

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

Mut zur Erneuerung

Von Thomas Bublitz

Die Welt verändert sich in geopolitischer, ökonomischer und vor allem auch in technologischer Sicht. Das hat sie immer getan und immer waren die Menschen deswegen verunsichert. Deshalb sind viele Menschen der Auffassung, dass früher alles besser war. War es das wirklich?

Schauen wir auf die Herausforderungen in unserem Gesundheitswesen: Der von Bundeskanzler Friedrich Merz angekündigte Herbst der Reformen ist vorbei. Im Vermittlungsausschuss hat man sich auf die Kürzungen vor allem im Krankenhausbereich durch die Streichung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel verständigt und die Krankenhäuser in Höhe von 1,8 Milliarden Euro zur Konsolidierung der maroden Krankenkassenfinanzen zur Kasse gebeten. Ein weiteres Paket von Hybrid-DRG ist verabschiedet, ein Gesetzentwurf für die Notfallreform und das Krankenhausreformenpassungsgesetz sind in Arbeit. Das alles erscheint wichtig, wird aber unser angeschlagenes Gesundheitssystem nicht zukunftsfähig machen.

Wir müssen tief in die einzelnen Leistungsbereiche hineinschauen und Effizienzpotenziale auch tatsächlich heben. Dazu gehört in allen Leistungsbereichen die Streichung nichtevidenzbasierter Personalvorgaben aus vergangenen Zeiten. Diese sind teuer, im Zuge des Fachkräftemangels nicht mehr erfüllbar und verhindern eine effiziente moderne und leistungsfähige Medizin. Dazu kommt die Ressourcenverschwendung für die Kontrollbürokratie, die die Beschäftigten demotiviert. Unser Mindset muss sich verändern, Ziel muss es sein, die Mitarbeitenden von unnötiger Arbeit zu entlasten. Dabei geht es vor allem um Arbeitsteilung und Technologie.

Die Welt dreht sich weiter, ob wir es wollen oder nicht. Haben wir den Mut, die Veränderungen voranzutreiben, anstatt uns von ihnen treiben zu lassen. Wir sollten als „Möglichmacher“ statt als „Bedenkenträger“ über die Gesundheitsversorgung der Zukunft diskutieren. Das gilt im Übrigen auch für die Krankenkassen, die ich vor allem beim Ruf nach mehr Geld statt nach Versorgungsinnovationen wahrnehme. Die Digitalisierung und die künstliche Intelligenz werden vieles infrage stellen und umpflügen. Gemeinsam wünsche ich uns Mut und Besonnenheit zur Erneuerung.

Defizitausgleiche für Kliniken

Effizienz als Maßstab

Ein transparentes System nach einheitlichen und objektiven Vergabekriterien könnte verhindern, dass ineffizient geführte Kliniken weiterhin mit Steuergeldern in Millionenhöhe subventioniert werden.

Ob Jahresfehlbetragsdeckungen, Investitions- und Betriebskostenzuschüsse, Eigenkapitalerhöhungen, zinsvergünstigte Darlehen oder Liquiditätshilfen – sogenannte Defizitausgleiche haben sich in vielen Bundesländern als finanzielles Rettungsinstrument für wirtschaftlich angeschlagene staatliche Krankenhäuser etabliert. Laut einer Studie der Beratungsgesellschaft Curacon aus dem Juni 2025 setzten Kommunen im Jahr 2024 zwischen vier und fünf Milliarden Euro Steuergelder ein, um die Defizite ihrer eigenen Krankenhäuser auszugleichen. Umgerechnet ergibt sich daraus ein Zuschuss von rund 20.000 Euro je Krankenhausbett in kommunaler Trägerschaft.

Allerdings erhalten freigemeinnützige und private Krankenhäuser bislang keinen solchen Defizitausgleich. Dies verwundert, da in Deutschland für alle Krankenhäuser – unabhängig von ihrer Trägerschaft – dieselben gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere derselbe Grundsatz der dualen Krankenhausfinanzierung gelten. Ein sachlicher Grund für eine solche Ungleichbehandlung ist nicht ersichtlich.

Solche Defizitausgleiche nur an staatliche Krankenhäuser belasten die Bürgerinnen und Bürger doppelt: Mit ihren Krankenkassenbeiträgen haben sie bereits für ihre Krankenhausleistung bezahlt und mit ihren Steuergeldern müssen sie zusätzlich auch noch die Verluste der staatlichen Krankenhäuser ausgleichen.

Kliniken Köln: ein Beispiel mit Signalwirkung

Ein besonders illustratives Beispiel seien die Kliniken Köln der Stadt Köln gGmbH, so der Bund der Steuerzahler e. V. (vgl. „Es geht um die Gesundheit. Oder?“ von Jens Ammann in: Die NRW Nachrichten 4/2025). Seit Jahren sind ihre hohen Verluste bekannt, für die die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler der Stadt aufkommen. Selbst als im Dezember 2018 eine Sonderuntersuchung eine Korrektur und damit eine rückwirkende Erhöhung des Defizits für 2016 zur Folge

hatte, wurde nicht mit der notwendigen Konsequenz gesteuert.

Das Resultat: Die Defizite wuchsen zu besorgniserregender Größe. Allein in den vergangenen zehn Jahren summieren sich die jährlichen Fehlbeträge auf 477 Millionen Euro. Laut Haushaltsplan 2025/2026 erhielten die Kliniken 2023 einen außerplanmäßigen Betriebskostenzuschuss in Höhe von 67,2 Millionen Euro. 2024 waren schon 73,3 Millionen Euro nötig. Für 2025 waren weitere Betriebskostenzuschüsse geplant, sodass sie sich bis 2029 rund 460 Millionen Euro auf-

„...Ergebnis ist, dass sich in Deutschland eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung etabliert hat, nämlich die einseitige in Form von Steuermilliarden-Subventionierung von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft. Freigemeinnützige und private Träger, immerhin fast 2/3 aller Kliniken, sind davon ausgenommen[...] Wir benötigen daher dringend – nicht nur, weil verfassungsrechtlich geboten – eine Gleichbehandlung aller Trägergruppen...“

– aus der Curacon-Studie: Status quo und Zukunft der Krankenhausfinanzierung



Thomas Lemke
CEO Sana Kliniken AG

türmen werden. Aus Sicht des Bundes der Steuerzahler legt diese Entwicklung nahe, dass der Faktor Wirtschaftlichkeit bislang möglicherweise nicht den erforderlichen Stellenwert erhalten hat (vgl. a. a. O.).

Mitverantwortung der Lokalpolitik

Solche einseitigen Defizitausgleiche rechtfertigen Lokalpolitikerinnen und Lokalpolitiker häufig mit besonderen Versorgungsaufträgen der kommunalen Krankenhäuser, obwohl diese nachweislich nicht bestehen. Alle Krankenhäuser, die in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen sind, unabhängig der Trägerschaft, haben ihren zugewiesenen Versorgungsauftrag. Defizite entstehen in der Regel durch wenig konsequentes Management.

Nicht alle Maßnahmen, die nach den Grundsätzen wirtschaftlichen Handelns im Rahmen des Möglichen erforderlich und auch möglich sind, werden ergriffen. Sicherlich trägt

zu Defiziten aber auch bei, dass die Länder ihrer gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Verpflichtung zur Übernahme der notwendigen Investitionskosten der Plankrankenhäuser nicht hinreichend nachkommen – dies gilt allerdings für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft.

Fehlende Transparenz auf Bundesebene

Wie viele solcher Ausgleichsleistungen bundesweit tatsächlich gezahlt werden, lässt sich nicht genau beziffern. Ein zentrales, öffentlich zugängliches Verzeichnis zu Umfang, Empfängern und Vergabekriterien existiert nicht, sodass bisherige Schätzungen auf wenigen veröffentlichten Daten oder stichprobenartigen Abfragen beruhen. Diese Intransparenz erschwert eine faktenbasierte Bewertung und verhindert eine offene gesellschaftspolitische Debatte über die Verteilung knapper Steuermittel.

Konsequenz: Verbot der Defizitfinanzierung?

Als effektivste Maßnahme gegen eine solche Verschwendung von Steuergeldern käme als logische Konsequenz ein gesetzliches Verbot der Defizitfinanzierung in Betracht. Aufgrund rechtlicher Erwägungen scheint ein grundsätzliches Verbot solcher Defizitausgleiche allerdings nicht umsetzbar: Die kommunalen Träger eines Krankenhauses haben genau wie freigemeinnützige oder private Träger das Recht, ihre Krankenhäuser finanziell zu unterstützen. Allerdings sind einseitige Defizitausgleiche, ausschließlich zugunsten staatlicher Krankenhäuser, rechts- und verfassungswidrig. Dies bestätigt ein Rechtsgutachten im Auftrag der freien Klinikträger (vgl. Rechtsgutachten von Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V., des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V., des Deutschen Roten Kreuzes e. V. und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e. V., November 2023).

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. Darüber hinaus stellen auf eigene Krankenhäuser beschränkte Ausgleichsleistungen von Kommunen oder Ländern eine unzulässige Beihilfe im Sinne des Art. 107 Abs. 1 AEUV dar und sind deshalb unvereinbar mit dem EU-Beihilferecht. Da sämtliche Plankrankenhäuser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) erbringen, müssen sie nach dem EU-Beihilferecht bei staatlichen Ausgleichsleistungen für die Erfüllung der Versorgungspflicht gleichbehandelt werden.

Unser Lösungsansatz

Grundvoraussetzung für die Lösung des Problems ist die Behebung der strukturellen Unterfinanzierung im Rahmen des aktuellen Finanzierungssystems für Krankenhausleistungen

durch Bund und Länder. Aus unserer Sicht könnte darüber hinaus die Einführung objektiver Vergabekriterien für entsprechende Ausgleichszahlungen zur Lösung beitragen. Dazu muss an geeigneter Stelle im Gesetz, etwa im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), verbindlich geregelt werden, dass Defizitausgleiche durch Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände allen Krankenhausträgern – unabhängig von ihrer Trägerschaft – nach einheitlichen und objektiven Kriterien gewährt werden.

Objektive Maßstäbe in diesem Sinne stellen die Beachtung der Grundsätze wirtschaftlichen Handelns nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip und die Bedarfsnotwendigkeit des jeweiligen Krankenhauses dar. Zusätzlich ließe sich ein Kennzahlenvergleich hinzuziehen. In einem solchen Kennzahlenvergleich könnten zum Beispiel Informationen zu den Einnahmen nach der Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten je Fachabteilung oder Leistungsgruppe bestehen sowie die für die Versorgung anfallenden Kosten ausgewiesen werden.

Weitere Kenngrößen wie Versorgungsdichte für die betreffende Krankenhausleistung, Krankheitslast und Fallschwere, Verweildauer, Bettenauslastung, Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen (QSR, PROMs und PREMs) und Wartezeiten sollten in ein adäquates Verhältnis zueinander gesetzt werden. Ziel dieser Regelung ist, dass nur solche Krankenhausträger finanzielle Unterstützung in Form von Defizitausgleichen erhalten, die unter Zugrundelegung eines Kennzahlenvergleichs wirtschaftlich agieren. Es muss vermieden werden, dass insuffiziente Krankenhausführung auch noch durch den Ausgleich der daraus resultierenden Defizite aus Steuermitteln belohnt wird.

Diese Kennzahlen müssen vor der politischen Entscheidung in einem öffentlich einsehbares Transparenzregister ausgewiesen werden. Dieses könnte beispielsweise bei der Kommunalaufsicht der Länder angesiedelt werden. Die Auszahlung von Defizitausgleichen sollte unter Genehmigungsvorbehalt der Kommunalaufsicht stehen. Damit würde erstmals ein strukturiertes und nachvollziehbares Verfahren geschaffen, das Fehlanreize vermeidet und Verantwortung stärkt.

Mit den beschriebenen Maßnahmen ließe sich sicherstellen, dass die knappen Steuergelder nicht unkontrolliert eingesetzt werden: Zweifelhafte unternehmerische Entscheidungen, wie etwa 600 kostenlose E-Autos für Pflegekräfte bei gleichzeitig zweistelligen Millionendefiziten, würden hinterfragt. So könnte ein nachhaltiger Beitrag zur Stabilisierung der Krankenhausfinanzierung und zur Entlastung der öffentlichen Haushalte geleistet werden.

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

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

Nullrunde für Reha-Kliniken

Vergütungssystem ungenügend

Für viele Rehabilitationskliniken stehen die ab dem 1. Januar 2026 geltenden Preise nach dem neuen DRV-Vergütungssystem weiterhin nicht fest. Dafür erhalten sie übergangsweise den Vergütungssatz 2025 ohne Kostenanpassung.

Mit der Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, ab dem 1. Januar 2026 eine temporäre einrichtungsspezifische Preiskomponente (ESK) einzuführen, wurde ein wichtiges Signal an die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gesendet. Die Regelung stellt sicher, dass die Vergütungssätze des Jahres 2025 übergangsweise fortgelten, sofern nicht zuvor höhere Vergütungssätze bilateral vereinbart wurden oder im Laufe des Jahres 2026 noch verhandelt werden. In einer Phase grundlegender Umstellungen durch die neue Vergütungssystematik bedeutet dies für viele Reha-Kliniken kurzfristig Stabilität.

Doch so wertvoll diese Übergangsregelung ist: Sie allein wird die ökonomischen Spannungen, mit denen die Kliniken konfrontiert sind, nicht lösen. Die ESK verhindert zwar Vergütungsabschläge, führt jedoch faktisch zu einer Vergütungsstagnation.

Dynamisierte Vergütungssätze notwendig

Aufgrund erheblicher Preissteigerungen, getrieben durch stark steigende Personalkosten, Energiepreise, Instandhaltungsbedarfe sowie durch notwendige Investitionen in Digitalisierung und Nachhaltigkeitsanforderungen ist eine dynamische Anpassung der Vergütungssätze zwingend erforderlich. Ohne eine Dynamisierung besteht die Gefahr, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Einrichtungen weiter erodiert.

Konkret ist eine Erhöhung der geltenden Vergütungssätze 2025, die übergangsweise auch im Jahr 2026 Anwendung finden, um die Grundlohnsumme von 5,17 Prozent notwendig, um eine sachgerechte Fortschreibung der Vergütungen und damit die Refinanzierungsfähigkeit der Reha-Kliniken zu gewährleisten.

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Gerät die wirtschaftliche Basis der Reha-Einrichtungen ins Wanken, hätte dies nicht nur unmittelbare Auswirkungen auf Behandlungskapazitäten und -qualität; es mindert auch den gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der Reha. Eine aktuelle Auswertung der DRV aus dem Jahr 2025 unterstreicht die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für die nachhaltige Sicherung der Erwerbsfähigkeit sowie ihren gesamtwirtschaftlichen Nutzen.

Rehabilitative Leistungen tragen entscheidend dazu bei, chronische Erkrankungen wirksam zu behandeln, die Erwerbsfähigkeit langfristig zu stabilisieren und die Akutkliniken spür-

bar zu entlasten. Vor diesem Hintergrund ist eine verlässliche und tragfähige Vergütungssystematik ein wesentlicher Baustein zur Sicherung der Versorgungskontinuität.

Weitere Herausforderungen

Aus Sicht der Leistungserbringer bestehen zusätzlich grundlegende Kritikpunkte an Transparenz und Methodik der Vergütungskonzeption. Die indikationsspezifischen Basissätze ermittelt die DRV auf Grundlage bestehender Marktpreise, während die Leistungserbringer kalkulatorische Verfahren unter Berücksichtigung der geltenden Struktur- und Personalvorgaben als sachgerecht ansehen. Keine Transparenz besteht, nach welchen Kriterien einzelne ESK-Komponenten anerkannt oder nicht anerkannt werden und welche Leistungsbestandteile bereits im Basispreis berücksichtigt sind. Unklar sind bislang auch die zugrunde gelegten Durchschnittsvergütungen trägereigener Einrichtungen hinsichtlich der zentralen Tarifkomponente. Darüber hinaus finden ausschließlich Tarifverträge Anerkennung, nicht jedoch betriebliche Vereinbarungen oder entsprechende Nachweise vergleichbarer Personalkosten. Eine Möglichkeit, die strittigen Punkte in einer Schiedsstelle zu klären, ist im SGB VI nicht vorgesehen und schwächt die Position der Kliniken zusätzlich. Denn ohne Vergütungsvereinbarung besteht kein Anspruch auf Belegung.

Gemeinsam die Herausforderungen angehen

Der BDPK fordert daher eine gleichberechtigte Beteiligung der Leistungserbringerverbände an der Überprüfung und der für das Frühjahr 2026 angekündigten Anpassung des Vergütungssystems. Gemeinsame Entscheidungen auf Augenhöhe wären sowohl zielorientiert als auch im Einklang mit dem gesetzlichen Auftrag einer konsensualen Regelung.

Um die Leistungsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation langfristig zu sichern, sind Maßnahmen erforderlich, die den realen Kostenentwicklungen Rechnung tragen. Eine dynamisierte Fortschreibung der Vergütungssätze als ersten Schritt gäbe den Kliniken Planungssicherheit. Ergänzend ist eine Anpassung des Reha-Budgets ohne die nicht mehr zeitgemäße Demografiekomponente und die Überprüfung des Sanktionsmechanismus bei Budgetüberschreitung zwingend erforderlich.

Für eine zukunftssichere Rehabilitation ist es notwendig, die anstehenden Herausforderungen konstruktiv und gemeinsam zu lösen.