechten Verfahren zu regeln, wie Vertragskliniken ausgewählt und Rehabilitanden den einzelnen Kliniken zugewiesen werden. Der BDPK begrüßt die wichtige und richtige Entscheidung der deutschen Rentenversicherung, nicht nur einheitlich vorzugehen, sondern bei der Zuweisungssteuerung künftig auch entsprechende Qualitätskriterien zu berücksichtigen. Im dazu gebildeten Expertenkreis Qualitätsmaßstab waren neben Vertretern der Deutschen Rentenversi-

cherung Bund als Träger und als Querschnittsbereich auch Vertreter des BDPK und der AG MedReha beteiligt.
Mit zahlreichen Instrumenten misst die deutsche Rentenversicherung die Qualität der Reha-Leistungserbringung: Die vorgehaltenen Strukturen, Art und Anzahl der erbrachten therapeutischen Leistungen, die Einhaltung der einheitlichen Therapiestandards, die Behandlungsqualität, die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie deren subjektiv empfundener Erfolg werden erhoben und erfasst und mit Qualitätspunkten von 0-100 bewertet. Diese werden an die Einrichtungen zurückgemeldet und liegen den belegenden Rentenversicherungsträgern vor. Aus Sicht der Leistungserbringer fehlt jedoch eine konsequente und berechenbare Berücksichtigung all dieser Ergebnisse. Aus einer Vielzahl möglicher Parameter hat der Expertenkreis sechs Indikatoren ausgewählt (Abbildung 1). Verfolgt wurde dabei ein pragmatischer Ansatz, der darauf fokussierte, welche Daten verfügbar, als Abbild für die Qualität der Einrichtungen inhaltlich vertretbar und für die Verwendung in der Steuerungssoftware handhabbar sind. Voraussetzungen für die Auswahl der Indikatoren war auch die Frage, ob ein regelhafter jährlicher Erhebungsrhythmus gewährleistet werden kann. Da die Verwendung der Daten im Rahmen der Belegungssteuerung auch wirtschaftliche Auswirkungen auf die Kliniken haben kann, wäre es nicht vertretbar, „veraltete“ Daten zu verwenden. Bei der Zusammenfassung der Indikatoren zu einem Reha-Qualitätsmaßstab (RQM) wurden unterschiedliche Gewichtungsvorschläge diskutiert. (Abbildung 2). Proberechnungen der Deutschen Rentenversicherung haben ergeben, dass für beide Vorschläge Daten in guter Qualität vorliegen. Als Ausdruck von Rehabilitandenorientierung gewichtet die Variante 1 die subjektiven Indikatoren stärker. Auch wird der Einhaltung der Reha-Therapiestandards und damit eines einheitlichen Niveaus der Behandlung eine größere Bedeutung eingeräumt. Die mit der Variante 2 gewählte Gleichgewichtung der Indikatoren haben die Verbände der Leistungserbringer damit begründet, dass keine Unterschiede zur Aussagekraft der einzelnen Indikatoren bekannt sind.

Die getroffene Auswahl ist nicht in Stein gemeißelt. Vielmehr waren sich alle Beteiligten einig, dass die Indikatoren ergänzt und weiterentwickelt werden können und müssen. Insbesondere fehlen Indikatoren, mit denen das Ergebnis der Leistungen gemessen werden kann. Hier ist eine gemeinsame Entwicklung notwendig. Vonseiten der Leistungserbringer besteht deshalb die Bereitschaft, sich auch hier konstruktiv mit Ideen, Erfahrung und der entsprechenden Expertise einzubringen und einen gemeinsamen Dialog zu beginnen.

Erste Modellrechnungen wurden im Oktober 2016 vorgestellt und erörtert. Es wurde verabredet, mit dem neuen Reha-Qualitätsmaßstab (RQM) im nächsten Jahr ein Pilotverfahren durchzuführen. Dabei soll der RQM probeweise in der Steuerung der stationären Orthopädie und Psychosomatik angewandt werden. Der genaue Zeitpunkt und die Ausgestaltung im Einzelnen müssen noch vereinbart werden. Fest steht jedoch, dass AHB-Verfahren sowie Maßnahmen, bei denen die Versicherten von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen, von der Steuerung der Deutschen Rentenversicherung und so auch von der Belegung nach dem Qualitätsmaßstab nicht berührt sind.

Ausgewählte Indikatoren

Indikator	Daten	Bewertung
Rehabilitanden-zufriedenheit	DRV-QS (Befragung)	
Subjektiver Behandlungserfolg	DRV-QS (Befragung)	
KTL-Auswertung	DRV-QS (E-Bericht)	Problem: Punktabzug >100% --> Korridor verändert
Reha-Therapie-standards	DRV-QS (E-Bericht)	Nicht alle Rehabilitanden
Visitationsergebnis	DRV-QS (Bewertung Visitoren)	Einrichtung kennt den Bericht nicht --> wird übermittelt
Beschwerdequote	Erhebung und Bewertung DRV-Trägerbereich	Bewertungskriterien nicht transparent --> werden bekannt gemacht

Abb.: 1

Gewichtung

Parameter	Gewichtung (DRV)	Gewichtung (Verbände)
Rehabilitanden-zufriedenheit	23	20,75
Subjektiver Behandlungserfolg	25	20,75
KTL-Auswertung	10	20,75
Reha-Therapie-standards	25	20,75
Visitationsergebnis	10	10
Beschwerdequote	2	2
„Konsinstenzpunkte“	5	5
gesamt	**100**	**100**

Abb.: 2

Leistungsgerechte Vergütung

Fehlende Investitionsfinanzierung

Eine bundesweite Umfrage bei Rehabilitationskliniken durch die aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag der AG MedReha belegt, dass ein enormer Investitionsbedarf in den nächsten fünf Jahren besteht, der kaum aus dem Geschäftsbetrieb bestritten werden kann.

Rehabilitationseinrichtungen müssen sämtliche Kosten aus dem Vergütungssatz refinanzieren. Nur wenn auch – neben den Personal- und Sachkosten – die Investitionen in den Erhalt, die Entwicklung und die Modernisierung der Strukturen Berücksichtigung finden, können die Rehabilitationskliniken langfristig ihre Aufgaben erfüllen. Die Umfrage zeigt, dass der Investitionsbedarf in den Rehabilitationskliniken in den nächsten fünf Jahren sehr hoch, die Finanzierung hingegen nicht gesichert ist. Es bedarf deshalb leistungsgerechter Vergütungssätze, so die Forderung des BDPK mit der AG MedReha in einer Pressemitteilung und in den Anschreiben an den Gesetzgeber und die Rehabilitationsträger.

Mit der zweiten bundesweiten Befragung zum Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation konnte die Validität der ersten Untersuchung aus dem Jahr 2015 bestätigt werden. Die errechneten Beträge zeigen einen erheblichen zusätzlichen Investitionsbedarf zwischen 885 – 1.029 Mio. EUR pro Jahr und durchschnittlich etwa 28.000 Euro pro Behandlungsplatz bzw. aufgestelltem Bett für die nächsten fünf Jahre.

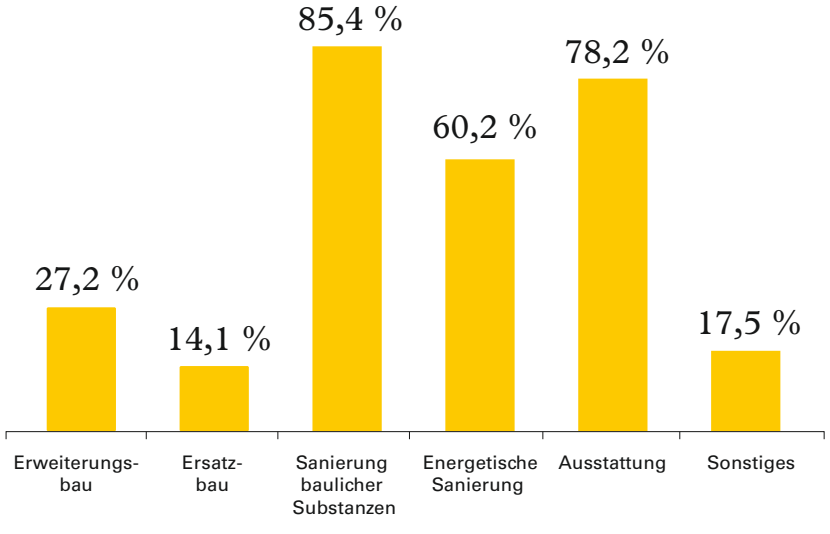
Für den überwiegenden Teil der befragten Einrichtungen sei noch unklar, wie diese Investitionen zu finanzieren sind. Etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer gab an, dass die Einrichtungen bei einem Unterlassen der Investitionen in ihrer Existenz gefährdet seien.

Das monistisch ausgestaltete Vergütungssystem in der Rehabilitation verlangt neben einer ausreichenden Finanzierung der Betriebskosten auch eine entsprechende Finanzierung der Investitionen. Die Vergütung muss den Leistungserbringern bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsvertrag zu erfüllen. Bedarfsgerechte Investitionen in die Rehabilitation sind allein im Hinblick auf den volkswirtschaftlichen Mehrwert (Verhinderung von Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit) sinnvoll.

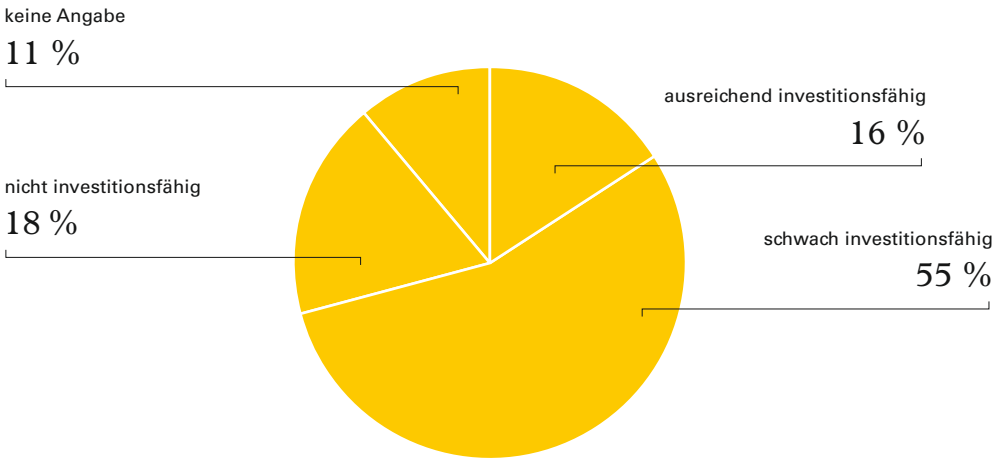
Bisher gibt es jedoch keine entsprechende Grundlage für die Kalkulation und Verhandlung von leistungsgerechten Vergütungssätzen für Rehabilitationsleistungen, die diese erheblichen Investitionskosten entsprechend berücksichtigt. Die Befragung zeigt die negativen Folgen des intensiven Preiswettbewerbs im Reha-Markt. Viele Rehabilitationseinrichtungen leben von der Substanz und verzichten auf notwendige Investitionen. Dies führt mittel- und langfristig zwangsläufig zu Qualitätsverlusten und Strukturabbau.

Gemeinsam mit der AG MedReha führt der BDPK Gespräche mit den Rehabilitationsträgern und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Neben den Leistungsträgern ist auch der Gesetzgeber gefordert, entsprechende Grundlagen zu schaffen, indem beispielsweise die Deckelung des Reha-Budgets im Bereich der Rentenversicherung beseitigt und die verbindliche Vereinbarung von Grundsätzen der Vergütung zwischen Leistungsträgern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer vorgegeben wird.

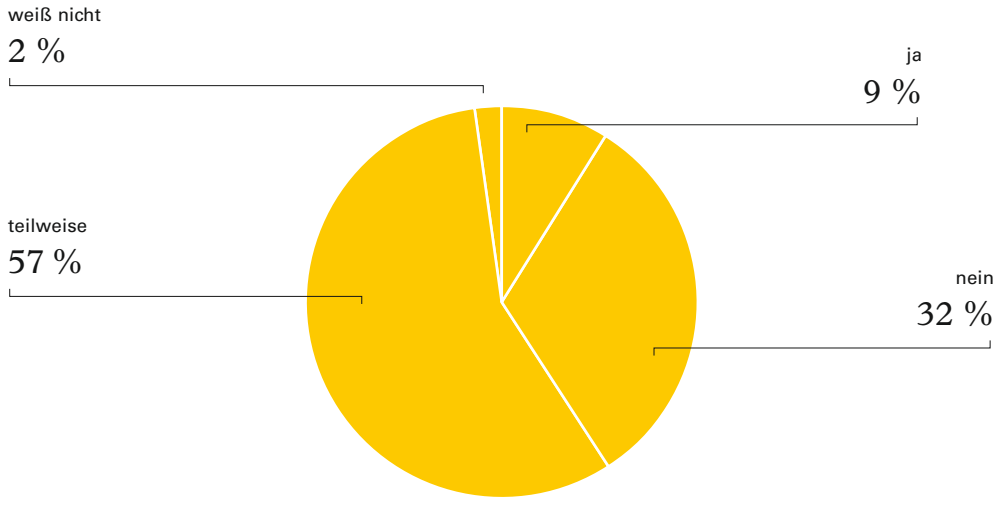
Bereiche mit aufgezeigtem Investitionsbedarf



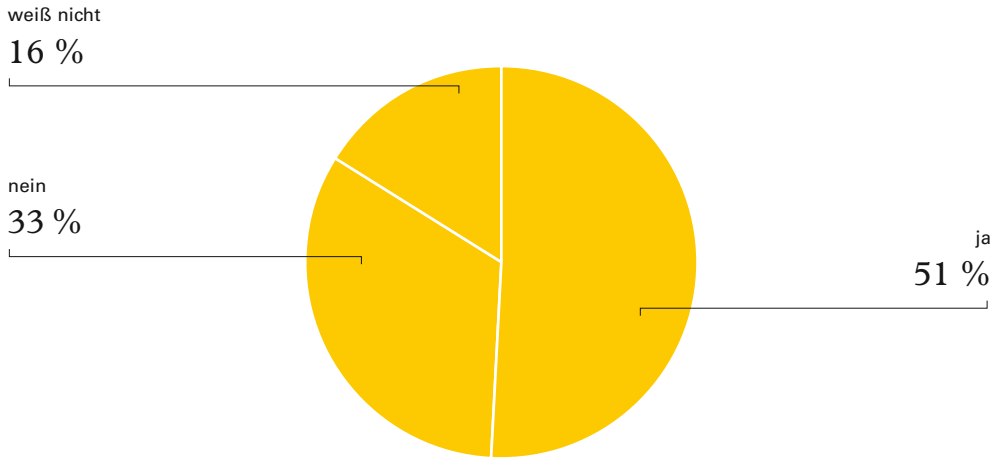
Einschätzung der Investitionsfähigkeit des Betriebs



Finanzierung der Investitionen aus Geschäftsbetrieb möglich?



Existenzgefährdung gegeben?



Gutachten zu den Kostensteigerungen im Jahr 2017 für medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Die AG MedReha hat erneut die aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH beauftragt, die vergütungsrelevanten Kostensteigerungen für Rehabilitationseinrichtungen zu untersuchen. Die Neuauflage des Gutachtens prognostiziert für das Jahr 2017 Kostensteigerungen zwischen 2,2 und 2,5 Prozent.

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 2017. Anhand von statistischen Daten und möglichst belastbaren Prognosen legen die Gutachter die Konsequenzen der erwarteten externen Kostenentwicklung auf die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen dar. Der errechnete Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2017 zeigt im Vergleich zu 2016 Steigerungsraten zwischen 2,2 und 2,5 Prozent.

Erstmals enthält das aktuelle Gutachten auch einen Vergleich mit dem Krankenhausbereich. Dieser zählt kostenrelevante Sonderanforderungen an Krankenhäuser durch Gesetze oder politisch veranlasste Maßnahmen der letzten Jahre auf. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen seien mehrheitlich Sonderförderprogramme zugunsten der Krankenhäuser initiiert worden. Obwohl zahlreiche der Sonderanforderungen wirkungsgleich auf Reha-Einrichtungen übertragen würden, fehlten dort entsprechende Förderprogramme oder anlassbezogene Zuschläge zur Finanzierung der Mehrausgaben.

Bei den berechneten Kostensteigerungen fehlen Berechnungen für klinikindividuelle Kostensteigerungen aufgrund höherer Personalkosten einschließlich zusätzlichen Hygienepersonals, Zinsaufwendungen, Investitionskosten sowie der zusätzlichen Kosten für das Entlassmanagement. Die Steigerung der Vergütungssätze sollte daher für das Jahr 2017 bei mindestens 2,5 Prozent liegen. Dies entspricht auch dem Vorgehen im Krankenhausbereich, wo aktuell die Veränderungsrate gilt, sobald sie den Orientierungswert überschreitet.

Die gutachterliche Sicht zur zukünftigen Kostenentwicklung soll den Kliniken als Verhandlungshilfe mit den Rehabilitationsträgern dienen.

Gespräche mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund zur Vergütung

Wie jedes Jahr wurde mit der DRV Bund in einem persönlichen Gespräch (30.11.2016) über die Vergütungssatzanpassung auf Grundlage des aktiva-Gutachtens zu den jährlichen Kostensteigerungen gesprochen. Die DRV Bund informierte dabei über ihr verändertes Vorgehen bei der Anpassung von Vergütungen von Reha-Einrichtungen. Grundlage dafür seien die Empfehlungen einer trägerübergreifenden **„Projektgruppe zur Entwicklung von Kriterien für die Vergütungsverhandlung mit den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“ (PGVERK).** Das Ziel der veränderten Vorgehensweise bestehe darin, transparentere Kriterien für die Vergü-

tungssatzanpassungen anzuwenden. Die Empfehlungen beschreiben folgende formelle Voraussetzungen sowie inhaltliche Maßstäbe für künftige Vergütungssatzanpassungen:

- Anfragen bzw. Anträge auf Anpassungen des Vergütungssatzes müssen rentenversicherungsweit bis zum 30.11. eines jeden Jahres bei dem federführenden Träger der DRV eingehen, um ab dem 1. Januar des Folgejahres wirksam zu werden.
- Sie müssen inhaltlich bestimmt sein und klar erkennen lassen, welcher Betreiber für welche Einrichtungen bzw. welche Fachabteilung eine Erhöhung beantragt.
- Das Erhöhungsangebot des federführenden Trägers der DRV orientiert sich künftig an dem von der DRV trägerübergreifend festgestellten einheitlichen Richtwert. Zusätzlich kann das Angebot weitere trägerspezifische oder einrichtungsindividuelle Sonderfaktoren berücksichtigen.
- Der FAR (Fachausschuss Rehabilitation) legt den Richtwert in seiner letzten Sitzung im Herbst fest. Der Richtwert orientiert sich am sogenannten Orientierungswert für die Vergütung in Krankenhäusern oder an der Veränderungsrate der Grundlohnsumme. Maßgeblich ist jeweils der höhere von beiden. Zudem können spezifische Besonderheiten und Anforderungen, die den gesamten Rehabilitationsbereich betreffen, berücksichtigt werden.
- Die Bekanntgabe dieses Richtwertes an die Einrichtungen und die Verbände der medizinischen Rehabilitation wird von der DRV Bund noch geklärt. Hierzu kann auch die jährliche Gesprächsrunde mit den Verbänden genutzt werden.

Die Verbände der AG MedReha begrüßen grundsätzlich eine transparente und rentenversicherungsübergreifende Vorgehensweise. Sie sprechen sich dafür aus, den jährlichen Richtwert gegenüber den Reha-Einrichtungen klar zu kommunizieren. Kritisch äußern sich die Verbände allerdings dahingehend, dass weder die Grundlohnsummensteigerung noch der Orientierungswert eine Rehabilitationsspezifität aufweisen. Auch beinhalten beide Werte eine retrospektive Betrachtung, das aktiva-Gutachten versuche hingegen, aktuelle und prospektive Entwicklungen zu berücksichtigen. Die Vertreter der DRV Bund weisen auf die mit prognostischen Verfahren verbundenen Probleme hin; so bestehe bspw. keine Möglichkeit, Gelder zurückzufordern, wenn entsprechende Prognosen nicht einträfen bzw. unterschritten würden.

In dem Gespräch wurden auch die Ergebnisse der Befragung der aktiva vom Sommer 2016 zum **Investitionsbedarf** in der medizinischen Rehabilitation (s. o.) vorgestellt. Die Gutachterin und die Verbände der AG MedReha schlagen vor, über neue Wege zur Investitionskostenfinanzierung nachzudenken.

Die DRV Bund machte deutlich, dass sie an der monistischen Finanzierung und damit am Prinzip vollpauschaler Vergütungssätze, die auch die Investitionsausgaben beinhalten, festhalte. Eine Diskussion über alternative Finanzierungsformen wie z. B. einen Investitionsfonds halte sie für ungeeignet und lehnte sie ab. Aus Sicht der DRV Bund bestehe auf Basis des vorgelegten Gutachtens kein Anlass zu einer grundlegenden Änderung hinsichtlich der bestehenden Vergütungssätze im Bereich der DRV Bund. Sie ist der Meinung, dass ihre Vergütungssätze Investitionen ausreichend berücksichtigt.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – MBOR

In den Indikationen Orthopädie und Psychosomatik erbringen die Rehabilitationseinrichtungen für Rehabilitanden mit besonderen Problemlagen medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsleistungen für die Deutsche Rentenversicherung. Die DRV Bund hat dafür Kliniken zugelassen und zahlt eine höhere Vergütung für diese Leistungen, da sie mit einem höheren Aufwand verbunden sind. Allerdings ist die Vergütung teilweise nicht sachgerecht.

Dies betrifft zum einen die Vergütung für ambulante MBOR-Leistungen. Zunächst hatte der BDPK die Vergütungssatzsystematik für ambulante MBOR-Leistungen kritisiert, da die DRV Bund den ambulanten MBOR-Aufschlag ebenfalls um 1/3 gekürzt hatte. Eine 1/3-Kürzung des stationären Pflegesatzes für ambulante Leistungen wird aufgrund der fehlenden Logisleistung im ambulanten Bereich vorgenommen. Da aber der Mehraufwand für MBOR-Leis-

tungen nicht die Logisleistungen betrifft, war hier eine Kürzung nicht angemessen. Die DRV Bund hat diesbezüglich ihre Vergütungssatzangebote geändert. Nunmehr wird der MBOR-Vergütungssatz für ambulante Leistungen nicht mehr um 1/3 verringert. Des Weiteren stimmt jedoch auch die Berechnungssystematik nicht: Im ambulanten Bereich fallen für die MBOR die gleichen Kosten wie im stationären Bereich an. Zur Berechnung des Zuschlags für den Tagessatz wurden die Mehrkosten, die aufgrund der MBOR anfallen, auf eine 7-Tage-Woche aufgeteilt. Im ambulanten Bereich werden jedoch nur 5 Tage vergütet. Insofern müsste hier die Aufteilung der Mehrkosten auf eine 5-Tage-Woche vorgenommen werden, um den Mehraufwand für MBOR-Leistungen zu kompensieren. In ihrem Antwortschreiben führt die DRV Bund aus, dass rückwirkende Anpassungen nicht möglich seien. Auch wenn andere Rentenversicherungsträger höhere Zuschläge für ambulante MBOR-Maßnahmen als für stationäre vergüten, hätte die DRV Bund höhere Richtwertvorgaben für die Dauer der Maßnahme. Die Vergütungssätze würden zudem nach den Grundsätzen der wirtschaftlichen und sparsamen Durchführung von Leistungen vereinbart.

Im Bereich Psychosomatik hatte die DRV Bund Anfang des Jahres 2016 Einrichtungen zur Leistungserbringung zugelassen und eine Vergütungsregelung für das zweite Halbjahr angekündigt. Die Kliniken sind im Vertrauen darauf in Vorleistung gegangen. Eine Vergütungsregelung wurde jedoch nicht bekannt gegeben. Der BDPK forderte die DRV Bund auf, den Einrichtungen mitzuteilen, wie MBOR-Leistungen in der Indikation Psychosomatik in der Vergangenheit und zukünftig vergütet werden sollen. Im Antwortschreiben der DRV Bund wird eine Vergütungsregelung für 2017 angekündigt. Eine Vergütungsregelung für 2016 ist nicht vorgesehen. Hier werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass die Klinken, die im Vertrauen auf die spätere Bezahlung in Vorleistung gegangen sind, hierfür auch eine angemessene Vergütung erhalten.

Erste Schiedsstellenentscheidung im somatischen Bereich

Im Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze wurde 2011 die Einrichtung von Schiedsstellen für gescheiterte Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationskliniken geregelt. Der BDPK und seine Landesverbände begleiten die Umsetzung der „Reha-Schiedsstelle“ auf Landesebene. Mittlerweile haben alle Bundesländer eine Schiedsstellenverordnung bzw. -vereinbarung geschlossen. Jedoch sind noch nicht alle Schiedsstellen besetzt.

Im Berichtsjahr ist die erste Schiedsstellenentscheidung im somatischen Bereich ergangen. Eine Mitgliedseinrichtung hat erfolgreich die Reha-Schiedsstelle in Nordrhein-Westfalen angerufen und eine Vergütungssatzerhöhung oberhalb der Veränderungsrate zugesprochen bekommen. Bisher hatten fast ausschließlich geriatrische Rehabilitationseinrichtungen die Schiedsstelle angerufen.

Für die Preisfindung hat die Schiedsstelle das durch das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 13. Mai 2015 (B 6 KA 20/14 R) entwickelte Vorgehen, wie Vergütungen für Leistungen von sozialpsychiatrischen Zentren zu ermitteln sind, als maßgeblich für die Ermittlung einer Vergütung für Rehabilitationsmaßnahmen angesehen:

1. Ist die Betriebsführung der Reha-Einrichtung plausibel dargelegt und/oder lässt sie Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen?
2. Hält der nachvollziehbar begründete Vergütungsanspruch einem Vergleich mit anderen Rehabilitationseinrichtungen stand?
3. Ist sichergestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität angemessen in die Bewertung einbezogen wird?

Das BSG hält es dabei für zulässig und mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität vereinbar, dass eine Steigerung der Vergütung gegenüber der letzten Vergütungsvereinbarung oberhalb der Veränderungsrate liegen könne, wenn die Vergütung der Vorjahre auf einer fehlerhaften Kalkulation beruhe oder sogar bewusst zu niedrig angesetzt worden sei. Die Schiedsstelle hat zudem einen Unternehmerlohn zugestanden.

Um Rehabilitationskliniken bei der Anrufung der Schiedsstelle zu unterstützen, hat der BDPK-Fachausschuss Rehabilitation und Pflege eine Facharbeitsgruppe mit der Überarbeitung und Ergänzung der von der Geschäftsstelle erstellten Hilfestellung zur Anrufung der Schiedsstelle beauftragt und verabschiedet. Die Hilfestellung kann bei der Geschäftsstelle des Bundes- oder Landesverbandes angefordert werden. Es ist davon auszugehen, dass sich weitere somatische Rehabilitationseinrichtungen an die Schiedsstelle wenden werden.

Krankenkassen dürfen Fahrkosten nicht auf Leistungserbringer abwälzen

Transporte zu und von Rehabilitationseinrichtungen sind nicht originäre Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung. Dementsprechend vertritt das Bundesversicherungsamt die Auffassung, dass Fahrkosten nicht Teil der Fallpauschale sein dürfen, mit denen Krankenkassen die Medizinische Rehabilitation vergüten.

Bereits 2013 hatte eine Umfrage der AG MedReha zu Vereinbarungen von Fahrkostenregelungen ergeben, dass in den vereinbarten Fallpauschalen häufig auch Transportleistungen der Rehabilitationseinrichtungen enthalten sind. Krankenkassen nutzen hier ihre Machtposition, um Leistungen, die eigentlich gesondert vergütet werden müssten, einseitig den Rehabilitationskliniken aufzubürden.

Dies hat den BDPK veranlasst, gemeinsam mit der AG MedReha die aufsichtsrechtliche Zulässigkeit solcher Regelungen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) prüfen zu lassen. Nach umfänglicher Prüftätigkeit kam die Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen zu einer eindeutigen Aussage: Die Kosten, die Versicherten für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsleistung entstehen, hat die Krankenkasse zu übernehmen. Transportleistungen, deren sich die Krankenkasse bedient, müssen transparent und gesondert in einem Vertrag nach § 133 SGB V vereinbart und dürfen nicht mit der Reha-Leistung nach § 111 SGB V vermischt werden. Die Höhe der Vergütung der Krankenkassen für von der Einrichtung auf eigene Kosten organisierte Beförderungsleistungen oder die Übernahme der direkten Fahrkostenfinanzierung muss zudem angemessen sein. Sie darf nicht in einem auffälligen Missverhältnis zur Organisations- bzw. Finanzierungsleistung stehen. Den Rehabilitationskliniken wird empfohlen, ihre Vergütungsvereinbarungen zu prüfen und Transporte gesondert zu regeln.
Krankenkassen, die diese Zahlungspflicht auf Leistungserbringer ohne angemessenen Ausgleich abwälzen, verschaffen sich einen unzulässigen Wettbewerbsvorteil.

Qualität ist messbar

Im Wettbewerb um die beste Behandlungsqualität ist die Transparenz von Qualitätsdaten unverzichtbar. Die Einrichtungen engagieren sich in ihrer täglichen Arbeit für ihre Rehabilitanden und belegen ihre Leistungserbringung den Kostenträgern gegenüber mit Nachweisen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der BDPK setzt sich in seiner Arbeit für die Anwendung der Qualitätssicherungsmaßnahmen ein, die einen fairen und objektiven Vergleich zwischen den Einrichtungen ermöglichen und keine unnötige Belastung für die Kliniken darstellen.

Zusammenarbeit der Kostenträger und Vereinheitlichung der QS-Verfahren

Die Leistungserbringer wirken seit Jahren auf eine Vereinheitlichung der QS-Verfahren und eine Intensivierung der Zusammenarbeit der Kostenträger hin. Mit ersten Erfolgen: In den regelmäßigen Treffen zwischen der DRV Bund und dem GKV-Spitzenverband werden Informationen zur Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherungsverfahren und über Kooperationsmöglichkeiten beraten. Die Entwicklung der QS-Reha®-Instrumente für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erfolgte in enger Anlehnung an die QS-Instrumente der Rentenversicherung für den Indikationsbereich (vgl. Seite 85). Die DRV wird sich bei ihrem Projekt zur Weiterentwicklung der Rehabilitandenbefragung und Überprüfung der Risikoadjustierung auch der Erfahrungen aus dem QS-Reha®-Verfahren bedienen. Synergieeffekte sind hier ebenfalls zu erwarten.

Der BDPK hat sich im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auch an der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX aktiv beteiligt. Im Zuge der Beratungen konnten die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit der Kostenträger sowie das Ziel einer Vereinheitlichung der QS-Verfahren in der Gemeinsamen Empfehlung verdeutlicht werden.

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Der BDPK begleitet die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung auf verschiedenen Wegen. In Arbeitsgruppen und Fachgesprächen gibt der Verband praktische Hinweise zu Weiterentwicklungspotenzial und Umsetzungsproblemen. Die Verbandsmitglieder werden ausführlich über die Berichte zu den einzelnen Indikationen sowie grundsätzlich über Neuerungen im QS-Verfahren informiert.

Übersicht zu den Ergebnissen aus der Qualitätssicherung der Rentenversicherung

Instrumente	Inhalte	Auswertungs-zeitraum	Versand Ergebnisberichte	Ergebnisse
Struktur-anforde-rungen	Struktur- und Prozess-qualität (räumliche, technische und perso-nelle Aus-stattung)	2014 - 2015	2016	Somatik stationär, Somatik ambu-lant (Kardiologie, Orthopädie, Neurologie), Kinder- und Jugend-liche: Erfüllungsgrad der belegungs- bzw. strukturrelevanten Kriterien liegt in allen Indikationen auf einem hohen Niveau zwischen 100 % und 85 %
Rehabili-tanden-befragung	Rehabilitan-denzufrie-denheit und subjektiver Behand-lungserfolg	2014 - 2015	2016	Somatik stationär: Ø-Zufriedenheit mit der Rehabilita-tion liegt bei 2,1[2]; 72 % der Rehabi-litanden bewerten die Reha-Maß-nahme als erfolgreich Somatik ambulant (Kardiologie, Orthopädie, Neurologie): Ø-Zufriedenheit mit der Rehabilita-tion liegt bei 1,8[3]; 74% der Rehabili-tanden bewerten die Reha-Maß-nahme als erfolgreich Psychosomatik/Sucht: Ø-Zufriedenheit mit der Rehabilita-tion liegt in der Sucht-Reha bei 2,1[4] und in der Psychosomatik bei 2,2[5]; 78 % der Rehabilitanden aus der Sucht-Reha und 67 % der Rehabili-tanden aus der Psychosomatik bewerten die Reha-Maßnahme als erfolgreich Kinder-und Jugendliche: Ø-Zufriedenheit mit der Rehabilita-tion liegt bei 1,9[6]; 78 % der Rehabi-litanden aus der Kinder-Rehabilita-tion und 81 % der Rehabilitanden aus der Jugendlichen-Rehabilitation bewerten die Reha-Maßnahme als erfolgreich

[2–6] Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)

Reha-Therapie-standards (RTS)	Behandlungs-qualität	2014	2016	RTS Depressive Störungen: Reha-Einrichtungen erreichen durchschnittlich 82 Qualitätspunkte RTS Chronischer Rückenschmerz: Reha-Einrichtungen erreichen durchschnittlich 77 Qualitätspunkte RTS Brustkrebs: Reha-Einrichtungen erreichen durchschnittlich 90 Qualitätspunkte RTS Diabetes mellitus Typ 2: Reha-Einrichtungen erreichen durchschnittlich 78 Qualitätspunkte
Klassifi-kation therapeuti-scher Leistungen (KTL)	Behandlungs-qualität	2015	2016	Aufgrund der Umstellung auf die neuen KTLs nur deskriptive Berichte ohne Qualitätspunkte
Peer-Review	Prozess- und Behandlungs-qualität	2016	Zweites Halbjahr 2017 geplant	Checkliste und Manual qualitäts-relevanter Prozessmerkmale in der Somatik und Psychosomatik/Sucht wurden überarbeitet. Start mit neuem Peer-Review in der Psychosomatik/Sucht

Qualitätsorientierte Belegungssteuerung

Die interne Projektgruppe zur „Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Belegung von Reha-Einrichtungen“ (PGNQR) der Deutschen Rentenversicherung beschäftigt sich seit Mitte 2015 mit der Frage, wie die Qualität der Leistungserbringung in der Belegungssteuerung der DRV Bund berücksichtigt werden kann. Derzeit arbeitet die Projektgruppe an einem Handbuch für den strukturierten Qualitätsdialog zwischen RV-Trägern und Reha-Einrichtungen. Mit den strukturierten Qualitätsdialogen sollen die Reha-Einrichtungen in ihrer Qualitätsentwicklung unterstützt werden. Die Ergebnisse der Indikatoren aus dem Qualitätssicherungsprogramm der DRV sollen die Grundlage für Entscheidungen zur Veranlassung von Qualitätsdialogen bilden. Dazu gehören: Rehabilitanden-Zufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Reha-Therapiestandards (RTS), Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und Peer Review. Auf Anregung des BDPK werden Reha-Einrichtungen auch die Möglichkeit erhalten, auf Wunsch einen freiwilligen Qualitätsdialog zu initiieren, wenn beispielsweise eine positive Qualitätsentwicklung gewürdigt werden soll.

Für die Initiierung der Qualitätsdialoge ist eine Schwellenwertregelung vorgesehen. Unterschreitet eine Reha-Einrichtung in mindestens einem der vereinbarten Qualitätsindikatoren den absoluten Schwellenwert (50 Qualitätspunkte), muss sie in einen Qualitätsdialog mit dem zuständigen RV-Träger treten. Wird ein relativer Schwellenwert (Mittelwert minus Standardabweichung) in mindestens zwei Qualitätsindikatoren unterschritten, sollte ein Qualitätsdialog geführt werden. Bei kurzfristig auftretenden Auffälligkeiten bei den QS-Ergebnissen kann ein Qualitätsdialog initiiert werden.

Für 2017 ist eine Pilotphase geplant, in der die Machbarkeit und die Wirksamkeit der Qualitätsdialoge überprüft werden soll. Welche Konsequenzen sich insbesondere hinsichtlich der Belegung und Vergütung für die Reha-Einrichtungen ergeben werden, ist noch offen. Ein intensiver Informationsaustausch zwischen der Projektgruppe und dem Gemeinsamen Expertenkreis Qualitätsmaßstab (vgl. Seite 63 ff.) ist weiterhin sichergestellt.

Strukturqualität

Der BDPK fordert gegenüber der DRV seit Langem, Strukturprüfungen zu reduzieren sowie die Personalstellenpläne abzuschaffen und stattdessen Ergebnisindikatoren zu entwickeln. Die Forderung der DRV nach 100-prozentiger Erfüllung der Personalstellenpläne ist im Hinblick auf den erheblichen Personalmangel zum einen realitätsfern und zum anderen nicht sinnvoll, da pauschale Planvorgaben wichtige Innovationen bei der Organisation der Prozesse und der Leistungserbringung verhindern. Im Jahr 2014 hatte die Deutsche Rentenversicherung die Anforderungen zur Strukturqualität grundsätzlich überarbeitet. Bei der Auswertung der Erhebungen mit den angepassten Fragebögen hatten sich dann jedoch Auffälligkeiten bei der Erfüllung der Personalvorgaben gezeigt, sodass für den Erhebungszeitraum 2014-2015 nur Ergebnisberichte zu den Struktur- und Prozessmerkmalen an die Einrichtungen verschickt werden konnten. Auf die Herausgabe des Berichtsteils zu den Personalanforderungen hat die DRV aufgrund der zahlreichen Unstimmigkeiten verzichtet. Die Projektgruppe „Strukturanforderungen“

(PGSTA) beschäftigt sich seit November 2016 mit den Hinweisen und Erfahrungen aus der vergangenen Strukturerhebung und wird die Instrumente zur Erfassung der Strukturqualität medizinischer Reha-Einrichtungen erneut überarbeiten. Nachdem die Projektgruppe erste Vorschläge erarbeitet hat, ist auch eine Beteiligung der Leistungserbringerverbände geplant. Der BDPK wird sich wieder aktiv in die Beratungen einbringen und insbesondere das starre Festhalten der DRV an den Personalsollstellenplänen erneut kritisieren.

Im Dialog mit den RV-QS-Koordinatoren

Über einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch mit den verantwortlichen QS-Koordinatoren der Deutschen Rentenversicherung wirkt der BDPK an der Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems der RV mit. Hierfür organisiert der BDPK die halbjährlichen Treffen der RV-QS-Koordinatoren mit den Verbänden der Leistungserbringer. Gemeinsame Schulungen zum QS-Programm der RV im Rahmen der IQMG-Seminare und Vorträge auf den IQMG-Jahrestagungen ergänzen die Zusammenarbeit zwischen der DRV und dem BDPK.

Reha-Qualitätssicherung der gesetzlichen Krankenversicherung

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

QS-Reha®-Verfahren

Am zweiten Durchlauf des QS-Reha®-Verfahrens waren alle von den Krankenkassen hauptbelegten Fachabteilungen der stationären somatischen und psychosomatischen Indikationen, der Indikation Geriatrie (nur mit der Qualitätsdimension Strukturqualität) sowie neu in das Verfahren aufgenommene Fachabteilungen aus der stationären Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge, der ambulanten Kardiologie und der ambulanten Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen beteiligt. Der 2. Durchlauf des QS-Reha®-Verfahrens verlief planmäßig und konnte mit dem Versand der Ergebnisberichte im Januar 2017 abgeschlossen werden.

Im Zuge der Vorbereitung des 3. QS-Reha®-Durchlaufs (Beginn 2018) hat sich im Dezember 2016 eine Arbeitsgruppe „Evaluation" des Gemeinsamen Ausschusses konstituiert. Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sowie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit den Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patientenzufriedenheit werden künftig mit einbezogen. Die aus Vertretern der Leistungserbringer und Krankenkassen sowie dem mit der Durchführung des QS-Reha®-Verfahrens beauftragten BQS-Institut bestehende Arbeitsgruppe wertet die Ergebnisse aus dem 2. Durchlauf aus und berät den Modifikationsbedarf. Unter anderem sollen die Kriterien für den strukturierten Qualitätsdialog neu definiert und die Anforderungen in den einzelnen Indikatoren klarer formuliert werden. Der BDPK wird die gesammelten Hinweise und Rückmeldungen der Mitgliedseinrichtungen zum QS-Reha®-Verfahren in die Beratungen einbringen und sich für eine Optimierung des Verfahrens einsetzen. Die AG Evaluation wird auch die Ergebnisse aus dem ersten QS-Reha®-Durchlauf der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen intensiv prüfen und entsprechend anpassen. Auf Anregung der Leistungserbringer wird das BQS-Institut die Schulungen vor dem nächsten Durchlauf des QS-Reha®-Verfahrens stärker zielgruppenspezifisch ausrichten, um besser auf Fragen in den einzelnen Indikationsbereichen eingehen zu können. Außerdem wird das Institut die Schulungstermine frühzeitiger kommunizieren.

Eine weitere Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Ausschusses wird sich zudem mit der Frage der Integration zusätzlicher Fachabtei-

lungen, insbesondere aus der ambulanten neurologischen Rehabilitation und der ambulanten Rehabilitation von Suchterkrankungen, die bislang noch nicht am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen, beschäftigen.

Teilnehmende Einrichtungen QS-Reha®: Stand Herbst 2016

	Gemeldet	**Teilnehmer**	**Vollständige Strukturerhebung**
Dermatologie	6	6	6
Gastroenterologie	20	15	15
Kardiologie stationär	78	67	67
Kardiologie ambulant	48	17	16
MSK stationär	151	134	134
MSK ambulant	235	88	86
Onkologie	7	7	7
Pneumologie	23	21	21
Neurologie	88	82	82
Psychosomatik	36	30	30
Geriatrie stationär	168	152	150
Geriatrie ambulant	56	46	44
MVK	136	133	131
Gesamt	**1052**	**798**	**789**

QS-Reha® Geriatrie

An der Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in der geriatrischen Rehabilitation arbeitet eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Kassenverbände, der Leistungserbringer sowie des BQS-Instituts seit 2014 intensiv zusammen.

Die vom BQS-Institut entwickelten Erhebungsbögen sowie der weitere Projektverlauf wurden Ende April 2016 in einem Experten-Workshop vorgestellt und diskutiert. Im Ergebnis dessen konnten die Erhebungsinstrumente noch einmal angepasst und für den Pretest modifiziert werden. Koordinatoren der am Pretest beteiligten Rehabilitationseinrichtungen qualifizierten sich in einer Schulung im Juni 2016. Am Pretest beteiligten sich vierzehn Rehabilitationseinrichtungen, darunter auch Einrichtungen von privaten Trägern. Ende Januar 2017 wurden die Pretest-Ergebnisse in einem weiteren Experten-Workshop erörtert. Die Schulungen der teilnehmenden Einrichtungen und die Durchführung eines Pilotprojekts an einer repräsentativen Einrichtungsstichprobe sind im Sommer 2017 geplant.

QS-Reha® Kinder und Jugendliche

Nachdem die Einrichtungen der stationären Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge in das QS-Reha®-Verfahren aufgenommen wurden, sollen auch die Einrichtungen der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, die von den Krankenkassen hauptbelegt werden, in das Verfahren integriert werden.

Indikationsübergreifend sollen die Einrichtungen mit der Strukturqualität und einer Rehabilitandenbefragung einbezogen werden. Eine Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Ausschusses, bestehend aus Vertretern der Kassenverbände und der Leistungserbringer, entwickelt seit Ende 2015 gemeinsam mit dem BQS-Institut die entsprechenden Instrumente. Anfang 2016 konnten bereits die Struktur- und Prozessqualitätskriterien abgestimmt werden. Für die Rehabilitandenbefragung dienen die von der DRV zur Qualitätssicherung der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation eingesetzten Fragebögen als Basis. Im März 2017 wird der Gemeinsame Ausschuss die Rehabilitandenfragebögen und Struktur- und Prozessqualitätskriterien beschließen, sodass die Einrichtungen am dritten Durchgang des QS-Reha®-Verfahrens teilnehmen können.

Kinder-Reha wird zur Pflichtleistung

In den vergangenen fünf Jahren gab es einen massiven Einbruch bei den Reha-Anträgen von Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich zu 2008 wurden im Jahr 2016 30 Prozent weniger Anträge bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt. Gleichzeitig entstand ein großes Engagement der Gestaltenden im Kinder- und Jugend-Reha-Bereich, Klinikvertreter tauschten sich regelmäßig zur Situation der Kinder und Jugendrehabilitation aus und betreiben gemeinsam einen Internetauftritt unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Fachverbände, -gesellschaften und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlossen sich zum „Bündnis Kinder- und Jugendreha“ zusammen. Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde ein Fachgespräch initiiert, ähnliche Fachrunden wurden ebenso bei den regionalen Rentenversicherungsträgern angestoßen, die sich im Rahmen des Rentendialogs für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen eingesetzt haben. Konkrete Aktionen auf der Seite der Kostenträger waren beispielsweise die Erarbeitung eines Positionspapiers und daraus folgende Aktionen der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie die Veranstaltungen der regionalen Rentenversicherungsträger in den Bundesländern. Der jüngste Erfolg dieses Engagements ist das „Flexirentengesetz“. Der Gesetzgeber schafft damit eine Stärkung und Absicherung des Reha-Angebots der Deutschen Rentenversicherung für rehabilitationsbedürftige junge Menschen.

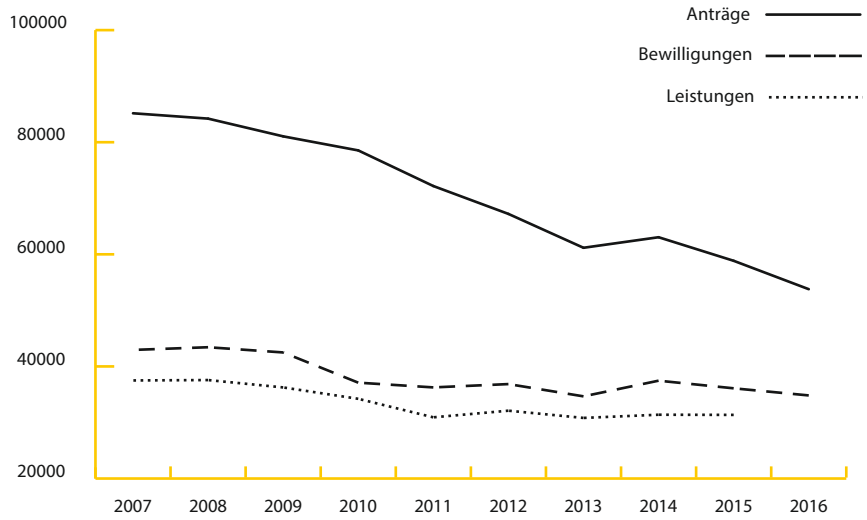
Zukunftswerkstatt am 10. und 11. November 2016

Das Bündnis Kinder- und Jugendreha, in dem der BDPK mitwirkt, hat am 10. und 11. November 2016 in Berlin eine Zukunftswerkstatt organisiert: „Wie sollte die Kinder- und Jugendreha in 10 Jahren aussehen?“ Diese Frage stellten sich die mehr als 100 Teilnehmer. An der Veranstaltung nahmen Vertreter der Ministerien, Renten- und Krankenversicherung sowie Mitarbeiter aus Kinder und Jugendrehabilitationseinrichtungen und Vertreter von Fachverbänden teil.

Zunächst wurden auf der Veranstaltung einige Impulsreferate gehalten: Herr Dr. Markus Jaster von der DRV Bund stellte die Veränderungen in der Zuweisung zur Kinder- und Jugendrehabilitation vor. Herr Dr. Ulrich Bürger vom Kommunalverband Jugend und Soziales gab einen sehr guten Überblick über den demografischen Wandel aus dem Blickwinkel der nachwachsenden Generationen. Beiträge von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und -psychiatern folgten sowie ein spannender Einblick in die ambulante Rehabilitation im Erwachsenenbereich. Frau Saskia Wollny von der DRV Rheinland-Pfalz gab einen Impuls zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der zukünftigen Kinder- und Jugendrehabilitation. Am 2. Veranstaltungstag folgten vier Workshops zum Bedarf der Kinder und Jugendlichen, der Mitarbeiter, zur digitalen Gestaltung und zu neuen Angeboten.

Nun sind die Rehabilitationsträger und Rehabilitationseinrichtungen gefragt, die Leistungen so attraktiv zu gestalten, dass die chronisch kranken Kinder und Jugendlichen sie auch in Anspruch nehmen. Es muss ein gesellschaftliches Anliegen sein, dass die Kinder und Jugendlichen von heute die besten Chancen für ein gesundes Aufwachsen erhalten.

Kinder- und Jugendrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung



Antrags- und Bewilligungsstatistik DRV
Kinder- und Jugendrehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung gestärkt

Ab 2017 gelten in Deutschland entscheidende Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Die wichtigsten Neuerungen durch das Flexirentengesetz für Eltern und ihre kranken Kinder sind:

- Die Rehabilitation wird für Kinder und Jugendliche zu einer Pflichtleistung der Rentenversicherung aufgewertet, die nicht mehr nur für mindestens vier Wochen erbracht werden kann, sondern erbracht werden muss, wenn die Voraussetzungen vorliegen.
- Chronisch kranke Kinder und Jugendliche müssen nach einem Reha-Aufenthalt nicht mehr vier Jahre warten, bis sie eine weitere Reha genehmigt bekommen. Vom Gesetzgeber wurde diese Frist jetzt ersatzlos gestrichen, sodass – wenn medizinisch notwendig – eine weitere Reha jederzeit beantragt werden kann.
- Ebenfalls neu ist, dass eine Nachsorge am Wohnort möglich ist, um den langfristigen Erfolg der eingeleiteten Behandlung sicherzustellen.
- Es besteht künftig auch ein Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn diese zur Durchführung oder für den Erfolg notwendig ist. Ebenso steht die familienorientierte Rehabilitation im Gesetz.

Die Details hierzu stehen noch nicht fest, da die genauen Richtlinien zur Umsetzung noch erarbeitet werden. In §15a SGB VI wird klar benannt, unter welchen Bedingungen eine solche Reha beantragt werden kann: „Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“

Der BDPK begrüßt die im Flexirentengesetz geregelten Verbesserungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Es werden viele BDPK-Forderungen umgesetzt: So wird die Kinder-Reha in einem eigenen Paragrafen als Pflichtleistung geregelt und und fällt nicht mehr unter das gesonderte Budget der sonstigen Leistungen. Der Anspruch auf eine Begleitperson, die familienorientierte Reha sowie Nachsorgeleistungen werden explizit im Gesetz geregelt.

Die DRV Bund hat eine interne Projektgruppe eingesetzt, die Konzepte für die neuen Anforderungen entwickeln soll. Dabei sollen die Leistungserbringer mit einbezogen werden.

Kinder- und Jugendrehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen gab es Verbesserungen, die Rehabilitationsrichtlinie wurde verändert. Das Antragsverfahren auf eine Reha-Maßnahme ist nun deutlich niederschwelliger. Eine weitere Änderung ermöglicht eine Verordnungsfähigkeit von Leistungen durch Vertragspsychotherapeuten. Diese klare Weichenstellung sorgt dafür, dass mehr Betroffene – mehr Kinder und Jugendliche – Zugang zu einer Reha-Maßnahme erhalten.

Ausgaben DRV und GKV für medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder in Euro:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GKV	36.238.486	35.916.889	35.767.317	38.560.977	38.096.565	42.731.024
DRV	177.292.000	167.430.000	175.071.000	163.143.000	168.179.000	170.250.000

Wahlrecht für Mutter-/Vater-Kind-Reha

Spezifischen Gesundheitsrisiken oder bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern entgegenzuwirken, das leistet die stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und Kinder. Eine ganzheitliche Therapie bezieht psychologische, psychosoziale und gesundheitsfördernde Hilfen ein. Die Angebote berücksichtigen darüber hinaus psychosoziale Problemsituationen von Familien wie Trennungen, Partnerschafts- und Erziehungsprobleme. Mittlerweile wird mehr als die Hälfte der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder in den sogenannten gleichartigen Einrichtungen privater Träger erbracht. Um die öffentliche Wahrnehmung dieser engagierten und qualifizierten Leistungserbringer zu verbessern, wurde auf der Verbands-Website ein neuer Bereich geschaffen. Die Darstellung der Mutter-Kind-Mitgliedskliniken der Verbände privater Kliniken ist jetzt über den neuen Button „Mutter-/Vater-Kind-Kliniken“ direkt zu erreichen.

Auch für Mutter-/Vater-Kind-Leistungen besitzen Versicherte gegenüber ihren Krankenkassen ein Wahlrecht. Anders als in der indikationsspezifischen Rehabilitation ist für Mutter-Kind-Leistungen keine Mehrzahlung vorgesehen. Wählt der Versicherte aus berechtigten Gründen eine Einrichtung mit Versorgungsvertrag, erhält er die Rehabilitationsleistung dort, ohne zusätzliche Mehrkosten als Eigenbeteiligung zahlen zu müssen. Zur Information seiner Mitgliedseinrichtungen hat der BDPK das Informationsblatt zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts entsprechend auf den Mutter-Kind-Bereich erweitert. Das Informationsblatt steht den Mitgliedern zur Verfügung.

Wahlrecht des Versicherten

Medizinische Gründe

- das medizinische Konzept der Klinik ist geeignet, im konkreten Fall einen Behandlungserfolg zu gewährleisten
- spezifische Therapie, die in der Klinik vorgehalten wird
- die subjektive Akzeptanz (psychische Aspekte) der Heilbehandlung durch den Patienten (hilfreich: eine begleitende Stellungnahme eines Neurologen/Psychiaters)
- Erfolg und Wirtschaftlichkeit des medizinischen Gesamtkonzepts (vorbereitende und vorgesehene nachbereitende ambulante Heilbehandlung, z. B. bereits begonnene ambulante Behandlung mit besonderen Therapierichtungen (anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie)
- Multimorbidität (Erfordernis der Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen)
- Wohnortnähe (bspw. Einbeziehung oder Beteiligung, um Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden, Besuchsbedürftigkeit, eingeschränkte Transportfähigkeit)
- Wohnortferne Unterbringung (Abstand von Angehörigen, Klima)
- Freiheit von besonderen Barrieren
- Besondere Struktur- oder Prozessqualität, die im Einzelfall erforderlich ist, um den Rehabilitationserfolg zu gewährleisten

Persönliche Beweggründe

- persönliche Lebenssituation (Alter, Geschlecht, Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse, besondere Bedürfnisse behinderter Mütter und Väter sowie behinderter Kinder)
- muttersprachliche Therapieangebote
- örtliche Verhältnisse (z. B. Wohnortnähe zur Einbeziehung oder Beteiligung, um Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden, wohnortferne Unterbringung, um Abstand von Angehörigen zu gewährleisten)
- bisherige Erfahrungen des Patienten mit der Wunschklinik

Erstmals wurde das QS-Reha-Verfahren für den Leistungsbereich §111a SGB V durchgeführt. Auch Mutter-/Vater-Kind-Kliniken haben so erstmals die Gelegenheit, ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität strukturiert darzustellen und nachzuweisen. Aufgrund diverser Anfangsschwierigkeiten bestehen bei den Klinken jedoch berechtigte Zweifel, dass die Ergebnisse das Leistungsgeschehen ob-

jektiv und belastbar abbilden können. Der BDPK setzt sich daher im Gemeinsamen Ausschuss dafür ein, dass die Ergebnisse des ersten Durchlaufs kritisch analysiert und vorsichtig interpretiert werden.

Regelmäßig machen Kliniken die Erfahrung, dass Krankenkassen bei der Verhandlung von Vergütungen nur an einem möglichst niedrigen Preis, nicht aber an der Qualität der Leistungsangebote zur Versorgung ihrer Versicherten interessiert sind. Um hier eine Versachlichung der Verhandlungssituation zu erreichen, entwickelt eine Expertengruppe des BDPK mit medizinischer und therapeutischer Expertise einen Standardkatalog. Damit sollen notwendige Leistungen einer durchschnittlichen Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme definiert werden.

Vernetzung stärkt Akteure im Reha-Bereich

AG MedReha

In der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) sind die maßgeblichen Spitzenverbände der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zusammengeschlossen: Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) e.V., Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) sowie Fachverband Sucht e.V. (FVS). Die AG MedReha vertritt in Deutschland somit rund 800 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit rund 80.000 Behandlungsplätzen.

Die AG MedReha hat im Berichtsjahr viermal getagt, Gespräche mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und der DRV Bund geführt und die Gutachten zu den vergütungsrelevanten Kostensteigerungen und zum Investitionsbedarf in Auftrag gegeben.

Bündnis Kinder- und Jugendreha

Aufgrund der anhaltenden Antragsrückgänge von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche haben sich Fachgesellschaften und Verbände der Leistungserbringer zusammengeschlossen, um Barrieren beim Zugang abzubauen. Mitglieder des Bündnisses sind: Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, 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.

Das Bündnis hat sich im Berichtsjahr fünfmal getroffen und Gespräche u. a. mit der DRV Bund, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Müttergenesungswerk geführt.

Initiative Deutscher Reha-Tag

Startseite der Reha-Tag-Website www.rehatag.de

Um die Bedeutung der Rehabilitation als ganzheitliche Leistung zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten zu erläutern und darzustellen, haben Leistungserbringer- und Leistungsträgerorganisationen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation vor mehr als 10 Jahren gemeinsam den Deutschen Reha-Tag ins Leben gerufen. Als Initiatorenkreis bilden sie eine Plattform auf Bundesebene, deren gemeinsames Ziel es ist, Potenziale und Vielfalt der Rehabilitation deutlich zu machen. Die Federführung dieser Initiative hat der BDPK inne.

Im Jahr 2016 hatte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, die Schirmherrschaft inne und hat den Reha-Tag mit einer Auftaktveranstaltung in einer spezialisierten Klinik zur Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen eröffnet. Der Deutsche Reha-Tag 2017 steht unter dem Motto „Reha vor Pflege“. In seinem Grußwort betont der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Karl-Josef Laumann als Schirmherr des Reha-Tags 2017, dass dieser Grundsatz zwar bereits lange in der Pflegeversicherung verankert sei, doch dass es zunehmend wichtiger werde, diesen auch mit Leben zu füllen. Er sieht einen steigenden Bedarf an Präventions- und Rehabilitationsleistungen in unserer Gesellschaft.

Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer

Während die Leistungserbringer in anderen Sektoren fester Bestandteil der Selbstverwaltung sind, werden die Grundsätze der Leistungserbringung in der Rehabilitation ohne echte Beteiligungsmöglichkeit der Leistungserbringer über diese hinweg von den Reha-Trägern entschieden. Leider hat auch die Reform des SGB IX mit dem Bundesteilhabegesetz nicht diese dringend erforderliche Veränderung der Rahmenbedingungen geregelt. Nach wie vor sind weder die Betroffenen noch die Leistungserbringer an den Entscheidungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) beteiligt.

Seit einigen Jahren versucht die Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer diesen Missstand auszugleichen. 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, nimmt in dieser Eigenschaft an den Sitzungen des Arbeitskreises „Rehabilitation und Teilhabe“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) teil und koordiniert deren Möglichkeiten der Beteiligung an den Entscheidungen der BAR.

4. Qualitätsinitiativen im BDPK

Schon bei der Gründung des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) vor gut 15 Jahren war der BDPK der Auffassung, dass die Qualität der Leistungen in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zukünftig großen Einfluss auf den Wettbewerb innerhalb der jeweiligen Versorgungsstrukturen nehmen wird. Qualitativ hochwertige Leistungen werden auch zukünftig mehr denn je für den Patienten das Auswahlkriterium für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sein. Die Mitglieder des BDPK arbeiten im Rahmen mehrerer Initiativen an der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung und der externen und internen Qualitätssicherung.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) als Tochterunternehmen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK e.V.) setzt sich für die Weiterentwicklung der Qualität in der stationären und rehabilitativen Versorgung in Deutschland ein, berät Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser in Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements und bietet mit seinen 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.

IQMG-Jahrestagung 2016 und Reha-Zukunftspreis 2016

Im Fokus der IQMG-Jahrestagung am 17./18. November 2016 standen die aktuellen Entwicklungen der qualitätsorientierten Belegungssteuerung in Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern und die Frage nach der Optimierung der Reha-Bedarfserkennung und Antragsstellung. Erstmals wurde der vom BDPK und dem IQMG ausgelobte Reha-Zukunftspreis verliehen, mit dem etablierte Praxisbeispiele und erfolgversprechende Projektvorhaben gewürdigt wurden, die zur Optimierung der rehabilitativen Versorgung beitragen.

Erfahrungsaustausch in den Pausen

Podiumsdiskussion mit Dr. Regina Klakow-Franck, Dr. Susanne Weinbrenner und Eva Sellge

1. Veranstaltungstag

Dr. Susanne Weinbrenner (Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund) stellte in ihrem Vortrag die von der DRV geplante Einführung einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung vor. Ziel sei es, insbesondere mit Hilfe von strukturierten Qualitätsdialogen auf Grundlage der Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung, Anreize zur Qualitätsverbesserung zu setzen. Das Belegungssteuerungssystem und die damit verbundenen konkreten Konsequenzen für die Reha-Einrichtungen sollen nach Auswertung wissenschaftlicher Untersuchungen und einer Pilotierung voraussichtlich im Jahr 2020 scharf geschaltet werden.

Eva Sellge (Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes) und Dr. Regina Klakow-Franck (Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses) erläuterten die aktuellen Entwicklungen der qualitätsorientierten Belegungs- und Vergütungssteuerung in Krankenhäusern und diskutierten die Reichweite der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Hinblick auf die Reha-Einrichtungen. Ziel einer qualitätsorientierten Belegungs- und Vergütungssteuerung solle dabei vor allem eine Umverteilung der Patienten auf Krankenhäuser mit guter Versorgungsqualität sein. Dr. Regina Klakow-Franck warf einen kritischen Blick auf den Nutzen von P4P-Systemen. Eine große Gefahr sieht sie in einer von finanziellen Anreizen möglicherweise evozierten Risikoselektion. Die Referentinnen waren sich einig, dass der Rehabilitation eine große Bedeutung bezüglich des langfristigen Behandlungserfolgs zukommt und bedauerten, dass Reha-Einrichtungen derzeit noch nicht in die longitudinale Betrachtung und Qualitätssicherung der Versorgungskette eingebunden sind. Die Herausforderung liege darin, ge-

Plenum

Podiumsdiskussion
mit Prof. Dr. Karla Spyra,
Prof. Lothar Feige,
Anke Richter, Dr. Sabine Schipper
und Prof. Dr. Matthias Bethge

meinsame Ziele zu formulieren und trotz der Unterschiede zwischen und der hohen Komplexität innerhalb der Sektoren, praktikable und aussagekräftige sektorenübergreifende Verfahren zu entwickeln.

2. Veranstaltungstag

Prof. Dr. Matthias Bethge (Leitung der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck) stellte ein von der Universität Lübeck im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickeltes Portal vor, das Informationen zur Rehabilitation, eine Hilfestellung bei der individuellen Reha-Bedarfserkennung und verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten bei der Reha-Antragsstellung bietet. Nach einer wissenschaftlichen Auswertung der Wirksamkeit soll das Portal ab dem nächsten Jahr freigeschaltet werden.

Den konkreten Handlungsbedarf aus Sicht von an Multipler Sklerose erkrankten Menschen beleuchtete Dr. Sabine Schipper (Geschäftsführerin des Landesverbandes NRW der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft e.V.). Problematisch sieht sie die zum Teil noch mangelhaften Informationen zu den Möglichkeiten und Rahmenbedingungen von Rehabilitationsmaßnahmen und den hohen bürokratischen Aufwand, der mit einer Reha-Antragsstellung trotz des Wegfalls des sogenannten „Formulars 60“ noch immer besteht.

Anke Richter (Vorsitzende des Hausärzteverbands Westfalen-Lippe) stellte in ihrem Vortrag mögliche Hürden bei der Reha-Antragsstellung aus Sicht der Hausärzte dar. Viele Hausärzte seien von den langen und komplexen Reha-Anträgen abgeschreckt, fühlten sich nicht sicher im Umgang mit den Begriffen Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose und würden von den häufigen Ablehnungen der Reha-Anträge demotiviert. Die Hausärzte erkennen jedoch den positiven Einfluss, den gute Rehabilitations-Maßnahmen auf die Patienten haben und werden sich weiterhin für die erfolgreiche Beantragung von Reha-Anträgen engagieren.

Prof. Dr. Karla Spyra (Leiterin der Abteilung Rehabilitationsforschung am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin) berichtete über ein Projekt des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin zu einem spezifischen ärztlich-psychotherapeutischen Befundberichts der die Erfolgsaussichten für die Bewilligung von Reha-Anträgen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen verbessern soll. Derzeit wird der diagnosefundierte und ICF-begründete Befundbericht für Patienten mit einer Sucht-Reha-Indikation getestet. Im Jahr 2017 soll die Auswertung beendet werden und der Befundbericht möglichst flächendeckend in die Routine überführt werden.

In einer anschließenden Podiumsdiskussion resümierten die Referenten, dass alle beteiligten Akteure gemeinsam bestehende Zugangshürden abbauen und Schnittstellenprobleme beheben müssen. Die Kommunikation zwischen Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfevereinen und Fachverbänden, die Information und Aufklärung der Patienten, ein niedrigschwelliger Zugang im Zusammenhang mit einer Entbürokratisierung der Reha-Antragsstellung sowie die konsequente Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts und eine klare Zuständigkeitsregelung der Kostenträger sind dabei wesentliche Faktoren für einen langfristigen Erfolg.

Reha-Zukunftspreis 2016

Im Rahmen der Ausschreibung 2016 wurden 27 Projekte von einer fünfköpfigen Auswahlkommission, bestehend aus Vertretern der Rehabilitationsträger (Dr. Susanne Weinbrenner, DRV Bund, und Dr. Stefan Gronemeyer, MDS), der Rehabilitationsforschung (Prof. Dr. Uwe Koch- Gromus, UKE Hamburg) und des IQMG und BDPK (Dr. Katharina Nebel, BDPK, und Peter Clausing, IQMG) hinsichtlich der Kriterien Innovation, verbesserte Versorgung und effizienter Einsatz von Ressourcen bewertet.

Die Gewinner des Reha-Zukunftspreises 2016 mit Juroren (Dr. Stefan Gronemeyer, Prof. Uwe Koch-Gromus, Prof. Farsin Hamzei, Ann-Christin Weiland, Priv.-Doz. Dr. Thomas Widmann, Benjamin Götzky und Thomas Bublitz)

In einer feierlichen Preisverleihung am Abend des ersten Veranstaltungstages wurden die Gewinner-Projekte vorgestellt. Den ersten Platz des Reha-Zukunftspreises 2016 übergab Prof. Koch-Gromus Frau Ann-Christin Weiland für ihre Bachelor-Thesis zu den Effekten eines Trainings mit Hilfe von Nintendo® Wii Fit Plus bei Patienten mit Multipler Sklerose. Der zweite Platz ging an die Asklepios Klinik Triberg, Fachklinik für Onkologie, für ihr digitales Reha-Nachsorgekonzept „Bewegung nach Krebs – Bewegung ist Leben." Dr. Stefan Gronemeyer überreichte die beiden dritten Plätze an die Moritz Klinik für ihr „Modell-Aufnahme-Team" in der neurologischen Rehabilitation und an die Vogelsbergklinik, Dr. Ebel Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, für ihr webbasiertes Nachsorgeprogramm Adipositas.

Workshops

Wie in den Vorjahren konnten die Teilnehmer auch in diesem Jahr wieder an beiden Tagen Workshops besuchen. Im Workshop „Risikomanagement in Reha-Einrichtungen" stellte Prof. Dr. Silke Kuske (Professorin an der Fliedner Fachhochschule in Düsseldorf) verschiedene Konzepte der Patientensicherheit dar und erläuterte den Teilnehmern, wie sie Risiken in ihrer Reha-Klinik ermitteln und bewerten können. Michael Hedtke und Ingo Randow (langjährige Beschäftigte im Bereich des Datenschutzes innerhalb des öffentlichen Dienstes) informierten in ihrem Workshop „Datenschutz in Reha-Einrichtungen" zum Thema Einwilligungserklärung, Auskunftsrecht von Rehabilitanden und Beschäftigten und Aufbewahrungsfristen von Personal- und Rehabilitandendaten. Im Workshop „Case Management in der Patientenversorgung – Zauberformel oder hilfreiches Instrument im Klinikalltag?" berichtete Ulrich Kurlemann (Leiter Stabsstelle Sozialdienst/Case Management Universitätsklinikum Münster) über das Konzept Case Management, mit dem im Universitätsklinikum Münster die Steuerung von Behandlungs- und Überleitungsabläufen und die Überbrückung von Schnittstellen optimiert werden konnte.

IQMG-Seminare 2016

Mit seinen Seminaren setzt das IQMG Impulse für die Weiterentwicklung von Qualität in Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern. Seit dem Herbst 2016 wird das IQMG dabei von der 4QD-Qualitätskliniken.de-Gesellschaft begleitet, welche in ihrem 4QD-Seminarprogramm Schulungen anbietet, unter anderem zum Risikomanagement und Datenschutz in Reha-Kliniken oder zum Benchmarking als Methode der Qualitätsentwicklung.

Im Frühjahr 2016 startete das IQMG-Seminarprogramm mit einem Auditkompetenztraining für Qualitätsmanagement-Beauftragte, in dem sich Qualitätsverantwortliche intensiv und praxisorientiert auf ihr nächstes Zertifizierungsaudit vorbereiten konnten. In kleinen Gruppen wurden

typische Auditsituationen durchgespielt, sodass die Teilnehmer in der direkten Interaktion ein kompetentes und souveränes Auftreten in der Auditsituation üben konnten. Es folgten ein Seminar zum Datenschutz in Reha-Einrichtungen, in dem sich die Teilnehmer mit den gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes in Reha-Einrichtungen und den Datenschutzempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung auseinandergesetzt haben. Weiterhin ein Seminar zum Risikomanagement in Reha-Kliniken, bei dem die Teilnehmer Ideen für ein individuelles und praxisorientiertes Gesamtkonzept des Risikomanagements in ihrer Einrichtung entwickeln und diskutieren konnten. Den Abschluss machten das gemeinsame Seminar mit der DRV Bund zum Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung mit dem Fokus auf die korrekte Anwendung der neuen Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und ein Crash-Kurs für IQMP-Reha-Qualitätsmanagement-Beauftragte, in dem die QMBs in einer kompakten Form das wesentliche Know-How vermittelt bekamen, das sie für die Zertifizierung nach IQMP-Reha benötigen.

QM-Verfahren des IQMG: IQMP-Reha 4.0 und IQMP-kompakt

Einrichtungen müssen mit ihrem Qualitätsmanagement die vom Gesetzgeber und den Kosten- und Leistungsträgern geforderten Verpflichtungen erfüllen. Seit 2004 bietet das IQMG mit dem Integrierten Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) ein modulares Verfahren an, das einen Exzellenz-Ansatz verfolgt. Kernstück ist die ausführliche Selbstbewertung als Grundlage für kontinuierliche, interne Verbesserungsprozesse sowie für den externen Nachweis von Qualität durch das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ (EQR). Im Zuge der Veröffentlichung der DIN EN ISO 9001:2015 wurde das IQMP-Reha überarbeitet und liegt nun als von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkanntes QM-

Verfahren in der Version 4.0 vor. Da das IQMP-Reha 3.0 den Großteil der Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 bereits in seinem Manual beinhaltet, mussten nur wenige Indikatoren überarbeitet werden. Neben redaktionellen Anpassungen beziehen sich die inhaltlich relevanten Änderungen insbesondere auf den Umgang mit Risiken und die Berücksichtigung von Personalveränderungen (Personalab- und zugänge, demografiebedingte zukünftige Bedarfe) bei der Ermittlung des Qualifikationsbedarfs. Bei IQMP-Reha-Rezertifizierungen gilt eine Übergangsfrist von drei Jahren (März 2020), IQMP-Reha-Erstzertifizierungen sollen ab dem Stichtag 30. Juni 2017 nach der neuen 4.0-Version erfolgen.

Seit April 2015 können sich Reha-Einrichtungen auch nach dem QM-Verfahren IQMP-kompakt des Instituts für Qualitätsmanagement (IQMG), das ebenfalls von der BAR anerkannt ist, zertifizieren. IQMP-kompakt bietet anstelle des Selbstbewertungsberichts eine Checkliste, anhand derer eine Einrichtung schnell und übersichtlich in Erfahrung bringen kann, ob sie die Anforderungen der BAR erfüllt. Basisanforderungen in den Dimensionen Führung, Politik & Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften & Ressourcen sowie Prozesse werden jeweils mit konkreten Beispielen für die erforderlichen Nachweise hinterlegt.

Die aktuellen IQMP-Reha- und IQMP-kompakt-Manuale können als PDF kostenlos auf der Homepage des IQMG heruntergeladen werden. Mit dem IQMG kooperieren Beratungsunternehmen, die bei der Vorbereitung der Zertifizierung hilfreiche Impulse geben können. Auf der IQMG-Homepage sind Zertifizierungsunternehmen und IQMP-Auditoren gelistet, die die Zulassung zur Zertifizierung nach IQMP-Reha und IQMP-kompakt besitzen.

Qualitätskliniken.de für Reha-Einrichtungen

Das Reha-Portal von Qualitätskliniken.de ist seit seinem Start im Sommer 2013 das erste und einzige Portal, das die Bewertung von Rehabilitationskliniken bundesweit auf der Basis von verschiedenen Qualitätskriterien, auch aus den externen Qualitätssicherungsverfahren der Kostenträger in den Mittelpunkt rückt. Die Qualität der Reha-Einrichtungen wird dabei in den Bewertungsdimensionen Behandlungsqualität, Rehabilitandensicherheit, Rehabilitandenzufriedenheit und Organisationsqualität dargestellt.

Qualitätsindex

Quelle: © 2016 | 4QD - Qualitätskliniken.de GmbH

Der Vergleich von Einrichtungen auf der Grundlage von Qualitätsdaten ist in der medizinischen Rehabilitation schon lange möglich. Kostenträger planen aktuell auch eine stärkere Nutzung dieser Daten für die Belegungssteuerung und perspektivisch auch die Vergütung. In diesem Zusammenhang gewinnt ein fairer und transparenter Vergleich von Kliniken stark an Bedeutung. Durch die Teilnahme am Qualitätskliniken-Portal erhalten die Einrichtungen Hinweise zu Verbesserungs- und Optimierungspotenzialen und können effektiv an ihrer Qualitätsentwicklung arbeiten. Die übersichtlich aufbereiteten Qualitätsdaten der Reha-Einrichtungen bieten den Rehabilitanden zudem eine wichtige Orientierungshilfe bei der Wahl der für sie passenden Einrichtung. Qualitätskliniken.de unterstützt mit seinem Portal aktiv das Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden.

Stiftung Initiative Qualitätskliniken

Ziel der von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und Qualitätskliniken.de (4QD) gegründeten Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ!) ist die aktive Begleitung der Gesetzgebung zur Etablierung von Qualitätssicherung und Methoden der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung von Krankenhausleistungen. IQM und Qualitätskliniken.de haben in den vergangenen vier Jahren systematisch Instrumente des Qualitätsmanagements für Krankenhäuser weiterentwickelt und in ihren Mitgliedskliniken etabliert. Beide Qualitätsinitiativen haben deutschlandweit zusammen mehr als 450 Krankenhäuser in öffentlicher, kirchlicher, universitärer und privater Trägerschaft.

Arbeitsgruppen

Experten beider Gründungsinitiativen der SIQ! haben sich in Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen zusammengeschlossen, erarbeiten Methodenpapiere und tragen erste Ergebnisse zusammen. Themenspektrum und Ziele sind umfangreich:

Kernindikatoren: Die Arbeitsgruppe analysiert und bewertet die in Deutschland relevanten medizinischen Qualitätsindikatoren bedeutsamer Krankheitsbilder im Bereich der stationären Versorgung. Die Ergebnisse werden in einem Methodenbuch zusammengefasst. Ge-

eignete Kernindikatoren sollen identifiziert oder entwickelt werden, um belastbare Aussagen der Behandlungsqualität zu ausgewählten Krankheitsentitäten zu erhalten.

Qualität der Indikationsstellung und Scoringsysteme: Wie kann man Indikationsstellung messbar und vergleichbar machen? Dazu gehört auch die Frage, welchen Anforderungen jemand oder ein System genügen muss, um eine kompetente Zweitmeinung abgeben zu können. Der zweite Themenkomplex beschäftigt sich mit Scoringsystemen: Die Arbeitsgruppe hat Bewertungskriterien für Scoringsysteme erarbeitet und daraufhin versucht, verschiedene Compositscores zu bewerten.

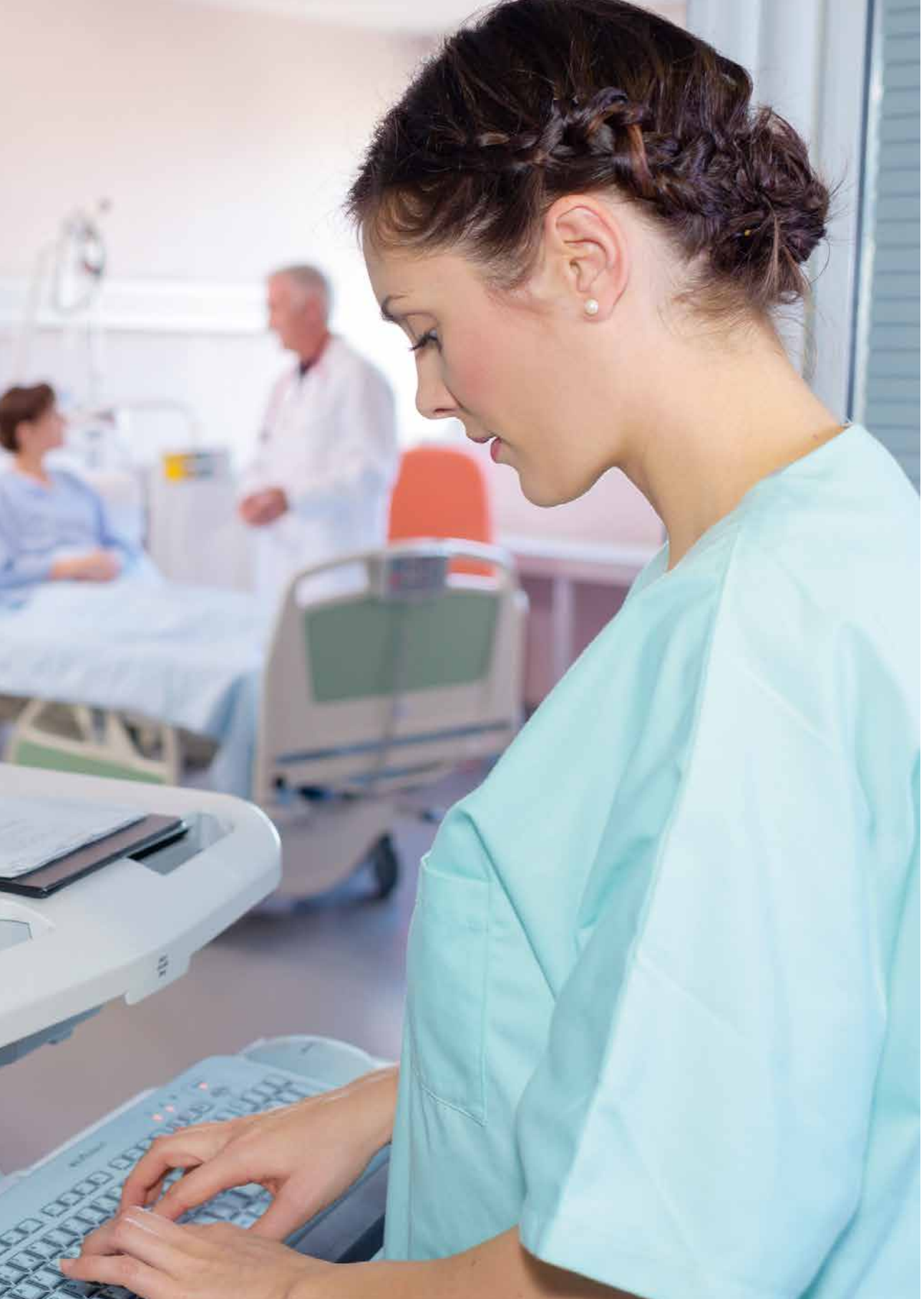
AG Patientensicherheit und Hygiene: Ziel der Arbeit der AG Patientensicherheit und Hygiene ist es, relevante Indikatoren aus dem Bereich der Patientensicherheit zu formulieren. Dabei sollen Aspekte der Hygiene berücksichtigt werden und insbesondere die Frage geklärt werden, ob ein Indikator zum Thema „Gefährdung durch mangelnde Hygiene“ möglich ist? Spannend ist in diesem Zusammenhang, welche der vielen bereits etablierten Maßnahmen in den Kliniken bei den Patienten ankommen und zu einer stärkeren gefühlten Sicherheit aus Patientensicht beitragen.

Peer Review: Ziel ist es, die Umsetzung und Ausbreitung des Instruments Peer Review zur Verbesserung der Behandlungsqualität und Sicherheit der Patientenversorgung weiter voranzutreiben. Methodisch sollen in Peer-Review-Verfahren der Wissenstransfer bezüglich nachgewiesenem Verbesserungspotential und Best-Practice-Beispielen sowie der interprofessionelle Ansatz unter Einbeziehung der Pflege gestärkt werden.

Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität: Die Arbeitsgruppe untersucht wissenschaftliche Belege für den Zusammenhang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mit einer systematischen, wissenschaftlichen Literaturrecherche soll zunächst eine Übersicht zu den fraglichen Begriffen erarbeitet werden. In einem zweiten Schritt sollen dann die Zusammenhänge zwischen den definierten Begriffen untersucht werden.

Patientenbefragung/-feedback: Die Erhebung der Patientenzufriedenheit liegt im Interesse vieler Beteiligter: der Krankenhäuser als Leistungserbringer, der Kostenträger und der Politik als Steuerungsgröße des Gesundheitssystems und der Patientinnen und Patienten. Jedoch stellen die Vielzahl der aktuell verwendeten Instrumente und die zunehmende Mehrsprachigkeit besondere Herausforderungen dar. Ziel der AG ist es, bestehende Befragungsinstrumente und absehbare Entwicklungen kritisch zu hinterfragen und einen Vorschlag für die künftige Gestaltung von Patientenbefragungen zu erstellen.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden beim jährlichen Qualitätskongress der Initiative, dem SIQ! Kongress, vorgestellt. Der diesjährige SIQ! Kongress 2017 unter dem Motto „Qualität im Krankenhaus“ findet am 18. und 19. Mai in Berlin statt.



5. Tarif und Personal

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

Zur Frage der Verfassungsmäßigkeit des seit 2015 geltenden Tarifeinheitsgesetzes gibt es noch keine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Marburger Bund, ver.di und weitere Gewerkschaften haben gegen das Tarifeinheitsgesetz Verfassungsbeschwerde eingelegt. Der BDPK hatte als sachkundiger Dritter eine Stellungnahme abgegeben.

Im Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauschen sich die Mitglieder zweimal im Jahr zu Tariffragen sowie zu Angelegenheiten rund um das Thema Personal aus.

Pflegeberufsgesetz in der Diskussion

Die Zusammenfassung der Akut-, Kinder- und Altenpflege in eine generalistische Pflegeausbildung wurde auch im letzten Berichtsjahr kontrovers diskutiert. Das Ziel der generalistischen Pflegeausbildung, das im Koalitionsvertrag festgehalten ist, sollte mit dem Pflegeberufsgesetz umgesetzt werden. Aufgrund anhaltender Kritik von Verbänden und Fachexperten wurde die ursprünglich für Ende Juni 2016 geplante 2./3. Lesung im Bundestag verschoben. Daran anschließend wurde mit unterschiedlichen Kompromiss- und Änderungsvorschlägen versucht, eine politische Mehrheit zu erreichen.

Befürworter der Reform hoffen, mit der Zusammenlegung den Pflegeberuf insgesamt attraktiver zu gestalten. Sie führen die Möglichkeiten unterschiedlicher Karriereoptionen sowie die europaweite Anerkennung als positive Argumente an. Kritiker befürchten negative Auswirkungen für die Altenpflege. Altenpflegekräfte könnten durch die breitere Ausbildung abwandern, weil sie die Arbeit im Krankenhaus attraktiver einschätzen.

Der BDPK begleitet die Reform kritisch und betont, dass der Erfolg einer generalistischen Pflegeausbildung sich daran messen lassen muss, wie qualifiziert Pflegekräfte am Ende ihrer Ausbildung für die Aufgaben und besonderen Herausforderungen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sind. Wünschenswert wäre zudem, wenn es im Zuge der Reform gelänge, zusätzlich das Thema Substitution ärztlicher Tätigkeiten weiterzuentwickeln. Auch die berufsrechtliche Verankerung neuer Berufsbilder, wie Operationstechnische oder Chirurgische Assistenten und Anästhesieassistenten, die in vielen Krankenhäusern heute nicht mehr wegzudenken sind, sollte endlich gesetzlich geregelt werden.

Entlassmanagement mit bürokratischen Hürden

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde eine Erweiterung des Entlassmanagements beschlossen. Insbesondere sollen Krankenhäuser zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen verordnen dürfen. Bei der Verordnung maßgeblicher ambulanter Leistungen werden die Krankenhäuser den Vertragsärzten gleichgestellt (für einen Zeitraum von 7 Tagen). Die Einzelheiten zum Entlassmanagement (Voraussetzung, Art und Umfang) sollten in einer dreiseitigen Rahmenvereinbarung gemäß § 115 SGB V geregelt werden. Für Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111a SGB V gilt die Regelung entsprechend. An der Rahmenvereinbarung sind die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen.

Nachdem die im November 2015 aufgenommenen Verhandlungen scheiterten, setzte das erweiterte Bundesschiedssamt den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement für den Krankenhausbereich am 13.10.2016 fest. Wesentlich Punkte wurden gegen die Stimme der Deutsche Krankenhaus Gesellschaft entschieden. Aus Sicht der Krankenhäuser wird die Festsetzung des erweiterten Bundesschiedsamts der Intention des Gesetzgebers, den gesetzlich versicherten Krankenhauspatienten ein möglichst umfassendes Entlassmanagement inklusive der Möglichkeit, Verordnungen vorzunehmen, nicht gerecht. Denn der festgesetzte Rahmenvertrag belastet die Krankenhäuser durch die unreflektierte Übernahme vertragsärztlicher Regularien mit z. T. erheblichen Behinderungen bei der Umsetzung. Die verpflichtende schriftliche Information eines jeden Krankenhauspatienten über das Entlassmanagement und das daran anschließende schriftliche Einverständnis eines jeden Krankenhauspatienten führt bereits zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme zu einem enormen Bürokratieaufwand.

Die DKG hat am 12.01.2017 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Klage gegen die Festsetzung des Rahmenvertrages durch das erweiterte Bundesschiedsamt eingelegt. Die Klage hat aufschiebende Wirkung, sodass die Rechtswirkungen des Rahmenvertrages bis zum Abschluss des Klageverfahrens suspendiert sind.

Auch für den Reha-Bereich wird ein Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Reha-Leistungserbringerverbänden verhandelt. Zuletzt wurden die Verhandlungen ausgesetzt, um die Entscheidung des Schiedsamts für den Krankenhausbereich abzuwarten. Auch nach der Entscheidung des Schiedsamtes für Krankenhausleistungen konnten sich die Vertragspartner im Reha-Bereich nicht in allen Punkten einigen. Gestritten wird insbesondere über die Frage nach der unreflektierten Übernahme vertragsärztlicher Regularien. Der Fortgang der Verhandlungen ist derzeit unklar. Die Krankenkassen sind dabei, sich zu positionieren. Im Gegensatz zum Krankenhausbereich ist für den Abschluss des Rahmenvertrages für Rehabilitationsleistungen im Gesetz kein Schlichtungsmechanismus vorgesehen.

Änderungen beim Arbeitnehmerüberlassungsgesetz

Am 1. April 2017 tritt das Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes und anderer Gesetze in Kraft. Der BDPK hat das Gesetzgebungsverfahren beobachtet und Auswirkungen in den verschiedenen Fachausschüssen beraten.

Für die Kliniken sind die Neuregelungen im Bereich des Outsourcings und bei dem Einsatz von Hilfskräften relevant. So müssen Leiharbeiter nach neun Monaten den gleichen Lohn wie Stammbelegschaften bekommen. Die Höchstverleihdauer wird auf 18 Monate begrenzt. In beiden Fällen sind Ausnahmen möglich, wenn Tarifverträge etwas anderes regeln.

Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz regelt nunmehr, dass Leiharbeitnehmer nicht mehr als Streikbrecher eingesetzt werden dürfen. Um den Missbrauch von Werkvertragsgestaltungen zu verhindern, werden bei einer verdeckten Arbeitnehmerüberlassung der vermeintliche Werkunternehmer und sein Auftraggeber auch bei Vorlage einer Verleiherlaubnis nicht besser gestellt als derjenige, der unerlaubt Arbeitnehmerüberlassung betreibt.

Die von der Rechtsprechung entwickelte Abgrenzung von abhängiger zu selbstständiger Tätigkeit wird nun im Bürgerlichen Gesetzbuch aufgenommen, indem gesetzlich festgelegt wird, wer Arbeitnehmer ist. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts wird zudem klargestellt, dass ein Arbeitsverhältnis unabhängig von der Bezeichnung und dem formalen Inhalt des Vertrages vorliegt, wenn dies der tatsächlichen Vertragsdurchführung entspricht.

Raus aus dem Fachkräftemangel

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

Im Aufwärtstrend: KlinikRente

Das 2002 auf Initiative des BDPK gegründete Versorgungswerk verzeichnet 2016 das beste Jahr seiner Historie. 11.000 neue Verträge wurden im letzten Jahr geschlossen, 330 Unternehmen erklärten ihre Mitgliedschaft im Versorgungswerk. Der Neuzugang beim laufenden Jahresbeitrag in der betrieblichen Altersversorgung (bAV) stieg auf 14 Mio. Euro. Das erhöht den laufenden bAV-Gesamtbeitrag im Versorgungswerk auf 94 Mio. Euro im Jahr. KlinikRente ist damit Marktführer im Gesundheitsbereich.

Gründe für die große Beliebtheit sind vor allem die besondere Sicherheitsstruktur und die hohe Transparenz, die einfache Portabilität und die nach wie vor attraktive Verzinsung. Aber auch die erste konsortial aufgestellte Berufsunfähigkeitsversicherung für Beschäftigte in der Gesundheitsbranche trifft auf große Nachfrage.

Die Absicherung über KlinikRente bietet viele Vorteile
Hinter dem Versorgungswerk stehen große Versicherer mit gebündelter Expertise. Seit dem 1.1.2017 sind das Allianz, Swiss Life, R+V, Condor und Deutsche Ärzteversicherung. Zwischen diesen Konsortialgesellschaften besteht eine Stabilitätsabrede, die es ermöglicht, auf Marktveränderungen zu reagieren und bei Bedarf Konsortialpartner auszutauschen.

Wer seine Absicherung über das Versorgungswerk KlinikRente regelt, profitiert von den geringen Verwaltungs- und Vertriebskosten und von einer gut vorbereiteten Vor-Ort-Betreuung.

Mitgliedsunternehmen der KlinikRente zahlen zusätzliche Arbeitgeberzuschüsse
Das Versorgungswerk ist stolz darauf, dass die übergroße Mehrheit der Mitgliedsunternehmen den Beschäftigten zusätzliche Arbeitgeberzuschüsse zur Entgeltumwandlung zahlt. Der neue Referentenentwurf für das Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung zeigt: Besonders in den unteren Gehaltsgruppen ist die Stärkung der Betriebsrenten dringend erforderlich, da sonst das Risiko der Altersarmut steigt.

Die erste konsortiale private Berufsunfähigkeitsversicherung ist sehr gefragt. Allein im Jahr 2016 haben sich mehr als 5.000 Beschäftigte, Azubis und Studenten für den Berufsunfähigkeitsschutz „KlinikRente.BU“ entschieden, der seit Oktober 2015 angeboten wird. Der Schutz zeichnet sich durch besonders vielfältige Optionen aus, mit denen sich die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten in der Gesundheitsbranche noch besser abdecken lassen.

Seit dem 1. Januar 2017 besteht außerdem die Möglichkeit einer Pflege-Anschluss-Option: Während der Laufzeit kann jetzt ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Pflegerentenversicherung mit lebenslangem Versicherungsschutz abgeschlossen werden.
Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Trägerkonsortium aus Swiss Life federführend, Allianz und R+V.

KlinikRente richtet zum dreizehnten Mal den Personalkongress der Krankenhäuser aus
Zum Personalkongress der Krankenhäuser geht es 2017 nach Hannover. Das Versorgungswerk richtet das Treffen der Personalverantwortlichen der Krankenhäuser und Reha-Kliniken gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus. Am 25./26.09.2017 werden wieder ca. 250 Teilnehmer erwartet. In diesem Jahr steht neben arbeitsrechtlichen und tarifpolitischen Fragen das Thema Digitalisierung im Mittelpunkt. Neben Referenten aus der Branche wird Christoph Keese, Executive Vice President für die Axel Springer SE und Autor der Bücher „Silicon Valley“ und „Silicon Germany“ referieren. Er ist eng mit den aktuellen Trends der Digitalisierung vertraut.

6. Öffentlichkeits-arbeit

Mit seiner Außendarstellung informiert der BDPK die Fachöffentlichkeit, Politik und die eigenen Mitglieder über die Nachrichten und Positionen der Kliniken in privater Trägerschaft. Der Verband nutzt dazu Pressemitteilungen, Artikel und Beiträge in Zeitungen und Zeitschriften, die eigene Website sowie jährlich zwölf Ausgaben von Verbandsmitteilungen in der Zeitschrift f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus. Mitglieder erhalten täglich aktuelle Informationen über das mitgliederinterne „Extranet“. Seit September 2016 gibt es darüber hinaus den BDPK-Newsletter, der über aktuelle Themen aus dem Verband informiert.

Ein weiterer Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit ist der jährlich stattfindende BDPK-Bundeskongress. Hierzu werden Vertreter aus der Gesundheitspolitik, von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern eingeladen, um sich über aktuelle gesundheitspolitische Themen für die Bereiche Krankenhäuser und Rehabilitation auszutauschen und zu diskutieren.

Veranstaltungen

Bundeskongress 2016

Dem Wettbewerb vertrauen

Die Weiterentwicklung der stationären Versorgung für Patienten stand im Zentrum des BDPK-Bundeskongresses am 22. und 23. Juni 2016 in Potsdam. Der Verband richtete an die Politik den Appell, dem Wettbewerb stärker zu vertrauen.

„Die Gesundheitspolitik verliert zunehmend das Vertrauen in die gestaltenden Kräfte des Marktes und des Wettbewerbs und versucht mit immer mehr Vorgaben, das Gesundheitswesen zu regeln und zu steuern“, sagte Dr. Katharina Nebel, Präsidentin des BDPK. Das Gesundheitswesen brauche Leitplanken. Die geplanten Personalvorgaben in der Psychiatrie und Psychosomatik allerdings seien planwirtschaftliche Regulierungsinstrumente, die sinnvolle Systemanreize zur Verbesserung der Behandlungsqualität erstickten. Medizinische Innovationen sowie die Bemühungen der Kliniken um mehr Wirtschaftlichkeit würden so eher ausgebremst als befördert. Auch durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) werde in das DRG-System normativ eingegriffen.

Fachforum Krankenhaus

Dr. Wulf-Dietrich Leber stellte den Weiterentwicklungsbedarf der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor. Das KHSG sei weder ein Gesetz für neue Strukturen noch ein Einspargesetz. Die Ausgabenentwicklung des KHSG ist beitragssatzrelevant. Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens habe der Bund vollständig vor den Länderforderungen kapituliert. Als Etappensieg verzeichnete er die Tatsache, dass erstmals die Überversorgung benannt und adressiert wurde. Auch die Qualitätsorientierung sei zu begrüßen.

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), beschrieb die Methodik zur Ermittlung einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe und die Veränderungen in der Sachkostenkalkulation. Die Operationalisierung zur Verbesserung der Repräsentativität bilde eine robustere Basis für die Kostenkalkulation durch Ziehung von Häusern mit hohem „Erklärungsbeitrag“. Die neue Methodik der Kalkulation der Sachkosten

Vortrag Fachforum Krankenhaus

Podiumsdiskussion
Fachforum Reha

Thomas Ballast, stv. Vorstandsvorsitzender TK (li.) und
Dr. Michael Philippi, BDPK-Vizepräsident (re.) im Gespräch

trage den im Zeitverlauf sinkenden Sachkosten Rechnung. Zur Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems liegt ein Referentenentwurf vor, den Michael Dieckmann, COO bei Ameos, eindeutig bewertete. In diesem Entwurf sei das Psych-VVG ein reines Kostensenkungsinstrument. Doch Personalvorgaben seien zur Verbesserung der Qualität ungeeignet. Vielmehr gefährdeten sie medizinische Innovation und Leistungsvielfalt. Wenn die Bedarfe der Patienten erfüllt werden sollen, dann muss die Ergebnisqualität im

Vordergrund stehen. Lothar Riebsamen, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestags und krankenhauspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion, sowie Markus Algermissen, zuständiger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, bestätigten in der Diskussion, dass die von Dieckmann und auch vom BDPK kritisierten Auswirkungen wichtige Argumente für den weiteren politischen Prozess beinhalten.

Reglementierte Personalvorgaben und der mögliche Zusammenhang zur Behandlungsqualität standen im Fokus der Vorträge von Prof. Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), und Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK). Augurzky sprach sich gegen eine Vorgabe zu Mindestbesetzungen aus: „Sie erhöhen Mehrbedarf und wirken innovationshemmend." Stattdessen solle die Pflegequalität gemessen und transparent gemacht werden – eine Aufgabe für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Aufgrund der intensiven Diskussion in den Medien zum Pflegenotstand und möglicher Patientengefährdung von Pflegeverbänden, Gewerkschaften und Politik beauftragte die TK die RWI-Studie „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus". „Als Ergebnis lässt sich zusammenfassen, dass es derzeit keine Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Personalstärke und Versorgungsqualität gibt", resümmierte Thomas Ballast über die RWI-Untersuchung.

Fachforum Rehabilitation

Mehr Transparenz gefordert

In den beiden Themenrunden „Mit Rehabilitation vorzeitigen Renteneintritt verhindern" und „Mit Rehabilitation Pflege vermeiden" diskutierten die Teilnehmer aktuelle Hürden in den Wettbewerbs- und Versorgungsstrukturen der medizinischen Rehabilitation und leiteten daraus einen Weiterentwicklungsbedarf ab.

In seinem Impulsvortrag berichtete Matthias Nagel, Referatsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, über das Projekt Reha-Innovativen. Das Projekt, an dem auch der BDPK beteiligt ist, hat zum Ziel, das System der medizinischen Rehabilitation an die geänderten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen und auch künftig leistungsfähig zu erhalten.

Dr. Thomas Hansmeier, Fachbereichsleiter der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, forderte dazu auf, den Zugang zu den Leistungen aktiver und gezielter zu gestalten. Aktuell erprobe die DRV Bund die Möglichkeit, den bestehenden Reha-Bedarf bestimmter Versichertengruppen besser zu erfassen. Dr. Volker Malinowski, leitender Abteilungsarzt der AHG Kliniken Bad Pyrmont (Allgemeine Hospitalgesellschaft AG), betonte, dass eine frühzeitige stationäre Reha wichtig für den dauerhaften Behandlungserfolg sei. Bewilligungsverfahren müssten beschleunigt werden. Eine Studie zeige, dass eine Rehabilitation die Krankheitskosten um 54 Prozent reduziere. Folglich sei anstelle von Reha-Kosten eher von Reha-Investment zu sprechen.

Die Reha-politische Sprecherin der SPD-Fraktion, Heike Baehrens, erkannte auch für Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dringenden Handlungsbedarf. „Die Menschen wollen möglichst lange zu Hause wohnen, dafür müssten die Krankenkassen Rehabilitation als ein dringend notwendiges Investment in die Lebensqualität verstehen", appellierte sie an Gernot Kiefer, Mitglied des Vorstands des GKV-Spitzenverbands. Dieser betonte, dass es seit 2010 einen Anstieg der Reha-Ausgaben gebe. Mit Änderung der Reha-Richtlinie im April 2015 gebe es mehr Reha-Anträge als in den Jahren zuvor.

Prof. Jan-Marc Hodek, Gesundheitsökonom der Hochschule Ravensburg-Weingarten, schlug vor, den Krankenkassen für ihre pflegevermeidenden Rehabilitationsleistungen einen stärkeren Anreiz zu bieten. Die dafür notwendigen Ausgaben könnten die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung jeweils zur Hälfte finanzieren. In der anschließenden Diskussion betonte Hansmeier, dass die im Reha-Budget vorgesehenen Mittel möglichst effizient eingesetzt werden müssten. Hodek forderte eine stärkere Transparenz der Leistungsangebote. Rehabilitanden brauchen allgemein zugängliche Vergleichsportale, die eine Auswahl nach Qualitätsgesichtspunkten möglich machen. Zur Förderung dieser Transparenz könnten künftig auch Patienten und Leistungserbringer in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) beteiligt werden, regte Dr. Hans-Heinrich Aldag, Vorstandsmitglied des BDPK, an.

Dass medizinische Rehabilitation altersbedingte Krankheiten behandeln kann und somit die Abhängigkeit von Pflege vermieden wird, betonte Dr. Katharina Nebel, Präsidentin des BDPK. Der BDPK schlage vor, der Verordnung des behandelnden niedergelassenen Arztes mehr Gewicht zu verleihen. Gernot Kiefer zeigte sich offen dafür, gemeinsam zu untersuchen, ob es Tatbestände gibt, für die eine Reha-Maßnahme geeignet erscheint.

Zwei neue Vorstandsmitglieder gewählt

Michels und Wolfram gewählt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung des BDPK verabschiedeten sich Norbert Glahn und Dr. Ulrich Wandschneider aus dem Vorstand. Als neue Mitglieder in den Vorstand wurden Ilona Michels, Vorstand der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, und Dr. Thomas Wolfram, Vorsitzender der Konzerngeschäftsführung der Asklepios Kliniken GmbH, berufen.

Die Wahl erfolgte im Rahmen der ordentlichen Mitgliederversammlung des BDPK, der die Interessen der rund 1.000 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft vertritt. Präsidentin Dr. Katharina Nebel bedankte sich im Namen der Mitglieder des BDPK bei den beiden scheidenden Vorstandsmitgliedern Norbert Glahn und Dr. Ulrich Wandschneider für ihr langjähriges Engagement. Dr. Ulrich Wandschneider gehörte seit 2006 dem Vorstand an und war von Anfang an dessen erster Vizepräsident. Zunächst vertrat er die MediClin AG, später war er Vorsitzender der Asklepios-Konzerngeschäftsführung. Norbert Glahn, Vorstandsvorsitzender der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, war seit 2009 Mitglied des BDPK-Vorstands. Beide setzten sich intensiv für die Stärkung der unternehmerischen Perspektive im Gesundheitswesen ein.

Im Zuge der jährlich stattfindenden Klausurtagung kooptierte der BDPK-Vorstand im Januar 2017 Dr. Francesco De Meo zum 2. Vizepräsidenten. De Meo studierte Jura an der Universität in Tübingen und wurde nach seiner Promotion und Tätigkeit als Rechtsanwalt Geschäftsführer bei der Unternehmensberatung Rauser AG in Reutlingen. Im Jahr 2000 wechselte er als Leiter Recht und Personal in die HELIOS Kliniken GmbH und wurde ein Jahr später Geschäftsführer für Personal und Recht sowie Forschung und Wissenschaft bei HELIOS. Seit 2008 ist De Meo Vorsitzender der Geschäftsführung (CEO) der HELIOS Kliniken GmbH und Vorstandsmitglied der Fresenius SE.

Dr. Katharina Nebel (Mitte) begrüßt die beiden neuen Vorstandsmitglieder Ilona Michels und Dr. Thomas Wolfram

Zukunftswerkstatt Kinder- und Jugend-Reha in Berlin

„Wie sollte die Kinder- und Jugendreha in 10 Jahren aussehen?“ So lautete die Frage anlässlich der Zukunftswerkstatt Kinder- und Jugendreha am 10. und 11. November 2016 in Berlin. Unter den mehr als 100 Teilnehmern waren Vertreter aus Ministerien, von Renten- und Krankenversicherung, Fachverbänden sowie Mitarbeiter aus Kinder- und Jugendrehabilitationseinrichtungen.

Die Anträge auf eine medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind seit 2008 stark rückläufig, dabei nimmt die Anzahl chronisch kranker Kinder keineswegs ab. Die Anbieter dieser Maßnahmen müssen sich daher der Frage stellen, ob die Leistung noch zeitgemäß ist. Referate zum Auftakt der Zukunftswerkstatt gaben dazu wichtige Impulse und Anregungen zur Arbeit in den Workshops am zweiten Veranstaltungstag. Detaillierte Ausführungen zu den einzelnen Schwerpunktthemen der Zukunftswerkstatt sowie die Arbeitsergebnisse der Teilnehmenden in den Workshops sind im Kapitel 3, Seite 86 nachzulesen.

Pressemitteilungen

5. August 2016

BDPK zum Kabinettsentwurf des PsychVVG: Mindestpersonalvorgaben werden Versorgungsbedürfnissen nicht gerecht!

Der BDPK appelliert an die Gesundheitspolitiker, im weiteren parlamentarischen Verfahren auch kritische Aspekte verbindlicher Personalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Vorgabe von Mindestpersonalstandards durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Qualität nicht zwangsläufig verbessern. Mindestpersonalvorgaben würden die Kosten allerdings massiv erhöhen, die Versorgungsvielfalt gefährden und die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Kliniken einschränken.

23. September 2016

BDPK teilt Kritik an Mindestpersonalvorgaben

Im Vorfeld der Anhörung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Gesundheitsausschuss am 26.9.2016 schloss sich der BDPK der Kritik der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) an. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Mindestpersonalvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sind in der Praxis nicht erfüllbar.

12. Oktober 2016

DKG zur Debatte um Manipulationsvorwürfe in der GKV

Gemeinsam mit der DKG hat der BDPK eine Pressemitteilung zur Debatte um Manipulationsvorwürfe in der GKV abgestimmt.
Die Debatte um Manipulationen beim Risikostrukturausgleich der Krankenkassen mache deutlich, dass dringend ein ‚Medizinischer Dienst‘ für die Prüfung der Kassen benötigt werde. Eine Prüfung der medizinischen Einschätzungen der Krankenkassen durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern sei angesichts der hohen Komplexität (ca. 25.000 Prozedurencodes und ca. 12.500 Diagnosecodes) schlicht nicht möglich.

26. Oktober 2016

AG MedReha Pressemitteilung Investitionsbedarf

Eine aktuelle Umfrage zeigt, dass der Investitionsbedarf in den Rehabilitationskliniken in den nächsten fünf Jahren sehr hoch, die Finanzierung hingegen nicht gesichert ist. Es bedarf deshalb leistungsgerechter Vergütungssätze, fordern die Verbände der AG MedReha.

10. November 2016

BDPK zur Verabschiedung des PsychVVG im Bundestag

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) kritisiert das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Mit dem Gesetz ist eine Verbesserung der Versorgung der Patienten beabsichtigt. Die im Jahr 2020 geplante Einführung verbindlicher Mindestpersonalvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird allerdings die Qualität nicht spürbar ver-

bessern. Im Gegenteil werden Mindestpersonalvorgaben die Kosten für zusätzlich einzustellendes Personal massiv erhöhen und die Versorgungssicherheit gefährden.

Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen

Orientierungswert im Bibliomed-Manager 13. Juni 2016

Der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) spricht sich gegen verbindliche Personalvorgaben für Krankenhäuser aus. „Der Fokus würde dann nämlich nicht mehr darauf gerichtet, die Qualität und die Prozesse zu verbessern, sondern die Köpfe zu zählen", schreibt der Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz. In der Pflege im Krankenhaus sei sicher nicht alles gut, so Bublitz. „Aber es ist eben auch nicht alles so schlecht, wie es gerne als Begründung für verbindliche Personalzahlen beklagt wird", schreibt er mit Verweis auf das aktuelle Gutachten des Rheinisch Westfälischen Wirtschaftsforschungsinstituts (RWI).

Orientierungswert im Bibliomed-Manager 29. August 2016

Das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) in Sachen Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) gegen den Landkreis Calw gefährdet nach Ansicht von BDPK-Geschäftsführer Thomas Bublitz den politisch gewollten Wettbewerb zwischen den Kliniken und die Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Dem Urteil zufolge ist es mit dem EU-Beihilfenrecht vereinbar, wenn Kommunen aus Steuermitteln Betriebskostenverluste öffentlicher Krankenhäuser ausgleichen. Bublitz rechnet allerdings nicht damit, dass die letzte Entscheidung in dieser Frage bereits gefallen ist. „Vielleicht bedeutet es am Ende ja doch, dass auch freigemeinnützige und private Krankenhausträger im Falle eines Defizits einen Ausgleichsanspruch gegen den zuständigen Landkreis haben."

„Die Kassen haben es selbst in der Hand" f&w, Oktober 2016

Thomas Bublitz kommentiert das Thema Mobile Rehabilitation.

„Gute Absichten – unerwünschte Folgen". Psychiatrie-Finanzierungsgesetz (PsychVVG) und Personalmindestvorgaben, in „KU Gesundheitsmanagement" November 2016

Thomas Bublitz: Mit dem Psychiatrie-Finanzierungsgesetz (PsychVVG) soll die Qualität der Patientenversorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern verbessert werden. Ziel ist es, mehr Transparenz bei den Leistungen und Vergütungen zu schaffen. Dieses durchaus wichtige Anliegen lässt sich allerdings mit dem vorliegenden Gesetzentwurf kaum erreichen. Vor allem weil die vorgesehenen Personalmindestvorgaben eher wie eine Innovationsbremse wirken und weniger zur Qualitätssicherung beitragen.

Orientierungswert im Bibliomed-Manager 18. November 2016

Hinter der ungeliebten Krankenhausplanung der Bundesländer steckt womöglich eine Gleichgültigkeit in den Gesundheitsministerien, überhaupt noch planerisch eingreifen zu wollen. Zu diesem Ergebnis kommt Thomas Bublitz in seinem Beitrag zur Kolumne „Orientierungswert" auf Bibliomed-Manager. So müssen Perinatalzentren, die die geforderten Personalschlüssel nicht erfüllen können, ab 2017 die eigentlich von den Ländern zuvor geplanten Krankenhausstrukturen selbsttätig reduzieren. Ähnliche Kollisio-

nen sagt Bublitz auch voraus hinsichtlich der angedachten Personalvorgaben im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG).

„Qualität setzt sich durch“ – Public Reporting in der Reha, in „f&w“ Dezember 2016

Thomas Bublitz: Für Reha-Kliniken wächst die Bedeutung von öffentlichen Vergleichs- und Bewertungsportalen. Die Zeitschrift Focus hat für dieses Segment deshalb erstmals ein Ranking erstellt. Allen diesen Klinikvergleichen ist gemein, dass sie auf Patientenmeinungen fußen und wirkliche Qualitätskriterien fehlen. Das Portal Qualitätskliniken.de hat deshalb entsprechende Indikatoren entwickelt.

Nachrichten des BDPK in f&w

Jährlich erscheinen zwölf Ausgaben der Verbandsmitteilungen in der Zeitschrift f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus des bibliomed-Verlages. Der Verband berichtet darin über aktuelle Gesetzesvorhaben und Entwicklungen in der Politik sowie verbandsinterne Neuigkeiten und Informationen.

BDPK-Newsletter

Seit September 2016 informiert der monatliche Newsletter des BDPK die interessierte Fachöffentlichkeit über wichtige Schwerpunktthemen aus den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation und Qualität. Zu den Newsletter-Abonnenten gehören Vertreter aus Politik, Medien, Gesundheitsverwaltung, -wirtschaft und Wissenschaft. In seinen News berichtet der BDPK praxisnah und sektorenübergreifend über die Herausforderungen und wichtige Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

7. Informationen

In diesem Kapitel erhalten Sie eine Übersicht über die Gremien des BDPK: Die Mitglieder des Vorstands, des Mitgliederrats und der Fachausschüsse werden vorgestellt.

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

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

Gremienmitglieder

Mitglieder des Vorstands

Präsidentin:
Dr. Katharina Nebel M. Sc.,
Private Kliniken
Dr. Dr. med. Nebel, Vlotho
Vizepräsident:
Dr. Michael Philippi,
Sana Kliniken AG, Ismaning
Dr. Francesco De Meo, HELIOS Kliniken GmbH, Berlin

Dr. Hans-Heinrich Aldag,
Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg
Dr. Markus Hamm,
Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Dr. Marina Martini, AMEOS Gruppe, Zürich
Ilona Michels, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft (bis November 2016)
Berthold Müller, Pre.Di.Ma. GmbH, Offenburg
Herbert M. Pichler, FuturaMed AG, München
Ellio Schneider, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Dr. Dr. Martin Siebert, Rhön Klinikum AG, Bad Neustadt a. d. Saale
Dr. Thomas Wolfram, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Hamburg

Mitglieder des Mitgliederrats

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

Dr. med. Cordelia Andreßen,
Lubinus Clinicum GmbH & Co. KG, Kiel
Detlev Bätz, DIANA Krankenhausgesellschft mbH, Bad Bevensen
Dr. Florian Nicolai Brandt,
Privatklinik Dr. Amelung, Königstein
Heinz Dahlhaus, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Pyrmont
Ingo Dörr, Verband der Privatkliniken in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.
Dr. Kerstin Haase, Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka
Jens F. Holsing, Holsing Vital GmbH, Bad Holzhausen
Mario Krabbe, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Sabine Lessing, Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee

Thomas Schneider, MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel
Franz Schreijäg,
Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Franzel Simon, HELIOS Kliniken Schwerin GmbH, Schwerin
Dr. Christoph Smolenski,
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler

Rechnungsprüfer

Uwe Bauer, ACURA Kliniken Albstadt GmbH, Albstadt
Kay J. Lüning, Klinik Wiesengrund, Bad Westernkotten

Mitglieder der Fachausschüsse

Fachausschuss Krankenhäuser

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

Dr. Kathleen Balle, Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Dr. Roland Bantle, Herzzentrum Leipzig GmbH, Leipzig
Harald Barlage, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Uwe Bauer, ACURA Kliniken Albstadt GmbH, Albstadt
Bernd Baumbach, Johannesbad Saarschleife AG & Co. KG, Mettlach-Orscholz
Harald Becker, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Thomas Böer, Diabetes Zentrum Bad Mergentheim GmbH & Co. KG, Bad Mergentheim
A. Cornelia Bönnighausen, Landkreis Passau Gesundheitseinrichtungen, Vilshofen
Dr. Rainer Brase, Klinikum Wahrendorff GmbH, Sehnde
Saba Dedjban, Kliniken Dr. Erler gGmbH, Nürnberg
Veronika Diepolder, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See

Lothar Dietz, AMEOS Spitalgesellschaft Halberstadt mbH, Zürich
Lisa Sophia Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Paul-Georg Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Joachim Gemmel, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Hamburg
Dr. Peter Görlich, Ethianum Betriebsgesellschaft mbH & Co. KG, Heidelberg
Tilmann-Jörg Götzner, Wolfart-Klinik, Gräfelfing
Roland Grabiak, MediClin Müritz Klinikum, Waren
Dr. Kerstin Haase, Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka
Dr. Markus Hamm, Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Stefan Härtel, Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald, Neustadt
Ralph Heger, Medical Park AG, Amerang
Andreas Heilmann, HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen, Plauen
Peter Heimscheid, Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH, Lich
Ulrike Hoberg, Sana-Krankenhaus Hürth GmbH, Hürth
Dr. Claas Hohmann, WolfartKlinik, Gräfelfing
Michael Kelbel, Krankenhaus Agatharied GmbH, Hausham
Sascha Kotowski, Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH, Berlin
Roland Kottke, Sana Kliniken AG, Ismaning
Mario Krabbe, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Dr. Arno Kuge, Vorstand NRW e.V., Stemwede
Norbert-Christian Kunz, HELIOS Kliniken GmbH, Berlin
Dr. Markus-Michael Küthmann, Eifelhöhen-Klinik AG, Bonn
Dr. Uwe Leder, SRH Wald-Klinikum Gera GmbH, Gera
Sabine Lessing, Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee
Martin Linke, Simssee Klinik GmbH, Bad Endorf
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Torsten Mager, Danuvius Klinik GmbH®, Ingolstadt
Philipp Marsch, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Sibylle Merk, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach-Therme
Ilona Michels, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft (bis November 2016)
Carla Naumann, Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG, Bad Aibling
Marcel Newerla, Westklinik Dahlem Betriebsgesellschaft mbH, Berlin
Mirko Papenfuß, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)
Herbert-M. Pichler, FuturaMed AG, M-Unterföhring
Felix Pinkow-Margerie, Privatklinik Wirsberg, Wirsberg
Silke Ritschel, Sana Krankenhaus Rügen GmbH, Bergen/Rügen
Dr. Christian Rotering, Park-Klinik Manhagen, Großhansdorf
Achim Schäfer, Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH, Bad Lippspringe
Jörg Scharfenberg, Lausitzer Seenland Klinikum GmbH, Hoyerswerda
Dr. Jens Schick, Sana Kliniken AG, Ismaning
Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Dr. Klaus Schmolling, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
Ellio Schneider, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Franzel Simon, HELIOS Kliniken Schwerin GmbH, Schwerin
Marcus Sommer, HELIOS Kliniken GmbH, Dachau
Markus Stark, Kliniken Dr. Erler gGmbH, Nürnberg
Heiko Stegelitz, Parkinson-Klinik Wolfach GmbH & Co KG, Wolfach
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Stefan Stranz, HELIOS Klinikum Erfurt, Erfurt
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Frank Teufel, MediClin, Offenburg
Volker Thesing, Asklepios Fachklinikum Stadtroda GmbH, Stadtroda
Dr. Lars Timm, AMEOS West, Hildesheim
Marco Walker, Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg
Bernhard Wehde, Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG, Göppingen
Michael Werner, KAV Krankenhaus GmbH, Ehringshausen
Jens Wernick, München

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

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

Dr. Hans-Heinrich Aldag, Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg
Johannes Assfalg, Maternus Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Bad Oeynhausen
Marcus Baer, Schön Klinik Bad Bramstedt SE & Co. KG, Bad Bramstedt
Harald Barlage, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Bernd Baumbach, Johannesbad Saarschleife AG & Co. KG, Mettlach-Orscholz
Christian Baumbach, Waldburg-Zeil-Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Maxi Beyer, Johannesbad Holding AG & Co. KG, Bad Füssing
Dr. Clemens Bold, Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e.V., Sindelfingen
Thomas Bruns, Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH, Jever
Sascha Busert, Fuest Unternehmensgruppe, Beckum
Servet Dag, MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha-Zentrum am Hahnberg, Bad Wildungen
Heinz Dahlhaus, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Pyrmont
Jutta Doepner, Malbergklinik GmbH, Bad Ems
Christoph Essmann, Nanz medico GmbH & Co. KG, Stuttgart
Thomas Fettweiß, Ostseeklinik Schönberg-Holm, Ostseebad Schönberg
Michael Fitz, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Bad Füssing
Manuela Flacke, Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V., Osnabrück
Markus Frenzer, MediClin, Offenburg
Georg Freund, Reha-Kliniken Küppelsmühle GmbH & Co. KG, Bad Orb
Lisa Sophia Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Paul-Georg Friedrich-Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Björn Gollée, Kirchberg Klinik, Bad Lauterberg
Horst Gollée, Gollée GmbH & Co. KG, Bad Lauterberg
Rainer Grimm, Landesverband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V., Bad Doberan
Dennie Halupka, Median Ilmtal-Klinik Bad Berka, Bad Berka
Bernd Hamann, AHG Klinik Waren, Waren
Detlef Hambücker, Eifelhöhen-Klinik Marmagen GmbH, Nettersheim-Marmagen
Dietolf Hämel, Klinik St. Irmingard GmbH, Bad Endorf

Dr. Markus Hamm, Schön Klinik SE, Prien am Chiemsee
Ralph Heger, Medical Park AG, Amerang
Volker Hippler, MediClin, Offenburg
Walter Hummler, Schlossklinik Bad Buchau, Bad Buchau
Klaus Kinast, Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim
Klaus Krotschek, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Harald Kruse, MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Burg/Spreewald
Olaf Kügelchen, Augusta Klinik GmbH & Co. KG, Bad Kreuznach
Kay-Uwe Kunze, Klinik Malchower See GmbH, Malchow
Dr. Markus-Michael Küthmann, Eifelhöhen-Klinik AG, Bonn
Matthias Langenbach, MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth
Susanne Leciejewski, Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg
Deddo Lehmann, Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg-Kur-GmbH, Bad Schmiedeberg
Ulf Ludwig, MediClin, Offenburg
Yvonne Machelett, Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V., Berlin
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Martin Maller, Reha Klinik Sonnenhof Bad Iburg GmbH & Co. KG, Bad Iburg
Philipp Marsch, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Jürgen Melchers, ACURA Rhönklinik Gersfeld, Gersfeld
Sibylle Merk, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach-Therme
Wulf Meueler, MediClin Staufenburg Klinik, Durbach
Ilona Michels, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft (bis November 2016)
Dr. Henner Montanus, Elbe-Saale Klinik, Barby
Ursula Mootz, Nanz medico GmbH & Co. KG, Stuttgart
Berthold Müller, Pre.Di.Ma. GmbH, Offenburg
Carla Naumann, Schön Klinik Bad Aibling SE & Co. KG, Bad Aibling
Dr. Katharina Nebel M. Sc., Private Kliniken Dr. Dr. med. Nebel, Vlotho
Raphael Nguyen, Mittelbayerisches Rehabilitationszentrum, Bad Kötzting
Bernd Otto, Salztal Klinik GmbH, Bad Soden-Salmünster
Gottfried Perz, Media Park Klinik Betriebs GmbH, Köln

Heiko Pichler, HELIOS Reha-Kliniken GmbH, Damp
Frank Porten, St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Höhenschwand
Angelika Presl, Klinik Bavaria Kreischa, Kreischa
Birgit Richter, Tessinum Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall GmbH, Tessin
Dr. Jens Rieger, Westfälisches Gesundheitszentrum Holding GmbH, Bad Sassendorf
Petra Rose, Gesundheitszentrum in Bad Waldliesborn GmbH, Lippstadt
Achim Schäfer, Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH, Bad Lippspringe
Stefan Scharl, Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH, Bad Griesbach
Peter F. Schauerte, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft mbH, Düsseldorf
Michael Scheider, Sachsenklinik GmbH & Co. KG, Bennewitz
Horst Schiller, Klinik Niedersachsen Erwin Röver GmbH und Co. KG, Bad Nenndorf
Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder Allensbach (Stiftung & Co.) KG, Allensbach
Norbert Schneider, Asklepios Kliniken GmbH, Hamburg
Franz Schreijäg, Fachklinik Hänslehof GmbH, Bad Dürrheim
Holger Schuermann, Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen
Michael Stangenberg, Kurklinik Tecklenburger Land GmbH & Co KG, Tecklenburg
Viola Steffen, Niedersächsisches Staatsbad Pyrmont Betriebsgesellschaft mbH, Bad Pyrmont
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Hartmut Stern, Rudolf Presl GmbH & Co. Klinik Bavaria Rehabilitations KG, Kreischa
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Franz Theisen, Lauterbacher Mühle Klinik GmbH & Co. KG, Seeshaupt
Karin Vogel, Rehabilitationszentrum Oldenburg GmbH, Oldenburg
Bernhard Wehde, Christophsbad GmbH & Co. Fachkrankenhaus KG, Göppingen
Wiebke Weißmann, HELIOS Rehakliniken GmbH, Berlin
Birgitta Wendt, Hochwald-Kliniken Weiskirchen, Weiskirchen
Olaf Werner, Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH, Bad Rappenau
Jens Wernick, München
Rüdiger Wörnle, Mooswaldklinik, Freiburg

Uli Wüstner, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Bad Urach

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

Vorsitzende:
Dr. Marina Martini, AMEOS Gruppe, Zürich
Stv. Vorsitzender:
Roland Kottke, Sana Kliniken AG, Ismaning

Johannes Assfalg, Maternus Klinik für Rehabilitation GmbH & Co. KG, Bad Oeynhausen
Dieter Brenneis, Brenneis & Brenneis GbR, Bad Camberg
Uwe Feldkamp, Schön Holding GmbH & Co. KG, Prien am Chiemsee
Manuela Flacke, Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e.V., Osnabrück
Thomas Giesemann, AMEOS Gruppe, Zürich
Christiane Golenko, AMEOS Gruppe, Zürich
Gerhard Göttsche, UBGG Klinikberatung, Bad Oeynhausen
Susanne Halhuber, Celenus Fachklinik Hilchenbach GmbH, Hilchenbach
Tobias Hummel, Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, Köln
Bernd Kümmerle, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Susanne Leciejewski, Celenus-Kliniken GmbH, Offenburg
Dr. Stephanie Linder, Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG, Isny-Neutrauchburg
Friedel Mägdefrau, Landesverbände der Privatkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland e.V., Wiesbaden
Lydia Pasemann, Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V., Bad Klosterlausnitz
Lutz Peter Reuter, Graf von Oeynhausen-Sierstorpff GmbH & Co. KG Holding, Bad Driburg
Sabine Richter, Recura Kliniken GmbH, Beelitz-Heilstätten
Birgit Rossak, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt (Oder)
Anette Schaden, Kliniken Bad Bocklet AG, Bad Bocklet
Heiko Stegelitz, Parkinson-Klinik Wolfach GmbH & Co KG, Wolfach
Dr. Ann-Kristin Stenger, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Michael Strobach, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V., München
Dr. Lars Timm, AMEOS West, Hildesheim

Rolf Treutler, Freiburg
Wilfried Wagner, Schlosspark-Klinik GmbH, Berlin
Michael Werner, KAV Krankenhaus GmbH, Ehringshausen
Jens Wernick, München

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

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

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

Facharbeitsgruppen

Facharbeitsgruppe IT

Facharbeitsgruppe Kinder- und Jugendliche

Facharbeitsgruppe Reha-Schiedsstelle

Facharbeitsgruppe Mutter/Vater und Kind

Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO

Landesverbände

Verband privater Klinikträger in Baden-Württemberg e.V.
Vorsitzender: *Berthold Müller*
Geschäftsführer:
Dr. Clemens Bold
Posener Straße 1
71065 Sindelfingen
Telefon: 07031 - 95 05 40
Telefax: 07031 - 95 05 49
E-Mail: info@vpka-bw.de
Internet: www.vpka-bw.de

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

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

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

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

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

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

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

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

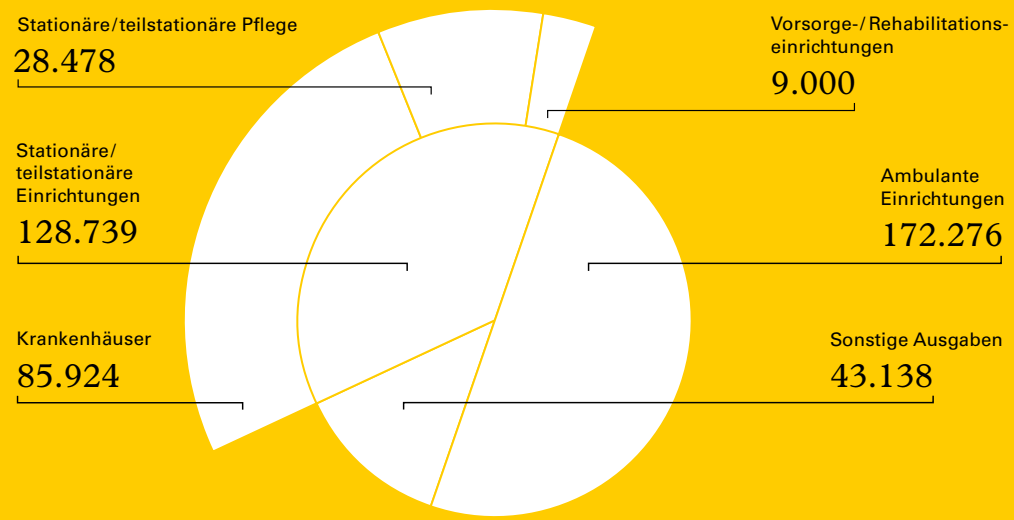
Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.
Vorsitzende:
Dr. med. Cordelia Andreßen
Geschäftsführer: *Bernd Krämer*
Feldstraße 75, 24105 Kiel
Telefon: 0431 - 84 035
Telefax: 0431 - 84 055
E-Mail: gf@vpksh.de
Internet: www.vpksh.de

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

Statistiken

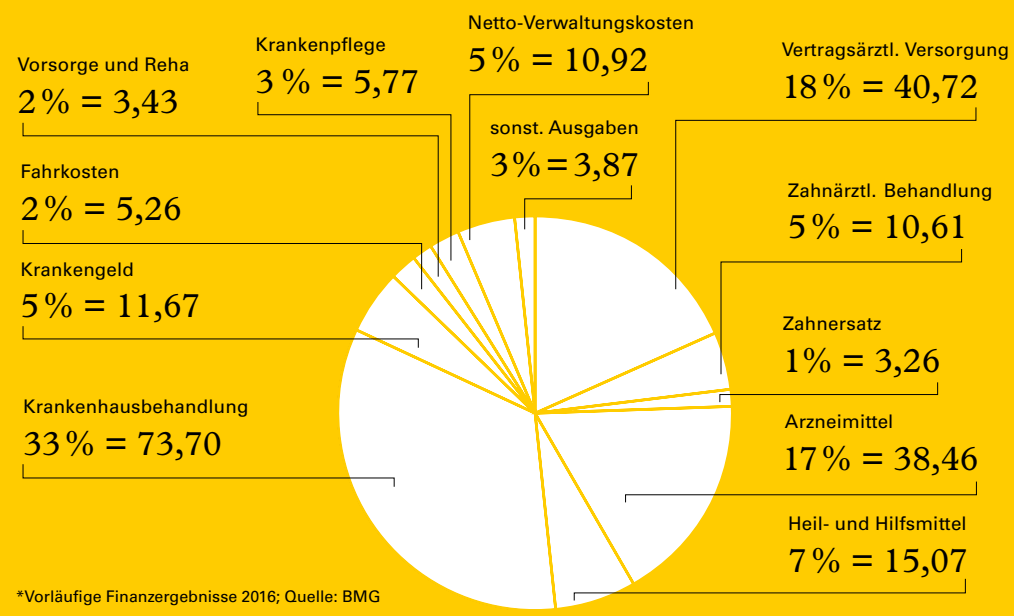
Gesundheitsausgaben (gesamt) 2015

Gesundheitsausgaben in Deutschland (in Mio. €)



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

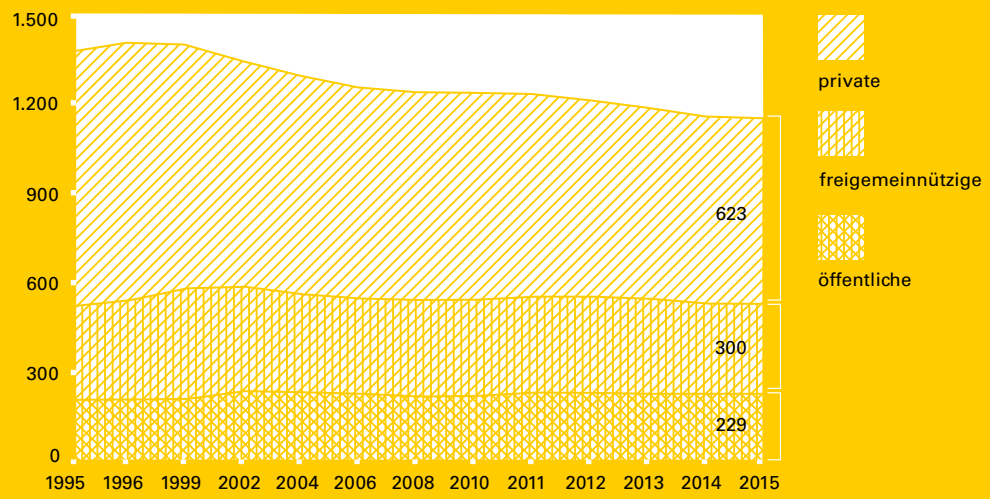
Anteil an GKV-Ausgaben 2016 (in Mrd. €)*



*Vorläufige Finanzergebnisse 2016; Quelle: BMG

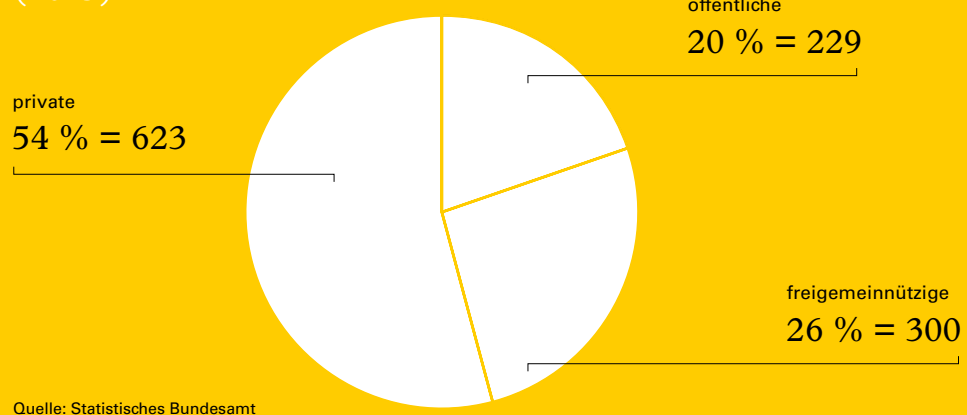
Rehabilitation

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



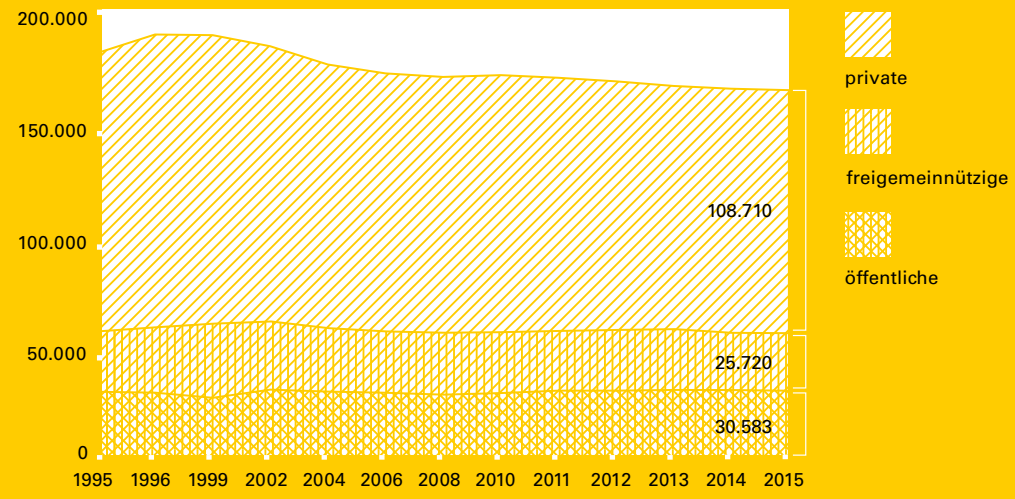
Quelle: Statistisches Bundesamt

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägern (2015)



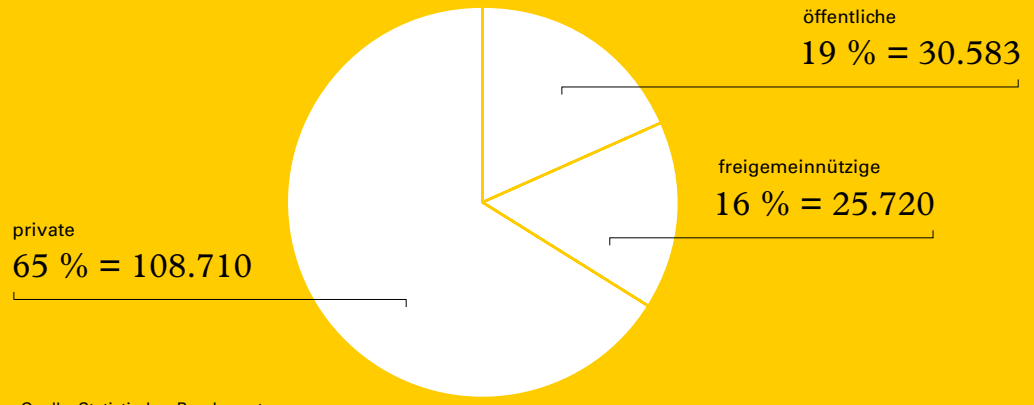
Quelle: Statistisches Bundesamt

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



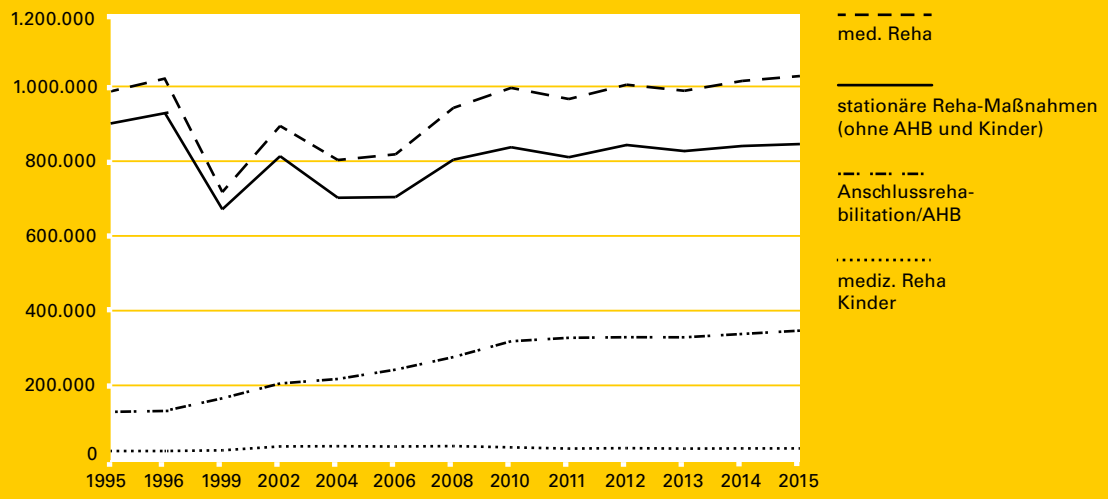
Quelle: Statistisches Bundesamt

Bettenzahl nach Trägern (2015)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Leistungsfälle DRV



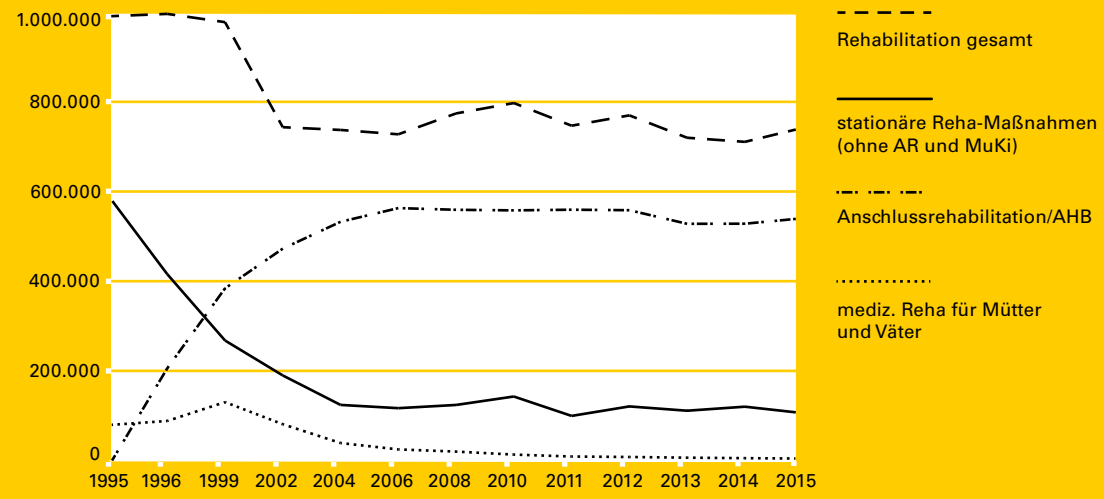
Quelle: DRV

Leistungsfälle DRV

DRV	med. Reha	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne Kinder)	Anschluss-rehabilitation/ AHB	Mediz. Reha für Kinder
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
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

Quelle: DRV

Entwicklung der Leistungsfälle GKV



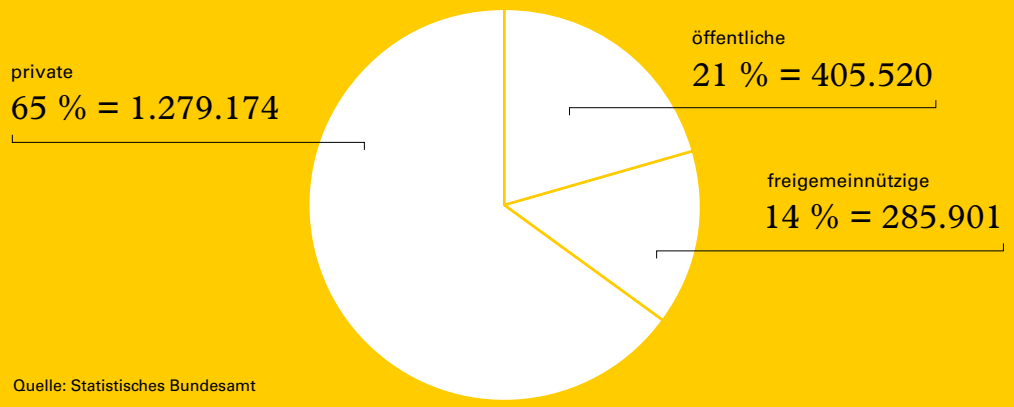
Quelle: BMG

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
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	710.756	120.167	528.221	5.360
2015	741.718	106.081	540.584	4.541

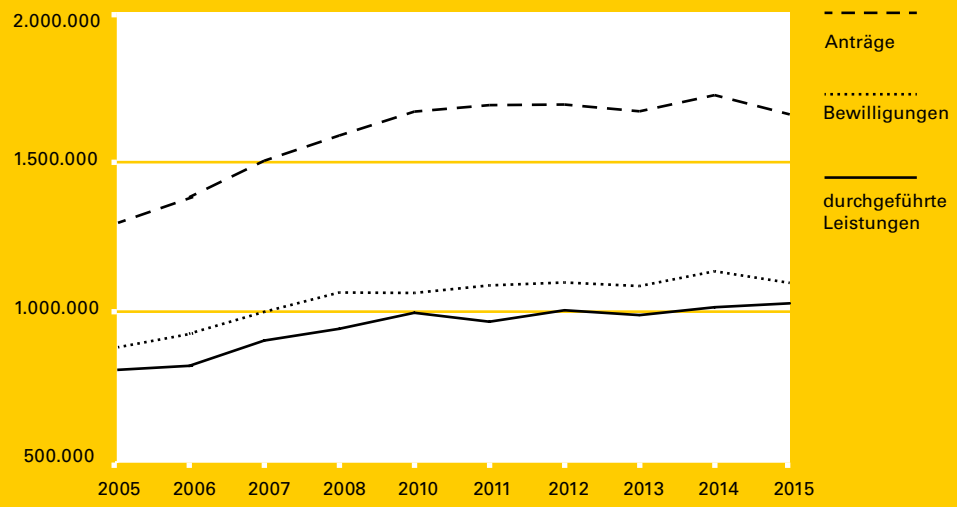
Quelle: BMG

Anteil der Fälle nach Trägern Vorsorge und Reha (2015)



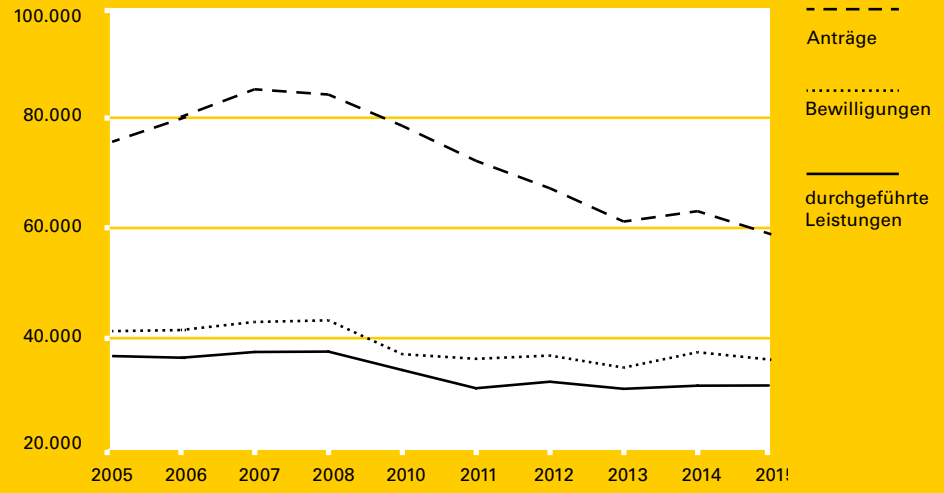
Quelle: Statistisches Bundesamt

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha insgesamt DRV



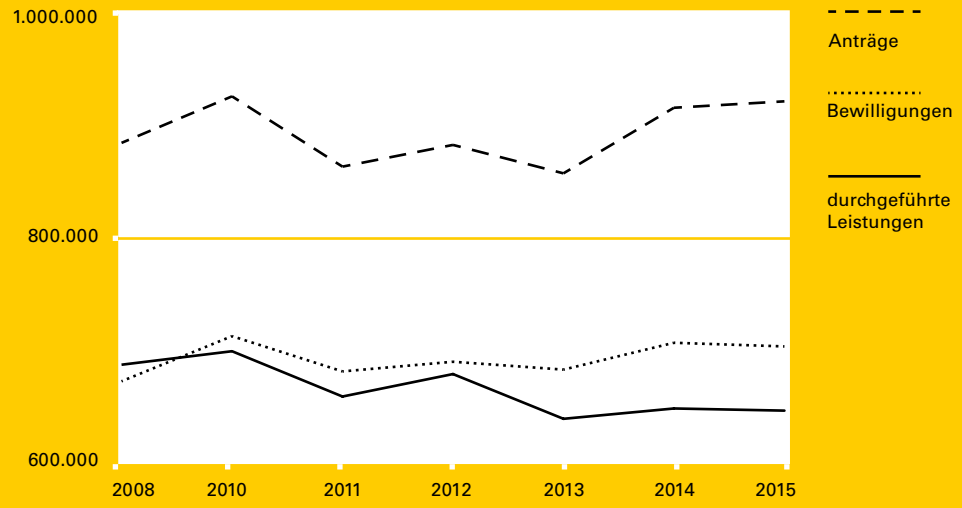
Quelle: DRV

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



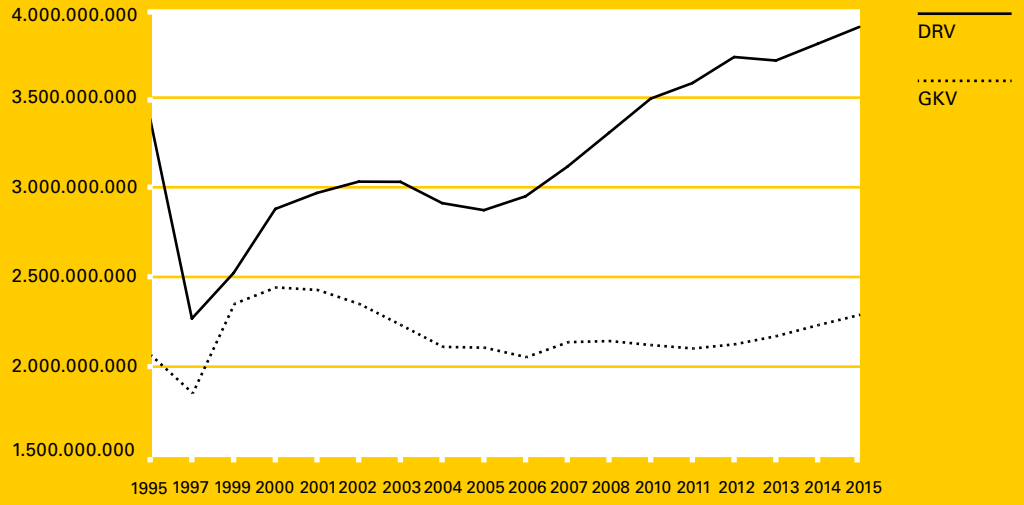
Quelle: DRV

Anträge, Bewilligungen, durchgeführte Leistungen med. Reha GKV



Quelle: BMG KG5

Leistungsausgaben DRV / GKV



Quelle: BMG, DRV

Leistungsausgaben DRV

DRV	medizinische Reha	mediz. Reha für Kinder
1995	3.396.100.000	100.887.000
2000	2.894.800.000	121.517.000
2005	2.887.900.000	167.716.251
2008	3.319.300.000	181.880.984
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	168.200.000
2015	3.909.400.000	170.250.000

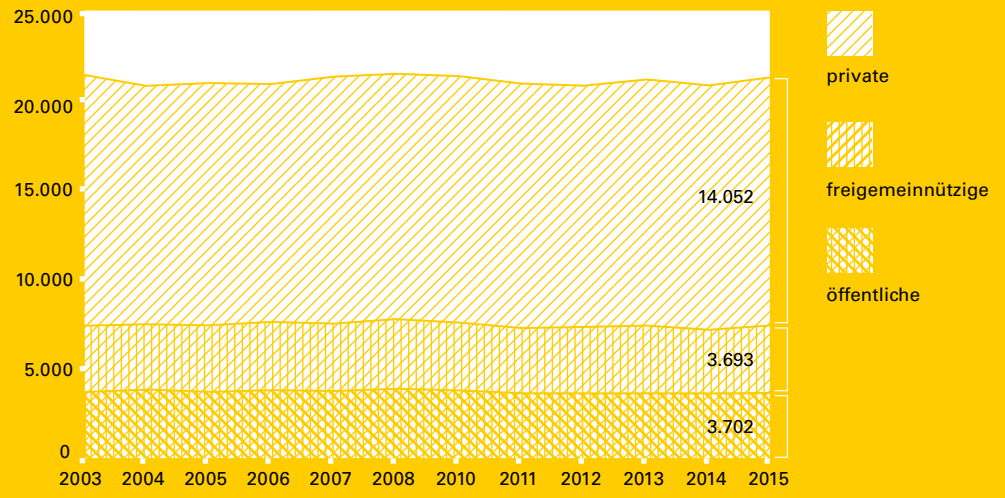
Quelle: DRV

Leistungsausgaben GKV

GKV	Rehabilitation gesamt	stationäre Reha-Maß-nahmen (ohne AR und MuKi)	Anschluss-rehabilitation	mediz. Reha für Mütter & Väter
1995	2.074.897.283	1.121.717.327	796.405.849	156.774.106
2000	2.452.899.862	732.994.244	1.369.362.975	229.629.422
2005	2.116.846.338	361.092.203	1.616.984.254	62.542.276
2008	2.153.975.380	340.526.456	1.669.501.806	40.410.112
2010	2.131.288.881	317.785.522	1.679.982.066	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	1.691.044.574	17.755.915
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

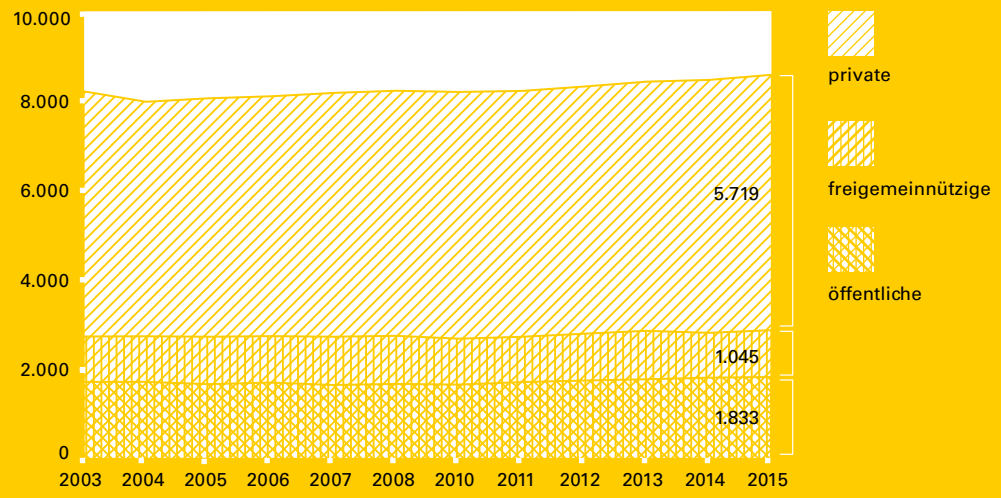
Quelle: BMG

Vollkräfte in Reha-Kliniken (Pflegedienst)



Quelle: Statistisches Bundesamt

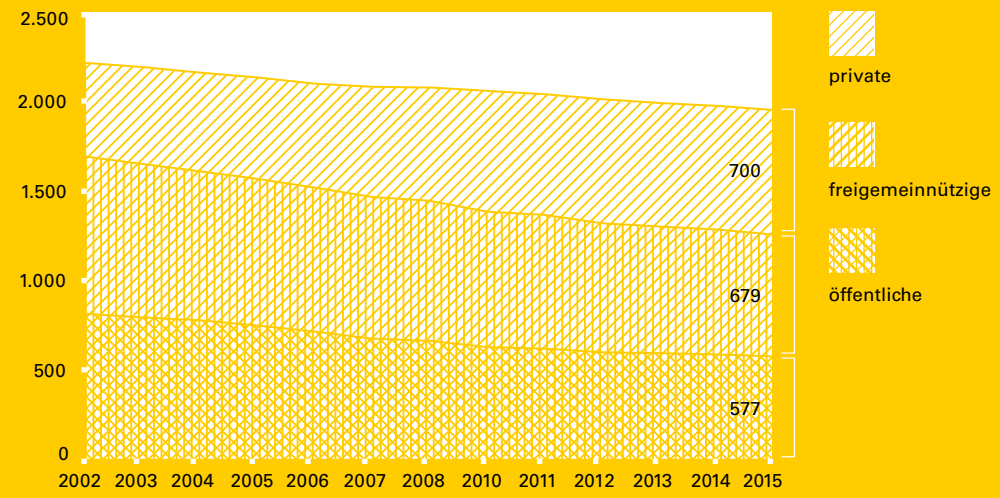
Vollkräfte in Reha-Kliniken (Ärzte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser

Entwicklung der Krankenhäuser nach Trägern



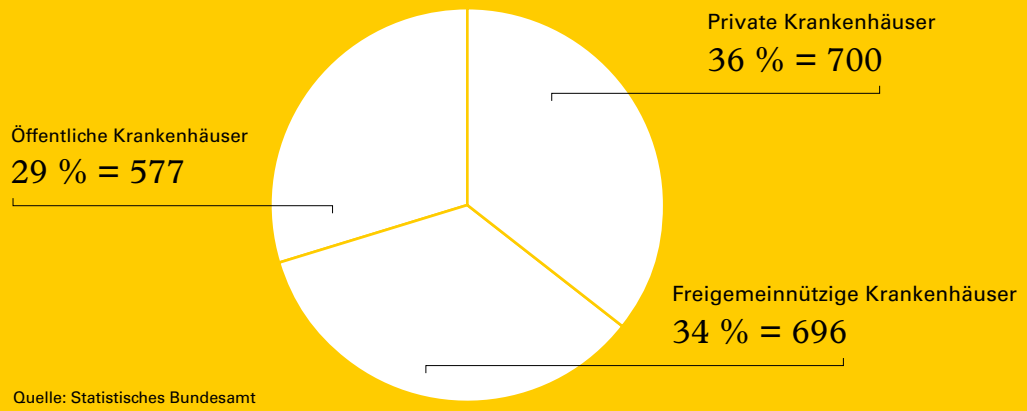
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser nach Trägerschaft

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

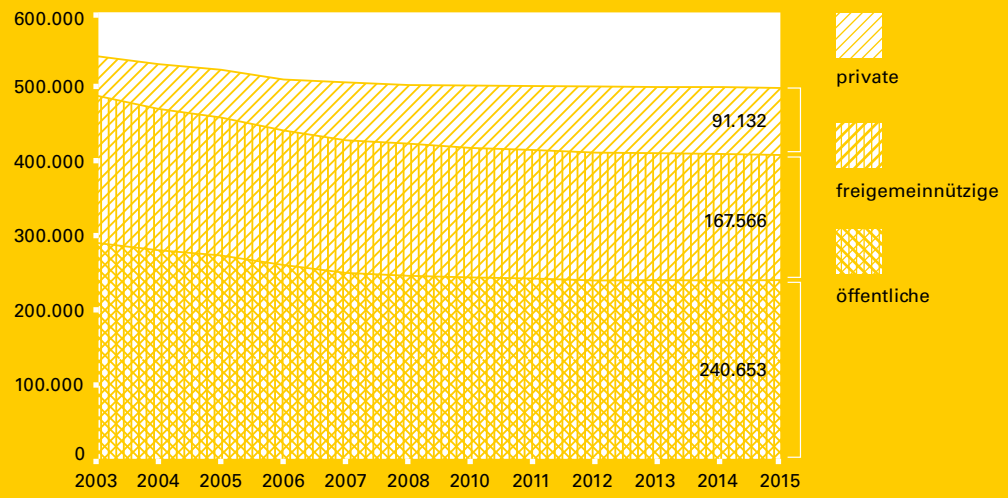
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhäuser nach Trägern (2015)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Bettenzahl nach Trägern



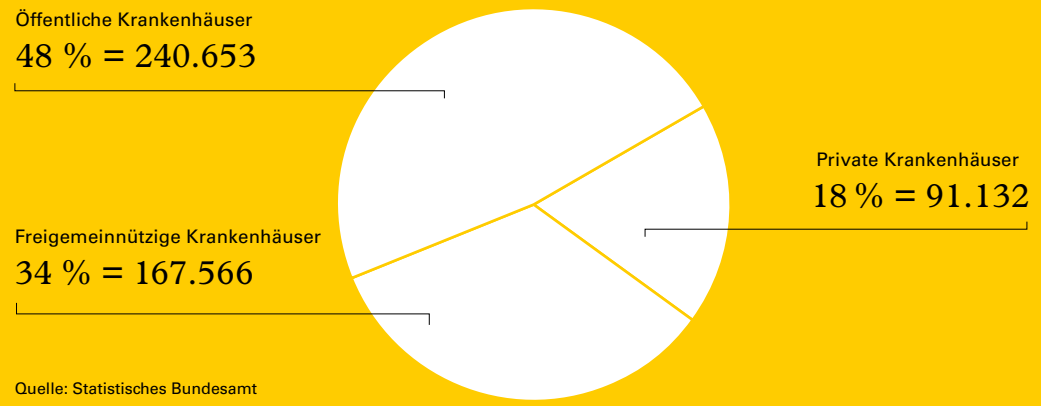
Quelle: Statistisches Bundesamt

Betten in Krankenhäusern nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	290.625	197.343	53.933
2004	280.717	189.334	61.282
2005	273.721	184.752	65.351
2006	260.993	180.200	69.574
2007	250.345	177.632	78.977
2008	246.423	177.085	79.852
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

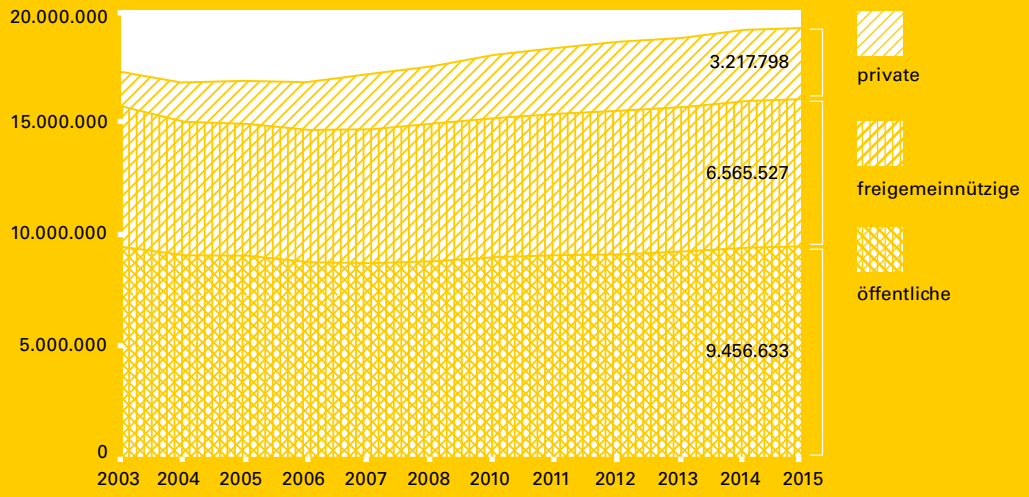
Quelle: Statistisches Bundesamt

Betten nach Trägern (2015)



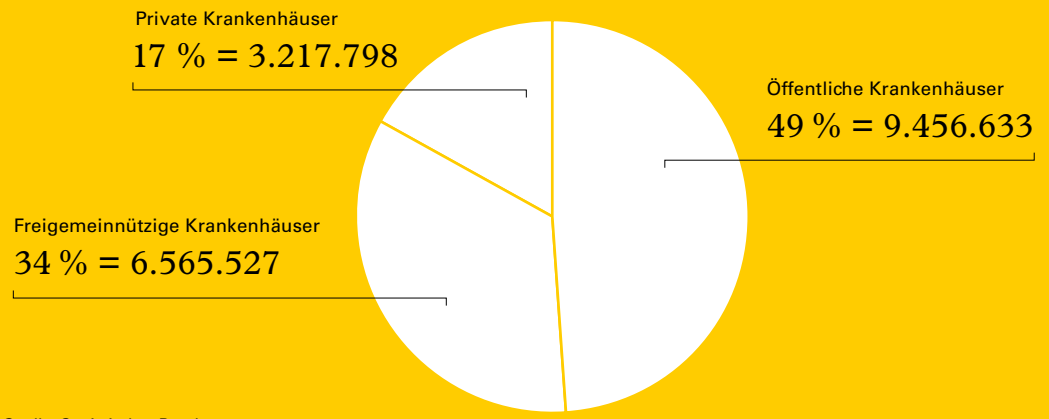
Quelle: Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Krankenhausfälle nach Trägern



Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteil der Fälle nach Trägern (2015)



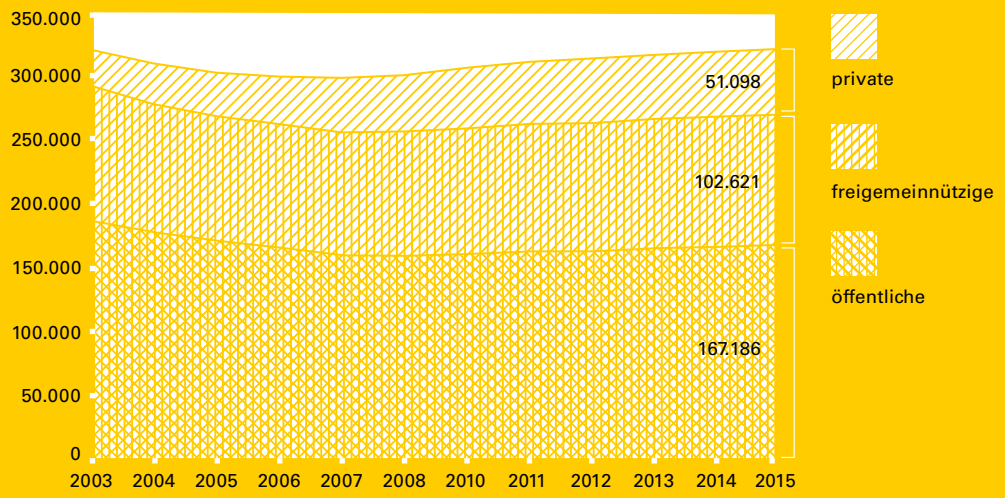
Quelle: Statistisches Bundesamt

Fälle nach Trägerschaft

	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2003	9.422.234	6.265.970	1.607.706
2004	9.047.784	5.954.817	1.799.048
2005	9.027.425	5.877.903	1.968.557
2006	8.753.887	5.901.545	2.177.451
2007	8.697.755	5.970.324	2.510.494
2008	8.780.261	6.147.808	2.591.510
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

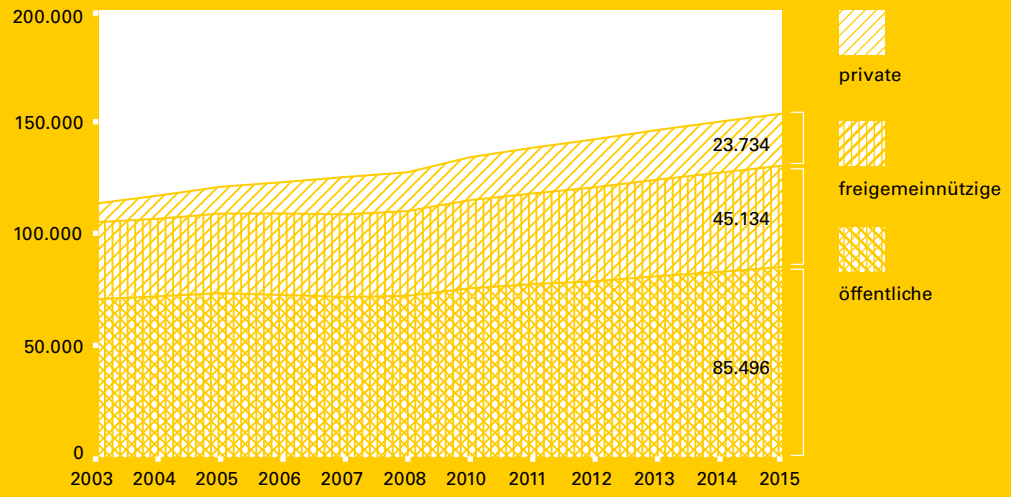
Quelle: Statistisches Bundesamt

Vollkräfte in Krankenhäusern (Pflegekräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Vollkräfte in Krankenhäusern (Ärzte)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Partner und Kooperationen

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

Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation

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

Aktion Saubere Hände

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

assekuranz ag – Internationale Versicherungsmakler

Die assekuranz ag ist als internationaler Versicherungsmakler seit 20 Jahren im Arzt- und Krankenhausgeschäft erfolgreich am Markt tätig.

AssekuRisk AG

AssekuRisk bündelt das aktuelle Wissen der Bereiche Medizin und Luftfahrt. Die besten Sicherheitsstrategien und Instrumente der Hochsicherheitsbranche Luftfahrt werden auf ihre Tauglichkeit im Krankenhausalltag überprüft, adaptiert und eingesetzt.

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 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 Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit 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.

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 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.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung

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

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

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

KlinikRente

KlinikRente ist das Branchenversorgungswerk für Betriebsrenten in der Gesundheitswirtschaft. Mehr als 2.500 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.

European Union of Private Hospitals

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

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 Telematikinfrakstruktur 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.

Partner des IQMG

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

BGW qu.int.as

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

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

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

Fachverband Sucht e.V.

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

KTQ

2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat die KTQ-GmbH gegründet. Die Kooperation zwischen der KTQ-GmbH und der IQMG GmbH regelt die Anerkennung des jeweils anderen Zertifizierungsverfahrens.

Kooperationspartner des IQMG

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

Beratungsunternehmen

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

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

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

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

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

Zertifizierungsunternehmen

BSI Group Deutschland GmbH
Eastgate, Hanauer Landstraße 115, 60314 Frankfurt am Main
Telefon: 069 - 222 28 92 00
E-Mail: info.de@bsigroup.com

DIOcert GmbH
Hindenburgplatz 1, 55118 Mainz
Telefon: 06131 - 61929 - 0
E-Mail: a.pries@diocert.de

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

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

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

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

WIESO CERT GmbH
Gottfried-Hagen-Straße 60–62,
51105 Köln
Telefon: 0221 - 170506-50
E-Mail: info@wieso-cert.de

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

Software-Unternehmen

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

empira Software GmbH
Kirchstraße 19, 53840 Troisdorf
Telefon: 2241 - 97 36 70 0
E-Mail: info2@empira.de

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

3M Medica Health Information Systems
Hammfelddamm 11,
41460 Neuss
Telefon: 0221 - 29 21 05 04
E-Mail: hbertok@mmm.com

Nach IQMP-kompakt zertifizierte Einrichtungen

AHG – Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Klinik für Kinder- und Jugendliche, Beelitz-Heilstätten

AHG – Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Psychosomatische Klinik, Bad Pyrmont

Klinik Dr. Beger, Garmisch-Partenkirchen

Capio Franz von Prümmer Klinik

Klinik Lohrey, Bad Soden-Salmünster

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof in Bad Wildbad GmbH, Bad Wildbad

Sankt Rochus Kliniken Bad Schönborn

Seeklinik Zechlin GmbH

Waldklinik Jesteburg Aldag GmbH & Co. KG, Jesteburg

Nach IQMP-Reha zertifizierte Einrichtungen

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Ambulantes Rehabilitationszentrum Oldenburg gGmbH, Oldenburg

Ambulante Physiotherapie im Krankenhaus Buchholz gGmbH, Buchholz

Ambulante Physiotherapie im Krankenhaus Winsen gGmbH, Winsen

MediClin Reha-Zentrum Gernsbach, Gernsbach

Reha Flex Saline Rehabilitationsklinik Halle/Saale GbR, Halle

Reha Flex Saline Rehabilitationsklinik Halle/Saale GbR Praxis für Physiotherapie, Halle

Reha Flex Saline Rehabilitationsklinik Halle/Saale GbR Praxis für Ergotherapie, Halle

Rehazentrum Schwerin, Schwerin

RehaZentrum Bremen GmbH, Bremen

Stationäre Rehabilitations-einrichtungen

Aatalklinik Wünnenberg GmbH, Bad Wünnenberg

ACURA Kliniken Albstadt, Albstadt

Alexianer Krefeld GmbH, Krefeld

AOK-Nordseeklinik Amrum, Norddorf

AOK-Klinik Rügen, Wiek

AOK-Klinik Schlossberg, Bad Liebenzell

AOK-Klinik Stöckenhöfe, Wittnau bei Freiburg

AOK-Klinik Korbmattfelsenhof, Baden-Baden

Asklepios Klinik Bad Salzungen GmbH, Bad Salzungen

Augusta Klinik GmbH & Co. KG, Bad Kreuznach

BG Nordsee Reha-Klinik, St. Peter-Ording

Capio Franz von Prümmer Klinik, Bad Brückenau

Capio Klinikum Maximilian, Bad Kötzting

Caspar-Heinrich-Klinik, Bad Driburg

Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik gGmbH, Bad Salzungen

de'ignis-Fachklinik gGmbH, Egenhausen/Altensteig

Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein-Ebernburg

Edelsteinklinik, Bruchweiler

Edith-Stein-Fachklinik, Bad Bergzabern

Eifelhöhen-Klinik, Nettersheim

Elfenmaar-Klinik, Bad Bertrich

Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg

Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim

Fachklinik Eußerthal, Eußerthal

Fachklinik St. Hedwig Illingen, Illingen

Fachklinik St. Lukas, Bad Griesbach

Feldbergklinik, St. Blasien

Frankenklinik Bad Neustadt, Bad Neustadt an der Saale

Gelderland-Klinik, Geldern

Gesundheits- und Rehazentrum Schwäbische Alb, Bad Urach

Gesundheits- und VitalCenter Gollée, Bad Lauterberg

Gesundheits-Zentrum Saar-schleife, Mettlach-Orscholz

Gesundheitspark Bad Gottleuba, Bad Gottleuba

Gollwitzer-Meyer-Klinik, Bad Oeynhausen

Hamm Kliniken – Klinik Belle-vue, Bad Soden-Salmünster

Hamm Kliniken – Klinik Nahetal, Bad Kreuznach

Hamm Kliniken – Klinik Park-Therme, Badenweiler

Haus am Stalten, Steinen-Endenburg

Haus Niedersachsen gGmbH, Dedelstorf/Oerrel

Haus Saaletal GmbH – Adapti-onseinrichtung „Maria Stern", Bad Neustadt/Saale

Haus Saaletal GmbH – Klinik Neumühle, Hollstadt

Haus Saaletal GmbH – Saale-talklinik, Bad Neustadt/Saale

Herz Reha Hamburg, Hamburg

Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg, Rotenburg

HKB-Klinik GmbH & Co. Klinik Rabenstein KG, Nidda-Bad Salzhausen

Hochwald-Klinik Weiskirchen, Weiskirchen

Holsing Vital GmbH, Bad Holzhausen

Johannesbad Fachklinik, Bad Füssing

Kaiser-Karl-Klinik GmbH, Bonn

Kerckhoff-Rehabilitations-zentrum, Bad Nauheim

Kirchberg-Klinik, Bad Lauterberg

Kirchberg-Klinik und Gesundheits- und VitalCenter Gollée, Bad Lauterberg

Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen

Klinik am Tharandter Wald, Niederschöna

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

Klinik Fallingbostel, Bad Fallingbostel

Klinik Graal-Müritz, Graal-Müritz

Klinik im Kurpark, Bad Rothenfeld

Klinik Malchower See GmbH, Malchow

Klinik Nordfriesland, Sankt Peter-Ording

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

Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen

Klinik Solequelle, Bad Westernkotten

Klinik Wiesengrund, Bad Westernkotten

Klinikum Luitpold, Bad Kötzting

Klink für Tumorbiologie, Freiburg

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

Lielje Gruppe, Berolina Klinik, Löhne

Lielje Gruppe, Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“, Bad Kösen

Lielje Gruppe, Saale Reha-Klinik I, Bad Kösen

Lielje Gruppe, Saale Reha-Klinik II, Bad Kösen

Lielje Gruppe, Salze Klinik, Bad Salzdetfurth

LWL Institut für Rehabilitation Gütersloh
– Hans Peter Kitzig Institut – , Gütersloh

Marcus-Klinik, Bad Driburg

MEDIAN Hohenfeld-Kliniken, Bad Camberg

MEDIAN Kaiserberg-Klinik, Bad Nauheim

MEDIAN Kinzigtal-Klinik, Bad Soden-Salmünster

MEDIAN Klinik – Adelsbergklinik Bad Berka, Bad Berka

MEDIAN Klinik am Südpark, Bad Nauheim

MEDIAN Klinik – Bad Lausick, Bad Lausick

MEDIAN Klinik Bad Lobenstein, Bad Lobenstein

MEDIAN Klinik Bad Sülze, Bad Sülze

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt, Bad Tennstedt

MEDIAN Klinik Berggießhübel, Berggießhübel

MEDIAN Klinik Berlin-Kladow, Berlin

MEDIAN Klinik Bernkastel-Kues, Bernkastel-Kues

MEDIAN Klinik Grünheide, Grünheide

MEDIAN Klinik Heiligendamm, Heiligendamm

MEDIAN Klinik Hoppegarten, Hoppegarten

MEDIAN Klinik – Ilmtal-Klinik Bad Berka, Bad Berka

MEDIAN Klinik Kalbe, Kalbe

MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg, Magdeburg

MEDIAN Klinik Wismar, Wismar

MEDIAN Kliniken Bad Oeynhausen – MEDIAN Klinik am Park, Bad Oeynhausen

MEDIAN Kliniken Bad Oeynhausen – MEDIAN Weserklinik, Bad Oeynhausen

MEDIAN Kliniken Bad Salzuflen – MEDIAN Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen

MEDIAN Kliniken Bad Salzuflen – Klinik Flachsheide, Bad Salzuflen

MEDIAN Klinikum Flechtingen, Flechtingen

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – MEDIAN Klinik Bernkastel, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – MEDIAN Klinik Burg Landshut, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – MEDIAN Klinik Kues, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – MEDIAN Klinik Moselhöhe, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – MEDIAN Klinik Moselschleife, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues – Zentrale, Bernkastel-Kues

MEDIAN Reha-Zentrum Schlangenbad, Schlangenbad

MediClin Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld

MediClin Baar Klinik, Königsfeld

MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel

MediClin Bosenberg Kliniken, St. Wendel

MediClin Deister Weser Kliniken, Bad Münder

MediClin Dünenwald Klinik, Seebad Trassenheide

MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen

MediClin Hedon Klinik, Lingen

MediClin Klinik am Brunnenberg, Bad Elster

MediClin Klinik am Rennsteig, Tabarz

MediClin Klinik am Vogelsang, Donaueschingen

MediClin Klinikum Soltau, Soltau

MediClin Kraichgau-Klinik, Bad Rappenau

MediClin Reha-Zentrum am Hahnberg, Bad Wildungen

MediClin Reha-Zentrum Bad Düben, Bad Düben

MediClin Reha-Zentrum Bad Orb, Bad Orb

MediClin Reha-Zentrum Gernsbach, Gernsbach

MediClin Reha-Zentrum Plau am See, Plau am See

MediClin Reha-Zentrum Reichshof, Reichshof

MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth

MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Burg/Spreewald

MediClin Rose Klinik, Horn-Bad Meinberg

MediClin Schlüsselbad Klinik, Bad Peterstal-Griesbach

MediClin Seepark Klinik, Bad Bodenteich

MediClin Seidel-Klinik, Bad Bellingen

MediClin Staufenburg Klinik, Durbach

medinet AG Burgenlandklinik, Naumburg

MediVital Therapiezentrum, Bad Westernkotten

Meduna-Klinik GmbH, Bad Bertrich

Mittelrhein-Klinik Bad Salzig, Boppard-Bad Salzig

Moritz-Klinik, Bad Klosterlausnitz

Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz, Bad Malente

Neurologische Klinik GmbH Bad Neustadt, Bad Neustadt/Saale

Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf, Hessisch Oldendorf

Ostseeklinik Grömitz, Grömitz

Ostseeklinik Prerow, Ostseebad Prerow

Ostseeklinik Schönberg-Holm, Ostseebad Schönberg

Ostseeklinik Zingst, Zingst

Paracelsus-Berghofklinik, Bad Essen

Paracelsus-Harz-Klinik, Quedlinburg

Paracelsus-Klinik Am Schillergarten, Bad Elster

Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim

Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim

Paracelsus-Klinik Scheidegg, Scheidegg

Paracelsus-Roswitha-Klinik, Bad Gandersheim

Paracelsus-Rotenfelsklinik, Bad Münster

Paracelsus-Wiehengebirgsklinik, Bad Essen

Paracelsus-Wittekindklinik, Bad Essen

Park-Klinik GmbH & Co. KG, Bad Nauheim

Park-Klinik Bad Hermannsborn GmbH & Co. KG, Bad Driburg

Privatklinik Lauterbacher Mühle am Ostersee, Seeshaupt

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Bad Neustadt an der Saale

Rehabilitationsklinik Garder See, Lohmen

Rehabilitationsklinik Göhren, Göhren

Rehabilitationsklinik Massow GmbH & Co. KG, Halbe/OT Massow

Rehabilitationsklinik Park-Therme, Badenweiler

Rehabilitationszentrum Oldenburg GmbH, Oldenburg

Reha-Klinik Dr. Wüsthofen, Bad Salzschlirf

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

REHA-Klinik Sonnenhof, Bad Iburg

Reha-Klinik Wiesengrund, Bad Sassendorf

Reha Klinikum „Hoher Fläming“ im Oberlinhaus gGmbH, Bad Belzig

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

Rheumaklinik Aachen, Aachen

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

Sana Rehabilitationsklinik Sommerfeld GmbH, Kremmen

Sankt Rochus Kliniken, Bad Schönborn

Seeklinik Zechlin GmbH, Dorf Zechlin

Stillachhaus Privatklinik GmbH, Oberstdorf

St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen, Wallerfangen

Strandklinik Sankt Peter-Ording, Sankt Peter-Ording

TOMESA Fachklinik e.K., Bad Salzschlirf

Viktoriastift Bad Kreuznach, Bad Kreuznach

Vital Kliniken GmbH – Klinik Buchenholm, Bad Malente-Gremsmühlen

Vital Kliniken GmbH – Klinik Dreizehnlinden, Bad Driburg

Vital Kliniken GmbH – Schloss-Klinik Sonnenbühl, Bad Dürrheim

Vitalisklinik Bad Hersfeld GmbH, Bad Hersfeld

Vogtland-Klinik Bad Elster, Bad Elster

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

Waldburg-Zeil Kliniken – Klinik Alpenblick, Isny-Neutrauchburg

Waldburg-Zeil Kliniken – Klinik im Hofgarten, Bad Waldsee

Waldburg-Zeil Kliniken – Klinik Niederbayern, Bad Füssing

Waldburg-Zeil Kliniken – Klinik Schwabenland, Isny-Neutrauchburg

Waldburg-Zeil Kliniken – Parksanatorium Aulendorf, Aulendorf

Waldburg-Zeil Kliniken – Rehabilitationsklinik Bad Wurzach, Bad Wurzach

Waldburg-Zeil Kliniken – Rehabilitationsklinik Saulgau, Bad Saulgau

Weserland-Klinik Bad Hopfenberg, Petershagen

Weserland-Klinik Bad Seebruch, Vlotho

Impressum

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

Projektbetreuung und Redaktion
Stefanie Erdrich und
Katrin Giese

Layout
Gabriele Altevers und
Katharina Fiedler

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

Bildnachweis
S. 8, 20, 52, 96, 110, 118, 132:
fotolia
alle anderen: Dietmar Gust

Weitere Informationen des
BDPK unter
www.bdpk.de

BDPK Geschäftsbericht 2016/17

BDPK Bundesgeschäftsstelle

Hauptgeschäftsführer:
Thomas Bublitz

Geschäftsbereich Krankenhäuser:
Jonathan Graf

Geschäftsbereich Rehabilitation:
Karoline Körber, Antonia Walch

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

Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:
Katrin Giese

Geschäftsstellenleitung:
Klaus Mehring

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