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

Raus aus der ideologischen Wagenburg

Von Thomas Bublitz

Die Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern legen schonungslos offen, dass eine deutliche Mehrheit die Politik der Bundesrepublik Deutschland skeptisch sieht. Zu viele politische Versprechungen werden gegeben – und später gebrochen. Das untergräbt das Vertrauen in die Politik und schwächt unsere Demokratie. Zugleich entsteht der Eindruck, dass politische Entscheidungen die Lebensrealität der Menschen nicht spürbar verbessern. Dazu kommen das Gefühl, dass sich Arbeit kaum noch lohnt und ein Leben mit staatlicher Unterstützung deutlich einfacher wäre, sowie die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Vielleicht fehlt den Bürgerinnen und Bürgern eine mittel- bis langfristige politische Strategie zur Orientierung.

Handlungsbedarf gibt es auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung: steigende Beiträge und monatelanges Warten auf Arzttermine, vor allem in ländlichen Regionen, Überfüllung der Notfallambulanzen außerhalb der regulären Praxiszeiten und eine überbordende Bürokratie, die die Mitarbeitenden in Praxen und Kliniken sowie die Patienten gleichermaßen frustriert.

Die Bundesregierung muss liefern, wenn sie die Republik nicht komplett an die AfD verlieren möchte. Nicht nur die Politik trägt Verantwortung, auch wir als Entscheider im Gesundheitswesen können dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung für die Menschen besser und weniger bürokratisch wird. Hier meine Hitliste von Veränderungen mit Potenzial zur spürbaren Verbesserung der Gesundheitsversorgung:

- Weg mit den Personalvorgaben für Kliniken und Pflegeheime. Stattdessen Kontrolle der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit.
- Streichung des Pflegebudgets und Rückführung der Kosten in die DRG-Fallpauschalen.
- Streichung der bürokratischen und wenig sinnvollen Vorhaltefinanzierung.
- Erstellung von Behandlungspfaden für Menschen mit schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Krebserkrankungen, Schlaganfälle, Polytraumen, um die Patienten ohne Antragsbürokratie schnell, zielgerichtet und qualitätsgesichert durch das Gesundheitssystem zu lotsen.
- Die leistungsgerechte Vergütung der Behandlung in Notfallambulanzen mit einem Anreiz zu möglichst kurzen Wartezeiten für die Patienten.

Der Effekt wäre eine deutlich entbürokratisierte, verständlichere und kostengünstigere Gesundheitsversorgung. Einer zielgerichteten Debatte über die Frage, was wir alle tun können, um unser Gesundheitswesen besser zu machen, sollten sich alle Funktionäre mit Blick auf das große Ganze stellen. Auch wir tragen Verantwortung dafür, dass unser Staat wieder besser funktioniert. Dafür müssen wir raus aus unseren ideologischen Wagenburgen!

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Neu im Vorstand

Gestaltungsspielräume nutzen

Dr. Quirin Schlott, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken, und Freddy Eppacher, Chief Operating Officer (COO), Chief Technology Officer (CTO) sowie Mitglied des Vorstandes der AMEOS Gruppe, wurden zum 1. September 2026 vom BDPK-Vorstand als neue Vorstandsmitglieder kooptiert. Wir haben sie gefragt, vor welchen Herausforderungen Kliniken in privater Trägerschaft aktuell stehen.

Freddy Eppacher: Krankenhäuser aller Trägerschaften stehen vor einem weiteren tiefgreifenden Wandel. Nur ein sehr kleiner Teil der Einrichtungen bewertet die eigene wirtschaftliche Situation als gut, rund zwei Drittel der Krankenhäuser schreiben Verluste. Steigende Personal-, Energie- und Sachkosten treffen auf eine Vergütung, die mit der tatsächlichen Kostenentwicklung seit Jahren nicht Schritt hält.

Das verabschiedete GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird diese Entwicklung noch deutlich verschärfen. Gleichzeitig sollen und wollen wir in Qualität, moderne Medizin, Infrastruktur und Reformen investieren und diese vorantreiben. Unsere zentrale Aufgabe ist, heute Stabilität zu sichern und gleichzeitig die Versorgung von morgen zu gestalten. Die Krankenhausreform wird die Versorgungslandschaft verändern. Krankenhäuser in privater Trägerschaft bekennen sich seit Langem zu den Kernzielen der Reform, die Spezialisierung im stationären Sektor voranzutreiben und so die Versorgungsqualität zu steigern. Private Krankenhäuser stehen seit Jahren für die erfolgreiche Umsetzung dieser Prinzipien. Wir sehen darin die Chance, Kompetenzen zu bündeln, Kooperationen zu stärken und Versorgung über einzelne Standorte hinaus zu denken. Dafür braucht es aber verlässliche Rahmenbedingungen und Übergangsfristen für die Umsetzung.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind Innovationstreiber. Um Potenziale aus Digitalisierung und KI zu heben und hierdurch zu entlasten, Qualität zu verbessern und Versorgung effizienter zu machen, bedarf es einer massiven Deregulierungsinitiative.

Cybersicherheit stellt ebenfalls eine wesentliche Herausforderung für Krankenhäuser dar. Gezielte Förderprogramme in digitale Souveränität und Cybersicherheit sind daher unerlässlich.

Zur Bewältigung der Herausforderungen benötigen Krankenhäuser vor allem eines: verlässliche politische und finanzielle Rahmenbedingungen, die Veränderung und Deregulierung ermöglichen, Investitionen in Digitalisierung und Sicherheit unterstützen und Versorgung nachhaltig sichern!

Dr. Quirin Schlott: Die Reha-Branche steht vor erheblichen Herausforderungen. Steigende Kosten, begrenzte Vergütungsspielräume, Bürokratie, Demografie, medizinischer Fortschritt und Fachkräftemangel setzen Unternehmen unter Druck. Für private Reha-Kliniken ist zudem die Notwendigkeit, dauerhaft wirtschaftlich zu arbeiten, gesetzt. Defizite können nicht durch die öffentliche Hand ausgeglichen werden.

Diese Herausforderungen sind kein Alleinstellungsmerkmal der Rehabilitation, obgleich hier durch Regulierung stärker in die unternehmerische Handlungsfreiheit eingegriffen wird: Jede Branche hat Chancen und Risiken. Entscheidend ist, wie wir als Verantwortliche damit umgehen. Natürlich müssen wir gegenüber Politik und Kostenträgern auf notwendige Veränderungen der Rahmenbedingungen hinweisen. Gleichzeitig können wir nicht auf positive Veränderungen warten. Wir müssen unter den Gegebenheiten arbeiten – flexibel und lösungsorientiert.

Daher ist es unsere Aufgabe als Unternehmer und Führungskräfte, die vorhandenen Gestaltungsspielräume zu erkennen und zu nutzen. Und diese gibt es: Der demografische Wandel beispielsweise schafft neue Bedarfe, etwa in Geriatrie und Neurologie. Medizinischer Fortschritt verändert Behandlungspfade und eröffnet neue Versorgungsangebote. Digitalisierung und KI können Prozesse verbessern und Mitarbeiter entlasten. Auch Kommunikationswege und -bedürfnisse verändern sich – gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Partnern.

Zugleich müssen wir Wissen zwischen Generationen sichern und Arbeit neu organisieren. Als privater Träger ist es uns zudem möglich, schnelle Entscheidungen ohne langwierige Abstimmungen in Gremien zu treffen. Auch dies gilt es zum Vorteil zu nutzen.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Krankenhausreform

Einigung auf Vergütung

Die DKG, der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband haben sich auf ein Vergütungsmodell für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) abseits der gesetzlichen Vorgaben geeinigt. Ein Überblick.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, vormals auch als Level-1i-Einrichtungen bekannt, wurden im Jahr 2024 als eines der Kernelemente der Krankenhausreform eingeführt. Die Rahmenbedingungen für den Betrieb einer süV standen jedoch bis vor Kurzem noch nicht abschließend fest. Dies lag unter anderem daran, dass die Verhandlungen der Selbstverwaltung über die Vorgaben für eine krankenhausindividuelle Vergütung mit degressiven Tagesentgelten ins Stocken geraten waren. Um dennoch eine Umsetzung der süV ab dem Jahr 2027 zu ermöglichen, wurde schließlich, in einem eher ungewöhnlichen Schritt in der Selbstverwaltung, ein Alternativkonzept entwickelt, das anders als gesetzlich vorgegeben auf bundeseinheitlich festgelegten Pauschalen basiert.

Vergütungssystematik

Die Gesamtvergütung besteht aus einer jährlichen Strukturpauschale von 182.734 Euro je finanzierungsrelevantem stationärem Bett und einer Sachkostenpauschale von 95 Euro je berücksichtigungsfähigem vollstationärem Belegungstag. Die Strukturpauschale umfasst die personellen und sonstigen weitgehend leistungsunabhängigen Kosten einschließlich aller Personalkosten. Die Sachkostenpauschale wird dagegen ausschließlich für tatsächliche Belegungstage gezahlt.

Die Strukturpauschale soll technisch über einen fallbezogenen Zahlbetrag abgerechnet werden. Maßgeblich bleibt der kalenderjährliche Strukturanspruch der Einrichtung. Laut der vorliegenden Vereinbarung sind höchstens 50 Betten je Einrichtung vergütungsfähig. Dieser Anspruch der Einrichtung wird anschließend durch die vereinbarte voraussichtliche Zahl der abrechnungsfähigen Behandlungsfälle dividiert; hieraus ergibt sich der fallbezogene Zahlbetrag je Behandlungsfall. Weichen die im Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zahlbeträge vom endgültigen Anspruch auf die Strukturpauschale ab, wird die Differenz im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Der Ausgleich erfolgt über einen gesonderten fallbezogenen Zu- oder Abschlag. Bis zum Abschluss beziehungsweise zur Genehmigung der erstmaligen örtlichen Vereinbarung kann ein vorläufiger fallbezogener Zahlbetrag von 3.576 Euro je Behandlungsfall sowie die Sachkostenpauschale je berücksichtigungsfähigem Belegungstag abgerechnet werden.

Die Vereinbarung sieht eine Mindestfallzahl von 30 stationären Behandlungsfällen je finanzierungsrelevantem Bett und Kalenderjahr vor. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, reduziert sich der Anspruch auf die Strukturpauschale entsprechend: Bei einer Unterschreitung um bis zu 20 Prozent wird die Pauschale um 25 Prozent gekürzt, bei einer Unterschreitung um mehr als 20 Prozent um 50 Prozent. Der sich hieraus ergebende Differenzbetrag wird im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

Die vereinbarten Vergütungssätze beziehen sich auf vollstationäre Leistungen. Sollen auch teilstationäre Leistungen angeboten werden, müssen deren Vergütung und die Abgrenzung zu den vollstationären Leistungen gesondert auf Ortsebene vereinbart werden. Belegärztliche und vertragsärztliche stationäre Leistungen sind mit der Strukturpauschale abgegolten und können nicht zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

Abrechnung

Auch bei den süV gelten weiterhin die bestehenden Kodiervorgaben für die Dokumentation der stationären Behandlungsfälle. Mit der Abrechnung müssen die für die Gruppierung erforderlichen Daten übermittelt werden. Dies erfolgt bei gesetzlich Versicherten im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 SGB V und bei privat Versicherten entsprechend § 17c Abs. 5 KHG. Die konkreten technischen Vorgaben werden im Datenübermittlungsverfahren festgelegt.

Die Vergütungsvereinbarung soll zum 1. Januar 2027 in Kraft treten und zunächst für die Einführungsphase bis Ende 2029 gelten. Vor Ablauf dieser Phase sollen die Regelungen überprüft und eine Anschlussvereinbarung getroffen werden. Allerdings besteht bereits für die Einführungsphase gesetzgeberischer Anpassungsbedarf. Das nun vereinbarte pauschale Vergütungsmodell wird durch die in § 6c KHEntgG vorgesehene Systematik krankenhausindividueller Tagesentgelte nicht hinreichend abgebildet. Die Vertragsparteien haben sich daher in der Präambel darauf verständigt, gemeinsam gegenüber dem Gesetzgeber auf eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen hinzuwirken. Aus Sicht der Krankenhäuser wäre eine zeitnahe Anpassung wichtig, um eine rechtssichere Umsetzung der süV ab 2027 zu gewährleisten.

Ass. jur. Laila-Felicia Kattelmann
Justiziarin
Bundesverband Deutscher Privatkliniken
E-Mail: kattelmann@bdpk.de

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –

Neues Vergütungssystem für die Reha

Planungssicherheit fehlt

Das neue Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund) hat den Anspruch, transparent, nachvollziehbar und diskriminierungsfrei zu sein. In der Praxis sorgt insbesondere die einrichtungsspezifische Komponente (ESK) für Unmut, da sie zu eng und auf zu wenige kostenrelevante Positionen angewandt wird. Was nun auf Reha-Kliniken zukommt und welche Möglichkeiten des Widerspruchs sie haben, erklärt Dr. Christoph Renz im Interview.

Das zum 1. Januar 2026 eingeführte neue Vergütungssystem der DRV Bund setzt sich aus einem einrichtungsübergreifenden, indikationsspezifischen Basissatz und einer Einrichtungsspezifischen Komponente (ESK) zusammen. Eine Erprobungs- oder Übergangsphase gab es nicht.

Die Reha-Einrichtungen haben die Positionen für die ESK erstmals fristgerecht im Jahr 2025 eingereicht. Doch in zahlreichen Fällen haben die vorgesehenen Verhandlungen darüber bis heute noch nicht stattgefunden. Stattdessen hat die DRV Bund für 2026 eine temporäre ESK festgelegt, nach der die Einrichtungen weiterhin die Vergütungssätze des Jahres 2025 erhalten, sofern keine darüber hinausgehende Einigung erfolgt ist. Steigende Personal- und Sachkosten werden bei der temporären ESK nicht berücksichtigt, während die Leistungsanforderungen unverändert bestehen bleiben. Seit August 2026 können die Einrichtungen nun mit Frist bis zum 30. September 2026 ihre ESK für das Jahr 2027 geltend machen. Der ESK-Meldebogen bildet nicht alle für die Reha-Einrichtungen relevanten Sachverhalte ab. Trotz einer Weiterentwicklung des ESK-Meldebogens können weiterhin einige wichtige Kostenpositionen nicht geltend gemacht werden. Wie sich die Vergütungssätze für 2027 entwickeln werden, ist für viele Kliniken nicht sicher absehbar. Vergütungsabsenkungen sind möglich.

Der BDPK kritisiert, dass das Verfahren damit weder die notwendige Transparenz noch die zugesagte Diskriminierungsfreiheit gewährleistet. Für die Einrichtungen fehlt es an verlässlicher Planungssicherheit und Leistungsgerechtigkeit. Wie sollten Reha-Einrichtungen mit dem aktuellen ESK-Meldebogen umgehen? Welche Bedeutung hat die Frist zum 30. September 2026 und welche rechtlichen Möglichkeiten bestehen, wenn die Verhandlungen mit der DRV zu keinem akzeptablen Ergebnis führen? Darüber haben wir mit Dr. Christoph Renz, Geschäftsführer des Verbands privater Klinikträger in Baden-Württemberg e. V. und Rechtsanwalt bei VOELKER & Partner mbB, gesprochen.

Die DRV schreibt, dass der ausgefüllte Meldebogen einschließlich der Nachweise bis spätestens zum 30. September 2026 an die Häuserbetreuung zu senden ist. Handelt es sich dabei um eine Ausschlussfrist und die Beibringung weiterer Forderungen und Nachweise ist dann nicht mehr möglich?

Die DRV behandelt die Frist als Ausschlussfrist: Wer sie versäumt, soll über nicht gemeldete ESK nicht verhandeln dürfen. Eine Ausschlussfrist erfordert jedoch eine gesetzliche Grundlage, die für ESK-Meldungen nicht ersichtlich ist. Ein Fristversäumnis führt daher rechtlich nicht zwingend zum Ausschluss aus dem Verhandlungsprozess, kann jedoch dazu führen, dass die DRV ein Angebot auf unvollständiger Tatsachenbasis erstellt.

Vorsorglich sollten Reha-Einrichtungen eine Fristverlängerung beantragen. Die DRV entscheidet darüber nach Ermessen und kann die Frist gemäß § 26 Abs. 7 Satz 2 SGB X auch rückwirkend verlängern, wenn das Festhalten an den Folgen des Fristablaufs unbillig wäre. Diese Unbilligkeit beurteilt sich nach dem Einzelfall sowie dem Verhalten beider Seiten. Führt die DRV die Verhandlungen wie bisher schleppend, ist ein pauschaler Ausschluss verspäteter Nachweise unbillig. Eine um wenige Tage verspätete Meldung verzögert die Verhandlungen nicht.

Einrichtungen, die die Frist zum 30. September versäumen, haben zwei Argumente: Erstens darf die DRV eine solche Ausschlussfrist rechtlich gar nicht setzen, zweitens ist eine nachträgliche Verlängerung möglich. Dennoch sollte die Frist zur Vermeidung von Risiken wie eine „harte Frist“ behandelt werden.

Was können Rehabilitationseinrichtungen machen, wenn sie mit dem Verhandlungsergebnis zur ESK nicht einverstanden sind, und welche rechtlichen Möglichkeiten gibt es?

Die Vergütung wird durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag vereinbart. Dies erfordert Verhandlungen, in denen beide Parteien ihre Interessen und Forderungen einbringen. Kommt keine Einigung zustande, fehlt im SGB VI ein Schiedsstellenverfahren. Einrichtungen können die Verhandlungen für gescheitert erklären und müssen dann direkt vor dem Sozialgericht auf ein leistungsgerechtes Angebot klagen. Bisher droht die DRV bei Ablehnung des Angebots mit einem Belegungsstopp: Eine Belegung sei wegen fehlender Einigung über die Vergütung als wesentlichen Vertragsbestandteil nicht möglich. Um dies zu verhindern, muss zusätzlich im Eilverfahren beim Sozialgericht beantragt werden, dass die DRV die Einrichtung vorläufig weiter belegt.

Das Interview führte der BDPK.

– Die Vervielfältigung bedarf der vorherigen Zustimmung von Bibliomed. –