



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

# Geschäftsbericht 2025/2026

**Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.**

# Inhaltsverzeichnis

---

## Vorwort

## Gesetzgebung und Rechtsverordnungen 2025/2026

## Krankenhäuser

Einleitung

Kurz- und mittelfristige Lösungsansätze für einen effizienten Einsatz der begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem

Krankenhausreform

Defizitfinanzierung

Psychiatrie und Psychosomatik

Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag

## Reha und Vorsorge

Einleitung

Verbindliche Entscheidungen

Bundesrahmenempfehlungen Reha und Vorsorge

Reha als Ausbildungsträger für Pflegekräfte

FAG „§ 16 Umsetzung Reha-RL – Wegfall Barthel-Index“

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

## Tarif und Personal

## Öffentlichkeitsarbeit

## Statistiken

## Gremien

## Partner und Kooperationen

## Nach IQMP zertifizierte Kliniken

## Impressum

# Vorwort

Selten fallen in einem Geschäftsjahr so viele weitreichende und bedeutende Umsetzungs- und Gesetzgebungsvorhaben zusammen. Neben einer grundlegenden Krankenhausreform werden für den Rehabilitationsbereich ein neues Vergütungssystem in der Deutschen Rentenversicherung scharf geschaltet und zusätzlich die Umsetzung der Rahmenempfehlung für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge in der gesetzlichen Krankenversicherung in neue Versorgungsverträge verhandelt. Diese Entwicklungen stellen sowohl die Mitgliedseinrichtungen als auch den Verband vor erhebliche Herausforderungen. Angesichts dieser Entwicklungen stand der Verband zu den zentralen Themen in einem engen und intensiven Austausch mit seinen Mitgliedern. Es wurden kluge Positionen entwickelt, Stellungnahmen abgestimmt und Verhandlungsstrategien besprochen.

Rückblickend auf das Berichtsjahr wird deutlich, dass nicht alle Positionen des Verbandes Berücksichtigung gefunden haben. Dennoch wurden wichtige Ziele erreicht. Gesundheitspolitik ist und bleibt ein langwieriges Geschäft, bei dem es Ausdauer, Geduld und die Aktionen im rechten Augenblick braucht. Dafür wollen wir uns weiter mit aller Kraft zum Wohle der Rehabilitations-/Vorsorgeeinrichtungen und der Krankenhäuser in privater Trägerschaft einsetzen.

## **Krankenhausreform und KHAG**

Das KHVVG unter der Vorgängerregierung ist Ende des Jahres 2024 in Kraft getreten. Der BDPK bekennt sich zu den Zielen der Krankenhausreform, die insbesondere auf eine deutliche Konzentration von Leistungen und eine bessere Versorgungsqualität ausgerichtet sind. Vor allem die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Leistungen verbessern sowohl die Versorgungsqualität der Patient:innen als auch die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung.

Kritisch bleibt hingegen aus Sicht des Verbandes der weiterhin starke Fokus auf die Strukturqualität. Die Bundesregierung definiert „am grünen Tisch“ zentralistische personelle und apparative Anforderungen in den Leistungsgruppen und bezeichnet diese als Garant für eine gute Behandlungsqualität. Für diese Annahme fehlt jedoch eine belastbare

Evidenz. Zudem sind die Auswirkungen dieser Vorgaben auf die Sicherstellung der Versorgung bislang nicht systematisch untersucht worden. Für die Schließung eines Krankenhausstandortes spielt es demnach keine Rolle, wie gut oder schlecht die komplementären Angebote der ambulant-ärztlichen Versorgung ausgebaut sind. Deshalb ist diese Krankenhausreform ohne eine Auswirkungsanalyse ein gefährlicher Blindflug, der das Potenzial hat, die ländliche Gesundheitsversorgung infrage zu stellen. Im Ergebnis wird damit auch die originäre Verantwortung der Bundesländer für die Krankenhausplanung geschwächt.

Vorgesehen ist auch, dass nun der Medizinische Dienst (MD) prüft, ob die Anforderungen der Leistungsgruppen erfüllt sind. Wenn nicht, dürfen die Krankenkassen die Leistungen nicht mehr bezahlen, auch wenn die Bundesländer den Standort für sinnvoll erachten. Damit fallen erstmals die Planungskompetenz und die Finanzierungskompetenz auseinander.

Zu kritisieren ist auch die nach wie vor bestehende Absicht, wesentliche Teile der Krankenhausvergütung zukünftig als Vorhaltepauschale bereitzustellen. Solche Pauschalen schaffen Anreize, möglichst weniger Patient:innen zu versorgen. Die Folge sind Wartezeiten. Unabhängig davon ist die Vorhaltepauschale auf der Basis von Fallzahlen konzipiert. Die gewünschte Unabhängigkeit von Fallzahlen wird damit nicht erreicht.

Fachkliniken wurden im Bericht der Regierungskommission nicht hinreichend berücksichtigt, obwohl sie wie keine andere Versorgungsart für Spezialisierung und hochwertige Patient:innenversorgung stehen. Mit dem KHAG wird den Ländern zunächst eine Definition vorgegeben, die ab 2030 durch einen neuen Vorschlag der Selbstverwaltung ersetzt werden soll. Bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht berechtigterweise die große Sorge, dass die Krankenkassen nun versuchen werden, die Formulierung so komplex wie möglich zu gestalten, um möglichst wenige Fachkliniken zu erhalten. Das wird zum Nachteil der Patient:innen sein.

### **Neues Vergütungssystem DRV**

Am 1. Januar 2026 ist der Startschuss für die Umsetzung des neuen Reha-Vergütungssystems in der Deutschen Rentenversicherung gefallen. Der Auftrag des Gesetzgebers lautete, ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem zu entwickeln. Dorthin ist es noch ein weiter Weg. Denn die DRV-Gemeinschaft verheddert sich in einem

Gemisch aus Gleichmacherei, Überregulierung, fehlenden Handlungsspielräumen und organisatorisch-zeitlicher Überforderung.

Das neue Vergütungssystem fällt aber auch durch eine enorme Umverteilung von Geldern aus dem Reha-Budget auf: So erhalten manche Einrichtungen, die bislang niedrigere Preise hatten, nun sogar teilweise deutlich höhere Preise. Diese Einrichtungen dürfen sich über einen unverhofften „warmen Regen“ freuen. Daneben gibt es einen relevanten Anteil von Kliniken, deren Preise annähernd gleichbleiben, für die sich nicht viel verändert. Dramatischer wird es hingegen für die Einrichtungen, die bislang höhere Preise mit der DRV vereinbart haben. Sie sollen nun mit sofortiger Wirkung ein deutliches Absinken der Vergütungssätze um bis zu 25 Euro pro Tag nach unten akzeptieren. Diese Einrichtungen stecken in der doppelten Falle: Sie schulden die vertraglich vereinbarte Leistung, sollen aber das notwendige Geld dafür nicht mehr bekommen.

Sollte die DRV in der Frage des Zusammenhangs von Preisen und Leistungen uneinsichtig bleiben, können die Klinikunternehmen nicht anders, als sich dem gewollten Standard der DRV anzupassen. Raum für konzeptionelle Besonderheiten und für besondere Bedarfe der Patienten wird es dann nicht mehr geben, sondern nur noch Einheits-Reha zum Einheits-Preis! Vielleicht sind dann auch ein paar Kolleg:innen weniger in den Rehabilitationseinrichtungen tätig, denn die Kostenstrukturen müssen dann angepasst werden.

Einen Ausweg aus dem Dilemma gäbe es trotzdem: Die DRV müsste bereit sein, die einrichtungsspezifische Komponente tatsächlich zu verhandeln und nicht nach einer Checkliste abzuhalten. Dann bestünde die Möglichkeit, tatsächliche einrichtungsspezifische Komponenten zu verhandeln und gleichzeitig auf dem Verhandlungswege über die Sinnhaftigkeit und die Angemessenheit dieser Kosten urteilen zu können. Dazu bedarf es aber der Einsicht der Entscheider bei der DRV.

### **Rahmenempfehlung Rehabilitation (GKV)**

Im März 2025 hat die Schiedsstelle den Inhalt der Rahmenempfehlung nach § 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V festgelegt. Nun geht es darum, diesen Inhalt in praxistaugliche und faire Versorgungsverträge umzusetzen. Der GKV-Spitzenverband sieht für sich kein Verhandlungsmandat und lässt die Bundesverbände der Krankenkassen agieren. Diese wiederum können

der Versuchung nicht widerstehen, auch von der Schiedsstelle bereits abgelehnte Punkte wieder in die Versorgungsverträge aufzunehmen. Ein stark umstrittenes Thema dabei sind die Meldepflichten für Personal sowie Vertragsstrafen und Sanktionen. Welches Ziel die Krankenkassenverbände damit verfolgen, ist nicht erkennbar. Natürlich haben es die Krankenkassen in der Hand, über die Zuweisung von Patient:innen an die Kliniken deren Auslastung zu bestimmen. Würden im angenommenen Falle einzelne Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtungen den vertraglichen Pflichten nicht nachkommen und dadurch beispielsweise Patient:innen zu Schaden kommen, hätten die Krankenkassen schon heute die Möglichkeit, Versorgungsverträge zu kündigen oder die Belegung einzustellen. Welche Bedeutung darüber hinaus Vertragsstrafen in den Versorgungsverträgen erlangen können, erschließt sich nicht. Wir werden weiterhin mit den Landesverbänden der Privatkliniken darauf hinwirken, dass die Versorgungsverträge nur klare und nachvollziehbare Vertragspflichten beinhalten. Genauso soll es sich mit der Sanktionierung der Vertragspflichten verhalten.

### **GKV-FinanzKommission Gesundheit**

Die finanzielle Lage in den sozialen Sicherungssystemen ist dramatisch. Die Deckungslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung steigt massiv an. Deshalb will die Bundesregierung Möglichkeiten prüfen, wie die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben geschlossen werden kann. Dazu hat sie die FinanzKommission Gesundheit eingesetzt, besetzt mit führenden Gesundheitsökonom:innen, die Ende März ihren Bericht vorgelegt hat.

Der BDPK hatte sich an der Anhörung der FinanzKommission Gesundheit beteiligt und Vorschläge für langfristige wirkende Reformvorschläge für den Krankenhausbereich unterbreitet. Dabei haben wir uns auf die Vorschläge des Verbandes für ein besseres und effizienteres Gesundheitssystem vom Januar 2025 bezogen, die der [BDPK auf seiner Homepage veröffentlicht hat](#).

## Einnahmen und Ausgaben der GKV ohne Reform

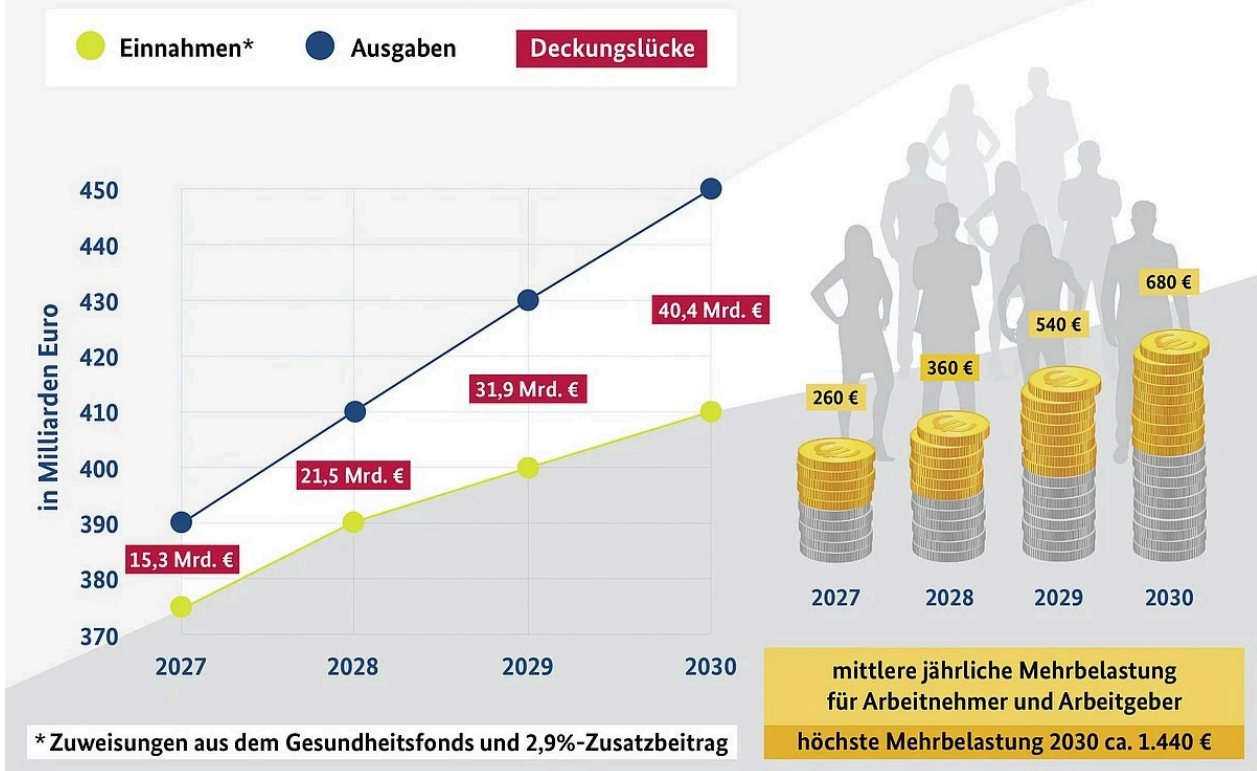


Abb. © GKV-Finanzkommission: [www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzkommission-gesundheit](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzkommission-gesundheit)

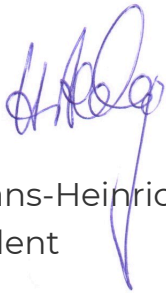
Im Hinblick darauf wirken die vorgelegten Vorschläge zur Kostenreduktion im Krankenhausbereich eher wenig nachhaltig. Vorgeschlagen werden stumpfe Einnahmekürzungen, wie die Empfehlung, die konsequente Einhaltung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in allen Leistungsbereichen der GKV. Bei den Krankenhäusern soll mehr Überprüfung und mehr Kontrolle der Abrechnungen erfolgen, um kein Potenzial von Abrechnungskürzung zu verlieren. Anreize für eine effizientere Versorgung „von innen heraus“ werden hingegen nicht gesetzt. So bleibt es nach dem Willen der Kommission bei den bestehenden teuren Personalvorgaben, was aus Sicht des BDPK ein großer Fehler ist. Krankenhäuser können nur effizienter und kostengünstiger werden, wenn sie dafür entsprechende Freiräume bekommen.

Damit wird aus Sicht der privaten Krankenträger eine große Chance vertan: Die kostenintensiven Personalanforderungen für die Krankenhäuser bleiben bestehen, die Gegenfinanzierung hingegen wird gestrichen. Insgesamt schlägt die Kommission Kürzungen bei den Krankenhäusern für

das Jahr 2027 in Höhe von rund 3 Milliarden Euro vor, die bis zum Jahr 2030 auf rund 9 Milliarden Euro anwachsen sollen.

Der Verband wird sich in der kommenden Zeit vorrangig dafür einsetzen, dies im politischen Prozess zu beeinflussen. Hoffnung dafür besteht durchaus, denn ein weiterer Bericht der Finanzkommission mit langfristigen Maßnahmen für mehr Effizienz im Gesundheitswesen ist geplant.

Berlin, den 30. April 2026



Dr. Hans-Heinrich Aldag  
Präsident



Thomas Bublitz  
Hauptgeschäftsführer

# Gesetzgebung und Rechtsverordnungen 2025/2026

## **Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

**Zeitplan:** 16.04.2026 Referentenentwurf; 20.04.2026 Stellungnahmefrist und Anhörung im BMG; 29.04.2026 Kabinettsberatung

**Inhalte:** Grundlage sind Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (43 der 66 Vorschläge der Expertenkommission wurden aufgenommen, 12 davon in angepasster Form, 14 weitere Maßnahmen vom BMG hinzugefügt). Insbesondere: Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel und 1 Prozentpunkt-Abzug auf die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029; Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung; Geltung des vorjährigen Pflegebudgets als Ausgangsgrundlage für die Verhandlung ab 2027; Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen; Erhöhung der Prozentzahl von unbeanstandeten Abrechnungen für die jeweiligen MD-Prüfquoten; Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen; Vereinbarung von Kurzzeitfallpauschalen für stationäre Fälle.

**BDPK-Forderungen:** Bezahlung kostendeckender Krankenkassenbeiträge für die Bürgergeldempfänger durch den Bund; Zurückverlagerung der Pflegekosten in das DRG-System; Abschaffung PpUGV; keine 1-Prozentpunkt-Absenkung in den Jahren 2027 bis 2029; bei Einführung von Kurzzeitfallpauschalen Abschaffung der Regelungen zu den Hybrid-DRG nach § 115f SGB, vgl. [Stellungnahme des BDPK](#)

## **Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG**

**Zeitplan:** 06.08.2025: Referentenentwurf, 21.08.2025: Verbändeanhörung, 08.10.2025: Kabinettsbeschluss, 12.11.2025: 1. Lesung im Bundestag (Überweisung an den Gesundheitsausschuss), 21.11.2025: 1. Durchgang Bundesrat (Beschluss der Stellungnahme der Länder), 03.12.2025: Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme der Länder, 17.12.2025: Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages, 04.03.2026: Abschluss im Bundestags-Gesundheitsausschuss,

06.03.2026: 2./3. Lesung im Bundestag, 27.03.2026: 2. Durchgang Bundesrat, 14.04.2026: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** Anpassungen der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien; Anpassung der Ausnahmeregelung für Zuweisung von Leistungsgruppen; Anpassung der Definition von Fachkliniken („Level F“); Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr inklusive der Folgeanpassungen; Anpassungen am Transformationsfonds, erweiterte Kooperationsmöglichkeiten und weitere Regelungen.

**Forderung BDPK:** Fokus auf Ergebnisqualität statt Strukturvorgaben; Planungshoheit muss bei den Ländern bleiben; Vorhaltefinanzierung streichen und Sicherstellungszuschläge weiterentwickeln; praxisnahe Definition von Fachkrankenhäusern und Ausnahmeregelungen; Ablehnung Ausweitung der Hybrid-DRG bei gleichzeitiger Vergütungsabsenkung (vgl. [BDPK-Stellungnahme vom 15.12.2025](#) und [BDPK-Stellungnahme vom 20.08.2025](#)).

### **Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)**

**Zeitplan:** 25.06.2025: Referentenentwurf (Pflegekompetenzgesetz), 06.08.2025: Kabinettsbeschluss, 11.09.2025: 1. Lesung Bundestag, 26.09.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 08.10.2025: Anhörung im Bundestags-Gesundheitsausschuss, 03.11.2025: erneute Anhörung im Bundestags-Gesundheitsausschuss zu fachfremden Änderungsanträgen („Sparpaket“), 05.11.2025: finaler Durchgang Bundestags-Gesundheitsausschuss, 06.11.2025: 2./3. Lesung Bundestag und Gesetzesbeschluss, 21.11.2025: 2. Durchgang Bundesrat (Anrufung des Vermittlungsausschusses), 16./17.12.2025: Konstituierung Vermittlungsausschuss Bundestag/Bundesrat, 19.12.2025: Annahme Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses durch Bundestag, 19.12.2025: finaler Durchgang Bundesrat (Billigung), 29.12.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalt:** Pflegefachpersonen sollen bestimmte Leistungen eigenverantwortlich und weisungsfrei erbringen können, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren; verbindliche Vereinbarung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus; zum Schutz von Patient:innen bzw. Dritten werden Ausnahmen von der Befüllung der elektronischen Patientenakte zugelassen

– etwa aus therapeutischen Gründen oder bei Gefährdung des Kindeswohls bei unter 15-Jährigen; der Heilberufsausweis ist für das E-Rezept künftig nicht mehr erforderlich, zudem dürfen Leistungserbringer elektronische Ersatzbescheinigungen direkt versenden.

**Forderung BDPK:** Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger Pflege; Reha- und Vorsorge-Einrichtungen als MVZ-Gründer zulassen; Bürokratieabbau; Qualifikationsmix beachten (vgl. [BDPK-Stellungnahme vom 30.10.2025](#) und [BDPK-Stellungnahme vom 14.07.2025](#)).

### **Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung und zur Änderung weiterer Gesetze**

**Zeitplan:** 25.06.2025: Referentenentwurf, 06.08.2025: Kabinettsbeschluss, 11.09.2025: 1. Lesung Bundestag, 26.09.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 06.10.2025: Anhörung im Bildungs- und Familienausschuss des Bundestags, 09.10.2025: 2./3. Lesung Bundestag, 17.10.2025: 2. Durchgang Bundesrat (Zustimmung), 31.10.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalte:** 18-monatige Ausbildung; als Zugangsvoraussetzung gilt der Hauptschulabschluss, ein Beginn der Ausbildung ist aber auch ohne Abschluss möglich, wenn eine positive Prognose der Pflegeschule vorliegt; auch abgebrochene Fachkraftausbildungen können angerechnet werden; im Rahmen von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung sollen auch Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Ausbildung erprobt werden; Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist mit einer Kenntnisprüfung oder einem Anpassungslehrgang möglich und es bedarf nicht mehr einer umfassenden Gleichwertigkeitsprüfung.

**Forderung BDPK:** Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger zulassen; niederschwelliger Zugang zur Ausbildung; Anrechnung bei Personalvorgaben; Vereinfachung bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse (vgl. [BDPK-Stellungnahme vom 01.10.2025](#) und [BDPK-Stellungnahme vom 08.07.2025](#)).

### **SGB VI-Anpassungsgesetz**

**Zeitplan:** 14.08.2025: Referentenentwurf, 03.09.2025: Kabinettsbeschluss, 09.10.2025: 1. Lesung Bundestag, 17.10.2025: 1. Durchgang Bundesrat,

03.11.2025: Anhörung im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales,  
06.11.2025: 2./3. Lesung im Bundestag, 19.12.2025: 2. Durchgang Bundesrat,  
23.12.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalt:** Einführung eines Fallmanagements in der gesetzlichen Rentenversicherung und Aufgabenübertragung der Anerkennungs- und Qualifizierungsberatung auf die Bundesagentur für Arbeit; Maßnahmen, die die digitale Transformation fördern, das Recht vereinfachen und die Bürokratie reduzieren.

**Forderung BDPK:** Reha-Budget der DRV nur als Orientierung; Streichung des Sanktionsmechanismus und Demografiekomponente; Schiedsstelle für Vertragsstreitigkeiten mit der DRV (vgl. [Stellungnahme](#) AG MedReha vom 19.08.2025).

### **Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz – LuKIFG**

**Zeitplan:** 03.07.2025: Kabinettsbeschluss, 11.07.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 30.07.2025: Gesetzentwurf, 12.09.2025: 1. Lesung Bundestag, 09.10.2025: 2./3. Lesung Bundestag, 17.10.2025: 2. Durchgang Bundesrat (Zustimmung), 23.10.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalt:** Ländern und Kommunen werden 100 Milliarden Euro für Investitionen zur Verfügung gestellt; Ziel ist es, dass Länder und Kommunen schnell in ihre Infrastruktur investieren und die Basis für langfristiges Wirtschaftswachstum schaffen können, u.a. in den Bevölkerungsschutz, Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegeinfrastruktur, Energie- und Wärmeinfrastruktur, Digitalisierung.

**Forderung BDPK:** Die beschlossenen Fördermaßnahmen müssen Reha- und Vorsorgeeinrichtungen einschließen; die Kliniken müssen tatsächlich Förderungen erhalten.

### **Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen**

**Zeitplan:** 15.07.2025: Referentenentwurf, 11.08.2025: Ende der Stellungnahmefrist, 26.08.2025: Verbändeanhörung im BMG, 01.10.2025: Kabinettsbeschluss/Regierungsentwurf, 21.11.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 18.12.2025: 1. Lesung Bundestag, 28.01.2026: Beratung im Bundestags-Gesundheitsausschuss, 26.03.2026: 2./3. Lesung im Bundestag. 08.05.2026: 2.

Durchgang Bundesrat (zustimmungspflichtig); voraussichtlich im November 2026 in Kraft treten.

**Inhalt:** Zügige und transparente Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Hebammen; direkte Kenntnisprüfung statt Gleichwertigkeitsprüfung; partieller Berufszugang möglich; Ländern soll ermöglicht werden, bei anderen Ländern abzufragen, ob dort bereits ein Verfahren auf Erteilung einer Approbation anhängig ist; die ÄApprO soll insoweit geöffnet werden, so dass „die praktische Ausbildung in Krankenhäusern und anderen geeigneten Einrichtungen stattfinden kann, geeignete Einrichtungen können dann beispielsweise auch Rehabilitationseinrichtungen sein.

**Forderung BDPK:** bundesweite Datenbank mit anerkannten Berufsabschlüssen; bundeseinheitliche Zulassungsvoraussetzungen und Fristen für das Anerkennungsverfahren (vgl. [BDPK-Stellungnahme vom 08.08.2025](#)).

### **Gesetz zur Reform der Notfallversorgung**

**Zeitplan:** 14.11.2025: Referentenentwurf des BMG, 04.12.2025: Stellungnahmefrist Verbände, 10.12.2025: Verbändeanhörung des BMG, 22.04.26 Kabinettsbeschluss; 12.06.26 1. Durchgang Bundesrat (voraussichtlich); 10.07.26 1. Lesung Bundestag (voraussichtlich); 25.09.26 2./3. Lesung Bundestag (voraussichtlich); 16.10.26 2. Durchgang Bundesrat (voraussichtlich).

**Inhalt:** Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ); Versorgungsbereiche (vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste) besser vernetzen und aufeinander abstimmen und damit eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherstellen.

**Forderung BDPK:** Auskömmliche Finanzierung sämtlicher Leistungen an, die von den Krankenhäusern im zukünftigen System der ambulanten Notfallversorgung übernommen werden. Letztentscheidung, bei welchen Krankenhausstandorten die integrierten Notfallzentren (INZ) angesiedelt werden sollen, soll bei den für die Krankenhausplanung zuständigen

Landesbehörden liegen (vgl. [Stellungnahme der DKG](#) vom 04.11.2024 in denen die BDPK-Forderungen aufgenommen wurden).

### **NIS-2-Umsetzungsgesetz (Gesetz zur Umsetzung der NIS-2-Richtlinie und zur Regelung wesentlicher Grundzüge des Informationssicherheitsmanagements in der Bundesverwaltung)**

**Zeitplan:** 23.06.2025: Referentenentwurf, 30.07.2025: Regierungsentwurf, 11.09.2025: 1. Lesung im Bundestag, 26.09.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 13.11.2025: 2./3. Lesung im Bundestag, 21.11.2025: 2. Durchgang Bundesrat, 05.12.2025: Verkündung im Bundesgesetzblatt.

**Inhalt:** Transformation der europäischen NIS-2-Richtlinie in deutsches Recht, die dazu dient, das Sicherheitsniveau in der EU zu vereinheitlichen und zu erhöhen.

**Forderung BDPK:** Refinanzierung der Kosten; Aufnahme der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 SGB V in die Ausnahmeregelungen des § 61 Abs. 3 Satz 5 BSIG; Bürokratieabbau; Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden; Verzahnung mit KRITIS-DachG (vgl. [Stellungnahme der DKG](#) vom 04.07.2025 in die die BDPK-Forderungen aufgenommen wurden).

### **Bundeshaushalt 2026 und Finanzplan des Bundes 2025 bis 2029 - Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“ – Schwerpunkt Krankenhausinfrastruktur**

**Zeitplan:** 06.08.2025: Regierungsentwurf, 18.09.2025: 2./3. Lesung Bundestag, 26.09.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 19.12.2025: 2. Durchgang Bundesrat (Beratung des Haushaltsgesetzes 2026), 01.01.2026: in Kraft getreten.

**Inhalte:** Sofort-Transformationskosten Krankenhäuser 2025: 1,5 Mrd. Euro, 2026: 2,5 Mrd. Euro; Zuweisung an den Transformationsfonds im Krankenhausbereich 2026: 3,5 Mrd. Euro; mit den veranschlagten 4 Mrd. Euro sollen die Krankenhäuser für (inflationsbedingte) Kostensteigerungen in 2022 und 2023 entschädigt werden; Rechnungszuschlag von 3,25% ab 01.11.2025.

**Forderung BDPK:** Unbürokratische Auszahlung der Sofort-Transformationskosten an alle Krankenhäuser, einschließlich der Besonderen Einrichtungen und der Spezialversorger mit E.3-Entgelten.

## **Tariftreuegesetz**

**Zeitplan:** 24.07.2025: Referentenentwurf, 06.08.2025: Kabinettsbeschluss, 26.09.2025: 1. Durchgang Bundesrat, 10.10.2025: 1. Lesung Bundestag, 03.11.2025: Anhörung im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales, 26.02.2026: 2./3. Lesung Bundestag (Zustimmung), 27.03.2026: 2. Durchgang Bundesrat.

**Inhalt:** Regelungen zur Vergabe und Ausführung von öffentlichen Aufträgen und Konzessionen des Bundes; ab einem Auftragswert von 50.000 Euro sollen Firmen ihren Beschäftigten Entgelt, Weihnachtsgeld, Urlaube und Ruhezeiten wie in branchenüblichen Tarifverträgen gewähren müssen.

**Forderung BDPK:** Kein Zwang zu Tarifverträgen.

# Krankenhäuser

## Einleitung

Zentralistisch festgelegte Personalvorgaben haben in Deutschland über Jahre zu überhöhter Personalvorhaltung und deutlichen Effizienzverlusten in der Krankenhausversorgung geführt. Weitere strukturelle Defizite wie die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie eine ausgeprägte Kontroll- und Antragsbürokratie bremsen Innovation und Produktivität.

Diese Ineffizienzen wirken sich zunehmend auch finanziell auf das System aus. Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichneten zuletzt ein Rekorddefizit von 6,2 Milliarden Euro (2024). Den Kosten steht jedoch keine vergleichbar hohe Patientenzufriedenheit gegenüber. Im Gegenteil, die Patient:innen sind zunehmend unzufrieden mit der Leistungsfähigkeit und der Zugänglichkeit unseres Gesundheitssystems. Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse ist knapp ein Drittel der Bevölkerung unzufrieden. Hinzu kommt, dass die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zunehmend von dem Bürokratieaufwuchs frustriert sind. Rund drei Stunden am Tag fallen in deutschen Krankenhäusern sowohl für die Ärzteschaft als auch den Pflegedienst für bürokratische Dokumentation an.

## **Kurz- und mittelfristige Lösungsansätze für einen effizienten Einsatz der begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem**

Vor diesem Hintergrund hat der BDPK den politischen Entscheidungsträgern sowohl langfristige als auch kurz- und mittelfristige Lösungsansätze für einen effizienten Einsatz der begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem vorgelegt.

### **1. Kurz- und mittelfristige Lösungsansätze: Begrenzte Ressourcen im Gesundheitssystem effizient einsetzen**

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung müssen dringend auf Effizienz und Wirtschaftlichkeitspotenziale untersucht werden. Gesetzliche Strukturvorgaben, die Kosten verursachen und nicht die Versorgungsqualität der Patient:innen verbessern, müssen aus Sicht des BDPK konsequent abgeschafft werden. Es sollten daher folgende Entscheidungen getroffen werden:

#### a) Nicht evidenzbasierte Personalvorgaben streichen

Mehr als 60 Prozent der Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der Mitarbeitenden im ärztlichen und pflegerischen Dienst aufgrund gesetzlicher Vorgaben erheblich angestiegen. Gleichzeitig ist die Zahl der Patient:innen gesunken, was zu einem deutlichen Anstieg der Fallkosten führt. Das Ergebnis der bundesgesetzlichen Regulierung ist ein deutlicher Rückgang der Produktivität in den deutschen Krankenhäusern. Aus unserer Sicht tragen die nicht evidenzbasierten Personalvorgaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich zur Problematik bei. Diese verhindern innovative Prozesslösungen, die die Gesundheitsversorgung besser und effizienter machen.

In den vergangenen Legislaturperioden wurden verbindliche Personalvorgaben mit dem Ziel eingeführt, die Patientenversorgung zu verbessern und das Personal zu entlasten. Allerdings haben diese Instrumente zu keiner Zeit bewiesen, dass sich die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt hätten; weder hat es eine bessere Patientenversorgung noch eine Entlastung der Ärzteschaft und Pflege gegeben. Stattdessen

fürten sie zu deutlichen Kostensteigerungen und zu einer erheblichen Kontrollbürokratie mit zusätzlicher Belastung des Klinikpersonals.

Deshalb sollten Strukturvorgaben ohne nachweisbaren Bezug zur Behandlungsqualität abgeschafft werden. Hierzu zählen insbesondere die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). Auch das mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachte ärztliche Personalbemessungsinstrument sollte nicht eingeführt werden. Eine Personalvorgabe hat nur dann eine Existenzberechtigung, wenn sie zu einer nachweisbaren Qualitätsverbesserung für die Patientenversorgung führt.

Damit würde die Bundesregierung einen wichtigen Impuls für schlankere Strukturen, weniger Kosten und weniger Bürokratie setzen. Statt nicht qualitätsrelevanter Strukturvorgaben sollte kontinuierlich gemessen werden, wie gut die Patientenversorgung wirklich ist.

#### b) Qualität durch dauerhafte Qualitätsmessung sichern

Um die begrenzten Mittel im Gesundheitssystem effizient einzusetzen, muss die Behandlungsqualität konsequent und kontinuierlich gemessen werden. Es existieren bereits umfassende Qualitätssicherungsinitiativen, die aus Routinedaten der Krankenhäuser gespeist werden. Beispielhaft seien die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) sowie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) genannt. Es bedarf klarer Regelungen zur Ausgestaltung und zur Umsetzung der Qualitätsmessung. Dabei sollten die Daten der Qualitätsmessung mit den Routinedaten aus den Krankenhäusern mit Daten der Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und der Patient Reported Experience Measures (PREMs) angereichert werden. Zusätzlich verfügen die Krankenkassen über relevante Daten, wie zum Beispiel Krankenhauswiedereinweisungen, Revisionseingriffe, AU-Zeiten, Überlebensraten, die schon heute punktuell verwendet werden. Über die Qualitätsergebnisse muss es ein regelmäßiges öffentliches Monitoring geben.

#### c) Einsparungen entlasten die Krankenkassen

Einsparungen bei den Krankenhauskosten kommen zunächst den Krankenhäusern durch den Wegfall der Kosten für nicht notwendige

Strukturvorgaben zugute. Die Krankenhäuser werden wirtschaftlich stabilisiert, ohne dass die Beitragszahler der Krankenkassen oder die Steuerzahler dafür zusätzliches Geld aufwenden müssten.

In einem weiteren Schritt werden die Weichen von landeseinheitlichen DRG-Preisen in Richtung eines hausindividuellen Preiswettbewerbs um eine gute und effiziente Krankenhausversorgung gestellt. Dies kann durch Ausschreibungen für definierte Leistungsbereiche auf der Basis der künftig zu verwendenden Planfallzahlen erfolgen. Der Landesbasisfallwert wird dabei durch den hausindividuellen Basisfallwert ersetzt, den jedes Krankenhaus für sich ermittelt. Damit werden Anreize geschaffen, dass die Krankenhäuser den Fokus auf eine effiziente Leistungserbringung und eine gute Qualität setzen.

Die Krankenkassen könnten zudem vom Gesetzgeber die Möglichkeit erhalten, für die Versicherten Anreize zur Inanspruchnahme eines guten und gleichzeitig wirtschaftlichen Krankenhauses zu setzen. Denkbar sind schrittweise einzuführende Bonus- und Malus-Modelle für die Versicherten bei elektiven und weniger komplexen Krankenhausbehandlungen. Hierzu verweisen wir beispielhaft auf einen Vorschlag des Instituts für Gesundheitsökonomik, der auf der [Website des BDPK](#) verfügbar ist. So würde auch für die Versicherten der Anreiz gesetzt, dass wenige komplexe und elektive Eingriffe wie Leistenhernien oder Endoprothesen möglichst in günstigen und gleichzeitig guten Krankenhäusern durchgeführt werden. In jedem Fall sollten hierbei auch die Ergebnisse der Qualitätssicherung und der Wartezeiten berücksichtigt werden, damit niemand gezwungen wird, sich in einem qualitativ schlechten Krankenhaus behandeln lassen zu müssen oder zu lange warten zu müssen.

#### d) Ambulantisierung in Krankenhäusern fördern

Die vom Gesetzgeber bisher zentralistisch vorangetriebene Ambulantisierung über AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen erweist sich aus Sicht der Krankenhäuser als kaum umsetzbar. Es fehlen die dafür erforderlichen räumlichen und personellen Strukturen, deren Aufbau angesichts der geringeren Vergütung ambulanter Leistungen schwer zu realisieren sind. Vor allem mangelt es an positiven Anreizen, die eine vom Krankenhausbett losgelöste Behandlung gezielt fördern würden.

Der BDPK schlägt deshalb vor, sowohl die untere Grenzverweildauer als auch die Regelungen zur AOP und Hybrid-DRG zu streichen und nur noch einen Preis für die Behandlung nach DRG-Systematik vorzusehen. Die Krankenhäuser können auf Basis ihrer medizinischen Expertise selbst entscheiden, welche Prozesse sie etablieren, um Patient:innen möglichst frühzeitig und sicher nach Hause zu entlassen. Der Faktor „Bett“ spielt dann keine Rolle mehr. Die daraus resultierenden Einsparungen kommen zunächst den Krankenhäusern zugute und werden zeitversetzt über die DRG-Kalkulation an die Krankenkassen weitergegeben.

## **2. Langfristiger Lösungsansatz: Integrierte Gesundheitsregionen entwickeln und umsetzen**

Aus Sicht des BDPK braucht es einen Neustart in sogenannte „integrierte Gesundheitsregionen“. Dabei werden die Leistungserbringer in diesen Versorgungsregionen pauschal und mit schuldbefreiender Wirkung von den Krankenkassen für die Sicherstellung der zuvor definierten Gesundheitsversorgung vergütet. Es ist dann Aufgabe der Leistungserbringer in der jeweiligen Versorgungsregion, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu definieren, zu organisieren und zu übernehmen. Damit werden auch die Fehlanreize eines Einzelleistungsvergütungssystems eliminiert, auf eigene Rechnung möglichst viele Einzelleistungen ohne Rücksicht auf die Versorgungsqualität erbringen zu wollen. Eine Gesundheitspauschale schafft Anreize, Über- und Mehrfachversorgung einzudämmen. Zudem werden auch Anreize geschaffen, mehr Gesundheitsprävention für die Bürger:innen anzubieten.

Zur Vorbereitung der Einführung solcher „integrierter Gesundheitsregionen“ sollte eine Regierungskommission eingerichtet werden, die die grundsätzlichen Weichenstellungen und die Umsetzungsvorschläge nebst den entsprechend erforderlichen Gesetzesänderungen diskutiert. Besonderer Fokus muss dabei auf die kontinuierliche Messung und Auswertung der Ergebnisqualität (einschließlich der Patientenzufriedenheit) und ein engmaschiges Monitoring der Versorgungsregionen gelegt werden.

Zur Platzierung der Verbandspositionen führt der BDPK Gespräche mit relevanten Entscheidungsträger:innen des Gesundheitswesens, verbreitet

seine Positionen über Zeitschriften wie die Gesundheits- und Sozialpolitik (GuS), Social Media und die Homepage des BDPK (vgl. [hier](#)). Außerdem hat der BDPK diese Vorschläge auch der GKV-Finanzkommission im Rahmen des schriftlichen Beteiligungsverfahrens sowie dem persönlichen Expert:innenaustausch vorgelegt.

## Krankenhausreform

Seit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) am 12. Dezember 2024 stellt der BDPK umfassende Informationen zu den Inhalten des Gesetzes nebst praktischer Umsetzung bereit und erfasst offene Fragen auf Verbandsebene, um diese beispielsweise mit der DKG oder den Verantwortlichen auf Bundesebene zu klären. Zudem hat der BDPK in Abstimmung mit dem Fachausschuss Krankenhäuser eine Formulierungshilfe für einen Kooperationsvertrag zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a KHG i.V.m. § 135e SGB V erarbeitet und seinen Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Weiter ist der BDPK in DKG-Gremien wie der DKG-AG „Leistungsgruppenausschuss“ vertreten, wo er die Verbandspositionen gezielt einbringt.

Das Gesetzgebungsverfahren zum KHAG hat der BDPK intensiv in seinen Gremien - dem BDPK-Vorstand, dem Fachausschuss Krankenhäuser sowie der Facharbeitsgruppe Krankenhausreform: Fachkrankenhäuser – begleitet und hat hier regelmäßig den aktuellen Sachstand sowie inhaltliche Neuerungen vorgestellt. Der BDPK fordert im Rahmen der Gesetzgebung zum KHAG insbesondere folgende Maßnahmen:

### **1. Sofortige Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA)**

Letztmalig für das Jahr 2026 wird nach § 4 Abs. 2 a KHEntgG für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) angewendet.

Das bedeutet, dass der Fixkostendegressionsabschlag in Höhe von 35 Prozent pro Jahr nach geltender Rechtslage bis zum Jahr 2029 anfällt. Mit der geplanten Verschiebung der Einführung der Vorhaltepauschalen um ein Jahr dürfte der Fixkostendegressionsabschlag bis zum Jahr 2030 von den Krankenhäusern zu zahlen sein. Diese Regelung konterkariert die Intention der Krankenhausreform, Standorte zu schließen und Leistungen an anderen, verbleibenden Standorten zu konzentrieren. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Laufzeit des Fixkostendegressionsabschlags an die Einführung der Vorhaltepauschalen gekoppelt wird.

Konkret schlägt der BDPK die sofortige und umfassende Streichung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 4 Abs. 2a KHEntgG nebst weiterer Folgeänderungen vor. Dies erscheint im Hinblick auf die Belastung der Krankenhäuser durch die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel nach §§ 9, 10 KHEntgG, § 9 BPfIV gerechtfertigt.

## **2. Fachkliniken und Besondere Einrichtungen**

Fachkrankenhäuser (Level F-Kliniken) sind für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen von großer Bedeutung. Die medizinisch erforderlichen Strukturen von Fachkrankenhäusern unterscheiden sich jedoch deutlich von denen der Allgemeinkrankenhäuser. Die Qualität der Versorgung wird durch die Qualitätskriterien aus den maßgeblichen OPS-Kodes gemäß § 301 Abs. 2 SGB V und den landesrechtlichen Vorgaben sichergestellt. Zudem sollten beispielsweise eine vollumfängliche Intensivstation, das Vorhandensein von zwei Operationssälen oder ein CT/MRT am Standort bei spezialisierten Versorgern nur dann gefordert werden, wenn dies im Rahmen des Behandlungskonzeptes medizinisch erforderlich ist. Daher sollten die Level F-Kliniken und Besonderen Einrichtungen insgesamt von den Leistungsgruppenvorgaben des § 135e SGB V ausgenommen werden.

Konkret schlägt der BDPK die Einfügung eines Abs. 5 in § 135e SGB V vor, der wie folgt lautet: „Die zuständigen Landesbehörden entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Anwendung der nach Absatz 1 bis Absatz 4 geregelten Qualitätskriterien und Leistungsgruppen für Fachkrankenhäuser, die von ihrer zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden.“ Damit erhalten die Strukturvorgaben in den Leistungsgruppen weiterhin ihre Gültigkeit und müssen nicht „entschärft“ werden.

## **3. Vorhaltepauschalen und Mindestvorhaltezahlen**

Das Ziel der Einführung einer Vorhaltevergütung war, den Anreiz für Krankenhäuser zu senken, eine möglichst hohe Fallzahl zu erreichen (vgl. Seite 61 des Referentenentwurfs eines KHVVGs). Die Kombination der Vorhaltevergütung mit Mindestvorhaltezahlen führt jedoch die Krankenhäuser gerade nicht aus der Fallzahlabhängigkeit und schafft mit den 20 Prozent Korridoren neue Fehlanreize. Die nicht evidenzbasierten Mindestvorhaltezahlen dienen nicht der Qualitätsverbesserung, sondern

wurden lediglich für die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung eingeführt. Neben den bereits etablierten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Mindestmengen sind sie nicht zielführend. Stattdessen bietet sich die Weiterentwicklung von Sicherstellungszuschlägen als Vorhaltevergütung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser an.

Der BDPK schlägt die Aufhebung der Regelungen zur Vorhaltefinanzierung nach §§ 3 Nr. 3b, 6b, 7 KHEntgG, § 37 KHG und den Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V sowie die Weiterentwicklung der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Abs. 3 SGB V, § 5 KHEntgG und der Ergänzungsvereinbarung (§ 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG) nebst weiterer Folgeänderungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser vor.

Der BDPK führt zur Platzierung seiner Forderungen Gespräche mit relevanten Entscheidungsträger:innen des Gesundheitswesens, verbreitet seine Positionen über Zeitschriften wie die Gesundheits- und Sozialpolitik (GuS), Social Media und die Homepage des BDPK (vgl. [hier](#)).

## Defizitfinanzierung

Vor allem Gemeinden, aber auch Länder gewähren staatlichen Krankenhäusern regelmäßig Ausgleichsleistungen wie Jahresfehlbetragsdeckungen, Investitions- und Betriebskostenzuschüsse, Eigenkapitalerhöhungen, zinsvergünstigte Darlehen, kostenfreie Bürgschaften und Liquiditätshilfen (sogenannter Defizitausgleich).

Freigemeinnützige und private Krankenhäuser erhalten bislang keinen solchen Defizitausgleich. Dass solch ein Vorgehen rechts- und verfassungswidrig ist, bestätigt ein Rechtsgutachten im Auftrag der freien Klinikträger (vgl. [hier](#)). Ein selektiver Defizitausgleich eines Landes nur für staatliche Krankenhäuser verstößt gegen das gesetzliche und verfassungsrechtliche Gebot der Gleichbehandlung der Plankrankenhäuser; ein selektiver Defizitausgleich von Gemeinden nur für eigene (kommunale) Krankenhäuser verstößt gegen das landesgesetzliche Prinzip der Trägervielfalt und das grundgesetzliche Gleichbehandlungsgebot. Hinzu kommt, dass auf eigene Krankenhäuser beschränkte Ausgleichsleistungen von Kommunen oder Ländern eine unzulässige Beihilfe im Sinne des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union darstellen und deshalb unvereinbar mit dem EU-Beihilferecht sind. Aufgrund rechtlicher Erwägungen ist ein Verbot solcher Defizitausgleiche leider nicht umsetzbar: Die Länder sind für die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser im Wege öffentlicher Förderung grundsätzlich allein zuständig beziehungsweise hierzu verpflichtet; Gemeinden und Gemeindeverbände haben das Recht, kommunale, freigemeinnützige und private Krankenhäuser, die die jeweilige (kommunale) Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen versorgen, finanziell zu fördern.

Daher schlägt der BDPK vor, an geeigneter Stelle im Gesetz, etwa im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), verbindlich zu regeln, dass Defizitausgleiche durch Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände allen Krankenhausträgern – unabhängig von ihrer Trägerschaft – nach einheitlichen und objektiven Kriterien gewährt werden. Hierbei sind objektive Maßstäbe die Grundsätze des wirtschaftlichen Handelns nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip, die Bedarfsnotwendigkeit des jeweiligen Krankenhauses (= Versorgungsdichte für die betreffende Krankenhausleistung) sowie ein Kennzahlenvergleich. Hierbei könnte der Kennzahlenvergleich so ausgestaltet werden, dass Krankenhäuser einer

Bettenzahl (zum Beispiel 1-49, 50-99, 100-149, etc.) zugeordnet und diesen Kennzahlen zugewiesen werden. Anhand dieser Kennzahlen kann dann ein Vergleich von Krankenhäusern ähnlicher Größe durchgeführt werden. Kennzahlen könnten beispielsweise die Anzahl der Fachabteilungen, Kosten (differenziert nach Personal, Sachkosten, Kredite und Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern und Abzüge), Einnahmen nach der Zahl der behandelten Patienten je Fachabteilung und Leistungsgruppe, Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen (QSR, PROMS und PREMS) und Bettenauslastung sein. Daneben sollte ein öffentlich einsehbares Transparenzregister eingeführt werden, in welchem die Kennzahlen vor der politischen Entscheidung ausgewiesen werden. Das Transparenzregister könnte bei der Kommunalaufsicht der Länder angesiedelt werden; zudem sollte die Auszahlung von Defizitausgleichen unter Genehmigungsvorbehalt der Kommunalaufsicht stehen.

Zur Platzierung dieser Position beziehungsweise dieses konkreten Vorschlages nimmt der BDPK an Gesprächsrunden mit Gesundheitsexpert:innen wie den Luncheon Roundtable der Rhön Stiftung (vgl. [hier](#)) teil, verbreitet seine Positionen über Zeitschriften wie die *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, Social Media und die Homepage des BDPK (vgl. [hier](#)).

## Psychiatrie und Psychosomatik

Der BDPK kritisiert weiterhin, dass die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses (PPP-RL) mit ihren unverhältnismäßig hohen Sanktionen die Versorgung in der Psychiatrie gefährdet. Für den internen Austausch hat der BDPK eine Vorbesprechungsrunde zur Kommission Krankenhauspsychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eingerichtet und in enger Abstimmung mit dieser eine Broschüre entwickelt. Die Publikation erläutert die zentralen Inhalte der Richtlinie, ihre praktische Umsetzung in den Kliniken sowie die Herausforderungen, die sich daraus für die Versorgung von Patient:innen ergeben. Gleichzeitig werden die wichtigsten Kritikpunkte und die Forderung des BDPK, mit der Streichung des § 136a Abs. 2 SGB V den gesetzlichen Auftrag des G-BA für den Erlass der PPP-RL aufzuheben, dargestellt. Sollte dies politisch nicht zeitnah möglich sein, müsste im Sinne der Versorgung hilfsweise die Sanktionierung aufgehoben werden.

Die Broschüre richtet sich an Politik, Fachöffentlichkeit und Interessierte, die sich einen schnellen und fundierten Überblick über die aktuelle Debatte zur Personalausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verschaffen möchten. Der BDPK hat die Broschüre an die Mitglieder des Bundestags-Gesundheitsausschusses übermittelt sowie diese zur weiteren Verwendung auf Ebene der Landesverbände und Mitgliedseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Zudem verbreitet der BDPK seine Positionen über Zeitschriften wie die *führen und wirtschaften im Krankenhaus* (f&w), Social Media und die Homepage des BDPK, auf der auch die beschriebene Broschüre abrufbar ist (vgl. [hier](#)).

## Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag

### Umsatzsteuer

Der BDPK setzt sich weiterhin für die Umsatzsteuerbefreiung aller medizinisch notwendigen Leistungen von Privatkliniken im Sinne von § 30 GewO ein und steht diesbezüglich in regelmäßigem Austausch mit dem Rechtsanwalt, der das Verfahren vor dem Bundesfinanzhof (BFH) unter dem Aktenzeichen XI R 36/23 geführt hat, in welchem erstinstanzlich das FG München (Urteil vom 18. Oktober 2023, Az.: 3 K 317/18) trotz der bekannten EuGH-Entscheidung aus 2022 entschieden hatte, dass die Leistungen der betreffenden Klinik umsatzsteuerpflichtig sind. Über diesbezügliche Neuigkeiten hat der BDPK im Rahmen der Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO informiert. Leider hat der BFH mit Urteil vom 08. Juli 2025, Az.: XI R 36/23, entschieden, dass die Leistungen der klagenden Privatklinik nach § 30 GewO nicht steuerfrei nach Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL sind; das Urteil ist mit seinen Entscheidungsgründen am 27. November 2025 veröffentlicht worden.

### Bundes-/Landesbeihilfeverordnung

Problematisch ist, dass die Höhe des Basisentgeltwertes in der Bundesbeihilfeverordnung seit Jahren unverändert ist und inflationsbedingte Kostensteigerungen nicht berücksichtigt sind. Die Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO hatte sich hierzu ausgetauscht und auf eine Gesamtforderung verständigt, die auf eine Erhöhung und Dynamisierung des Basisentgeltwertes im Rahmen der Beihilfe nach folgender Berechnungslogik abzielt: Durchschnittlicher Basisentgeltwert der Plankrankenhäuser gemäß Psych-Krankenhausvergleich + jeweils gültiger Orientierungswert + Investitionszuschlag in Höhe von 10 Prozent. Der Investitionszuschlag muss auch für somatische Privatkliniken Anwendung finden. Am 15. März 2024 hat sich der BDPK daher mit einem entsprechenden Schreiben erstmals an das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) gewandt und seitdem mehrfach nachgehakt. Zwar wurde der BDPK-Vorschlag in der Sitzung der Bund-Länder-Gremien zum Beihilferecht im März 2025 diskutiert und in der Form abgelehnt; immerhin wurde jedoch mit der 11. Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung bei der Berechnung der Beihilfefähigkeit von Patient:innen in psychiatrischen/psychosomatischen nicht zugelassenen

Krankenhäusern der pauschalisierte Basisentgeltwert von 300,00 € auf 370,00 € erhöht.

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

Nach wie vor verschickt die Techniker Krankenkasse (TK) in NRW Schreiben, die von Privatkliniken nach § 30 GewO die Erfüllung der Leistungsgruppenvorgaben nach dem NRW-Krankenhausplan fordern. Zusätzlich werden nun von der TK auch bei einer Privatklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik die Einhaltung der - für sie rechtlich nicht geltenden - Vorgaben nach der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) u.a. gefordert. Als Begründung wird wie bei den Leistungsgruppenvorgaben auf das in § 27d Abs. 1 b) der TK-Satzung enthaltene Merkmal einer gleichwertigen Versorgung verwiesen.

Hierzu fanden seitens des BDPK bilaterale Abstimmungen mit den betroffenen Kliniken und ein mehrfacher Austausch in der Facharbeitsgruppe Privatkliniken § 30 GewO statt. In diesem Rahmen hat der BDPK zur Unterstützung der betroffenen Mitglieder eine rechtliche Einordnung zur Verfügung gestellt.

# Reha und Vorsorge

## Einleitung

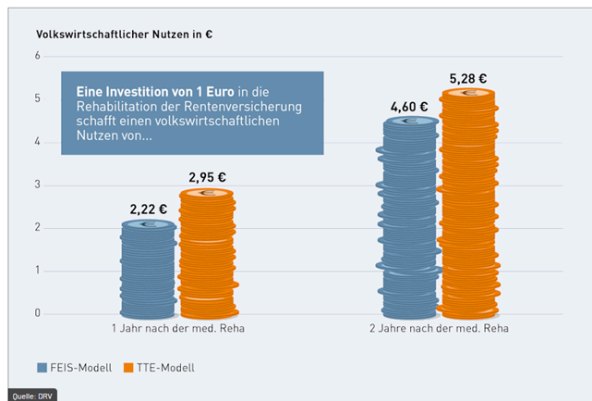


Abbildung 1: Volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation. Quelle: DRV.

Die medizinische Rehabilitation leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur langfristigen Sicherung von Erwerbsfähigkeit, Selbstständigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe. Sie kann einen frühzeitigen Rentenbezug aus gesundheitlichen Gründen verhindern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögern. Das entlastet sowohl die Renten- als auch die Pflegeversicherung

erheblich. Rehabilitation ist somit sowohl gesundheitspolitisch als auch volkswirtschaftlich ein wirksames Instrument, um ein leistungsfähiges und zugleich finanzierbares Sozialversicherungssystem zu erhalten.

Wie hoch der Nutzen der Rehabilitation ist, bestätigt auch eine aktuelle Untersuchung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Studie zeigt, dass Rehabilitationsleistungen die Rückkehr in Arbeit deutlich unterstützen und damit einen messbaren volkswirtschaftlichen Nutzen erzeugen. Bereits im ersten Jahr nach der Rehabilitation entsteht ein gesamtwirtschaftlicher Effekt, der die eingesetzten Mittel deutlich übersteigt; nach zwei Jahren erhöht sich dieser Nutzen nochmals deutlich (siehe Abbildung 1).

Rehabilitationsleistungen sind daher ein zentraler Baustein für den Erhalt der Arbeitskraft und ein bedeutsamer Faktor für die volkswirtschaftliche Stabilität. Eine heutige Investition von rund 8 Mrd. Euro in die Rehabilitation kann innerhalb der ersten beiden Jahre einen ökonomischen Gesamtnutzen von etwa 40 Mrd. Euro generieren. Die medizinische sowie berufliche Rehabilitation bleibt damit nicht nur aus sozialpolitischer, sondern auch aus ökonomischer Perspektive ein hochwirksames Instrument zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Auch die Neuauflage der Prognos-Studie "Reha wirkt – Volkswirtschaftliche Effekte der medizinischen Rehabilitation" vom Oktober 2025 belegt den

volkswirtschaftlichen und individuellen Nutzen von Reha-Leistungen: Pro Jahr mehr als 63.000 zusätzliche Arbeitsjahre, 4.440 Euro individueller Nettolohn pro Rehabilitand:in, mehr als 5,3 Mrd. Euro direkte Bruttowertschöpfung, mehr als 2,6 Mrd. Euro volkswirtschaftliche Wertschöpfung. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, steigender chronischer Erkrankungen und zunehmender Fachkräftengpässe kommt der medizinischen Rehabilitation eine wachsende Bedeutung zu. Um dieses Potenzial besser zu nutzen, hat der BDPK im vergangenen Jahr konkrete Vorschläge zur Stärkung von Reha und Vorsorge für die aktuelle Legislaturperiode vorgelegt.

### 1. Reha-Einrichtungen als Pflegeausbildungsträger zulassen

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

### 2. Genehmigungsvorbehalt der GKV abschaffen

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

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

Jede Rehabilitationseinrichtung schließt mit den Rehabilitationsträgern Versorgungs- und Vergütungsverträge zur Leistungserbringung. Nur im Bereich der Deutschen Rentenversicherung fehlt dabei ein Konfliktlösungsmechanismus, den es in allen Bereichen des Gesundheitssystems gibt. Zur fairen und transparenten Klärung von Differenzen in Vertragsverhandlungen mit

der Deutschen Rentenversicherung sollte es die Möglichkeit geben, die Schiedsstelle anzurufen.

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

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

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

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

Die Themen Bundesrahmenempfehlungen der GKV sowie die verbindlichen Entscheidungen der Rentenversicherung prägten auch im zurückliegenden Geschäftsjahr die Arbeit des Verbandes.

Durch eine aktive Mitwirkung im Begleitgremium der Deutschen Rentenversicherung sowie intensive Gespräche mit politischen Entscheidungsträger:innen und weiteren Verantwortlichen konnten zwischenzeitlich punktuelle Verbesserungen erreicht werden. So hat die DRV beispielsweise den Vorschlag des BDPK für eine Übergangsregelung aufgegriffen und beschlossen, dass die Vergütungssätze 2025 eine Untergrenze für die Vergütung 2026 darstellen und somit jede Einrichtung mindestens den Vergütungssatz 2025 erhält. Zudem wurde seit Anfang 2026 die 2+2-Regelung aufgehoben. Zukünftig erfolgt die Sortierreihenfolge damit auf dem Bewilligungsbescheid der Rehabilitand:innen, wie vom BDPK gefordert, gemäß der Kriterien Qualität, Entfernung und Wartezeit. Gleichwohl bleiben die bisherigen Entwicklungen insgesamt hinter den Anforderungen zurück. Um eine nachhaltige und tragfähige Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zu erreichen, ist eine gemeinsame

Weiterentwicklung des Systems unter Beteiligung der Leistungserbringer weiterhin notwendig und unabdingbar.

Die Verhandlungen der Rahmenempfehlungen fanden Ende März 2025 mit dem Bundesschiedsstellenverfahren ein Ende. Ein gemeinsamer Musterversorgungsvertrag zwischen den Leistungserbringerverbänden und dem GKV-Spitzenverband auf Bundesebene wurde seitens der Krankenkassen abgelehnt. Seit Inkrafttreten am 1. Juli 2025 hat die Umsetzung der neuen Regelungen teilweise begonnen. Einzelne Krankenkassenverbände haben eigenständig Musterversorgungsverträge entwickelt, ohne die Leistungserbringer einzubeziehen und mit Inhalten, die keinen Eingang in die Rahmenempfehlungen gefunden haben. Nun fangen also auf Landesebene die gleichen Diskussionen wie auf Bundesebene an, mit derzeit offenem Ausgang. Gleichzeitig wird auf einzelne Einrichtungen Druck ausgeübt, konkrete Vertragshandlungen aufzunehmen.

## Verbindliche Entscheidungen

Wenn Ihnen ein ESK-Angebot vorliegt: Nehmen Sie das Angebot an? (n=161)

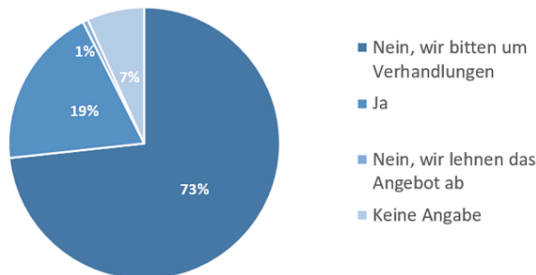


Abbildung 2: BDPK-Umfrage Vergütung Dez.2025-Jan.2026.

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

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

Als letzte VE ist zum 1. Januar 2026 das neue produktbezogene Vergütungssystem in Kraft getreten. Das Vergütungssystem der DRV ab dem 1. Januar 2026 besteht aus zwei Komponenten: der einrichtungsübergreifenden Komponente (EÜK) und der einrichtungsspezifischen Komponente (ESK). Die EÜK bildet den Basisvergütungssatz für Reha-Leistungen und wird einheitlich je Indikation, Reha-Form und gegebenenfalls spezifischem Behandlungskonzept festgelegt. Datengrundlage für die EÜK stellten die Markpreise aus dem Jahr 2024 dar. Die ESK ergänzt die EÜK um Zuschläge, die auf die Kostenstruktur und auf besondere Merkmale einzelner Einrichtungen abgestimmt sind. Die Reha-Einrichtungen waren aufgefordert, bis Ende Mai 2025 ihre ESK-Sachverhalte einzureichen. Von Seiten der DRV wurde angestrebt, dass zum November 2025 die neuen Preise für 2026 vorliegen sollten. Viele Einrichtungen haben ihre Vergütungsangebote erst zum Jahresende 2025 erhalten, sodass ein Abschluss der Verhandlungen zum 1. Januar 2026 kaum möglich war. Da die Systematik der DRV keine Übergangsregelung vorsieht, wurde kurzfristig eine temporäre ESK eingeführt, die den Reha-Kliniken die Fortgeltung der 2025er-Vergütungssätze sicherte. Diese Übergangsregelung wurde vom BDPK

gefordert und war dringend notwendig. Anders als vom BDPK gefordert, wurde die temporäre ESK faktisch mit einer Nullrunde ohne Anpassung an gestiegene Kosten (Personal, Energie, Investitionen) beschlossen.

Eine bundesweite BDPK-Umfrage bestätigte erhebliche Systemdefizite des neuen Preissystems: unzureichende und verspätete ESK-Angebote (vgl. Abbildung 2), intransparente Anerkennung von ESK-Angeboten sowie in der Folge Vergütungsrückgänge von bis zu 25 Euro pro Tag, die ohne Leistungsabbau betriebswirtschaftlich kaum zu tragen sind. Besonders kritisch bewertet werden die mangelnde Transparenz der Kostenanerkennung, die ausschließliche Berücksichtigung formaler Tarifbindungen bei der Tarifkomponente, die unzureichende Abbildung von Investitionen in Digitalisierung und Nachhaltigkeit sowie das Fehlen eines Schiedsstellenverfahrens bei Streitigkeiten zur Vergütung nach dem SGB VI.

Mittlerweile hat eine Vielzahl von Reha-Einrichtungen Angebote der DRV für einen neuen Vergütungssatz erhalten. Einrichtungen, die bislang einen niedrigeren Vergütungssatz hatten oder solche, für die der neu angebotene Vergütungssatz zu keinen nennenswerten Veränderungen beim Preis führt, werden das Angebot der DRV vermutlich annehmen. Anders hingegen stellt sich die Situation für die Einrichtungen dar, die bislang einen höheren Vertragspreis mit der DRV vereinbart haben. Für diese Einrichtungen hat die Geschäftsstelle Handlungsempfehlungen für Vergütungsverhandlungen in Form einer Checkliste zur Verfügung gestellt.

Der BDPK setzt sich in Gesprächen mit der Selbstverwaltung, dem BMAS und der DRV Bund konsequent für eine konsensuale Weiterentwicklung des Vergütungssystems der Deutschen Rentenversicherung ein. Ziel ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den Leistungserbringerverbänden, um die wirtschaftliche Stabilität sowie die Versorgungssicherheit in der medizinischen Rehabilitation nachhaltig zu gewährleisten. Die laufenden Gespräche mit der DRV Bund richten sich zudem auf eine Weiterentwicklung der ESK, die eine umfassendere Abbildung leistungsbedingter Kosten ermöglicht.

## Bundesrahmenempfehlungen Reha und Vorsorge

Am 1. Juli 2025 sind die neuen Rahmenempfehlungen zur Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V in Kraft getreten. Diese definieren verbindliche Grundsätze zu Inhalt, Umfang, Qualität und Vergütung medizinischer Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen. Die Einrichtungen sind davon ausgegangen, dass die Empfehlungen künftig die Grundlage für sämtliche Verhandlungen zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen zwischen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen und den Krankenkassen bilden und damit erstmals eine gesetzlich klar strukturierte Basis für eine gleichberechtigte Verhandlungspartnerschaft schaffen. Damit wurde ein bedeutender Fortschritt für die medizinische Rehabilitation erreicht, für dessen Verankerung sich der BDPK über viele Jahre hinweg eingesetzt hat, auch wenn die Bundesrahmenempfehlungen inhaltlich viele kritische Regelungen enthalten. Mit Start der Umsetzung der Rahmenempfehlungen zeichnet sich allerdings ab, dass die Krankenkassen von der Grundlage teilweise erheblich abweichen wollen.

Im Rahmen der vierjährigen Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringerverbänden konnte in zentralen Punkten keine Einigung erzielt werden, weshalb die Bundesschiedsstelle angerufen werden musste. Diese hat nach intensiven Beratungen die endgültige Fassung der Rahmenempfehlungen festgelegt. Dabei wurden unter anderem einseitige Sanktionsregelungen zulasten der Einrichtungen ausdrücklich verworfen. Zudem wurde die Möglichkeit zur gemeinsamen Entwicklung von Musterversorgungsverträgen in die Empfehlungen aufgenommen, um bundesweit einheitliche und rechtssichere Vertragsgrundlagen zu fördern. Mit Beginn der Umsetzung auf Landesebene zeigt sich jedoch, dass die Krankenkassenverbände auf Bundesebene eigenständig Musterversorgungsverträge entwickelt und verbreitet haben, ohne die Leistungserbringerverbände einzubeziehen. Dieses Vorgehen widerspricht den Festlegungen der Bundesschiedsstelle und führt zu erheblichen Irritationen in den laufenden Verhandlungen. Hinzu kommt, dass die vorgelegten Vertragsentwürfe teilweise Regelungsinhalte enthalten, die im Schiedsstellenverfahren wie beschrieben abgelehnt oder zurückgezogen wurden. In der Folge sehen sich die Leistungserbringerverbände und Einrichtungen bundesweit mit der Notwendigkeit konfrontiert, diese Punkte erneut zu verhandeln. Der BDPK

und seine Landesverbände befinden sich hierzu bereits in Gesprächen mit den Krankenkassen. Auch auf Bundesebene suchen die Leistungserbringerverbände den Dialog mit den Krankenkassen ohne Erfolg. Sollte keine Einigung erzielt werden, ist mit Entscheidungen der Landesschiedsstellen zu rechnen.

Zur Unterstützung der Umsetzung auf Landesebene hat der BDPK einen eigenen Musterversorgungsvertrag entwickelt, den von den Krankenkassen vorgelegten Vertragsentwurf umfassend kommentiert und stellt unterstützende Materialien und Beratung zur Verfügung. Ergänzend haben die Leistungserbringerverbände gemeinsam einen fortlaufend aktualisierten FAQ-Katalog erarbeitet, der Auslegungshinweise zu den Rahmenempfehlungen enthält. Vor diesem Hintergrund bleibt eine sorgfältige Prüfung der Vertragsentwürfe sowie eine enge Abstimmung mit den Verbänden für die Einrichtungen von zentraler Bedeutung.

## Reha als Ausbildungsträger für Pflegekräfte

Der BDPK hat sich mit Nachdruck dafür eingesetzt, Reha-Einrichtungen als Träger der praktischen Pflegeausbildung zu etablieren und dies in Stellungnahmen, Anhörungen und im engen Austausch mit Bundestagsabgeordneten immer wieder adressiert. Zwar konnte sich diese Forderung im Gesetzgebungsverfahren gegen die ablehnende Haltung des BMG nicht vollständig durchsetzen, jedoch wurde auf Initiative des Verbandes im Pflegefachassistenten- und Pflegeberufegesetz klargestellt, dass im Rahmen von Modellvorhaben von den bislang vorgesehenen Trägerstrukturen abgewichen werden kann. Damit ist ausdrücklich der Weg eröffnet, Rehabilitationseinrichtungen in Modellprojekten als Ausbildungsträger zu erproben und ihnen bei Durchführung eines Modellprojekts Zugang zu Ausgleichszuweisungen aus dem Ausgleichsfonds zu ermöglichen. Der BDPK und seine Landesverbände werden nun interessierte Kliniken bei der Durchführung von Modellprojekten unterstützen und gegenüber der Politik weiterhin die Forderung aufrechterhalten, Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger für die Pflegeausbildung im Gesetz aufzunehmen.

## **FAG „§ 16 Umsetzung Reha-RL – Wegfall Barthel-Index“**

Aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 die Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) angepasst und die Anwendung des SINGER-Patientenprofils (SPP) nach § 16 Absatz 2 Reha-RL festgelegt. Seit Inkrafttreten der neuen Antragsunterlagen, die die verpflichtende Anwendung des SPP im ärztlichen Befundbericht vorsehen, zeigen sich in den Mitgliedseinrichtungen indikationsübergreifend erhebliche praktische Probleme bei der Aufnahme von Patient:innen in medizinische Reha-Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund hat der BDPK eine Facharbeitsgruppe „§ 16 Reha-RL/Wegfall Barthel-Index“ eingerichtet, die die Rückmeldungen aus den Kliniken bündelt und fachlich aufbereitet. Gemeinsam mit anderen Reha-Verbänden und Fachgesellschaften wirkt der Verband am Austausch mit GKV-Spitzenverband, Medizinischem Dienst und DKG mit, bewertete die vorgelegte Arbeitshilfe zum SPP kritisch und hat eine Umfrage zu den durch das SPP entstehenden Zusatzaufwänden und Fehlsteuerungen gemacht. Auf dieser Basis wurden dem G-BA im Rahmen eines ergebnisoffenen Prüfauftrags ein umfangreiches Informationspaket, einschließlich Umfrageergebnissen und wissenschaftlicher Auswertungen, übermittelt. Der G-BA hat angekündigt, seine weiteren Beratungen zur Anwendung des SPP auf Grundlage der laufenden Gespräche zwischen Kassen, Medizinischem Dienst, DKG, Reha-Verbänden und Fachgesellschaften fortzuführen. Hierzu sind weitere Gespräche vorgesehen.

## Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

### Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Der BDPK führt gemeinsam mit weiteren Verbänden der Reha-Leistungserbringer zweimal jährlich einen strukturierten Austausch mit Vertreter:innen der DRV zu aktuellen Entwicklungen in der Qualitätssicherung durch. Die Gespräche fokussierten sich insbesondere auf die fortlaufende Aktualisierung der Reha-Therapiestandards 2025 (RTS) und der Klassifikation therapeutischer Leistungen 2025 (KTL), die Weiterentwicklung der onlinebasierten Rehabilitand:innenbefragung zur Ergebnisqualitätsmessung sowie das Public Reporting einschließlich der Ausgestaltung des Qualitätsparameters im DRV-Portal. Aus Sicht des BDPK besteht hierbei weiterhin deutlicher Optimierungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Nutzung aktueller Qualitätssicherungsergebnisse im Parameter Qualität für die qualitätsorientierte Belegungssteuerung.

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

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

Im Berichtsjahr stand weiterhin die strategische Weiterentwicklung des Verfahrens im Fokus. Im ersten Halbjahr letzten Jahres wurden zwei Workshops mit externer Moderation zur Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens durchgeführt, die vom BDPK maßgeblich organisiert wurden. Anschließend wurden Arbeitsgemeinschaften gegründet, die mit der weiteren Umsetzung der beschlossenen Themen beauftragt wurden.

In der AG Strategie wurden die Ergebnisse der Workshops zusammengefasst, Themen priorisiert und unter anderem folgende Arbeitspakete beschlossen:

- Abgleich der Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität aus der Rahmenempfehlung (RE-REHA), die seit 1. Juli 2025 in Kraft getreten ist
- Prüfung des Abgleichs der Anforderungen zur Qualität aus dem internen QM nach § 37 Abs. 3 SGB IX
- Prüfung der Nutzung von Sozial-/Routinedaten für QS-Reha
- Digitalisierung der Behandler- und Patient:innenbefragung
- Patient:innenbefragung: Prüfung von Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:innenklientel
- Patient:innenbefragung: Verschlankung der Instrumente

Insbesondere die Überarbeitung der beiden Indikationsbereiche Geriatrie und Mutter-Vater-Kind wurden als prioritär definiert.

Die Patient:innenbefragung im Bereich Mutter-Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation (MVK) ist im derzeitigen Aufbau sehr komplex. Insbesondere die vielen verschiedenen Fragebögen mit entsprechend vielen Skalen machen sowohl die Datenerhebung als auch die Auswertung aufwendig. Zusätzlich können die Einrichtungen aufgrund dieser Unterschiedlichkeit in ihren Ergebnissen nicht verlässlich verglichen werden. Daher ist es das Ziel der **AG MVK**, diese Komplexität der Befragung zu reduzieren und gleichzeitig die Ergebnisqualität der MVK-Leistungen adäquat abzubilden. Vor diesem Hintergrund werden derzeit die Reduzierung der Befragung sowie geeignete Messinstrumente diskutiert. Dabei soll zukünftig die Kinder- und Jugendbefragung verändert werden und die Eltern-Kind-Interaktion abgebildet werden. Ein Pilotprojekt zur Digitalisierung der Befragung wird ab 2027 zunächst im Bereich der MVK starten und soll bei erfolgreicher Umsetzung auf die anderen Indikationsbereiche erweitert werden. Der BDPK ist maßgeblich bei der Gestaltung beteiligt.

In der AG Geriatrie wird insbesondere das Ziel der Verschlankung der Behandler:innen- und Patient:innenbefragung diskutiert. So soll die Befragung der Bezugspersonen im 6. Zyklus gestrichen werden, da sie als Ersatzmessung kaum genutzt wurde und somit keine auswertbaren Daten geliefert hat. Die individualisierte Messung der Ergebnisqualität in Form von unterschiedlichen Patientenfragebögen, die sich aus bis zu 33 Reha-

Zielkategorien (RZK) zusammengesetzt haben, soll im 6. Zyklus verändert werden. Um insbesondere den Aufwand bei der individuellen Erstellung der Fragebögen in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zu reduzieren, wird diskutiert, nur noch einen Fragebogen – jeweils für die Befragung zu Beginn und nach der Rehabilitation – zu entwickeln. Über abschließende Ergebnisse wird künftig berichtet.

## Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG)

Seit 01. Juli 2025 gelten neue QM-Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) für Reha-Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund wurden die beiden QM-Verfahren des IQMG, IQMP-Reha und IQMP kompakt, aktualisiert. Beide Verfahren erfüllen vollständig die neuen BAR-Vorgaben und sind seit dem 02. Dezember 2025 von der BAR anerkannt. Vor diesem Hintergrund wurden Werte für Auditzeiten für die Zertifizierungsgesellschaften herausgegeben. Alle Informationen und Dokumente zu unseren Verfahren sind auf der IQMG-Homepage zu finden: [IQMP kompakt](#) und [IQMP-Reha](#).

Des Weiteren wurden Seminare zu verschiedenen Themen organisiert. Hervorgehoben sei die Reha-Jahrestagung 2025 des IQMG im Dezember. Unter dem Motto „Was ist neu im Reha-Qualitätsmanagement?“ nutzten zahlreiche Mitarbeitende aus den Reha-Einrichtungen sowie namenhafte Expert:innen der Kostenträger und Zertifizierungsstellen die Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen im Qualitätsmanagement auszutauschen und praxisnahe Lösungen zu diskutieren. Ein besonderes Highlight der Tagung war die offizielle Vorstellung von IQMP kompakt 2.0.

## Kinder/Jugendliche und Mutter/Vater/Kind

### Mutter-/Vater-Kind

Die Facharbeitsgruppe Mutter-/Vater-Kind befasste sich mit zentralen fachlichen und strukturellen Fragestellungen dieses Leistungsbereichs. Inhaltliche Schwerpunkte bildeten ausgewählte Bestandteile der Rahmenempfehlungen sowie deren Umsetzung (vgl. Kapitel „Bundesrahmenempfehlung Reha“), Fragen der Fachkräftegewinnung sowie die öffentlichkeitswirksame Darstellung des Leistungsbereichs. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen sich verändernder Familienkonstellationen erörtert, insbesondere vor dem Hintergrund eines steigenden Anteils von Familien mit nur einem Kind. Diese Entwicklung hat neben inhaltlichen Aspekten der Maßnahmen auch betriebliche und wirtschaftliche Implikationen.

### Kinder- und Jugendreha

Die Facharbeitsgruppe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen befasste sich schwerpunktmäßig mit dem neuen Vergütungssystem der DRV sowie der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlung. Der BDPK unterstützt zudem das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. als Beiratsmitglied. Im Bündnis sind nahezu alle Kinder- und Jugendrehaeinrichtungen organisiert. Mit rund 130 Teilnehmer:innen und Referent:innen fand die Jahrestagung des Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. zur medizinischen Reha von Kindern und Jugendlichen „Kinder. Krisen. Kompetenzen. – Reha stärken, Zukunft sichern.“ am 21. und 22. Oktober 2025 in Berlin statt. Im Zentrum der Veranstaltung standen Fragen, die die Mitarbeitenden in den Einrichtungen bei ihrer täglichen Arbeit bewegen: Wie lassen sich Reha-Prozesse so gestalten, dass sie der Vielfalt und Komplexität kindlicher und jugendlicher Lebenswelten gerecht werden? Welche Rolle spielen Medien, Begleitpersonen und institutionelle Strukturen für gelingende Rehabilitationsverläufe? Wie können Fachkräfte mit herausforderndem Verhalten umgehen und dabei Ressourcenorientierung und Beziehungsgestaltung im Blick behalten? Der BDPK unterstützt die Veranstaltung aktiv und hat auch wieder die Leitung eines Workshops übernommen.

# Tarif und Personal

Der BDPK-Fachausschuss Tarif- und Personalfragen tauscht sich regelmäßig zur aktuellen Tarifsituation in Krankenhäusern sowie Reha- und Vorsorgekliniken aus. Im Geschäftsjahr 2025/2026 standen zudem folgende Themen im Mittelpunkt.

## Personalbemessungsinstrumente

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde § 137m SGB V eingefügt, der die Einführung einer ärztlichen Personalbemessung regelt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erhielt in diesem Zusammenhang den Auftrag, bis spätestens 31. März 2025 eine Erprobung der ärztlichen Personalbemessung zu beauftragen. Hauptgegenstand der Erprobung ist ein Personalbemessungskonzept, das von der Bundesärztekammer entwickelt wurde (ÄPS-BÄK). Die Berechnungsgrundlage hierfür sind verschiedene Parameter aus den Bereichen Medizincontrolling, Personalabteilung und ärztlicher Dienst. Für letztgenannte ist in fachspezifischen Tabellen jeweils ein Minutenwert hinterlegt. Letztlich soll auf diese Weise kalkuliert werden, wie viele Vollkräfte für den herausgearbeiteten Arbeitsaufwand notwendig sind. Sowohl im Gesetzgebungsverfahren zu den beiden Gesetzen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) als auch im Rahmen der politischen Debatten über Einsparmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich der BDPK gegen die Einführung weiterer Personalbemessungsinstrumente ausgesprochen. Nach Auffassung des BDPK lassen sich nachhaltige Kosteneinsparungen in der GKV nur erreichen, wenn die Effizienz im Gesundheitswesen gesteigert wird. Hierfür wäre eine Abkehr von kleinteiligen Steuerungsinstrumenten zugunsten einer konsequenten Nutzung von Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität erforderlich.

## Personalvorgaben

Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) steht im Mittelpunkt der laufenden Beratungen im Fachausschuss Tarif- und Personalfragen als auch in der politischen Kommunikation auf

Verbandsebene. Im Zuge des KHVVG wurden die PpUG in Anlage 1 zu § 135e SGB V als Anforderungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen festgelegt und haben damit eine erhöhte Relevanz auf der krankenhausplanerischen Ebene erhalten. Der BDPK kritisiert die PpUG grundsätzlich als ungeeignetes Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Starre Mindestvorgaben schränken die notwendige Flexibilität der Krankenhäuser bei der Personalplanung ein und können dazu führen, dass Pflegekräfte lediglich zur Erfüllung formaler Vorgaben umverteilt werden, anstatt bedarfsgerecht eingesetzt zu werden. Der BDPK spricht sich daher dafür aus, die Pflegepersonaluntergrenzen perspektivisch abzuschaffen und stattdessen stärker auf eine bedarfsorientierte Personalplanung sowie auf Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität zu setzen.

### **Physician Assistent**

Prof. Dr. Michael Hahn, Studiendekan der Carl Remigius Medical School, berichtete im Fachausschuss über die Inhalte des Studiums zum Physician Assistant (PA) und welche Aufgaben diese in Kliniken übernehmen könnten. Herr Prof. Hahn berichtet, dass die Ausbildungsinhalte mittlerweile zu 90 Prozent in den Bundesländern übereinstimmen und die Möglichkeit besteht, ein zentrales Examen abzulegen. Eine Delegation ärztlicher Aufgaben findet statt, eine Substitution unter anderem aufgrund des Widerstands der Ärzteschaft bisher nicht. In den Arztpraxen ist der Einsatz von PAs nicht so verbreitet, da es keine Abrechnungsmöglichkeit für diese gibt. Ebenfalls nicht verbreitet sei auch der Einsatz von PAs in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen. Die Anwesenden berichten, dass sie teilweise PAs einsetzen, insbesondere in der Geriatrie und der Rheumatologie. Probleme beim Einsatz von PAs werden insbesondere darin gesehen, dass es keine definierten Aufgabenbereiche für sie gibt, so dass sie wie Pflegekräfte arbeiten. Pflegekräfte sind jedoch günstiger als PAs. Insofern müssten die Kompetenzen von PAs dringend erweitert werden.

### **KlinikRente: Stabilität und starke Impulse für die Vorsorge im Gesundheitswesen**

KlinikRente wurde 2002 auf Initiative des BDPK gegründet und hat sich seitdem zum führenden Branchenstandard für privatwirtschaftlich

organisierte betriebliche Vorsorge im Gesundheitswesen entwickelt. Mehr als 6.700 Mitgliedsunternehmen, 144.000 Versicherten und ein Jahresbeitrag von 180 Mio. Euro unterstreichen erneut die Bedeutung der Branchenlösung für Kliniken aller Trägerschaften und weiterer Einrichtungen der Gesundheitsbranche. Die aktuellen Ergebnisse belegen: KlinikRente steht für Stabilität, Kontinuität und eine konsequente Ausrichtung an den Bedürfnissen von Unternehmen und Beschäftigten.

### **Stabile Verzinsung 2026: Verlässlichkeit für BDPK-Mitglieder**

Für das Jahr 2026 bestätigt KlinikRente eine weiterhin solide Ertragskraft. Die vorläufige Deklaration von 3,50 Prozent in der Direktversicherung und 3,60 Prozent in der Unterstützungskasse sorgt für die Planungssicherheit, auf die private Kliniken angewiesen sind – insbesondere in einem volatilen Kapitalmarktumfeld. Die langfristig ausgerichtete Anlagestrategie mit starkem Sicherungsvermögen bleibt ein zentraler Stabilitätsfaktor für Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Mit 8.077 neuen bAV-Verträgen im Jahr 2025 bleibt die Nachfrage nach der Branchenlösung auf stabilem Niveau.

### **Private Einkommenssicherung: Wachsende Bedeutung für medizinisches Personal**

Besonders dynamisch entwickelte sich die private Einkommenssicherung. Die weiterentwickelten Produktlösungen KlinikRente.BU (KlinikRente.Berufsunfähigkeitsversicherung) und KlinikRente.Vitalschutz wurden gezielt auf die Anforderungen der Berufsprofile im Klinikalltag ausgerichtet. Mit rund 5.000 neuen Verträgen konnten die Neuabsicherungen nahezu verdoppelt werden – ein deutliches Signal für die steigende Relevanz moderner Einkommensabsicherung, insbesondere für Pflege- und Gesundheitsfachberufe, deren Belastungssituation zunehmend im Fokus steht.

### **Portfolioausbau: betriebliche Krankenversicherung stärkt Arbeitgeberattraktivität**

Mit der Einführung der KlinikRente.bKV im April 2025 wurde das Vorsorgeportfolio gezielt erweitert. Die gemeinsam mit der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG entwickelten Tarife stießen bereits im ersten Jahr auf deutlich höhere Resonanz als erwartet. Immer mehr Einrichtungen nutzen die bKV zur Mitarbeiterbindung und zur sinnvollen Ergänzung bestehender Vorsorgekonzepte.

## **Engagement für die Branche: Personalkongress der Krankenhäuser**

Auch der Personalkongress der Krankenhäuser setzte 2025 wichtige Akzente. Mehr als 250 Teilnehmende nutzten die 17. Ausgabe für Austausch, Vernetzung und die Weiterentwicklung moderner HR-Konzepte. Der 18. Kongress findet am 1. und 2. November 2026 in Köln statt und bleibt eine wichtige Dialog- und Impulsplattform für private Kliniken. [18.](#)

[Personalkongress der Krankenhäuser | KlinikRente](#)

# Öffentlichkeitsarbeit

Der BDPK informiert Politik, (Fach-)Öffentlichkeit und seine Mitgliedseinrichtungen kontinuierlich über die Positionen sowie die thematischen Schwerpunkte von Kliniken in privater Trägerschaft. Dabei kommen Offline- und Online-Kanäle gleichermaßen zum Einsatz: Pressemitteilungen, themenbezogene Aktionen, Beiträge in Fachmedien, der Online-Newsletter, ein Politik-Monitor sowie die monatlichen BDPK-News im Fachmagazin „f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus“ machen die gesundheitspolitischen Handlungsfelder privater Kliniken transparent und öffentlich sichtbar. Im Folgenden wird ein Überblick über die Öffentlichkeitsarbeit des BDPK im Berichtsjahr gegeben.

## Social Media

Im Berichtsjahr konzentriert sich der BDPK weiterhin nur auf LinkedIn, die Verbandsaccounts auf Facebook und X bleiben allerdings bestehen. Die Zahl der Follower auf LinkedIn steigt kontinuierlich an (3.080 Follower, Stand April 2026). Das BDPK-Team nutzt LinkedIn, um regelmäßig Inhalte zu aktuellen Fragestellungen aus den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege zu teilen. Das Business-Netzwerk ermöglicht es dem Verband, seine Themen effizient und niederschwellig zu kommunizieren und gleichzeitig den Austausch mit Akteuren aus Politik und Wirtschaft zu intensivieren.

## Reha-Kampagne

Auch im fünften Jahr verfolgt die Kampagne „Reha. Macht's besser!“ weiterhin das Ziel, die gesellschaftliche Relevanz der Rehabilitation sichtbar zu machen und ihr Image zu stärken. Die Social-Media-basierte Online-Kommunikation ist dabei strategisch auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet, darunter Patient:innen, Mitarbeitende, Ärzt:innen, Angehörige sowie weitere Akteur:innen innerhalb der Reha-Branche.

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

## Veranstaltungen

Die Öffentlichkeitsarbeit des BDPK umfasst auch die Planung und Durchführung vielfältiger Veranstaltungen.

### BDPK-Bundeskongress 2025

Der BDPK-Bundeskongress 2025 fand am 4. Juni 2025 in Berlin statt. Das Motto: Gesundheitspolitische Weichenstellungen in der neuen Legislaturperiode. Der Verband der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft (BDPK e.V.), nutzte seinen Branchentreff, um mit den Gesundheitspolitiker:innen der Bundesregierung Vorschläge für eine effizientere Krankenhausversorgung zu diskutieren.

[Berichte und Bilder zum Bundeskongress](#)

### 22. Deutscher Reha-Tag 2025

Unter dem Motto „Gesund leben heißt heute auch: Klima verstehen. Reha zeigt, wie’s geht“ fand der 22. Deutsche Reha-Tag statt. Die bundesweite Auftaktveranstaltung führte in diesem Jahr die Dr. Becker Klinik Möhnsee durch – zum ersten Mal als reine Online-Veranstaltung. Rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Klinik, Therapie, Wissenschaft und Verwaltung sowie auch Patientinnen und Patienten verfolgten die Veranstaltung digital. Schirmherrin war 2025 Prof. Dr. Claudia Hornberg, Dekanin der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld und Vorsitzende des Sachverständigenrats für Umweltfragen.

[Bericht über die Auftaktveranstaltung des Deutschen Reha-Tages 2025](#)

Auf Einladung des Aktionsbündnisses Deutscher Reha-Tag fand am 14. April 2026 ein Parlamentarisches Frühstück für die Reha mit Bundestagsabgeordneten der Regierungs- und Oppositionsparteien, Vertreter:innen aus dem Bundesgesundheits- und Arbeitsministerium sowie Akteuren der Reha-Branche im Club-Raum des Deutschen Bundestags statt.

[Mehr zum Reha-Frühstück Deutschen Reha-Tag](#)

## Pressemitteilungen

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

[20.04.2026 Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen](#)

Krankenversicherung: BDPK sieht gravierende Fehlsteuerungen  
31.03.2026 BDPK zu den Vorschlägen der GKV-Finanzkommission:  
Krankenhäuser brauchen mehr Handlungsspielräume  
27.03.2026 Statt besserer Krankenhausversorgung mehr Bürokratie – KHAG  
verfehlt Befreiungsschlag  
20.11.2025 Länder liefern tragfähige Ansätze – Verbesserungen am KHAG  
dringend notwendig  
30.10.2025 Krankenhäuser nicht weiter schwächen  
09.10.2025 Kabinettsbeschluss zum KHAG bleibt hinter den Erwartungen  
zurück  
20.08.2025 BDPK fordert grundlegende Änderungen am  
Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG).  
05.06.2025 BDPK-Bundeskongress 2025: Gesundheitspolitische  
Weichenstellungen in der neuen Legislaturperiode

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

Das Fachmagazin „f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus“ ist offizielles Organ des BDPK und seit Jahren eine der führenden Fachpublikationen für das Krankenhausmanagement und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Mit den „BDPK-News“ in f&w informiert der BDPK über seine Positionen und die aktuellen Themen des Verbandes. Die BDPK-Beiträge können Sie auf [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de) lesen und als PDF herunterladen.

# Statistiken

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

[Weiterlesen.](#)

# Gremien

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

Vorstand

Mitgliederrat

Fachausschuss Krankenhäuser

Fachausschuss Rehabilitation und Pflege

Fachausschuss Tarif- und Personalfragen

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

# Partner und Kooperationen

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

## **Aktionsbündnis Patientensicherheit**

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

## **Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation**

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

## **Arbeitskreis Gesundheit**

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

## **Bündnis Kinder- und Jugendreha**

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

## **DAS REHAPORTAL**

Der BDPK ist Initiator und Unterstützer der trägerübergreifenden Public-Reporting-Plattform DasRehportal.de. Die Plattform bewertet Rehaeinrichtungen nach wissenschaftlich fundierten Kriterien und engagiert sich aktiv in der Rehaforschung. Alle Ergebnisse werden

transparent auf der Website veröffentlicht und bieten Patient:innen eine verlässliche Orientierung bei der Auswahl einer geeigneten Rehaklinik. Damit stärkt DAS REHAPORTAL das Wunsch- und Wahlrecht der Patient:innen und fördert zugleich den Qualitätswettbewerb im Rehabilitationssektor. Heute ist DAS REHAPORTAL die meistgenutzte Plattform für Rehakliniksuche in Deutschland.

### **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.

### **Ecclesia Gruppe**

Als Versicherungsmakler mit einem besonderen Schwerpunkt im Gesundheitswesen bietet Ecclesia neben innovativen und wirtschaftlichen Absicherungslösungen auch vielfältige Kontakte für Risikoprävention und in die Politik.

### **Europäischer Gesundheitskongress München**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **KlinikRente**

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

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

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

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

Das Netzwerk fördert die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitswesen, damit Patient:innen von der Erfahrungskompetenz Gleichbetroffener profitieren können. Für dieses patient:innenorientierte Handeln engagieren sich im Netzwerk Gesundheitseinrichtungen,

Organisationen und Privatpersonen gemeinsam. Der BDPK ist seit 2018 Mitglied im SPiG.

### **Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands**

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

# Nach IQMP zertifizierte Kliniken

Eine Übersicht der zertifizierten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen ist auf der Webseite des IQMG verfügbar

- [Zertifizierungen nach IQMP kompakt](#)
- [Zertifizierungen nach IQMP-Reha](#)

Seit dem 1. Juli 2025 gelten neue Qualitätsmanagement-Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) für Rehabilitationseinrichtungen. Vor diesem Hintergrund wurden beide Verfahren überarbeitet und erfüllen in den neuen Versionen IQMP kompakt 2.0 und IQMP Reha 5.0 die BAR-Vorgaben vollständig und sind seit dem 2. Dezember 2025 von der BAR anerkannt.

Die IQMP-Verfahren zählen im Vergleich zu den insgesamt 25 von der BAR zugelassenen internen QM-Verfahren nach § 37 Abs. 3 SGB IX zu den am drittstärksten vertretenen Verfahren.

# Impressum

## **Herausgeber**

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

## **BDPK Bundesgeschäftsstelle**

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer  
Antonia Walch, Stellvertretende Geschäftsführerin  
Letizia Cappelletti, Geschäftsbereich Rehabilitation  
Katrin Giese, Pressesprecherin  
Dr. Miralem Hadzic, Geschäftsbereich Rehabilitation  
Laila-Felicia Kattelmann, Geschäftsbereich Krankenhäuser  
Susanne Kliemt-Yurdakul, Geschäftsstellenleiterin  
Pete Kwak, Geschäftsbereich Krankenhäuser  
Antonia von Randow, Pressesprecherin  
Petra Voß, Sekretariat und Organisation  
Konstanze Zapff, Geschäftsbereich Politik

## **Redaktion**

Katrin Giese  
Antonia von Randow

Redaktionsschluss: 30. April 2026