

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

Geld her oder Ausgaben senken!

Von Thomas Bublitz

Die Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung spitzt sich dramatisch zu. Trotz eines marginalen Überschusses im ersten Quartal 2025 erwartet die Krankenversicherung bis zum Jahr 2027 ein Defizit in Höhe von 12 Milliarden Euro.

Deshalb werden die Rufe nach Reformen der sozialen Sicherungssysteme immer lauter. Die einen fordern mehr Geld in Form von höheren Steuerzuschüssen und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die anderen fordern Einsparungen auf der Ausgabenseite.

Der BDPK schlägt vor, sich auf jeden Fall auch die Leistungsbereiche auf unnötige Ausgaben anzuschauen. Für einen der größten Hauptausgabenblöcke der GKV, den Krankenhausbereich, gibt es durchaus Möglichkeiten zur Einsparung. Wir leisten uns vermutlich aus ideologischen Gründen Mindestanforderungen für Personal und Strukturen und behaupten, dass diese für eine gute Patientenversorgung zwingend notwendig sind. Das kann so sein, untersucht oder gar bewiesen ist es allerdings nicht. In den vergangenen Jahren war ein Anstieg der Fallkosten bei rückläufigen Patientenzahlen zu beobachten. Vermutlich wird auch die Krankenhausreform nicht zu den erhofften Einsparungen führen. Das Gegenteil könnte der Fall sein. In den Leistungsgruppen wird zusätzlich eine Vielzahl von personellen, apparativen und strukturellen Mindestvorgaben vorgeschrieben, die so manches Krankenhaus hinzukommend noch nachweisen muss. Mit Qualitätsverbesserungen der Behandlung für die Patientinnen und Patienten haben diese Anforderungen wenig zu tun. Sicher ist nur, dass neue Bedingungen auch neue Kosten bedeuten.

Genauso ist es mit den Mindestverweildauervorgaben im Krankenhaus. Sie gehören abgeschafft, wenn wir effizienter, besser und günstiger werden wollen. Die untere Grenzverweildauer abzuschaffen, ist deutlich einfacher und klüger als eine komplexe Aufteilung der Leistungserbringung in stationäre DRG und deutlich günstigere Hybrid-DRG, die die Krankenhäuser prozessual und wirtschaftlich nicht leisten können. Von der Prüfbürokratie ganz zu schweigen.

Deshalb ist es dringend nötig, die Verantwortung für wirtschaftliches Handeln und einen qualitativ hochwertigen Verhandlungsprozess zurück an die Krankenhäuser zu geben. Der Weg der zentralistischen Zwangsregulierung auf Bundesebene hat die Krankenhausversorgung vor allem teurer, aber nicht besser gemacht. Es ist nun an der Zeit, offen und ohne Barriere im Kopf über neue Ansätze im KHVVG-Anpassungsgesetz zu diskutieren.

Denen, die einwenden, es ginge in Sachen Entlastung der GKV nicht schnell genug, sei gesagt: Jeder anstrengende Marsch beginnt mit dem ersten Schritt.

Statements aus dem BDPK-Vorstand

Herausforderungen für Krankenhäuser und Reha

Aufbauend auf der Krankenhausreform will die neue Bundesregierung eine hochwertige und bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherstellen. Zudem soll Bürokratie abgebaut, die Digitalisierung vorangetrieben und die ambulante Versorgung gestärkt werden. Zu möglichen Lösungsansätzen befragen wir an dieser Stelle in den kommenden Monaten Mitglieder des BDPK-Vorstands.



Robert Möller,
CEO Helios Kliniken und
Vorstandsmitglied von Fresenius

Herr Möller, wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen für die Krankenhäuser in Deutschland?

Die größten Herausforderungen bestehen darin, die Versorgungsstrukturen zukunftsgerichtet zu verändern. Dabei geht es um Effizienzorientierung und medizinische Qualität gleichermaßen. Beide Aspekte gehören für mich zusammen und sind keine Gegensätze. Wir sind bei

Helios für einen sorgsamem Umgang mit Ressourcen und eine hohe Qualität bekannt. Demgegenüber gibt es aber zu viele Kliniken, die ineffizient arbeiten. Das bindet personelle und finanzielle Mittel, die im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung besser eingesetzt werden könnten. Gleichzeitig braucht es noch mehr Anreize für wirtschaftliches und qualitätsorientiertes Handeln. Die Ressourcen sollten so eingesetzt werden, dass eine relevante Verbesserung in der Ergebnisqualität erreicht wird, denn daran sollten wir uns orientieren und messen lassen. Dies ist die Voraussetzung für Veränderungen und Innovationen im Krankenhauswesen. Das Krankenhauspersonal in Deutschland wird dort gebraucht, wo eine hochwertige und planbare Behandlung stattfindet – nicht in rein historisch gewachsenen Strukturen. Hinzu kommt, dass wir stationäre und ambulante Strukturen noch stärker verzahnen müssen. Gerade bei planbaren Eingriffen oder chronischen Erkrankungen sind integrierte Ansätze gefragt, die wir bei Helios zum Beispiel mit einem bundesweiten Netz aus Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) aktiv vorantreiben. Und wir brauchen noch mehr und noch schnellere Digitalisierung – in der Kommunikation, bei Prozessen, aber auch bei der Unterstützung medizinischer Entscheidungen.

Welche Lösungsmöglichkeiten empfehlen Sie der neuen Bundesregierung?

Zunächst einmal sollten wir den eingeschlagenen Weg einer Reform des Krankenhaussektors weitergehen. Wir begrüßen die Ziele der Krankenhausreform ausdrücklich, insbesondere die stärkere Spezialisierung und Leistungskonzentration. Die Qualitätstransparenz ist noch nicht ausreichend umgesetzt und wir wünschen uns eine weitreichendere Ausgestaltung. Bei der Reform wird es meines Erachtens mehr denn je darauf ankommen, Fachabteilungen, Kliniken und Medizinische Versorgungszentren noch besser zu vernetzen und regionale Verbünde zu bilden, so wie wir bei Helios es mit unseren Krankenhaus-Clustern bereits seit längerem tun. Die Stärkung des ambulanten Bereichs – etwa durch die gezielte Einbindung von MVZs – ist richtig und sollte ebenfalls fortgeführt werden. Dies entlastet die stationäre Versorgung und erhöht die Effizienz im System. Generell braucht es weniger Regulierung und mehr Anreize, um die Versorgung patientenzentriert, in hoher Qualität und wirtschaftlich zu gestalten.



Dr. Ursula Becker,
Geschäftsführende Gesellschafterin
Dr. Becker Unternehmensgruppe

Wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen für die Reha-Kliniken in Deutschland?

Erstens ist die Reha politisch unterrepräsentiert. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Gremien fehlt eine eigenständige Stimme, sodass unsere Erfahrungen oft nur indirekt in Entscheidungen einfließen. Das führt zu praxisfernen Lösungen, die Personal und

Ressourcen unnötig belasten. Beispiel: Änderungen zur Bewilligung von Anschluss-Reha und Einführung des Singer-Patientenprofils.

Zweitens werden Reformen wie die Krankenhaus- oder die Pflegeausbildungsreform ohne systematische Einbindung der Reha umgesetzt. So bleiben Reha-Kliniken weiterhin von der Anerkennung als Ausbildungsstätten ausgeschlossen, obwohl sie einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung

leisten können. Oder die Nichtnennung der Rehakliniken im Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität. Drittens belasten steigende regulatorische Anforderungen, bei Personal, IT-Sicherheit, Datenschutz, Betreiberpflichten, Klimaanpassungen und vieles mehr die Kliniken finanziell und organisatorisch stark. Gleichzeitig erschweren die Vergütungssysteme Investitionen und langfristige Planung, etwa für den baulichen Erhalt. Das ab 1. Januar 2026 greifende neue DRV-Vergütungssystem ist für alle Kliniken eine Blackbox, bereitet größte Sorgen und lässt, Stand heute, keine seriöse Planung über 2025 hinaus zu. Insgesamt fehlt der Reha die notwendige politische Sichtbarkeit und Unterstützung – das muss sich dringend ändern.

Welche Lösungsmöglichkeiten empfehlen Sie der neuen Bundesregierung?

Die neue Bundesregierung sollte der medizinischen Rehabilitation endlich den Stellenwert geben, den sie verdient. Zunächst brauchen wir eine eigenständige Reha-Vertretung auf Bundesebene, die Praxis und Wissenschaft bündelt und aktiv in Gesetzgebungs- und Regulierungsprozesse eingebunden

ist. Nur so fließen unsere praktischen Erfahrungen systematisch ein.

Zudem müssen die Strukturen bürokratiearm und innovationsfreundlich umgebaut werden, damit neue Versorgungskonzepte schnell erprobt und bei Wirksamkeit in die Regelversorgung übernommen werden können. Das Primat der Ergebnisqualität muss endlich gelten – Qualität statt starrer Vorgaben. Eine Reform der Selbstverwaltung ist ebenfalls nötig: Reha-Leistungserbringer müssen besser in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, etwa mit einer festen Vertretung im G-BA. Auch im SGB VI brauchen wir eine Schiedsstelle. Darüber hinaus sind flexiblere Vergütungssysteme nach Patientenbedürfnissen und die Refinanzierung von Gebäudelinvestitionen notwendig, um den baulichen Zustand der Kliniken anzupassen. Zudem muss im neuen DRV-Vergütungssystem klargestellt werden, dass ohne Ausnahme alle Gehälter bis zur Höhe der Tarifgehälter berücksichtigt werden und es eine Konvergenzphase gibt. Dringend notwendig ist eine zentrale Stelle für die schnelle und verlässliche Anerkennung von ausländischen Schul- und Berufsabschlüssen gerade im Gesundheitswesen.

Reha-Ergebnisse vergleichbar machen

PROMs im Reha-Portal

Wie gut wirkt Reha aus Sicht von Patient:innen? Das Rehaportal hat Patient Reported Outcome Measures (PROMs) flächendeckend in der Orthopädie erfasst und zeigt: Strukturierte Ergebnismessung ist machbar, lässt sich klinikübergreifend vergleichen und transparent darstellen.

Die Diskussion um Qualität im Gesundheitswesen verlagert sich zunehmend in Richtung Ergebnismessung. Das Rehaportal hat diesen Weg früh eingeschlagen. Mit der aktuell deutschlandweit größten PROMs-Erhebung in der orthopädischen Rehabilitation liegt nun ein umfassender Praxisnachweis vor: Ergebnisqualität lässt sich im Versorgungsalltag valide und vergleichbar erfassen.

Beteiligt waren 115 Reha-Einrichtungen mit insgesamt über 17.500 Patient:innen. Die teilnehmenden Häuser erhoben indikationsspezifisch patientenberichtete Ergebnisse für Hüft- und Knie-TEP sowie chronischen Rückenschmerz zu Beginn und Ende der Reha. Dazu wurden validierte indikationsspezifische Fragebögen eingesetzt. Ergänzt wurde die Erhebung durch ein generisches Maß zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Verbesserungen während der Reha, mit teils sehr hohen Effektstärken auch nach Durchführung einer Risikoadjustierung. Besonders bei den krankheitsspezifischen Skalen werden auch nach Adjustierung deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen sichtbar.

Im Zentrum der Erhebung steht der Vergleich zwischen den Reha-Kliniken und der Kommunikation der gemessenen

Unterschiede im Rehaportal. Ein eigens dafür entwickelter Index lässt die Anzeige eines einfachen Ergebniswertes zu, der Patient:innen auf einen Blick zeigt, wie gut eine Klinik im Vergleich abschneidet. Die Ergebnisse bestätigen frühere Pilotprojekte im Rehaportal und verdeutlichen, dass PROMs in der orthopädischen Reha nicht nur machbar, sondern auch sinnvoll sind. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts der Patient:innen liefern die Ergebnisse dieser Erhebung einen relevanten Baustein für informierte Entscheidungen und die Auswahl einer geeigneten Reha-Klinik. Sie bieten einen strukturierten Zugang zur Ergebnisqualität, eröffnen Perspektiven für die interne Qualitätssicherung und belegen, wie sich Ergebnisqualität im Gesundheitswesen transparent darstellen und nutzen lässt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse auf Klinikebene und im Portal ist in Vorbereitung. Auch weitere Erhebungen in anderen Indikationen wie Psychosomatik und Onkologie sind in Planung.

Annabelle Neudam
Geschäftsführerin
Das Rehaportal
E-Mail: a.neudam@qualitaetskliniken.de

Umsetzungsprobleme InEK-Groupen Anrechnung mit Augenmaß

Der BDPK hat den neuen InEK-Groupen mitsamt seinen Problemen in der Praxis unter die Lupe genommen. Eine Analyse mit Lösungsansätzen.

Um die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsfälle den Leistungsgruppen aus Anlage 1 zu § 135e SGB V zuzuordnen, wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, einen Groupen zu entwickeln. Die Definitionshandbücher für den Leistungsgruppen-Groupen mitsamt einer Liste von fünf zertifizierten Leistungsgruppen-Groupen-Herstellern wurden erstmalig im Februar 2025 veröffentlicht. Seitdem versuchen die Krankenhäuser die Theorie in die Praxis umzusetzen. Wie immer, wenn die Theorie Vorgaben für die Praxis entwickelt, bergen diese praktische Schwierigkeiten.

Aus der Versorgungspraxis

Als Beispiel seien die Leistungen der Manuellen Medizin und Schmerzmedizin genannt. Für diese Indikationsbereiche existieren keine eigenen Leistungsgruppen und der häufig genutzte Fachabteilungsschlüssel Schmerzmedizin (FAB 3753) ist für das InEK nicht klar zuordenbar. Die Behandlungsfälle werden daher je nach resultierender DRG uneinheitlich entweder der Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ oder der Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen. Bei einer Zuordnung zur Leistungsgruppe 14 müssen sämtliche Qualitätskriterien erfüllt werden, einschließlich einer personellen Ausstattung mit drei Fachärzt:innen, darunter mindestens ein Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie sowie ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Unabhängig davon, dass dies auch für einen medizinischen Laien die Frage aufwirft, weshalb für einen Schmerzpatienten ein Facharzt der Viszeralchirurgie anwesend sein muss, führt diese Systematik dazu, dass beispielsweise Fachärzt:innen für Anästhesiologie mit der für diesen Facharztbereich typischen Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ nur stark eingeschränkt eingesetzt werden können.

Ein weiteres Beispiel betrifft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Diabetologische Fälle von Kindern bis 13 Jahren fallen automatisch in die Leistungsgruppe 46 „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“. In der Kinder-Rheumatologie hingegen werden pädiatrische Fälle häufig einer Leistungsgruppe der Erwachsenenmedizin, der Leistungsgruppe 7 „Komplexe Rheumatologie“, zugeordnet. Als Folge müssen Fachkrankenhäuser, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich junge Patient:innen versorgen, zusätzlich drei Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin (Beispiel Diabetologie) beziehungsweise drei Fachärzt:innen der Inneren

Medizin für Erwachsene (Beispiel Kinder- und Jugendrheumatologie) vorhalten, auch wenn diese für das spezifische Behandlungskonzept des Fachkrankenhauses nicht erforderlich sind. Aufgrund der zunehmenden Versorgungsengpässe, insbesondere in der Pädiatrie, ist diese Regelung hochproblematisch.

Korrekturvorschläge

Vor dem Hintergrund eines ohnehin bestehenden Fachkräftemangels stellt es ein absolutes Absurdum dar, dass existierende Facharztqualifikationen im Zuge der mit der Krankenhausreform eingeführten Leistungsgruppen nicht berücksichtigt und somit für Krankenhäuser tatsächlich wirtschaftlich nicht tragfähig werden.

Die beschriebenen Probleme resultieren – neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen in Form der Anlage 1 zu § 135e SGB V – insbesondere daraus, dass die Zuordnungslogik des InEK-Groupens unter anderem auf Fachabteilungsschlüsseln (FAB) basiert, die bundesweit uneinheitlich vergeben werden. Die Zuordnung der Fachabteilungen kann von Krankenhaus zu Krankenhaus variieren. Insofern hätte es im Grunde einer FAB-Reform vor einer Leistungsgruppenreform bedurft.

Bis zu einer solchen Reform gilt es nun für den Gesetzgeber, bestmögliche Schadensbegrenzung zu betreiben. Zu diesem Zwecke schlägt der BDPK die Einfügung einer Nr. 9 in § 135e Abs. 4 SGB V vor, wonach die in den jeweiligen Anforderungsbereichen genannten Qualitätskriterien auch dann erfüllt sind, wenn eine aus medizinischer Sicht gleichwertige Qualifikation in Form eines medizinisch sinnvollen Facharzttitels oder einer Zusatzweiterbildung vorliegt. Damit können wir eine Verschärfung des Fachkräftemangels vermeiden und qualifiziertes Personal dort einsetzen, wo es tatsächlich gebraucht wird. Die Problematik des auf Bundesebene geplanten Leistungsgruppen-Groupings ist auch ein Symptom der mit der Krankenhausreform eingeführten zweifelhaften Kompetenzverteilung: Aus ordnungspolitischer Sicht müssten die Leistungsgruppen mit ihren Qualitätskriterien dort festgelegt werden, wo die Krankenhausplanung erfolgt. Bei den Ländern und nicht beim Bund.

Laila-Felicia Kattelmann
Referentin Geschäftsbereich Krankenhäuser
E-Mail: kattelmann@bdpk.de

Pete Kwak
Referent Geschäftsbereich Krankenhäuser
E-Mail: kwak@bdpk.de