



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

**Gesundheitspolitische Positionen  
für die 20. Legislaturperiode  
des Deutschen Bundestages**

**Vertrauen fördert  
Verantwortung**

Der BDPK vertritt seit 1955 die Interessen der deutschen Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft



 **723** Krankenhäuser

 **613** Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

in privater Trägerschaft

**8 Mio.**



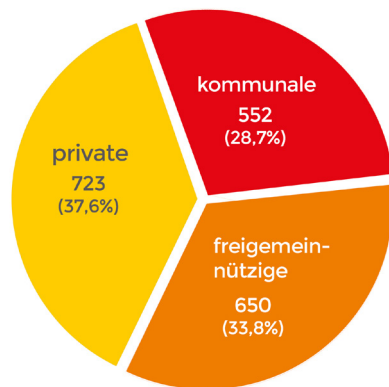
Patient:innen jährlich

**250.000**

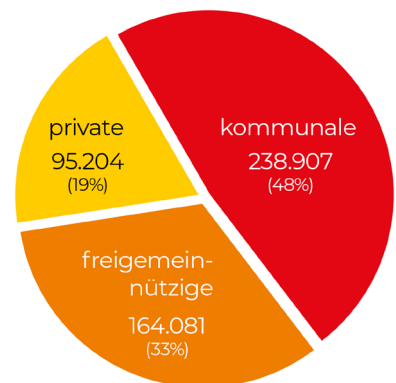


Mitarbeiter:innen

**Krankenhäuser**

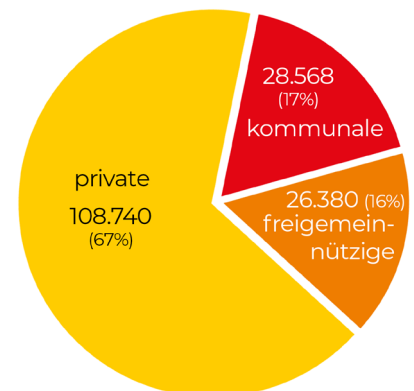
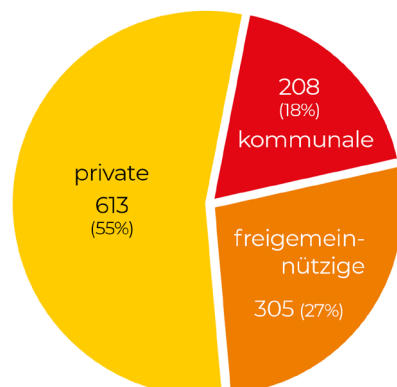


Anzahl



Betten

**Reha-/Vorsorgeeinrichtungen**



# Gesundheitspolitische Positionen

für die 20. Legislaturperiode  
des Deutschen Bundestages



**BDPK**  
Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

## I. Grundsatz-Positionen für Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

- ▶ Unser Gesundheitssystem muss flexibel und bedarfsgerecht organisiert sein und auf Wettbewerb, Trägerpluralität und Fairness basieren 5
- ▶ Bestand und Vergütung von Kliniken müssen sich nach Qualität, Leistung und Erfordernis richten 5
- ▶ Versorgungsstrukturen am Bedarf der Patienten:innen ausrichten 7
- ▶ Qualität mehrdimensional messen, vergleichen und verbessern 7
- ▶ Sektorengrenzen abbauen und Innovationen erleichtern 8
- ▶ Digitalisierung voranbringen 9
- ▶ Personalverantwortung zurück in die Kliniken geben 10
- ▶ Ausbildung und Attraktivität der Gesundheitsberufe fördern 10
- ▶ Transparenz steigern und faire, gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Leistungserbringer schaffen 11

## II. Positionen für den Bereich Krankenhäuser

- ▶ Unnötige Regulierungen und Bürokratie abbauen 12
- ▶ Pflege stärken und dem Fachkräftemangel entgegenwirken 13
- ▶ DRG-Vergütung weiterentwickeln - nicht abschaffen 14
- ▶ Investitionskostenfinanzierung sicherstellen 15
- ▶ Qualität als Leitkriterium 15
- ▶ MDK-Abrechnungsprüfungen vereinfachen 16
- ▶ Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag gleichstellen 16

## III. Positionen für Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

- ▶ Bedarfsgerechter und frühzeitiger Zugang zu Reha-Leistungen 17
- ▶ Wunsch- und Wahlrecht vollenden 18
- ▶ Rahmenverträge und Schiedsstellen im SGB IX einführen 18
- ▶ Grundlage für die Reha im SGB V weiterentwickeln 19
- ▶ Ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen gleichstellen 19
- ▶ Versorgungsverträge aufwerten 20
- ▶ Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger zulassen 20
- ▶ Public Reporting ausbauen und Ergebnisqualität stärker gewichten 21

# Vertrauen fördert Verantwortung

## Gesundheitspolitische Positionen des BDPK für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, dass eine funktionierende Gesundheitsversorgung notwendige Existenzgrundlage für den Einzelnen, die Gesellschaft und die Wirtschaft ist.

Alte und neue Pflicht der Politik bleibt: Stabile Rahmenbedingungen zu schaffen für eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung. Nach Auffassung der Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft liegt der Schlüssel dafür in der Patientenorientierung. Mit ihr wird der Fokus auf die Qualität der Leistungen gerichtet, sie fördert die Transparenz der Leistungsangebote und sie trägt so dazu bei, dass Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des Gesundheitssystems verbessert werden. Deshalb sollte die konsequente Ausrichtung am Wohl der Menschen und an den Bedürfnissen der Patient:innen sowohl für die Politik als auch für die Leistungsträger und für die Leistungserbringer das zentrale Leitkriterium sein.

Mit dieser Grundhaltung bringt sich der BDPK aktiv und konstruktiv in die gesundheitspolitische Diskussion ein und hat dazu seine Positionen und Forderungen formuliert. Gemeinsam treten wir dafür ein, die Gesundheitsversorgung stärker an den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft auszurichten. Wir sind davon überzeugt, dass eine von Vernunft, Vertrauen und Eigenverantwortung gelenkte Gesundheitswirtschaft selbst existenzielle Herausforderungen besser bewältigen kann als ein staatlich dirigiertes System. In diesem Bewusstsein und mit diesem Selbstverständnis übernehmen wir Verantwortung und sichern Versorgung!

# I. Grundsatz-Positionen für Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

### Wettbewerb, Trägerpluralität und Fairness

Nach bisherigem Stand hat das deutsche Gesundheitsversorgungssystem die außergewöhnlichen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie gut bewältigt. Trotz enormer Belastungen der Mitarbeiter:innen war und ist die Versorgung der Patient:innen jederzeit sichergestellt. Krankenhäuser privater Träger beteiligen sich, gemessen an ihrem Marktanteil im akut-stationären Bereich, überdurchschnittlich an der intensivmedizinischen Versorgung. Sie haben schnell auf Veränderungen reagiert und tausende zusätzliche Intensivbetten für COVID-19-Patient:innen bereitgestellt. Gerade im ländlichen Raum, wo der Anteil privat geführter Krankenhäuser besonders hoch ist, leisten sie als Spezialversorger und als Stützen der Grund-/Regelversorgung wichtige Beiträge zum Schutz und zur Versorgung der Bevölkerung.

Einen bedeutsamen Teil zur Sicherung der Versorgung während der Pandemie leisten auch die vielen Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft. Von Beginn an und innerhalb kürzester Zeit haben sie als Ersatzkrankenhäuser in allen Regionen Deutschlands die Krankenhäuser maßgeblich entlastet. Mit der frühen Aufnahme von krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patient:innen gaben und geben die Reha-Kliniken den Krankenhäusern die Möglichkeit, sich mehr auf die Behandlung der vielen Corona-Patient:innen zu fokussieren. Zudem bieten spezialisierte Reha-Einrichtungen gezielte Maßnahmen an, zum Beispiel spezifische Post-Corona-Rehabilitation und Reha für Patient:innen, die unter Langzeitfolgen oder unter kardiologischen, neurologischen oder psychischen Auswirkungen einer Covid-19-Infektion leiden.

Zudem zeigen zahlreiche wegweisende Projekte, Initiativen und Kooperationen privater Klinikträger, dass sie in besonderem Maße Verantwortung übernehmen und den medizinischen Fortschritt antreiben, zum Beispiel:

- ▶ Die Zusammenführung ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen im Gesundheitscampus Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG.
- ▶ Das überproportional hohe Engagement der sieben Asklepios Kliniken im Großraum Hamburg bei der Bewältigung der Corona-Pandemie.

## I. Grundsatz-Positionen

---

- ▶ Die enge Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Apotheken, Therapeuten und Pflegediensten zur medizinischen Versorgung schwerkranker oder akut erkrankter Patient:innen am Sana Krankenhaus Templin.
- ▶ Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und das Portal Qualitätskliniken.de, die sich zu führenden Transparenzinitiativen im deutschen Gesundheitswesen entwickelt haben.
- ▶ Innovative digitale Versorgungsangebote wie die App „Moodpath“ der Schön Kliniken, die Anwender beim Erkennen und Selbstmanagement von Depressionen unterstützt.
- ▶ Deutschlands erste digitale Reha-Nachsorgeplattform „psyrena“, die digitale Nachsorgeangebote in die Fläche ermöglicht, entwickelt von der Dr.Becker Klinikgruppe,

Krankenhäuser und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft nehmen auch während der Pandemie ihren Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung wahr. Ohne sie würde es keine Versorgungssicherheit geben. Reha-Einrichtungen privater Träger gehören seit Generationen Familien und Unternehmen, deren Namen heute vielfach als Synonym für Qualitätsführerschaft und Innovationen in der medizinischen Reha stehen. Privat geführte Krankenhäuser sind in der Mehrzahl ehemalige kommunale Betriebe, die durch private Investitionen und Unternehmergeist vor dem Aus gerettet wurden. Wichtige Versorgungsstrukturen und Arbeitsplätze blieben so erhalten und der Steuerzahler wurde entlastet, weil die Defizitfinanzierung aus Steuermitteln entfallen ist. Nahezu alle diese Kliniken arbeiten heute im wirtschaftlichen Plus und stehen hinsichtlich medizinischer Qualität und Arbeitgeber-Attraktivität mindestens auf gleicher Höhe mit denen anderer Träger.

Damit wird deutlich, dass Deutschland auf leistungsfähige und wirtschaftlich starke Krankenhäuser und Rehabilitations-/Vorsorgeeinrichtungen aller Größenordnungen und Trägerschaften flächendeckend angewiesen ist. Die Pandemie hat gezeigt, dass die Kliniken auch auf höchste Belastungen vorbereitet sein müssen. Dazu brauchen die Kliniken finanzielle Sicherheit und verlässliche Rahmenbedingungen.

**Der BDPK tritt für ein flexibel und bedarfsgerecht organisiertes Gesundheitssystem ein, das von Wettbewerb um beste Versorgung, Trägerpluralität und Fairness getragen wird.**

**Es ist Aufgabe der Politik, Handlungs- und Planungssicherheit für Krankenhäuser und Rehabilitations-/Vorsorgeeinrichtungen zu schaffen. Vergütung und Vorhandensein von Kliniken müssen sich nach Qualität, Leistung und Erfordernis richten und nicht nach partei- oder verbandspolitischen Stimmungen.**

### **Versorgungsstrukturen an Bedürfnissen der Patient:innen ausrichten!**

Eine weitere Lehre aus der Pandemie ist, dass eine „Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft nach isolierten Kriterien wie Fahrzeiten, Bettenzahlen oder Coronapatienten nicht zielführend ist. Krankenkassen und verschiedene Gesundheitsökonominnen behaupten, dass Krankenhäuser, die in der Krise nicht gebraucht wurden, geschlossen werden könnten. Computer simulierte Modelle sollen das belegen, doch diese Planspiele basieren auf nebensächlichen Messgrößen, das entscheidende Kriterium fehlt: die Qualität der erbrachten Leistungen. Das mag Theoretikern zweitrangig erscheinen, für die Patient:innen ist es das aber nicht! Eine Anfang 2021 vom BDPK beauftragte und veröffentlichte Forsa-Bevölkerungsumfrage zeigt: Die Bürger:innen haben klare Vorstellungen von der Struktur der Versorgungslandschaft. Ihnen ist die Wahlfreiheit zwischen Krankenhäusern das Wichtigste, wobei medizinische Qualität und Spezialisierung die ausschlaggebenden Entscheidungskriterien sind. Entfernung oder Größe des Krankenhauses spielen dagegen eine untergeordnete Rolle und die Trägerschaft des Krankenhauses ist den Befragten völlig egal. Dass die Privaten die Bestnote in der Zufriedenheitsbewertung bekommen, ist aus Sicht des BDPK erfreulich und zugleich das beste Argument für Trägerpluralität und Qualitäts-Wettbewerb! Auch in der Reha und Vorsorge wollen die Patient:innen die freie Wahl unter den Einrichtungen, das zeigen die zahlreichen Auseinandersetzungen der Krankenkassen mit den Patient:innen zum Wunsch- und Wahlrecht.

**Die medizinischen Versorgungsstrukturen der Zukunft müssen sich nach den Bedürfnissen der Patient:innen richten, an erster Stelle steht auch hier die Qualität.**

**Der BDPK tritt dafür ein, Versorgungsqualität mehrdimensional zu messen, zu vergleichen und zu verbessern. Dazu müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter herangezogen, verglichen und veröffentlicht werden. Die derzeitige Praxis, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personaluntergrenzen oder Mindestmengen zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung nicht gerecht.**

### **Sektorengrenzen abbauen und Innovationen erleichtern**

Die Grenzen zwischen den Sektoren der deutschen Gesundheitsversorgung bleiben auch nach Jahrzehnten der Kritik für Patient:innen noch immer weitgehend undurchlässig. Folgen davon sind hohe Ausgaben, vermeidbare Doppeluntersuchungen, fehlende informatorische Verzahnung der einzelnen Behandler, zu lange stationäre Krankenhausaufenthalte bei leichteren Erkrankungen und die unzureichende Nutzung rehabilitativer Potentiale.

Ein wesentlicher Grund für diese Mängel, die eine ganzheitliche und patientenorientierte Versorgung verhindern, sind die bestehenden sektorenspezifischen Vergütungssysteme. Um diese Mängel zu beseitigen, braucht das deutsche Gesundheitssystem keine grundlegende Neuausrichtung, sondern eine Weiterentwicklung mit echten Innovationen. Diese gelingen nicht durch staatliche Verordnung, sondern nur, wenn dafür die Rahmenbedingungen, wie Selbstbestimmtheit oder Selbstorganisation, vorhanden sind. Es ist Aufgabe der Politik, diese „Ermöglichungskultur“ zu fördern. Dies ist der Nährboden, auf dem Innovationen entstehen können. Dazu ein konkreter Vorschlag des BDPK:

#### **BDPK-Modell Regionale Gesundheitsbudgets**

In mehreren europäischen Ländern werden populationsbasierte Regionalbudgets (Capitation-Modelle) eingesetzt, um eine sektorenübergreifende Versorgung der lokal ansässigen Bevölkerung zu finanzieren. Auch in Deutschland müssen wir in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages dazu kommen, solche Modelle zu entwickeln und zu erproben. Diese Entwicklung sollte durch einen Expertenbeirat im BMG gesteuert und flankiert werden.

Mit einem solchen Modellversuch ließe sich unser Gesundheitswesen entscheidend weiterentwickeln, statt weiter nur an Symptomen herum zu kurieren. In einer verbesserten sektorenübergreifenden Patientenversorgung und Stärkung der am-



bulanten Versorgung liegen enorme Potenziale und Chancen. Zudem wären auch viele Detailprobleme unseres Gesundheitswesens kurzfristig lösbar, zum Beispiel die ressourcenverschwenderische MDK-Abrechnungsprüfung oder die schädlichen Anreize für die Erbringung nicht zwingend notwendiger Leistungen. Erhalten bleiben muss das Recht der Patient:innen, frei unter den zugelassenen Leistungsanbietern wählen zu können, um einen wirksamen wettbewerblichen Ansporn für die Leistungserbringer zu schaffen. Alle Leistungserbringer bleiben verpflichtet, verantwortlich zu wirtschaften, medizinischen Fortschritt zu nutzen und voranzutreiben sowie Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Weitere Informationen zur Umsetzung und Ausgestaltung der Regionalen Gesundheitsbudgets veröffentlicht der BDPK auf seiner Webseite. <sup>1)</sup>

**Der BDPK fordert die Politik auf, in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages die gesetzlichen Grundlagen für die Entwicklung und modellhafte Erprobung von Regionalen Gesundheitsbudgets zu schaffen.**

### **Digitalisierung voranbringen**

Im deutschen Gesundheitswesen werden die Potenziale der Digitalisierung zwar erkannt, aber nach wie vor noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Hauptgrund dafür ist im stationären Sektor die völlig unzureichende Investitionsfinanzierung. Die Investitionsbremsen müssen gelöst werden, denn die Digitalisierung ermöglicht neue Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten, sie erleichtert die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren und ermöglicht es den Patient:innen, ihre Gesundheit besser zu steuern, etwa durch Apps und Informationen im Internet. Weitere konkrete Chancen und Vorteile der Digitalisierung für Patient:innen und Leistungserbringer sind

- ▶ die Linderung des Fachkräftemangels, Entlastung von Personal (Electronic Health Record, KI, Digitale Patientenakte)
- ▶ die Optimierung von Patienten- und Behandlungspfaden
- ▶ die Sicherung der flächendeckenden Versorgung (Telekonsultation).

---

<sup>1)</sup> Modellbeschreibung „Regionale Gesundheitsbudgets“ von Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI Essen/hcb und Experten-/Thesenpapier „Gesundheit regional machen“ zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)

**Für Investitionen in eine moderne und sichere IT sind ausreichende Mittel unbedingt notwendig. Der BDPK fordert daher 2 Prozent des Umsatzes als Anschubfinanzierung für Digitalisierungsprojekte in Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen.**

### **Personalverantwortung zurück in die Kliniken geben**

Personalstärke und -ausstattung von Krankenhäusern und Reha-/Vorsorgeeinrichtungen werden zunehmend durch gesetzliche Regelungen oder Strukturvorgaben der Kostenträger diktiert. Solche Eingriffe dienen weder der Patientensicherheit noch der Qualitätsverbesserung, sondern führen zu einem enormen bürokratischen Mehraufwand und entsprechen kaum den tatsächlichen Gegebenheiten und Anforderungen. Starre und pauschale Personalvorgaben stehen im Widerspruch zur personellen und wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Kliniken und sie behindern die Entwicklung innovativer Ansätze zur Arbeitsplatz- und -zeitgestaltung. Zudem berücksichtigen sie nicht die Situation auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, der von einem massiven Fachkräftemangel geprägt ist.

**Der BDPK tritt dafür ein, den Kliniken die Personalverantwortung zurückzugeben und unflexible Vorgaben wie Pflegepersonaluntergrenzen und Personalvorgaben abzuschaffen.**

### **Ausbildung fördern**

Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte. Gegenwärtig besteht in Deutschland ein erheblicher Mangel an Ärzt:innen, examinierten Pflegefachkräften und Therapeut:innen. Diese Lücke wird von Jahr zu Jahr größer. Gründe dafür sind unter anderem steigende Patientenzahlen, altersbedingtes Ausscheiden von Ärzt:innen aus dem Beruf und Arbeitszeitreduzierung aufgrund veränderter Ansprüche an die Arbeitsbedingungen. Es ist dringend erforderlich, mehr Ärzt:innen, Pflegefachkräfte und Therapeut:innen auszubilden, die Ausbildung besser zu strukturieren und mehr in die qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren.

**Der BDPK fordert die Politik auf, in eine besser strukturierte und qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren.**

### Attraktive Arbeitsbedingungen

Weiterer Ansatzpunkt, um dem Fachkräftemangel entgegenzusteuern, ist es, die Gesundheitsberufe und das Arbeitsumfeld in der Patientenbetreuung attraktiver zu machen. Dazu brauchen die Einrichtungen taugliche Rahmenbedingungen, wie flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und Aufwertung verantwortungsvoller Leistung. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, pflegerische Tätigkeiten aufgewertet werden. Gleichzeitig müssen Pflegekräfte von patientenfernen Tätigkeiten entlastet und die bestehende Diversifizierung und Arbeitsteilung berufsrechtlich nachvollzogen werden.

**Der BDPK fordert die Politik auf, die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu fördern.**

### Faire Wettbewerbsbedingungen und Transparenz

Ein weiterer, nach wie vor bestehender offensichtlicher Systemfehler ist aus Sicht des BDPK die häufig anzutreffende Praxis staatlicher Krankenträger, negative Betriebsergebnisse ihrer Krankenhäuser aus Steuermitteln auszugleichen. Diese Form der staatlichen Subventionierung verletzt den Grundsatz einer diskriminierungsfreien, wettbewerblich orientierten Gesundheitsversorgung. Kirchliche und private Träger werden dadurch deutlich benachteiligt. Wenn die Politik diese Wettbewerbsverzerrung nicht beseitigen will oder kann, muss zumindest mehr Klarheit über die Verwendung öffentlicher Gelder geschaffen werden. Dazu ist ein verpflichtendes Transparenzregister einzurichten, in dem jede aus Steuermitteln finanzierte Defizitdeckung für staatliche Krankenhäuser veröffentlicht wird. Gleiches trifft grundsätzlich auch auf die Reha-/Vorsorgeeinrichtungen in Trägerschaft der Rentenversicherungen zu. Darüber, ob staatliche Einrichtungen gleichzeitig Kostenträger und Leistungserbringer sein sollten, kann es unterschiedliche Meinungen geben. Es muss jedoch Transparenz über die Belegung, Vergütung und den Verlustausgleich ihrer Einrichtungen bestehen!

**Der BDPK fordert die Politik auf, für alle Leistungserbringer faire und gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, unabhängig davon, ob es sich um staatliche, kirchliche oder private Träger handelt.**

## II. Positionen für den Bereich Krankenhäuser

### Regulierung und Bürokratie abbauen

Aufwändige Nachweis- und Bürokratiepflichten bestehen im Bereich

- ▶ des je Schicht eingesetzten Personals. Diese ergeben sich aus der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) und den Pflegebudgets, Richtlinien des G-BA, Vereinbarungen zwischen DKG/GKV-SV: PPP-RL, Neonatologie, Strukturvorgaben in OPS, durch die Krankenhausplanung der Länder: Struktur- und Prozessqualitätsvorgaben KH-Planung
- ▶ der abrechnungsrelevanten Patientendokumentation.

Die Anforderungen stehen nebeneinander und haben häufig keinen nachweisbaren Bezug zu einer besseren Behandlungsqualität der Patient:innen. Bei konsequenter Anwendung aller Vorgaben müssen Kliniken auch bei Notfällen zunächst prüfen, ob sie aufgrund der momentanen Personalsituation gerade Patient:innen behandeln dürfen. Die Regelungen werden mit einem hohen Maß an administrativer Willkür getroffen und haben nicht den Beweis erbracht, dass die Qualität der medizinischen Versorgung oder die Situation der Mitarbeiter:innen besser geworden ist.

**Der BDPK fordert, die Personalverantwortung zurück an die Kliniken zu geben. Die Kliniken tragen die Verantwortung für gute Abläufe, zufriedene Mitarbeiter:innen und Einhaltung der geltenden berufsrechtlichen Verantwortlichkeiten.**

**Weiterhin ist ein Expertenbeirat für Entbürokratisierung und Digitalisierung im BMG zu gründen, der mit konkreten Handlungsempfehlungen lösungsorientierte und nachhaltige Strategien für diese Bereiche entwickelt.**

### **Pflege stärken und Fachkräftemangel begegnen**

Aktuell haben drei Viertel der deutschen Krankenhäuser Schwierigkeiten, offene Stellen in der Pflege zu besetzen. Es bedarf gemeinsamer Initiativen und Anstrengungen aller Beteiligten, um dieser Situation zu begegnen und die gute Behandlung und Pflege der Patient:innen sicherzustellen. Die Attraktivität des Pflegeberufs muss gestärkt werden, um Berufsanfänger und Rückkehrer für den Pflegeberuf zu gewinnen. Der BDPK setzt sich dafür ein, die Wertschätzung für die Pflegeberufe zu erhöhen und neue, innovative Modelle von Arbeitsteilung zu entwickeln.

Examierte Pflege muss durch das Zusammenwachsen ärztlicher und pflegerischer Aufgabenbereiche aufgewertet werden (Substitution). Gleichzeitig muss die seit Jahrzehnten gewachsene, eingespielte und bewährte Zusammensetzung der Teams aus examinierten Pflegefachkräften, therapeutischen Spezialdisziplinen (Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Sprachtherapeut:innen oder Neuropsycholog:innen) und angelernten Assistent:innen erhalten bleiben. Zu häufig verengt sich der Blick in der öffentlichen Diskussion auf ein berufsrechtlich starres Pflegeverständnis, das dieser Vielfalt nicht gerecht wird. Pflege ist mehr als ein Berufsabschluss. Der BDPK setzt sich für ein funktionelles Pflegeverständnis ein, das Patient:innen in den Mittelpunkt stellt. Hierzu gehören pflegetherapeutische Anwendungen durch Spezialist:innen (z. B. Waschtraining, Anziehtherapie, Essensbegleitung, Vertikalisierung). Pflegehilfskräfte sind auf den Stationen der Krankenhäuser unverzichtbar, weil sie die examinierten Krankenpfleger:innen bei der Patientenversorgung immens entlasten. Sie geben den Patient:innen Hilfestellung beim Essen, bei der Körperpflege, helfen ihnen beim Aufstehen oder dem Gang zur Toilette und übernehmen den Wäschedienst.

**Der BDPK steht für ein funktionelles Pflegeverständnis, das sich an den Bedürfnissen der Patient:innen ausrichtet. Qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert interdisziplinäre Behandlungsteams, in die sich unterschiedliche Berufsgruppen entsprechend ihrer Qualifikation einbringen.**

### **DRG-Vergütung weiterentwickeln**

Das DRG-System wird zu Unrecht als Ursache für die Probleme in unserem Gesundheitssystem gesehen. Das DRG-System ist nicht für den ökonomischen Druck in den Krankenhäusern verantwortlich. Hierfür sind die fehlende vollständige Refinanzierung der Personalkosten und der Investitionskosten ursächlich. Richtig ist, dass das DRG-System die Preise für eine Krankenhausbehandlung nach ihrem medizinischen Aufwand bemisst. Dabei lässt das DRG-System die Verantwortung für die Leistungserbringung in der Zuständigkeit des einzelnen Krankenhauses. Kosteneffizienz, Wirtschaftlichkeit und Transparenz sind die positiven Folgen. Die häufig geforderte Selbstkostendeckung im Krankenhaus hat sich weder für Patient:innen noch für die Krankenhäuser oder Krankenkassen als überlegenes Vergütungssystem gezeigt. Das DRG System sollte deshalb nicht abgeschafft sondern weiterentwickelt werden. Dazu fordern wir:

- ▶ **Fokussierung auf Elemente der Value based medicine. Die Vergütung muss sich an der Lebensqualität der Patient:innen und an der Qualität der Behandlung orientieren, nicht an der Komplexität von Prozeduren.**
- ▶ **Vorhaltekosten (Personalkosten in der Notfallambulanz, der Notaufnahme und die Kosten der medizinischen Infrastruktur wie OP, CT, MRT etc.) werden zukünftig pauschal und nicht fallbezogen erstattet.**
- ▶ **Verpflichtung der Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Krankenhäusern und des DIMDI, gemeinsam klare und bürokratiearme Abrechnungsregeln zu definieren.**
- ▶ **Krankenhäuser ambulant öffnen, neue Vergütungssysteme in Modellregionen entwickeln und erproben („Regionale Gesundheitsbudgets“).**

### Investitionskostenfinanzierung sicherstellen

Eine hochwertige patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer Ausstattung möglich und erfordert beständige Investitionen in die Infrastruktur. Für diese Investitionen sind die Bundesländer zuständig. Diese kommen ihrer Verantwortung aber seit Jahren nicht nach. Dem jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro steht eine Investitionsförderung von rund drei Milliarden Euro gegenüber. Jährlich besteht so eine Investitionskostenlücke von 3,5 Milliarden Euro. Krankenhäuser sind gezwungen, notwendige Investitionen aus den Betriebskosten zu finanzieren. Leidtragende sind häufig die Mitarbeiter:innen, weil zwangsläufig an den Personalkosten gespart werden muss.

**Der BDPK fordert, dass die Bundesländer ihre Verantwortung in der Investitionsfinanzierung endlich übernehmen. Dafür muss in jedem Land das vom InEK berechnete landesspezifische Investitionsvolumen erreicht werden. In diesem Zuge können auch alternative Finanzierungsmodelle, wie beispielsweise die monetarische Finanzierung oder Modelle der Kofinanzierung (Länder, Bund, Krankenkassen) diskutiert werden.**

### Qualität als Leitkriterium

Die bestmögliche Qualität der Patientenversorgung hat für die Kliniken in privater Trägerschaft oberste Priorität. Zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter herangezogen, verglichen und veröffentlicht werden. In der derzeitigen Praxis wird vor allem über Strukturqualitätsindikatoren (Personaluntergrenzen, Mindestmengen) versucht, Qualität zu definieren. Eine wirkliche Qualitätsverbesserung kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Ergebnisqualität, also der tatsächliche Behandlungserfolg, noch stringenter in den Fokus genommen wird. Outcome und Patientenbedürfnisse rücken hierdurch stärker in den Vordergrund und initiieren den Wettbewerb von Kliniken um die beste Versorgung. Die privaten Träger befürworten die derzeitigen Initiativen zur Verbesserung von Qualitätstransparenz und patientenverständlicher Darstellung von Qualität ausdrücklich und setzen sich hierfür auch mit Initiativen wie IQM und Qualitätskliniken.de ein.

**Der BDPK spricht sich für die Entwicklung und verstärkte Nutzung von Ergebnisqualitätsindikatoren aus. Wann immer möglich, sollten diese die Grundlage für die Messung des Behandlungserfolgs sein.**

### **MDK-Abrechnungsprüfungen vereinfachen**

Seit Jahren nimmt die Arbeitsbelastung für Beschäftigte und Kliniken durch Abrechnungsprüfungen zu. Der Ansatzpunkt des MDK-Reformgesetzes wie die Weiterentwicklung des MD als neutrale Institution und die Begrenzung der Prüfquote war richtig, geht aber nicht weit genug. Streitpunkte sind immer wieder Fristen bei Strukturprüfungen, Strategieanfälligkeit bei Feststellung unbeanstandeter Abrechnungen. Das Problem eines ressourcenvernichtenden Kürzungswettbewerbs durch die Krankenkassen in der Abrechnungsprüfung besteht fort. Es geht dabei nicht um Falschabrechnung nicht erbrachter Leistungen, sondern um Kürzungen anhand der Prüfung der Dokumentationsqualität.

**Der BDPK fordert die Abschaffung der Prüfung auf sekundäre Fehlbelegung und die Reduzierung des Prüfaufwands durch Vereinfachung des DRG-Systems (weniger DRG und OPS-Codes, Zusatzentgelte).**

### **Umsatzsteuerbefreiung für Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag**

Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag sind derzeit nur eingeschränkt von der Umsatzsteuer befreit, obwohl sie die gleichen medizinisch notwendigen Leistungen wie Plankrankenhäuser erbringen. Der BDPK setzt sich dafür ein, diese Ungleichbehandlung aufzuheben: Privatklinken ohne Versorgungsvertrag müssen analog zu Plankrankenhäusern und in Einklang mit der europäischen Mehrwertsteuersystemrichtlinie dann von der Umsatzsteuer befreit werden, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung handelt, die Klinik eine behördliche Genehmigung nach § 30 GewO besitzt und die Krankenhauskriterien des SGB V sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 108 SGB V erfüllt.

**Der BDPK fordert, Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag umsatzsteuerrechtlich Plankrankenhäusern gleichzustellen.**



## III. Positionen für Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

### Bedarfsgerechten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sicherstellen

Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen übernehmen eine unverzichtbare Rolle in der Gesundheitsversorgung kranker und von Krankheit oder Behinderung bedrohter Menschen. Sie fördern Teilhabe und helfen, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderungsrenten zu vermeiden. Leistungen der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation werden jedoch noch immer nach bürokratischer Antragstellung und Genehmigung durch die jeweils zuständigen Reha-Träger gewährt. Auch die zeitnahe Entlassung von Krankenhauspatienten scheitert an der bürokratischen Hürde der Antragstellung und Genehmigung notwendiger Anschluss-Rehabilitationsleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Das führt in der Folge zu Abrechnungskürzungen bei den Krankenhäusern wegen nicht medizinisch notwendiger stationärer Behandlungstage. Zudem kann es zu einer Minderung des Reha-Erfolgs führen, wenn die notwendige Anschlussrehabilitation nicht rechtzeitig eingeleitet werden kann.

Das GKV-IPReG weist mit dem Wegfall des Genehmigungsvorbehalts in der geriatrischen Rehabilitation und der Anschlussrehabilitation in die richtige Richtung. Diese Regelungen müssen sofort umgesetzt und auf weitere Indikationsbereiche ausgeweitet werden.

**Der BDPK fordert eine gesetzliche Grundlage, die den bedarfsgerechten und frühzeitigen Zugang zu Reha-Leistungen nach medizinischen Kriterien sichert. Diese Kriterien müssen für Krankenhäuser und Vertragsärzte eindeutig und klar definiert sein. Dazu gehört, den Genehmigungsvorbehalt für Leistungen der Anschlussrehabilitation abzuschaffen. Dies hat sich während der Corona-Pandemie bewährt und muss fortgeführt werden.**

### III. Positionen für Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

---

#### **Keine Mehrkosten beim Wunsch- und Wahlrecht**

Die derzeitige Regelung in § 40 Abs. 2 SGB V zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten enthält Unbestimmtheiten, die dazu führen, dass die Krankenkassen Mehrkosten von den Versicherten verlangen, sobald diese ihr Wunsch- und Wahlrecht geltend machen. Es besteht keinerlei Transparenz über die Leistungsentscheidung und über die Vertragsbeziehungen der Krankenkasse, so dass die Rechte des Versicherten unbeachtet bleiben. Eine Abwägung, ob im jeweiligen Fall ein berechtigter Wunsch nach § 8 SGB IX vorliegt, findet meist nicht statt. Die Versicherten werden von den Krankenkassen häufig in die billigste z. T. weit entfernte Rehabilitationseinrichtung gesteuert, auch wenn sich die Patient:innen beispielsweise eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung wünschen, um von ihren Angehörigen besucht werden zu können.

Solange die Krankenkasse über die Wahl der Reha-Einrichtung entscheidet, unterliegen die Einrichtungen dem Zwang, niedrige Preise auf Kosten der Leistung (insbesondere Anzahl der therapeutischen Leistungen) und des Personals anzubieten. Mit einer konsequenten Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts wird sich dieser Preiswettbewerb in einen Qualitätswettbewerb wandeln, von dem die Versicherten nachhaltig profitieren.

**Der BDPK fordert, dass jede geeignete Reha-Einrichtung mit Versorgungsvertrag ohne Mehrkostentragung gewählt werden kann.**

#### **Rahmenverträge und Schiedsstellen im SGB IX einführen**

Medizinische Rehabilitation ist eine Leistung vieler unterschiedlicher Sozialversicherungsträger (DRV, GKV, DGUV u.w.). Üblich sind nebeneinander bestehende Vertragsverhältnisse mit unterschiedlichen Reha-Trägern und daraus folgend die zeitgleiche Behandlung der jeweiligen Versicherten. Die Reha-Träger sind zwar zur Kooperation und Koordination der Leistungen verpflichtet, die diesbezüglichen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) tragen in der Praxis jedoch nicht dazu bei, Vereinheitlichungen zu schaffen. Im Ergebnis sind Reha-Einrichtungen vor die Herausforderung gestellt, den Versicherten die für den Einzelfall notwendige Reha-Versorgung zu bieten und dabei gleichzeitig einer Vielzahl verschiedener Anforderungen der Reha-Träger gerecht zu werden. Dies fordert Ressourcen zur Verwaltung, Koordination und Dokumentation, die unmittelbar den Rehabilitand:innen zugutekämen, wenn es einheitliche, abgestimmte Anforderungen gäbe.

**Der BDPK fordert eine Grundlage im SGB IX für die Vereinbarung von Rahmenverträgen zwischen den Verbänden der Reha-Leistungserbringer und Reha-Träger. Erforderlich sind auch trägerübergreifende Schiedsstellen für Vergütungs- und Vertragsverhandlungen im SGB IX.**

#### **Rechtliche Grundlage für die Reha im SGB V weiterentwickeln**

- ▶ § 40: Vorrang der ambulanten Versorgung vor Reha-Anspruch beenden:  
Die gegenwärtigen Formulierungen in § 40 Abs. 2 SGB V führen zu Fehlinterpretationen. Leistungen werden mit dem Argument der „nicht ausgeschöpften ambulanten Maßnahmen“ abgelehnt. Dabei handelt es sich um eine problematische Auslegung des § 40 Abs. 1 SGB V, der so gedeutet wird, dass alle infrage kommenden ambulanten ärztlichen Maßnahmen ausgeschöpft und (ohne Erfolg) durchgeführt werden müssen, bevor Leistungen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Auch der gesetzlich festgelegte Abstand von vier Jahren ist nicht sachgerecht. Entscheidend für den Zeitpunkt und die jeweilige Form der Rehabilitation müssen der ärztlich festgestellte medizinische Bedarf und die persönlichen Voraussetzungen der Patient:innen sein.

**Der BDPK fordert die Abschaffung der Nachrangigkeit der medizinischen Reha gegenüber der ambulanten ärztlichen Krankenbehandlung sowie der Nachrangigkeit der stationären Reha gegenüber der ambulanten Reha.**

- ▶ § 107 Abs. 2: Rehabilitationseinrichtungen sind auch ambulante Rehabilitationseinrichtungen:  
Gemäß § 107 Abs. 2 SGB V sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Gesetzbuchs nur stationäre Einrichtungen. Ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen fallen nicht unter die Legaldefinition. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum Einrichtungen, die ausschließlich ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringen, nicht unter den Begriff der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des SGB V fallen sollten. Durch die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen erfahren die ambulanten Einrichtungen Nachteile beispielsweise bei Apothekenversorgungsverträgen und Bau- und Finanzierungsfragen.

**Der BDPK fordert, die ambulanten Reha-Einrichtungen den stationären gleichzustellen, indem die Beschränkung in § 107 Abs 2 SGB V auf stationäre Einrichtungen gestrichen wird.**

- ▶ § 111 Abs. 2: Vereinbarung von Versorgungs-/Vergütungsverträgen auf Landesverbandsebene mit Geltung für alle Kassen auch in anderen Bundesländern:

Derzeit schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, d.h. ein Kollektiv von Krankenkassen steht der einzelnen Einrichtung gegenüber. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

Die Vergütungen für die Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen jeweils einzelvertraglich und losgelöst vom Versorgungsvertrag vereinbart. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande, entscheidet die Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V.

**Der BDPK fordert, dass Versorgungsverträge auch Vergütungsregelungen mit Geltung für alle gesetzlichen Krankenkassen enthalten müssen. Einzelvertragliche Vergütungsregelungen sollen weiterhin möglich sein. Reha-Einrichtungen müssen auch als Kollektiv Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Krankenkassen abschließen können.**

#### **Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger**

In der Pflege existiert ein erheblicher Fachkräftemangel. Allein in Altenheimen und Krankenhäusern sind über 40.000 Pflegestellen unbesetzt. Das PpSG und die Konzentrierte Aktion Pflege zielen darauf ab, weitere Pflegestellen zu schaffen und mehr Pflegepersonal auszubilden. Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin jedoch nicht als Ausbildungsträger

### III. Positionen für Reha-/Vorsorgeeinrichtungen

---

genannt. Sie eignen sich aber sehr gut als Ausbildungsträger, da Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können. Es ist deshalb unerlässlich, Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger zuzulassen und sie an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dies gilt auch für die Ausbildung von Psychotherapeut:innen und die Weiterbildung von Ärzt:innen. Letztere wird durch bürokratische Hürden von Seiten der Landesärztekammern besonders erschwert.

**Der BDPK fordert, Reha-Einrichtungen als Ausbildungsträger für Pflegekräfte und Psychotherapeut:innen sowie für die Weiterbildung von Ärzt:innen zuzulassen.**

#### **Public Reporting der Reha-QS-Daten und Fokussierung auf die Ergebnisqualität**

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Etablierung eines Public Reporting im Bereich der externen Reha-Qualitätssicherung der GKV über das GVWG und der DRV über das Gesetz Digitale Rentenübersicht und die damit verbundene Stärkung des Qualitätswettbewerbs in der Rehabilitation sind wichtig. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung des Public Reporting muss dabei als gemeinsame Aufgabe der Leistungserbringer und Kostenträger erfolgen. Im GKV-Bereich kann das im Rahmen des Gemeinsamen Ausschuss nach § 137 d SGB V erfolgen, im DRV-Bereich über eine adäquate Beteiligung der Reha-Einrichtungen und ihrer Verbände bei der Vereinbarung verbindlicher Rahmenempfehlungen. Im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit sollte ein möglichst einheitliches Vorgehen der Reha-Träger angestrebt werden. Grundsätzlich muss der Fokus der Qualitätssicherung dabei stärker auf die Ergebnisqualität gerichtet werden, die sich in den direkten Behandlungsergebnissen bzw. der Rehabilitandenzufriedenheit abbildet. Strukturvorgaben sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie direkte Auswirkungen auf die Qualität der Rehabilitationsleistung haben.

**Der BDPK fordert die Beteiligung der Reha-Einrichtungen und deren Verbände bei der Gestaltung des QS-Public Reportings und den konzentrierten Fokus auf die Ergebnisqualität in der medizinischen Reha.**





**BDPK**  
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Friedrichstraße 60 | 10117 Berlin  
post@bdpk.de  
Telefon +49 30 / 2400899-0  
Fax + 49 30 / 2400899-30  
www.bdpk.de

Folgen Sie dem BDPK  
auch auf Facebook und Twitter.



Foto Titelseite: Adobestock/Chinnapong

