BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e. V.
Wir sichern Versorgung

Geschäftsbericht 2019/20

des Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e. V.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

1. Politik 9

Gesetze, Verordnungen 2019–2020 9

2. Krankenhäuser 22

Überkapazitäten 24

Ausgliederung Pflege, Personalquotient 25

Investitionsfinanzierung 26

Notfallversorgung 28

MDK-Reformgesetz 30

Pflegepersonaluntergrenzen 32

G-BA-PPP 33

Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag 34

3. Rehabilitation 37

Es bewegt sich etwas – aber noch nicht genug 37

Herausforderung Fachkräftemangel – zwischen Innovationen und Überregulierung 38

Personelle Strukturanforderungen der DRV auf dem Prüfstand 39

Leistungsgerechte Vergütung in der Reha 41

Kampagne „Reha. Macht's besser!" 42

Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl 44

Jahrestagung der Kinder- und Jugendrehabilitation 45

Fachkonferenz Qualität in der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder 47

4. Tarif und Personal 50

Austausch Workshop Pflegeinnovationen 50

KlinikRente 52

5. Öffentlichkeitsarbeit 55

Veranstaltungen 56

Pressemitteilungen 59

Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen 61

Nachrichten des BDPK 62

6. Statistiken 64

7. Informationen 66

Gremien des BDPK 66

Landesverbände 67

Partner und Kooperationen 68

Impressum 73

Anhang 74

Vorwort

Die Coronakrise

Im Frühjahr 2020, in dem dieser Geschäftsbericht entsteht, befinden wir uns in einem Ausnahmezustand, den wir uns noch vor ein paar Wochen so nie hatten vorstellen können. Das neuartige Coronavirus (Sars CoV-2) hat eine weltweite Pandemie ausgelöst, deren Auswirkungen wir langsam versuchen zu begreifen. Aktuell steht das deutsche Gesundheitswesen, ja, die gesamte deutsche Bevölkerung, vor der größten Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg. Die Kurven der weltweit Erkrankten schnellen immer steiler nach oben, in Italien steht das Gesundheitssystem kurz vor einem Kollaps, und in Deutschland versuchen wir Maßnahmen zu ergreifen, um die Kurve flach zu halten und weiterhin eine gute medizinische Versorgung garantieren zu können. Gefordert sind alle Krankenhäuser und Vorsorge- und Reha-Kliniken, egal in welcher Trägerschaft. Während das Land langsam seinen Betrieb herunterfährt, richten wir uns in den Kliniken auf einen Ansturm von COVID-19-Patienten ein und müssen einkalkulieren, dass die Krankenhäuser von dieser Welle überrollt werden. Wir wissen nicht, ob die Krankenhausbetten auf Normal- und Intensivstationen oder ob die Beatmungsplätze ausreichen. Zur Vorbereitung gehört, für diese potenziellen Patienten alle Kapazitäten frei zu machen. Was völlig logisch erscheint, hat allerdings die problematische Nebenwirkung, dass Kliniken ohne Patienten in unserem Gesundheitswesen auch keine Einnahmen haben. Die Folge wäre, dass die Gehälter für die in der Krise dringend benötigten Ärzte und Pflegekräfte nicht mehr bezahlt werden könnten.

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz will die Bundesregierung die Kliniken finanziell unterstützen. In intensiven Verhandlungen über die DKG sowie in direkten Gesprächen mit Politikern auf Bundes- und Landesebene konnten zunächst akzeptable Rahmenbedingungen für die Liquidität und für die Erbringung und Abrechnung akut stationärer Leistungen in Krankenhäusern und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden. Zeitgleich erlässt die Bundesregierung im Rahmen des sogenannten Sozialschutzpaketes auch einen Rettungsschirm für die Rehabilitationseinrichtungen mit dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz. Hier wird geregelt, dass Rehabilitationseinrichtungen für die Leerstände, die durch die Coronakrise entstehen, mit 75 Prozent des durchschnittlichen Vergütungssatzes entschädigt werden.

Besonders problematisch bleibt die Situation der Kliniken nach § 30 GewO. Wir haben uns bis in die letzte Phase des Gesetzgebungsverfahrens intensiv bemüht, auch für diese Kliniken, die von den für die Krankenhausplanung zuständigen Länderministerien ebenfalls in die Krisenbewältigung einbezogen wurden, in den Schutzschirm einzubeziehen. Leider ergebnislos. Offensichtlich scheint den Politikern zwar die Leistungsfähigkeit der Kliniken wichtig zu sein, deren finanzielle Absicherung aber nicht. Wir werden weiter auf die Gesundheitspolitiker einwirken. Diese Kliniken, die ebenfalls Corona-Patienten behandeln, sollen auch unter den Schutzschirm des COVID 19-Krankenhausentlastungsgesetzes fallen.

Nachdem die Gesetzgebung in diesem Bereich weitgehend abgeschlossen ist, müssen wir nun gemeinsam mit den Landesverbänden der Privatkliniken und unseren Mitgliedskliniken den Blick auf anstehende Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner und auf eine pragmatische Umsetzung richten.

Gesundheitspolitik im Krankenhausbereich

Fast monatlich hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in seiner bisherigen Amtszeit Gesetze und Reformen auf den Weg gebracht. Damit hält er alle Akteure in Politik, Selbstverwaltung, Verbänden und vor allem in den Krankenhäusern in Atem. Zweifelsohne legt unser Bundesgesundheitsminister als exzellenter Kenner des Gesundheitssystems dabei den Finger in die richtige Wunde. So wurde eine Vielzahl von kleinteiligen Gesetzen verabschiedet, die in der Umsetzung zu Problemen führten oder weitere Fragestellungen aufwarfen. Dazu gehören bspw. die Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen, die Ausgliederung der Pflegekosten als Beitrag zur Lösung des Pflegenotstandes oder die dezidierten Personalanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik erlässt, und die MDK-Prüfung. Die Gefahr bei so viel Detailregulierung ist nun mal eine Überregulierung. Genau in dieser Phase befinden wir uns. Dokumentation und das richtige Ausfüllen von Vordrucken scheinen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern häufig wichtiger als die eigentliche Kernaufgabe, nämlich die gute Behandlung von Patienten. Das führt zu viel Frust in unseren Kliniken.

Nach ihrer Auffassung müsste viel mehr darüber diskutiert werden, welche Strukturen, Abläufe und Prozesse geändert und modernisiert werden müssten, um das vorhandene Personal sinnvoll und zu seiner Zufriedenheit einzusetzen. Eine Vielzahl an Fragen gilt es dabei zu beantworten: Wie entlasten wir das Krankenhauspersonal von patientenfernen und bürokratischen Arbeiten? Wie schaffen wir eine rechtssichere und effiziente Aufgabenteilung, die komplett an den Erfordernissen einer modernen Patientenversorgung und an verfügbarem Personal orientiert ist? Wie sieht denn konkret eine moderne digitale Infrastruktur für Krankenhäuser aus und was können wir davon aus dem Ausland lernen? Wie implementieren wir sie in die Krankenhäuser, damit alle Mitarbeiter davon profitieren? Damit werden wir uns in den kommenden Jahren beschäftigen müssen.

Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) hat die Krankenhäuser dabei nicht vorangebracht. Denn wirksam sind diese erst, wenn ihre Einhaltung zu jedem Zeitpunkt überprüfbar ist. In der Konsequenz steigt die Erfassungs- und Kontrollbürokratie auch beim Pflegepersonal sprunghaft an. Besonders in den Pflegesensitiven Bereichen zeigt sich die negative Seite der PPUG. So können beispielsweise auf Intensivstationen, Stroke Units, kardiologischen und herzchirurgischen Abteilungen nicht mehr alle Patienten behandelt werden. Die erste Bewährungsprobe haben die PPUG im Übrigen nicht bestanden. Mit der Coronakrise mussten sie direkt wieder ausgesetzt werden, denn sie beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit der Kliniken und der Patientenversorgung. Die Aussetzung der PPUG war einer der ersten Maßnahmen des Bundesgesundheitsministeriums.

Aufwind für die Reha

Seit mehr als einem Jahrzehnt fordert der BDPK vom Gesetzgeber nachhaltige Reformen der Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation. Nun scheint es endgültig geglückt zu sein: Der Gesetzgeber legte in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit dem BDPK das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) vor, das erheblich zu Verbesserungen der medizinischen Rehabilitation beitragen wird. Alle drei vom BDPK kritisierten Problembereiche werden mit diesem Gesetzent-

wurf aufgegriffen: Die Verordnung bzw. die Genehmigung der Leistungen durch die Krankenkassen, die Gestaltung der Versorgungsverträge und der Preisverhandlungen sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten werden deutlich verbessert.

Oftmals scheitern Patienten, die eine Leistung zur Rehabilitation benötigen, bereits an der verweigerten Genehmigung durch die Krankenkassen. Häufig wird die Leistung trotz dringender Empfehlung des verordnenden Arztes von den Krankenkassen nach Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach Aktenlage abgelehnt. Das führt zu vollen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Auch bei der Klinikwahl entscheiden die Versicherungen und letzten Endes das Geld. Bei den Vergütungssatzverhandlungen haben die Kassen die Trümpfe in der Hand und spielen diese auch aus: Setzt eine Klinik höhere Kosten in höhere Preise um, dann ist mit einem sofortigen Belegungseinbruch zu rechnen. Die Wahl der Versicherung fällt dann auf die Einrichtung mit den für sie geringsten Kosten. Im Gegensatz zum Arzt oder Krankenhaus kann sich also der Patient nicht immer selber die Reha-Einrichtung aussuchen. Entscheidet er sich gegen die Wahl der Krankenkasse, so führt das häufig zu Mehrkosten. Hinzukommt: Das Preisdumping der Kassen führt dazu, dass sich die Pflegesätze in den letzten Jahren unterdurchschnittlich entwickelt haben und eine Reha kaum mehr als eine mittelklassige Hotelübernachtung kostet. Das Problem ist, dass die Vergütungsverträge nach wie vor an die Grundlohnsumme gebunden sind. Das führt u. a. auch dazu, dass Pflegekräfte in Krankenhäusern bis zu 500 Euro mehr verdienen als die Kollegen in der Reha. Beim Kampf um die besten Fachkräfte kann die Reha so kaum mithalten.

Alle diese Punkte werden im IPReG berücksichtigt. Damit erhalten die Reha-Einrichtungen erstmals ein partizipatives Leistungserbringerrecht, in dem sie selber über die maßgeblichen Reha-Leistungserbringerverbände an der Ausgestaltung der Leistungs- und Vergütungsgrundlagen beteiligt werden.

Anders wiederum sieht es bei der Reha der Rentenversicherung aus. Auch hier kam Anfang des Jahres der Entwurf eines Medizinischen Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetzes (MedRehaBeschG). Das Gesetz soll die Rentenversicherung künftig davor schützen, Leistungen der medizini-

schen Rehabilitation öffentlich auszuschreiben. Das geht nur mit einem, von der Rentenversicherung organisierten, möglichst transparenten und diskriminierungsfreien Zulassungsverfahrung der Reha-Einrichtungen sowie einem ebensolchen Belegungsverfahren. Problematisch an dem Gesetzentwurf ist, dass die Rehabilitationsrichtungen keine geregelten Mitwirkungsrechte im SGB VI haben und die DRV als Reha-Träger allein handlungs- und beschlussfähig ist.

Fazit

Der Blick in die Zukunft fällt in diesen Tagen schwerer denn je. Die Corona-Pandemie zeigt uns, dass unser Gesundheitssystem veränderbar ist, wenn man nur will. Ein „Weiter so“ muss es nicht zwangsläufig geben. Als Verband wollen wir an einem Gesundheitswesen mit mehr Patienten- und Mitarbeiterorientierung arbeiten, das wirtschaftlich und leistungsstark ist.

1. Politik

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Überblick über die verabschiedeten Gesetze und Verordnungen der letzten zwölf Monate. Der BDPK hat sich zu den vielen Gesetzes- und Verordnungsvorhaben 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.

Gesetze, Verordnungen 2019 – 2020

Fachkräfteeinwanderungsgesetz

Zeitplan: Verkündung am 20.08.2019, Inkrafttreten am 01.03.2020

Inhalt: Einheitlicher Fachkräftebegriff, der Hochschulabsolventen und Beschäftigte mit qualifizierter Berufsausbildung umfasst; Verzicht auf eine Vorrangprüfung bei anerkannter Qualifikation und Arbeitsvertrag; Wegfall der Begrenzung auf sogenannte Mangelberufe bei qualifizierter Berufsausbildung; Möglichkeit für Fachkräfte mit qualifizierter Berufsausbildung entsprechend der bestehenden Regelung für Hochschulabsolventen, für eine bestimmte Zeit zur Arbeitsplatzsuche nach Deutschland zu kommen (Voraussetzung: ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und Lebensunterhaltssicherung)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / Fachkräfteeinwanderungsgesetz

Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz

Zeitplan: Verkündung am 22.11.2019, Inkrafttreten am 01.09.2020 (zum Wintersemester 2020/2021)

Inhalt: Änderung der Berufsbezeichnung, künftige Bezeichnung: Psychotherapeutin/Psychotherapeut, bisherige Bezeichnung: Psychologische Psychotherapeut/innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen; für Ärztinnen und Ärzte, künftige Bezeichnung: ärztliche Psychotherapeutin/Psychotherapeut; Angebot eines Direktstudiums Psychotherapie an den Universitäten: 3-jähriges Bachelor- und ein 2-jähriges Masterstudium, Abschluss mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung, Approbation bei bestandener Prüfung; Möglichkeit einer Weiterbildung nach jeweiligem Landesrecht organisiert im Anschluss an das Studium in stationären oder ambulanten Einrichtungen; mit Abschluss der Weiterbildung, Berechtigung des Arztregister-Eintrags und Bewerbung um Zulassung für die Versorgung im Rahmen der GKV

Forderung des BDPK: Mehrkosten müssen refinanziert werden. Variabler Einsatz zwischen Ärzten und Psychotherapeuten muss erhalten bleiben. Rehabilitation als Einsatzort und Arbeitgeber zahlreicher Psychotherapeuten darf nicht vergessen werden. Um dort den Bedarf decken zu können, müssen im Studium entsprechende Handlungskompetenzen vermittelt werden (vgl. BDPK-Stellungnahme hier).

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / PsychThGAusbRefG

Hebammenreformgesetz

Zeitplan: Verkündung am 28.11.2020, Inkrafttreten am 01.01.2020

Inhalt: Neuordnung der Ausbildung von Hebammen; Einführung eines dualen Studiums (Kombination eines wissenschaftlichen Studiums mit einer berufspraktischen Ausbildung); Übertragung der organisatorischen Gesamtverantwortung an die Hochschulen; Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern für die praktische Ausbildung, neue Zugangsvoraussetzungen für zukünftige Hebammen: mindestens eine zwölfjährige allgemeine Schulbildung oder Nachweis über eine erfolgreich abgeschlossene Pflegeausbildung

Forderung des BDPK: Ausweitung der Haftungsprivilegierung für Krankenhäuser

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / Hebammenreformgesetz

Implantateregister-Errichtungsgesetz

Zeitplan: Verkündung am 17.12.2019, Inkrafttreten am 01.01.2020

Inhalt: Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für ein bundesweites Implantateregister, verpflichtende Teilnahme aller Beteiligten

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / EDIR

Jahressteuergesetz 2019

Zeitplan: Verkündung am 17.12.2019, Inkrafttreten am 01.01.2020

Inhalt: Kabinettsentwurf sieht gesetzliche Festschreibung der Auslegungshilfe des BMF zur Umsatzsteuerbestimmung von Kliniken ohne Versorgungsvertrag vor.

Forderung des BDPK: Medizinisch notwendige Leistungen von Privatkliniken nach §30 GewO müssen von der Umsatzsteuer befreit sein (vgl. BDPK-Stellungnahme hier).

Digitale-Versorgung-Gesetz

Zeitplan: Verkündung am 18.12.2019, Inkrafttreten am 19.12.2019

Inhalt: Zugangserleichterung der Versicherten zu digitalen Innovationen und Forcierung der Entwicklung innovativer telemedizinischer Versorgungsangebote, Leistungsanspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen

Forderung des BDPK: Um die Chancen der Digitalisierung zu nutzen, ist es wichtig, dass Reha-Kliniken Teil der Telematikinfrastruktur sind. Die Anbindung von Reha-Kliniken muss deshalb zügig nachgeholt werden.

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / DVG

Anästhesie- und Operationstechnischen-Assistenten-Gesetz

Zeitplan: Verkündung am 20.12.2019, Inkrafttreten am 01.01.2022

Inhalt: Bundeseinheitliche Regelung der Berufe

Forderung des BDPK: Beibehaltung der derzeitigen Anzahl der Praxisstunden anstatt einer Verringerung; gesetzliche Nennung der Ausbildungsberufe, die auf die Ausbildungsdauer angerechnet werden können (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / ATA-OTA-G

MDK-Reformgesetz

Zeitplan: Verkündung am 20.12.2019, Inkrafttreten am 01.01.2020

Inhalt: Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), Gewährleistung der Unabhängigkeit des MD, Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen und Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz im Prüfgeschehen

Forderung des BDPK: Verweildauerprüfung nicht bei Berechnung der Prüfquote einzubeziehen, Strukturmerkmale Bestandsschutz, Krankenhäuser im MD-Verwaltungsrat, FDA-Ausnahme Neurologische Früh-Reha und Qualitätsverträge (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / MDK-Reformgesetz

Masernschutzgesetz

Zeitplan: Verkündung am 13.02.2020, Inkrafttreten am 01.03.2020

Inhalt: Verpflichtender Nachweis des Masernimpfstatus u. a. für alle Personen, die in Krankenhäusern und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit und ohne direktem Patientenkontakt tätig sind und nach dem 31.12.1970 geboren sind; Verpflichtung der Einrichtungen, Impfstatus zu prüfen und beim Gesundheitsamt zu melden; Sanktionsregelung: Bußgeld in Höhe von bis zu 2.500 Euro; Regelungen zur Erstellung einer Bundesstatistik für verschiedene meldepflichtige Krankheiten

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / Masernschutzgesetz

Regierungsentwurf eines Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (urspr. Faire-Kassenwahl-Gesetz)

Zeitplan: 13.02.2020 2./3. Lesung Bundestag, 13.03.2020 2. Durchgang Bundesrat

Inhalt: Weiterentwicklung Risikostrukturausgleich und Organisationsrecht in der GKV

Forderung des BDPK: Erhöhung des Zuschlags auf 0,9 Prozent des Rechnungsbetrags bei Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 in ein Krankenhaus aufgenommen werden und Erweiterung des Zuschlags auf psychiatrische/psychosomatische und besondere Einrichtungen (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / GKV-FKG

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Zeitplan: 10.01.2020 Referentenentwurf, 17.02.2020 BMG-Anhörung zum Referentenentwurf, weiterer Zeitplan nicht festgelegt

Inhalt: Einrichtung und gemeinsamer Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) durch KVen und Krankenhäuser unter fachlicher Leitung der jeweiligen KV; INZ muss jederzeit erreichbar sein, Organisation der Notfallversorgung obliegt KVen; Vergütungsabschläge i. H. v. fünfzig Prozent für Notfallversorgung in Krankenhäusern ohne INZ; Vergütung von INZ-Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung über Grundpauschale und eine nach Schweregrad differenzierte Pauschale, Abrechnung erfolgt über KVen

Forderung des BDPK: INZ an allen Notfallkrankenhäusern, keine neuen G-BA-Anforderungen, INZ in Organisationsverantwortung des Krankenhauses, kein Fünfzig-Prozent-Abschlag bei Behandlung in einem Krankenhaus ohne INZs (vgl. BDPK-Stellungnahme hier).

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Arbeitsentwurf zur geänderten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Zeitplan: 29.11.19 Arbeitsentwurf, Inkrafttreten voraussichtlich 01.10.2025

Inhalt: Ausrichtung am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM); Digitalisierung der Medizin und die Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums; im neuen § 30 „Pflegedienst“ wird klargestellt, dass dem abzuleistenden 3-monatigen Pflegedienst pflegerische Tätigkeiten im Rahmen eines Freiwilligen Sozialen Jahres, des Bundesfreiwilligendienstes oder des Zivildienstes sowohl im Krankenhaus als auch in einer Reha-Einrichtung angerechnet werden können; Voraussetzung hierfür ist, dass der Pflegeaufwand in der Rehabilitationseinrichtung mit dem eines Krankenhauses vergleichbar ist; Anlage 9 „Zeugnis über den Pflegedienst“ ist entsprechend angepasst

Forderung des BDPK: Vermittlung von Wissen über Instrumente der/des ambulanten und stationären Qualitätssicherung/Qualitätsmanagements und Kompetenzen der datengestützten Fallanalyse, verpflichtendes Blockpraktikum Reha, Kooperation Universitätsklinikum Reha, Möglichkeit, die 4. Station des Praktischen Jahres in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / Arbeitsentwurf zur geänderten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Referentenentwurf eines Zehnten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0

Zeitplan: Referentenentwurf am 24.01.2020, weiterer Zeitplan nicht festgelegt

Inhalt: Zusätzliche Befugnisse für Kartellbehörden, Regelungen zu Behördenzuständigkeiten und dem Ablauf des Verwaltungsverfahrens in den Kartellbehörden, Modernisierung der Missbrauchsaufsicht der digitalen Wirtschaft für eine effektivere Erfassung des Missbrauchs von Marktmacht durch digitale Plattformen, Überarbeitung der Vorschriften der formellen Fusionskontrolle

Forderung des BDPK: Vorgaben zur Fusionskontrolle sollten beim Zusammenschluss von Krankenhäusern durch die Einführung einer Bereichsausnahme ergänzt werden, um notwendige und politisch gewollte Zusammenschlüsse zu ermöglichen (vgl. BDPK-Stellungnahme hier).

Referentenentwurf eines Patientendatenschutz-Gesetzes

Zeitplan: Referentenentwurf am 30.01.2020, weiterer Zeitplan nicht festgelegt

Inhalt: Möglichkeiten und Vorteile der elektronischen Patientenakte (ePA) sollen für alle Versicherten nutzbar gemacht werden. Die ePA soll außerdem hinsichtlich ihrer Inhalte, Nutzung der Verarbeitungsbefugnisse und der Zugriffskonzeption näher ausgestaltet werden. Die Dynamik bei der Nutzung der Anwendung medizinischer TI soll durch Anreize und Fristen erhöht und im Hinblick auf datenschutzrechtliche Vorgaben angepasst werden. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen sich an die Telematikinfrastruktur anschließen und dafür einen Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten können.

Forderung des BDPK: Möglichkeit der Anbindung der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur mit Erstattung der anfallenden Kosten (vgl. Stellungnahme der AG MedReha hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / PDSG

Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (urspr. Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz)

Zeitplan: Regierungsentwurf am 12.02.2020, 1. Durchgang Bundesrat voraussichtlich am 03.04.2020

Inhalt: Wegfall der Überprüfung der med. Erforderlichkeit für vertragsärztlich verordnete geriatrische Reha unter Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente; Stellungnahme ist dem Versicherten und mit Einwilligung verordnendem Arzt zur Verfügung zu stellen; Entscheidungsmitteilung der Krankenkasse gegenüber Versichertem und verordnendem Arzt; G-BA legt geeignete Abschätzungsinstrumente für das geriatrische Assessment sowie Fälle der Anschlussreha fest, die ohne vorherige Überprüfung erbracht werden können; Zuständigkeit der Landesschiedsstellen auch bei Streitigkeiten zu Versorgungsverträgen; Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V wird für alle Vorsorge- und Reha-Leistungen aufgehoben; Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; Hälftige Mehrkostenzahlung bei Wunsch- und Wahlrecht; vierjährige Wiederholungsfrist für Versicherte unter achtzehn Jahren soll äquivalent zur Regelung im DRV-Bereich nun auch in GKV-Bereich fallen.

Forderung des BDPK: Keine Mehrkostenzahlung bei Wunsch- und Wahlrecht; alle Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege sowie Mutter-/Vater-Kind-Leistungen müssen ohne Prüfung der Erforderlichkeit durch die Krankenkassen genehmigt werden; Gleichstellung der ambulanten Reha mit der stationären Reha in § 107 Abs. 2 SGB V (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / GKV-IPREG

Referentenentwurf Medizinische Rehabilitations-leistungen-Beschaffungsgesetz

Zeitplan: 10.02.2020 Referentenentwurf, 27.02.2020 Ministeriumsanhörung

Inhalt: Zulassung und Inanspruchnahme von Reha-Einrichtungen durch die RV-Träger sollen im Einklang mit dem (europäischen) Vergaberecht gesetzlich geregelt werden und durch den federführenden RV-Träger erfolgen, sofern sie die festgelegten Anforderungen für die Zulassung erfüllen. Die DRV Bund soll verbindliche Entscheidungen zu Zulassung, Einrichtungsauswahl, Vergütung und Qualitätssicherung bis Ende 2022 treffen. DRV Bund soll ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem (unter Berücksichtigung der Indikation, Leistungserbringungsform, spezifischer konzeptueller Aspekte und besonderer medizinischer Bedarfe) bis 2025 entwickeln. Daten der externen QS sollen veröffentlicht werden.

Forderung des BDPK: Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen und ihrer Verbände durch die Vereinbarung von verbindlichen Rahmenempfehlungen zur Leistungserbringung, Vergütung und Belegung sowie der Qualitätssicherung (vgl. BDPK-Stellungnahme hier)

→ Link zu Gesetzen und Verordnungen / MedRehaBeschG

Krankenhäuser

2. Krankenhäuser

Die politischen Entscheidungsträger haben die Krankenhäuser verpflichtet, alle planbaren Krankenhausbehandlungen einzustellen und sich voll und ganz auf die Behandlung der Corona-Patienten zu fokussieren. Infektiöse Patienten müssen nicht von nicht infektiösen getrennt werden, Schutzkleidung und Atemschutzmasken sind zu organisieren, zusätzliche Intensivbetten mit Beatmungsgeräten sind aufzubauen, Mitarbeiter sind für die Intensivstationen und die Geräte zu schulen, Testlaborkapazitäten und Möglichkeiten der frühen Verlegung von normal kranken Patienten in Reha-Kliniken sind zu organisieren. Der Preis für diese Vorbereitungen ist, dass kaum noch normale Krankenhauspatienten behandelt werden. Damit brechen schlagartig die Einnahmen der Kliniken weg, und die Mitarbeiter, die so dringend benötigt würden, können nicht mehr bezahlt werden.

Vom Gesundheitsministerium wurde finanzielle Unterstützung zugesagt. Im Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz ist vorgesehen, die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen und finanzielle Belastungen auszugleichen. Diese Maßnahmen sind dringend notwendig. Durch die Absage nicht medizinisch notwendiger planbarer Operationen ist die Liquidität vieler Kliniken gefährdet. Zusätzliche Mittel sind zum Aufbau neuer Intensivkapazitäten notwendig. Fraglich ist, ob die vorgesehenen Mittel für alle Krankenhäuser ausreichend sind. Es ist zu befürchten, dass sich spezialisierte Fachkliniken und Maximalversorger nicht ausreichend refinanzieren können. Hier muss dringend laufend bewertet und nachgesteuert werden. Völlig unverständlich ist, dass Krankenhäuser mit Zulassung nach § 30 GewO nicht durch den Rettungsschirm erfasst werden. Diese Kliniken stehen bereit, um während der Corona-Pandemie Krankenhäuser zu unterstützen und einen wesentlichen Beitrag bei der Patientenversorgung zu leisten. Es wäre dringend notwendig, diese in die Versorgung einzubinden.

Was durch die Krise auch deutlich wird: Das Finanzierungs-, Kontroll- und Abrechnungssystem der Krankenhäuser hat eine Komplexität erreicht, die zunehmend den täglichen Ablauf in Kliniken erschwert. Nicht umsonst wurde als eine der ersten Maßnahmen ein Aussetzen der Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen beschlossen. Insgesamt muss konstatiert werden, dass sich das Finanzierungssystem in den letzten Jahren von einer sinnvollen Qualitätsorientierung zunehmend hin zu einer

Strukturorientierung gewandelt hat. Während sinnvolle Maßnahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wie Qualitätsverträge, Qualitätstransparenz für Patienten und qualitätsorientierte Krankenhausplanung bislang nur begrenzt Wirkung entfalten, stehen das Zählen von Köpfen und zentrale Vorgaben für den Personaleinsatz hoch im Kurs: Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalquotient, G-BA-Vorgaben von der Neonatologie bis zur Psychiatrie und Psychosomatik, Strukturanforderungen in Komplexcodes – um nur einige zu nennen. Die Liste lässt sich beliebig fortsetzen. Aufgrund des Fachkräftemangels ist es für Krankenhäuser nicht immer leicht, diese Vorgaben zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Gleichzeitig wird das Personal durch aufwendige Dokumentations- und Bürokratiepflichten zusätzlich belastet. Für Krankenkassen ist die hohe Komplexität komfortabel. Es entstehen immer neue Prüfansätze und ein regelrechter Rechnungskürzungswettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen. Dringend notwendig, dass wir endlich wieder zu einem vertrauensvolleren und qualitätsorientierten Umgang gelangen und uns wieder auf das Eigentliche konzentrieren können: die gute Versorgung von Patienten.

Überkapazitäten

Im Sommer 2019 sorgte die Studie „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung“ der Bertelsmann-Stiftung für Aufsehen. Die Ergebnisse der Studie: Statt rund 1.600 Akutkrankenhäuser seien 600 für gute Versorgung ausreichend. Mehr als jedes zweite Krankenhaus könnte laut Studie also geschlossen werden. Sofort und fast einstimmig wurden die Studienergebnisse von Krankenhausverbänden zurückgewiesen.

Abb.:
Zukunftsfähige Krankenhausversorgung.
Studie BertelsmannStiftung 2019.

Wie viele Krankenhäuser braucht es also für gute Versorgung und wäre es besser, viele Häuser zu schließen? Aus Sicht des BDPK geht die Debatte an der eigentlichen Frage vorbei. Wichtig ist weniger, wie viele Krankenhäuser es insgesamt gibt, als die Frage, wo diese sind, welche Leistungen sie ihren Patienten bieten und wie gut sie die Versorgung sicherstellen. Die DKG stellte anlässlich des Frühlingsempfangs 2019 Eckpunkte einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung vor und signalisierte die Bereitschaft, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Aber es muss auch klar sein, ein bloßes immer höher Schrauben von Strukturanforderungen führt nicht zu einer guten Krankenhausversorgung. Dann brechen die Krankenhäuser an genau den Stellen weg, wo wir sie dringend zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung benötigen, nämlich im ländlichen Raum.

Ausgliederung Pflege, Pflegepersonalquotient

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG), das am 01.01.2019 in Kraft trat, wurde mit der Ausgliederung der Pflege der bislang größte Eingriff in das System der Fallpauschalen seit deren Einführung vorgenommen. Mit dem Gesetz wurde festgelegt, dass Pflege am Bett bereits ab dem Jahr 2020 außerhalb der Fallpauschalen in einem neuen Pflegebudget zu finanzieren ist.

Die Neuregelung führte im letzten Berichtszeitraum zu erheblichem Anpassungsaufwand. Für große Herausforderungen sorgte insbesondere die Frage der Abgrenzung von Kosten, die zukünftig im Pflegebudget abgebildet werden und Kosten, die im neuen aDRG-Katalog verbleiben.

Vereinbarungen der Selbstverwaltung zur Abgrenzung von Pflegepersonalkosten

- **02/2019:** Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung
- **05/2019:** Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020
- **05/2019:** Festsetzung der Bundesschiedsstelle zur Sachkostenvereinbarung und Vereinbarung zur Absenkung/Abstufung von Bewertungsrelationen
- **06/2019:** Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten nach § 3 Absatz 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung
- **10/2019:** Vereinbarung zu näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG
- **11/2019:** DKG-Hinweise zur Abgrenzung der Pflegekosten

Der Fachausschuss Krankenhäuser begleitete die Verhandlungen der Selbstverwaltung und tauschte sich laufend zu den Neuregelungen aus. Vor allem in der Umstellung werden die Neuregelungen die Budgetverhandlungen erheblich erschweren. Häufiger Streitpunkt wird sein, ob Pflegekräfte und ihre Helfer tatsächlich auf der richtigen Station in der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt werden.

Außerdem beschäftigte sich der Fachausschuss mit verschiedenen Folgeproblemen der Neuregelung. Ein Rechtsgutachten schaffte Klarheit darüber, dass Kosten außerhalb des Budgets der DRG-Krankenhäuser auch nicht darzustellen und vorzulegen sind, insbesondere Kosten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Außerdem waren die Ersatzbeträge für Pflegeentgelte für viele Kliniken mit hohen Pflegepersonalkosten ursprünglich zu niedrig bemessen. Hier drohten Liquiditätsengpässe bei spätem Abschluss der Budgetverhandlungen. Gemeinsam mit der DKG konnte eine gesetzliche Anpassung erreicht werden, die sich auf den Pflegeerlöskatalog bezieht und so den Pflegeentgeltwert von den individuellen Kosten abhängig macht. Insgesamt ist die Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen aber mit einer Vielzahl von Streitpunkten und erheblichem Zusatzaufwand verbunden. Gleichzeitig ist fraglich, ob das Ziel, die Situation der Pflege zu verbessern, im Fachkräftemangel durch die Neuregelung wirklich erreicht werden kann.

Investitionsfinanzierung

Eine hochwertige patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer Ausstattung möglich und erfordert beständige sowie hohe Investitionen in die Infrastruktur. Seit Jahren werden Länder dieser Verantwortung nicht gerecht. Jährlich haben Krankenhäuser einen Investitionsbedarf in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro. Den notwendigen Investitionen steht eine Investitionsförderung der Bundesländer im Jahr 2018 von ca. 3,04 Mrd. Euro zur Verfügung. Jährlich besteht eine Investitionskostenlücke von über 3,5 Milliarden Euro.

Entwicklung der Investitionsförderung 1993–2017, in Mrd. €

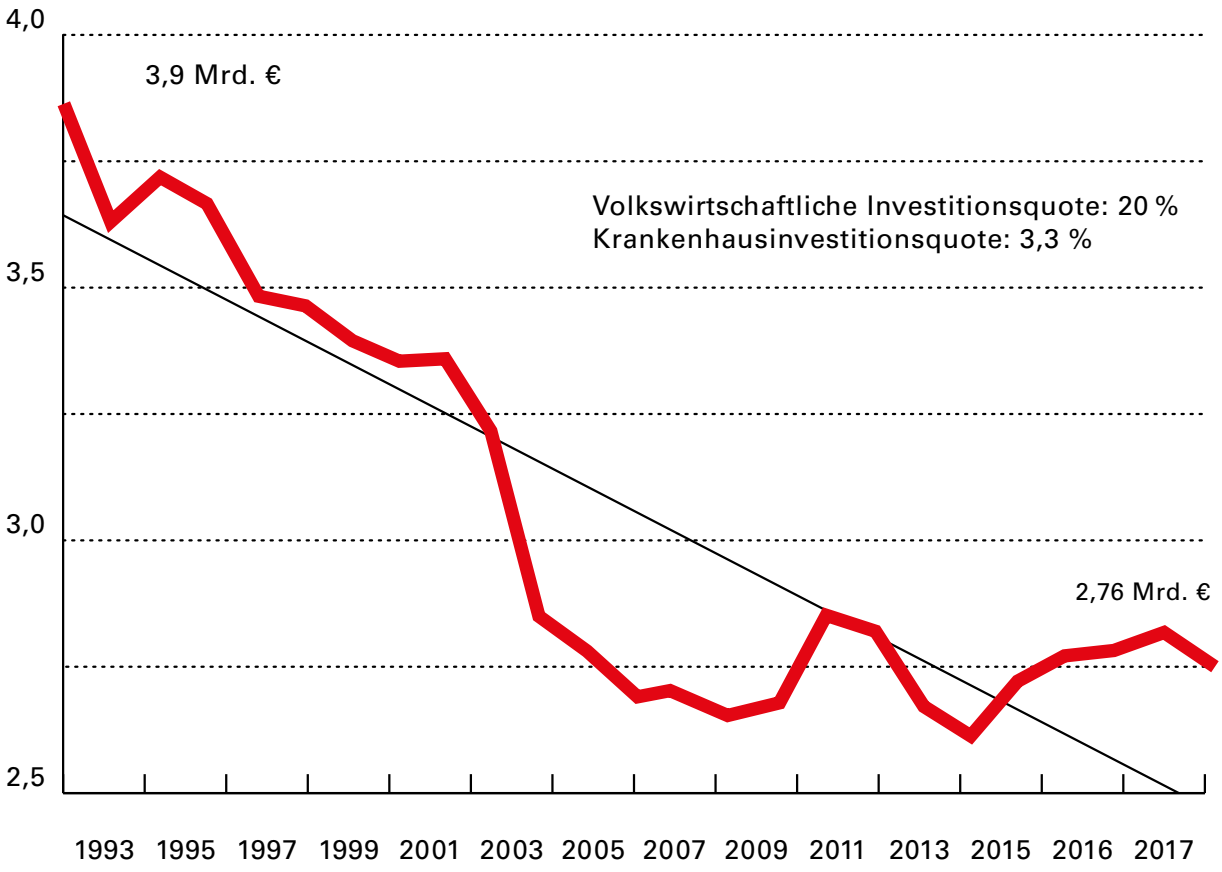

Abb.:
Entwicklung der Investitionsförderung 1993-2017, in Mrd. Euro. Quelle: DKG 2019.

Der BDPK fordert, dass die Bundesländer ihre Verantwortung in der Investitionsfinanzierung endlich übernehmen. Dafür muss in jedem Land das vom InEK berechnete landesspezifische Investitionsvolumen erreicht werden. Wenn Bundesländer ihre Verantwortung nicht übernehmen, sind auch Kofinanzierungsmodelle denkbar, bei denen Investitionsmittel in gleichen Teilen vom Land, von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie vom Bund zur Verfügung gestellt werden.

Notfallversorgung

Bereits vergangenes Jahr hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen Diskussionsentwurf zur Notfallversorgung vorgelegt. Mit dem Referentenentwurf vom 10.01.2020 soll nun die Umsetzung folgen. Zentrales Ziel dieses Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch Patienten zu fördern und die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Die Politik reagiert hiermit auf die Schwierigkeiten in der ambulanten Notfallversorgung. Seit Jahren suchen viele Personen die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf (insgesamt sind dies elf Millionen Menschen jährlich), obwohl sie innerhalb der ambulanten Notfallversorgung besser versorgt wären. Für Krankenhäuser stellt dies eine hohe personelle und auch finanzielle Belastung dar.

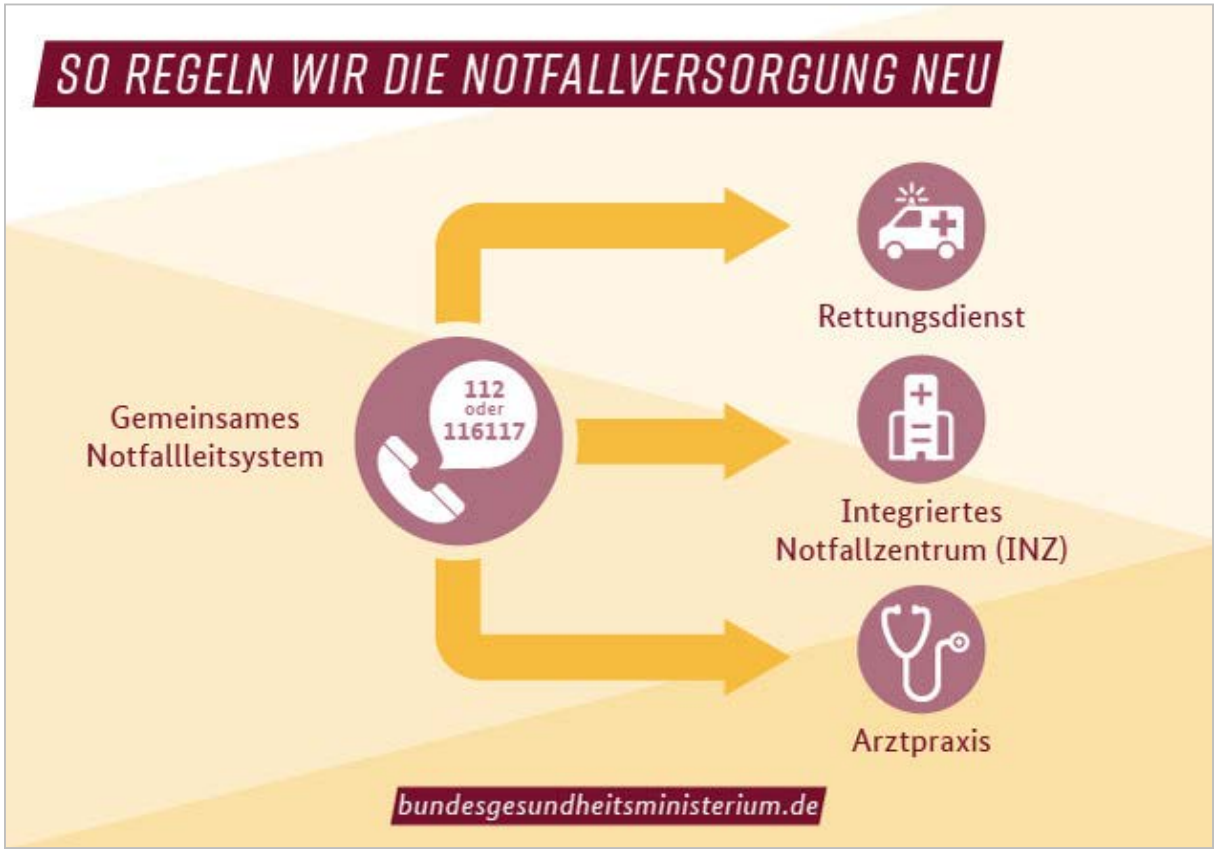

Abb.:
Reform der Notfallversorgung. Quelle: BMG 2020.

Der BDPK fordert, dass eine Reform der Notfallversorgung zu einer Verbesserung der Qualität und Leistungsfähigkeit durch eine gute Personal- und Medizintechnikausstattung führen muss. Diesem Anspruch aber werden die Regelungsinhalte des Referentenentwurfs aus unserer Sicht bei Weitem nicht gerecht. Das Vorhaben, durch ein Gemeinsames Notfallleitsystem die Patientensteuerung vor dem Krankenhausantritt zu verbessern, verfolgt einen sinnvollen Ansatz, ist jedoch nicht ausreichend. Denn auch zukünftig wird ein Großteil der Patienten die Notaufnahme der Krankenhäuser aufsuchen. Die weiterführende Initiative, mit Integrierten Notfallzentren (INZ) die Koordinierung und Kanalisierung der Notfallpatienten zu optimieren, kann erst dann erreicht werden, wenn die INZ entsprechend der beschriebenen Versorgungslogik an allen Plankrankrankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, errichtet werden. Die mit dem Gesetz geplante Konzentration der Anlaufstellen der Notfallpatienten auf wenige INZ würde gerade in ländlichen Regionen zu massiven Versorgungslücken führen.

Dass laut dem Entwurf die fachliche Leitung dieser INZ auf die Kassenärztliche Vereinigung übertragen wird, ist kontraproduktiv. Um eine effiziente Patientenversorgung sicherzustellen, müssen klare Organisations- und Verantwortungslinien existieren. Das kann nur gewährleistet werden, wenn die fachliche und organisatorische Leitung der INZ auf die Krankenhäuser übertragen wird.

Besonders scharf kritisieren wir, dass Krankenhäuser ohne INZ mit einem fünfzigprozentigen Vergütungsabschlag bestraft werden sollen, wenn sie Patienten ambulant in Notaufnahmen behandeln. Hierdurch würde für die Kliniken eine ethisch, haftungsrechtlich und versorgungspolitisch völlig unvertretbare Situation geschaffen werden, die in keiner Weise akzeptiert werden kann (vgl. BDPK-Fachartikel in der f&w März 2020 hier).

MDK-Reformgesetz

Das MDK-Reformgesetz ist am 01.01.2020 in Kraft getreten. Ziel des Gesetzgebers war es, mit diesem Gesetz auf den jährlich zunehmenden Prüfungsaufwand durch den MDK und den damit verbundenen unzumutbaren bürokratischen Aufwand bei Ärzten und Pflegekräften zu reagieren. Weiterhin sollte der MDK organisatorisch losgelöst von den Krankenkassen sein, um die Prüfungen neutral zu gestalten.

Dieses Ziel ist nur teilweise erreicht worden. Viele Probleme der Kliniken bleiben mit dem Gesetz aber weiterhin ungelöst oder wurden gar neu geschaffen. Unsere Kritik am MDK-Reformgesetz entzündet sich an folgenden Hauptpunkten:

- Wir begrüßen die gesetzliche Festlegung einer maximalen Prüfquote bzw. die Einführung eines gestuften Systems der Abrechnungsprüfung. Jedoch folgt die Berechnung der Prüfquote keinen objektiven Kriterien und ist daher zulasten der Krankenhäuser sehr strategieanfällig.
- Grundsätzlich befürworten wir auch, dass durch eine gesetzliche Regelung von Strukturprüfungen Rechtsklarheit hinsichtlich des Vorliegens von Strukturmerkmalen geschaffen wurde. Gänzlich ungeklärt bleiben allerdings die Folgen für Krankenhäuser, wenn die Bescheinigung des MDs nicht rechtzeitig vorliegt bzw. der MD nicht rechtzeitig prüft. Die Übergangsregelung für das Jahr 2020 ist an dieser Stelle viel zu vage. Es fehlen außerdem Regelungen zur Erteilung der Bescheinigung bei Wiederholungsprüfungen sowie beim gutachterlichen Vorgehen bei Widerspruch. Insgesamt fallen die festgelegten Fristen und Regelungsinhalte sehr zum Nachteil für die Krankenhäuser aus und sorgen sowohl für massiven Bürokratieaufwand als auch für Unsicherheiten der Krankenhäuser über verhandelbare und zu erbringende Leistungen.
- Weiterhin mangelnde Neutralität des MD aufgrund gleichbleibenden Personals in den MDs
- Unzureichende Ausgestaltung des Aufrechnungsverbots der Krankenkassen, da diese im Gesetz nicht mit einer bindenden Zahlungsfrist für Krankenkassen versehen wurde
- Prüfungen der unteren und oberen Grenzverweildauer sind aufgrund ihrer rein hypothetischen Auslegung für die Festlegung der Prüfquote

vollkommen ungeeignet, sind mit dem Gesetz aber nach wie vor möglich.

- Völlig inakzeptabel ist die Neuregelung, dass jede Krankenhausrechnung, deren Überprüfung eine Minderung des Rechnungsbetrages zur Folge hat, eine Strafzahlung des Krankenhauses von 300 Euro auslöst. Die Strafzahlung soll auch bei Minimalbeträgen von einem Euro greifen. Hierdurch werden den Kliniken Millionenbeträge entzogen, die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter kriminalisiert und die Versorgungssicherheit der Patienten gefährdet. Durch die Änderungen gehen den Kliniken allein im Jahr 2020 mindestens 380 Mio. Euro verloren.

Der BDPK und seine Mitgliedskliniken beteiligen sich an einer DKG-Kampagne, die bundesweit mit Anzeigen und Berichten in Tageszeitungen auf diese widersinnige Regelung aufmerksam macht.

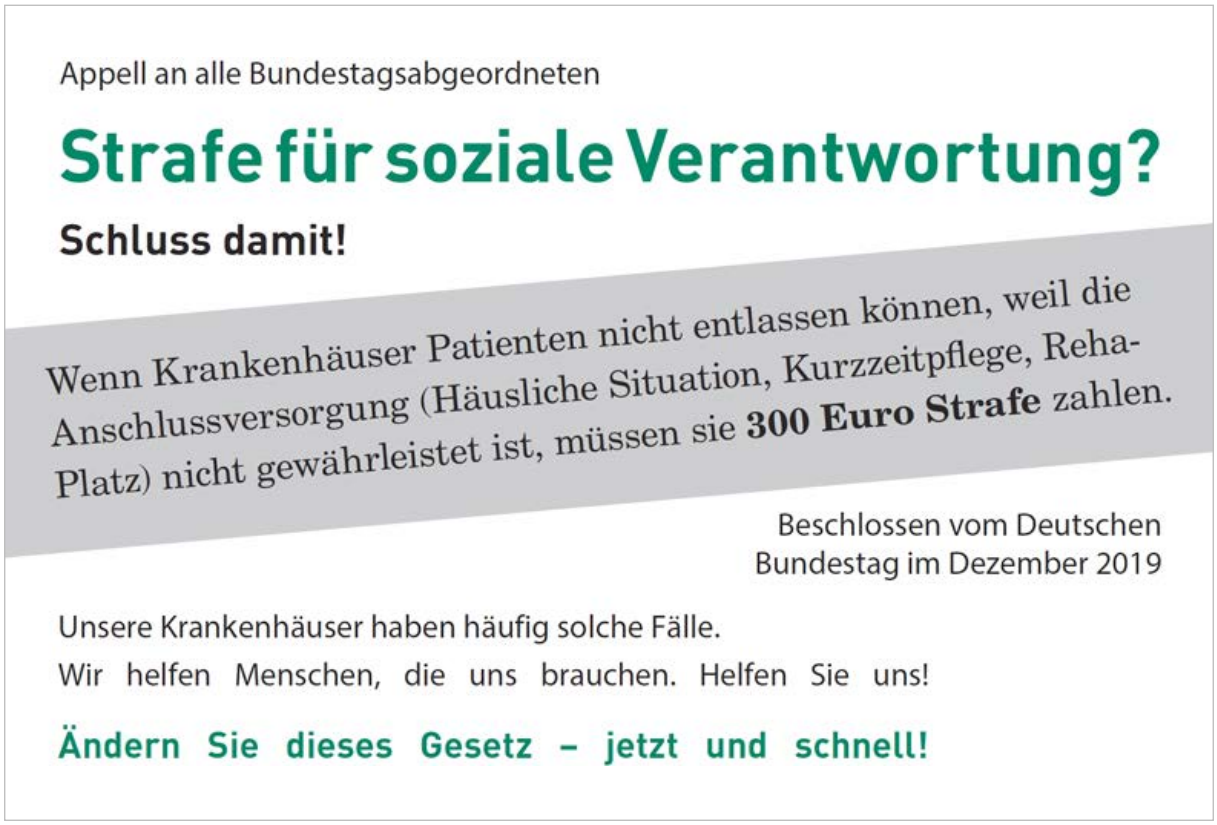

Abb.:
Anzeigenschaltung gegen Strafzahlungen. Quelle: DKG 2020.

Pflegepersonaluntergrenzen

Die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche für das Jahr 2020 wurden vom Bundesgesundheitsministerium per Ministerialverordnung in Kraft gesetzt. Wie im Vorjahr scheiterten im Vorfeld schwierige Verhandlungen der Selbstverwaltung. Für 2020 wurden die Neurologie, die neurologische Frührehabilitation, die Schlaganfalleinheit und die Herzchirurgie als neue pflegesensitive Bereiche festgelegt. Ab 2021 soll es Untergrenzen in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie geben. Das BMG hat das InEK angewiesen, Daten für diese Bereiche zu erheben.

Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.01.2020			
		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG	2,5:1*	3,5:1*
	PHK-Grenze	Ohne Berücksichtigung	Ohne Berücksichtigung
Geriatrie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15 %	20 %
Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	15 %
Kardiologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	10 %
Herzchirurgie	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5 %	Ohne Berücksichtigung
Neurologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10 %	8 %
Neurologie Schlaganfalleinheit	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	Ohne Berücksichtigung	Ohne Berücksichtigung
Neurologie Frührehabilitation	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10 %	8 %

*Intensivmedizin ab dem 01.01.2021: Tag 2:1, Nacht: 3:1 PPUG: Pflegepersonaluntergrenzen; PHK: Pflegehilfskräfte

Abb.:
Pflegepersonaluntergrenzen. Quelle: BDPK 2019.

Wir halten Pflegepersonaluntergrenzen für kein geeignetes Mittel zu Qualitätsverbesserungen. Ordnungspolitisch machen diese spätestens nach der Rückkehr zur Selbstkostendeckung in der Pflege keinen Sinn. Nachdem Pflegekosten voll refinanziert werden, gibt es keinerlei Anreize, an Pflegepersonal zu sparen. Besonders kritisieren wir die vorgesehenen Untergrenzen für Stroke Units und für die Neurologische Frührehabilitation. Der einseitige Bezug auf Pflege wird der wesentlichen Bedeutung der interdisziplinären Pflege- und Therapeutenteams sowohl auf Stroke Units als auch auf Abteilungen der Neurologischen Frührehabilitation nicht gerecht. Untergrenzen haben gleichzeitig aber direkte Auswirkungen auf die Versorgung. 2019 mussten 37 Prozent der Kliniken zeitweise Intensivbetten schließen (Zwischenergebnisse des DKI Krankenhaus-Barometers 2019). Dringend notwendig und zu begrüßen ist, dass die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Verbreitung des Coronavirus Sars-CoV-2 im März 2020 zunächst ausgesetzt wurden. Aber hieran wird auch deutlich, dass starre Personalvorgaben völlig ungeeignet dafür sind, auf Versorgungsbedarfe flexibel zu reagieren. Als Alternative zu Pflegepersonaluntergrenzen entwickelte die DKG gemeinsam mit dem Pflegerat und der Gewerkschaft ein Konzept zur Pflegpersonalbedarfsbemessung. Das Konzept wurde dem BMG im Januar 2020 vorgelegt.

G-BA-PPP

Am 19.09.2019 wurde im G-BA-Plenum gegen die Stimmen der DKG die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik beschlossen. Die vom G-BA festgelegten Mindestvorgaben entsprechen einer angepassten Psychiatrie-Personalverordnung und müssen mit einer Übergangsfrist von vier Jahren bis zum 01.01.2024 über alle Berufsgruppen erreicht werden (2020 und 2021: 85 Prozent, 2022 und 2023: 90 Prozent). Bei Nichteinhaltung drohen Sanktionen, deren Höhe und Berechnung aktuell noch nicht festgelegt sind und bis zum 30.06.2020 verhandelt werden.

Der BDPK kritisierte die Festlegung in mehreren Fachartikeln und Stellungnahmen. Die starren Personalvorgaben gefährden den Versorgungsauftrag psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser. Die Leis-

tungsfähigkeit einer Klinik lässt sich nicht über die Zahl des beschäftigten Personals definieren. Bei einer pauschalen Festlegung bleiben individuelle Charakteristika der Krankenhäuser unberücksichtigt. Kliniken weisen unterschiedliche Spezialisierungen, Behandlungsansätze und organisatorische Besonderheiten auf. Eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung orientiert sich längst nicht mehr an starren Stationsgrenzen, sondern am individuellen Bedarf der Patienten. Der kleinteilige stationsbezogene Nachweis widerspricht moderner psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsrealität und verhindert moderne Versorgungsangebote. Durch die Entscheidung muss Personal aus stationsübergreifenden Therapien in den Stationsbezug gepresst werden. Die Richtlinie stößt seit ihrer Veröffentlichung auf geschlossene Kritik der Krankenhaus- und Fachverbände und ist im Ergebnis ein massiver Eingriff in die Organisationsverantwortung der Krankenhäuser und ein Rückschritt für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung, der dringend rückgängig gemacht werden muss.

Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag

Nach wie vor steht das Ziel der Umsatzsteuerfreiheit für Privatkliniken im Mittelpunkt der BDPK-Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 Gewerbeordnung (GewO). Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag sind im Gegensatz zu zugelassenen Krankenhäusern nämlich weiterhin nur eingeschränkt von der Umsatzsteuer befreit. Der Gesetzgeber hat nunmehr die bestehende Auslegungshilfe des Bundesfinanzfinanzministeriums (BMF) aus dem Jahr 2016 im Jahressteuergesetz 2019 festgeschrieben, wonach Privatkliniken dann von der Umsatzsteuer befreit sind, wenn mindestens vierzig Prozent ihrer Leistungen von öffentlichen Sozialträgern finanziert werden. Der Gesetzgeber greift hierdurch auf die rechtliche Situation von vor 2009 zurück, die er bewusst abgeschafft hatte, um Bürokratie abzubauen. Mit der Verankerung der Auslegungshilfe in das Jahressteuergesetz 2019 wurden nun alle mit der Auslegungshilfe verbundenen Nachteile für Privatkliniken und Finanzämter, wie z. B. großer Prüf- und Bürokratieaufwand und Prognoseunsicherheit für Kliniken, gesetzlich manifestiert.

Die Festschreibung widerspricht dem unionsrechtlichen Grundsatz der steuerlichen Neutralität der MwStSystRL (vgl. BDPK-FAQ zu Privatkliniken hier) und erhält die steuerliche Ungleichheit zwischen Privatkliniken nach § 30 GewO und zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V aufrecht. Dabei erbringen Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag die gleichen medizinisch notwendigen Leistungen wie zugelassene Krankenhäuser und unterscheiden sich in ihren Strukturen nicht von diesen. Sie führen Krankenhausbehandlungen unter denselben ärztlich-therapeutischen Methoden durch. Wir plädieren folglich dafür, die Umsatzsteuerpflicht von der Art der Leistung und nicht von der Versicherung des Patienten abhängig zu machen.

Diese Position haben wir sowohl als Stellungnahme in das Gesetzgebungsverfahren für das Jahressteuergesetz 2019 eingebracht als auch in zahlreichen Fachartikeln und Schreiben an die Politik adressiert. Der BDPK hat weiterhin in Absprache mit der entsprechenden Facharbeitsgruppe am 12.06.2019 eine Petition beim Europäischen Parlament (vgl. hier) eingereicht, die der Petitionsausschuss inzwischen für formal und sachlich zulässig erklärt hat. Der Sachverhalt wurde auf dieser Grundlage an die Kommission zur weiteren Prüfung und mit Aufforderung zur Stellungnahme übersandt.

3. Rehabilitation

Es bewegt sich etwas – aber noch nicht genug!

Rehabilitation ist eine wichtige Säule im deutschen Gesundheitssystem. Sie verhindert Erwerbsminderung, Frühverrentung oder Pflegebedürftigkeit bei über zwei Millionen Patienten pro Jahr. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des sich verschärfenden Fachkräftemangels gewinnt die Rehabilitation immer mehr an Bedeutung. Damit Reha aber wirken kann, benötigt es einen bedarfsgerechten Zugang zu diesen Leistungen und eine leistungsgerechte Vergütung der Reha-Maßnahmen. In der Gesetzgebung wurde die Rehabilitation bislang jedoch konsequent gegenüber Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen benachteiligt. Mit dem im Februar 2020 beschlossenen Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) ist die Politik nun zumindest im Bereich der Reha der Gesetzlichen Krankenversicherung in der richtigen Richtung unterwegs.

Damit die Reha endlich Gehör findet, haben wir im Oktober 2019 die Kampagne „Reha. Macht's besser!" gestartet. Mehr als 200 Reha-Einrichtungen haben sich zusammengeschlossen, um sich für die Reha stark zu machen. Alle Reha-Einrichtungen sind aufgerufen, sich zu beteiligen, denn nur so können wir gemeinsam dazu beitragen, dass im Verlauf des parlamentarischen Verfahrens die guten Regelungen des IPReG nicht wieder aus dem Gesetzentwurf genommen werden. Der Reha eine Stimme zu geben, sollte auch mit der Umsetzung des IPReG nicht enden, denn es bleiben noch viele offene Punkte und weitere „Baustellen" auf dem Weg zur Stärkung der Reha wie zum Beispiel das Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz, mit dem die Rehabilitation im DRV-Bereich neu organisiert werden soll.

Aktuell ist die Reha aufgrund von COVID-19 zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Lange Zeit war unklar, ob auch die Vorsorge und Reha einen entsprechenden Schutzschirm durch die Bundesregierung erhält. Das ist aufgrund der intensiven Lobbyarbeit des BDPK und der Mitgliedskliniken

erreicht worden. Problematisch bleibt die Lage für die ambulante Reha, die nicht vom Rettungsschirm des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz umfasst ist.

Herausforderung Fachkräftemangel – zwischen Innovationen und Überregulierung

Reha- und Vorsorge-Einrichtungen stehen im Wettbewerb um qualifiziertes Personal innerhalb der Rehabilitationsbranche und mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens, insbesondere mit Krankenhäusern und Pflege-Einrichtungen. Die aktuellen Reformen im Krankenhaus- und Pflegebereich, wie beispielsweise die Umgestaltung der Pflegefinanzierung im Krankenhausbereich in Form der Ausgliederung der Pflege aus den DRG-Fallpauschalen und die zunehmende Pflegepersonalbemessung, mit denen dem Pflegenotstand in den Krankenhäusern begegnet werden soll, verschärfen den Fachkräftemangel in der Reha erheblich. Der demografische Wandel verursacht zusätzlich eine Verknappung des zur Verfügung stehenden Personals. Infolge dieser Entwicklungen müssen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit überdurchschnittlichen Personalkostensteigerungen umgehen und verstärkte Anstrengungen bei der Personalakquise unternehmen.

Die Politik ist bemüht, das Problem des sich verschärfenden Fachkräftemangels anzugehen und verfolgt beispielsweise mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz, das zum 01.03.2020 in Kraft getreten ist, das Ziel, den Rahmen für eine gezielte und gesteigerte Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus Nicht-EU-Ländern zu schaffen. Doch das allein wird nicht ausreichen: Zukunftsfähige Lösungen und Ideen zum bedarfsgerechten Personaleinsatz in Reha-Einrichtungen werden dringend benötigt, um qualitativ hochwertige Reha-Maßnahmen trotz der schwierigen Rahmenbedingungen auch weiterhin anbieten zu können. Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung verändern die Arbeitswelt in der Reha und eröffnen Chancen zur Entlastung des Personals und zur Prozessoptimierung. Auch Delegations- und Substitutionsmodelle spielen eine wichtige Rolle bei der Minderung des Fachkräftemangels. So zeigen praktische Erfah-

rungen der Reha-Einrichtungen, dass neue Berufsbilder und der Einsatz des entsprechenden Personals zur Entlastung der in der Rehabilitation etablierten Berufsgruppen erfolgreich genutzt werden können.

Am 10.09.2019 fand beim BDPK ein Pflegeinnovationsworkshop mit Vertretern aus Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen statt, bei dem Maßnahmen zur Organisations- und Teamentwicklung, zur Gestaltung der berufsgruppenübergreifenden Arbeitsaufteilung und patientenorientierten Prozessoptimierung sowie zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes diskutiert und entsprechende Modellprojekte vorgestellt wurden. Dieser Austausch soll fortgeführt werden und die Erkenntnisse daraus für Lösungsstrategien zum Fachkräftemangel genutzt werden.

Vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels werden insbesondere Anforderungen der Kostenträger an die personelle Struktur in den Reha-Einrichtungen in Form von Anzahl und Qualifikation zu einem sensiblen Thema. Der BDPK fordert die Träger der Deutschen Rentenversicherung und die Gesetzlichen Krankenversicherungen in diesem Sinne beharrlich auf, die Versorgungsrealitäten und neue Entwicklungen, Erkenntnisse und Innovationen anzuerkennen und ihre Anforderungen an die personelle Strukturqualität zu flexibilisieren. Derzeit beharrt insbesondere die DRV jedoch noch auf starren Personalvorgaben und gefährdet mit dieser Überregulierung die Zukunftsfähigkeit der Rehabilitation.

Personelle Strukturanforderungen der DRV auf dem Prüfstand

Die Strukturanforderungen der DRV umfassen zum einen qualitative und quantitative Anforderungen an das in Reha-Einrichtungen eingesetzte Personal und zum anderen Anforderungen an die räumliche und medizinisch-technische Ausstattung in den Reha-Einrichtungen. Erstere sind aufgrund der fehlenden Flexibilität und Autonomie, der verhältnismäßig hohen Kosten, der erschwerten Planbarkeit und vor dem Hintergrund des enormen Fachkräftemangels in der Reha der neuralgische Punkt im System.

Zudem weisen die personellen Strukturanforderungen, die die DRV an die Reha-Einrichtungen stellt, keine wissenschaftliche Evidenz auf. Vielmehr wurden sie im Rahmen der DRV-internen Beratungen und Abstimmungen festgelegt und über Jahre nahezu unverändert fortgeschrieben. Eine Kausalität zwischen den Stellenplänen und der Behandlungsqualität kann nicht abgeleitet werden. Auch gründen die Strukturanforderungen nicht auf konkreten rechtlichen Regelungen. So sind weder im SGB VI noch im SGB IX Grundlagen für konkrete Strukturanforderungen zu finden. Personalanhaltszahlen in Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) existieren derzeit nur für die ambulante Rehabilitation. Seit Ende 2019 überarbeitet die BAR im Rahmen einer Projektgruppe, in der auch Mitglieder der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer vertreten sind, den allgemeinen Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Zum einen, um die Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes in den Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Zum anderen sollen die Rahmenempfehlungen um den stationären Bereich erweitert werden. Inwieweit hier dann auch für die stationäre Reha indikationsspezifische Personalanhaltszahlen festgeschrieben werden, die dann sowohl für die DRV als auch für die Reha der GKV gelten, wird noch beraten und verhandelt.

In § 38 SGB XI ist zudem geregelt, dass die DRV verpflichtet ist, mit den Leistungserbringern über die Versorgungsverträge zu verhandeln, einseitige Festlegungen dürfen nicht getroffen werden. Die Realität sieht jedoch ganz anders aus. Aus diesem Grund plant der BDPK gemeinsam mit Vertretern der Reha-Einrichtungen ein wissenschaftliches Gutachten zur Verbindlichkeit von Personalvorgaben in der stationären Rehabilitation, in dem auch anhand von Best-Practice-Beispielen Innovationspotenziale und damit Alternativen zu starren Personalvorgaben aufgezeigt werden sollen.

Zentrale Forderungen des BDPK in Hinblick auf die personellen Strukturanforderungen, die die DRV an Reha-Einrichtungen stellt, sind:

- Fokus auf Ergebnisqualität
- Personelle Strukturanforderungen nur als Orientierungsrahmen
- Flexibilisierung der Sollstellenpläne und Scharfschaltung nur, wenn die Qualität nicht stimmt
- Anerkennung neuer Berufsbilder

- Geltungsbereich der DRV-Anforderungen nur für DRV-Rehabilitanden
- Gleichberechtigte Mitsprache der Leistungserbringer bei der Festlegung der Strukturanforderungen

---

Leistungsgerechte Vergütung in der Reha

Das aktuelle „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der stationären Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ der aktiva-Beratung im Gesundheitswesen GmbH prognostiziert für das Jahr 2020 unter Berücksichtigung wahrscheinlicher übertariflicher Personalkostensteigerungen Kostensteigerungen zwischen 3,92 und 4,41 Prozent. Im Rahmen eines Sonderkapitels wurde das Thema der Personalkostensteigerungen in Rehabilitationseinrichtungen auf Grundlage von Daten aus 95 Reha-Einrichtungen aufgearbeitet und mögliche Auswirkungen des Fachkräftemangels und der letzten Gesetzgebungsverfahren auf die Personalkosten in Rehabilitationskliniken erörtert. Insbesondere beim ärztlichen Dienst, bei Psychologen, examinierten Pflegekräften, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, aber auch im Verwaltungsdienst und Wirtschaftsdienst sind übertarifliche Gehaltssteigerungen zu verzeichnen. Insgesamt beläuft sich der Effekt übertariflicher Personalkostensteigerungen bezogen auf die 95 Beispieleinrichtungen auf 1,46 Prozent im Jahr 2019.

Das Gutachten wurde der DRV Bund im Herbst 2019 vorgestellt. Die Vertreter der DRV Bund nannten als Richtwert für Vergütungssatzerhöhungen die Grundlohnrate von 3,66 Prozent. Um im Einzelfall höhere Personalkosten geltend zu machen, könnten aber die klinikindividuellen Kosten als nachvollziehbare Grundlage für die Verhandlung genutzt werden.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) soll für die Verbände der Reha-Leistungserbringer nun die Möglichkeit geschaffen werden, mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung und zu Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen Vereinbarungen zu treffen. Dies ist eine wichtige Änderung im Rehabilitationsrecht, denn

dadurch wird endlich die Verhandlungsübermacht der Krankenkassen ausgelichen. Eine Übersicht der im Gesetz getroffenen Regelungen finden Sie hier.

Die im Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG) vorgesehenen Regelungen für die Rehabilitation der DRV laufen den positiven Entwicklungen im Bereich der GKV-Reha jedoch diametral entgegen. Reha-Leistungserbringern werden hier keinerlei Verhandlungsmöglichkeiten in den wichtigen Bereichen Verträge, Belegung, Vergütung und Qualitätssicherung eingeräumt. Der BDPK fordert eine stärkere Beteiligung der Leistungserbringerverbände durch verbindliche Rahmenverträge und die Normierung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung.

Kampagne „Reha. Macht's besser!"

Vor dem Hintergrund der unzulänglichen Reha-Gesetzgebung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich im Herbst des letzten Jahres über 200 Reha- und Vorsorge-Einrichtungen und achtzehn Verbände zusammengeschlossen, um sich gemeinsam für die Rehabilitation starkzumachen. Im Oktober 2019 startete die Online-Kampagne der gleichnamigen Initiative **Reha. Macht's besser!**, mit der in einem ersten Schritt der Gesetzgeber aufgefordert werden sollte, im Bereich der GKV bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Umso erfreulicher war es, als kurze Zeit später das Gesetzgebungsverfahren zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG), das später als Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) verabschiedet wurde, startete. Folgende zentrale Forderungen und Ziele stehen im Fokus der Initiative:

- **Verbesserung der Genehmigung** von Reha-Anträgen. Es sollen mehr Reha-Anträge genehmigt werden. Die Möglichkeit für Willkürentscheidungen der Krankenkassen bei der Bewilligung von Reha-Anträgen sollen eingeschränkt werden.
- **Höhere Vergütungssätze** für Reha-Leistungen. Ziel ist eine höhere Vergütung, die sicherstellt, dass Mitarbeiter in Reha-Einrichtungen marktüblich bezahlt werden können.

- **Freie Klinikwahl.** Es soll erreicht werden, dass die Patienten unter den geeigneten und zugelassenen Reha-Einrichtungen frei und ohne Tragung von Mehrkosten wählen können.

Auf der Kampagnen-Website unter www.rehamachtsbesser.de stellt die Initiative Informationen zu ihren zentralen Forderungen zur Verfügung und berichtet in Reportagen, Foto-Storys und Interviews über Erfolgsgeschichten aus der Reha.

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) ist am 12.02.2020 vom Kabinett beschlossen worden. Der Gesetzgeber kam wichtigen Forderungen der Initiative nach und regelte damit Verbesserungen

bei den Rahmenbedingungen für die medizinische Vorsorge und Rehabilitation im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtig ist, dass das Gesetz so im Sommer verabschiedet wird.

Die Reha-Kampagne wird im Jahr 2020 weitergeführt und gewinnt mehr und mehr Teilnehmer sowohl aus Kliniken als auch aus Reha-Verbänden.

Qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl

Seit Anfang 2018 führt die Deutsche Rentenversicherung eine Machbarkeitsstudie zur qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl durch. Die Ergebnisse des Zwischenberichts wurden im Herbst 2019 vorgestellt. Die DRV arbeitet aktuell daran, die einrichtungsindividuellen Werte zum Parameter Qualität automatisiert in das Belegungssystem zu setzen und eine Interimslösung für eine genauere Abbildung der Wartezeit zu finden. Die Machbarkeitsstudie wird fortgeführt, die aktuellen Ergebnisse aus dem Peer-Review-Verfahren fließen seit Dezember 2019 in den Qualitätsparameter Qualität ein. Die Optionen, die Studie auf weitere Indikationen und/oder weitere RV-Träger auszuweiten, wird von der DRV noch beraten, eine Entscheidung hierzu wird voraussichtlich im Frühjahr 2020 getroffen. Über die zu nutzende Gewichtung für die Steuerung wurde im Vorfeld der Machbarkeitsstudie lange diskutiert. Das Abweichen der DRV Bund von der auch mit den Leistungserbringern getroffenen Vereinbarung, der Qualität nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts mit Abstand das größte Gewicht bei der Steuerung zu verleihen, hatte Anfang 2019 zu großen Irritationen und Unmut aufseiten der Leistungserbringer geführt. Der BDPK hat die DRV aufgefordert, die Steuerungssystematik der teilnehmenden RV-Träger im Sinne einer besseren Auswertbarkeit der Machbarkeitsstudie zu vereinheitlichen und dem Parameter Qualität bei der Auswahl der Einrichtungen das höchste Gewicht zu verleihen.

Der Vorstoß der DRV in Richtung qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl ist aus Sicht des BDPK grundsätzlich ein richtiger und wichtiger Schritt in Richtung eines transparenten Qualitätswettbewerbs in der Rehabilitation. Der Fokus auf die Ergebnis- und Prozessqualitätsergebnisse der Reha-

Einrichtungen über den Einbezug der QS-Daten zu Behandlungserfolg und Rehabilitandenzufriedenheit sowie von KTL, RTS und Peer-Review ist dabei entscheidend und sollte im Verhältnis zur Strukturqualität auch im Rahmen des gesamten QS-Verfahrens einen größeren Stellenwert bekommen.

Jahrestagung der Kinder- und Jugendrehabilitation

Eine Expertenrunde informierte Klinikvertreter am 04. und 05. November 2019 auf der zweitägigen Jahrestagung des Bündnisses Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJR) zum Thema „Die Rehabilitation besonderer Kinder und Jugendlicher“ in Berlin über aktuelle Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Abb.:
Alwin Baumann (BKJR) eröffnet die Jahrestagung des Bündnisses Kinder- und Jugendreha e. V.
Quelle: BKJR 2019.

Brigitte Gross, Mitglied des Direktoriums der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) bewertete das Flexirentengesetz von Dezember 2016 als einen Wendepunkt in der Entwicklung und eine erhebliche Stärkung der Kinder- und Jugendreha. Den dadurch erhaltenen neuen Gestaltungsspielraum nehme die DRV ebenso wie die damit verbundenen Herausforderungen gern an. Dies belegte Dr. Markus Jaster, DRV Abteilungsarzt, mit Zahlen: Während 2015 nur 31 Prozent begleitete Maßnahmen der Zehn- bis Zwölfjährigen durchgeführt wurden, waren es 2018 rund 65 Prozent. Zudem führte er aus, dass durch den Wegfall der Vierjahresfrist für Wiederholungen neue Leistungsformen in Kombination mit Nachsorge möglich sind; Kinderärzte müssen nunmehr auch Wiederholungsleistungen im Blick behalten. BKJR-Sprecher Alwin Baumann wies darauf hin, dass die Erhöhung der Maßnahmen mit Begleitung dazu führt, dass die Kliniken mehr Appartements für die Unterbringung und einen erhöhten Personalansatz benötigen. Prof. Dr. Rainer Thomasius vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf zeigte auf, dass in der Sucht-Reha für Kinder und Jugendliche ein neues Aufgabenfeld für die DRV liege. Bei etwa fünfzehn Prozent der Akutfälle bestehe Reha-Bedarf. Prof. Dr. Martin Wabitsch vom Universitätsklinikum Ulm berichtete über Studien, nach denen eine vierwöchige Reha (Kurzzeit-Reha) alleine keinen langfristigen Erfolg bei adipösen Kindern bringe. Auch eine Langzeit-Reha sei nur bei einem Fünftel bis einem Viertel der Fälle erfolgreicher. Deshalb müsste die stationäre Kurzzeit-Reha in Vor- und Nachsorgemaßnahmen eingebettet sein. Diese sollten so früh wie möglich beginnen und die Eltern miteinbeziehen.

Die Vorträge der Referentinnen und Referenten sind auf der Website des BKJR eingestellt.

Fachkonferenz Qualität in der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder

Der BDPK hat die aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH mit einer Studie zur Frage „Was kostet die Vorsorge-/Rehabilitationsleistung in Mutter-/Vater-Kind Einrichtungen?“ beauftragt. Im Gutachten wurde anhand eines transparenten Kalkulationsmodells ein sachgerechter Vergütungssatz für Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen in Höhe von 105,69 Euro pro Belegungstag ermittelt. Die heute üblichen Tagessatzhöhen liegen jedoch nur bei ca. siebzig Euro. Das Gutachten zeigt damit eindrücklich, welch große Finanzierungslücke im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern klafft. Die Ergebnisse des Gutachtens wurden im Rahmen der Fachkonferenz „Qualität in der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder – lohnt sich das?“ am 24.10.2019 in Berlin vorgestellt.

Auf der Fachkonferenz diskutierten Experten aus der Wissenschaft, Vertreter der Leistungserbringer, Politik und Kostenträger die Frage, wie eine faire Vergütung von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter/Väter und Kinder realisiert werden kann. Ehrengast der Konferenz war die ehemalige Bundesgesundheitsministerin und jetzige Vorsitzende der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Ulla Schmidt. Sie betonte, wie wichtig Eltern-Kind-Maßnahmen besonders für sozial benachteiligte Familien und Familien mit Kindern mit Behinderungen seien. Gerade hier müsse der Zugang zu den Leistungen noch deutlich verbessert werden. Einig waren sich alle Beteiligten darin, dass Vorsorge und Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und Kinder wirken. Aufgrund der chronischen Unterfinanzierung dieses Leistungsbereichs müssen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen aber große Kraftanstrengungen aufbringen, um stets eine hohe Behandlungsqualität für ihre Patienten aufrechtzuerhalten. Der BDPK setzt sich intensiv für eine leistungsgerechte Vergütung der Eltern-Kind-Maßnahmen ein, weil nur eine qualitativ hochwertige Vorsorge- oder Rehabilitations-Maßnahme auch zukünftig die für die Patienten beste Behandlung möglich macht. Weitere Informationen zur Veranstaltung und die Vorträge der Referenten sind auf der Website des BDPK eingestellt.

Abb.:
Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion auf der Fachkonferenz v.l.n.r.: Thomas Bruns, Hannah Janßen, Margot Jäger, Ulla Schmidt, Thomas Bublitz, Bernd Beyrle, Frank Roschewsky. Quelle: BDPK 2019.

4. Tarif und Personal

Die Mitglieder des Fachausschusses Tarif tauschen sich laufend zu Tariffragen aus. Diskutiert werden außerdem alle Themenfelder rund um Personal und Organisation von Krankenhaus- und Rehabilitationskliniken. Schwerpunkte des letzten Berichtszeitraums waren der Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Zusätzliche Herausforderungen entstanden durch die Neuregelungen in der Krankenhausfinanzierung, Pflege am Bett zukünftig nicht innerhalb der Fallpauschalen, sondern innerhalb eines separaten Pflegebudgets zu finanzieren.

Austausch Workshop Pflegeinnovationen

Das Thema Fachkräftemangel in der Pflege beschäftigt alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Der Fachausschuss Tarif und Personal organisierte deshalb einen Workshop Pflegeinnovation. Ziel des Workshops war, den Mitgliedseinrichtungen einen Austausch über innovative Modellprojekte, pflegeentlastende Maßnahmen und Organisationsverbesserungen zur Minderung des zunehmenden Fachkräftemangels zu ermöglichen.

Die Umgestaltung der Pflegefinanzierung im Krankenhausbereich in Form der Ausgliederung der Pflege aus den DRG-Fallpauschalen und der zunehmenden Pflegepersonalbemessung wird das Problem des wachsenden Fachkräftemangels in der Pflege nicht lösen können bzw. wird den Mangel an Pflegefachkräften in der Rehabilitation sogar noch verstärken. Damit Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen trotz der schwierigen Rahmenbedingungen ihre Versorgungsleistungen auch zukünftig in der geforderten hohen Qualität anbieten können, bedarf es innovativer Strategien und Lösungen. Im Pflegeinnovationsworkshop des BDPK wurden entsprechende Ansätze und Modelprojekte vorgestellt und sektorenübergreifend diskutiert.

Abb.:
Teilnehmer des Workshops Pflegeinnovation diskutieren Möglichkeiten zur Überwindung des Fachkräftemangels in der Pflege. Quelle: BDPK 2019.

Mit Impulsvorträgen von Wilfried Wagner (Personaldirektor Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Weißensee) und Manfred Rundel (Leiter Qualität und Organisationsentwicklung der Celenus-Kliniken GmbH) startete der Workshop. Anschließend tauschten sich die Teilnehmer zu vielfältigen Fragen aus, die insbesondere Maßnahmen zur Organisations- und Teamentwicklung, zur Gestaltung der berufsgruppenübergreifenden Arbeitsaufteilung und patientenorientierten Prozessoptimierung sowie zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes in den Fokus nahmen.

KlinikRente

Auch im Berichtszeitraum konnte das Versorgungswerk ein starkes Wachstum verzeichnen. Rund 16.600 Menschen und 480 Unternehmen haben sich für die Vorsorgelösungen von KlinikRente entschieden. Somit steigt die Anzahl der Mitgliedsunternehmen auf über 4.500, die Zahl der Neuverträge ist um zehn Prozent gestiegen. Gerade in dem für Versorgungswerke schwierigen Umfeld wechseln immer mehr Unternehmen zur KlinikRente. Damit wird die auf Initiative des BDPK gegründete KlinikRente immer mehr zum Standard für das gesamte Gesundheitswesen.

Entlastung der Betriebsrenten durch den Bund

Das Anfang 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Entlastung der Betriebsrentner wird positiv bewertet. Anstelle der bisherigen Freigrenze für die Krankenversicherung der Rentner gilt nun ein dynamischer Freibetrag. Damit werden alle Betriebsrenten entlastet und kleine Betriebsrenten von der Krankenversicherung befreit. Damit werden Betriebsrentner, die bei einer Krankenkasse pflichtversichert sind, jährlich um ca. 1,2 Milliarden Euro entlastet.

Einkommensabsicherung weiterhin im Trend

Bei der Absicherung des Einkommens bei Berufsunfähigkeit und Invalidität hat sich der positive Trend im Berichtszeitraum fortgesetzt. Die Einkommensabsicherung wurde mit rund 6.400 Neuverträgen stark nachgefragt. Zu dieser positiven Entwicklung trägt unter anderem die Wahlmöglichkeit zwischen der klassischen Berufsunfähigkeitsabsicherung (KlinikRente.BU) und der Grundfähigkeitsabsicherung (KlinikRente.Vitalschutz) bei. Die Grundfähigkeitsversicherung bietet gerade für Beschäftigte im Gesundheitswesen einen einfacheren Zugang zu einer Absicherung der Arbeitskraft.

Überdurchschnittliche Produktqualität mit gleichzeitig stabiler Rendite

Die branchenspezifischen Vorsorgelösungen des auf Initiative des BDPK gegründeten Versorgungswerks überzeugen auch im Berichtszeitraum durch stabile Renditen und hohe Produktqualität. Dies sind wesentliche

Entscheidungskriterien für Unternehmen bei der Auswahl eines geeigneten Vertragspartners. Das Konsortium von KlinikRente verbindet die starken Risikoträger Allianz, Condor, Deutsche Ärzteversicherung, R+V und Swiss Life, womit das Versorgungswerk langfristig Sicherheit und Stabilität erzeugt.

Verlässlicher Partner in schwierigen Zeiten

Die zum Ende der Berichtsperiode eingetretene Coronakrise verunsichert viele Menschen in bisher nicht gekanntem Ausmaß. KlinikRente wird ebenso wie andere große Branchenversorgungswerke von starken Konsortialgesellschaften getragen.

Diese Träger sind eine starke Basis, um auch die aktuell schwierige Situation gut zu meistern. Dafür hat das Versorgungswerk eine gute Ausgangslage, Partner mit hohen Reserven und sehr guter Finanzstärke sowie ein breit gestreutes Anlageportfolio.

Auch in dieser schwierigen Situation steht das Versorgungswerk den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und deren Beschäftigten mit Verlässlichkeit und hoher Stabilität zur Seite. Weitere Informationen unter www.klinikrente.de

5. Öffentlichkeitsarbeit

Der BDPK informiert regelmäßig über verschiedene Medien die Politik, die Fachöffentlichkeit und seine Mitglieder über die Positionen von Kliniken in privater Trägerschaft. Dazu nutzt der Verband klassische Kanäle wie Pressemitteilungen, Artikel und Beiträge in Fachmagazinen sowie diverse Onlinekommunikationskanäle wie Facebook, Twitter, die Website und den monatlich erscheinenden Newsletter. Einmal monatlich erscheinen auf vier Seiten im Fachmagazin „f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus“ die BDPK-News.

Die Öffentlichkeitsarbeit des BDPK umfasst darüber hinaus die Organisation und Durchführung verschiedener Veranstaltungen – von kleineren Workshops über Konferenzen bis hin zum jährlich stattfindenden BDPK-Bundeskongress. Neben den Vorträgen von Gesundheitsexperten haben die Teilnehmer in Diskussionsforen und Podiumsgesprächen die Möglichkeit, sich mit Vertretern aus der Gesundheitspolitik, von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern über aktuelle gesundheitspolitische Herausforderungen in den Bereichen Krankenhäuser und Rehabilitation auszutauschen und drängende Handlungsfelder zu diskutieren.

Veranstaltungen

Bundeskongress 2019

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum war das Thema des letztjährigen Bundeskongresses, auf dem darüber diskutiert wurde, das „eherne Vergütungsprinzip“ der Krankenkassen möglicherweise auf den Kopf zu stellen. Gemeinsam mit Prof. Boris Augzurky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, hat der BDPK das Modell der Regionalen Gesundheitsfonds entwickelt. Das neue Modell sieht vor, den Status quo der Ausgaben für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsfälle der Krankenhäuser einer bestimmten Versorgungsregion zu ermitteln und systembedingte Abschläge zu verhindern. Das Ergebnis ist ein Budget für die Krankenhäuser, in dem diese die Patientenversorgung flexibler nach den Patientenbedürfnissen ausrichten können. Komplizierte Abrechnungsvorgaben, die heute eine gute Versorgung zum Teil behindern und bürokratische Abrechnungsstreitigkeiten auslösen, könnten reduziert werden. Stattdessen wird die Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen stärker in den Fokus gerückt.

Abb.:
Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter Kompetenzbereich Gesundheit, RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung bei seinem Vortrag.
Quelle: Jörg Lippmann 2019.

Abb.:
Diskussionsrunde. V.l.n.r.:
Prof. Dr. Boris Augurzky,
Tom Ackermann, Bianca Hartz,
Dr. Matthias Badenhop,
Dr. Mate Ivančić, Thomas Bublitz
Quelle: Jörg Lippmann 2019.

Mehr Mut zu Regionalität!

Über die Versorgung auf dem Land wurde rege diskutiert. Zu mehr Mut beim Ausprobieren neuer Lösungsansätze rief BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel auf, die äußerte, dass es viele sinnvolle Konzepte und Vorschläge zur Beseitigung von Bürokratie und unnötigem Zentralismus gebe, um die Probleme in der ländlichen Versorgung zu reduzieren. Allerdings müsste unbedingt weniger diskutiert und endlich Neues probiert werden. So lägen beispielsweise Potenziale in der ambulanten medizinischen Versorgung, wenn man Reha-Kliniken in das Versorgungsgeschehen mit einbinden würde.

Abb.:
Führung mit „Fischer Kai“ durch die Landeshauptstadt Kiel. V.l.n.r.: Dr. Florian Nicolai Brandt, Dr. med. Katharina Nebel, „Fischer Kai“, Bernhard Wehde. Quelle: Jörg Lippmann 2019.

Lob vom Staatssekretär

Der Staatssekretär vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Dr. Matthias Bodenhop, sprach für das vorgestellte Modell ein großes Lob aus: „In den ländlichen Räumen machen sich die alternde Bevölkerung und der Fachkräftemangel besonders bemerkbar. Hier bedarf es neuer und innovativer Lösungsansätze genauso wie einer guten Krankenhausplanung. Dazu gehören mehr Ver-

netzung, insbesondere sektorenübergreifende Verbindungsformen, aber auch die Telemedizin kann als modernes Instrument den Zugang zu qualitativ hochwertiger Medizin ermöglichen und einen enormen Komfortgewinn für die Patientinnen und Patienten bedeuten“. Auch die anderen Teilnehmer des Bundeskongresses, bestehend aus Vertretern von Politik, Wissenschaft, Krankenkassen und Ärzten, diskutierten rege das vorgestellte Vergütungsmodell und waren der einhelligen Meinung, dass solche „Regionalen Gesundheitsfonds“ mehrere Probleme des momentanen Vergütungssystems auf einen Schlag lösen, zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen und sogar dem Fachkräftemangel entgegenwirken würden.

Der Bundeskongress fand vom 5. bis zum 6. Juni 2019 in Kiel statt.

Nationales Reha-Forum

Das Nationale Reha-Forum sollte am 19. und 20. März 2020 zum vierten Mal in Berlin stattfinden. Aufgrund der Corona-Pandemie entschieden sich die Veranstalter, das DRG|Reha-Forum in reduzierter Variante als virtuelle Konferenz am 19. März zu organisieren. Die wichtigsten Fachvorträge sowie einige Workshops fanden online statt. Dabei stand die Corona-Pandemie im Vordergrund. Das Nationale Reha-Forum war 2017 gemeinsam vom BDPK mit dem Bibliomed-Verlag als Teil des jährlich stattfindenden DRG-Forums initiiert worden.

Pressemitteilungen

Eine Übersicht unserer Pressemitteilungen finden Sie hier.

Fr, 03. April 2020

Nachbesserungen dringend notwendig: Weitere Behandlungskapazitäten für Corona-Patienten jetzt erschließen

Nach Zustimmung durch den Bundesrat sind am 27. März wichtige und dringend benötigte Gesetze zur Unterstützung der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in der Corona-Pandemie in Kraft getreten. Aber es gibt in einigen Bereichen Nachbesserungsbedarf.

Weiterlesen »

So, 22. März 2020

Reha-Kliniken vor dem Aus: Statt auf Coronapatienten bereiten sich Kliniken auf Pleite vor

Stationäre Vorsorge- und Rehakliniken stehen bereit, um während der Corona-Pandemie Krankenhäuser zu

ereitungen und

ie Kliniken in den

Sa, 21. März 2020

COVID-19-Gesetz läutet die Totenglocke für Kliniken – Merkel muss helfen

Der gegenwärtig vom Kabinett diskutierte Krankenhaus-Rettungsplan sieht laut Presseberichten Ausgleichszahlungen in Milliardenhöhe für die Krankenhäuser vor. Krankenhäuser, die wegen des Coronavirus planbare Operationen aussetzen oder verschieben, bekämen die Ausfallkosten „pauschal" erstattet und kompensiert.

Weiterlesen »

Mo, 09. März 2020

Stellungnahme des BDPK zur Berichterstattung über Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Zusammenhang mit dem Coronavirus in der ARD vom 08. März 2020

Die Vorwürfe des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbachs in der Tagesschau, Krankenhäuser in privater Trägerschaft würden keine Corona-Patienten aufnehmen, sind schlichtweg falsch und entbehren jeglicher Rechtsgrundlage.

Weiterlesen »

Mi, 12. Februar 2020

IPREG verbessert Patientenversorgung mit Reha-Leistungen

BDPK begrüßt Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Rehabilitation.

Weiterlesen »

Do, 05. Dezember 2019

Bundesrat stärkt die Forderungen der Initiative "Reha. Macht's besser!"

Der Bundesrat fordert auf Antrag des Landes Baden-Württemberg die Bundesregierung und den Bundestag dazu auf, die medizinische Rehabilitation zu stärken. Politische Maßnahmen zur Umsetzung von Reformen sind dringend notwendig.

Weiterlesen »

Fr, 25. Oktober 2019

Fachkonferenz zur Vorsorge und Reha von Müttern/Vätern und Kindern in Berlin

Die chronische Unterfinanzierung im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation von Müttern/ Vätern und Kindern gefährdet die Versorgung von belasteten Familien. Die Teilnehmer auf der Fachkonferenz "Qualität in der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und Kinder - lohnt sich das?" am 24. Oktober in Berlin waren sich einig - das darf nicht weiter hingenommen werden!

Weiterlesen »

Di, 13. August 2019

Wichtiger Schritt für Reha vor Pflege: BDPK begrüßt Gesetzesentwurf zur Stärkung der Reha

Berlin, 13. August 2019 - Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) begrüßt den heute bekannt gewordenen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Präsidentin des BDPK, Dr. med. Katharina Nebel, erklärt dazu heute in Berlin: "Mit diesem Gesetzentwurf können deutliche Verbesserungen für die...

Weiterlesen »

lt werden:
ren und
Modell

Pressekonferenz

Zum Auftakt der Reha-Kampagne „Reha. Macht's besser!“ hat der BDPK eine Pressekonferenz veranstaltet. Diese fand im Tagungszentrum der Bundespressekonferenz statt. BDPK-Präsidentin Dr. med. Katharina Nebel, Georg Freund, Vorstandsmitglied des Arbeitskreises Gesundheit und des BDPK, sowie Thomas Bublitz führten durch die Pressekonferenz. Weitere Informationen zur Kampagne finden Sie im Geschäftsbericht auf Seite 42 f. sowie unter www.rehamachtsbesser.de.

Abb.:
Pressekonferenz zum Kampagnenstart (v.l.n.r.: Thomas Bublitz, Dr. med. Katharina Nebel, Georg Freund).
Quelle: BDPK 2019

Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen (Auswahl)

gpk Gesellschaftspolitische Kommentare 11-12/2019

Rettet die Reha

Während die Bundesregierung in den letzten Jahren weite Teile unserer Gesundheitsversorgung reformierte und an die sich verändernden Rahmenbedingungen anpasste, war die Rehabilitation in dieser Zeit das vernachlässigte Stiefkind.

Schütze Brief – Gesundheitspolitischer Infodienst Nr. 99/2019

Geordneter Strukturwandel statt unkoordinierter Überlebenskampf

Aus Sicht der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft besteht die bisherige Gesundheitspolitik in der 19. Legislaturperiode aus einer Vielzahl von zum Teil gut gemeinten gesetzgeberischen Einzelmaßnahmen, denen aber ein konzeptioneller Rahmen für die Zukunft des Gesundheitssektors fehlt.

KU Gesundheitsmanagement 01/2020

Reha-Zugang: Ausreichend niederschwellig und transparent

Die Rehabilitation ist existenziell in der Patientenversorgung. Gerade mit Blick auf die demografische Entwicklung erhält dieser Bereich unseres Gesundheitswesens große Bedeutung. Eine der größten Hürden für eine erfolgreiche Rehabilitation ist jedoch bereits der Zugang. Fast jeden zweiten Antrag, der nicht im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sichergestellt wird, lehnen die Krankenassen ab. Unser aktuelles Modell scheint nicht zu funktionieren. Es ist Zeit für Veränderungen.

Orientierungswert im Bibliomedmanager, 03. März 2020

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Zweifellos haben wir in dieser Legislaturperiode schon viel unternommen, um unser Gesundheitswesen zu reformieren und besser zu machen. Allein für den Krankenhausbereich gibt es eine Vielzahl neuer Vorschriften wie Pflegepersonaluntergrenzen, das umfassende Regelwerk zur Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG, die Neuordnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung und des Medizinischen Dienstes. Diese Regelungen vermitten den Eindruck, als bliebe kein Stein mehr auf dem anderen.

Nachrichten des BDPK

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

Abb.:
Titelbilder der f&w 2019/2020. Quelle: Bibliomed Verlag

6. Statistiken

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

→ Link zu Statistiken auf www.bdpk.de

7. Informationen

Gremien des BDPK

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

Landesverbände

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

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

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

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

Verband Deutscher Privatkliniken – Landesverband Hamburg
www.vpkhh.de

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

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

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

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

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

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

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

Partner und Kooperationen

Der BDPK arbeitet mit folgenden Verbänden und Institutionen zusammen:

4QD – Qualitätskliniken.de GmbH
Das Portal www.qualitätsklinken.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.

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

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

nehmen 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.

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

Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)
Das Netzwerk fördert die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitswesen, damit Patienten von der Erfahrungskompetenz Gleichbetroffener profitieren können. Für dieses patientenorientierte Handeln engagieren

sich im Netzwerk Gesundheitseinrichtungen, Organisationen und Privatpersonen gemeinsam. Der BDPK ist seit 2018 Mitglied im SPiG.

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.

Impressum

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

Projektbetreuung und Redaktion
Antonia von Randow

Layout
Gabriele Altevers und Katharina Fiedler

Bildnachweise
Adobe Stock: 8, 21, 36, 49, 54, 63, 65; BDPK: 32, 48, 51, 60;
Bertelsmann Stiftung: 24; Bibliomed Verlag: 62; BMG: 28;
Bündnis für Kinder- und Jugendreha e. V.: 45; DKG: 27, 31;
Jörg Lippmann: 56, 57

Weitere Informationen des BDPK unter www.bdpk.de
BDPK Geschäftsbericht 2019/20

BDPK Bundesgeschäftsstelle
Hauptgeschäftsführer: Thomas Bublitz
Geschäftsstellenleitung: Klaus Mehring
Geschäftsbereich Krankenhäuser: Jonathan Graf, Anne Ostmann, Johanna Fiedler
Geschäftsbereich Rehabilitation: Antonia Walch, Konstanze Zapff
Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Antonia von Randow
Organisation / Sekretariat: Karin Müller, Petra Voß

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

Telefon: 030 - 2 40 08 99 - 0
Telefax: 030 - 2 40 08 99 - 30
E-Mail: post@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de

Anhang

Gesetze, Verordnungen 2019–2020

Hier finden Sie Zusatzinformationen zu den Inhalten der Gesetze und Verordnungen 2019–2020.

⟨⟨ zurück zum Text

Fachkräfteeinwanderungsgesetz

• Verbesserte Möglichkeiten zum Aufenthalt für Qualifizierungsmaßnahmen im Inland mit dem Ziel der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen und Verfahrensvereinfachungen
• Bündelung der Zuständigkeiten bei zentralen Ausländerbehörden und beschleunigte Verfahren für Fachkräfte
• Fortentwicklung des Anerkennungssystems für Berufsabschlüsse
• Identifizierung der Berufe im Gesundheits- und Pflegebereich als Disziplinen, in denen ein Fachkräftebedarf besteht
• Einrichtung einer Clearingstelle Anerkennung
• Erarbeiten einer Werbestrategie zur Fachkräftegewinnung in ausgewählten Zielländern

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz

• Bezahltes Angestelltenverhältnis in Weiterbildungsphase in stationären oder teilstationären Einrichtungen
• Beauftragung des G-BA, eine Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung sowie zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens zu erstellen
• Neuregelung der Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) anhand einer EBM-Anpassung in Abhängigkeit der G-BA-Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Erkrankter (über ÄA)
• Beauftragung des G-BA, Vorgaben zu treffen, um die Anzahl der Ärzte sowie der in den ermächtigten Einrichtungen erbrachten Leistungen beim Versorgungsgrad für die vertragsärztliche Versorgung zu berücksichtigen (über ÄA)
• Bettenbezogene Personalmindestschlüssel für Psychotherapeuten in der G-BA PP-RL (über ÄA)

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Hebammenreformgesetz

• Regelstudiendauer von ca. drei bis vier Jahren
• Übergangsregelung für Hebammenschulen bis 2030
• Anerkennung abgeschlossener Hebammenausbildungen
• Vereinbarung von Pauschalen zur Finanzierung der Ausbildung
• Vergütung während der Ausbildungszeit, deshalb auch Reform der Finanzierungsregelungen der Hebammenausbildung im Gesetz

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Implantateregister-Errichtungsgesetz

• Schrittweise Erfassung aller implantierten Medizinprodukte
• Vergütung des Aufwands der Gesundheitseinrichtungen über Zuschlag
• Finanzierung der Registerstelle u. a. durch Gebühren über meldepflichtige Gesundheitseinrichtungen
• Haftung liegt bei implantierender Einrichtung
• Beschleunigung der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im G-BA
• Gesetzliche Klarstellung zur Stärkung des Verbotsvorbehaltes nach § 137c SGB V (über ÄA)

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Digitale-Versorgung-Gesetz

• Verschiebung der Frist zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur für den vertragsärztlichen Teil eines Krankenhauses vom 31.12.2019 auf den 01.01.2021 (über ÄA)
• Einführung einer Frist zur Anbindung der Krankenhäuser an die Telematik-infrastruktur bis 01.03.2021
• Stärkung der Telemedizin: Telekonsile sowie Vereinfachungen bei Video-sprechstunden
• Förderung des elektronischen Arztbriefes
• Fortführung des Innovationsfonds bis 2024 und Weiterentwicklung des Förderverfahrens
• Anbindung der Apotheken an die TI
• Erarbeitung von einheitlichen, patientenverständlichen Bezeichnungen im Medikationsplan durch eine vom BMG zu benennende Stelle
• Erlaubnis zur Datenverwendung von pseudonymisierten GKV-Routine-daten durch ein Forschungsdatenzentrum

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Anästhesie- und Operationstechnischen-Assistenten-Gesetz

• Einführung von Ausbildungsvergütungen sowie Refinanzierung der Ausbildungen durch eine Ergänzung des § 17a KHG
• Bestandsschutz für Schulleitungen und Lehrkräfte
• Weitergeltung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
• Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung trägt die Schule.
• Doppelqualifikation (OTA + ATA) ist innerhalb von 4,5 Jahren möglich
• Verschiebung des Inkrafttretens auf 01.01.2022 (über ÄA)
• Verlängerung der Übergangsfrist für Notfallsanitäter auf zehn Jahre (über ÄA)

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

MDK-Reformgesetz

• Einführung eines Aufrechnungsverbotes der Krankenkassen ab 01.01.2020
• Prüfquote in Höhe von 12,5 Prozent der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung im Jahr 2020 (über ÄA)
• Quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus auf Grundlage der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen
• Verbot der Rechnungskorrektur (über ÄA)
• Sanktionsregelung für vermeintlich nicht korrekt abrechnende Krankenhäuser: 10 Prozent der Differenz zwischen ursprünglichem und gemindertem Rechnungsbetrag, mindestens jedoch 300 Euro (über ÄA)
• Veröffentlichung von quartalsbezogenen, bundeseinheitlichen Auswertungen
• Verbot von Vereinbarungen pauschaler Rechnungskürzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse
• Fixkostendegressionsabschlag: Freistellung der Leistungen der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation nach Schlaganfall oder Schwersthirnverletzung
• Korrektur der Sachkostenkorrektur ab 2021 (über ÄA)
• Begrenzung der Berücksichtigung von Leiharbeit (über ÄA)
• Anpassung der Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltes (über ÄA)
• Berücksichtigung von durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten im Pflegebudget in Höhe von bis zu vier Prozent (über ÄA)
• Ermächtigung des InEK, Krankenhäuser zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation des Vergütungssystems erforderlichen Daten zu verpflichten

Fortsetzung der Tabelle auf der folgenden Seite

⟨⟨ zurück zum Text

• Verpflichtung des G-BA, seine öffentlichen Sitzungen live im Internet zu übertragen
• Neuverhandlung eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, Finanzierung auf Sachkostenbasis
• Neuorganisation der Medizinischen Dienste: Erweiterung der Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder von 16 auf 23, davon 16 von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der Bahn-BKK

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Masernschutzgesetz

• Gesetzliche Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, regelmäßig und umfassend über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere geeignete Maßnahmen zu informieren
• Regelungen für einen digitalen Impfausweis
• Anschluss des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Telematik-Infrastruktur und Regelungen für entsprechende Zugriffsrechte
• Gesetzliche Klarstellung, dass jeder Arzt unabhängig von den Grenzen der fachärztlichen Tätigkeit Schutzimpfungen durchführen darf

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Regierungsentwurf eines Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (urspr. Faire-Kassenwahl-Gesetz)

• Pauschaler Ausgleich möglicherweise nicht über die Tarifausgleichsrate gedeckter Tariflohnsteigerungen für Krankenhäuser in der Pflege durch Einführung eines einjährigen Rechnungszuschlages in Höhe von 0,3 Prozent auf Krankenhausabrechnungen für 2020
• Weiterentwicklung des Morbi-RSA: Einführung eines Krankheits-Vollmodells, Etablierung einer Regionalkomponente und Einführung eines Risikopools
• Modernisierung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes durch Etablierung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses
• Maßnahmen zur Bekämpfung von Arzneimittellieferengpässen (über ÄA), u. a. durch Anordnung von Lagerhaltung für Arzneimittel mit versorgungskritischen Wirkstoffen
• Einführung der Nutzenbewertung zugelassener Arzneimittel für neuartige Therapien im AMNOG-Verfahren (über ÄA)
• Ausweitung der Meldepflichten von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (über ÄA)
• Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen (über ÄA)

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

• Erweiterter Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ergänzt um Vertreter der Krankenhäuser, legt Anzahl und Standorte der INZ nach vom G-BA festzulegenden Kriterien fest
• mind. Basisnotfallstufe als Voraussetzung für INZ
• verbindliche Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen (112) und Kassen ärztlicher Notdienstnummer (116 117) mit einem Gemeinsamen Notfall-leitsystem (GNL)
• Regelung des Rettungsdienstes künftig als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im SGB V

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Arbeitsentwurf zur geänderten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte

• Detaillierte Vorgaben für Unterrichtsveranstaltungen in Allgemeinmedizin
• Begrenzung der Dauer der Famulatur auf drei Monate
• Vorgaben zur Ausgestaltung der Praktika: Bis zur dritten Prüfung sind Blockpraktika in Innerer Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde zu erbringen.
• Anpassungen beim Praktischen Jahr (PJ): Das PJ soll sich zukünftig in vier Ausbildungsabschnitte von je zwölf Wochen gliedern; Wahl zwischen verschiedenen Einrichtungen (Universitätskrankenhäuser, Lehrpraxen)
• Überarbeitung der ärztlichen Prüfung
• Klarstellungen bei Fragen der Prüfungszulassungen und -abläufe, der Anerkennung von Studienzeiten, Studienleistungen und Prüfungsleistungen, der dafür notwendigen Gremien und den Notenstufen
• Innovationsklausel für Möglichkeiten zu Fernunterricht im Rahmen digitaler Lehrformate und eine Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre
• Bedingungen und Details zu den Anträgen auf Approbation, der Eignungsprüfung, der Kenntnisprüfung und der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Referentenentwurf eines Patientendatenschutz-Gesetzes

• Einführung digitaler medizinischer Anwendungen (E-Rezept-App, Grünes Rezept, Digitaler Überweisungsschein)
• Weiterentwicklung der ePA in mehreren Ausbaustufen als versicherten-geführte Akte, deren Nutzung freiwillig ist
• Die ePA bleibt in der Zugriffs-Hoheit der Patienten, die Dokumente löschen können. Die ePA ist nur noch über die Krankenkassen verfügbar.
• Datenspende für die Forschung, wobei nur Daten umfasst sind, die keine Identifikation des Patienten erlauben
• Für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung der ePA sollen Vertragsärzte eine Vergütung, Krankenhäuser einen Zuschlag erhalten. Es soll im Jahr 2021 ein Zuschlag für die Aufklärung zur Erstbefüllung in Höhe von zehn Euro gewährt werden.
• Für die einrichtungsübergreifende ePA wird eine Einführungsfrist zum 1.1.2021 festgesetzt und mit der vorgesehenen Sanktion in Höhe von einem Prozent des Rechnungsbetrages verknüpft.
• Mit Fristen für die Gematik, die Festlegungen zu treffen hat, sollen die Funktionen der ePA kontinuierlich ausgebaut werden.
• Regelungen zur Übermittlung ärztlicher Verschreibungen und Überweisungen über mobile Geräte
• Schaffung und Definition von Bußgeldtatbeständen bei Datenmissbrauch

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (urspr. Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz)

• Einführung von Vergütungsabschlägen für Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus von Beatmungspatienten vornehmen oder im Rahmen des Entlassmanagements eine erforderliche Verordnung von Beatmungsentwöhnung nicht vornehmen
• Einführung gesonderter krankenhausindividueller Zusatzentgelte ab dem Jahr 2021 für Krankenhäuser, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung durchführen
• Steigerung der ambulanten intensivmedizinischen Versorgungsqualität durch Beschränkung der Verordnungsermächtigung auf qualifizierte Fachärzte und einheitliche Vorgaben des G-BA für die Qualität ambulanter Intensivpflegedienste
• Finanzielle Entlastung von Betroffenen
• Bestandsschutz für bereits laufende intensivmedizinische Leistungen
• Bei Versorgung in stationärer Pflegeeinrichtung übernimmt die GKV auch Investitionskostenanteile und Kosten für Verpflegung und Unterkunft.

⟨⟨ zurück zum Text

⟨⟨ zurück zum Text

Referentenentwurf Medizinische Rehabilitations-leistungen-Beschaffungsgesetz

• Die konkrete Inanspruchnahme der zugelassenen Reha-Einrichtung soll durch die Festlegung objektiver Kriterien rechtskonform ausgestaltet werden. Unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts und des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sollen dabei insbesondere die Indikation, Nebenindikation, unabdingbare Sonderanforderungen, die Qualität der Reha-Einrichtung, die Entfernung zum Wohnort und die Wartezeit bis zur Aufnahme berücksichtigt werden.
• Die Regelungen zum Übergangsgeld sollen ein Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention und Teilhabe in einem geringen Umfang gegenüber einem vollen Übergangsgeldanspruch verhindern.
• Die Abgrenzung des Übergangsgeldanspruchs zum Arbeitslosengeld II bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben soll klargestellt werden.
• Für Bezieher von Arbeitslosengeld II soll außerdem der Anspruch auf Übergangsgeld während der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfallen, weil es keines Entgeltersatzes in Form von Übergangsgeld bedarf.

⟨⟨ zurück zum Text