BDPK News

Nachrichten, Positionen, Berichte

V.i.S.d.P.: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK

Gute Reha muss sich lohnen!

Von Thomas Bublitz

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat sich nach langen internen Diskussionen endlich dazu entschlossen, das neue Vergütungssystem doch nicht mit aller Gewalt zum 1. Januar 2026 umsetzen zu wollen. Sie gesteht damit ein, dass die verbleibende Zeit nicht ausreicht, um die vielen ungeklärten Fragen zu beantworten. Rehabilitationseinrichtungen brauchen ein Mindestmaß an Planungssicherheit, die so nicht besteht. Viele Kliniken haben bis heute noch kein Angebot für einen akzeptablen Vergütungssatz ab Januar 2026, und die verbleibende Zeit für Vergütungssatzverhandlungen im Jahr 2025 ist nicht ausreichend. Darauf haben wir die Verantwortlichen der DRV in vielen Gesprächen und auch schriftlich immer wieder hingewiesen und eine praktikable Umsetzung angemahnt.

Die nun gefundene Regelung wirkt erst einmal vernünftig: Einrichtungen, die noch nicht über einen vereinbarten Vergütungssatz verfügen, erhalten im Jahr 2026 zunächst den bisherigen Vergütungssatz weiter. Allerdings ohne die dringend notwendige Anpassung an die Kostensteigerungen des vergangenen Jahres, was die Einrichtungen zu Einsparungen an anderer Stelle zwingen wird.

Damit verfügen wir aber noch immer nicht über ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem! Der Geburtsfehler ist, dass der Basispreis nicht kalkulatorisch ermittelt wurde. Stattdessen hat die DRV die bestehenden Vertragspreise, die nie eine Differenzierung zwischen Basispreis und Einrichtungsspezifischer Komponente (ESK) enthielten, um einen rechnerischen Anteil reduziert und daraus einen Mittelwert gebildet, der nun der Basispreis sein soll. Für was eigentlich bleibt unklar. Sind alle Struktur- und Leistungsvorgaben für die „Basisreha“ mit dem „Basispreis“ bezahlt? Des Weiteren hat man in den Gremien der DRV am grünen Tisch willkürlich enge Kriterien für die Definition der Einrichtungsspezifischen Komponente beschlossen. Nun wird verwundert festgestellt, dass kaum eine Rehabilitationseinrichtung eine ESK bekommen soll.

Dieses Chaos war aus unserer Sicht zu erwarten. Man hat nicht kalkuliert, man hat keinen Praxistest vorgenommen und auch auf eine Konvergenzphase wurde verzichtet. Die nun geschaffene Übergangsphase löst aber nicht das Problem der mangelhaften Konzeption des neuen Preissystems. Ohne echte Kalkulation des Basispreises wird es auch im Jahr 2026 nicht gehen. Deshalb wünsche ich mir eine steile Lernkurve bei den Verantwortlichen, damit nicht nur alles anders, sondern vor allem auch besser wird, und sich gute Reha auch zukünftig lohnt.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Statements aus dem BDPK-Vorstand

Mehr Spezialisierung

Welchen Herausforderungen müssen sich Fachkrankenhäuser künftig stellen? Wir haben BDPK-Präsident Dr. Hans-Heinrich Aldag, Geschäftsführer der Waldklinik Jesteburg GmbH & Co. KG, und BDPK-Vorstandsmitglied Heiko Stegelitz, Geschäftsführer Parkinson-Klinik Ortenau, dazu befragt.

Welche Rolle spielt Ihr Fachkrankenhaus bei der Versorgung der Patient:innen in Ihrer Region?

Dr. Hans-Heinrich Aldag: Im Fachkrankenhausbereich der Neurologischen Frührehabilitation (NFR) der Waldklinik Jesteburg werden Patienten mit schwersten Beeinträchtigungen des Nervensystems behandelt. Die NFR spielt eine zentrale Rolle für die Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten vor allem aus akutmedizinischen Intensivstationen und Stroke-Units, die hier von Beginn an zugleich akut- und rehabilitationsmedizinisch zu behandeln sind. Mit ihren 75 Krankenhausbetten und dort 600 behandelten Patientinnen und Patienten besonders aus dem nördlichen Niedersachsen und angrenzenden Bundesländern gehört die Waldklinik zu den großen Anbietern der NFR in Niedersachsen. Die NFR (Phase B) stellt bei uns nur den Eingangsbereich eines sektorübergreifenden, komplexen Konzeptes vom Krankenhausbereich bis zu den Rehabilitationsphasen C und D unter durchgängiger therapeutischer Führung in einem Haus dar.

Heiko Stegelitz: Als Fachkrankenhaus mit überregionalem Einzugsgebiet ist unsere Rolle eher als untergeordnet zu betrachten. 95 Prozent unserer Patientinnen und Patienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet, viele vorzugsweise aus Baden-Württemberg und den angrenzenden Bundesländern. Durch unsere Spezialisierung auf die Behandlung von Parkinson-Kranken sind wir das einzige Fachkrankenhaus in Baden-Württemberg und daher spielt der Landkreis beziehungsweise die Region Baden eher eine nachrangige Rolle in der Versorgung unserer Patienten.

Welche Erwartungen ergeben sich daraus für Sie bei der Definition der Fachkrankenhäuser im KHAG?

Aldag: In Fachkrankenhäusern, wie der Waldklinik, wird genau das gemacht, was die Krankenhausreform im Wesentlichen erreichen soll. Mehr Spezialisierung, dadurch mehr Qualität – und das zumeist kostengünstiger als bei vielen großen Allgemeinversorgern oder Unikliniken. Damit sie das können, müssen Fachkrankenhäuser die Möglichkeit haben, sich primär auf ihre Leistungsgruppen zu konzentrieren. Die dazu dem Kabinettsentwurf des KHAG zu entnehmenden Handlungsspielräume stimmen mich vorsichtig optimistisch: Weder „verwandte Leistungsgruppen“, insbesondere Intensivmedizin, noch die

Dr. Hans-Heinrich Aldag,
Geschäftsführer der Waldklinik Jesteburg GmbH & Co. KG

Heiko Stegelitz,
Geschäftsführer Parkinson-Klinik Ortenau

Vorgaben zur sachlichen Ausstattung, hier zum Beispiel CT oder MRT, müssen zwingend mehr „am Standort“ erbracht werden, sondern könnten in Kooperationen mit anderen Leistungserbringern durchgeführt werden, was der bisherigen Praxis vieler Fachkrankenhäuser entspricht. Die dafür erforderliche Zuordnung zum „Level F“ soll am Ende die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde treffen, auch dies ein Beitrag, die bundeszentralistischen Regelungen des Vorgängergesetzes an länderspezifische Erfordernisse anzupassen.

Stegelitz: Das KHAG weist einige Verbesserungen auf, wie die Verwendung von sachlicher Ausstattung in Kooperation. Gerade die Bildgebung in Form von CT und MRT ist für uns essenziell, aber das wäre für ein kleines Haus wie unseres mit 72 Betten finanziell nicht darstellbar. So können wir in Kooperation mit benachbarten Häusern diese Bildgebung durchführen und tragen somit dazu bei, dass diese Geräte besser ausgelastet und dadurch wirtschaftlicher betrieben werden können. Die Nutzung von Synergien war ein großes Anliegen der aktuellen Sozialpolitik in Baden-Württemberg, der wir hiermit weiter nachkommen können.

Wichtig ist am Ende, dass es die Bundesländer sind, die im Rahmen der Krankenhausplanung entscheiden, welche Strukturvorgaben für die Fachkrankenhäuser Anwendung finden. Nur so kann der länderspezifische Versorgungsbedarf berücksichtigt und eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Versorgung gewährleistet werden.

Die Fragen stellte der BDPK.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Qualität in der regionalen Versorgung

Reformen in Niedersachsen

Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi war Ende September Gast beim Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen. Dort diskutierten Vertreter:innen von Politik, Kliniken und Kassen, wie eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung gelingen kann.

Die Krankenhauslandschaft in Niedersachsen steht vor einer umfassenden Neuordnung. Das machte Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi in Hannover deutlich, als er auf Einladung des Verbands der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen (VdPkN) mit Vertreter:innen der Klinikbranche über die laufende Reform sprach. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) hat der Bund einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Zentrales Element der Reform ist die Einordnung von Leistungsgruppen. Sie sollen künftig den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser präzisieren, Spezialisierungen fördern und die Versorgungsqualität verbessern. „Wir befinden uns in einer entscheidenden Phase“, so Philippi. Es habe gerade eine erste Sichtung der eingereichten Leistungsgruppenanträge gegeben. Doch zum jetzigen Zeitpunkt sei noch nicht klar, welche Leistungsgruppen tatsächlich zum Zuge kommen würden, so der Minister. Auch zur Aufstellung der Krankenhausversorgung in der Fläche könne noch keine Aussage gemacht werden. Besonders wichtig sei, Ausnahmen zuzulassen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Philippi unterstrich, dass private Kliniken unverzichtbare Partner in der Versorgung seien und faire Rahmenbedingungen verdient hätten.

Kritik an der Vorhaltevergütung

Helge Engelke, Verbandsdirektor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG), würdigte die aktive Rolle des Landes im Reformprozess, äußerte jedoch deutliche Kritik an der Ausgestaltung. Die Vorhaltevergütung funktioniere in der Praxis nicht, da sie Fehlanreize setze und keine nachhaltige Strukturverbesserung bewirke. Zudem forderte Engelke, die Leistungsgruppen stärker am nordrhein-westfälischen Modell auszurichten und Ausnahmeregelungen zuzulassen, wie sie im Koalitionsvertrag vorgesehen seien. Die derzeit festgelegten Mindestvorhaltezahlen seien weder evidenzbasiert noch zielführend.

Finanzielle Schieflage verschärft sich

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK), lenkte den Blick auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Die Kostensteigerungen im stationären Bereich seien seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und des Pflegebudgets überproportional gestiegen. Diese Instrumente verhinderten Effizienzsteigerungen. Es müsste diskutiert werden, die Pflegepersonaluntergrenzen, die in bestimmten Bereichen für die Patientenversorgung keinen Mehrwert bringen und keine Evidenz haben, wieder abzuschaffen.

Bublitz kritisierte zudem die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder sowie die mangelhafte Betriebskostenfinanzierung des Bundes. Wettbewerbsverzerrungen entstünden, weil kommunale Träger Defizite mit Steuermitteln ausglichen. Der BDPK fordert, den geplanten Inflationsausgleich an alle Krankenhäuser gleichermaßen auszuschütten, um wirtschaftliches Fehlverhalten nicht zu belohnen.

Rehabilitation im Wandel

Auch die rehabilitative Versorgung stand im Fokus der Veranstaltung. Eike Washausen von der AOK Niedersachsen zeigte sich optimistisch, dass mit der neuen Rahmenempfehlung „RE-REHA“ künftig höhere Transparenz und Vergleichbarkeit erreicht werden. Klare Qualitätsstandards und strukturierte Verfahren könnten die Versorgung nachhaltig verbessern. Herausforderungen bestünden durch komplexe Abstimmungsprozesse und den Fachkräftemangel.

Nina Boes von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen betonte, dass keine Reha-Einrichtung vom Markt verschwinden dürfe, wenn der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ weiter gestärkt werden solle. Mit Blick auf das ab 2026 geltende neue Vergütungssystem – bestehend aus einer einrichtungsübergreifenden und einer einrichtungsspezifischen Komponente – forderte sie eine auskömmliche Finanzierung und eine enge Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

Gemeinsame Verantwortung

Die Veranstaltung verdeutlichte, dass sich das Gesundheitssystem in einer Phase tiefgreifender Unsicherheit befindet. Strukturen, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodelle werden neu verhandelt – mit weitreichenden Folgen für öffentliche, freigemeinnützige und private Träger gleichermaßen. Vor der Veranstaltung fanden die Mitgliederversammlung und Vorstandswahlen des VdPkN statt. Der Vorstand wurde von der Mitgliederversammlung bestätigt und für weitere vier Jahre wiedergewählt.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Digitalisierungsabschlag
Sanktionen-Nonsens

Zum Ende dieses Jahres wird erstmals der Digitalisierungsabschlag ermittelt; die Abschlagszahlungen gelten ab Inkrafttreten der Genehmigung des Budgets 2026 bis zum Inkrafttreten der nächsten Genehmigung. Eine Analyse nebst Empfehlung und Lösungsvorschlag.

Ab 1. Januar 2026 vereinbaren Krankenhausträger mit Kostenträgern einen Abschlag von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, wenn ein Krankenhaus nicht alle in § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2-6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt. Details regeln die Selbstverwaltungspartner in der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung. Der Abschlag wird erstmals zum 31. Dezember 2025 ermittelt und im Folgejahr budgetwirksam auf die Fälle des jeweiligen Standorts angewendet.

Willkürliche Sanktionen

Die zu vereinbarenden Sanktionen sind weitgehend willkürlich: Plankrankenhäuser können zwar eine Förderung nach der KHSFV beantragen; sie haben aber keinen Anspruch auf Fördermittel für die dort gelisteten digitalen Dienste (vgl. § 14a Abs. 4 Satz 4 KHG). Daher kann es Fälle geben, in denen beantragte Fördermittel schlicht nicht gewährt werden. Zudem erschweren hohe Eigenanteile die Durchführung der Fördervorhaben. Diese Tatsachen finden bei der Sanktionierung durch den Digitalisierungsabschlag jedoch keine Berücksichtigung: Sanktioniert wird unabhängig von einer tatsächlichen Förderung.

Geltung auch für Vertragskrankenhäuser?

Für Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V ergibt sich ein noch willkürlicheres Bild, diese sind nicht nach der KHSFV förderberechtigt (§ 12 Abs. 3 KHG, § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Dennoch wird vertreten, dass Abschläge auch für sie gelten, da die Digitalisierungsabschlagsvereinbarung, § 5 Abs. 3h KHEntgG, und die Gesetzesbegründung nicht zwischen Plan- und Vertragskrankenhaus unterscheiden. Es heiße dort stets nur das „Krankenhaus“. Entscheidend sei zudem nur die Bereitstellung der digitalen Dienste, unabhängig vom Erhalt einer Förderung.

Diese Ansicht verkennt, dass die Plankrankenhäuser zumindest rein rechtlich in die Lage versetzt wurden, Fördermittel für digitale Dienste – deren Nichtvorhalten durch die Abschläge sanktioniert werden – zu beantragen. Zudem soll auch nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/22126, S. 55) der Abschlag eine negative Anreizwirkung haben, um Krankenhäuser zu motivieren, an dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser teilzunehmen: „Durch den Abschlag werden finanzielle Anreize geschaffen, um Krankenhäuser trotz des gegebenenfalls eigens zu übernehmenden Kofinanzierungsanteils zu motivieren, an dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser teilzunehmen.“ Dies bedeutet, der Abschlag wird unmittelbar an die (Nicht-)Teilnahme an dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser geknüpft. Folglich ist Grundvoraussetzung für die Vereinbarung eines Abschlags, dass ein Krankenhaus überhaupt mit der rechtlichen Möglichkeit ausgestattet ist, an diesem Zukunftsprogramm teilzunehmen. Dies ist bei Vertragskrankenhäusern aufgrund der dargelegten rechtlichen Rahmenbedingungen gerade nicht der Fall.

Empfehlung und Lösungsvorschläge

Vertragskrankenhäusern ist zu empfehlen, sich im Rahmen der Budgetverhandlungen auf die Argumentation zu berufen, die für eine Geltung der Abschläge allenfalls für Plankrankenhäuser spricht. Darüber hinaus ist eine Klarstellung dahingehend erforderlich, dass die Digitalisierungsabschläge nicht für Vertragskrankenhäuser gelten. Diese kann im Rahmen der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung erfolgen, da das Gesetz nichts Gegenteiliges besagt, vielmehr die Gesetzesbegründung diese Rechtsauffassung eindeutig belegt.

Vor allem bedarf es aber einer gesetzlichen Änderung dahingehend, dass der § 5 Abs. 3h KHEntgG als Rechtsgrundlage für die zu vereinbarenden Abschläge aufgehoben wird und somit die Sanktionen für alle Krankenhäuser entfallen. Denn es widerspricht jeglichem Rechtsempfinden, Krankenhäuser für nicht vorhandene digitale Dienste zu sanktionieren, die nicht vollständig refinanziert werden. Die Fördermittel stellen weder eine 100-prozentige Refinanzierung dar noch ist garantiert, dass diese bei entsprechender Antragstellung auch bewilligt werden.

Ass. jur. Laila-Felicia Kattelmann
Justiziarin
Geschäftsbereich Krankenhäuser
E-Mail: kattelmann@bdpk.de

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –