



Wortprotokoll der 85. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 18. Oktober 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Vorschaltgesetz jetzt beschließen und kalte Strukturbereinigung in der deutschen Krankenhaushauslandschaft verhindern

BT-Drucksache 20/8402

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen

Haushaltsausschuss

- b) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Keine Krankenhausschließungen aus wirtschaftlichen Gründen – Defizitausgleich als Vorschaltgesetz vor Krankenhausreform

BT-Drucksache 20/7568

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Kob, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Bartelt, Christian Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Vorschaltgesetz zur Krankenhausreform

Mittwoch, 18. Oktober 2023, 14:45 bis 15:45 Uhr
Paul-Löbe-Haus, E 300

Verbände/Institutionen

- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)¹
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)^{1,2}
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)¹
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)¹
- GKV-Spitzenverband KöR^{2,3}
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD)¹
- Verband der Universitätsklinika (VUD)³
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)³

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Boris Augurzky (Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung)³
- Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin)³ (Keine Teilnahme)
- Prof. Dr. Tom Bschor (Leiter und Koordinator der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung am Bundesministerium für Gesundheit)³
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Uni Witten/ Herdecke)³
- Prof. Dr. Erika Raab (Geschäftsführerin der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH)⁴

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion DIE LINKE. zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Einziger Tagesordnungspunkt

a) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Vorschaltgesetz jetzt beschließen und kalte Strukturbereinigung in der deutschen Krankenhauslandschaft verhindern

BT-Drucksache 20/8402

b) Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Keine Krankenhausschließungen aus wirtschaftlichen Gründen – Defizitausgleich als Vorschaltgesetz vor Krankenhausreform

BT-Drucksache 20/7568

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kapert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Abgeordnete, liebe Kolleg*innen, sehr geehrte Sachverständige hier bei uns im Ausschuss für Gesundheit, in unserem Sitzungssaal und auch denen, die online zugeschaltet sind. Schön, dass Sie da sind. Ich begrüße Sie herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung unseres Ausschusses für Gesundheit. Der ist eben, wie gerade deutlich wurde in der Begrüßung, wie immer eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting. Vorab, das kennen Sie alle schon, aber ich sage es extra noch einmal dazu, möchte ich alle Teilnehmenden und Sachverständigen, die online dabei sind, bitten, sich mit ihrem vollen Namen anzumelden. Das ist wichtig aus Transparenzgründen und bitte schalten Sie zunächst ihre Mikrofone stumm. Worum geht es bei unserer heutigen Anhörung? Sehr geehrte Kolleg*innen, liebe Damen und Herren, es geht um zwei Anträge, nämlich einerseits von der Fraktion der CDU/CSU. Dieser Antrag trägt den Titel „Vorschaltgesetz jetzt beschließen und kalte Strukturbereinigungen in der deutschen Krankenhauslandschaft verhindern“ und den können Sie finden auf der Bundestagsdrucksache 20/8402. Zweitens der Antrag der Fraktion DIE LINKE. und der trägt den Titel „Keine Krankenhausschließung aus wirtschaftlichen Gründen - Defizitausgleich als Vorschaltgesetz vor Krankenhausreform“. Das ist die Drucksache 20/7568. Sowohl die Unionsfraktion als auch DIE LINKE. adressieren in ihren beiden Anträgen die wirtschaftlich angespannte Situation der Krankenhäuser in Deutschland und als Ursache benennen sie jeweils für

diese finanzielle Schieflage in erster Linie die inflationsbedingten Kosten. Das heißt, dass die Krankenhäuser nicht über höhere Behandlungspreise refinanziert werden können. Die Krankenhäuser seien somit chronisch unterfinanziert und von Insolvenz bedroht. Als Lösung dieses Problems fordert nun die Union durch ein sogenanntes Vorschaltgesetz noch vor der Krankenhausreform sicherzustellen, dass die Kostenentwicklung insbesondere bei Energie- und Personalentwicklung in die Verhandlungen über die Landesbasisfallwerte einbezogen wird und nur so könnten, so die Union, Masseninsolvenzen von Krankenhäusern verhindert werden.

Die Linksfraktion fordert ein Vorschaltgesetz, das ebenfalls vor der geplanten Krankenhausreform greifen und durch das die Schließung von Krankenhäusern verhindert werden soll. Dabei sollen die betriebsbedingten Defizite aller Plankrankenhäuser nach Prüfung der Jahresergebnisse durch das Bundesamt für Soziale Sicherung mit Mitteln aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden.

Das ganz kursorisch zu den Anträgen, die uns hier vorliegen und die wir heute mit Ihnen diskutieren wollen. Sie wissen, uns stehen insgesamt 60 Minuten zur Verfügung für diese Anhörung und die beginnen mit Beginn der ersten Frage. In dieser Zeit stellen die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen und es beginnen immer die Fraktionen, die die Vorlagen formuliert haben. Also heute die Union und dann DIE LINKE. und dann gibt es eine festgelegte Reihenfolge, die sich an unseren Ausschussregularien orientiert. Für Frage und Antwort sind immer drei Minuten vorgesehen. Das ist eine Maximalzeit. Das heißt nicht, irgendjemand muss das ausschöpfen, aber wenn drei Minuten um sind, dann ist Zeit vorbei. In aller Regel reicht es, wenn ich ein bisschen so mache, mich straffe. Da oben läuft auch so eine Uhr mit. Das Zweite ist, dass ich so mache [Handgeste] und das Dritte ist, dass ich verbal einschreite. Das ist aber in aller Regel nicht der Fall. Das kriegen Sie so hin. Wenn Sie sich kürzer fassen, können natürlich mehr Fragen beantwortet werden. Das ist klar. Nach 60 Minuten schließen wir dann. Wenn Sie aufgerufen werden von mir, dass wissen alle, die schon oft dabei waren, nennen Sie bitte vor jedem Wortergreifen Ihren Namen und Ihre Funktion. Wenn Sie dreimal hintereinander gefragt werden, machen Sie dreimal hintereinander, dass Sie sich noch mal vorstellen. Das hat was mit dem Protokoll zu tun und



auch mit den Zuhörer*innen, die dabei sind. Außerdem müssen Sie, und das müssen Sie nur einmal tun, aber da müssen Sie es tun, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestag etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf unseren heutigen Beratungsgegenstand offenlegen. Das dient der Transparenz. Das reicht eben, wenn Sie es einmal sagen, wenn Sie es das erste Mal aufgerufen werden.

Vielen Dank allen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Danke allen, die da sind. Wir werden jetzt live im Parlamentsfernsehen übertragen. Das läuft schon. Und später ist diese Anhörung auch in der Mediathek abrufbar und es wird ein Wortprotokoll geben. Das wird dann wie immer auf der Internetseite unseres Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Alle, die hier im Raum sind, bitte die Mobiltelefone ausschalten. Ein Klingeln kostet andernfalls fünf Euro für einen guten Zweck. Das ist ja an sich eine gute Sache, fünf Euro für einen guten Zweck. Man muss auch nicht aufs Klingeln warten. Aber wenn es klingelt, dann wird es auf jeden Fall fällig. Herzlich willkommen, allen, die auf der Besuchertribüne sind. Ich weise einmal darauf hin, dass Sie keine Ton- oder Bildaufzeichnung machen dürfen und weder Beifalls- noch Missfallensbekundungen zulässig sind. Wir freuen uns, dass Sie da sind und aufmerksam zuhören. Und jetzt beginnen wir und die erste Frage stellt die Fraktion der Union und das ist der geschätzte Kollege Tino Sorge.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich, erst einmal ein herzliches Willkommen auch von unserer Seite der Union. Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), an Herrn Dr. Gerald Gaß, der uns, glaube ich, digital zugeschaltet ist. Herr Gaß, in unserem Antrag fordern wir die Bundesregierung ja auf, jetzt mit den relevanten Akteuren eine Prognose vorzunehmen, welchen zusätzlichen Finanzbedarf die deutschen Krankenhäuser bei weiter anhaltender Inflation bis zu dem Zeitpunkt haben, bis die geplante Krankenhausstrukturreform ihre Wirkung entfaltet. Wie schätzt die DKG die aktuelle finanzielle Lage der Krankenhäuser ein? Sind die aktuell vom BMG vorgeschlagenen Finanzierungsmaßnahmen ausreichend, auch im Hinblick auf die von den Ministerpräsidenten in ihrer Ministerpräsidentenkonferenz

geforderten fünf Milliarden Euro an Soforthilfe?

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Gaß, bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, vielen Dank für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft, keine finanziellen Interessen. Die Situation der Krankenhäuser ist seit dem Jahr 2022 in besonderer Weise angespannt, weil die Krankenhäuser sich in dieser Phase oder ab dieser Phase enormen Inflationsentwicklungen gegenüberstehen, die im vorhandenen System der Krankenhausfinanzierung nicht refinanziert werden können. Das gilt sowohl für die Krankenhäuser der Somatik, also die klassisch über die Fallpauschale finanziert werden, wie auch über die Krankenhäuser der Psychiatrie. Die Krankenhäuser sind in diesem System festgelegt auf bestimmte Finanzierungsmechanismen, die wiederum durch Obergrenzen gekennzeichnet sind. Ein relativ kompliziertes System, was aber nachweisbar nicht in der Lage war, in den Jahren 2022 und auch in den Jahren 2023 die Sach- und Personalkostenentwicklungen auch nur annähernd in vollem Umfang ausgleichen zu können, was erforderlich gewesen wäre, um letztlich dann auch über kostendeckende Erlöse auch kostendeckend arbeiten zu können. Aus diesem Grund schieben die Krankenhäuser seit Beginn des Jahres 2021 wachsende Defizite vor sich her in der gesamten Branche. Wir haben das aufsummiert und kalkuliert. Das sind die Zahlen des Auseinanderfallens von Kosten und Erlösentwicklung, die sich bis Ende dieses Jahres auf etwa 10 Milliarden Euro summieren werden und dabei ist durchaus berücksichtigt, dass es ja von Seiten des Bundes Energiehilfen gab, die bisher noch nicht vollständig ausgezahlt werden oder worden sind, weil noch eine letzte Tranche gesetzlich vorgegeben im Jahr 2024 ausgezahlt wird. Im Monat belaufen sich aktuell die Defizite auf etwa 500 Millionen Euro. Was eben bedeutet, dass Krankenhäuser zurzeit tatsächlich Geld mitbringen müssen in der durchschnittlichen Betrachtung, um die Patientenbehandlung sicherstellen zu können und wir müssen davon ausgehen, dass das Jahr 2024 noch schwieriger wird, weil dort dann die hohen Tarifentwicklungen uns gegenübersehen. Das heißt, wir brauchen eine Anpassung...



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, Sie müssen zum Schluss kommen.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ja. Okay. Ja. Das sind die Defizite. Die die jetzt angestrebten Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich der Pflege können wir nur als Liquiditätsunterstützung für manche Häuser betrachten. Die werden dieses strukturelle Problem nicht lösen können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Danke für Ihre Äußerung. Nur für alle, die jetzt zugehört haben, das war zu lang. Wenn ich sage, jetzt zum Schluss kommen, heißt dann auch vorbei. Ates Gürpınar hat für DIE LINKE. jetzt das Wort.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Ich biete Herrn Gerald Gaß, Dr. Gerald Gaß, die Möglichkeit, sich anzuschließen. Meine Frage richtet sich auch an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und richtet den Blick ein bisschen nach vorne, weil die Mitglieder des Ausschusses in den letzten Tagen Stellungnahmen von über 100 Kliniken erhalten haben, die um ihre wirtschaftliche Existenz bangen. Meine Frage ist, welche Auswirkungen dieser Existenzkampf aktuell auf die Gesundheitsversorgung hat und wie sich aus Ihrer Sicht die Krankenhauslandschaft in den nächsten ein bis zwei Jahren verändern wird, wenn die finanzielle Lage sich nicht bessert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Gerhard Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Vielen Dank für die Frage. Wir sehen drei Auswirkungen in besonderer Art und Weise. Zum einen gibt es jetzt schon im Rahmen dieser Insolvenzverfahren, aber auch darüber hinaus durch die enormen Kosteneinsparbemühungen der Krankenhäuser die Situation, dass zum Teil Standorte geschlossen werden, und zwar aus Kostengründen, nicht aus Gründen der Nichtbedarfsnotwendigkeit und dass auch besonders defizitäre Versorgungsangebote als Teile von Krankenhäusern geschlossen werden. Das führt zum einen in manchen Regionen zu stärkeren Wartelisten für die Patientinnen und

Patienten. Es führt zum zweiten dort, wo Krankenhäuser jetzt schon oder perspektivisch ausscheiden, auch zu erheblichen Schwierigkeiten im Bereich der Ausbildung, insbesondere auch der Pflegeausbildung, weil damit vielfach auch die Krankenpflegeschulen betroffen sind, die jeweils zum Krankenhausträger dazugehören, dann auch vor der Schließung stehen. Der dritte wesentliche Aspekt, den wir sehen, ist, dass zurzeit die Rücklagen der Krankenhäuser fast vollständig aufgezehrt werden. Das heißt, es steht perspektivisch kein Geld mehr zur Verfügung, selbst bei den Krankenhäusern, die die Situation überleben werden, um aus eigenen Mitteln die von allen gewünschte Zukunftsentwicklung auch finanziell gestalten zu können. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr, Herr Dr. Gaß. Und das Fragerecht geht jetzt an die SPD. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an das WidO, an Herrn Dr. Scheller-Kreinsen. Im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes ist vorgesehen, den vorläufigen Pflegeentgeltwert von 230 auf 250 Euro anzuheben. Es ist vorgesehen, Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal auch unterjährig in den Krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerten zu berücksichtigen und mögliche Mindererlöse schneller auszugleichen für den Fall, dass die Pflegekosten eines Krankenhauses in den Vorjahren unterfinanziert waren. Könnten Sie uns bitte erläutern, um welche Summen es hierbei jeweils geht und ob durch diese Maßnahmen der Druck auf die Beitragssätze möglicherweise erhöht wird?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Scheller-Kreinsen, bitte.

Dr. David Scheller-Kreinsen (Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)): Scheller-Kreinsen, Wissenschaftliches Institut der AOK. Keine finanziellen Interessen. Vielen Dank für die Frage. Das sind drei Maßnahmen, die auf die Liquidität wirken. Es geht nicht um die wirtschaftliche Bilanz, es geht um Liquidität. Das ist ganz wichtig, das voranzustellen. Der vorläufige Pflegeentgeltwert greift immer dann, wenn bislang auch für 2020 noch kein



Budgetabschluss vorliegt. Das sind nach unseren Daten ungefähr 20 Prozent der Krankenhäuser. Entsprechend käme es hier zu einer Preiserhöhung von ca. 8 Prozent. Wir haben das auf Basis der Fallzahlen 2020 und der Preise 2023 simuliert. Wir kommen hier auf einen Wert von ca. 170 Millionen Euro an Liquidität für die unterjährige Finanzierung des Tarifs im Bereich der Pflege. Das greift für alle Krankenhäuser, ist auch in die Zukunft gerichtet, also schließt nicht vergangene Liquiditätslücken. Hier haben wir dazu analog simuliert, hier kommen wir auf einen Wert von 950 Millionen Euro, auch in der Liquidität, also Freiräume für die Kliniken. Es gibt den dritten Block, der ist besonders wichtig. Hier geht es um den vorläufigen Ausgleich von Mindererlösen. Wir haben den Block für die Jahre 2020 bis einschließlich 2022 simuliert. Hier fehlen den Kliniken nach unseren Berechnungen über fünf Milliarden Euro und über den Änderungsantrag, so wie er uns jetzt vorliegt, kann man das abfinanzieren. Dazu muss klar sein, dass es hier nicht nur um im Prinzip eine inflationsbedingte Weiterentwicklung auf der Kostenseite geht, sondern ganz zentral auch um nicht geflossene Mittel aufgrund von Fallzahlrückgängen. Wenn ich Ihnen eine Empfehlung geben darf. Der Pflegeentgeltwert ist sozusagen das Instrumentarium, um hier zur Abzahlung zu kommen, aber die größte Stellschraube, warum Liquidität fehlt, sind wirklich die Fallzahlrückgänge. Ich hätte die Empfehlung, das noch mal in der Begründung zu den Änderungsanträgen auch klarzustellen, weil dieser Block ist der relevantere.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Und als nächstes geht das Wort wieder an die Union. Herr Sorge, bitte.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Herrn Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. In unserem Antrag fordern wir neben einem Vorschaltgesetz ja auch zukünftig alle aktuellen Kostenentwicklungen, insbesondere im Bereich Energiepreise und Personalkosten, zeitgleich in die Verhandlungen über die Landesbasisfallwerte einfließen zu lassen. Wie bewerten Sie eine schnellere Berücksichtigung von Kostenentwicklungen bei der Finanzierung und wie kann diese konkret aussehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Bublitz, bitte.

Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Vielen Dank für die Frage. Thomas Bublitz, Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Keine finanziellen Verquickungen zum Verfahren. Es wäre dringend nötig, eine solche Regelung, einer schnelleren Berücksichtigung von Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert zu machen. Warum? Entstanden ist die Preisbildungssystematik in normalen Zeiten und schlicht und ergreifend nicht in Krisenzeiten. Das muss man so deutlich sagen. Ich will zwei Beispiele nennen. Die Tarifraten, das heißt also die Auswirkungen durch lineare und strukturelle Gehaltssteigerungen, die berücksichtigt werden sollen, werden beispielsweise beim nicht pflegerischen Personal im Krankenhaus in der Differenz nur zu 50 Prozent berücksichtigt. Das heißt, also 50 Prozent dieser Differenz zwischen Veränderungsrate und Tarifraten bleibt bei den Kliniken hängen. Eine ähnliche Regelung haben wir auch bei den sonstigen Sachkostensteigerungen in den Kliniken ausgedrückt im sogenannten Orientierungswert. Auch hier wird im Falle eines Überschreitens des Orientierungswertes zur Veränderungsrate ein Ausgleich nur zu einem Drittel vorgenommen in der Differenz und das zeigt eigentlich, dass immer dann, wenn exorbitante Kostensteigerungen da sind, die Krankenhäuser auf großen Anteilen sitzen bleiben. Deshalb ist es wirklich dringend notwendig, die Liquidität für die Krankenhäuser zu erhöhen und diese Unterfinanzierung abzuschaffen und da könnte man sich zwei Dinge vorstellen. Zum einen könnte man über einen fünfprozentigen Preisaufschlag ab 2024 nachdenken, der rückwirkend die Jahre 2022 und 23 ausgleicht. Man kann aber auch darüber nachdenken, die Landesbasisfallwerte 2024, also die Landesbasisfallwerte 2022 und 2023 auszugleichen, einmalig um den Betrag von 5 Prozent zu erhöhen, um einen rückwirkenden Ausgleich vorzunehmen. Dass die Systematik auch für zukünftige Kostensteigerungen schneller ist, das wäre sehr wünschenswert, also auch dauerhafte Verfahren zu etablieren, das diese Schwachstellen ausmerzt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Danke schön. Und für die Grünen, Dr. Dahmen, bitte.



Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den namentlich benannten Sachverständigen von der Universität Witten/Herdecke drei Dinge fragen wollen. Erstens, was sind die Gründe für die aktuelle wirtschaftliche Lage der Kliniken? Zweitens, würden Sie es für sinnvoll erachten, dass neben den 80 Milliarden, die wir in Deutschland für die stationäre Versorgung pro Jahr für die Betriebskosten ausgeben und den bereits geflossenen rund 30 Milliarden Corona-Energie- und Insolvenzhilfen zusätzlich jetzt als Einmalzahlung fünf Milliarden gezahlt werden, wie es die Länder fordern? Dritte Frage. Wie viele Krankenhäuser und Betten sind aufgrund von einer Insolvenz zuletzt kürzlich tatsächlich geschlossen worden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Karagiannidis, bitte sehr.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger. Zur ersten Frage. Aus unserer Sicht ist es so, dass sicherlich vier Hauptgründe bestehen, warum die Kliniken zunehmend in die roten Zeilen rutschen. Wir hatten es eben schon mal gehört, dass die Fallzahlen deutlich eingebrochen sind. Wir sind im Vergleich zum präpandemischen Niveau immer noch bei bis zu 15 Prozent weniger Fälle in den Kliniken in Deutschland. Der Pflegemangel ist sicherlich einer der Gründe, aber auch nur einer, den wir haben, und damit brechen einfach auch die Einnahmen weg, und 15 Prozent ist wirklich viel. Der zweite Grund in meinen Augen sind die unzureichenden Investitionsausgaben der Bundesländer. Nach unseren Berechnungen sind das maximal 3,5 Prozent, die die Bundesländer im Verhältnis zu dem, was die Kliniken erwirtschaften, in den letzten Jahren gezahlt haben. Als Vergleich mal, die Schweiz macht etwa zehn Prozent und wir gehen davon aus, dass wir so ungefähr sechs bis sieben Prozent bräuchten, damit das, was die Kliniken zum Unterhalt brauchen, auch wirklich durch die Investitionskosten abgedeckt sind. Der dritte ganz wesentliche Punkt, der hat sich gerade in den letzten beiden Jahren herauskristallisiert, ist ein relativ niedriger Case-Mix-Index, was ein guter Surrogat-Parameter dafür ist, wie schwer die Patienten erkrankt sind. Und gerade, wir sehen relativ viele Krankenhäuser, wo der Case-Mix-Index dauerhaft jetzt unter eins bleibt,

was ein Hinweis darauf ist, dass wir doch einen relativ hohen Ambulantisierungsgrad in den Kliniken haben. Das wissen wir alle und haben das große Problem in den Krankenhäusern, dass wir im Moment Schwierigkeiten haben, solche Fälle auch wirtschaftlich wirklich gut abbilden zu können. Auf der einen Seite bringen sie wenig Erlöse. Auf der anderen Seite haben wir aber auch nur wenig Möglichkeiten, die Patienten in den Krankenhäusern auch wirklich ambulant zu behandeln. Wenn man aus meiner Sicht Geld ausschütten wollte, dann ist es wichtig, dass man das Grundproblem behebt und das Grundproblem besteht darin, dass wir elementare Strukturänderungen brauchen im Gesundheitswesen. Bevor man das Geld in ein Vorschaltgesetz steckt, wäre es aus meiner Sicht geboten, dass man ein Transformationsgesetz macht und auch mal ein Strukturfonds auflegt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herzlichen Dank, Prof. Karagiannidis. Und das Fragerecht geht an die FDP, Prof. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an das Wissenschaftliche Institut der AOK. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie davor gewarnt, dass ein Vorschaltgesetz Anreize für die stationäre Behandlung von ambulantsensitiven Fällen setzen könnte. Könnten Sie das ein bisschen ausführen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Scheller-Kreinsen, bitte.

Dr. David Scheller-Kreinsen (Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)): Scheller-Kreinsen, Wissenschaftliches Institut der AOK. Kann ich gerne. Vielen Dank für die Frage. Wir haben allgemeine Fallzahlrückgänge gesehen in den letzten Jahren zwischen 10 und 15 Prozent. Wenn wir auf den Bereich der ambulantsensitiven Fälle schauen, sind die Fallzahlrückgänge im Bereich ...[unverständlich] ...Schmerzen, Bluthochdruck, Diabetes, COPD etc. viel, viel höher gewesen. Die sind zwischen 36 und 26 Prozent gewesen. Das sind alles Fallkollektive, die will man eigentlich gar nicht unbedingt im Krankenhaus versorgt sehen. Was wir jetzt sehen in 2023 ist, dass diese Fälle anfangen



wiederzukommen, obwohl sie eigentlich da nicht hingehören. Wenn man jetzt mit der Gießkanne noch mal eine Preiserhöhung in die Landschaft schickt, dann ist natürlich bei diesen Fallkollektiven der Anreiz, hier gerade bei grauen Indikationen wieder Fälle ins Krankenhaus zu holen, relativ hoch. Deshalb warnen wir davor, das hatten wir auch in der Stellungnahme ausgebreitet, hier jetzt quasi mit der Gießkanne Preissignale in die Landschaft zu setzen und im Zweifel die ambulantsensitiven Fälle damit wieder ins Krankenhaus zu holen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die AfD Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Hier war jetzt schon mehrmals die Aussage, dass die Fallzahlrückgänge auch einen großen Einfluss haben, weil wir haben über die Kostenseite gesprochen, aber die Einnahmeseite ist vielleicht noch nicht genug beleuchtet worden. Inwieweit könnten Sie das bestätigen, dass diese 15 Prozent, die am Raum standen, bundesweit eine Rolle spielen? Dann die Frage, sehen Sie Möglichkeiten, dass wir wieder auf das Niveau von 2019 zurückkommen oder brauchen wir Alternativmöglichkeiten in den Krankenhäusern, also sprich zusätzliche Betätigungsfelder, die das dann vielleicht langfristig wieder ausgleichen können?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Gaß, Sie haben das Wort.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die von Herrn Karagianidis genannten Fallzahlrückgänge sind absolut korrekt. Das sind die Zahlen, die auch allgemein bekannt sind. Und ein zentraler Grund dafür ist auch das Thema des Fachkräftemangels. Das will ich an dieser Stelle ganz besonders betonen. Wir sind darauf angewiesen, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen in den Krankenhäusern, um junge Menschen zu gewinnen für diese Tätigkeit im Gesundheitswesen im Krankenhaus. Wir sind aber auch darauf angewiesen, das ist mir ganz wichtig, auch Menschen aus dem Ausland zu gewinnen,

ausländische Arbeitskräfte, Fachkräfte, die zu uns kommen, und auch für die müssen wir attraktive Zugangsbedingungen schaffen, für die sicherlich dann alle Fraktionen im Bundestag ein Stück weit auch Verantwortung tragen. Wir müssen dafür sorgen, dass im Vergleich auch im Wettbewerb mit den anderen Staaten, die ähnliche demografische Herausforderungen haben, diese Fachkräfte den Weg zu uns nach Deutschland finden. Das Thema Fallzahlrückgang ist auch darüber hinaus deshalb relevant, weil wir leider erfahren mussten, dass diese Bundesregierung dann in dem Moment, als das Thema Fallzahlrückgang eine Rolle gespielt hat, einen möglichen Passus aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gestrichen hat, der es den Krankenhausgesellschaften der Länder möglich gemacht hätte, diese zurückgehenden Fallzahlen zum Gegenstand der Verhandlungen mit den Krankenkassen auf der Landesebene zu machen, um die damit gestiegenen Strukturkosten pro Fall, also wenn ich in den Fällen insgesamt runtergehe, steigen ja die Kosten für den einzelnen Fall. Das war in der Vergangenheit möglich, hier entsprechende Regelungen zu treffen, und in dem Moment, als die Fallzahlen so signifikant durch den exogenen Schock der Pandemie nach unten gegangen sind, hat die Bundesregierung diesen Passus gestrichen und hat damit nach unserer Einschätzung die Problemlage verschärft, mit der wir es jetzt zu tun haben. Deshalb brauchen wir auch hier eine Korrektur und wir würden sehr empfehlen, diesen § 10 Absatz 4 wiederum zu ändern und wieder so zu stellen, zu justieren, dass Verhandlungen zwischen Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen möglich sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für DIE LINKE. erneut Herr Gürpınar.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Professorin Erika Raab. Und zwar steht im Klinikverbund Hessen, also dem auch Ihre Klinik angehört, da wird in der Stellungnahme zur heutigen Anhörung davon gesprochen, dass durch die strukturelle Unterfinanzierung eine kostendeckende Erbringung von Krankenhausleistungen nicht mehr möglich sei. Können Sie uns als Geschäftsführerin in einer kommunalen Klinik erklären, wodurch diese strukturelle Unterfinanzierung entsteht und welche



Auswirkungen dies auf Ihr Haus, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Beschäftigten und die Kommune hat?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Raab, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Erika Raab: Vielen Dank für die Frage. Erika Raab, Einzelsachverständige, Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau. Keine finanziellen Interessen. Ich kann es kurz zusammenfassen. Zur Strukturfrage haben meine Vorredner schon sehr viel ausgeführt. Also ich unterstreiche das, was Herr Bublitz und auch Herr Gaß gesagt haben, um da eine Wiederholung zu vermeiden. Besondere Sorge hat uns als Krankenhausgeschäftsführer die Streichung des § 10 Absatz 4 Entgeltgesetz gemacht, der dafür sorgt, dass wir die Fixkosten nicht mehr ausgeglichen bekommen bei Fallzahlrückgängen, die uns besonders betroffen haben. Zweiter Punkt, der uns momentan unter Stress setzt, ist ganz besonders die Eilbedürftigkeit eines Vorschaltgesetzes oder einer finanziellen Lösung. Nur drei Daten. Im November wird das 13. Monatsgehalt fällig. Das ist ein ganz großer Punkt, ein Liquiditätsthema, nicht nur ein Liquiditätsthema, das wir vor uns haben. Im Januar, wir wissen immer noch nicht, wie es mit der Fünf-Tage-Zahlungs-Zielfrist weitergeht, ob es 30 Tage gibt. Das bedeutet, wenn wir ein 30-Tage-Zahlungsziel hätten, müssen wir anderthalb Monate in Vorleistung gehen. Das wird eine zweite kritische Situation werden. Die dritte entsteht im März mit der Umsetzung der Tarifierhöhung. Das sind die Zeitpunkte, in denen es jetzt für Kliniken besonders kritisch wird. Der wesentlichen *[unverständlich]* ...sind schon genannt worden. Ich würde aber gerne noch ergänzen, dass die Strukturvorgaben und auch der Bürokratieaufwand in den Kliniken ein zusätzlicher Posten sind. Die Strukturvorgaben sind mittlerweile so angestiegen durch Einzelfallprüfungen, Strukturprüfungen, die G-BA-Richtlinien und die externen Qualitätssicherungen, dass wir mehr Bürokratie mit 30 Prozent unseres Personals letztendlich bedienen müssen. Das entzieht Personal auch bei der Krankenversorgung und im Dritten in der Praxis bitte ich auch noch zu berücksichtigen, wir beobachten zunehmend, dass sowohl Pflegedienste als auch Pflegeheime in die Insolvenz gehen. Wir betreuen im Krankenhaus mittlerweile sehr viele Langenlieger-Patienten, die wir

nicht mehr abverlegen können. Die werden auch nicht finanziert und schließlich und endlich die ambulante Operation, es ist eine gute Idee, dass wir das Thema Ambulantisierung vorantreiben. Aber in der Umsetzung führt es dazu, dass wir viel Bürokratie mit den Kassen haben, begründen müssen und das Geld auch nicht gezahlt wird, bis die Begründungen durch sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Prof. Dr. Raab und für die SPD hat jetzt das Wort Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Gerald Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die von den Ländern bereitgestellten Investitionsmittel bleiben seit Jahren hinter dem zurück, was DKG und Kassen für notwendig halten. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Aussage, dass es bei den aktuellen Problemen der Krankenhäuser um nicht ausreichende Betriebserlöse geht und dass der Bund seinen Verpflichtungen im Rahmen der Betriebserlöse nicht nachkommt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, Bitte schön.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Investitionsmisere, die eben auch von Herrn Karagiannidis mal angesprochen wurde, bestätigen wir absolut. Über Jahre und Jahrzehnte sind die notwendigen Investitionsmittel aus den Ländern nicht in ausreichendem Umfang an die Krankenhäuser geflossen, was zu zwei Effekten geführt hat. Zum einen mussten die Krankenhäuser versuchen, über Einsparungen, insbesondere auch beim Personal, aber auch bei Sachkosten, andere Eigenmittelinvestitionen zu realisieren. Das heißt also, aus eigentlich für Betriebskosten vorgesehenen Geldern zu investieren und zum Zweiten haben sich Krankenhäuser natürlich auch verschuldet, um damit in der Lage zu sein, über Kredite Eigenmittelinvestitionen zu refinanzieren. Darüber hinaus verbleibt ein Rest an unterlassenen Investitionen, der jetzt natürlich dazu führt, dass Krankenhäuser in nicht optimalen



Betriebsstrukturen arbeiten müssen. Das heißt, die Betriebskosten von heute könnten niedriger sein, auch der Ressourcenverbrauch, wenn in der Vergangenheit umfassend investiert worden wäre. Insofern tragen die Länder eine Mitschuld, wenn ich es mal so formulieren darf, an der aktuellen Situation, die sich allerdings jetzt über kurzfristige verstärkte Investitionen nicht lösen ließen, weil das natürlich einen mittel- und langfristigen Effekt hat. Insofern brauchen wir jetzt beides. Wir brauchen auf der einen Seite in diesen politischen Verhandlungen zur Krankenhausreform eine klare Zusage der Länder für zukünftige und auch jetzt aktuelle Investitionen und deswegen unterstützen wir die Bundesregierung absolut in diesem Bemühen gegenüber den Ländern, das auch durchzusetzen. Wir brauchen aber auch den von uns adressierten Inflationsausgleich in den Betriebskosten, der kurzfristig dazu führen würde, dass strukturelle Unterfinanzierung letztlich beseitigt werden könnte. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für die Union Herr Rüdchel.

Abg. **Erwin Rüdchel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich stelle die Frage an den katholischen Krankenhausverband. Auch vor dem Hintergrund, dass in meinem Wahlkreis derzeit drei Krankenhäuser in einem Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung sind. Die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens heißt nicht sofort, dass ein Krankenhaus am nächsten Tag geschlossen ist. Gleichwohl ist ein solches Verfahren mit vielen Ängsten bei den Mitarbeitern verbunden. Schildern Sie bitte, welche Auswirkungen ein Insolvenzverfahren auf das ärztliche und pflegerische Personal hat, aber auch auf die Sanierungsentscheidungen des Trägers.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Rümmlin, Sie sind online dabei. Sie haben das Wort, bitte.

Bernadette Rümmlin (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD)): Dankeschön. Bernadette Rümmlin, katholischer Krankenhausverband Deutschland. Keine finanziellen Interessen und ich bin sehr dankbar für die Frage, da es große Verunsicherungen vor allem im Fachkräftebereich, in der Mitarbeiterschaft der medizinischen und der

pflegerischen und Gesundheitsfachprofessionen bedeutet, sobald ein Klinikum Insolvenz angemeldet hat. Theoretisch ist es richtig, dass das nicht gleich das Aus für dieses Krankenhausunternehmen bedeutet. In der Praxis sehen wir das aber ganz anders. Herr Rüdchel, Sie haben angesprochen die Insolvenzen bei Ihnen in Rheinland-Pfalz. Wir beobachten gerade ganz aktuell Insolvenzen auch in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt deutschlandweit sind das ja gerade 34 Krankenhausunternehmen, die hier in der Presse stehen. Wir beobachten, dass, sobald ein Schutzschirmverfahren angemeldet ist und dies publik geworden ist, dass es große Ängste schürt im Bereich der Patientinnen und Patienten in der regionalen Bevölkerung, die sich natürlich die Frage stellen, wo werde ich in Zukunft noch zuverlässig Gesundheitsleistungen erreichen können und wo muss ich mich in bewährter Weise hinwenden, wenn es um eine Notfallsituation geht. Bei den Mitarbeitenden steigt die Angst natürlich sehr existenziell um den Arbeitsplatz, aber auch darum, wo ein neuer Arbeitsplatz denn liegen kann und wir merken, dass natürlich auch schon begonnen hat, ich nenne das jetzt einfach mal die Rosinenpickerei oder Leichenfledderei umliegender weiterer Krankenhausunternehmen, die dann den Ausverkauf des Klinikums, das unter Schutzschirmverfahren im Insolvenzverfahren besteht, dann beginnt. Eigentlich sollte dieses Klinikum ja dann die Möglichkeit haben, seine positiven Seiten zu zeigen. Das wird aber durch Ausverkauf von Leistungsbereichen und Abwerbung ganzer Klinikteams, wie jetzt zum Beispiel in Solingen geschehen, wo eine Stroke-Unit oder eine ganze Mund- und Kiefergesichts Chirurgie jetzt auf der Kippe steht, die im Maximalversorgungsniveau höchst spezialisiert und hochqualitativ gearbeitet haben, jetzt geschlossen werden, und das gegen jegliche Versorgungslogik.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Frau Rümmlin. Und das Wort geht an die Grünen. Professor Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, vielen Dank. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Herrn Wolf. In den Änderungsanträgen zum Krankenhaus-Transparenzgesetz plant die Ampelregierung drei kurzfristige Maßnahmen zur



Unterstützung der Krankenhäuser. Erstens eine frühzeitige Refinanzierung der Tariflohnsteigerung beim Pflegepersonal, die Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts auf 250 Euro und drittens einen schnelleren Ausgleich der noch nicht finanzierten Pflegekosten. Die Frage hier ist, inwiefern hilft dies den Kliniken in ihrer derzeitigen Misere und verbessert kurzfristig die Liquidität?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Wolf, gerne.

Johannes Wolf (GKV-Spitzenverband KÖR): Johannes Wolf, GKV-Spitzenverband. Keine finanziellen Interessen. Ja, das ist ein großes Paket, das Sie schnüren. Ich meine, es sind sogar vier Maßnahmen, die Sie treffen, inklusive der Verlängerung der fünf Tage Zahlungsfrist, die Sie beabsichtigen. Der erste Punkt, die Tariffinanzierung in der Pflege. Das ist naturgemäß ein Problem, weil wir die Tarifraten vereinbaren auf Basis der Tarifverträge, die geschlossen werden müssen und erstmal geschlossen in der Regel auch Ende des Jahres oder Anfang des nächsten Jahres teilweise. Wir haben geschaut, für das Jahr 2023 gibt es da eine Einmalzahlung, die der TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) vorsieht und diverse Nachwirkungen auch aus 2022 und kommen unseren Berechnungen auch auf ungefähr 900 Millionen Euro Liquiditätseffekt aus der Maßnahme. Dann planen Sie die Erhöhung des Pflegeentgeltwerts. Das trifft nur die Häuser, die noch kein Pflegebudget abgeschlossen haben, auch in 20 nicht. Trotzdem sind die 8 Prozent aus unserer Sicht angemessen, wenn es da um die schnellere Abfinanzierung der Pflegebudgets geht. Der größte Block betrifft den Ausgleich nicht gezahlter Pflegekosten aus den Budgets, die vereinbart sind, also bestehende Tarifsteigerungen, die nicht nachgezogen worden sind oder eben auch die besagten Mengenveränderungen, auf die eben hingewiesen ist. Da gibt es im Abgleich zwischen den Schätzverpflichtungen der Kassen und dem, was tatsächlich gezahlt worden ist, ein großes Delta in zwei Jahren, also in 2021 und 2022, das sich summiert auf ca. 3,7 Milliarden Euro, also die dann schneller abfinanziert werden würden im nächsten Jahr. Und der letzte Punkt ist der schnellere Ausgleich noch nicht gezahlter Pflegekosten. Da fällt es natürlich auch den Kostenträgern in Summe dieser vier Maßnahmen schwer, ca. 5 Milliarden Euro jetzt nächstes Jahr schneller abzuzahlen. Aber auf Ihre Frage hin

ist natürlich ein ganz immenser Beitrag zur Liquidität der Krankenhäuser, den Sie hier treffen. Das wird für die Kostenträger auch nicht einfach, das innerhalb der Jahresfrist abzufinanzieren. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Wolf und Herr Prof. Ullmann für die FDP, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen, Herrn Prof. Dr. Augurzky. In Ihrer Stellungnahme betrachten Sie die Gründe für die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und gleichzeitig blicken Sie auf den zukünftigen Bettenbedarf. Können Sie uns erläutern, zu welchen Schlüssen Sie kommen, und ob die vorliegenden Anträge dazu beitragen könnten, diese Herausforderung zu meistern?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Augurzky, bitte.

Prof. Dr. Boris Augurzky: Vielen Dank, Boris Augurzky, RWI, HCB Hohenstiftung, keine finanziellen Interessen. Ja, wenn man sich aktuell anschaut, wie sind die Betten ausgelastet, wir haben darüber gesprochen, die Fallzahlen sind niedriger, also ist die Auslastung geringer. Wenn man dann auch noch in die Zukunft blickt und sagt, wir können und sollen mehr Ambulanteleistung erbringen, dann brauchen wir auch weniger Betten, trotz des demografischen Effekts der Alterung der Menschen, sodass man davon ausgehen kann, dass wir künftig, sage ich mal, mit 25 Prozent weniger Betten rechnen können. Jetzt gibt es eigentlich nur zwei Wege, entweder Sie sagen, per Gießkanne überall 25 Prozent weniger Betten oder eben 25 Prozent weniger Standorte und Sie halten die anderen restlichen Krankenhäuser groß genug, um gut wirtschaften zu können. Ich denke, wenn man dieses Zielbild vor Augen hat, ist die Frage, wie kommt man da hin? In der Krankenhausreform ist es Vorhaltefinanzierung, Leistungsgruppen, die diesen Weg unterstützen sollen. Aber ich sehe auch, wenn ich vor Ort unterwegs bin, in vielen Landkreisen, auch schon seit 15 Jahren versuche ich die zu begleiten, solche Strukturoptimierungen durchzuführen, dann stelle ich im Moment fest, dass der doch harte ökonomische Druck, der dort herrscht im Moment bei vielen



Regionen bei einigen zum Umdenken führt und die sagen, dann werde ich auch in meinem Landkreis mit meinen mehreren Standorten hergehen und mehrere zusammenlegen, Schwerpunkte bilden. Das ist ein Prozess, der läuft und dafür brauchen Sie einen gewissen ökonomischen Druck. Das ist die Erfahrung. Sie sehen es auch in Analysen bei unseren Daten. Dort, wo dieser Druck höher ist, haben Sie effizientere Strukturen als dort, wo der Druck geringer ist. Also insofern kann man über Unterstützungsmittel reden. Man darf allerdings nicht zu weit gehen, sonst fehlt ein wichtiger Hebel, um diese Ziele zu erreichen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Professor Augurzky und für die AfD Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht nochmal an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und zwar folgender Passus mal besonders betrachtet. Wie können wir denn in der aktuellen Situation, wo denn doch diverse Krankenhäuser in die Insolvenz gehen, ausschließen, dass vielleicht wirklich die Krankenhäuser, die wir nach der Reform auch wirklich noch benötigen, dass wir die noch bis dahin erhalten? Gibt es da irgendwelche Pläne und Gedankengänge auch von Ihrer Seite, wo man sagt, da müssten wir darauf achten, weil ich habe das Gefühl, dass vielleicht gerade in den strukturschwachen Gebieten, wo wir vielleicht das Krankenhaus aufgrund von Entfernungen behalten müssten, dass diese Krankenhäuser aus Liquiditätsgründen vielleicht früher schließen müssten als die in den strukturstarken Gebieten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich will vorausschicken, dass ich davon ausgehe, dass alle Beteiligten in der Politik, ob das Bund, Länder sind, egal welche Fraktionen, Interesse daran haben, dass bedarfsnotwendige Versorgung in Deutschland weiterhin sichergestellt wird und wir insofern gemeinsam danach suchen müssen, über welches Instrument, bei einem

gewollten Strukturwandel, der ja durch die Krankenhausreform beschrieben ist und den auch wir, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, nicht ablehnen, aber auf einen planvollen Strukturwandel pochen, dass durch diesen Strukturwandel eben genau die von Ihnen angesprochenen bedarfsnotwendigen Standorte nicht wegbrechen, ohne dass eine für die Bevölkerung attraktive und angemessene Alternative aufgebaut ist. Zunächst einmal muss man sagen, dass wir im Moment hierfür keine Art Sicherstellungsfonds hätten auf den Landkreisen, die ja am Ende in der letzten Konsequenz für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, der stationären Versorgung in Deutschland zuständig sind, zurückgreifen könnten. Insofern ist heute die Situation, dass Landkreise insbesondere natürlich für ihre eigenen kommunalen Krankenhäuser einen hohen Defizitausgleich leisten, um eben das Wegbrechen dieser Strukturen zu vermeiden. Darüber hinaus gibt es zurzeit noch die Situation, dass eine ganze Reihe von Trägern bereit und in der Lage ist, aus eigenen Mitteln diese Defizitausgleiche zu leisten. Die werden aber immer geringer. Insofern ist jetzt hier wirklich die entscheidende Frage, an der genau das festgemacht wird: ist man kurzfristig in der Lage, von Seiten der Krankenhausplanung der Länder zu identifizieren, welches Krankenhaus mit welchem Angebot bedarfsnotwendig ist und eben welches nicht? Da sagen wir auch nach Rücksprache der Länder, kein Land kann im Moment genau diese Aussage treffen und weil das so nicht möglich ist und man jetzt nicht zielgenau auswählen kann, appellieren wir sehr an alle Verantwortlichen, diesen Übergang jetzt so zu gestalten, dass es eben gelingt, mit den vorhandenen Strukturen in die neue Welt zu starten. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Dr. Gaß und für die SPD Herr Heidenblut, bitte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Herrn Wolf. Als besonders ungewiss wird derzeit die Zukunft der kleinen ländlichen Krankenhäuser beschrieben. Gleichzeitig wird in der Bevölkerung der mögliche Verlust des nahen Krankenhauses als besonders bedrohlich wahrgenommen. Wie schätzen Sie die Zukunftsaussichten der ländlichen Krankenhäuser ein und wie bewerten Sie die Ängste vor dem Verlust und könnten Sie die Auffassung bitte



begründen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Wolf, gerne.

Johannes Wolf (GKV-Spitzenverband): Johannes Wolf, GKV-Spitzenverband. Vielen Dank, Herr Heidenblut, für die Frage. Die ländlichen Krankenhäuser liegen, das zeigt die Frage, eben uns wie Ihnen besonders am Herzen. Ich mache mir da aber bei der Finanzierung zugegebenermaßen maximal wenig Sorgen, weil wir die Sicherstellungszuschläge geschaffen haben und die gibt es in drei verschiedenen Spielarten. Einmal darf das Land jederzeit immer im Land ein Krankenhaus retten mit finanziellen Mitteln, indem es die umverteilt. Dann gibt es auf Bundesebene über die Krankenkassen einen Defizitausgleich für die vom G-BA definierten Landkrankenhäuser. Also da wird für die versorgungsrelevanten Fachabteilungen ein Ausgleich gesichert und die Variante, die dritte, dass pauschal noch Mittel über die Liste der ländlichen Krankenhäuser in die Richtung fließen. Also da ist sozusagen Netz und doppelter Boden gespannt. Man muss sich da um andere Dinge Sorgen machen, wie die Personalgewinnung im ländlichen Raum. Aber bei der Finanzierung haben diese Häuser im Grunde eine Ewigkeitgarantie. Da gilt das DRG (Diagnosis Related Groups)-System heute schon nicht. So, dass man sagen kann, da ist wirklich Sicherheit. Die Häuser, und das ist jetzt das Paradox im ländlichen Raum, sind gerade die, die wirtschaftlich besonders gut arbeiten. Das liegt jetzt daran, dass die schlanke Strukturen geschaffen haben. Es liegt daran, dass man traditionell, ich sage mal, gerade im Osten der Republik eine Krankenhauslandschaft hat, die nicht so wettbewerbsmäßig organisiert ist, wie das in den westlichen Bundesländern ist. Das kann man auch sehr schön im Ratingreport nachlesen, wenn es um Ausfallwahrscheinlichkeiten geht. So, und das zeigt, dass es geht. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Wolf, für die Union Herr Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Herrn Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Wir wollen ja mit dem Vorschaltgesetz eine Brückenfinanzierung erreichen, bis zu der dann

hoffentlich 2026 laut Aussage des Ministers und seiner Staatssekretäre greifenden Krankenhausreform und in dem Zusammenhang würde mich interessieren, ob die angebotenen Instrumentarien, von denen wir heute schon mehrfach gehört haben, einmal die Anhebung des Landesbasisfallwerts oder der Landesbasisfallwerte und zum anderen die Anwendung bzw. Vergrößerung der Bundespflegesatzverordnung, was die Pflegesatzvergütung anbelangt, aus Ihrer Sicht geeignet und wirklich zuverlässige Mittel sind, um diese Brückenfinanzierung sicherzustellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Gaß, gern.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Man muss differenzieren zwischen den Instrumenten, die Sie auch eben angesprochen haben, Herr Abgeordneter. Das ist zum einen jetzt eine inflationsbedingte Anpassung der Landesbasisfallwerte und der Bundespflegesatzverordnung für den Bereich der Psychiatrie, um eben diese Schere von Kosten und Erlösen, die mehrfach diskutiert wurde, wieder näher zusammenzubringen und damit den dauerhaften und kontinuierlichen Aufbau von Defiziten zurückzuführen und abzustoppen, sozusagen. Das ist das eine und das ist auch die angemessenste Maßnahme, die man gegenwärtig ergreifen kann. Ich will an der Stelle auch darauf hinweisen, die Krankenhäuser haben einen verbrieften Anspruch auf eine im Durchschnitt kostendeckende Refinanzierung ihres Aufwands, den sie ja aufgrund der Planfeststellungsbescheide und der Beauftragung zur Behandlung der Patienten gegenüber den Krankenkassen auch leisten. Das sollte man sich immer in Erinnerung rufen. Das ist ja kein freier Prozess, über den wir jetzt hier sprechen, sondern es ist ja hochreglementiert und mit hoheitlichen Bescheiden versehen. Der zweite Block der Instrumente, der heute diskutiert wurde, die schnellere Abfinanzierung der Pflegebudgets, die Erhöhung des Pflegeentgeltwerts, sind Maßnahmen, die für einige Häuser Liquidität schaffen können. Ich will aber auch mit Hinblick auf das, was Herr Wolf gesagt hat, an der Stelle darauf hinweisen, dass gerade Krankenhäuser, die schon im Prinzip genehmigte Pflegebudgets haben, deren



Abfinanzierung jetzt in den kommenden Monaten ansteht, diesbezüglich zum Teil bei Banken Kredite aufgenommen haben, aufgrund dieser verbrieften Forderung und dieses Geld schon längst ausgegeben haben. Wenn jetzt das Geld von den Krankenkassen schneller kommt, ist das schön, führt vielleicht zu gewissen Zinseinsparungen für die Häuser, weil sie dann diese Kredite früher zurückbezahlen können, löst aber eben nicht das Problem und das ist, glaube ich, ganz wichtig zu sagen. Dieses Geld sind verbrieftete Forderungen, die zum Teil schon längst ausgegeben wurden, wo man sogar Kredite aufgenommen hat, um sie überhaupt realisieren zu können. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und Frau Baehrens für die SPD, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Augurzky. Inwieweit liegen Ihnen Erkenntnisse darüber vor, dass Krankenhäuser Mittel, die ursprünglich für die Finanzierung der Betriebskosten vorgesehen sind, für investive Zwecke verwenden müssen, weil die Länder ihrer Finanzverantwortung nicht nachkommen und um welche Beträge, welche Größenordnung geht es da?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Augurzky, bitte.

Prof. Dr. Boris Augurzky: Boris Augurzky, Rwl. Ich bin von der HCW-Röhn-Stiftung. Wenn wir uns die Jahresabschlüsse der Krankenhäuser anschauen, die Bilanzen, dann können Sie dort das Sachanlagevermögen sehen. Also Sie sehen die Gebäude, die Gerätschaften und Sie sehen über die letzten, sagen wir mal, 20 Jahre, wie sich dieses Sachanlagevermögen jetzt in Relation zu dem Umsatz der Krankenhäuser reduziert hat. Also man sieht da so einen schleichenden Substanzabbau. Das ist nicht ganz so schnell, wie man das vermuten könnte, weil die Länder noch viel stärker ihre Investitionsfinanzierung abgebaut haben. Das liegt daran, dass, wie auch Herr Gaß erwähnt hat, dass eben die Betriebe dann aus Eigenmitteln versuchen, diesen Substanzabbau auszubremsen. Das gelingt nicht ganz. Das gelang so bis 2017 noch einigermaßen gut. Seitdem ist es nicht mehr ausreichend, weil

eben auch inzwischen die Gewinne, aus denen man ja das leisten kann, fehlen. Jetzt müsste man genau in die Daten reinschauen, aber ich denke, in früheren Zeiten kann man da durchaus über den Daumen sagen, zwei, zweieinhalb Prozent ihrer Erlöse sind dann auch in Investitionen geflossen in früheren Zeiten, inzwischen ist es nicht mehr so einfach möglich aufgrund sinkender Gewinne. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Professor Augurzky. Vielen Dank für die Union nun Herr Hüppe.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich hätte eine Frage an den Deutschen Städte- und Gemeindebund. Wir haben ja eben schon von einer Einzelsachverständigung gehört, wie schwierig die Situation eines kommunalen Krankenhauses ist. Deswegen frage ich Sie noch mal. Wie beurteilen Sie die schwierige finanzielle Situation in den Krankenhäusern, also insbesondere in der kommunalen Trägerschaft und wie bewerten Sie in dem Zusammenhang auch den Zeitplan der Krankenhausreform?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Elxnat, Sie sind angesprochen. Sie haben das Wort, bitte.

Marc Elxnat (Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)): Marc Elxnat, Deutsche Städte und Gemeindebund. Keine finanziellen Interessen. Die Kommunen unterstützen ihre Häuser heute schon mit Liquiditätshilfen, um den Inflationsausgleich, Tarifsteigerungen und Energiekostenerhöhungen aufzufangen. Es ist aber nicht Aufgabe der Kommunen, eigentlich Lückenbüßer zu spielen hier in dem Bereich und in dem Bereich Betriebskosten eigentlich auszugleichen. Wenn man sich dann mal die Lage der Krankenhäuser anschaut, in Niedersachsen beispielsweise wird es einen hohen dreistelligen Betrag geben, den alleine die kreisfreien Städte in ihre Krankenhäuser investieren müssen, nur um diese Liquiditätshilfen tatsächlich zu ermöglichen. Wir kriegen in den Kommunen, in den Kreisen, in den kreisfreien Städten auch Anträge von freien Trägern und privaten Krankenhäusern auf finanzielle Unterstützung. Da muss man einfach sagen, wir sind nicht in der Lage, und wir reden



insgesamt über einen Milliardenbetrag, das über einen längeren Zeitraum so auch aufrechtzuerhalten. Das muss man auch sehen und da geht es eigentlich nur um die kommunalen Krankenhäuser. Hinsichtlich des Zeitplans ist unsere Position, klare Prioritätensetzung, jetzt eine Sicherung der Liquidität der Krankenhäuser durch ein Vorschaltgesetz, um die Krankenhauslandschaft erstmal so zu sichern und dann in einem zweiten nachfolgenden Schritt natürlich eine Krankenhaus- und Gesundheitsreform, die all die Probleme, die ja zu dieser Schiefelage auch geführt haben, angeht und da muss man auch sehen, das ist ja heute auch schon angesprochen worden, ein Blick in andere Länder zeigt, dass wir da auch nochmal über einen hohen Milliardenbetrag über einige Jahre reden werden und reden werden müssen, um den Investitionsrückstand zum einen abzubauen und die Transformation finanzieren zu können. Und da sehen wir natürlich auch Bund und Länder in der Pflicht. Das vielleicht so als erste Antwort. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für die Grünen, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde nochmal den namentlich benannten Sachverständigen Prof. Karagiannidis von der Universität Witten/Herdecke folgende Frage fragen wollen. Ist vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels Zentralisierung und Konzentration in der Krankenhauslandschaft ein wichtiges Mittel zur Lösung und wenn ja, wie hoch ist das Potenzial?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis, bitte schön.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Ja, Christian Karagiannidis, Universität Witten/Herdecke. Die Zentralisierung ist sicherlich der absolute Schlüssel, um grundsätzlich aus der Krise rauszukommen und das mal gesagt aus dem Blickwinkel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern. Wir haben bei uns in Nordrhein-Westfalen im Bereich der Pflege mittlerweile eine sehr gute Erhebung, weil wir eine Pflegekammer haben bei uns in Nordrhein-Westfalen. Da ist evident geworden, dass 30 Prozent der Pflegefachkräfte über 55 Jahre

alt sind und gerade mal 15 Prozent unter 30 Jahre alt sind. Das bedeutet, wir werden in den nächsten Jahren zusätzlich zu der Veränderung der Arbeitswelt, die wir alle spüren, doch einen erheblichen weiteren Pflegemangel haben, der dazu führen wird, dass wir in den nächsten zehn Jahren sicherlich nochmal 30 Prozent der Kapazitäten verlieren werden. Die Frage ist, ist das Ganze schlimm und wie lösen wir das Ganze? Wir haben immer noch keinen guten Überblick darüber, wie viele Betten tagtäglich am Netz sind in Deutschland. Deswegen kann man immer nur auf Schätzungen zurückgreifen. Die OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) sprach zuletzt davon, dass wir ungefähr sechs Normalstationsbetten pro 1000 Einwohner haben. Wir gehen davon aus, dass im Moment etwa 20 Prozent gesperrt sind. Selbst wenn das so wäre, läge die Zahl immer noch deutlich über dem europäischen Durchschnitt, sodass wir uns keine Sorgen machen müssen, dass in Deutschland abgesehen von einzelnen Regionen eine echte Unterversorgung eintritt. Deswegen würde ich das Potenzial auf sicherlich 30 Prozent beziffern, ohne dass es zu einer relevanten Einschränkung der Versorgung kommt. Ich glaube, uns läuft mittlerweile die Zeit davon. Deswegen ist es extrem wichtig, dass wir diese Transformation mit Hilfe eines Transformationsfonds, und wir hatten schon mal das Beispiel bei uns im Osten in den 90er Jahren, dass man mit Hilfe eines Transformationsfonds oder Strukturfonds die Krankenhauslandschaft auch wirklich nachhaltig verändern kann, würde ich als vordringliche Maßnahme sehen, die jetzt auch in die Wege zu leiten, damit wir genau nicht in diese Situation kommen, dass wir die Krankenhäuser irgendwann so klein haben, dass sie nur noch 200-300 Betten haben und alle defizitär sind, sondern wirklich diesen Zentralisationsprozess jetzt auch aktiv betreiben. Dazu kommt, dass die Ambulantisierung sicherlich noch ein bisschen ein Stiefkind ist in den Krankenhäusern und wir müssen Wege finden, wie wir das gut finanzieren, sodass wir auch am Krankenhaus in der Somatik tagesklinisch behandeln können und da sehe ich noch mal ein zweites ganz großes Potenzial, was uns die Nachbarländer um uns herum vormachen, wie gut man das machen könnte. Und ich glaube, auch das sollten wir zusätzlich nutzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Prof. Karagiannidis. Für Die Linke, Ates Gürpınar.



Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage würde sich, wenn es erlaubt ist, an die Ökumene quasi richten, also sowohl an Herrn Radbruch als auch an Frau Rümmelin. Von den Krankenhäusern, die zur Anhörung heute Stellung genommen haben, ist der überwiegende Teil in kirchlicher Trägerschaft. Können Sie uns die allgemeine Situation und die speziellen Probleme erläutern, mit denen frei gemeinnützige Krankenhäuser derzeit konfrontiert sind und welche Entwicklung erwarten Sie in den nächsten Jahren, wenn sich an der aktuellen Finanzierung nichts ändert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, weil Sie zuerst genannt sind, Herr Radbruch, bitte.

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)): Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen Evangelischer Krankenhausverband. Keine finanziellen Interessen. Frau Vorsitzende, die wirtschaftliche Lage bei Krankenhäusern ist kompliziert zu beschreiben. Das ist bei allen Trägern gleich. Die leiden unter denselben Problemen im Prinzip und das ist nicht trägerspezifisch. Aber die Folgen sind trägerspezifisch und wenn man da nichts tut, dann wird das schon eine Verwerfung in der Krankenhauslandschaft geben. Also die privaten Krankenhäuser, die eher gewinnorientiert sind, die werden irgendwann sagen, das macht keinen Sinn mehr, die Rentenrendite kommt nicht mehr und werden die Häuser aufgeben. Die öffentlich-rechtlichen Häuser sind über verschiedenste Maßnahmen geschützt, weil da Defizit ausgleiche sind, über Kredite, Patronatserklärungen, Bürgschaften, was es da alles so gibt, oder Gewährsträgerschaften. Bei den frei gemeinnützigen Häusern gibt es eine gewisse Substanz, die jetzt aber eben aufgebraucht wird, weil sie ja nicht gewinnorientiert arbeiten und ihre Gewinne immer wieder reinvestiert haben und Reinvestition heißt nicht Gebäude nur, sondern Reinvestition heißt auch zum Beispiel in Behandlung von behinderten Patienten, Programme für besonders vulnerable Patienten und andere Dinge im Prinzip, die darüber finanziert worden sind. Es gibt da keinen Träger, der irgendwelche Finanzmittel zugibt. Bei manchen, wir sind ja oft Komplexträger, bei manchen ist es so, dass es auch sein kann, dass quersubventioniert wird aus anderen Hilfefeldern. Aber das ist auch keine Zukunftslösung und das ist auch keine

Lösung, die wirklich tragfähig ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Und dann geht das Wort jetzt noch an Frau Rümmelin für die letzte Minute. Bitte, Frau Rümmelin.

Bernadette Rümmelin (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD)): Vielen Dank. Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband und der andere Part der Ökumene. Danke Ihnen für die Frage. Wir haben schon eine sehr spezielle Lage im Bereich der freien Trägerschaft. Herr Radbruch hat das ausgeführt, weil uns die Gewährsträgerschaft im Background über weitere finanzielle Unterstützung fehlt. Wir haben die Besonderheit, dass wir im Rahmen unserer konfessionellen Trägerschaft Komplexleistungsträger sind, die an vielen Standorten in einer Region arbeiten, die zum Teil hochspezialisierte Leistungsleuchttürme ausgegründet haben über die Jahre. Wenn im Rahmen der Regelfinanzierung eben die Gesamtsituation, wie sie sich gerade darstellt, wo wir ja gesehen haben, dass 70 Prozent der Einrichtungen in diesem Jahr rote Zahlen erwarten laut DKI, dann ist die Gefahr sehr groß, dass im sozialen Versorgungsbereich eben gerade diese hochspezialisierten Leistungen auch wegfallen und in dem Sinne auch im Bereich der konfessionellen Trägerschaft Lücken entstehen, die nicht mehr quer subventioniert werden können und ganze Träger dann vom Markt verschwinden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Rümmelin, als Unterstützung der Ökumene ein paar Sekunden draufgegeben. Jetzt die FDP, Herr Prof. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ja, vielen Dank. Wir verlassen jetzt die Ökumene und gehen jetzt in eine andere Richtung an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Bschor. In Ihrer Stellungnahme schlagen Sie die gezielte Förderung ausgewählter Krankenhausstandorte durch die Bundesländer vor. Können Sie uns bitte erläutern, warum Sie diese Mittel für geeigneter halten als die Vorschläge der Antragsteller?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Bschor, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Tom Bschor: Tom Bschor, Einzelsachverständiger, Leiter der Regierungskommission Krankenhäuser, keine finanziellen Interessen. Der Hauptgrund für die wirtschaftlichen Schwierigkeiten ist der Rückgang der Auslastung und der Fallzahlen. Die Zahlen sind schon genannt worden. Präpandemisch hatten wir 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 und jetzt im letzten Jahr waren es nur noch 16,8 Millionen. Das ist ein Rückgang von 13,4 Prozent. Daran zeigt sich ein Überangebot, was es gibt. Das wird auch plausibel, wenn wir den internationalen Vergleich uns angucken. Innerhalb Europas hat kein Land so viele Krankenhausbetten pro Einwohner und auch so viele Krankenhausbehandlungen pro Einwohner wie Deutschland. Deswegen habe ich diesen Vorschlag gemacht, weil es nicht sinnvoll erscheint, jetzt mit der Gießkanne, wie es den beiden Anträgen zu entnehmen ist, Doppel- und Mehrfachvorhaltung und diese Überkapazitäten jetzt künstlich aufrechtzuerhalten, wenn sie keine wirtschaftliche Perspektive haben, sich auch tragen zu können und die Kompetenz, welche Krankenhausstandorte erhalten, ausgebaut, gefördert werden sollen, das liegt bei den Ländern, die ja auch die Aufgabe der Krankenhausplanung haben. Wohin die Reise geht und in welche Richtung die Krankenhausreform sich entwickelt, ist ausreichend zu sehen, sodass die Länder durchaus in der Lage sind, jetzt hier schon die richtigen Weichen zu stellen. Sie können ihre Investitionsmittel so lenken, dass die Krankenhausstandorte, die gefördert werden sollen, diese Mittel vorrangig bekommen. Sie haben darüber hinaus Möglichkeiten, das wurde heute auch schon erwähnt, Krankenhäuser zu unterstützen. Die Länder legen ja zu Recht großen Wert darauf, dass die Planungskompetenz bei ihnen liegt, und deswegen sollen sie das auch nutzen, damit eben die Gelder jetzt nicht ausgegeben werden für Standorte und Betten, die dann vielleicht im Rahmen der Krankenhausreform verkleinert zusammengelegt geschlossen werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Danke, Prof. Bschor. Und für die SPD, Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich auch an Herrn Prof. Bschor. Die vor uns liegende Krankenhausreform hat unter anderem zum Ziel, die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern zu verbessern. Dazu sollen bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen formuliert werden, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um eine bestimmte Leistung erbringen zu können. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die geforderten Defizitausgleiche bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Bschor, bitte.

Prof. Dr. Tom Bschor: Tom Bschor, Einzelsachverständiger, Leiter der Regierungskommission. Für viele Indikationen, Eingriffe und Behandlungen sind sogenannte Volume-Outcome-Effekte wissenschaftlich klar gezeigt. Das heißt, Krankenhäuser, die größer sind, mehr Behandlungen machen und mehr Erfahrung haben, haben hier eine größere Qualität. Dazu kommt auch, dass Krankenhäuser, die einfach auch insgesamt breiter aufgestellt sind, im Durchschnitt eine höhere Qualität anbieten können, weil der typische Krankenhauspatient, die typische Krankenhauspatientin ist multimorbid, das weiß ich selbst aus 30 Jahren täglicher Arbeit im Krankenhaus. Wenn es die anderen Abteilungen, die anderen Kompetenzen gibt, werden die auch in Anspruch genommen und dann gibt es den Bedarf und das kommt unmittelbar den Patientinnen und Patienten zugute. Tatsächlich aber haben zwei Drittel der Krankenhäuser in Deutschland weniger als 300 Betten und das sind kleine Krankenhäuser, die es, nebenbei gesagt, auch wirtschaftlich schwerer haben zu überleben und sehr viel eher in der Gefahr sind, Defizite zu machen, was auch ziemlich plausibel ist, da auch so ein kleines Krankenhaus viele Strukturen vorhalten muss, die keine eigenen Einkünfte erwirtschaften, wie eine Geschäftsführung, wie ein Controlling, wie eine EDV und so weiter. Deswegen ist es mit Blick auf die Qualität, die Sie nachgefragt haben, kritisch zu bewerten, wenn pauschal alle Krankenhäuser jetzt mit zusätzlichem Geld unterstützt werden und das nicht gezielt gefordert, nicht an Bedingungen geknüpft wird, nicht an eine Analyse geknüpft wird, sondern einfach nur so eine pauschale Ausgabe erfolgt. Man muss auch sehen, wir hatten in den ganzen letzten



Jahren kontinuierlich eine überproportionale Steigerung der Ausgaben für die Gesundheit, nicht Krankenhäuser, sondern Gesundheit insgesamt. Stärker als das Bruttoinlandsprodukt, stärker als die Inflation gewachsen ist. Das heißt, wir haben unser System nur dadurch stabil gehalten, dass wir immer noch mehr und noch mehr Geld gegeben haben und dadurch hat sich auch der Reformstau aufgebaut, weil eben die Defizite mit immer noch neuem Geld zugekittet wurden. Und ich glaube, diesen Fehler sollte man an der Stelle jetzt nicht wiederholen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Vielen Dank, Herr Professor Bschor. Vielen Dank Ihnen allen für die konzentrierten Fragen und die sachkundigen Antworten. Ich darf noch sagen, dass wir etwa zehn Minuten später mit der Live-Übertragung waren, als wir hier miteinander begonnen haben. Das waren technische Probleme, aber alles, was vor der Übertragung besprochen wurde, ist ja dann auch im Wortprotokoll nachlesbar. Vielen Dank nochmal und kommen Sie alle gut und sicher nach Hause. Auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 15:50 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende