



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

# Geschäftsbericht 2022/2023

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

# Inhaltsverzeichnis

---

## Lagebericht

### Politik/Gesetzgebung

COVID-19-Schutzgesetz  
Zweite Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung  
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz  
ERP-Wirtschaftsplangesetz 2023  
DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023  
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage)  
Dritte Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung  
Jahressteuergesetz 2022  
Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetz und Strompreisbremsengesetz  
Krankenhauspflegeentlastungsgesetz  
Hinweisgeberschutzgesetz  
Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung  
Deutschland  
Rehabilitationshilfsfonds-Verordnung  
Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und  
Versorgungsverbesserungsgesetz  
Gesetz und Verordnung zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung  
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz  
Krankenhausreform 2023

### Krankenhäuser

Einleitung: Wirtschaftliche Lage, Krankenhausreform, Überregulierung  
Krankenhausreform 2023  
Krankenhauspflegeentlastungsgesetz  
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz  
DRG-System  
Energiepreisbremse/Härtefallprogramm  
Investitionsfinanzierung  
Pflegepersonalvorgaben  
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik  
Fachkräftemangel  
Qualität  
Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag

### Reha und Vorsorge

Risikofaktoren Vergütungsrunde 2023: Energie, Inflation, Corona-Pandemie,  
Personal  
Umsetzung GKV-IPReG: Verhandlungen zu Rahmenempfehlungen

Inkrafttreten der geänderten Rehabilitations-Richtlinie zum 1. Juli 2022  
Reha in der DRV: Beratergremium Verbindliche Entscheidungen  
SodEG-Erstattungsverfahren  
Digitalisierung und Anbindung der Rehabilitationseinrichtungen an die TI  
Elektronische Übermittlung von Meldungen über DEMIS  
Reha als Ausbildungsträger für die Pflege  
Qualität  
Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

## Tarif und Personal

Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse  
Nachweisgesetz  
Arbeitszeiterfassung  
Versorgungswerk KlinikRente

## Öffentlichkeitsarbeit

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

## Statistiken

## Gremien

## Partner und Kooperationen

## Nach IQMP zertifizierte Kliniken

## Impressum

# Lagebericht

## Die Krisen geben sich die Klinke in die Hand

Die Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen schöpften schon Hoffnung: Trotz coronabedingter Vorschriften, wie Maske tragen, Impfen und Testen sowie drohender Beschäftigungsverbote für die nicht geimpften Mitarbeiter:innen, schien das Ende der Corona-Pandemie absehbar. Die Rückkehr in die Normalität war verlockend nah. Dann aber geschieht das Unvorstellbare: Russland beginnt im Februar 2022 mit einem großangelegten militärischen Überfall auf die Ukraine. Mitten in Europa herrscht Krieg. Während die Menschen in der Ukraine zu Tausenden aus ihrem Land fliehen müssen, schwere Kriegsverletzungen erleiden oder gar sterben, beschwert sich die Bevölkerung in Deutschland über scheinbar Banales wie die wirtschaftlichen Auswirkungen des Krieges, Preissteigerungen im Energie- und Lebensmittelsektor.

Dennoch müssen diese enormen Preissteigerungen infolge des russischen Angriffskriegs in diesem Geschäftsbericht Erwähnung finden. Denn es ist überwiegend nicht gelungen, die Preise für die Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an die massiv gestiegenen Einkaufspreise für Energie, Lebensmittel sowie für medizinische Sachkosten anzupassen. Die Leistungserbringer werden mit den massiven Kostensteigerungen allein gelassen und in eine dramatische wirtschaftliche Lage manövriert. Kein Tag vergeht, an dem nicht irgendein Krankenhausträger ein Rekorddefizit vermeldet. Ja, unsere Bundesregierung hat einen Schutzschirm für die inflationär gestiegenen Energiepreise gespannt, von dem auch Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen profitieren können. Doch praktische Relevanz und wirkliche Hilfe bleiben überschaubar. Obwohl sich die Kosten verdreifacht bis vervierfacht haben, liegen sie immer noch unter den Schwellenwerten der Schutzschirme. Insofern helfen die Unterstützungsmaßnahmen den Einrichtungen kaum. Zugesagte Entlastungen aufgrund einer fast zehnpromtigen Inflation hat unsere Bundesregierung den Kliniken bislang nicht zukommen lassen. Und so steigt täglich die Zahl der Kliniken, die ihre wirtschaftliche Substanz verzehren. Kliniken, die kürzlich noch positive Ergebnisse vermelden konnten, verzeichnen plötzlich Defizite.

Hilfe verspricht unsere Bundesregierung mit einer gigantischen Krankenhausreform, die auf der Agenda unseres Bundesgesundheitsministers steht. Die Lösung scheint einfach, aber nur vordergründig überzeugend. Es werden strenge Strukturvorgaben für Krankenhäuser definiert, nach denen sie in sogenannte Krankenhauslevel eingeteilt werden. Diesen Krankenhaus-Levels sind Leistungsgruppen zugeordnet, die nur die Krankenhäuser im jeweiligen Versorgungslevel erbringen dürfen. Eine Vielzahl von Krankenhäusern wird dem Versorgungslevel II zugeordnet. Dabei handelt es sich um integrierte ambulant-stationäre Versorgungszentren in der Region, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen müssen, weil ihnen nur einige wenige Leistungsgruppen zugewiesen sind.

Von derzeit rund 1.700 Krankenhäusern blieben dann nur rund 230 echte Krankenhäuser in den Level II und III übrig, die die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen sollen. Nach Vorstellung des Gesundheitsministers ließen sich so im System und ohne nennenswerte Mehrausgaben alle finanziellen Probleme der Krankenhäuser lösen, denn das Geld würde auf die wenigen verbleibenden Krankenhäuser verteilt. Auch Personalprobleme wären dadurch gelöst, denn die Krankenhäuser im verbleibenden Level I (n und i) brauchen deutlich weniger Personal, welches dann an die anderen Krankenhäuser im Level II und III wechseln kann. Dazu soll ein Teil der DRG-Erlöse durch sogenannte Vorhaltepauschalen abgelöst werden. Die Zielsetzung ist, die Krankenhäuser von ihrem ökonomischen Druck zu befreien. „Endlich,“ so der Minister, „erhält die Medizin wieder Vorrang vor der Ökonomie“.

Doch hat der Bundesminister die Rechnung ohne die für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländer gemacht. Die ambitionierten Reformpläne stoßen auf großen Widerstand und Unverständnis bei den meisten Bundesländern. Vor allem deshalb, weil sich offensichtlich niemand aus der Regierungskommission und dem Bundesgesundheitsministerium wirklich Gedanken über die Auswirkungen in den Bundesländern gemacht hat. Welche Krankenhäuser bleiben übrig, welche Leistungsangebote bleiben in den Regionen erhalten und vor allem, welche fallen weg und wie sehen die Behandlungsalternativen aus? Der sportliche Reformplan gerät ins Stocken und die dringend notwendigen finanziellen Hilfen für die Kliniken bleiben aus. Die Kliniken berichten, dass

sie sich fühlen, als würden sie für die Reformpläne des Ministers in Geiselschaft genommen. Dies sei das Gegenteil der Befreiung der Kliniken vom wirtschaftlichen Druck.

### **Neue rechtliche Grundlagen für die medizinische Rehabilitation**

Der hohe wirtschaftliche Druck durch gestiegene Preise hat auch massive Auswirkungen auf die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Trotz eines schriftlichen Appells des Bundesgesundheitsministers an die gesetzlichen Krankenkassen ist bisher keine Bereitschaft erkennbar, dieser außergewöhnlichen Situation angemessen Rechnung zu tragen. Zum Teil werden die Verhandlungen von den Krankenkassen bewusst verzögert und die Kliniken zum Gang in die Schiedsstellen gezwungen. Damit geht ein kaum zu verkraftender Zeitverlust einher.

In der gesetzlichen Rentenversicherung steht die Umsetzung der verbindlichen Entscheidungen an, die zum 1. Juli 2023 in Kraft treten sollen. Ganz konkret werden nun die Rehabilitationseinrichtungen aufgefordert, die Zulassung erneut zu beantragen. Bedingung dafür ist unter anderem die Anerkennung eines Belegungsvertrages, der in weiten Teilen nicht die Akzeptanz der Rehabilitationseinrichtungen findet. Besonders dramatisch aus unserer Sicht ist die Tatsache, dass die Rehabilitationseinrichtungen ein Vergütungssystem anerkennen müssen, das in weiten Teilen weder konzipiert ist noch den Kliniken Gewissheit gibt, mit welchem Vergütungssatz sie zukünftig rechnen kann. Die Idee ist die Vereinheitlichung der Preise für vergleichbare Einrichtungen, was zu deutlichen Umverteilungen führen kann. Niemand würde als Privatperson solche Erklärungen abgeben, in denen wesentliche Bedingungen völlig unklar sind. Aus diesem Grund hat der BDPK ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das sich mit der juristischen Wertung dieser Vorgehensweise auseinandersetzt und erhebliche Kritik sowohl an den gesetzlichen Grundlagen als auch an der hoheitlichen Umsetzung durch die DRV zum Ausdruck bringt.

### **Dank an die Mitglieder**

Über die immer wieder sehr zeitkritischen Abstimmungsfragen hätten alle Mitarbeitenden in den Gremien des BDPK ausreichend Grund, sich zu beklagen. Das haben sie aber nicht getan. In konstruktiver und kollegialer

Art und Weise tragen die Mitglieder des BDPK mit Sachverstand zu einer zügigen Positionierung bei und machen die Verbandsgeschäftsstelle verhandlungsfähig. Dafür gilt Ihnen allen unser herzlicher Dank!

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

Dr. med. Katharina Nebel  
Präsidentin

Thomas Bublitz  
Hauptgeschäftsführer

# Politik/Gesetzgebung

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

## COVID-19-Schutzgesetz

**Zeitplan:** Verkündung am 16.09.2022, Inkrafttreten am 17.09.2022

**Inhalt:** Ausweitungen der Meldepflichten (Anzahl aufgestellter und belegter Betten, Meldung intensivmedizinischer Kapazitäten, Krankheiten); Masken- und Testpflichten in Gesundheitseinrichtungen; Verlängerung der Verordnungsermächtigung des BMG und BMF (Versorgungsaufschläge und Ausnahmen Prüfungen Strukturmerkmalen); Anschlussregelungen zum pandemiebedingten Vergütungszuschlag für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen im Kabinettsentwurf gestrichen.

**Forderungen des BDPK:** Zusätzlichen Aufwand für Häuser vermeiden, Belegungsmeldung über DEMIS ab 17.09.2022 nicht leistbar, Vergütungszuschlag für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen unbedingt notwendig.

## Zweite Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

**Zeitplan:** Veröffentlichung am 09.11.2022, Inkrafttreten am 10.11.2022

**Inhalt:** Einführung Untergrenzen für die neuen pflegesensitiven Bereiche HNO-Heilkunde, Urologie und Rheumatologie ab dem 01.01.2023.

**Forderungen des BDPK:** Übergangsregelungen, Entlastung der Krankenhäuser von Regulierungsanforderungen, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

**Zeitplan:** Verkündung am 11.11.2022, Inkrafttreten am 12.11.2022

**Inhalte:** Zur Stabilisierung der GKV sind unterschiedliche Sparmaßnahmen in unterschiedlichen Bereichen verankert. Für Krankenhäuser sollen ab 2025 die berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen im Pflegebudget (sonstige Berufsgruppen) erheblich eingeschränkt werden. Konkret sollen nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden.

**Forderungen des BDPK:** Streichung der Einschränkung im Pflegebudget, Planungssicherheit für Krankenhäuser, Inflationsausgleich für Krankenhäuser und Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## ERP-Wirtschaftsplangesetz 2023

**Zeitplan:** Verkündung am 18.11.2022, Inkrafttreten am 01.01.2023

**Inhalt:** Das Gesetz sieht einen einmaligen Entlastungsbetrag für Letztverbraucher von Erdgas und Wärmelieferungen vor, der bereits im Dezember 2022 direkt von jeweiligen Lieferanten zu gewähren ist. Einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag für Erdgaslieferungen sollen unabhängig vom Verbrauchsprofil auch zugelassene Pflege-, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben, die im Aufgabenbereich des SGB soziale Leistungen erbringen und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation. Eine Einmalzahlung für Krankenhäuser sieht das Gesetz nicht vor, da für sie bereits ab 01. Januar 2023 für Industriekunden gültige Regelungen der Gas- und Strompreisbremse gelten sollen. Bei der Fernwärme soll die Entlastung der Verbraucher durch eine einmalige pauschale Zahlung erfolgen, die sich an der Höhe des im Monat September 2022 gezahlten Abschlags zuzüglich eines Anpassungsfaktors von 20 Prozent bemisst.

**Forderungen des BDPK:** Möglichst rasche, und unbürokratische Entlastung der Krankenhäuser und Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen; Einordnung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen als industrielle Verbraucher mit registrierender Leistungsmessung (RLM-Kunden) unabhängig vom Verbrauchsprofil, vgl. [Pressemitteilung](#).

## DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023

**Zeitplan:** Veröffentlichung am 24.11.2022, Inkrafttreten am 25.11.2022

**Inhalt:** Absenkung des aDRG-Katalogs 2023 um 400 Mio. EUR.

**Forderungen des BDPK:** Absenkung des aDRG-Katalogs muss aufgehoben werden, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage)

**Zeitplan:** Verkündung am 13.12.2022, Inkrafttreten am 14.12.2022

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

## Dritte Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

**Zeitplan:** Veröffentlichung am 16.12.2022, Inkrafttreten am 01.01.2023

**Inhalt:** Aufhebung der Höchstanteile zur Anrechnung der Hebammen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe.

**Forderungen des BDPK:** Ausweitung auf weitere therapeutisch-pflegerisch tätige Berufsgruppen im Krankenhaus, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Jahressteuergesetz 2022

**Zeitplan:** Verkündung am 20.12.2022, Inkrafttreten am 21.12.2022

**Forderungen des BDPK:** Umsatzsteuerfreiheit medizinisch notwendiger Leistungen von Privatkliniken nach § 30 GewO, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Erdgas-Wärme-Preisbremsengesetz und Strompreisbremsengesetz

**Zeitplan:** Verkündung am 23.12.2022, Inkrafttreten weitgehend am 24.12.2022

**Inhalte:** Umsetzung der Preisbremsen für Erdgas, Fernwärme und Strom; Umsetzung der gesonderten Hilfsprogramme für zugelassene Krankenhäuser durch eine Änderung im KHG: krankenhausesindividuelle Ausgleichszahlungen für direkte Mehrkosten durch Energiepreissteigerungen (Gesamtvolumen i. H. v. 4,5 Mrd. EUR) und anhand der Bettenzahl zugewiesenen pauschalen Ausgleichszahlungen für mittelbar durch den Energiepreisanstieg verursachten Kosten (Gesamtvolumen i. H. v. 1,5 Mrd. EUR), Hilfsfonds für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

**Forderungen des BDPK:** Berücksichtigung aller Krankenhäuser und Einrichtungsbestandteile bei der Umsetzung des Hilfsprogrammes, Austausch der vorgesehenen Beträge für direkte Mehrkosten mit den für mittelbare Mehrkosten, Verteilung pauschaler Ausgleichszahlungen auf Basis des Volumens der Krankenhausabrechnungen, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

**Zeitplan:** Verkündung am 28.12.2022, Inkrafttreten am 29.12.2022

**Inhalte:** Pflegepersonalbemessung: Vorgaben zur Ermittlung des Personalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung, Streichung der

Opt-out Regelung bei Tarifverträgen; Budgetverhandlungen: Vorgabe von Fristen für die Vorlage von Unterlagen und den Abschluss der Verhandlungen, bei Friststreichung ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstelle, vollständige Berücksichtigung der Personalkosten von Hebammen ab 2025; Krankenhauszukunftsfonds: Konkretisierungen und „regulatorische Nachschärfungen“; Verlängerung des Hygieneprogramms: Verlängerung um drei Jahre als Infektiologieförderprogramm; Finanzierung Pädiatrie & Geburtshilfe: angehobenes Erlösvolumen für die Jahre 2023 und 2024; Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Umsetzung der Tagesbehandlung und einer speziellen sektorengleichen Vergütung.

**Forderungen des BDPK:** Ambulante Öffnung der Krankenhäuser mit rechtlich und finanziell adäquaten Rahmenbedingungen; Pflegepersonalbemessung: Organisationsmix und Ganzhausansatz berücksichtigen; Neuregelungen Budgetverhandlung nicht praktikabel, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Hinweisgeberschutzgesetz

**Zeitplan:** 16.12.2022 2./3. Lesung Bundestag, am 10.02.2023 hat der Bundesrat seine Zustimmung zum Gesetz nicht erteilt, weiterer Fortgang unklar

**Inhalt:** persönlicher Anwendungsbereich umfasst alle Personen, die potentiell in ihrem beruflichen Umfeld Informationen über Verstöße erhalten haben und melden; Schutz hinweisgebender Personen vor Repressalien; Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten müssen interne Meldestellen einrichten (Meldungen in mündlicher oder in Textform); private Beschäftigungsgeber müssen ihre Meldestelle ab dem 17.12.2023 einrichten; Nichteinrichtung der internen Meldestelle ist ordnungswidrig und kann mit einem Bußgeld bis zu 20.000 Euro geahndet werden; hinweisgebende Personen können zwischen internen und externen staatlichen Meldekanälen (vom Bund eingerichtet) frei wählen.

## Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

**Zeitplan:** 21.10.2022 Referentenentwurf, 21.12.2022 Kabinettsentwurf,

26.01.2023 1. Lesung Bundestag, 10.02.2023 1. Durchgang Bundesrat

**Inhalte:** Errichtung der UPD als rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts, Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte, Anpassung der Zulassungskriterien für die Blutspende, Datenlieferung von InEk an das BMG, Verordnungsmöglichkeit für Krankenfahrten für Tagesbehandlung nach § 115e SGB V, befristete Vereinfachung der Austauschregelung in Apotheken bei Lieferengpässen

## Rehabilitationshilfsfonds-Verordnung

**Zeitplan:** 30.01.2023 Referentenentwurf, 31.03.2023 Verabschiedung Bundesrat, 01.04.2023 Inkrafttreten

**Inhalte:** Reha und Vorsorgeeinrichtungen erhalten auf Antrag beim Hauptbeleger einen einmaligen Zuschuss in Höhe von 95% der Differenz zwischen den Energiekosten des Jahres 2022 und 2021 für Strom, Gas, Fernwärme und andere Brennstoffe.

**Forderungen des BDPK:** schnelle und unbürokratische Umsetzung, Ausweitung auf 2023, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz

**Zeitplan:** 16.12.2022 Eckpunktepapier, 14.02.2023 Referentenentwurf

**Inhalte:** Einführung eines Frühwarnsystems für Lieferengpässe durch das BfArM; Anpassung der Austauschregelungen; Anpassung der Rahmenbedingungen für die Abgabepreissetzung bei Reserveantibiotika; Neuregelung der Festbetragsberechnung für Kinderarzneimittel; verpflichtende Bevorratung der rabattierten Arzneimittel durch pharmazeutische Hersteller; Ausweitung der Bevorratungsverpflichtungen

für krankenhausversorgende Apotheken und Krankenhausapotheken (auch für Antibiotika).

## Gesetz und Verordnung zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung

**Zeitplan:** 30.11.2022 Eckpunktepapier, 20.02.2023 Referentenentwurf

**Inhalte:** Vereinfachung von Einwanderungsverfahren für Fachkräfte aus Drittstaaten (Hochschulabsolvent:innen & Berufserfahrene); Aufenthaltstitel zur Arbeitsplatzsuche für Pflegehelfer:innen mit in Deutschland absolvierter Ausbildung; Einführung einer „Chancenkarte zur Arbeitssuche“ auf Basis eines Punktesystems; bundeseinheitliche Vorgaben für die Einreichung von Unterlagen für die Anerkennung von Drittstaatenabschlüssen; Förderung von Berufsausbildungsprogrammen mit integrierter Sprach-ausbildung.

**Forderungen des BDPK:** Abbau von bürokratischen Hürden im Anerkennungsverfahren durch bundeseinheitliche Standards und Fristen, Förderung von Ausbildungsprogrammen, automatische Anerkennung Pflegefachkräfte aus Nicht-EU-Staaten als Pflegehilfskraft für Dauer des Anerkennungsverfahrens, vgl. Stellungnahme [hier](#) und [hier](#).

## Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz

**Zeitplan:** 20.02.2023 Referentenentwurf, 09.03.2023 Verbändeanhörung BMG, weiterer Zeitplan nicht festgelegt

**Inhalte:** Erhöhung Beitragssatz zum 01.07.2023 um 0,35 Prozentpunkte; Rechtsverordnungsermächtigung für Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes; Anhebung des Kinderlosenzuschlags um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte; Erhöhung des Pflegegeldes; Ausweitung des Pflegeunterstützungsgeldes (pro Kalenderjahr bis zu zehn Arbeitstage); Zusammenführung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege; Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege; verpflichtende Anbindung Pflegeeinrichtung an Telematikinfrastruktur bis 01.07.2024.

**Forderungen des BDPK:** Schnelleren Zugang zur Rehabilitation

ermöglichen, vgl. Stellungnahme [hier](#).

## Krankenhausreform 2023

**Zeitplan:** Vorschläge Expertenkommission 06.12.2022; Bund-Länder verständigen sich auf Arbeitsgruppe und Zeitplan 05.01.2023; Beratung in vier Themengruppen von Februar 2023 bis Juni 2023; Vorschlag Juli 2023; Kabinettsbeschluss September 2023

**Inhalte:** Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level), Definition von Leistungsgruppen Vergütung von Vorhaltung, Einführung Level II-Krankenhäuser

**Forderungen des BDPK:** Versorgungsauswirkungen berücksichtigen, ambulante Öffnung, Versorgungs-Level als Empfehlung für KH-Planung der Länder, Leistungsgruppen zentral um Leistung erbringen zu dürfen unabhängig von KH-Level, Vorhaltevergütung in bedarfsnotwendigen Versorgungseinheiten, vgl. BDPK-Positionspapier [hier](#).

# Krankenhäuser

## Einleitung: Wirtschaftliche Lage, Krankenhausreform, Überregulierung

Die Lage der Krankenhäuser ist mehr als bedrohlich. Täglich erreichen die Öffentlichkeit Meldungen, die die enorme Verschuldung der Krankenhäuser offenbaren. Eine überwiegende Mehrheit von 71 Prozent aller Krankenhäuser bewertet laut dem [DKI-Krankenhausindex 2023](#) die eigene wirtschaftliche Situation als schlecht oder sehr schlecht.

Wichtige Ursachen sind die massiven Kostensteigerungen durch Inflation und Energiekosten. Während andere Branchen diese durch Preisanpassungen weitergeben können, sind die Möglichkeiten der Kostenfortschreibung im System der Krankenhausfinanzierung streng begrenzt. Inflationsraten in Höhe von rund 10 Prozent stehen einer Begrenzung der Entwicklung der Landesbasisfallwerte durch die Grundlohnrate in Höhe von nur 2,23 Prozent im Jahr 2022 und 4,32 Prozent im Jahr 2023 gegenüber. Auf 6,7 Milliarden Euro beziffert die DKG die bislang entstandene Unterfinanzierung der Krankenhäuser im März 2023. Jeden Monat kommen 740 Millionen Euro dazu. Bis Ende 2023 droht ein Defizit von 15,6 Milliarden Euro.

Bislang kam von der Politik kaum Unterstützung. Es wurde für Krankenhäuser ein Härtefallfonds zum Ausgleich von Energiepreissteigerungen eingerichtet, aber aufgrund des Ausgleichsmechanismus konnte nur ein Bruchteil der Energiehilfen (5 Prozent) von den Häusern abgerufen werden. Die zusätzliche Finanzierung in der Pädiatrie- und Geburtshilfe ist mit aufwändigen Nachweisverfahren und komplizierten Antragsmechanismen verbunden und wird durch eine erneute Absenkung des aDRG-Katalogs 2023 um 400 Millionen Euro über Umverteilung finanziert.

Die angekündigte Krankenhausreform wird diese Probleme nicht lösen, sondern im Gegenteil zu zusätzlichem Finanzbedarf führen. Überträgt man die Kosten der häufig als Vorbild genannten dänischen Krankenhausreform (5,7 Milliarden Euro) auf Deutschland, müssen Mittel in Höhe von 80 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden. Ein Vorschaltgesetz, dass die

Kostensteigerungen im Krankenhaus angemessen refinanziert, ist dringend erforderlich, sonst werden viele Krankenhäuser die Reform nicht mehr erleben.

## Krankenhausreform 2023

Am 6. Dezember 2022 stellte Bundesgesundheitsminister Lauterbach zusammen mit Vertreter:innen der Regierungskommission der Öffentlichkeit Empfehlungen für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vor. In einem ehrgeizigen Zeitplan soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Grundlage der Vorschläge bis zum Sommer Eckpunkte für eine Krankenhausreform erarbeiten. Zielsetzung ist ein Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2024.

Der Reformvorschlag der Regierungskommission beinhaltet drei Kernelemente:

- Krankenhäuser sollen drei **Versorgungsstufen (Level)** zugeordnet werden:
  - Level I – Grundversorgung; unterteilt in i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und n (mit Notfallstufe I)
  - Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung
  - Level III – Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)
- Außerdem soll ein System von 128 **Leistungsgruppen** etabliert werden. Die Leistungsgruppen beinhalten Vorgaben für Qualifikationen, Kompetenzen, Erfahrungen sowie technische Ausstattung.
- Das System der DRG soll um **Vorhaltefinanzierung** ergänzt werden. Geplant ist ein 40-prozentiger Vorhalteanteil, der in bestimmten Fachbereichen (Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie) höher liegen soll.

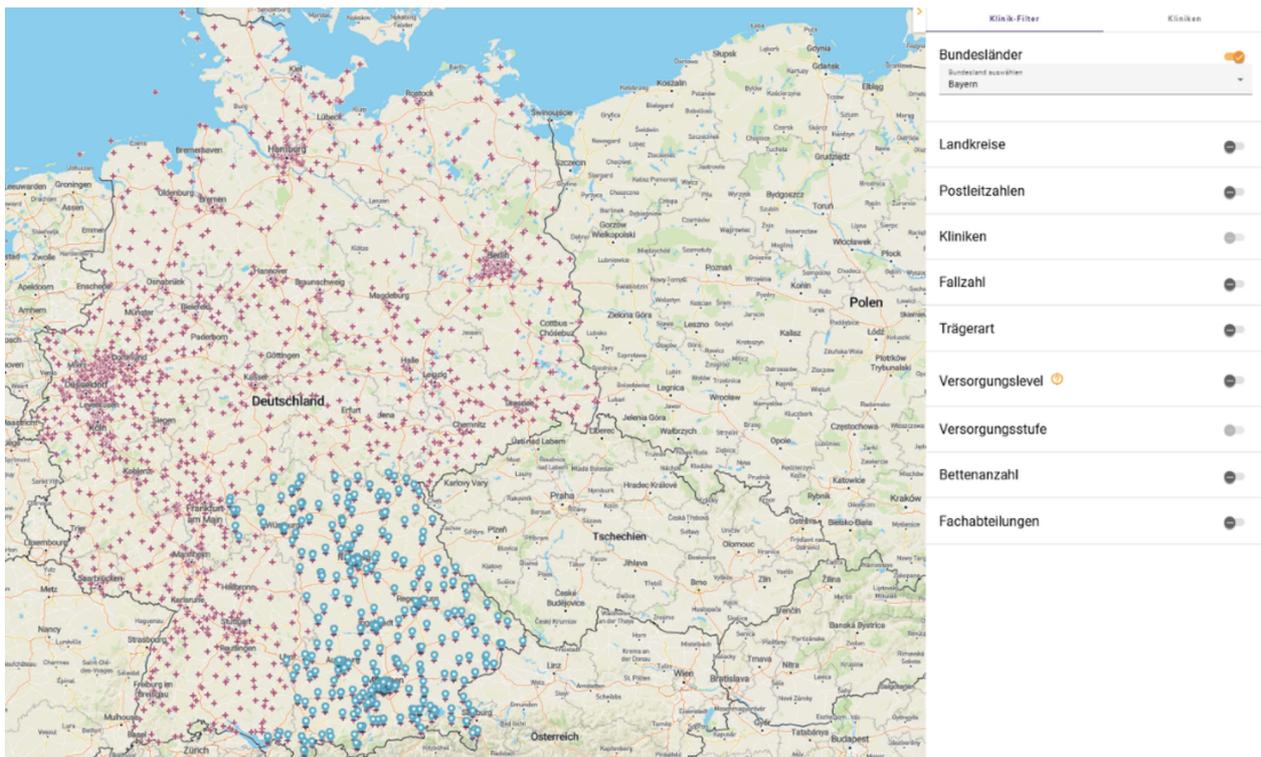


Abbildung 1: Geodarstellung der Auswirkungsanalyse auf der BDPK-Homepage.

Parallel wurde in Zusammenarbeit mit dem Dienstleister Bindoc eine Auswirkungsanalyse der Reform als Geodarstellung erarbeitet. Für ganz Deutschland ist so erkennbar, wie viele Krankenhäuser zukünftig in welchem Level zur Verfügung stehen würden (vgl. Abb. 1).

In einem ausführlichen Positionspapier nahm der BDPK detailliert Stellung zu den Reformvorschlägen und fordert folgende Nachbesserungen:

### **Versorgungslevel**

Die verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen muss unterbleiben, sie kann nur von den Bundesländern vorgenommen werden. Die vorgeschlagene Verlagerung von Fachkliniken an andere Krankenhausstandorte macht weder qualitativ noch wirtschaftlich Sinn.

### **Leistungsgruppen**

Leistungsgruppen sind eine sinnvolle Idee und gut geeignet, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsanforderungen an eine gute Patientenversorgung zu definieren. Sie sollten nach dem Prinzip „Wer kann, der darf“ unabhängig vom Krankenhauslevel festlegen, welche Häuser zukünftig welche Leistungen erbringen dürfen.

## Vorhaltepauschalen

Der BDPK ist offen für eine stärkere Bedeutung von Vorhaltefinanzierung. Diese sollte vor allem dort greifen, wo eine fallbezogene Refinanzierung der Kosten schwer möglich ist (z. B. Notaufnahme, Geburtshilfe, Intensivmedizin). Parallel müssen Kosten für Strukturveränderungen refinanziert werden.

Aus der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden Nachbesserungen angekündigt. Der BDPK wird sich weiter aktiv in die Reformdiskussion einbringen.



Abbildung 2

Das BDPK-Positionspapier und die Auswirkungenanalyse (Abbildung 2) sind auf der Homepage des BDPK als [Online-Version](#) abrufbar, ebenso eine [kompakte Zusammenfassung als PDF](#)

## Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Am 16. Dezember 2022 hat der Bundesrat dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz zugestimmt, das damit am 1. Januar 2023 in Kraft trat. Als Omnibusgesetz umfasst es eine Reihe von Vorhaben.

Im Gesetzgebungsverfahren hat der BDPK in seiner [Stellungnahme](#) kritisiert, dass ein Personalbemessungsinstrument nur anstelle anderer,

bereits geltender Instrumente sinnvoll sein kann. Das Nebeneinander von Pflegepersonaluntergrenzen, Personalquotienten, Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Personalvorgaben aus einzelnen OPS Codes ist in der Praxis nicht mehr beherrschbar. Dass Hebammen nun doch ab 2025 im Pflegebudget berücksichtigt werden können, ist ein wichtiger Beitrag zur pflegerischen Versorgung und Qualität. Dies muss auf weitere therapeutisch-pflegerisch tätige Berufsgruppen erweitert werden. Therapeutische Spezialisten leisten einen entscheidenden Beitrag zur pflegerischen Versorgung und entlasten examinierte Pflege. Würde für diese Berufsgruppen die Finanzierung entfallen, hätte dies massiv negative Folgen für die betroffenen Patient:innen, die Beschäftigten und nicht zuletzt die examinierten Pflegekräfte. Ein Widerspruch zum Ziel des Koalitionsvertrags, die Pflege zu stärken!

Positiv ist, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen vor der Verabschiedung noch etwas entzerrt wurden. Unverständlich bleibt, dass es mit den vorgesehenen Abschlägen zu einer einseitigen Sanktion der Krankenseite kommen soll. Die Vielzahl offener Budgets ist auf ein kaum noch überblickbares Regelungsdickicht zurückzuführen. Eine echte Beschleunigung ließe sich durch eine Reduktion der Komplexität erreichen. Der BDPK schlägt vor, stattdessen konsequent Wirtschaftsprüferexpertise zur Grundlage der Budgetabschlüsse zu machen.

## Übersicht KHPfIEG

- **Pflegepersonalbemessung:** BMG kann erstmals zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung erlassen (Einvernehmen BMF)
- **Tagesstationäre Behandlung:** Krankenhäuser können mit Einverständnis Patient:innen Behandlung ohne Übernachtung erbringen (Voraussetzung: 6 h Aufenthalt mit überwiegend ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, DRG wird pauschal um Übernachtungskosten 0,04 Bewertungsrelation pro Nacht gekürzt).
- **Finanzierung der Pädiatrie und Geburtshilfe:** Kinderkliniken: 300 Millionen Euro für die kommenden zwei Jahre. Geburtshilfe: Finanzmittel im Gesamtumfang von 120 Millionen Euro.
- **Sektorengleiche Vergütung:** Die Selbstverwaltung soll bis 31. März 2023 abrechenbare Leistungen, Höhe der Vergütung, Abrechnungsverfahren und Dokumentation regeln.

- **Hebammen im Pflegebudget:** Hebammen ab 2025 vollständig im Pflegebudget
- **Beschleunigung von Budgetverhandlungen:** Vorgabe der Fristen
- **Vorläufiger Entgeltwert:** Ab dem 1. Januar 2023 von 171 Euro auf 230 Euro angehoben.

## GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Das GKV-FinStG wurde am 20. Oktober 2022 vom Bundestag in 2./3. Lesung beschlossen. Es trat am 12. November 2022 in Kraft und sieht zur Stabilisierung der GKV unterschiedliche Sparmaßnahmen in unterschiedlichen Bereichen vor. Krankenhäuser sind durch das Gesetz insbesondere durch eine Einengung der berücksichtigungsfähigen sonstigen Berufsgruppen im Pflegebudget ab 2025 betroffen.

Der BDPK hat diese Neuregelung in seiner [Stellungnahme](#) deutlich kritisiert. Statt Pflege zu stärken, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, werden durch die Neuregelungen die Personalengpässe in Krankenhäusern weiter verstärkt. Ab 2025 entfällt die Finanzierungsgrundlage für 20.000 Pflegehilfskräfte. Berufsgruppen, die bislang eine tragende Säule bei der pflegerischen Versorgung ausmachen und die examinierte Pflege entlasten, sollen künftig nicht mehr im Pflegebudget finanziert werden. Dazu gehören pflegerische Hilfskräfte ebenso wie therapeutische Berufsgruppen, die therapeutisch-pflegerische Dienste ausüben (Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Heilerziehungspfleger:innen und Hebammen). Die Lücke, die diese Gruppe hinterlässt, muss von examinierten Pflegekräften aufgefangen werden. Der Fachkräftemangel in der Pflege wird hierdurch verschärft, denn examiniertes Pflegepersonal muss wieder Tätigkeiten übernehmen, wie den Patient:innen Hilfestellung beim Essen geben, bei der Körperpflege, Aufstehen oder dem Gang zur Toilette, von denen sie zuvor durch Hilfskräfte entlastet wurden.

Über ein Paket von Änderungsanträgen wurden kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes noch wichtige Änderungen vorgenommen. So wurde festgelegt, dass die erstmalige Anwendung der eindeutigen bundeseinheitlichen Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten für den Fallpauschalenkatalog 2025 und nicht wie ursprünglich vorgesehen 2024 erfolgen soll. Zudem wurde die zwischenzeitlich vorgesehene Kürzung

des Anteils pflegeentlastender Maßnahmen von vier auf zwei Prozent des Pflegebudgets wieder gestrichen.

## DRG-System

Nachdem sich die Partner der Selbstverwaltung nicht auf den aDRG-Katalog 2023 einigen konnten, wurde dieser vom BMG per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt. Streitpunkt zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern war wie im letzten Jahr eine vermeintliche Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten. Die Ersatzvornahme sieht eine Absenkung von 400 Millionen Euro vor, die vom [BDPK in einer Stellungnahme](#) kritisiert wird.

Der BDPK betont in seiner Stellungnahme, dass das Ziel des Pflegepersonalstärkungsgesetzes war, mit dem Pflegebudget zusätzliche Stellen in der Krankenhauspflege zu schaffen und die Pflegepersonalkosten besser abzusichern. Krankenhäuser haben die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt und eine genaue Abgrenzung der Pflegepersonalkosten vorgenommen, sodass die Pflegekosten nach dem Willen des Gesetzgebers einen festgelegten Anteil an der Krankenhausvergütung bekommen. Dies als „Umbuchung“ und „Doppelabrechnung“ zu bezeichnen, ist falsch. Unverständlich ist zudem, dass bereits in den Vorjahren nachträglich in den Katalog eingegriffen wurde (200 Millionen Euro 2021, 175 Millionen Euro 2022). Die nochmalige Absenkung ist nicht sachgerecht und führt die Ziele des Pflegepersonalstärkungsgesetzes ad absurdum.

## Energiepreisbremse/Härtefallprogramm

Mit dem Erdgas-Wärme-Soforthilfegesetz (EWSG) und dem Strompreisbremsengesetz (StromPBG) traten am 24. Dezember 2022 die Entlastungsmaßnahmen der Bundesregierung zur Abfederung der stark gestiegenen Energiekosten in Kraft. Die Preisbremsen für Erdgas, Wärme und Strom finden für das Jahr 2023 Anwendung, wobei eine Verlängerung bis zum 30. April 2024 durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrats erfolgen kann. Unabhängig von ihrem individuellen Jahresverbrauch gelten für zugelassene Krankenhäuser die für Industriekunden vorgesehenen Regelungen der Energiepreisbremsen.

Für die zugelassenen Krankenhäuser ist ergänzend zur Energiepreisbremse eine Härtefallregelung auf den Weg gebracht worden. Mit dem neuen § 26f im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden von der Bundesregierung insgesamt sechs Milliarden Euro für den Ausgleich der direkten (4,5 Milliarden Euro) und der mittelbar durch den Energiepreisanstieg verursachten Kosten (1,5 Milliarden Euro) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Das Härtefallprogramm umfasst alle zugelassenen Krankenhäuser einschließlich der Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen. Die Berücksichtigung der Einrichtungen außerhalb der akutsomatischen Krankenhausversorgung war eine Forderung des BDPK, die in einer Stellungnahme im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens gestellt wurde.

Bei der erstmaligen Umsetzung für das vierte Quartal 2022 wurde deutlich, dass das Härtefallprogramm vom Gesetzgeber zu restriktiv ausgelegt wurde. Die bereits während des Gesetzgebungsverfahrens von Seiten der Kliniken kritisierte Festsetzung des Referenzzeitpunkts auf März 2022 führte dazu, dass die seit 2021 drastisch angestiegenen Energiepreise nur im eingeschränkten Umfang berücksichtigt werden konnten. Zudem finden Öl und Pellets keine Berücksichtigung im Härtefallprogramm für Krankenhäuser. Insgesamt führte es dazu, dass nur fünf Prozent (37 Millionen Euro) der für das Quartal 4/2022 möglichen Mittel von Krankenhäusern abgerufen werden konnten. Trägerübergreifend wird aus diesem Grund eine Anpassung des Referenzzeitpunktes bzw. ein Austausch der vorgesehenen Beträge für die Ausgleichszahlungen auf politischer Ebene gefordert.

## Investitionsfinanzierung

Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen erfordert eine laufende Investition in die medizinischen Anlagen, Räumlichkeiten und Digitalisierung. Gemeinsam mit der Krankenhausplanung obliegt die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen im Verantwortungsbereich der Länder. Dieser Verantwortung kommen die Länder seit Jahren nicht im vollen Umfang nach. Einer Auswertung der DKG zufolge beträgt das Investitionsdefizit für den Zeitraum von 2015 bis 2020 einen kumulierten Wert von 22 Milliarden Euro (siehe Abbildung 3). Die Regierungen der

Bundesländer tragen somit eine Mitverantwortung an der wirtschaftlichen Notlage der Krankenhäuser.

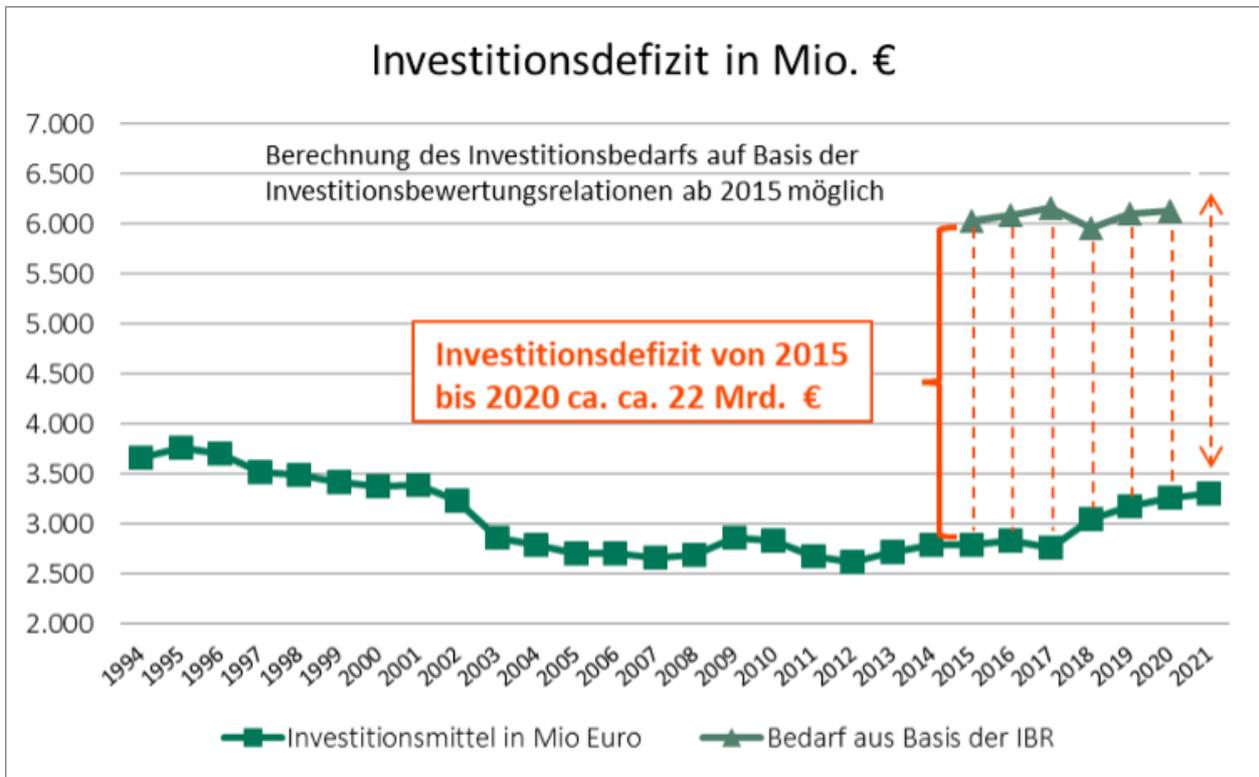


Abbildung 3: Entwicklung Investitionsförderung 1993-2020, in Mrd. Euro. Quelle DKG.

Auch im Zusammenhang mit der angekündigten Krankenhausreform fordert der BDPK in seinem [Positionspapier](#) die Bundesländer auf, endlich ihrer Verpflichtung zu einer angemessenen Investitionsfinanzierung nachzukommen.

## Pflegepersonalvorgaben

### Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)

Im letzten Jahr wurden die Pflegepersonaluntergrenzen erneut erweitert. Hinzugekommen sind die Bereiche HNO, Urologie und Rheumatologie. Somit gelten nun Pflegepersonaluntergrenzen in insgesamt 19 Bereichen (siehe Abbildung 4). In einer weiteren Verordnung wurde geregelt, dass Hebammen künftig ohne Einschränkungen bei der Anrechenbarkeit im System der Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt werden sollen.

Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2023		Tag	Nacht
Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin	PPUG	2:1*	3:1
	PHK-Grenze	5 %	5 %
Geriatric	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15 %	20 %
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	10 %
Innere Medizin und Kardiologie	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10 %	10 %
Herzchirurgie	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5 %	Ohne Berücksichtigung
Neurologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	8 %	8 %
Neurologie Schlaganfallereinheit	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	Ohne Berücksichtigung	Ohne Berücksichtigung
Neurologie Frührehabilitation	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10 %	10 %
Allgemeine Pädiatrie	PPUG	5:1	9:1
	PHK-Grenze	5 %	5 %
Spezielle Pädiatrie	PPUG	6:1	14:1
	PHK-Grenze	5 %	5 %
Neonatologische Pädiatrie	PPUG	3,5:1	5:1
	PHK-Grenze	5 %	5 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	PPUG	8:1	18:1
	PHK-Grenze	5 %	Ohne Berücksichtigung
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Urologie	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10 %	5 %
Rheumatologie	PPUG	13:1	30:1
	PHK-Grenze	10 %	5 %

Abbildung 4: Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2023. BDPK 2023.

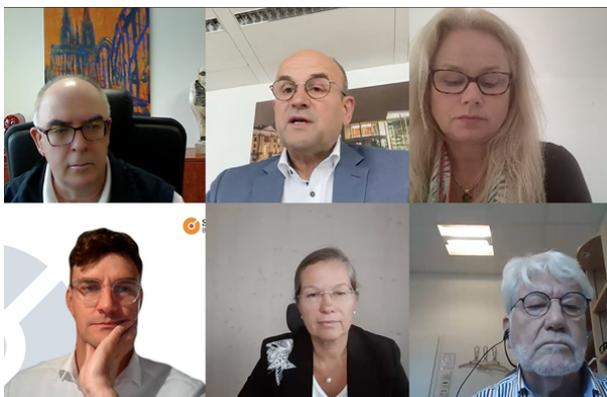
In seiner Stellungnahme hat der BDPK die Erweiterung abgelehnt und kritisiert, dass die Umsetzungszeit für die Krankenhäuser viel zu kurz ist. Im Rahmen der Verordnung zur Aufhebung der Anrechnungsgrenzen für Hebammen haben wir betont, dass die Regelung auf weitere therapeutisch-pflegerisch tätige Berufsgruppen ausgeweitet werden muss.

Spätestens mit der Einführung der PPR 2.0 müssen die Untergrenzen nach unserer Auffassung vollständig entfallen. Sie haben sich nicht als Instrument zur Überwindung des Fachkräftemangels bewährt. Stattdessen verschärfen sie die personelle Situation, da Pflegekräfte in Bereichen eingesetzt werden, in denen sie nicht benötigt werden und weil sie zu noch mehr Bürokratie in den Krankenhäusern führen. Woran sowohl die PpUG als auch die PPR 2.0

kranken ist, dass sie einen zu starren Fokus auf examinierte Pflege und Pflegehilfskräfte haben. Dies wird der Versorgungsrealität und der seit Jahren bewährten interdisziplinären Zusammensetzung der Krankenteams nicht gerecht. Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen, setzt sich der BDPK für einen breiten Qualifikationsmix ein, der auch weitere Gesundheitsberufe wie z. B. die Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie berücksichtigt.

## Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Die BDPK-Facharbeitsgruppe Psychiatrie und Psychosomatik hat sich in diesem Berichtsjahr dafür eingesetzt, die PPP-RL praxisnah auszugestalten und die Sanktionen solange weiterhin auszusetzen. Zustimmung für diese Forderungen gab es auch seitens der Politik. In einer parlamentarischen Diskussionsveranstaltung des BDPK am 7. September 2022 haben wir mit den Klinikvertretern Volker Thesing, Dr. med. Christoph Smolenski und Daniel Roschanski sowie den Gesundheitspolitikerinnen des Deutschen Bundestages Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen) und Diana Stöcker (CDU) über die Auswirkungen und den Anpassungsbedarf der PPP-RL gesprochen (siehe Foto). Die Einigkeit war groß: In ihrer jetzigen Form gefährdet die PPP-RL durch ihre fehlende Flexibilität neue Behandlungskonzepte wie die stationsäquivalente Behandlung und die dezentrale tagesklinische Versorgung. Auch die starre Pressung des Personals in Abteilungen, obwohl in den meisten Kliniken abteilungsübergreifend gearbeitet wird, wurde angemahnt.



BDPK-Diskussionsveranstaltung zur PPP-RL am 07.09.2022. Foto: BDPK 2022.

Kurz nach der BDPK-Veranstaltung wurde im G-BA der Beschluss gefasst, die Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis 2024 um ein weiteres Jahr auszusetzen. Zudem wurde festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2023 für drei Jahre die stations- und monatsbezogene Nachweispflicht entfallen soll. Fünf Prozent der

Kliniken müssen diesen Nachweis weiter erbringen und übermitteln.

Aus Sicht des BDPK ist es richtig, dass der G-BA den Beginn finanzieller Sanktionen nochmals verschoben hat. Auch, dass Bürokratiebelastungen für die Krankenhäuser reduziert werden sollen war ein überfälliges positives Signal. Die zuletzt mehrfachen Verschiebungen verdeutlichen aber gleichzeitig, dass die gewünschte Zielsetzung der Richtlinie, die Qualität der Versorgung psychiatrischer und psychosomatischer Patient:innen zu verbessern, nicht erreicht ist. Die gewonnene Zeit muss weiter genutzt werden, um die Richtlinie grundsätzlich zu überarbeiten. Konkret bedeutet das: Der starre und nicht mehr zeitgemäße Stationsbezug muss vollständig entfallen. Des Weiteren muss der Qualifikationsmix durch flexiblere Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen untereinander gestärkt werden. Solange müssen die Sanktionen auch weiterhin ausgesetzt bleiben.

## **Fachkräftemangel**

Der Gewinnung und Bindung von Fachkräften durch hochwertige Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten kommt bei der Überwindung des Fachkräftemangels eine maßgebliche Bedeutung zu. Eine Arbeitsgruppe des Fachausschusses Krankenhäuser tauscht sich seit 2021 in Form eines Benchmarks zu Kennzahlen rundum das Thema Pflegeausbildung aus. In diesem Berichtszeitraum stand die Erhebung von Abbruchgründen in der Pflegeausbildung im Fokus der Arbeitsgruppe. Zu den zentralen Kennzahlen gehörten beispielsweise eine unbefriedigende Begleitung in der Theorie und Praxis aus Sicht der Azubis oder unzureichende Leistungen und eine fehlende praktische Eignung aus Sicht des Unternehmens. In den kommenden Wochen plant die Arbeitsgruppe einen vertiefenden Austausch über Maßnahmen und Best-Practice-Beispiele zum Thema Ausbildungsabbrüche (z. B. Praxisanleiter, Probezeitkonferenzen, Sozialarbeiter für Azubis etc.).

## **Qualität**

Die BDPK-Facharbeitsgruppe Qualitätsentwicklung hat sich im Berichtsjahr 2022/2023 unter anderem zu den Themen Mindestmengen, datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung, Weiterentwicklung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) sowie

Qualitätsberichterstattung ausgetauscht. Nach unserer Auffassung müssen die kleinteiligen und inzwischen kaum mehr beherrschbaren Qualitätsregularien des G-BA im Zuge der anstehenden Krankenhausreform insgesamt auf den Prüfstand gestellt werden. Die Instrumente müssen sich daran messen lassen, ob sie tatsächliche Qualitätsdefizite adressieren und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Doppelte Anforderungen und Sanktionierungen müssen vermieden werden. Die von der Reformkommission angekündigte Stellungnahme zur Qualitätssicherung wird in den kommenden Wochen und Monaten ein relevanter Themenschwerpunkt sein, den der Fachausschuss Krankenhäuser und die FAG Qualitätsentwicklung eng begleiten werden.

## Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag

### Umsatzsteuerfreiheit

Um unsere Forderung nach einer Umsatzsteuerbefreiung für medizinisch-notwendige Leistungen in Privatkliniken nach § 30 GewO im Jahressteuergesetz 2022 zu erreichen, war der BDPK im engen Austausch mit Finanzpolitiker:innen.

Argumentationsgrundlage für die Gespräche war neben den bestehenden Positionen und der Stellungnahme des BDPK zum Jahressteuergesetz 2022 auch das EuGH-Urteil vom 7. April 2022. Dieses Urteil verdeutlicht erneut, dass sich das deutsche Steuerrecht nicht mit europäischem Recht vereinbaren lässt und bekräftigt die Forderung des BDPK, dass eine Anpassung des deutschen Umsatzsteuerrechts notwendig ist. Auch ebnet das Urteil den Weg, dass die Europäische Kommission über die vom BDPK im Jahr 2019 eingereichte Petition sowie über die von einzelnen Kliniken eingereichten Kommissionbeschwerden entscheiden kann. Bisher steht eine Antwort der Kommission noch aus. Der BDPK hat des Weiteren ein Kurzgutachten in Auftrag gegeben, welches das EuGH-Urteil im Verhältnis zur geltenden Rechtslage analysiert und diese als unionsrechtswidrig bewertet.

Das Thema Umsatzsteuer in Privatkliniken wurde auch in einer aktuellen Broschüre des VDPK Hessen in Zusammenarbeit mit der Luther Rechtsanwalts-gesellschaft aufgegriffen, die Privatkliniken als Leitfaden

dienen soll. Neben einem Überblick über die gesetzliche Lage und die Voraussetzungen zur Umsatzsteuerbefreiung für Privatkliniken, werden Handlungsempfehlungen für die Praxis vorgestellt. Des Weiteren gibt die Broschüre interessante Einblicke in die Themen Konzessionierung, Arbeitsrecht, Datenschutz sowie Vergütung.

### **DEMIS-Meldepflichten in Privatkliniken**

Ein weiterer Themenschwerpunkt der Facharbeitsgruppe Privatkliniken bestand in den DEMIS-Meldepflichten für Privatkliniken. Mit dem COVID-19-Schutzgesetz wurden neben Plankrankenhäusern auch Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag verpflichtet, meldepflichtige Erkrankungen und die Belegung von somatischen Betten über das Deutsche Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu melden.

Aus Sicht des BDPK ist diese Regelung nicht nachvollziehbar. Die Meldung ist nämlich derzeit technisch nicht möglich, da Privatkliniken nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sind. Gegenüber dem BMG haben wir auf diese technische Unmöglichkeit hingewiesen und betont, dass bei einer TI-Anbindung eine Refinanzierung zwingende Voraussetzung ist. Zudem fordern wir, dass unabhängig vom Meldeweg eine möglichst aufwandsarme Umsetzung der Datenlieferung erfolgen sollte. Bis eine technische Lösung vorliegt, müssen Privatkliniken auf bisherige Meldewege (z. B. Fax) zurückgreifen können. Das BMG betont, dass eine Einbindung von Privatkliniken gewünscht sei und prüft derzeit auch Wege, ohne TI-Anbindung eine Meldung zu ermöglichen. In einer Unterarbeitsgruppe tauschten sich Privatkliniken zu technischen Möglichkeiten der DEMIS-Meldung ohne TI-Anbindung aus (z. B. über die IK-Nummer). Darüber hinaus fand im März ein gemeinsamer Austausch mit Vertretern des BMG, des RKI und der gematik im Rahmen der Sitzung der Facharbeitsgruppe Privatkliniken statt.

# Reha und Vorsorge

## Risikofaktoren Vergütungsrunde 2023: Energie, Inflation, Corona-Pandemie, Personal

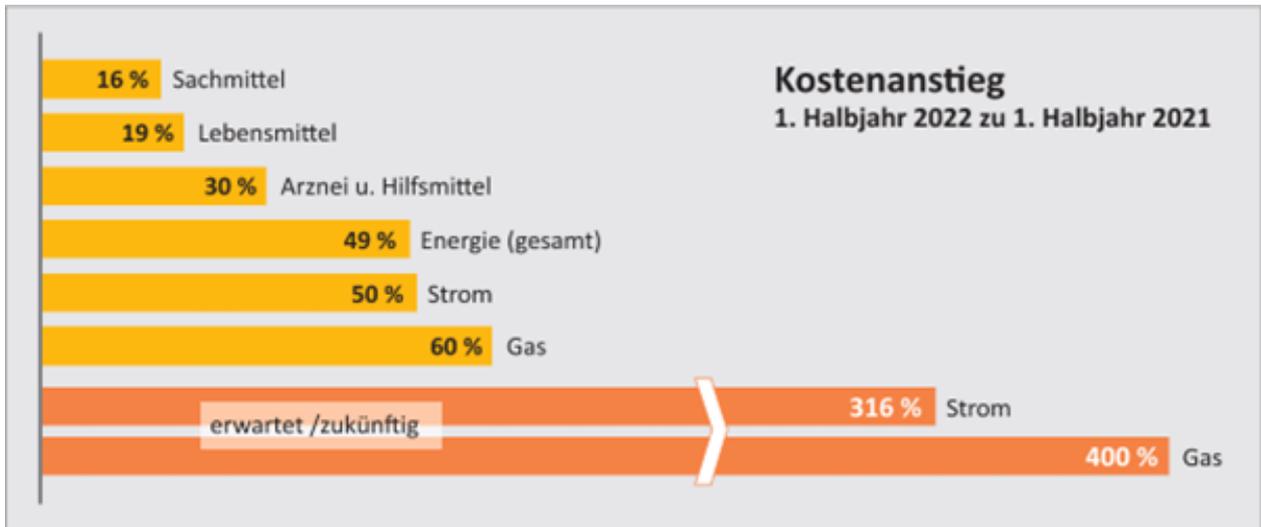


Abbildung 5: Ergebnis der BDPK-Blitzumfrage 2022.

Die Energiekrise und die steigende Inflation aufgrund des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine haben großen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Im Jahresdurchschnitt 2022 gegenüber 2021 stieg die Inflationsrate auf +7,9 Prozent, die Lebensmittelpreise verteuerten sich um 13,4 Prozent und die Energiepreise um 34,7 Prozent. Insbesondere erhöhten sich die Preise für Erdgas +64,8 Prozent und Strom +20,1 Prozent ([vgl. Statistisches Bundesamt vom 17.01.2023](#)).

In einer [BDPK-Blitzumfrage vom September 2022](#) war der Kostenanstieg der Mitgliedseinrichtungen teilweise deutlich höher (siehe Abbildung 5). Die Inflationsrate betrug zu Beginn des Jahres 2023 (Stand: Februar 2023) +8,7 Prozent, die Preise für Nahrungsmittel lagen um 21,8 Prozent und die Energiepreise um 19,1 Prozent über denen des Vormonats, trotz der Energiemaßnahmen der Bundesregierung ([vgl. Statistisches Bundesamt vom 10.03.2023](#)).

Hinzu kommen die Nachwirkungen der Corona-Pandemie und der weiterhin bestehende Arbeitskräftemangel (10-20 Prozent weniger Belegung, Erhöhung Mindestlohn um 22 Prozent, hohe Akquisekosten für

Personal). Die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen brauchen aufgrund dessen eine Vergütungssatzanhebung im zweistelligen Bereich, wozu die Kostenträger nicht bereit sind. Stattdessen wird für die steigenden Energiekosten auf die Energiepreisbremse verwiesen. Diese greift aber nicht, wenn sich die Energiekosten zwar verdoppelt haben, aber unterhalb der festgelegten Obergrenzen liegen. Personalkosten in Höhe von Tarifverträgen dürfen laut Gesetz nicht als unwirtschaftlich abgewiesen werden. Die Verhandlungen dazu gestalten sich trotzdem schwierig, denn die Krankenkassen verlangen umfassende Nachweise und versuchen anschließend die Kosten in anderen Bereichen zu drücken. Die Rentenversicherung vertritt die Auffassung, dass Tarifsteigerungen bereits im Richtwert ausreichend abgebildet werden. Zudem wollen sie Gehälter bis zur Höhe von Tarifverträgen aufgrund von Betriebsvereinbarungen nicht anerkennen. Ein diesbezügliches Rechtsgutachten, das zu dem Ergebnis kommt, dass diese Gehälter ebenfalls nicht als unwirtschaftlich abgewiesen werden dürfen, wird ignoriert.

Im Krankenkassenbereich haben die Einrichtungen die Möglichkeit die Reha-Schiedsstelle anzurufen, was Einrichtungen künftig verstärkt anstreben. Eine erfolgreiche Schiedsstellenentscheidung erging Anfang des Jahres 2023 in Niedersachsen. Der BDPK hat daraus eine Hilfestellung für Vergütungsverhandlungen und die Anrufung der Reha-Schiedsstelle für die Mitglieder entwickelt sowie ein Webinar durchgeführt.

Im Bereich der Rentenversicherung gibt es keine Möglichkeit eine Schiedsstelle anzurufen. Schon die Streitige Vergütungssatzrunde für das Jahr 2022 endete mit Abschlüssen erst zum Ende des Jahres. Für 2023 stehen die Verhandlungen am Beginn. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Einrichtungen einen Vergütungssatz über den Richtwert von 6,07 Prozent erreichen werden. Folglich bliebe den Einrichtungen nur, das Sozialgericht anzurufen. Dieser Schritt wäre eine bislang nie dagewesene Vorgehensweise.

## **Umsetzung GKV-IPReG: Verhandlungen zu Rahmenempfehlungen**

Mit dem Ende 2020 in Kraft getretenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) erfährt die medizinische

Rehabilitation durch den Bundesgesetzgeber eine maßgebliche Verbesserung. Unter anderem sind gemäß dem neu gefassten § 111 Abs. 7 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene aufgefordert, in Rahmenempfehlungen Details zu Inhalt, Umfang und Qualität von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und der Strukturen dieser Leistungen und die Anforderungen an ein Nachweisverfahren zur Zahlung von Gehältern zu vereinbaren.

Vertreter:innen der für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände und Vertreter:innen der Kostenträger (GKV) haben für die Formulierung der Rahmenempfehlungen eine Arbeitsgruppe gebildet. In den vergangenen Monaten hat sich diese Arbeitsgruppe in sehr regelmäßigen Treffen zu den Inhalten der Vereinbarungen ausgetauscht und Textelemente entwickelt. Aufgrund des zu regelnden Umfangs und vor dem Hintergrund, dass ganz neue Elemente entwickelt werden, ziehen sich die Verhandlungen noch weit in das Jahr 2023 hinein.

Neu in den Rahmenempfehlungen wird sein, dass erstmals Leistungsbeschreibungen und Personalkorridore für die GKV-Leistungen entwickelt werden. Die Erarbeitungen dazu sind noch nicht abgeschlossen. Angestrebt ist, dass im Herbst die Beratungen zum Abschluss kommen und sodann im Fall der Nichteinigung die Bundesschiedsstelle angerufen wird.

Bei den Verhandlungen müssen die Leistungserbringer darauf achten, dass nicht durch weitere Vorgaben bezüglich Stellen und Therapie die Innovationsmöglichkeiten (z.B. durch Digitalisierung in der Therapie) noch weiter eingeschränkt werden. Eine Refinanzierung wäre sonst nur durch Personaleinsparungen möglich und auch aufgrund des großen Fachkräftemangels dringend notwendig.

## **Inkrafttreten der geänderten Rehabilitations-Richtlinie zum 1. Juli 2022**

Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 die Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) angepasst. Der

Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll mittels geeigneter Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich geprüft werden, dadurch soll die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen entfallen. In der Reha-RL werden die Abschätzungsinstrumente verbindlich festgestellt. Der G-BA Beschluss legt weiter fest, in welchen Fällen (nach § 16 Abs. 2 Reha-RL) bei der Anschlussrehabilitation der häufig kritisierte Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen abgeschafft werden kann, sofern die Voraussetzungen nach § 7 (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose) vorliegen. Zudem wird festgelegt, dass bei Vorliegen der Indikation und Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe durch das SINGER Patientenprofil die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse entfällt.

Aufgrund der geänderten Rechtslage überarbeiten der GKV-Spitzenverband und die DKG die Vordrucksätze für die Anschlussrehabilitation. Der BDPK und die DKG haben sich dafür eingesetzt, dass im Ärztlichen Befundbericht die Ärztin/der Arzt feststellen muss, ob es sich um eine Indikation nach § 16 Abs. 2 Reha-RL handelt und somit die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse entfällt. Von Seiten der Krankenkassen wurde für die neurologische Phasenzuordnung (Indikationsgruppe 10 gemäß § 16 Reha-RL) nach dem BAR-Phasenmodell zu Phase D die Verwendung des SINGER Patientenprofil als Cut-off Wert gefordert. Da es sich beim SINGER Patientenprofil um ein nicht grundständig validiertes, zweckentfremdetes Verfahren zur Darlegung der Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe handelt, wäre es zu folgeschweren Fehlphaseneinteilungen gekommen. Mit Hilfe neurologischer Expert:innen und den neurologischen Fachverbänden sowie -gesellschaften konnte dieses Vorgehen erfolgreich abgewendet werden. Die eindeutige Phasenzuordnung zur Phase D ist nun aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen abzuleiten.

Der BDPK wird sich weiterhin für die Abschaffung des Genehmigungsvorbehaltes einsetzen und für einen bedarfsgerechten Zugang zur Rehabilitation. Die aufwändigen und zeitintensiven Antrags-

und Genehmigungsverfahren führen zu unnötigen Zeitverzögerungen, die den Reha-Behandlungserfolg gefährden.

## Reha in der DRV: Beratergremium Verbindliche Entscheidungen

Die DRV Bund hat den gesetzlichen Auftrag, bis zum 30. Juni 2023 „Verbindliche Entscheidungen“ festzulegen, mit denen die Zulassungsanforderungen für medizinische Rehabilitationseinrichtungen, das Vergütungs- und Belegungssystem sowie die Veröffentlichung von Qualitätsdaten grundlegend und einheitlich definiert werden. Zu den Vorgaben für die Umsetzung dieses Auftrags gehört auch die Beteiligung der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände an der Entwicklung dieser „konsensualen Regelungen“. Nach mehrfachen gemeinsamen Beratungen hatte die DRV einen Entwurf vorgelegt, der aus Sicht der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände in einigen Punkten grundlegend nachgebessert werden muss (s. [hier](#)). Aus Sicht der DRV Bund sei es trotz der dissidenten Punkte nun eigene Aufgabe die Verbindlichen Entscheidungen zu beschließen. Weitere Gespräche zur Konsensfindung lehnt sie ab. Zur rechtlichen Bewertung hat deshalb der BDPK gemeinsam mit mehreren Rehabilitationseinrichtungen ein Gutachten bei Frau Prof. Brosius-Gersdorf (Universität Potsdam) in Auftrag gegeben.

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass § 15 SGB VI und die darauf fußenden Entscheidungen (Verbindliche Entscheidungen, Zulassung, Belegungsvertrag, Belegungsentscheidungen und Vergütungsvertrag) wegen Verstoßes gegen das allgemeine Wettbewerbsrecht der Europäischen Union unwirksam und damit unanwendbar sind (s. [hier](#)).

Das Gutachten führt dazu aus, dass die DRV nicht nur hoheitliche Funktionen gegenüber ihren Versicherten wahrnimmt, sondern zugleich unternehmerisch mit ihren eigenen Reha-Kliniken auf dem Reha-Leistungsmarkt tätig ist. Das EU-Recht, das deutsche Kartellrecht und das Verfassungsrecht fordern jedoch eine generelle Trennung von hoheitlichen Befugnissen und unternehmerischen Funktionen, da anderenfalls die gebotene Gleichbehandlung (Nichtdiskriminierung) – in diesem Fall der Rehabilitationseinrichtungen anderer Träger mit den Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger – nicht

gewährleistet ist. Da gegen dieses Trennungsgebot verstoßen wird, sind die Gesetzesgrundlage und die hierauf gestützten Einzelentscheidungen unwirksam und unanwendbar. Weil eine strikte organisatorische Trennung von hoheitlichen und unternehmerischen Funktionen der Rentenversicherungsträger aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist, muss die Gleichbehandlung aller Rehabilitationseinrichtungen durch eine gleichberechtigte Beteiligung der Vertragseinrichtungen an den hoheitlichen Entscheidungen sichergestellt werden. Nach diesem Konsensgebot müssten die hoheitlichen Entscheidungen einvernehmlich von den Rentenversicherungsträgern (DRV Bund und Regionalträger) und den Vertragseinrichtungen getroffen werden. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die Positionen der beteiligten Verbände den DRV-Regelungen in relevanten Teilen widersprechen.

Der BDPK hat die DRVen und das Bundesarbeitsministerium über das Rechtsgutachten und die strittigen Regelungen informiert und setzt sich für eine sinnvolle, rechtskonforme Umsetzung ein.

## **SodEG-Erstattungsverfahren**

Um den Bestand der Rehabilitationseinrichtungen während der Corona-Pandemie zu sichern, stellten Renten- und Unfallversicherungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) Zuschüsse bereit. Allerdings handelt es sich nicht um einen Zuschuss, um pandemiebedingte Verluste auszugleichen, vielmehr sollte der Bestand gesichert werden. Die Absicht der Bezuschussung zur Existenzsicherung der Reha-Kliniken wird durch das Vorgehen konterkariert, dass diese Zuschüsse zurückgezahlt werden müssen. Nämlich dann, wenn Rehabilitationseinrichtungen vorrangige Mittel erhalten haben wie Leistungsvergütungen, Kurzarbeitergeld, Hilfen vom Staat. Diese Erstattungsansprüche werden von den Reha-Leistungsträgern für das Jahr 2020 und 2021 bereits geltend gemacht. Die Konfrontation mit zum Teil enorm hohen Erstattungsansprüchen ist für Kliniken existenzgefährdend, hatten sie doch bislang keine Gelegenheit, fehlende Einnahmen wieder aufzuholen. Zudem gehen die Auffassungen zu den Erstattungsansprüchen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Reha-Trägern weit auseinander. Der BDPK hat vor diesem Hintergrund den Rehabilitationseinrichtungen ein

Musterwiderspruchsschreiben zur Verfügung gestellt. Einige Kliniken befinden sich bereits im Klageverfahren.

## **Digitalisierung und Anbindung der Rehabilitationseinrichtungen an die TI**

Das im Oktober 2020 in Kraft getretene Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) regelt, dass nun auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen an die TI angebunden werden können. Dazu haben die Krankenkassen und die Rentenversicherung mit den Verbänden der Reha-Leistungserbringer den Auftrag erhalten einen Telematik-Zuschlag zu vereinbaren, der ausreichend ist, um die TI-Ausstattungs- und Betriebskosten der Reha- und Vorsorge-Einrichtungen zu finanzieren. Im Januar 2021 begannen dazu die entsprechenden Verhandlungen. Nach mehreren Treffen und intensiv geführten Diskussionen liegt seit Dezember 2022 eine Vereinbarung vor, die im April 2023 von allen Beteiligten unterschrieben wurde und rückwirkend zum 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist.

Ausgleichsfähig sind danach die Kosten für Anschaffung, Installation und Einbindung der TI-Komponenten in die einrichtungsinterne Hard- und Software sowie die Anpassung der einrichtungsinternen IT-Infrastruktur. Auch der erforderliche interne Planungsaufwand und die Aufwendungen für die internen Schulungen der Mitarbeitenden sowie die Aufwendungen, die während des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur entstehen, werden finanziell ausgeglichen. Der Kostenausgleich erfolgt in Form eines tagesbezogenen TI-Zuschlags pro Fall auf den geltenden Vergütungssatz. Die Berechnung erfolgt nach einem festgelegten Verfahren einrichtungsindividuell. Grundsätzlich wird der Berechnung die Gesamtanzahl der für die DRV, GKV, Landwirtschaftliche Alterskasse und PKV in der Einrichtung im Vorjahr der Anspruchsfeststellung erbrachten Abrechnungstage als Basisbelegung zu Grunde gelegt. Pandemiebedingt wird für alle Einrichtungen, die sich im Jahr 2023 anbinden, von der Basisbelegung des Jahres 2019 ausgegangen und diese Belegung um 5 Prozent gekürzt. Die vereinbarte und unterschriebene TI-Finanzierungsvereinbarung wurde [hier](#) veröffentlicht.

Anfang des Jahres 2023 wurden mehrere Informationsveranstaltungen zur Anbindung der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an die

Telematikinfrasturktur vom BDPK organisiert, die mit großem Interesse wahrgenommen wurden.

## **Elektronische Übermittlung von Meldungen über DEMIS**

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz wurden auch die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen mit Beginn des Jahres 2023 zur elektronischen Übermittlung von meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) verpflichtet. Zur Umsetzung der elektronischen Meldungen ist jedoch die Anbindung an die Telematikinfrasturktur erforderlich, die für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erst mit der unterschriebenen TI-Finanzierungsvereinbarung ermöglicht wurde. In Gesprächen mit dem BMG wurde uns die Rechtsauffassung bestätigt, dass die fehlende Anbindung an die Telematikinfrasturktur eine praktische und juristische Unmöglichkeit darstellt. Solange keine andere technische Lösung vorliegt oder die Einrichtung nicht an die Telematikinfrasturktur angebunden ist, kann auf bisherige Meldewege (z. B. Fax) zurückgegriffen werden.

## **Reha als Ausbildungsträger für die Pflege**

Der Pflegekräftemangel betrifft auch alle Indikationen in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationseinrichtungen sind derzeit jedoch nicht zur praktischen Pflegeausbildung zugelassen. Pflegeschüler:innen können allenfalls im Rahmen des „weiteren Einsatzes“ mit 80 Stunden in Rehabilitationseinrichtungen ausgebildet werden. Im Koalitionsvertrag 2021 wurde das Ziel formuliert „Die Pflegeausbildung soll in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation ermöglicht werden, soweit diese die Voraussetzungen erfüllen.“ Durch diese Zielumsetzung und die Mitaufnahme der Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung könnten mehr Pflegekräfte ausgebildet werden und die Einrichtungen erhalten die Möglichkeit, Pflegekräfte zu binden. Der BDPK ist mit Unterstützung von Klinikvertretern hierzu im Austausch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vertritt die Position, dass alle Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung nach § 7

Pflegeberufegesetz aufgenommen werden sollten.

Rehabilitationseinrichtungen sind aus Verbandssicht sehr gut geeignet für die Pflegeausbildung, da u.a. Pflegeprozesse über einen längeren Zeitraum evaluiert werden können und die Pflege sehr gut planbar ist. Weitere Gespräche sind vorgesehen.

## Qualität

### Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Zweimal im Jahr tauscht sich der BDPK, gemeinsam mit anderen Reha-Leistungserbringerverbänden, mit Vertreter:innen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu den aktuellen Entwicklungen der Reha-Qualitätssicherung aus. Inhaltsschwerpunkte der letzten Gespräche waren die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Berichterstattungen der Qualitätssicherungsdaten sowie die qualitätsorientierte Belegungssteuerung (Zusammensetzung des Parameters Qualität) zum 1. Juli 2023. Nach intensiver statistischer Prüfung hat das zuständige interne DRV-Gremium den Beschluss gefasst, die QS-Berichterstattung des Jahres 2022 wieder mit Qualitätspunkten zu versehen, was von den Leistungserbringern sehr kritisch gesehen wird. Pandemiebedingt erfolgte die Auswertung der Daten für die Jahre 2020 und 2021 nur deskriptiv. Aus Sicht des BDPK sind die Daten für die qualitätsorientierte Belegung nicht geeignet, da aufgrund der Pandemie Leistungen nicht wie gewohnt stattfinden konnten und die Daten zu alt sind, um die derzeitige Qualität darzustellen. Der BDPK fordert, dass die verwendeten Daten für die qualitätsorientierte Belegung allenfalls ein halbes Jahr alt sein dürften.

Zusätzlich zu den bestehenden Reha-Therapiestandards (RTS) werden zum 1. Juli 2023 zwei indikationsübergreifende RTS, RTS-Onkologie (ohne Brustkrebs) und RTS-alle anderen Indikationen, eingeführt. Trotz der regelmäßigen Gespräche wurden die Leistungserbringerverbände über die Entwicklung dieser RTS im Vorfeld nicht informiert, geschweige denn einbezogen. Ab Mitte 2023 werden die bestehenden und die neuen RTS in einer Testphase und einem anschließenden Projekt evaluiert und überarbeitet. Mit Start zum 1. April 2023 und einer Laufzeit von zwei Jahren

ist die inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) geplant.

Um der Energieknappheit entgegenzuwirken, konnte der BDPK im Austausch mit der DRV erreichen, dass in Rücksprache mit dem zuständigen Federführer die Einrichtungen die Schwimmbäder schließen konnten.

Der GKV-SV und die DRV-Bund tauschen sich regelmäßig über ihre Qualitätssicherungsaktivitäten aus. Ende letzten Jahres wurde eine vergleichende Analyse der beiden QS-Systeme in der medizinischen Rehabilitation in einem gemeinsamen Forschungsprojekt ausgeschrieben. Auf deren Grundlage sollen Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Ziel ist es, mit Hilfe der Expertise eine Entscheidungsgrundlage für weitere Schritte zur Harmonisierung der Qualitätssicherungssysteme von und für eine fachlich-inhaltlich begründete, praktikable Koexistenz beider Systeme zu schaffen. Der BDPK fordert dies seit vielen Jahren.

### **Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Verbände der Leistungserbringer und der Krankenkassen besetzen im Gemeinsamen Ausschuss (GA) nach §137 d SGB V paritätisch ein Gremium, in dem das QS-Reha®-Verfahren als externes Qualitätssicherungsverfahren der Kassen gemeinsam beraten wird ([vgl. Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V](#)).

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

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

## **IQMG: Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements (DAkKS Akkreditierung)**

Seit dem Frühjahr 2020 stellt die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) die Berechtigung der von den Herausgebenden Stellen interner QM-Verfahren (HGS) und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zugelassenen Zertifizierungsgesellschaften infrage, die Verfahren des internen Qualitätsmanagements nach § 37 SGB IX ohne Akkreditierung bei der DAkKS zu zertifizieren. Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) hat das Vorgehen der DAkKS als nicht rechtskonform abgelehnt. Daraufhin wurde gemeinsam mit weiteren HGS, dem BMAS, dem BMG und der BAR eine Arbeitsgruppe gegründet, die ein einheitliches Verständnis der strittigen Rechtsfragen erzielen sollte. Die Bemühungen blieben jedoch erfolglos.

Bis zur Findung einer klaren Rechtsauffassung wurden vorab praktikable Regelungen vereinbart. Dafür hat die Arbeitsgruppe eine *„Verfahrensabsprache zur Umsetzung von Akkreditierungen im Bereich des Qualitätsmanagements nach SGB IX“* mit der DAkKS verhandelt, die seit dem 1. Juli 2021 gilt. Das IQMG hat sich in den Verhandlungen dafür eingesetzt, dass den Kliniken möglichst keine Nachteile durch die Anpassungen im Zertifizierungsprozedere entstehen. In der Verfahrensabsprache wurde vereinbart nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten, die Umsetzung derer gemeinsam zu erörtern. Diese Evaluation wurde 2022 von der BAR mittels einer Abfrage umgesetzt, die an die DAkKS, HGS, Reha-Träger sowie Zertifizierungsstellen gerichtet war. Anschließend wurden in einem Erörterungsgespräch bestehende Probleme bei Zertifizierungen angesprochen, die jedoch nicht final geeint werden konnten. Zukünftig sollen in weiteren Gesprächen Expert:innen eingebunden werden. Die BAR plant, die Vereinbarung nach § 37 Abs. 3 SGB IX im Laufe des Jahres 2023 zu überarbeiten. Dabei werden die in der Verfahrensabsprache aufgegriffenen Punkte mit in den Blick genommen.

Vor diesem Hintergrund hat das IQMG den Ablauf der Zertifizierungen in den eigenen QM-Verfahren angepasst. Die bisher freie Gestaltung der Überwachungszyklen innerhalb eines Zertifizierungszeitraums (siehe S.8, Manual IQMP-kompakt, 3. Aufl. 2017) wurde, aufgrund der bestehenden Anforderungen der IAF an die Überwachung von QM-Systemen, auf einen

jährlichen Zyklus angepasst. Eine jährliche Überwachung des QM-Systems durch Zertifizierungsstellen ist deshalb als Anforderung bei IQMP-kompakt aufgenommen worden. Auf Grundlage der erwähnten Verfahrensabsprache ist es möglich, während der Laufzeit eines Zertifikates unter Einbeziehung von Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung der DRV oder GKV, ein Überwachungsaudit innerhalb der Zertifikatslaufzeit als sogenanntes Remote-Verfahren (Dokumentenprüfung und Auditgespräche via Fernbegutachtung) durchzuführen.

Im Zusammenhang mit den erforderlichen Anpassungen der Überwachungszyklen wird beim IQMG zusätzlich eine differenzierte Systematik für die Bemessung von Auditaufwänden einer Klinik erstellt, die die Anzahl von Fachabteilungen, deren Größe, Mitarbeiteranzahl und spezifische Einrichtungsmerkmale berücksichtigt. Die Systematik inklusive einer Berechnungstabelle werden zeitnah veröffentlicht.

### **Weiterentwicklung IQMP-kompakt-Verfahren**

Das IQMG überarbeitet gemeinsam mit den Kliniken das IQMP-kompakt-Verfahren. Ziel der Weiterentwicklung ist es, das von der BAR anerkannte und in mehr als 100 Kliniken etablierte interne QM-Verfahren noch anwenderfreundlicher und praxisnäher zu gestalten. Der letzte Workshop fand unter dem Motto „Praxisbezug stärken, Patientenorientierung setzen, Ergebnisqualität fokussieren – IQMP-kompakt als Anwender aktiv mitgestalten“ statt. Im Anwender-Workshop wurden die einzelnen Kriterien und Kapitel daraufhin geprüft, Formalismen minimiert und bezüglich der Darstellung der Behandlungsergebnisse und der Patientensicherheit optimiert.

Auf Basis des ersten digitalen Brainstorming im April 2021 konnten in Zusammenarbeit mit den Anwender:innen weitere Handlungsbedarfe konkretisiert werden, die in Zukunft angepasst werden sollen. Die Änderungen bezüglich der neuen Anforderungen hinsichtlich der DAkKS-Aktivitäten sowie der Verfahrensabsprache werden dabei ebenfalls berücksichtigt.

## Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

Coronabedingte Nichtanreisen, kurzfristige Absagen und frühzeitige Abreisen belasteten die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie Mutter/Vater/Kind auch im Jahr 2022 noch stark. Der pandemiebedingte Rückgang der Inanspruchnahme von Reha- und Vorsorgemaßnahmen hat sich erfreulicherweise gelegt und die Leistungsanträge steigen wieder an. Zwei Studien ([Kindergesundheitsbericht 2022](#) und [DAK Kinder- und Jugendreport 2022](#)) belegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen, wodurch die Notwendigkeit von Bedarfen an Reha- und Vorsorgeleistungen an Bedeutung gewinnen sollte. Auch die explosionsartig gestiegenen Energiekosten und die Inflation trafen die Kliniken hart (siehe Kapitel: Kostentreiber Reha und Vorsorge).



Antonia Walch, BDPK und Alwin Baumann, Gründer und ehemaliger Geschäftsführer des Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. Foto: D. Gust.

## Kinder und Jugendliche

Am 10. und 11. Oktober 2022 fand die Jahrestagung des Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. unter dem Titel „Die Kinder- und Jugendrehabilitation in Zeiten innovativer Veränderungen“ statt. Der BDPK ist im Beirat des Bündnisses vertreten und organisiert die Veranstaltung mit. Die Veranstaltung stieß auf großes Interesse bei den Akteur:innen aus

Reha-Einrichtungen, der DRV, des BMAS sowie Organisationen und Verbänden. Am zweiten Veranstaltungstag hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit sich in Workshops zu innovativen Konzeptionen und Weiterentwicklungen in der Kinder- und Jugendrehabilitation auszutauschen (siehe Foto).

## **Leistungsgerechte Vergütung einer Mutter-/Vater-Kind Maßnahme: aktiva-Gutachten**

Die vom BDPK beauftragte Aktualisierung des Gutachtens „Was kostet die  
Vorsorge-/Rehabilitationsleistung in Mutter-/Vater-Kind Einrichtungen“,  
2022, bei aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH hat aufgezeigt,  
dass im Bereich der Mutter-/Vater-Kind Maßnahme keine leistungsgerechte  
Vergütung stattfindet. Wie bereits im Jahr 2019 festgestellt wurde, sind diese  
Einrichtungen von einer chronischen Unterfinanzierung betroffen. Die  
finanzielle Lage der Einrichtungen wird zusätzlich durch pandemiebedingte  
Mehraufwände sowie die eminent starken Kostensteigerungen in den  
Bereichen Lebens- und Sachmittel, Energie, Personal und  
Hygienemaßnahmen erschwert. Eine Anpassung der Vergütungssätze an  
die reale Kostenentwicklung ist hier dringend angezeigt, um die wichtigen  
Strukturen der Mutter-/Vater-Kind Einrichtungen langfristig erhalten zu  
können. Das Gutachten wurde u.a. an die zuständigen Ministerien sowie  
Politiker:innen versandt. In Gesprächen mit Politiker:innen hat der Verband  
die Wichtigkeit einer leistungsgerechten Vergütung dieses Bereiches mit  
Vehemenz Ausdruck verliehen.

# Tarif und Personal

Der BDPK-Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauscht sich regelmäßig zur aktuellen Tarifsituation in Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgekliniken aus. Im Berichtsjahr waren neben der noch auslaufenden Corona-Gesetzgebung v. a. die Themen Inflationsausgleichsprämie, Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 und Pflegepersonaluntergrenzen (s. Kapitel 2), Entlastungstarifverträge-Opt-Out, Gegenstand der Diskussionen. Einen zusätzlichen Schwerpunkt bildete der Austausch zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse, zum Nachweisgesetz sowie zur Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts zur Arbeitszeiterfassung.

## Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

Nach einer [Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC Deutschland](#) können im Jahr 2035 knapp 1,8 Millionen offene Stellen im Gesundheitswesen nicht mehr besetzt werden, weil qualifizierte Kräfte fehlen. Das entspricht einem Engpass von 35 Prozent. Die Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland ist ein wichtiger Baustein, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Aktuell befindet sich das Gesetz zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung im Gesetzgebungsprozess, mit welchem die Aufnahme von qualifizierten Beschäftigten aus Nicht-EU-Staaten gefördert werden soll.

Mit seiner [Stellungnahme](#) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung setzt sich der BDPK für einen bundesweit einheitlichen Standard und eine einheitliche Fristsetzung beim Anerkennungsverfahren ausländischer Qualifikationen für ärztliche, pflegerische und weitere therapeutisch tätige Berufsgruppen ein. In einer [weiteren Stellungnahme](#) schlägt der BDPK vor, Pflegefachkräfte aus Drittstaaten für die Dauer des Anerkennungsverfahrens als Pflegehilfskräfte anzuerkennen, um diesen Personenkreis schnellstmöglich in den deutschen Arbeitsmarkt zu integrieren.

## Nachweisgesetz

Der Bundestag hat am 23. Juni 2022 einer Änderung des Nachweisgesetzes zugestimmt, um die EU-Richtlinie 2019/1152 zu transparenten und verlässlichen Arbeitsbedingungen in deutsches Recht umzusetzen. Das Gesetz ist zum 1. August 2022 in Kraft getreten. Mit der Aktualisierung des Nachweisgesetzes kommen auf Arbeitgeber erweiterte Nachweispflichten zu. Abgesehen davon, dass es trotz der voranschreitenden Digitalisierung bei dem Schriftformerfordernis zur Angabe der wesentlichen Vertragsbedingungen bleibt, haben Arbeitgeber nun zusätzlich weitere Vertragsbedingungen schriftlich auszuhändigen, wie beispielsweise die Möglichkeit der Anordnung von Überstunden und deren Voraussetzungen, die Angabe zu vereinbarten Ruhepausen und Ruhezeiten oder Angaben zum Schriftformerfordernis und die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

Der BDPK hat gemeinsam mit den Landesverbänden Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland dazu ein Online-Seminar organisiert, in dem Dr. Eva Rütz, Fachanwältin für Arbeitsrecht der Luther Rechtsanwalts-gesellschaft, die neuen Regelungen vorstellte und Praxishinweise gab.

## Arbeitszeiterfassung

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat am 13. September 2022 entschieden, dass Arbeitgeber in Deutschland grundsätzlich dazu verpflichtet seien, die geleistete Arbeitszeit von Arbeitnehmern systematisch zu erfassen (Az.: 1 ABR 22/21).

Arbeitgeber sind ab sofort verpflichtet, ein objektives, verlässliches und zugängliches Arbeitszeiterfassungssystem einzuführen und anzuwenden, mit dem sämtliche Arbeitszeiten der Arbeitnehmer zu erfassen sind. Eine Übergangsfrist besteht nicht. Arbeitgebern verbleibt dabei aber ein wesentlicher Gestaltungsspielraum. Denkbar sind daher ganz unterschiedlich ausgestaltete Arbeitszeiterfassungssysteme, die einerseits die von dem BAG aufgezeigten rechtlichen Vorgaben wahren, andererseits aber auch spezifische Gegebenheiten einzelner Arbeitgeber – bspw. Art der

Tätigkeitsbereiche der Arbeitnehmer oder Größe des Unternehmens – berücksichtigen können.

Da noch kein Gesetzentwurf zur Arbeitszeiterfassung vorliegt, wird das Thema weiter im Fachausschuss beobachtet. Wichtig aus Sicht des BDPK ist, dass praktikable Lösungen gefunden werden.

## **Versorgungswerk KlinikRente**

Seit dem Jahr 2002 sorgt das auf Initiative des BDPK gegründete KlinikRente Versorgungswerk dafür, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen ihre Möglichkeiten zur betrieblichen Altersvorsorge und Einkommenssicherung kennen, verstehen und nutzen. Mehr als 125.000 Mitarbeitende haben sich inzwischen für KlinikRente entschieden. Nachdem sich das Versorgungswerk auch in der Niedrigzinsphase der letzten Jahre mit hoher Stabilität und einer im Marktvergleich sehr guten Verzinsung ausgezeichnet hat, steigen die Zinsen in 2023 wieder.

### **KlinikRente setzt Signal mit steigenden Zinsen.**

Schon bei der Gründung im Jahr 2002 wurde auf konsortiale Lösungen mit mehreren großen Trägergesellschaften gesetzt. „Mit der konsortialen Aufstellung mit starken Partnern hat KlinikRente auch in schwierigen Zeiten Stabilität und Sicherheit gewährleistet.“, so Hubertus Mund, Geschäftsführer der KlinikRente. 2023 gibt es sehr gute Nachrichten für die Vorsorgesparer bei der KlinikRente. Die Gesamtverzinsung in den Sicherungsvermögen steigt zum ersten Mal seit vielen Jahren. Die Finanzstärke der Trägergesellschaften zeigt sich u. a. in der Gesamtverzinsung des Sicherungsvermögens, die für 2023 in der Direktversicherung bei 3,15 Prozent und in der Unterstützungskasse in den Tarifen Perspektive und Chance bei 3,20 Prozent liegt.

### **Betriebliche Altersvorsorge – für Arbeitgeber immer wichtiger**

In Zeiten eines bisher nie dagewesenen Fachkräftemangels sind einfache, sichere und verständliche Angebote für die betriebliche Vorsorge unverzichtbare Attraktivitätsmerkmale für Arbeitgeber. Digitale Informationsmedien, Online-Beratungen und moderne Verwaltungssysteme stehen dabei im Fokus. Auch im letzten Jahr ist das

Versorgungswerk kontinuierlich gewachsen. Rund 400 Unternehmen haben sich für die Versorgungslösungen von KlinikRente entschieden. Damit stieg die Anzahl der Mitgliedsunternehmen auf rund 5.600.

### **KlinikRente setzt noch stärker auf kapitalmarktorientierte Lösungen**

Bereits seit einigen Jahren setzt das Versorgungswerk den Fokus auch auf kapitalmarktorientierte Lösungen in der Altersvorsorge. „Langfristig können die Beschäftigten damit eine höhere Rentabilität erzielen“, so Mund. Deshalb bietet KlinikRente ab 2023 auch für den Durchführungsweg Unterstützungskasse einen kapitalmarktnahen Tarif. Dies erfolgt in Kooperation mit dem größten deutschen Branchenversorgungswerk MetallRente. Um die Chancen der Kapitalmärkte zu sehr attraktiven Konditionen nutzen zu können, wird ein Teil der Beiträge in das seit 20 Jahren erfolgreiche MetallRente.Fondsportfolio investiert.

### **Einkommenssicherung – Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten**

Einkommenssicherung ist bei einer Zielgruppe, die einerseits körperlich tätig ist und andererseits erheblichen psychischen Belastungen im Berufsalltag ausgesetzt ist, existenziell wichtig. Seit 8 Jahren baut KlinikRente sein Angebot in dieser Richtung in Form von Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsabsicherung kontinuierlich aus. Mittlerweile nutzen über 34.000 Personen diese Form der Vorsorge.

### **Ausblick in die Zukunft**

Die Gesundheitswirtschaft wird sich auch in der Zukunft Herausforderungen stellen müssen: Personalmangel, Kostendruck und Digitalisierung sind nur einige davon. KlinikRente wird weiterhin für Arbeitgeber und Mitarbeitende attraktive Lösungen bereithalten und dafür sorgen, dass viele Menschen im Gesundheitswesen ihre Möglichkeiten zur finanziellen Vorsorge kennen, verstehen und nutzen.

# Öffentlichkeitsarbeit

## Kampagne „Reha. Macht's besser!“

Etwa 5.000 Menschen haben sich aktuell auf der Kampagnenwebsite "[Reha. Macht's besser!](#)" als Unterstützer:innen registriert und machen sich mit ihrem Votum für die Stärkung der Reha stark. Seit dem Herbst 2022 ist „Reha. Macht's besser!“ nun auch auf [Instagram](#) zu finden und verzeichnet stetig wachsende Followerzahlen. Mit Fotos, Reels und Stories werden hier die Inhalte der Kampagne in die Öffentlichkeit transportiert.

Zielbotschaft der Kampagne ist, die gesamtgesellschaftliche Relevanz der Rehabilitation herauszustellen und das Image der Reha zu stärken sowie die Rehabilitation als Ausbildungsträger und Arbeitgeber attraktiv darzustellen. In Absprache mit dem Kampagnenbeirat entwickelte die Geschäftsstelle dazu einen Maßnahmenplan.

In Reportagen, Blog-Beiträgen und Interviews berichten die Akteure der Initiative auf der [Kampagnenwebsite](#) kontinuierlich über Erfolgsgeschichten aus der Reha sowie die besonderen Herausforderungen aufgrund von Inflation und Energiepreiskrise.

## Veranstaltungen

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

Nach zweijähriger Corona bedingter Zwangspause fand am 1. Juni 2022 wieder der BDPK-Bundeskongress statt. Ausgerichtet wurde er in Berlin als Hybrid-Veranstaltung.

<https://www.bdpk.de/newsroom/presse/pressemitteilungen/artikel/politik-braucht-mehr-pragmatismus>

Im September 2022 lud der BDPK zu einer parlamentarischen Diskussionsveranstaltung mit Vertreter:innen aus Politik und Fachöffentlichkeit zum Thema PPP-RL ein.

<https://www.bdpk.de/newsroom/stellungnahmen/artikel/parlamentarische-diskussionsveranstaltung-des-bdpk-zur-ppp-r>

## Pressemitteilungen

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

02. Juni 2022: [Politik braucht mehr Pragmatismus](#)

20. Juni 2022: [Notruf der deutschen Reha-/Vorsorgeeinrichtungen: Existenzkrise gefährdet die Versorgungssicherheit](#)

24. Juni 2022: [Private Kliniken zur Krankenhausreform: Nötig sind ambulante Öffnung, Vernetzung und Spezialisierung](#)

06. Juli 2022: [Gesetzentwürfe schocken die Kliniken](#)

25. August 2022: [Gesetzentwurf zur Personalbemessung: Aufwand drosseln statt steigern](#)

14. September 2022: [PPP-RL: Rückfall in die Steinzeit verhindern](#)

16. September 2022: [Alarmstufe Rot bei Reha und Vorsorge: Warnung vor flächendeckendem Versorgungskollaps](#)

28. September 2022: [BDPK zu Empfehlungen der Reformkommission: Bruchstellen und überzogene Regulierungen vermeiden](#)

06. Oktober 2022: [Bundeskanzler sollte Klinikfinanzierung zur Chefsache machen](#)

18. Oktober 2022: [Defizit wird zur Belastung für alle](#)

03. November 2022: [Entlastungsmaßnahmen der Bundesregierung sichern Gesundheitsversorgung](#)

06. Dezember 2022: [Konzentration auf Qualität ist der richtige Weg](#)

03. April 2023: Unnötig viele Pflegefälle

## Social Media

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

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

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

## Beiträge in Fachbüchern, Zeitschriften und Zeitungen

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

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

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

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

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

# Statistiken

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

[Weiter](#)

# Gremien

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

Vorstand

Mitgliederrat

Fachausschuss Krankenhäuser

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

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

# Partner und Kooperationen

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

## 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH

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

## Aktion Saubere Hände

Die Aktion „Saubere Hände“ ist eine seit Anfang 2008 durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Kampagne zur Verbesserung des Händehygieneverhaltens in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und in der Ambulanten Medizin. Mit dem Jahresende 2013 endete die Finanzierung der Kampagne durch das Bundesministerium für Gesundheit.

## Aktionsbündnis Patientensicherheit

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

## Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation

Der BDPK ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX), einem Zusammenschluss der

maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation.

### **Arbeitskreis Gesundheit**

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

### **Bündnis Kinder- und Jugendreha**

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

### **Deutsche Krankenhausgesellschaft**

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

### **Deutscher Reha-Tag**

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

statt, an dem sich bundesweit Kliniken mit einer lokalen Veranstaltung in der Öffentlichkeit präsentieren.

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

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

### **Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung**

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

### **Deutsche Vereinigung für Rehabilitation**

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

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

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

## **Europäischer Gesundheitskongress München**

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

## **European Union of Private Hospitals**

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

## **führen & wirtschaften im Krankenhaus**

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

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

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

## **Gesundheitskongress des Westens**

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

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

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

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

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

### **KlinikRente**

[KlinikRente](#) ist das Branchenversorgungswerk für Betriebsrenten in der Gesundheitswirtschaft. Mehr als 4.400 Unternehmen nutzen bereits die Vorteile.

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

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

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

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

### **Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands**

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

### **Verein elektronische Fallakte**

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

# Nach IQMP zertifizierte Kliniken

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

[IQMP kompakt-Zertifizierungen](#)

[IQMP-Reha-Zertifizierungen](#)

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

# Impressum

## Herausgeber

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.  
Friedrichstraße 60  
10117 Berlin  
Telefon: 030 - 2 40 08 99 - 0  
Telefax: 030 - 2 40 08 99 - 30  
E-Mail: [post@bdpk.de](mailto:post@bdpk.de)  
[www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)

## BDPK Bundesgeschäftsstelle

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer  
Jonathan Graf, Leiter des Geschäftsbereichs Krankenhäuser  
Antonia Walch, Leiterin des Geschäftsbereichs Rehabilitation  
Letizia Cappelletti, Geschäftsbereich Rehabilitation  
Johanna Fiedler, Geschäftsbereich Krankenhäuser  
Katrin Giese, Pressesprecherin  
Dr. Miralem Hadzic, Geschäftsbereich Rehabilitation  
Pete Kwak, Geschäftsbereich Krankenhäuser  
Klaus Mehring, Geschäftsstellenleiter  
Antonia von Randow, Pressesprecherin  
Petra Voß, Sekretariat und Organisation  
Konstanze Zapff, Geschäftsbereich Rehabilitation (in Elternzeit)

## Redaktion

Ralf Giermann  
Katrin Giese  
Antonia von Randow