

**Stenografischer Bericht**  
(ohne Beschlussprotokoll)

**öffentliche Anhörung**

96. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

12. Mai 2023, 9:00 bis 10:58 Uhr

**Anwesend:**

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

**CDU**

Sabine Bächle-Scholz  
Dr. Ralf-Norbert Bartelt  
Marvin Flatten  
Sandra Funken  
Petra Müller-Klepper  
Claudia Ravensburg

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Kathrin Anders  
Silvia Brünnel

**SPD**

Ulrike Alex  
Nadine Gersberg  
Lisa Gnadl  
Dr. Daniela Sommer

**AfD**

Volker Richter

**Freie Demokraten**

Yanki Pürsün

**DIE LINKE**

Petra Heimer

**Fraktionsassistentinnen und -assistenten:**

CDU:	Dr. Carla Thiel
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:	Jana Widdig
SPD:	Bettina Kaltenborn
AfD:	Dagmar Tröger
Freie Demokraten:	Lars Ruckstuhl
DIE LINKE:	Thomas Völker

**Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:**

HMSI

StSin Janz  
MR Gruno  
RORin Zahn

**Anzuhörende:**

<b>Institution</b>	<b>Name</b>
<b>Kommunale Spitzenverbände</b>	
Hessischer Städtetag Wiesbaden	Geschäftsführender Direktor Dr. Jürgen Dieter
Hessischer Landkreistag Wiesbaden	vertreten durch den Hessischen Städtetag, Dr. Jürgen Dieter
<b>Anzuhörende</b>	
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland Landesgruppe Hessen	Vorstandsmitglied Dr. Dirk Fellermann
Hessische Krankenhausgesellschaft	Geschäftsführender Direktor Prof. Dr. med. Steffen Gramminger
Klinikverbund Hessen	Geschäftsführer Reinhard Schaffert
Landesverband der Privatkliniken Hessen	Aguedita Afemann
Ver.di Hessen, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft	Georg Schulz

Protokollführung: Anja Geißler, Karl-Heinz Thaumüller, Maximilian Sadkowiak

## Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**  
**Fraktion der SPD**  
**Gesetz zur Stärkung hessischer Krankenhäuser**  
– Drucks. [20/10647](#) –

hierzu:

Stellungnahmen von Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage SIA 20/92 –

(Teil 1 und Teil 2 eingegangen im April/Mai 2023 und verteilt am  
05. und 10.05.2023)

**Vorsitzender:** Einen wunderschönen guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich heiße Sie herzlich willkommen zur 96. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses. Ich darf auch Frau Staatssekretärin Janz ganz herzlich in unserer Runde begrüßen und rufe als ersten Tagesordnungspunkt die öffentliche mündliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für Gesetz zur Stärkung hessischer Krankenhäuser auf.

Als erste Institution rufe ich aus der kommunalen Familie den Hessischen Landkreistag auf, heute vertreten durch den geschäftsführenden Direktor des Hessischen Städtetages Dr. Jürgen Dieter.

**Dr. Jürgen Dieter:** Ich bin der geschäftsführende Direktor des Städtetages und habe heute die große Ehre, für den Landkreistag mitsprechen zu dürfen. Herr Vorsitzender, ich spreche also mit Ihrer Erlaubnis für beide Verbände.

Wir haben als Hessischer Städtetag die Position, die wir heute in dieser Anhörung vertreten und die wir Ihnen auch schriftlich eingereicht haben, seit vielen Jahren eingenommen, allerdings selten oder eigentlich nie in diesem Ausschuss vertreten, sondern immer im Haushaltsausschuss im Zuge der Diskussion um die Finanzlage der Städte und Gemeinden, also sprich, um den kommunalen Finanzausgleich.

Wir haben seit Jahren immer dasselbe gesagt, dass die Finanzierung der Krankenhäuser notleidend ist, was die Investitionen betrifft, vor allem soweit originäre Landesmittel zur Verfügung gestellt werden. Das waren immer die berühmten 18,4 Millionen €. Das ist eine sehr schwache Dotierung, eine Dotierung, die auch keinen Vergleich aushält mit anderen Bundesländern, die alle besser finanzieren mit originären Mitteln, als das Hessen tut. Wir sind uns nicht ganz sicher, wie das in Baden-Württemberg ist; deswegen könnte es sein, dass es dort noch schlechter ist. Aber

alle anderen Bundesländer sind nach den klar vorliegenden Aussagen besser in der Hilfe für ihre Krankenhäuser mit originären Landesmitteln. Da ist Aufholbedarf in Hessen gegeben.

Das gilt auch unter den Vorgaben des Doppelhaushaltes 2023/24. Dort gab es sehr intensive Verhandlungen, da gab es auch Verbesserungen in geringem Maße, was die Investitionsmittel, vor allem die pauschalen Investitionsmittel, betrifft, die man braucht – wenn man so will – für den Alltag der Krankenhäuser. Wir haben das eingehend beschrieben. Es war der Einsatz unseres Präsidenten, der da nicht ohne Erfolg war. Aber wenn ich das richtig bewerte, gilt das für den Doppelhaushalt 2023/24. Wenn wir nachhaltige Finanzierung anstreben, dann ist das Thema ab 2025 schon wieder erledigt; da muss man zumindest erneut darum kämpfen, dass es mehr werden als die 18,4 Millionen €.

Deswegen kommt uns die Position im SPD-Antrag, nun statt der 18,4 100 Millionen € aus originären Landesmitteln einzusetzen, sehr entgegen. Sie stabilisiert die Krankenhausfinanzierung und schafft damit eine größere Sicherheit auch für die Finanzlage unserer Häuser, nicht nur unserer kommunalen Häuser, sondern aller Häuser, die für die Krankenversorgung verantwortlich sind. Klar ist, dass wir dann auch erwarten, dass das im 21. Landtag umgesetzt wird. Für den Doppelhaushalt dieses Landtags kommt diese Finanzierung wahrscheinlich sehr spät; aber wenn es Gesetz wird, hoffen wir, dass die Umsetzung in der nächsten Legislaturperiode erfolgt und uns entsprechend hilft.

Ich will gern etwas sagen zur Struktur der Finanzierung und nehme Beispiele von Mitgliedern, die diesem Haus angehören. Wenn wir sehen, dass jetzt die Krankenhausinvestitionen erhöht werden gegenüber den Vorjahren, ist das erfreulich. Auf der Bank, auf der ich sitze, sitzen Verantwortliche für die Krankenhäuser. Sie sind froh um zusätzliche Investitionen und Fragen nicht zuerst, woher das Geld kommt.

Wir fragen das natürlich sehr wohl. Wenn die Investitionen erhöht werden, wie das jetzt der Fall ist – durchaus beachtlich im Doppelhaushalt 2023/24, das ist nicht zu leugnen –, dann zahlt das zuvorderst nicht das Land aus seinen Mitteln, sondern die Städte. Wir haben beispielsweise eine Vertreterin in diesem Ausschuss aus Bad Wildungen, das zahlt die Stadt Bad Wildungen, weil sie weniger Schlüsselmasse, weniger Schlüsselzuweisungen bekommt und weil sie deswegen mehr in die Kreisumlage zahlen muss, weil der Kreis Waldeck-Frankenberg mehr Krankenhausumlage entrichten muss. Das ist das System.

Oder schauen wir nach Bad Vilbel. In Bad Vilbel ist das genauso. Bad Vilbel zahlt mehr in die Krankenhausumlage und bekommt weniger Schlüsselzuweisungen, und wenn es abundant wird oder wäre, würde die Stadt dann eine höhere Abundanzumlage bezahlen.

Das gilt genauso für Altenstadt. Ich habe jetzt einmal drei Damen aus diesem Hohen Ausschuss herausgegriffen. Altenstadt zahlt auch mehr Kreisumlage, wenn die Krankenhausumlage erhöht wird, und bekommt weniger aus dem Topf der Schlüsselmasse. Das ist ein Finanzierungssystem, das nicht gut ist und das auch insgesamt im System nicht passt. Wir haben uns in den Neunzigerjahren schon darüber unterhalten, dass das Auseinanderfallen von Finanzierungs- und Ge-

staltungsverantwortung nicht gut ist, und wir haben nun den Fall, dass die Finanzierungsverantwortung bei den Kommunen liegt, und die Gestaltungsverantwortung, vor allem die Krankenhausplanung, liegt beim Land. Das ist eine nicht gute Situation, und ich fürchte, wir werden auch in der Diskussion um die Krankenhausreform an sehr konkreten Beispielen genau sehen, dass das System nicht optimal ist, übrigens seit Jahrzehnten nicht optimal ist. Da brauchen wir jetzt keine politischen Schuldzuweisungen vorzunehmen; aber es gehört endlich einmal sinnvoll reformiert. Ich könnte dazu ausführen; aber ich fürchte, Herr Vorsitzender, dafür wollen Sie mir die Redezeit nicht geben.

**Prof. Dr. Steffen Gramminger:** Auch von unserer Seite – wen wird es wundern? – kann ich sagen, einem Gesetzentwurf zur Stärkung der hessischen Krankenhäuser werden wir grundsätzlich immer zustimmen, zumal es in der aktuell prekären Situation sowieso in höchstem Maße notwendig ist.

Dass die duale Finanzierung schon seit Jahren eigentlich nicht mehr richtig funktioniert, nicht so, wie es in der Problembeschreibung im Gesetzentwurf beschrieben ist, ist uns, glaube ich, allen bekannt. Notwendige Investitionsfördermittel erreichen schon seit Jahren nur einen Bruchteil dessen, was eigentlich für den ordentlichen Betrieb der Krankenhäuser notwendig wäre.

Die Erhöhungen der Pauschalen, wie es Herr Dr. Dieter gerade eben schon kurz beschrieben hat, haben wir natürlich begrüßt. Es sei uns nachgesehen, dass wir von Krankenseite erst als Zweites fragen, woher das Geld genau kommt, obwohl Herr Dr. Dieter natürlich schon vollkommen richtig beschrieben hat, dass es sich vielleicht nicht in der richtigen Balance befindet.

Die 380 Millionen € für 2023 und die 390 Millionen € für 2024, also die rein pauschalen Fördermittel, waren somit natürlich auch ein wichtiges Zeichen und – das ist uns durchaus bewusst – auch ein Kraftakt für das Land Hessen, aber natürlich auch in besonderem Maße für die Kommunen aufgrund der beschriebenen Umlagen. Insofern ist die Forderung einer Erhöhung, die Forderung, dass die originären Landesmittel um 81,6 Millionen € auf insgesamt 100 Millionen € erhöht werden müssen, nachvollziehbar bei den zweifelsohne stark finanziell belasteten Kommunen.

Aber – nun kommt natürlich das Aber –, Herr Dr. Dieter hatte schon gesagt: Es sind nicht nur die kommunalen Krankenhäuser, sondern alle Krankenhäuser. Das wäre korrekt, wenn es nicht genau in dieser Form, wie sie beschrieben ist, so umgesetzt würde, nämlich dass nicht nur das Verhältnis entsprechend ausgeglichen wird, sondern die Fördermittel müssten in derselben Summe erhöht werden,

(Zuruf und Kopfnicken der Abg. Dr. Daniela Sommer)

– Frau Sommer nickt schon und stimmt mir zu – damit es tatsächlich alle Krankenhäuser betrifft. An diesem Punkt verstehe ich den Gesetzentwurf nicht. Darin steht, 100 Millionen €, was es ausmachen würde. Das wäre aber meines Erachtens dann eigentlich die doppelte Summe, weil

eine Erhöhung der pauschalen Fördermittel nur dann allen Krankenhäusern zugutekommen würde.

Insofern wäre es dringend angezeigt, dass es zu einer Erhöhung der Haushaltsmittel kommt um dieselbe Summe, um es allen Krankenhäusern zugutekommen zu lassen; denn dies ist unter dem Aspekt der Trägervielfalt nach Auffassung der Hessischen Krankenhausgesellschaft als Vertreterin aller Krankenhäuser absolut notwendig.

Dass die Summe trotz dieser 380 bzw. 390 Millionen €, die doch eine deutliche Erhöhung darstellt, trotzdem weiterhin notwendig ist, ist das alte Lied, dass wir mit den Fördermitteln, auch wenn wir in Hessen in dieser Legislaturperiode sehr darum bemüht waren, trotzdem immer wieder hinterherhinken. So wird ein großer Teil jetzt schon wieder durch die Inflation aufgefressen, und außerdem waren die schon 2022 nachgewiesenen errechneten notwendigen Fördermittel von 460 Millionen € auch bei 380 Millionen € und bei 390 Millionen € noch nicht erreicht. Die weiteren Summen, den Struktur- und Zukunftsfonds, zähle ich jetzt nicht zu den pauschalen Fördermitteln; denn auch diese Summen werden ja schon über die Jahre gezogen, bis sie dann endlich entsprechend zur Auszahlung kommen.

Somit, auch selbst wenn es dazu kommt, was sich im ersten Moment vielleicht sehr viel anhört, wäre trotzdem immer noch nicht die endgültig notwendige Lücke geschlossen. Unterm Strich können wir die Erhöhung sehr gut befürworten; allerdings müsste um diese Summe auch die Pauschalförderung erhöht werden, damit es eben nicht nur den Spielraum der Kommunen erweitert, um die kommunalen Krankenhausträger zu entlasten bzw. eventuell auch mehr zu unterstützen, sondern damit es allen Krankenhausträgern, den privaten wie auch den freigemeinnützigen, gleichermaßen zugutekommt.

**Reinhard Schaffert:** Als Klinikverbund Hessen im Verband der öffentlichen und kommunalen Krankenhäuser in Hessen schließe ich mich meinen beiden Vorrednern uneingeschränkt an. Zum einen, wenn wir sagen, dass die Investitionsmittel insgesamt nicht ausreichen und deswegen auch im Haushalt natürlich entsprechend erhöht werden müssen, und zum anderen, wenn wir begrüßen, dass das jetzt der Fall gewesen ist, wenn auch nicht in ausreichendem Maße, dann wird immer weggelassen, dass wir dabei immer dafür plädieren, dass die Kommunen dadurch nicht weiter belastet werden.

Ich will aber noch einmal grundsätzlich etwas sagen zu der Investitionsförderung. Die Einnahmen der Krankenhäuser sind insgesamt beschränkt. Sie sind gesetzlich vorgegeben, es gibt die Einnahmen aus den Behandlungserlösen und die Investitionsförderung. Die anderen Einnahmen aus Privaterlösen oder sonstigen Geschäftsfeldern kann man im Verhältnis dazu in der Regel bei den allermeisten Krankenhäusern vernachlässigen.

Durch diese gesetzlichen Vorgaben ist also letztlich das Volumen oder die Einnahmen, die ein Krankenhaus erzielen kann, beschränkt, und wenn die Investitionsfördermittel nicht ausreichen, um den tatsächlichen Investitionsbedarf zu decken, dann – das passt jetzt auch ganz gut zum

Tag der Pflege, der heute ist – muss man diese Mittel als Krankenhaus eben aus dem anderen Bereich sozusagen abzweigen bzw. entsprechende Gewinne im anderen Bereich erzielen, um diese Lücke bei den Investitionskosten zu füllen.

Da muss man natürlich schauen: Im GKV-Bereich wird darauf geachtet, dass die Ausgaben doch möglichst begrenzt bleiben für den Krankenhausbereich. Das hat in den letzten Jahren auch dadurch zugenommen, dass viele Ausgaben, viele Mittel zweckentsprechend verwendet werden müssen. So ist es beispielsweise jetzt nicht mehr möglich, aus dem Pflegebudget Einsparungen zu erzielen, um die Lücke bei den Investitionsförderungen zu schließen. Ich stelle einmal die These auf, dass viele Maßnahmen, viele Eingriffe, die ins DRG-System in den letzten zehn Jahren gemacht worden sind, nicht notwendig gewesen wären, wenn die Investitionsmittel der Länder – und damit meine ich alle Länder – ausgereicht hätten und die Krankenhäuser nicht gezwungen gewesen wären, Kosten zulasten der Pflegeberufe einzusparen. Insofern ist es einfach wichtig, dass das Land diese Aufgabe der Investitionsförderung auch tatsächlich wahrnimmt und erfüllt; aber dies – wie auch Herr Prof. Gramminger schon ausgeführt hat – eben nicht nur, indem es die Quelle der Mittel anders verteilt, sondern indem auch dieser Betrag tatsächlich an die Krankenhäuser fließt, letztlich auch um die Kommunen zu entlasten, die sehr viele Mittel aufwenden, um die Krankenhausstruktur, die Krankenhausversorgung in Hessen aufrechtzuerhalten, und diese Mittel eigentlich für andere Zwecke einsetzen müssten, nämlich für Kindergärten, Schulen oder andere Dinge.

Insofern befürworten wir den Gesetzentwurf und wünschen uns oder erwarten natürlich gleichzeitig, dass sich der dort genannte Betrag dann auch im Haushalt bei den Investitionsfördermitteln erhöhend widerspiegelt.

**Dr. Dirk Fellermann:** Wir reden über einen guten Ansatz, der sicherlich unsere Zustimmung findet. Wir sehen aber an bestimmten Stellen dort noch Gesprächsbedarf.

Die Investitionsfinanzierung bleibt in der zurzeit noch dualen Krankenhausfinanzierung sicherlich ein zentrales Instrument zur Gestaltung der Krankenhausversorgung. Wenn man sich aber einmal die Krankenhausfinanzierung, die Krankenhausfinanzierungs-Gesamtfördermittel in der Bundesrepublik in den letzten Jahrzehnten anschaut, dann stellt man fest, dass in den Jahren 1991 bis 2019, wenn man die Geldwertentwicklung korrigiert über den Verbraucherpreisindex, letztendlich nur noch ein Prozentsatz von 55,6 % der Fördermittel des Jahres 1991 im Jahr 2019 existiert hat. Die Bemühungen der Hessischen Landesregierung gerade in den letzten Jahren – die Vorredner haben es schon an einigen Stellen gesagt – sind bemerkenswert und werden auch auf der operativen Ebene mehr als positiv wahrgenommen. Wenn man es einmal in Vergleich setzt zu den Umsätzen der Krankenhäuser, also zu den Investitionsquoten, reden wir überschlägig von 5 %. Die Fachliteratur sagt, auskömmlich bzw. notwendig ist hier eine Investitionsquote von 9 bis 10 %, will heißen, dass wir noch ein Delta haben von 4 bis 5 %, an dem noch zu arbeiten ist.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf kann sicherlich zur Stärkung der hessischen Krankenhäuser einen Beitrag leisten; wir müssen allerdings – das hat Herr Prof. Gramminger gerade ausführlich dargestellt – bei den 81,6 Millionen € sehen, dass es bei den Krankenhäusern auch ankommt, das heißt, dass es auch in den Haushalten eingepreist wird. Ansonsten wäre es – obwohl ich es als Geschäftsführer eines kommunalen Krankenhausbetriebs sicherlich gelassen sehen kann – de facto nur ein Entlastungsprogramm für die Kommunen, die es sicherlich bitter nötig haben. Aber Sie müssen gerade den § 1 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes „Vielfalt der Krankenhausträger“ berücksichtigen, und meine Bitte wäre, dass man sich diesen Gedankengang noch einmal Revue passieren lässt und gegebenenfalls in die Gesetzeslage aufnimmt.

Eine Erhöhung der originären Landesmittel bei gleichzeitiger Erhöhung der Haushaltsmittel in selbigem Umfang, also die 86,1 Millionen €, kann, wie gesagt, ein Beitrag zur Stärkung aller hessischen Krankenhäuser leisten, wird aber für die Zukunftssicherung der Krankenhäuser, weil es ja eine Säule ist, sicherlich in Zukunft nicht ausreichen. Daher bitte ich Sie, dass Sie mir noch eine Minute geben.

Vor dem Hintergrund der wohl noch länger bestehenden hohen Inflationsraten und der damit einhergehenden Preissteigerungen empfehlen wir zu dieser Gesetzesänderung eine Möglichkeit der automatischen Kopplung des Fördermittelvolumens, beispielsweise an den Baupreisindex. Wenn Sie die Baupreisindices der letzten Quartale sehen – –

Ich selber komme gerade in den Hochgenuss, einen Neubau errichten zu müssen, und dann haben Sie einen Baupreisindex von 17,7 %, und die Fördermittel, die wir – toi, toi, toi! – für unser Vorhaben auch mit dem Land Hessen damals besprochen haben, da sehen Sie, wie das Geld in den Händen schmilzt. Von daher wäre meine Bitte an Sie, versuchen Sie, über eine automatische Kopplung des Fördermittelvolumens, meinetwegen an den Baupreisindex, und nach Möglichkeit auch über eine Abfederung der zunehmend hohen Finanzierungskosten im Rahmen dieses Gesetzentwurfs nachzudenken und daran zu arbeiten.

Die Förderlücke im investiven Bereich, die es schon immer gab, die das Land Hessen in den letzten Jahren wirklich vehement zu verkleinern versucht hat, führt in eine weitere wirtschaftliche Schiefelage, sodass wir auch nicht in der Lage sind, diese Förderlücke mit Eigeninvestitionen, wie es früher war, zu schließen. Herr Schaffert als Vorredner und Verantwortlicher für den Klinikverbund, wir hatten vor geraumer Zeit einmal acht bis zehn der größten kommunalen Klinikträger in Hessen nach ihren Wirtschaftsplänen 2023 gefragt – das sind Klinikverbünde mit einem Jahresumsatz größer 100 Millionen € –, und da kam kumuliert ein Verlust im Wirtschaftsplan 2023 von annähernd 130 Millionen € im rein betriebswirtschaftlichen Geschäft als Betriebsergebnis heraus.

Diese 130 Millionen € liegen allein für ein Jahr schon weit über diesen 81,6 Millionen €, über die wir gerade als Aufstockung reden. Ich bitte Sie, das auch einmal zu berücksichtigen. Will abschließend heißen, dass jetzt auch der eingeleitete Transformationsprozess von Herrn Prof. Lauterbach im Hinblick auf die Finanzierungsreform der Krankenhäuser, wo auch das Land Hessen permanent in Arbeitsgruppen tagt, einen starken Einfluss zu nehmen und natürlich auch die Planungshoheit des Landes Hessen möglichst als Gewicht mit einzubringen, um auch auf dieser Seite des operativen Tagesgeschäfts, der Betriebskosten als zweite Säule der Finanzierung, die

Krankenhäuser dort nicht weiter Schiffbruch erleiden. Wir würden uns freuen, wenn Sie den einen oder anderen Punkt würdigen könnten.

**Aguedita Afemann:** Frau Dr. Sommer, wir hatten den Gesetzentwurf auch erst so verstanden, dass es einzig und allein um die Lastenverteilung geht zwischen Land und den Kommunen. Da würden wir uns nicht unbedingt einmischen wollen, da folgen wir eher der Aussage von Herrn Dr. Dieter. Den Krankenhäusern ist es im Grunde genommen egal, wo das Geld herkommt; Hauptsache die Investitionsmittel sind da.

Wir möchten aber auch darauf hinweisen, dass die Kommunen natürlich besonders belastet sind. Das sehen wir jetzt, das kann man in der Presse verfolgen, da viele Häuser in eine wirtschaftliche Schiefelage geraten sind durch die andauernde Unterfinanzierung des Krankenhausbereichs. Auf Landesebene betrifft das natürlich die Investitionsmittel. Ich habe einmal nachgeschaut, wie sich diese entwickelt haben. Als 2008 diese Gesetzesänderung kam, wurden die originären Landesmittel auf 18,4 heruntersetzt mit der Begründung, dass die Krankenhäuser über eine gute Ausstattung verfügten, und es deshalb nicht nötig sei, weiter an der höheren Umlage festzuhalten, weil andere Maßnahmen wichtiger seien. – Das mag so gewesen sein, ich kann nicht beurteilen, wie die Situation damals 2008 war. Ich denke, es gilt, in die Zukunft zu schauen.

Vielleicht für Sie ganz interessant ist noch die Feststellung, 2009 lagen die Krankenhausinvestitionsmittel für die hessischen Krankenhäuser bei 262 Millionen €, und dann ging es im Grunde genommen bergab. Wir haben den Wert von 262 Millionen € erst wieder 2019 überschritten. Das hat die Krankenhäuser sicherlich auch mit in eine große Schiefelage gebracht. Das sieht man im kommunalen Bereich, dass dort Gelder fehlen, dass dort ein Modernisierungs- und Sanierungsstau besteht. Wir können lesen, dass viele Kommunen einen Defizitausgleich betreiben müssen, um ihre Krankenhäuser am Netz zu halten. Das ist natürlich für uns aus privater Klinikträgersicht eher unschön, denn das ist quasi eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung, die hier aufgetan wird, und das führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, weil sozusagen zusätzliches Steuergeld zugeschossen wird, um Krankenhausstandorte zu erhalten. Aber von diesem zusätzlichen Geld profitieren die anderen Trägergruppen nicht, die gleichberechtigt auf dem Markt bestehen.

Wir würden den Ministerpräsidenten Boris Rhein beim Wort nehmen. Wir waren eingeladen am 28. April beim Versorgungsgipfel, und wie man in der Pressemitteilung nachlesen konnte, geht es dem Ministerpräsidenten darum, die Gesundheit in Hessen zukunftsfähig aufzustellen. Er sagte selbst, dass das Gesundheitswesen vor sehr großen Herausforderungen steht. Insofern würden wir den Antrag von der SPD vollumfänglich unterstützen, diese 81,6 Millionen €, die sozusagen on top kommen, dass das Land dieses Geld zusätzlich gibt; denn ich denke, wir brauchen nicht nur 380 Millionen €, sondern wir brauchen mittlerweile 500 Millionen € einzig und allein für die zweite Säule der Krankenhausfinanzierung.

Dann kommen noch die Transformationskosten dazu im Zuge der Krankenhausreform. Da gibt es jetzt noch keine ganz validen Berechnungen, weil das alles noch im Schwange ist, und insofern muss man abwarten; aber es ist doch abzusehen, dass das Land sich auch hier beteiligen werden

muss. Aufgrund der Steuerschätzung gestern ist klar, dass die finanziellen Mittel begrenzt sind und sozusagen die Last auf alle Bereiche verteilt werden muss, Land, Kommunen und auch den Bund. Jeder muss seinen Beitrag leisten, und das sollte man vor Augen haben auch bei dieser Gesetzesänderung.

**Georg Schulz:** Ich glaube, wir sind uns auf den Anzuhörendenplätzen alle einig: Der Entwurf geht in die richtige Richtung. Wir haben einen hohen Bedarf an zusätzlichen Investitionsmitteln in den Krankenhäusern, und aus unserer Sicht schließen die 81,6 Millionen € die Lücke zum Teil, aber noch nicht ganz.

Wir hatten im Jahr 2017 ein Gutachten des RWI bekommen zur Investitionslücke in den einzelnen Bundesländern im Krankenhausbereich. Schon damals lag die Investitionslücke in Hessen bei 225 Millionen €, und wenn man nachrechnet, sind die Fördermittel des Landes Hessen in den Jahren nach 2017 kontinuierlich gestiegen, auch im Doppelhaushalt; aber die Lücke ist ungefähr in dem gleichen Umfang weiter bestehen geblieben.

Zusätzlich gibt es noch Herausforderungen, die schon genannt worden sind, wie Klimaschutz, Digitalisierung und die inflationäre Entwicklung der Baukosten. Dies alles zusätzlich wird die Lücke noch vergrößern, sodass wir eher von einem zusätzlichen Bedarf nicht von 81 Millionen €, sondern in einer Größenordnung von 230 bis 240 Millionen € ausgehen. Wenn diese Mittel nicht aus den Landesinvestitionsmitteln kommen, dann bleibt nur die Möglichkeit, es aus den Personalkosten zu nehmen, also aus den Mitteln, die die Krankenhäuser eigentlich für die Versorgung und erfolgreiche Behandlung von Patienten bekommen. Das ist die größte Gruppe, und es hat im Pflegebereich dazu geführt, dass wir einen extremen Mangel an Pflegekräften haben, also viele Operationen, viele Behandlungen zurzeit verschoben werden müssen, weil nicht ausreichend Personal vorhanden ist, um die Behandlungen durchzuführen.

Um den Bereich der Pflegekräfte ist inzwischen durch das Pflegebudget ein gewisser Schutz gezogen worden. Das heißt aber, wenn wir es nicht schaffen, die Investitionsmittel in der erforderlichen Höhe zur Verfügung zu stellen, dann wird der Druck auf die Beschäftigtengruppen außerhalb der Pflege noch wachsen, und die Beschäftigtengruppen außerhalb der Pflege sind nicht nur die Ärzte, sondern es sind insbesondere auch diejenigen, die man nicht sieht. Im Universitätsklinikum Gießen-Marburg haben sie sich selbstironisch als das „Unterdeck“ bezeichnet. Das sind also die Servicekräfte, diejenigen, die die Patientinnen und Patienten zu den Untersuchungen bringen, diejenigen, die die Untersuchungen technisch durchführen. All dieses Personal wird abgebaut, wird in andere Bereiche verlagert, wenn wir es nicht schaffen, diese Investitionslücke zu schließen. Daher noch einmal unser Plädoyer, der Entwurf geht in die richtige Richtung. Es ist gut, die Debatte aufzugreifen über die notwendigen Krankenhausinvestitionen; aber ich glaube – auch da sind wir uns auf den Anzuhörendenplätzen einig –, wir brauchen noch eine weitere Erhöhung über diese 81,6 Millionen € hinaus.

**Vorsitzender:** Vielen Dank auch für Ihre Stellungnahme. Ich sehe keine weiteren Anzuhörenden, deswegen würde ich in die erste Fragerunde eintreten.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen Dank, Frau Afemann und sehr geehrte Herren. Bevor ich meine Fragen an Sie richte, möchte ich vielleicht nur eine Irritation ausräumen. In einem Gesetz können wir natürlich nicht die Haushaltsmittel festschreiben. Wer aber unsere Haushaltsanträge kennt, der weiß, dass wir schon immer 100 Millionen € in den vergangenen Jahren gefordert haben, um die Krankenhausinvestitionen zu erhöhen. Natürlich ist so eine Erhöhung, die wir mit diesem Gesetz wollen, dann einhergehend mit einer Erhöhung der Haushaltsmittel; das können wir nur nicht so in dem Gesetz integrieren. Das funktioniert nicht. Die Höhe hat dann natürlich auch immer etwas mit Refinanzierung zu tun, und wie man das Ganze insgesamt aufstellt.

Aber dazu schon meine erste Frage. Herr Prof. Gramminger und auch alle anderen, wir wissen, dass es die Bewertungsrelationen des InEK gibt. Vielleicht können Sie noch einmal sagen, was benötigen die Krankenhäuser, und vor allen Dingen, ob Sie, so wie Herr Dr. Fellermann, befürworten, dass man im Prinzip die Investitionsfinanzierung an den Baupreisindex koppelt oder an eine Preissteigerungsrate. Wie sieht es eigentlich bei der Digitalisierung und den Energiekosten aus? Die werden ja momentan von all dem, was das Land Hessen über die Umlagefinanzierung ermöglicht, in dieser Art und Weise nicht berücksichtigt. Von daher die Frage: Was benötigen Sie da?

Danke schön an Herrn Schaffert und auch an Herrn Schulz, die noch einmal darauf hingewiesen haben, was eine solche Querfinanzierung aus den Erlösen der Fallpauschalen bedeutet. Vielleicht könnten alle anderen auch einmal aus ihrer Sicht sagen, was bedeutet das denn für ein Krankenhaus, für die Beschäftigten, wenn man diese Querfinanzierung aus den Erlösen tätigen muss, und was bedeutet es natürlich auch vor allen Dingen für die Patienten oder das Patientenwohl?

Eine letzte Frage hätte ich noch an alle. Dr. Jürgen Dieter sprach von einer nachhaltigen Finanzierung. Vielleicht könnten Sie – auch Herr Dr. Dieter – noch einmal sagen: Was ist für Sie eine nachhaltige Finanzierung der Krankenhäuser?

Eine allerletzte Frage an Herrn Dr. Dieter. Wenn man einmal den Bundesvergleich sieht, bekommen wir immer widerspiegelt, dass das Land mit den Investitionskosten an dritter Stelle im Bundesvergleich sei. Das ist insofern korrekt, als man die Höhe nimmt. Wenn man sich jetzt aber die originären Mittel anschaut, also die 18,4 Millionen €, dann ist es der drittletzte Platz im Bundesvergleich. Das heißt, kaum ein anderes Land greift seinen Kommunen so in die Tasche wie Hessen. Deswegen die Frage an Dr. Jürgen Dieter: Man hat ja gesagt, es darf kein Verschiebebahnhof sein. Was bedeutet das für die Kommunen? – Wenn ich soeben gefragt habe, wie müssen sich die Investitionskosten erhöhen, heißt das natürlich auch: Wie kann man die Kommunen weiter entlasten?

Abg. **Petra Heimer**: Auch ich möchte mich sehr herzlich bei Ihnen bedanken für die schriftlichen und auch mündlich vorgetragene Stellungnahmen. Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Gramminger. Hat die Hessische Krankenhausgesellschaft schon eine Analyse vorgenommen, inwieweit die Inflation Einfluss hat auf die Höhe der notwendigen jährlichen Investitionsmittel?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Schulz von Ver.di. Was bedeutet es für das Personal, wenn die Investitionsmittel vom Land nicht ausreichend sind?

Die dritte Frage hat Frau Dr. Sommer schon gestellt. Dabei ging es um die Kopplung an den Baupreisindex und was das an Mehrkosten für das Land bedeuten würde.

Abg. **Volker Richter**: Vielen Dank an die Anzuhörenden für ihre Ausführungen. Zuerst einmal möchte ich die Gelegenheit wahrnehmen, Herrn Dr. Dieter anzusprechen. Er hat gesagt, er hat Verbesserungsvorschläge; aber die Zeit reicht nicht. Vielleicht können Sie den einen oder anderen Vorschlag doch noch ausführen. Das wäre der erste Punkt.

Der zweite Punkt ist, wir reden über Kosten, die davonlaufen, und das findet in der gesamten Gesellschaft statt. Es findet nicht nur in diesem Bereich statt, sondern es findet überall statt. Die Frage ist, warum wir nicht die Ursachen ansprechen. Warum werden die Ursachen nicht besprochen? – Denn wenn wir hinterherlaufen, werden wir erleben, dass seitens des Bundes und seitens des Landes insgesamt eine Politik betrieben wird, die auf allen Ebenen zu erheblichen Mehrkosten führt, und diese erheblichen Mehrkosten werden nicht mehr abgedeckt werden können, wenn wir eventuell sogar geringere Steuereinnahmen haben.

Nun versuchen wir, es zu lösen. Wir haben einen immer höheren Finanzaufwand, wir haben immer größere Probleme, die damit einhergehen; aber niemand geht daran und sagt, können wir das Problem nicht an der Wurzel anpacken, also zum Beispiel an den Energiekosten, an den Baukosten?

Dann fällt es am Ende – das wurde richtig gesagt – tatsächlich auf das Personal zurück, welches die Probleme hat und das mit diesem Geld dann ebenfalls nicht mehr klar kommt; denn auch für das Personal laufen ja die Kosten weg. Das heißt, auch die Personalkosten werden steigen.

Wir sind de facto in einer Inflationsspirale, und daher frage ich alle Beteiligten, warum wir darüber sprechen, was an Geldern mehr benötigt wird – alles klar, das kann ich verstehen –, wir dann aber nicht auch die Ursache angehen, damit wir genau dieses Problem lösen. – Ich sehe es im Landkreis Kassel, welche Probleme wir dort mit der Finanzierung haben und was dort an kommunalen Steuern und an Umlagen auf die Bürger zukommt. Das bedeutet auch wieder, dass die gleichen Bürger, die wir in den Arbeitsbereichen und den Mangelberufen dringend brauchen, steuerlich weiter stark belastet werden, mit Abgaben belastet werden, und die Löhne in diesem Fall nicht weiter steigen.

Das heißt, wir reden hier für meine Begriffe um des Pudels Kern herum. Wenn es so weitergeht, wie es jetzt ist, wenn die Politik sich im großen Rahmen nicht ändert, sitzen wir in einem Jahr

wieder hier und sprechen wieder über 100 oder 200 Millionen € und kommen aus dieser Spirale nicht heraus. Ohne dass die Gesellschaft anspricht – und das sind natürlich auch Sie als Organisationen –, dass die Politik grundsätzlich etwas verändern muss, damit wir aus dieser Spirale herauskommen, wird der Druck nicht stattfinden zum Beispiel auf die Bundesregierung, dies zu tun.

Es tut mir leid, Frau Dr. Sommer, wenn ich es anspreche; aber die SPD ist ja Teil der Bundesregierung. Wenn eine SPD in der Bundesregierung Mitverursacher von Inflation ist durch die Politik, die sie betreibt, und dann gleichzeitig mehr Geld fordert und sich nach außen im Prinzip als der Retter hinstellt, um gewählt zu werden auf kommunaler Ebene, dann muss ich sagen, es tut mir leid, das ist Wahlkampf, und damit bin ich nicht einverstanden, weil am Ende des Tages alle darunter leiden. Also, ohne dass wir die Ursachen ansprechen – wenn ich falsch liege, sagen Sie es mir –, können wir schlicht und einfach die Wirkungen nicht lösen, und wir stehen hier und versuchen, nur die Wirkungen zu lösen. Das betrifft insbesondere den Landkreistag – und das sage ich ganz deutlich –, weil dort klar gesehen wird, wie auch die Kommunen nicht mehr klar kommen mit den Geldern, die sie haben, in allen Bereichen. Deswegen frage ich, warum sprechen wir den Kern nicht wirklich an und machen entsprechenden Druck, damit wir mit dem Geld, das wir haben, auch auskommen können?

Abg. **Yanki Pürsün:** Vielen Dank an die Anzuhörenden. Ich glaube, es ist deutlich geworden – und Sie haben es auch noch einmal ausgesprochen –, dass es eigentlich den Häusern vollkommen egal ist, woher das Geld kommt, aber dass es natürlich schon unterschiedliche Wirkungen oder Folgewirkungen hat, zum Beispiel die Frage, was passiert in den Kommunen? Was passiert in den Landkreisen? Ich komme aus einer kreisfreien Stadt, ich kenne den Hebel der Kreisumlage nicht; aber wenn die Kreisumlage erhöht werden muss, hat das im Landkreis erhebliche Auswirkungen.

Dann gibt es natürlich noch ein weiteres Problem, welches einen Teil der Häuser betrifft, nämlich wenn der Eigentümer auch noch Steuergelder nachschießt, wovon nicht alle profitieren. Eigentlich wäre es doch besser, wenn Steuergelder allen zugutekommen. Dann besteht auch noch die Schwierigkeit, wenn es den Kommunen besser geht, können sie mehr Defizite decken, wenn es ihnen schlechter geht, können sie Defizite vielleicht nicht decken und kommen dann auf die Idee, Häuser zu privatisieren. Das ist alles kompliziert. Aber die Finanzierungspflicht liegt ja beim Land, und deswegen sollten wir die Kommunen auch möglichst dort heraushalten.

Wir diskutieren das in dieser Legislaturperiode seit dem ersten Tag, und die Fragen, die jetzt gestellt wurden, fokussieren sich eigentlich vor allen Dingen auf einen Punkt, auf den ich gleich noch hinaus möchte. Wir diskutieren seit vier Jahren darüber, dass die Investitionskosten nicht reichen. Sie müssen erhöht werden, und wenn sie erhöht werden und dies dann von der Regierungsmehrheit gelobt wird, wird übersehen, dass auch die Kosten steigen und damit der Investitionskostenbedarf wieder weiter steigt. Das heißt, das Defizit wird immer größer, und das ist schlecht.

Ich habe vor kurzem ein Haus besucht in Hessen, das wahrscheinlich nicht das repräsentativste ist. Dann kamen wir sehr schnell auf die Frage des Arbeitskräftemangels. Das Haus hat gesagt, eigentlich haben wir keinen Arbeitskräftemangel, weil unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sehr glücklich mit uns sind und wir ihnen gute Bedingungen bieten können.

Wir kamen dann auch sehr schnell auf das Thema „Zeitarbeit in der Pflege“ zu sprechen. Auch dazu hat das Haus gesagt, wir schaffen es, auch ohne auszukommen. Wir schaffen es auch mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, es so hinzubekommen, dass sie gar nicht dorthin fliehen wollen. Die Voraussetzung dafür sei aber, dass das Land bei den Investitionskosten nicht spare; denn je größer das Defizit, desto unattraktiver die Arbeitsbedingungen, weil man eben beim Personal sparen muss. Deswegen lautete der Appell, dass die Investitionskosten, die durch das Land zu leisten sind – so steht es im Gesetz –, auch auskömmlich sein müssen. Es wurde schon angesprochen, aber vielleicht können Sie es noch einmal an praktischen Beispielen erläutern, damit jedes einzelne Mitglied des Ausschusses auch plastisch verstehen kann, was die Auswirkungen sind, wenn die Investitionskosten nicht reichen und Sie dann quasi quersubventionieren müssen. Am Ende trifft es sicherlich vor allen Dingen das Pflegepersonal, wenn Sie sparen müssen, weil das Land nicht ausreichend Mittel zur Verfügung stellt.

Wenn Sie es noch ein bisschen plastischer machen könnten, wäre ich dankbar, weil, obwohl wir es seit vier Jahren diskutieren, immer so getan wird, als ob in Hessen alles gut sei. Unser Anspruch ist es, dass wir uns um die Spitzenplätze streiten; aber anscheinend will Hessen lieber mit Baden-Württemberg in den Wettkampf gehen um den Platz 16. Ich finde es eigentlich auch megadreist, die kommunalen Mittel in Anspruch zu nehmen und keine Eigenmittel; denn es ist doch klar: Wenn wir sagen würden, wir erhöhen die Investitionsmittel um 100 Millionen €, und die kommen von den Kommunen, wird es natürlich einen Riesenwiderstand geben, und das ist auch relativ unrealistisch. Also, es muss aus Eigenmitteln kommen. Wenn Sie es noch ein bisschen verstärken könnten, was dies an Auswirkungen im täglichen Betrieb für Sie bedeutet, könnte es vielleicht eine Wirkung bei verschiedenen Mitgliedern des Ausschusses haben.

Abg. **Kathrin Anders:** Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen und die bereits beginnende Diskussion. Ich hätte die Frage: Was bedeutet dieses Gesetz, das vorgelegte Gesetz oder dieser eine Einschub in das Gesetz für nicht-kommunale Häuser? Also was verändert sich für nicht-kommunale Häuser, und wie verbessert sich die Finanzierung?

In Anbetracht der Krankenhausreform, wie schätzen Sie das ein, die Sie ja alle sicherlich sehr intensiv die Reformpläne von Herrn Lauterbach studiert haben? Welche Finanzierungsform, zielgerichtete Finanzierungsform muss es geben, da ja auch wichtige Versorger in Hessen in nicht-kommunaler Trägerschaft sind, einmal ganz abgesehen von einem Transformationsfonds, wo wir uns, glaube ich, alle einig sind, dass er so oder so kommen muss?

Dann meine Frage, inwieweit eine Querfinanzierung in Anbetracht der Einführung des Pflegebudgets möglich ist.

Vielleicht noch ein ganz kurzer letzter Hinweis zu Bad Vilbeler Steuerzahlern, die hauptsächlich in Frankfurt das Krankenhaus aufsuchen: Die Steuerzahler in Bad Vilbel haben sich jetzt eine Stadthalle von 80 Millionen € geleistet mit einem kalkulierten Defizit von 2,3 Millionen € jährlich. Da fällt eine Kreisumlage, glaube ich, nicht wirklich groß ins Gewicht.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Auch von mir herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Drei Fragenkomplexe möchte ich ansprechen.

Erstens: Habe ich es richtig verstanden, dass der anzuhörende Gesetzentwurf für sich genommen keinen einzigen Cent zusätzlich in die Kassen der Krankenhäuser bringt, so wie er jetzt vorgeschlagen ist? In dem Zusammenhang wurde die Erhöhung der Zuschüsse für die Investitionen seitens des Landes von 300 auf 380 bzw. 390 Millionen € zum Teil als geringfügig, dann aber als bemerkenswert und dann als beachtlich bezeichnet. Wenn ich dazu noch einmal um eine Einschätzung bitten dürfte: Wie wird es gesehen? – Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage, besonders an Herrn Dr. Fellermann. Sie machten sehr interessante und für unsere Arbeit auch sehr wichtige Ausführungen über den zusätzlichen Bedarf, indem Sie gesagt haben – ich teile das –, es ist anerkannt, dass der Investitionsbedarf für Instandhaltungs- und Modernisierungsinvestitionen in etwa zu berechnen ist an den Umsätzen, 9 bis 11 %. Weiterhin haben Sie gesagt, da fehlt dann noch ein Betrag. Sie haben die Zahl von 4 % genannt. Ich habe nicht ganz verstanden, worauf sich das bezog. Wenn Sie mir das vielleicht noch einmal erklären könnten, und auf welche Summe wir dann kommen würden.

Zusätzlich hatten Sie noch aufgrund der derzeitigen Preissteigerungsrate am Bau einen Baupreisindex zumindest vorübergehend als Messzahl vorgeschlagen. Also, wenn Sie zu diesen beiden Parametern noch einmal Stellung beziehen würden, damit wir wirklich wissen, wo der zusätzliche Bedarf, wo die zusätzlichen Berechnungsgrundlagen liegen.

Einen dritten Fragenkomplex habe ich an Herrn Schulz. Sie haben auch von einem Delta gesprochen, in diesem Zusammenhang nannten Sie die Zahl 80 und 250 Millionen €. Wenn Sie das vielleicht noch einmal ausführen würden und erklären würden. Waren das dann „Altlasten“, die sich angehäuft haben, also wäre das eine einmalige Forderung? – Wenn Sie mir diesen Betrag aus Ihrer Sicht noch einmal erläutern würden.

Eine weitere Frage an Herrn Schulz, die jetzt nicht ganz mit dem Gesetzentwurf zusammenhängt; aber Sie haben es angesprochen. Sie haben gesagt, das Pflegebudget würde einen gewissen Schutz darstellen für die Kosten für die Pflege im Kontext mit der jetzt diskutierten Krankenhausfinanzierungsreform, laufende Kosten, wo wir ja auch ermuntert wurden, uns in die Diskussion einzuschalten, und das wollen wir auch sehr gern tun. Herr Schulz, was sind Ihre Vorschläge, Ihre Forderungen, wie man dieses Pflegebudget erhalten, sichern kann und im Kontext einer neuen Finanzierung verbessern kann? Was sollen wir für die Pflege in diesem Diskussionsprozess einbringen?

Abg. **Max Schad:** Ich habe auch noch eine Frage. Ich bin Mitglied im Aufsichtsrat eines kommunalen Klinikums. Wir treffen uns momentan sehr häufig, eigentlich so oft, wie ich das bisher noch nicht erlebt habe. Hintergrund dafür ist, dass unser Klinikum momentan – ich glaube, da sind wir in ganz guter Gesellschaft – für dieses Jahr einen zweistelligen Millionenbetrag an Defiziten bei den Betriebskosten ausweisen wird.

Das Thema „Investitionskostenförderung“, das uns in der Vergangenheit auch schon beschäftigt hat, ist eigentlich mittlerweile kein großes Thema mehr, weil mit dem, was da ist, ganz gut gearbeitet werden kann. Meine Frage an Sie, an die geballte Expertise: Sie haben den Überblick über das Land. Ist das ein Einzelfall, wie wir das bei uns im kommunalen Klinikum haben, oder was treibt momentan die Kliniken in Hessen um? Sind es die Betriebskostenfinanzierungen, oder sind es die Investitionen?

**Vorsitzender:** Mir liegen keine weiteren Fragen seitens der Abgeordneten mehr vor. Deswegen würde ich, da alle Institutionen angesprochen worden sind, sie in der Reihenfolge aufrufen, in der wir sie eben schon einmal gehört haben. Ich starte mit dem geschäftsführenden Direktor des Hessischen Städtetages Dr. Dieter. – Bitte, Sie haben das Wort.

**Dr. Jürgen Dieter:** Die zentrale Frage, die sich vor allem stellt, lautet, welche Vorstellungen man haben kann, um die Finanzierung neu umzustellen. – Ich glaube, die richtige Wegsetzung wäre – das ist allerdings ein sehr weiter Weg, und ich bin nicht sicher, ob er realistisch anzugehen ist –, dass man die Gestaltungs- und Finanzierungsverantwortung übereinbekommt. Ich will nur sagen, als ich kommunalpolitisch angefangen habe – das ist schon eine Weile her, wie man sieht –, da herrschte eigentlich Konsens, dass Krankenhausfinanzierung die kommunalen Haushalte nicht belastet, sondern dass Krankenhäuser in sich finanziert sind mit den Mitteln, die ihnen zur Verfügung stehen aus den unterschiedlichen Quellen.

Ich kann mich noch gut an Diskussionen erinnern, die wir damals auch kommunal geführt haben. Es war ein absolutes No Go, dass man mit kommunalen Mitteln Krankenhäuser gestützt hat. Das war auch in der Realität, soweit ich das sehen konnte, die große Ausnahme, und das gilt sowohl für die Investitions- als auch für die Betriebsmittelfinanzierung.

Das heißt, die Entwicklung, die wir jetzt haben, dass Kommunen einstehen müssen für ihre Häuser, ist, kann man sagen, neu, und vor allem in dieser drastischen und fast flächendeckenden Form, und dass auch solide finanzierte Häuser da nicht mehr hinkommen, ist ein Alarmzeichen und bedeutet eine besondere Verantwortung der Träger.

Das, worüber wir sprechen und worauf auch dieses Gesetz, über das wir heute reden, letztlich zielt, ist ja nicht in erster Linie die Trägerfinanzierung, sondern die allgemeine Finanzierung, das heißt, die Verantwortung der Kommunen für die Finanzierung der Krankenhauslandschaft insgesamt in Hessen. Und da kann man schon einmal fragen, warum ist das eigentlich so geregelt?

Was soll das eigentlich? Warum gibt man den Kommunen in solcher Weise einen Sicherstellungsauftrag, und warum muss sich an diesem Sicherstellungsauftrag die Kommune abarbeiten und muss für alle Krankenhäuser haften? – Das ist ja das entscheidende Thema, auch im Gesamtkontext. Es wird doch gar nicht differenziert nach kommunalen, gemeinnützigen oder privaten Trägern. Die Kommunen zahlen für sämtliche Häuser.

Ich kann mich erinnern, welches Erstaunen ich ausgelöst habe, als die Stadt Offenbach ihr Krankenhaus verkauft hat und ich dann gesagt habe, ja, aber Umlage zahlt Ihr weiterhin kräftig; denn das geschieht völlig unabhängig von einer Trägerschaft. Das ist vielen gar nicht so bewusst. Im kommunalen Raum ist es wahrscheinlich den Fachleuten schon bekannt.

Also, das ist die grundsätzliche Schieflage, und wenn man darüber redet, dass man sie beseitigt, dann will ich das wirklich aus der parteipolitischen Zone herausholen; denn die Grundstruktur der Finanzierung – nun können Sie alle aufatmen, die jetzt regieren in Hessen – ist vor Ihrer Zeit gelegt worden. Also, wenn es Sie entlastet oder beruhigt, es ist in dieser Strukturfrage nicht in erster Linie eine parteipolitische Auseinandersetzung – wir wissen auch nicht, wie es nachher weitergeht –, sondern es sind Alarmzeichen, dass wir eine ziemlich merkwürdige Art der Finanzierung haben, wenn wir jetzt in wirklich große Herausforderungen der Krankenhausreform kommen und wohl alle darüber einig sind – einmal jenseits der Fragen, die noch hinzukommen –, Baupreisindex, das ist natürlich ein Thema, das man kaum nur bezogen auf die Krankenhausfinanzierung betrachten kann. Wenn man sich darüber unterhalten würde, Zuschüsse, Zuweisungen an Indices der Baupreisentwicklung zu binden, würde das für die gesamte Investitionsfinanzierung in allen Bereichen gelten, und da machen Sie ein Fass auf, das wir an diesem heutigen Freitagmorgen wahrscheinlich nicht wieder zu bekommen.

Aber es ist natürlich klar – auch darüber muss gesprochen werden –, was sind Zuschüsse wert, wenn es nicht nur eine allgemeine Inflation gibt, sondern eine spezielle Baupreisinflation, die diese Beträge entwertet und weniger wert sein lässt als vorher? – Das muss man natürlich in diesem Kontext ansprechen.

Wenn wir in Hessen ernsthaft Strukturveränderungen angehen wollen, auch mit allen schwierigen Positionen, mit Belastungen und mit Verlusten – es wird Verlierer geben in dieser Diskussion –, wenn wir wirklich eine Reform wollen, wird es Verlierer geben, ohne die wird es nicht ausgehen, oder es wird halt nur ein Reförmchen, das dann vielleicht nicht wirklich eingreift.

Wenn wir eine solche Reform wollen, wissen wir, das kostet Geld aus den verschiedenen Gründen, weil man Strukturhilfen wiedereinsetzen muss usw. Das ist Ihnen alles bekannt, das muss ich nicht ausführen. Aber dann ist eine solche schiefe Finanzierung, wie wir sie im Moment haben, schwer erträglich.

Jetzt habe ich vielleicht vorhin nicht das beste Beispiel genommen; ich habe die Stadt, in der Sie wohnen, als Beispiel genommen, aber ich könnte auch viele andere nehmen. Vielleicht gibt es Städte, die finanziell noch schwieriger dastehen; aber es gilt letztlich für alle Städte. Die Krankenhausfinanzierung wird dann von den Städten und Gemeinden betrieben, weil ihnen von der Schlüsselmasse etwas abgeht und/oder sie eine höhere Umlage zahlen müssen. Das ist eine

sehr merkwürdige Form des Umgehens mit dieser Reform, weil dann ja die Lasten dort anlanden, wo sie zunächst gar nicht gesehen werden, und nur mittelbar ausgelöst werden.

Aber wir werden als Hessischer Städtetag immer wieder darauf hinweisen, wer der Zahlmeister ist, egal, wer regiert, egal, ob es vom Bund kommt oder vom Land. Wir werden sagen, wer der Zahlmeister ist. Im jetzigen System sind die Zahlmeister die Städte und Gemeinden, und das kann nicht sein. Das passt nicht zusammen, wenn wir in eine solche Reformdiskussion hineinkommen.

Es wurde auch die Frage gestellt: Was löst dieser Gesetzesantrag aus? – Ich habe die Debatte, die Sie in diesem Hohen Haus geführt haben, natürlich verfolgt, nicht live, das geht heute alles wunderbar über Video. Sie haben sich darüber auseinandergesetzt, ob diese Mittel unmittelbar den Häusern zur Stärkung helfen. Es ist natürlich klar – das hat auch die antragstellende Fraktion zum Ausdruck gebracht –, es wirkt nur mittelbar. Das heißt, zunächst einmal wird die kommunale Seite davon entlastet, bei weiteren Steigerungen dafür hinzuhalten.

Aber wenn Sie im bisherigen System bleiben, heißt das, wenn Sie jetzt die 81 Millionen € einspeisen und dann die Idee haben, diese 81 Millionen € erhöhend wieder einzusetzen, dann geht das im Grunde genommen genau zulasten derer, die die 81 Millionen € erst bekommen haben, und dann ist es eine Art Vorab-Dotierung für diese Stärkung der Krankenhausfinanzierung.

Ich habe aber den Eindruck, wenn ich das so sagen darf, dass Sie in diesem Ausschuss nicht belehrt werden müssen über die Frage der Finanzierungsmechanismen; zumindest die, die gesprochen haben in dieser Debatte, haben das alle sehr gut und sehr wohl verstanden. Also, Sie brauchen keine Instruktionen des Städtetages, Sie kennen die Mechanismen. Ich würde sehr darum bitten, dass wir uns in der neuen Legislaturperiode darauf verständigen – in welcher politischen Konstellation auch immer regiert wird –, dieses System grundlegend so zu verändern, dass die Verantwortung nicht an einer Stelle anlandet, die überhaupt nichts davon hat.

Wenn ich das noch abschließend sagen kann, Frau Anders, egal wie Sie das Haushaltsgebaren Ihrer Stadt bewerten – es steht mir überhaupt nicht zu, dazu irgendein Wort zu verlieren –, aber eines steht fest, das werden Sie nicht infrage stellen können. Die Frage, ob die Stadt Bad Vilbel über Kreisumlage oder über den Mechanismus weniger Schlüsselmasse etwas zu tun, null zu sagen hat. Das heißt, es wird über ihren Kopf hinweg entschieden, dass sie mehr Geld zahlt, und das gilt für alle Städte und Gemeinden. Dieses über den Kopf hinweg zu entscheiden, dass in der Landesregierung, im Landtag entschieden wird, wir geben mehr für die Krankenhäuser, und gezahlt wird es von denjenigen, die kein Wort dazu zu sagen haben, das ist ein Fehler im System, den wir beseitigen sollten. Ich bin ganz zuversichtlich, dass wir das auch jenseits von Wahlausinandersetzungen gut hinbekommen.

**Prof. Dr. Steffen Gramminger:** Ich bin froh, dass ich noch ein paar Nachredner habe, weil ich mit Sicherheit nicht auf alles antworten kann bzw. nicht an alles denke, was angesprochen worden ist.

Frau Dr. Sommer, Sie hatten eine Frage zur InEK-Kalkulation gestellt. Dazu noch ein Wort der Erklärung. Der DRG-Katalog wird jedes Jahr überarbeitet, neu kalkuliert mit den Kostendaten der Krankenhäuser. Dadurch kommt dann das Relativgewicht zustande, was multipliziert wird mit dem Basisfallwert.

Dieses Institut kalkuliert auch entsprechend ein Investitions-Relativgewicht, und dieses haben wir für 2022 berechnet, damals unterjährig, deswegen eine Hochrechnung. Damals kamen wir auf 460 Millionen € für die Krankenhäuser. Also, das ist nicht geschätzt, sondern es ist auf die Leistung der hessischen Krankenhäuser direkt bezogen. Das waren aber – das muss man ehrlicherweise sagen – Daten aus 2021. Nun wissen Sie alle, wann der Hammer fiel mit der Inflation, und insofern müssen wir das entsprechend mitberücksichtigen.

Frau Afemann hat vorhin schon gesagt, wenn Sie einmal Pi mal Daumen 10 % für die Inflation nehmen, dann sind wir bei einer halben Milliarde, und hinzu kommen noch die weiteren Aspekte, die schon angesprochen worden sind, sprich, Themen wie Klimaschutz, Nachhaltigkeit. Wir haben die Energiediskussion mitbekommen, und wir haben das Gesetz, wo Krankenhäuser komischerweise davon ausgenommen werden sollen, dass sie ihre Heizanlagen entsprechend erneuern müssen auf den Betrieb mit erneuerbaren Energien, weil das eventuell finanziell nicht tragbar wäre. – Das ist richtig, für die Krankenhäuser nicht; aber dann stellt sich natürlich wieder die Frage: Wer bezahlt dies?

Wir alle wollen zum Klimaschutz beitragen. Wir würden uns selbst anlügen, wenn wir sagen, die Krankenhäuser haben damit nichts zu tun. Wir wissen, dass sie ganz oben auf der Liste stehen, auch die Folge jahrelanger Unterfinanzierung von Investitionen. Stattdessen schauen sie lieber, dass sie zuerst einmal Patienten behandeln, und dann wird halt der letzte Euro für ein MRT oder für OP-Instrumente etc. ausgegeben anstatt vielleicht für eine energietechnische Fassadensanierung. – Das ist auf die lange Sicht gesehen alles nicht gut; aber mich wundert es dann schon, wie plötzlich wieder ein Rückzieher gemacht wird, wenn es heißt, es muss ja irgendwo bezahlt werden. Aber der Klimaschutz kommt noch einmal on top.

Es geht auch um das Thema Nachhaltigkeit, gerade wenn wir neu bauen. Wir müssen ganz anders bauen. Wir müssen mit anderen Zielen bauen. Wir brauchen andere Baustoffe. Aber auch in der Medizin hat sich einiges getan. Dies alles sind wichtige Punkte, und das geht natürlich nur mit einer sicheren Finanzierung.

Die Digitalisierung, Zukunftsfonds, das ist schön; hoffentlich kommt er in die Puschen. Ich habe im Moment einige Bedenken, wenn ich sehe, wie ausgebucht die Softwareunternehmen sind und vor allem welche Preissteigerung auch da betrieben wird. Das ist schon dramatisch. Aber auch die Folgekosten, die laufenden Kosten sind so überhaupt nicht berücksichtigt im DRG-System.

On top kommt noch die Krankenhausreform, ein Buch mit sieben Siegeln. Noch wissen wir nicht so richtig, wie sie wirklich aussehen wird; wir wissen nur, wir brauchen sie. Aber in welcher Form, das ist die Frage.

Aber allein schon diesen Mechanismus, den Herr Lauterbach – Entschuldigung, Professor Lauterbach – entsprechend beschrieben hat und den wir ja durchbrechen wollen, dieser Mengenanreiz, und, und, und, das führt doch genau dazu, dass im Endeffekt dieses Werkzeug, was über Jahre betrieben worden ist, nämlich Synergieeffekte und Skaleneffekte, aus den Betriebsmitteln heraus die Investitionen zu tätigen, um diese Lücken zu schließen, das war so ein Mechanismus, wo die Krankenhäuser eigentlich dazu gezwungen waren, um zu überleben.

Dieser Mechanismus wird mit Sicherheit mit der Krankenhausreform ausgehebelt. Er wurde schon mit dem Pflegebudget ausgehebelt; denn es wurde 20 % aus dem Budget herausgenommen, was damit diesem Mechanismus nicht mehr unterfiel, und das kommt jetzt mit dem Vorhaltbudget von mindestens 20 % auch noch dazu. Dann bleiben noch 60 % übrig, um eventuell solche Lücken zu schließen. Das wird nicht mehr funktionieren. Hinzu kommt ein Fachkräfte- und Personalmangel. Wir können die Fälle gar nicht mehr steigern. Also, dieser Mechanismus würde, selbst wenn wir es wollten, gar nicht mehr funktionieren. Deswegen kommt den Investitionsmitteln, der zweiten Säule dieser dualen Finanzierung, in Zukunft immer mehr Bedeutung zu, und deswegen ist es auch wirklich so vehement wichtig.

Vorhin wurde die Frage gestellt, sind es Betriebsmittel oder sind es Investitionsmittel? – Wir haben eine duale Finanzierung, das heißt, wenn eines nicht funktioniert, dann funktioniert das ganze System nicht. Das besonders Dramatische ist, dass im Moment beide Säulen nicht mehr funktionieren.

Da gebe ich Ihnen Recht, natürlich stimmt die Betriebsmittelfinanzierung genauso wenig, weil die Inflationskosten auch die Personalkosten in die Höhe treiben, aber genauso natürlich auch die Baukosten. Also, auf beiden Seiten funktioniert es nicht mehr, gerade weil unser Krankenhausfinanzierungssystem nicht auf Krisen ausgerichtet ist. Wir haben jetzt mittlerweile über Jahre schon Krisen, sei es zuerst die Corona-Pandemie und jetzt der Ukraine-Krieg. Unsere Krankenhausfinanzierung hinkt immer hinterher, sie hinkt auch hinter der Entwicklung der Fallzahlen, hinter der medizinischen Entwicklung hinterher; von daher müsste man die Probleme grundsätzlich angehen.

Wir müssen auch die Krankenhausfinanzierung grundsätzlich angehen. Es bringt doch überhaupt nichts, wenn wir jedes halbe Jahr, bevor es völlig an die Wand fährt, großzügig irgendwelche Millionen- und Milliardenbeträge herüberschieben, hier gibt es eine Hilfe. Wir brauchen pausenlos Hilfen. Das kann es doch nicht sein. Das passiert jedoch nur, weil die Krankenhausfinanzierung grundlegend nicht funktioniert und passt.

Es würde den Freitag sprengen, wenn wir in diese Diskussion noch tiefer einsteigen würden. Es ist leider etwas komplexer. Also, wie gesagt, 500 Millionen € mit Sicherheit, einmal von der Summe betrachtet, plus on top das, was im Moment zwischen Bund und Ländern Gestritten wird:

Wer übernimmt wie viel in welcher Höhe? – Daher, wenn Sie mich fragen, was das Land Hessen drauflegen muss, kann ich es Ihnen nicht sagen.

Wenn Sie sich anschauen, was Herr Prof. Augurzky hochgerechnet hat, was allein der Klimaschutz in Nordrhein-Westfalen kosten würde, dann sind dies ähnliche Dimensionen auch in Hessen. Dann sind Sie ruck zuck mit 100, 200 Millionen mit dabei, und dann sind wir nicht weit weg von den 250 Millionen €, die heute schon genannt worden sind. – Nur, die Notwendigkeit und wo wir momentan stehen, das muss für jeden einfach klar sein.

Die plastische Schilderung, Herr Pürsün. Danke für den Hinweis. Ich versuche es noch aus meinen Annalen. Ich meine, so lange ist es noch nicht her, als ich selber Geschäftsführer war. Wenn nicht, kann Herr Dr. Fellermann mich mit Sicherheit auch bestens unterstützen. Aber das ist jetzt völlig simpel, und es sind wahrscheinlich auch viele Betriebswirte anwesend, die zumindest Grundkenntnisse haben.

Wenn ich ein Krankenhaus führe, habe ich unten irgendwann eine schwarze Null, und ich habe eine Planung. Diese Planung unterscheidet sich in die Kosten und den Erlös. Die Erlöse setzen sich zusammen aus meinen DRG-Erlösen, dann kommen die super ambulanten Erlöse aus den ambulanten Operationen, was natürlich in der jetzigen Krankenhausform entscheidend wird, denn wir wollen die Ambulantisierung ja vorantreiben. Also, da wird es eine Verschiebung geben, auch wieder eine Unsicherheit für die Krankenhäuser. Wie wird das wirklich ausgehen?

Viele denken immer, wir würden mit der Ambulantisierung den großen Sparstrumpf auspacken, und man würde dadurch viele Millionen Euro einsparen. – Ja, das versucht man; aber dann wird die Ambulantisierung nicht funktionieren, das muss uns klar sein. Schließlich habe ich noch meine Erlöse mit Wahlleistungen, Unterkunft etc. und noch so ein paar Nebenerlöse. Und schließlich kommen noch die pauschalen Fördermittel hinzu, die ich ebenfalls zu den Erlösen dazubuche.

Dagegen stehen aber die Kosten. 60 bis 70 % sind Personalkosten. Also, wenn ich irgendwo sparen muss, dann ist es eben genau an dieser Schraube. Die anderen Kosten wie Material- und Sachkosten sind meistens, wenn sie gut organisiert sind, relativ schnell schon ausgereizt, und dann kommen noch die Investitionskosten dazu. Ich habe Investitionen im Bestand, die werden mir nicht finanziert, und ich habe eine Liste, von der ich schon einmal streiche: MRT dieses Jahr nicht, CT dieses Jahr nicht, OP-Instrumentarium mal 100.000 oder 200.000 € weniger, um zuzusehen, dass ich am Ende des Jahres irgendwie vielleicht die Null erreiche.

Wenn ich dann größere Baumaßnahmen habe, selbst wenn ich sie gefördert bekäme, eine hundertprozentige Förderung habe ich, seitdem ich im Gesundheitswesen tätig bin – nicht nur in Hessen, sondern auch in Rheinland-Pfalz – noch nie erlebt. Es ist ja immer nur ein Anteil von der Gesamtsumme. Dann frage ich mich immer: Woher kommt denn der andere Anteil, wenn ich eigentlich aus Betriebsmitteln gar keinen Gewinn machen dürfte, weil sie doch eigentlich so ausgelegt sind, dass sie kostendeckend sind? – Daran sieht man doch schon, wir lügen uns schon seit Jahrzehnten in die Tasche.

Das Problem ist, dass in der jetzigen Situation dieser Mechanismus nicht mehr funktioniert, und das muss uns klar sein. – Was ist dann das Resultat? Das Resultat ist, dass unten eine rote Zahl herauskommt. Wenn Sie die Umfragen sehen, dann ist es schon wirklich absolut dramatisch. Wie gesagt, vielleicht kann Herr Dr. Fellermann es noch ein wenig plastischer schildern; aber es ist wirklich relativ simpel. Sie versuchen, die Erlöse zu steigern, aber das schaffen Sie im Moment nicht mehr; denn die Fallzahl ist nicht mehr so, wie sie einmal war. Sie stagniert, denn Sie haben gar nicht das Fachpersonal dafür.

Drittens, es wird immer der Joker gezogen, bessere Qualität, bessere Qualitätsanforderungen, also bekommen Sie es auch noch mit vielen Verboten zu tun. – Da ist zappenduster.

Kosten können Sie eigentlich bloß beim Personal wieder einsparen, und dann sind Sie wieder in der Teufelsspirale: ohne Personal wieder keine Leistung, wieder wenig Erlöse, und, und, und. – Aber, wie gesagt, vielleicht müssten wir grundlegend auch bei der Krankenhausreform unsere Zusammenarbeit verbessern. Dafür stehen wir, auch auf Krankenseite von der HKG, die eigenen Strukturen zu überprüfen, zu schauen, wie können wir unsere Situation, unsere Krankenhausstrukturen, unsere Arbeit optimieren.

Ich bin immer noch davon überzeugt, dass wir wirklich gute Arbeit machen; aber wir machen sie nicht effizient, noch nicht so effizient, wie wir sie machen müssten. Dazu gehört aber natürlich ein wichtiger Punkt, zum Beispiel die Digitalisierung. Es muss dann nicht nur jeder schreien nach Digitalisierung, sondern dann müssen auch die laufenden Kosten finanziert werden, und es muss von allen Seiten anerkannt werden, dass Digitalisierung auch wirklich entsprechend eingesetzt werden darf. Ich darf dann nicht wie im Medizinischen Dienst darüber streiten, ob zum Beispiel ein Telekonzil nun den Vorschriften entspricht und ich es abrechnen darf oder nicht, einmal so nebenbei gesagt.

Ob 380 oder 390 Millionen € nun beachtlich, super oder geringfügig sind, das kommt immer auf den Blickwinkel an. Wenn ich von unten starte – –

Frau Afemann hat es so schön erklärt. Ich bewundere immer wieder, wie genau sie recherchiert, und sie hat es sehr schön plastisch dargestellt. Ab 2009 ist alles stagniert, alles bei 220 Millionen € oder so etwas, und dann ist es nicht mehr weiter gestiegen.

Wenn ich also von ganz unten komme, ist es natürlich auch relativ leicht zu sagen, seht her, um wie viel ich es gesteigert habe. Von der Steigerung her sind wir wirklich schon sehr gut in Hessen; aber von der Summe – – Wenn ich natürlich der Einäugige unter den Blinden bin, weiß ich auch nicht, ob das alles so toll ist.

Trotzdem, es war mit Sicherheit ein hartes Stück Brot, dieses Geld noch einmal draufzulegen, weil alle schreien. Es ist ja nicht nur das Gesundheitswesen, soweit sehen wir die Situation auch. Deswegen sind wir tatsächlich dankbar gewesen, weil wir gesagt haben, das ist ein richtiger Schritt. Wir müssen aber gleichzeitig mahnend den Finger heben, es ist nur der erste Schritt, und es muss weiter nachgelegt werden. Dann können wir nicht zu hören bekommen, aber Ihr habt doch erst letztens schon die 80 Millionen € bekommen. Das wäre das Falsche.

Deswegen bin ich auch um diese Diskussion heute dankbar. Es hört sich zwar so salopp an: „Ach, die Krankenhäuser sind froh, wenn sie das Geld bekommen, egal woher“, aber es ist schon richtig, es muss auch daher kommen, dass es stabil kommt, und nicht dass es auf Strukturen aufbaut, die eigentlich auf Sand gebaut sind.

**Reinhard Schaffert:** Frau Dr. Sommer, was brauchen die Krankenhäuser? – Herr Prof. Gramminger hat es schon dargestellt: Ausgehend von der Kalkulation der HKG aus 2022 waren das 460 Millionen € plus Inflation, dann sind wir bei rund 500 Millionen €. Das ist Bestandserhaltung. Hinzu kommt noch Klimaschutz, Digitalisierung, Transformation, und das hat auch noch nichts mit medizinischer Entwicklung zu tun.

Wir investieren zwar nicht in Anlagen; deswegen sind wir von der Investitionsquote von 21 % unter dem Bundesdurchschnitt. Das ist der Bundesdurchschnitt. Aber die 9 bis 11 % von Herrn Dr. Fellermann sind auch schon eher am unteren Ende des Umsatzes eines Krankenhauses, der notwendig wäre.

Es ist viel über die Querfinanzierung gesprochen worden und über die eingeschränkten Möglichkeiten. Ich habe es auch in meiner schriftlichen Stellungnahme dargestellt. Früher war es möglich, dass man diese knappe Finanzierung als Krankenhaus ein Stück weit dadurch ausgleichen konnte, dass man mehr Leistung erbracht hat. Mehr Leistung führt über Skaleneffekte und die Senkung der Fixkosten dazu, dass man einen gewissen Überschuss erzielen kann, den man nutzen kann, um die Lücken zu füllen, zum einen die Investitionskosten als größte Lücke, aber auch zum Beispiel die Ambulantisierung. Die ambulanten Leistungen sind in der Regel für ein Krankenhaus so, wie es derzeit finanziert ist über den EBM, bisher ein Zuschussbetrieb.

Wie gesagt, die sonstigen Einnahmen eines Krankenhauses sind im Vergleich zu dem Budget marginal. Hinzu kam noch, dass im Zuge der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung immer mehr Gegensteuerungsmaßnahmen gegen diese Leistungsausweitung gemacht wurden, zum Beispiel der Fixkostendegressionsabschlag. Also, wenn ich als Krankenhaus Mehrleistungen erbringe, muss ich von den Einnahmen etwas an die Krankenkassen zurückzahlen. Also eine gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen bei bestimmten Leistungen. Wenn ich da mehr mache, sind die Bewertungsrelationen niedriger als eigentlich kalkuliert, bzw. wenn ich mehr mache, werden sie niedriger abgesenkt.

Und dann die zweckentsprechende Mittelverwendung. Das eindrucksvollste Beispiel ist das Pflegebudget, das nur für die Pflege am Bett verwendet werden darf, einmal abgesehen davon, dass es auch nicht vollständig finanziert, weil es letzten Endes auch ein Verhandlungsergebnis mit den Krankenkassen ist, die an der Stelle auch gerne noch ein bisschen einsparen wollen und damit eben nicht den Zweck des Gesetzes einer ausreichenden und vollständigen Finanzierung aller Pflegekosten der Pflege am Bett sehen. Also, das ist Wunschgedanke, das kommt in der Realität nicht an.

Ich habe einmal in einem anderen Zusammenhang eine Auswertung gemacht. Bei Einführung von Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegesatzverordnung gab es den Begriff „Zweckentsprechende Mittelverwendung“ in diesen Gesetzen nicht. Inzwischen ist er im KHG achtmal sowie im Krankenhausentgeltgesetz und in der Bundespflegesatzverordnung jeweils sechsmal vorhanden. – Das nur dazu, wie die Entwicklung an der Stelle stattgefunden hat.

Frau Dr. Sommer, Sie haben gefragt, was ist nachhaltige Finanzierung? – Ja, ich habe schon gesagt, die Einnahmen der Krankenhäuser sind letztlich gesetzlich beschränkt. Eine nachhaltige Finanzierung ist, dass man die Krankenhausstruktur, die man erhalten will, über die gesetzliche Krankenversicherung auf der einen Seite und über Steuermittel auf der anderen Seite vollständig finanziert. Anders geht es nicht.

Jetzt kann man sich darüber streiten: Welches ist die Krankenhausstruktur, die wir haben wollen? – Ich würde jetzt nicht allzu viel Hoffnung in die Strukturreform setzen. Sie kennen die Papiere möglicherweise von Prof. Lauterbach auf der einen Seite und von den Ländern auf der anderen Seite. Das klafft noch weit auseinander. Sie kennen den politischen Prozess: Am Ende wird ein Kompromiss herauskommen, der weit weg ist von dem, was ursprünglich geplant war, und selbst im ursprünglichen Plan war ja jetzt nicht die Rede davon, dass man die Krankenhausstruktur wirklich so verändern möchte, dass man gleichzeitig damit eine auskömmliche Finanzierung hat.

Auf die Vorhaltefinanzierung würde ich auch nicht setzen; denn ich glaube nicht, dass die Mittel auf Bundesseite, also auf GKV-Seite, so deutlich erhöht werden, um damit alle Krankenhäuser zu finanzieren. Das ist nur ein Teil des Problems. Es ist auch die Frage der Ursachen angesprochen worden. Die Finanzierung und die Finanzentwicklung ist nur eine der Ursachen, weshalb sich die Krankenhausversorgung und die Krankenhausstrukturen verändern. Die andere Ursache ist ganz einfach, dass wir in Zukunft nicht mehr genug Personal haben werden, um die Versorgung in dieser Weise aufrechtzuerhalten, wie wir das heute machen.

Das heißt, an und für sich – das ist ein Spiel mit dem Huhn und dem Ei – müsste man sich zunächst einmal darüber unterhalten, welches sind die richtigen Versorgungsstrukturen für die Zukunft, um auf dieser Grundlage die Finanzierung entsprechend nachzuziehen und im Sinne einer nachhaltigen Finanzierung zu sagen, das finanzieren wir jetzt aber so, dass die Krankenhäuser eben nicht über Leistungsausweitungen, nicht über Mengenausweitungen, sondern in den Leistungen, die sie erbringen, stationär und in Zukunft verstärkt auch ambulant auskömmlich finanziert werden. – Ich denke, zu diesen Punkten kann ich am meisten sagen.

**Dr. Dirk Fellermann:** Ich würde gern noch einmal auf die Fragen von Frau Dr. Sommer und Herrn Dr. Bartelt eingehen bezüglich der Baukostenkopplung. Ich würde gern im Vorfeld vielleicht noch das Thema Investitionsquote, Fördermittelhöhe ansprechen, die von grottig bis beachtlich bezeichnet wurde. – Ich glaube, ich hatte selber ein Wort mit B gewählt.

Letztendlich lag die Höhe vor fünf Jahren noch bei 250 Millionen €. Wir sind jetzt bei 380 Millionen €. Als jemand, der schon über 20 Jahre in diesem Geschäft ist, glaube ich schon, dass dies beachtlich ist. Ob es ausreichend ist, sei dahingestellt; da schließe ich mich gern den Kollegen an. Wenn Sie ein Preisschild haben wollen, die 500 Millionen €, aus den 380 kommend, die Inflationstendenzen dabei, dann ist das die Größenordnung, die unseres Erachtens realistisch ist.

Thema Baukostenkoppelung: Danke für das offene Fass; aber ich denke, wir sollten es trotzdem ansprechen, und das habe ich auch getan. – Warum habe ich es angesprochen? – Ich würde es gern einmal an einem konkreten Beispiel erläutern wollen aus unserem Betrieb.

Wir haben beim Land krankenhausesplanerisch vorgeschlagen, dass wir mehrere Standorte konzentrieren wollen – ich rede nicht von schließen, aber konzentrieren –, und diese Strategie ist meines Erachtens komplett im Sinne des Landes Hessen. Das Land Hessen hat uns dann auch im Strukturfonds I – Herr Gruno wird es bestätigen können – signifikant beteiligt.

Der Strukturfonds I ist – ich glaube – 2018, 2019 irgendwann spruchreif gewesen, da waren wir im Bereich der Bauzielplanung, haben dort eine Größenordnung von 60 Millionen € bekommen im Rahmen der ersten Kostenschätzungen. Jetzt aktuell lagen wir letztes Jahr bei 85, 87 Millionen €, das heißt, wir sind schon weit über 30 % teurer. So etwas muss man mit einem Gesellschafter auch besprechen können.

Das haben wir getan. Wir haben eine Vielzahl von anderen Facetten – toi, toi! –, die wir im Bereich der Fördermittel noch nutzen können; aber diese 87 Millionen €, die wir jetzt haben als Kostenschätzung im Hinblick auf das, was ab 2022 passiert ist mit den Baukostenindices – –

Wenn Sie das Beispiel mit den 17,7 % einfach einmal im Hinterkopf behalten, selbst wenn Sie dort einen Baukostenindex über die nächsten drei Jahre per anno von jeweils 6 % nehmen würden, reden wir in unserem Beispiel an unserem Neubau von weiteren Kosten von über 30 Millionen €, wo wir natürlich genau schauen – das ist mit den Gesellschaftern rechtzeitig adressiert –, wie gehen wir mit einer solchen Situation um.

Der Strukturfonds I, den wir damals dankenswerterweise mit 26,2 Millionen € erhalten haben, ist natürlich unter den Maßgaben der Inflation etc. pp. so, wie ich es eben einmal abgezinst habe, heute nicht mehr diese 26,2 Millionen € wert, und wir sehen jetzt den Schwierigkeiten ins Auge, die da in den nächsten Jahren an Kostensteigerungen noch auf uns zukommen. Deswegen meine Bitte, das noch einmal in die Diskussion mit hineinzunehmen. 26,2 Millionen € sind einfach nicht statisch zu sehen, sondern man muss so eine Zahl weiterentwickeln im Hinblick auf die Kostensteigerungen.

Ich sehe, Frau Ravensburg ist auch da.

(Zuruf Abg. Claudia Ravensburg)

Wir haben das Krankenhaus Asklepios in Bad Wildungen damals mit 42 Millionen € gebaut. Das ist im Jahr 2002 gewesen, und ich glaube, man muss diese Steigerungsraten irgendwo mit berücksichtigen; denn ansonsten wird man immer eine Unterdeckung haben und weiß nicht, wie man dort gegensteuern kann.

Ich würde gern noch einen letzten Satz zu Herrn Schad sagen. Ich glaube, Sie fühlen so wie jedes Aufsichtsratsmitglied. Ich kann bestätigen, dass die Kolleginnen und Kollegen in meinem Aufsichtsrat auch so denken: Was ist eigentlich schlimmer, Betriebskostenunterdeckung oder Investitionslücke? Den Betrag, den Sie eben genannt haben – – Vielleicht ist Ihr Krankenhaus sogar bei den acht oder zehn, die wir gefragt haben. – Herr Schaffert nickt, er hat die Umfrage gemacht; von daher denke ich, sind Sie dabei. Das geht leider jedem Krankenhaus so, und bei zweistelligen Verlusten aus dem operativen Tagesgeschäft muss man sich fragen, wie geht man mit der Situation um?

Wenn ich sage Defizitausgleich, geht die Kollegin zur Rechten direkt hoch, verständlicherweise bei Kommunen. Das wiegt schwer, und bei den Investitionskosten kann ich nur sagen, es kommt natürlich auch ein Stück weit darauf an, wie die Struktur des Krankenhauses ist. Ist es noch ein relativ neues Krankenhaus aus dem Penalty-Zeitraum, was die Fördermittel angeht? – Dann kann es durchaus sein, dass die pauschalen Fördermittel, die Sie jetzt haben, auskömmlich sind.

Ich sage einmal, wenn Sie ein Krankenhaus haben, welches 2012, 2013, 2014 neu gebaut wurde, dann haben Sie nicht den Bedarf wie beispielsweise das Krankenhaus, über das ich gerade rede, wo wir dann auch pauschale Fördermittel einsetzen für die Neubaumaßnahme. Ein großer Vorteil ist auch, wenn Sie ein Verbund sind wie wir beispielsweise, dann können Sie die Fördermittel der einzelnen Kliniken auch poolen für einen Standort. Das ist durch das Land Hessen ermöglicht worden. Das heißt, ich gehe her und nehme Gelder anderer Standorte für diese Neubaumaßnahme.

Aber das sind alles – „Tricks“ ist das falsche Wort –, aber Taktiken, weil letztendlich das Gesamtfördervolumen einfach nicht da ist, wo es sein sollte. Also, ich glaube, auf diese Frage kann man keine pauschale Antwort geben; aber ich fühle mich da in die gleiche Situation versetzt wie Ihre Klinik gerade aktuell.

**Aguedita Afemann:** Mir bleibt eigentlich nicht mehr viel zu sagen. Vielleicht sage ich es noch einmal deutlicher. Herr Dr. Bartelt, zum Thema Investitionsfinanzierung, Sie sagten, dass Sie ein bisschen unsicher sind, was denn nun? – Sind wir zufrieden, oder sind wir unzufrieden?

Ich glaube, wir sollten uns alle vor Augen führen, dass unsere Krankenhausfinanzierung auf zwei Säulen ruht: die Betriebskostenfinanzierung und die Investitionskostenfinanzierung. Die Investitionskostenfinanzierung ist keine freiwillige Leistung der öffentlichen Hand, sondern sie steht den Krankenhäusern aller Trägerschaften zu. Frau Anders, das beantwortet vielleicht auch Ihre Frage zum Gesetz, was hat das für Auswirkungen? – Das kommt allen zugute.

Insofern gehört zu einer nachhaltigen Finanzierung auch, dass diese planbar ist, und es gibt Berechnungsgrößen wie die InEK-Bewertungsrelation, wo man gut sagen kann, wie viel Geld benötigen die Krankenhäuser in unserem Land. Da kommen wir auf den Wert, den Herr Prof. Gramminger genannt hat. Insofern kann ich sagen, wenn wir konsequent in unserer Argumentation sein wollen, müssen wir sagen, dass es immer noch nicht ausreichend ist, weil es immer noch ein Delta gibt zu diesen 390 Millionen €. Wir brauchen 100 Millionen € mindestens mehr.

Ich glaube, das erklärt es: Wir sind natürlich froh, dass es eine deutliche Steigerung gab zu den Vorjahren; aber nichtsdestotrotz bleibt ein Delta, und ich glaube, da sollten wir auch nicht drum herumreden. Wir müssen uns natürlich auch darüber im Klaren sein, dass die finanziellen Mittel begrenzt sind; deshalb müssen wir eine Krankenhausreform angehen, um unsere Gelder besser zu verteilen.

Ich glaube, das hatte der vdek in seiner Stellungnahme auch erwähnt, dass selbst die Krankenkassen sich immer wieder dafür einsetzen, dass die Investitionsmittel erhöht werden. Die Krankenkassen sagen aber natürlich, das Geld soll nur in bedarfsnotwendige Strukturen fließen. Dem würden wir uns als private Träger anschließen; denn es macht natürlich keinen Sinn, Geld in Strukturen zu geben, die vielleicht im Rahmen der kommenden Krankenhausreform nicht mehr zukunftsfähig sind. Aber ich glaube, darin sind wir uns auch mit anderen Trägergruppen einig, dass man die finanziellen Ressourcen sachgerecht einsetzen muss.

Ich glaube, wir sind auch noch nicht auf die Frage eingegangen, was heißt das eigentlich für die Pflege, wenn es weniger Investitionskosten gibt? – Natürlich, wenn Sie unmoderne Strukturen haben, sind es weitere Wege für die Pflegekräfte, die sie während ihres Arbeitstages zurücklegen müssen. Sie können sozusagen auch keine arbeitserleichternden Maßnahmen durch digitale Anwendungen einsetzen, weil Ihnen einfach das Geld dafür fehlt, sodass Sie anders dokumentieren könnten und damit den bürokratischen Aufwand auf den Stationen niedrig halten. Das sind nur zwei Beispiele. Herr Dr. Fellermann als Geschäftsführer einer Klinik könnte sicherlich noch mehr dazu sagen.

Vielleicht noch zu der Teuerungsrate. Ich bin ein Fan davon, auch einmal in die Vergangenheit zu schauen. Da hatte ich gesehen, dass Frau Ministerin Lautenschläger auch schon seinerzeit in einer Kleinen Anfrage vorgeschlagen hat, die Krankenhausbetriebskosten quasi an die Teuerungsrate zu koppeln und dementsprechend anzupassen. Das war 2008; seitdem ist viel passiert. Aber wenn Sie noch weiter zurückgehen, werden Sie sehen, dass es sich im Grunde genommen durch unsere gesamte Gesundheitspolitik hindurchzieht seit Anbeginn der Bundesrepublik, dass das Gesundheitswesen doch in großen Teilen unterfinanziert ist oder, sagen wir mal so, es gibt zu wenig Geld für die Struktur, die dann vorgehalten wird. Da gibt es aus der Mitte der Fünfzigerjahre das Problem der Defizitfinanzierung, damals gab es noch so gut wie keine privaten Träger. Es waren die frei gemeinnützigen, die sich damals an die Opposition gewandt und gesagt haben, wieso geben denn die Kommunen so viel Geld an ihre Krankenhäuser, und die frei gemeinnützigen Träger bekommen gar nichts und wissen nicht, wie sie mit ihrem Defizit umzugehen haben?

Sie sehen, das Thema, dass Geld im Gesundheitswesen fehlt, zieht sich durch die Jahre hindurch, und insofern sollten wir jetzt die anstehende Krankenhausreform mit etwas mehr Mut angehen, um dann für die nächsten 20 Jahre gut aufgestellt zu sein. Ich würde aber sagen, dass uns da noch der große Blick aufs Ganze fehlt; denn Herr Lauterbach hat jetzt in erster Linie die Krankenhäuser, die Krankenhausstrukturen im Blick. Aber wir sollten uns schon im Klaren darüber werden: Was wollen wir eigentlich? Wollen wir unsere begrenzten finanziellen Ressourcen auf dem Gesundheitsmarkt sinnvoll einsetzen? Wollen wir den Fachkräftemangel bekämpfen? Was wollen wir machen?

Wir sehen, die Ambulantisierung schreitet voran, das bedeutet doch eigentlich, dass wir auch sektorenübergreifend planen, unsere Sektorengrenzen überwinden, um sozusagen Unterversorgung auch im ambulanten Bereich zu bekämpfen und die Fachkräfte sinnvoll einzusetzen. Das sind alles Themen, die sind noch gar nicht auf der Bundesebene angesprochen worden; aber wir würden uns wünschen, dass dies auf Landesebene angegangen wird. Dafür haben wir die entsprechenden Gremien, das §-90a-Gremium, dass wir vielleicht mit etwas mehr Mut in die Reform gehen und ein bisschen out of the box denken und bestehende Strukturen, die es seit 50, 60, 70 Jahren gibt, hinterfragen.

Auch der Pflegebereich, die Pflegeheime sind sicherlich ein drängendes Thema. Von der GKV beim DRG-Forum gab es eine sehr beeindruckende Folie, die belegten Krankenhausbetten in Deutschland sind quasi unter 400.000 gefallen, und im Pflegebereich gab es im gleichen Zeitraum eine eklatante Steigerung. Da sind wir fast bei 900.000, über 900.000 belegten Betten im Pflegebereich. Im Grunde genommen ist das Problem, da werden auch Fachkräfte benötigt. Insofern müssen wir die ganzen Sektoren gemeinsam betrachten und nicht nur den Krankensektor. Das ist zwar hier unsere Aufgabe, aber ich bin der Meinung, wir müssten etwas holistischer denken und schauen, wie wir unser System voranbringen, auch im Sinne der Mitarbeiter. Ich glaube, den Mitarbeitern wäre auch sehr geholfen, wenn wir Strukturen verändern, zum Beispiel in der Pflege, dass man der Pflege mehr Kompetenzen einräumt, damit die Arbeitszufriedenheit steigt, wenn man mehr Verantwortung trägt, mehr gestalten kann und nicht nur arbeiten soll nach Anweisung durch einen Mediziner. Da sind wir in Deutschland sehr arztzentriert, da sollten wir die Impulse, die aus dem Ausland kommen von den internationalen Fachkräften, wo der Pflegeberuf ein akademischer Beruf ist, in unserem deutschen Gesundheitssystem aufgreifen und einfach einmal an die Umsetzung gehen, Neues denken, mutig sein.

**Georg Schulz:** Es ist schon vieles gesagt worden zu der Frage der Finanzierungslücke. Herr Dr. Bartelt, wenn Sie eine Formel haben wollen, nach der das zu bestimmen ist, würde ich einmal sagen, schauen wir uns doch die Zahlen an, die Herr Prof. Augurzky für das Jahr 2015 ermittelt hat, rechnen die Entwicklung der Umsätze hoch, setzen diese 9 bis 11 % der Krankenhausumsätze für Investitionen an, und dann gibt es einen Faktor X, der macht es uns so schwierig zu bestimmen, wie bemisst man denn eigentlich die Zahl, wie die Summe heute aussehen soll?

Dieser Faktor heißt in der Tat Baukostenindex. Die Baukosten sind überproportional gestiegen, und es sind auch die Klimaschutzinvestitionen, die wir vor zehn Jahren noch nicht in der Planung hatten. Die kommen auf jeden Fall dazu.

Ein dritter Punkt ist die Digitalisierung. Wenn Sie das haben wollen, will ich durchaus anerkennen, dass Hessen etwas getan hat, zumindest im Doppelhaushalt, um die Lücke zu schließen; aber die Lücke ist nicht geschlossen. Darum bleibt das Problem, dass die Krankenhäuser zwei Töpfe haben, aus denen sie finanzieren: Investitionskosten und Betriebskosten. Wenn die Investitionskosten nicht ausreichen, muss es aus dem Topf der Betriebskosten kommen, oder es verbleibt ein Investitionsstau, der eher die Summen der künftigen Investitionen noch einmal erhöht.

Ich will aber gern gerade auf den Bereich Pflege und Pflegebudget eingehen, weil es Auswirkungen gibt, die vielleicht den Herren und Frau Afemann bekannt sind, aber möglicherweise nicht in diesem Gremium. Mit dem Pflegebudget sind die Kosten für die Pflege am Bett gemeint, wie sie auch immer definiert sein mag, da gibt es an den Rändern immer Abgrenzungsprobleme. Sie sind zunächst einmal aus den Krankenhausbetriebskosten, aus den DRGs, herausgenommen, und es gibt nur einen Topf.

In der Theorie heißt es erst einmal, es lohnt sich nicht für ein Krankenhaus, weiter am Pflegepersonal zu sparen, weil die Kosten separat finanziert werden. Die Frage ist aber: Wie finanziere ich denn die mangelnden Investitionskosten, wenn ich sie nicht über die Pflege finanzieren kann? Ich glaube, das wird durchaus betriebswirtschaftlich einfach gerechnet werden müssen. In der Pflege ist es beispielsweise so, dass viele Krankenhäuser auf die Idee kommen, die pflegeunterstützenden Maßnahmen, die in den letzten Jahren eingeführt worden sind, wieder zurückzunehmen. Die Kosten für die examinierte Pflegekraft, die Krankenpflegehilfskraft am Bett, werden im Pflegebudget refinanziert, aber beispielsweise nicht für die Pflegeservicekräfte, die zuständig sind für die Verteilung von Material, Säuberung von Nachttischen, Transport von Patienten zu Untersuchungen und alles das. Diese Pflegekräfte – deswegen habe ich vorhin den Begriff „Unterdeck“ genannt – stehen dann zunehmend im Fokus. Gerade wenn ich nicht mehr am größten Posten des Personals, im Pflegebereich, weiter sparen kann, kommen solche Themen in die betriebliche Kalkulation, und es gibt tatsächlich verstärkt Träger, die letztlich mit der Begründung, dass das Pflegebudget nur die Pflegefachkräfte finanziert, die ganzen pflegeunterstützenden Maßnahmen sukzessive abbauen, um solche Investitionslücken zu finanzieren. Ich glaube, das muss man der Ehrlichkeit halber noch mit dazusagen, wenn man glaubt, das Pflegebudget bedeutet ja eigentlich, dass die Pflege geschützt ist. – Das stimmt auf den ersten Blick, auf den zweiten Blick sind andere Bereiche sehr viel stärker belastet, es sei denn, wir schaffen es, die Investitionskostenlücke zu schließen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Für die zweite Runde liegt mir bislang nur eine Wortmeldung der Kollegin Dr. Sommer vor.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen herzlichen Dank, ich mache es ganz kurz. Ich glaube, es ist ganz deutlich geworden, dass wir eine duale Finanzierung haben. Frau Afemann, Sie sprachen von bedarfsnotwendigen Strukturen, die finanziert werden sollen. Deswegen geht meine Frage an Sie.

Es gab ja, bevor wir pauschale Mittel in Hessen eingeführt haben, ein anderes System, nämlich zu schauen, wo sind die Bedarfe? Was wird finanziert? – Deswegen die Frage an Sie: Hätten Sie das gerne zurückgedreht, oder braucht es eigentlich einen Mix aus pauschalen Mitteln plus, dass man sich die Bedarfe anschaut? – denn wir wissen, es gibt einen Krankenhausplan, es wird aber nicht gesteuert, und wir haben eine große Fehl-, eine große Über- und eine große Unterversorgung, die wir nicht in Hessen regulieren.

Eine zweite Frage geht an Dr. Jürgen Dieter. Sie hatten gesagt, dass es den Sicherstellungsauftrag gibt. Gesetzlich verbrieft ist, dass das Land Hessen seinen Bürgerinnen und Bürgern Krankenhausleistungen in angemessener Weise zur Verfügung stellt. Der Sicherstellungsauftrag geht zunächst einmal nicht an die Kommunalen, sondern den müsste laut Gesetz eigentlich zunächst einmal das Land selber tragen. Deswegen meine Frage: Wie könnte man die gesetzliche Vorlage so konkretisieren, dass die Länder ihrer Investitionstätigkeit mit originären Mitteln selber nachkommen?

Abg. **Yanki Pürsün:** Vielen Dank für die weiteren Antworten. Ich will einen Punkt ansprechen, zu dem Sie alle schon ein bisschen etwas gesagt haben. Ich will es nicht auf die Goldwaage legen, was der Kollege Schad als Mitglied eines Aufsichtsrates eines regionalen Krankenhauses gesagt hat, so auf die Tour, dieses Krankenhaus kommt damit klar, was es so an Investitionsmitteln gibt. Natürlich ist es so, wenn die Investitionsmittel 3 € wären, müssten sie auch damit klarkommen; denn dann gibt es halt nicht mehr als 3 €.

(Abg. Max Schad: Das ist eine Verkürzung meiner Aussage! Das habe ich nicht gesagt!)

Ich habe nur gesagt, ich will es nicht auf die Goldwaage legen; aber ich will es beschreiben.

(Abg. Max Schad: Doch, du hast es auf die Goldwaage gelegt!)

**Vorsitzender:** Im Wesentlichen hat der Kollege Pürsün das Wort. Aber es geht schon darum, Fragen zu stellen zu dem Gesetzentwurf, und wir brauchen auch eine Adressierung, an wen die Frage gerichtet ist.

Abg. **Yanki Pürsün:** Es ist eine notwendige Maßnahme von Unternehmen, die Wirtschaftlichkeit entweder zu verbessern oder überhaupt sicherzustellen, darum muss man zum Beispiel die Forschung oder auch die Investition einschränken, weil das Geld nicht da ist; ansonsten würde es nicht aufgehen.

Sie haben schon ein bisschen beschrieben, was die Folgekosten sind. Wir kennen es auch aus anderen Politikbereichen. Wenn man glaubt, jetzt einen Euro bei den Investitionen zu sparen, ist die Folgewirkung in der Zukunft entsprechend teurer. Das heißt unterm Strich, das gesamte System – und letztendlich ist es dann auch die staatliche Finanzierung – spart da ja nicht, und ich habe es vorhin angesprochen mit der Pflege, dass wenn die Arbeitsbedingungen nicht optimal sind, dann ist es auch für das Personal nicht attraktiv. Natürlich wollen auch Patientinnen und Patienten oder auch Angehörige, wenn sie sich ein Haus anschauen, vielleicht auch ein Gebäude oder ein Umfeld haben, was sie anspricht. Von daher sind, glaube ich, die Risiken deutlich größer als nur auf dem Papier, wenn die Investitionskosten nicht ausreichen, wenn die Investitionskostenfinanzierung durch das Land nicht ausreicht. Sie haben es alle ein bisschen angesprochen, aber ich wollte es direkt noch einmal ansprechen und erfragen, welche Risiken in Hessen auf die Häuser und damit natürlich auch auf die stationäre Gesundheitsversorgung zukommen.

**Vorsitzender:** Weitere Rückfragen sehe ich nicht. Es sind wieder alle adressiert worden. Insofern: Dr. Dieter, bitte.

**Dr. Jürgen Dieter:** Der Sicherstellungsauftrag liegt im Verhältnis Bund und Land bei den Ländern. Das Land Hessen hat das delegiert. Im Krankenhausgesetz ist, glaube ich, geregelt: 3:1.

Ich bin jetzt ein bisschen unsicher, wie ich die Frage beantworten soll. Sie sitzen im Parlament, Sie können diese Regelung jederzeit ändern – ich sehe jedenfalls keine Schranke, dies zu tun – und können sagen, wir als Land tragen die Sicherstellung mit allem, was dazugehört, selber. Das könnten Sie tun.

Ich würde das jetzt nicht zum Vorschlag erheben; denn das hätte weitere Konsequenzen, über die müsste man dann auch sprechen. Aber dass Sie es tun könnten, das ist klar. Das haben Sie in der Hand. Das hat der 20. Landtag in der Hand und der 21. auch.

**Prof. Dr. Steffen Gramminger:** Wenn Sie Einzelfördermaßnahmen gemeint haben, dann bitte nein. Wir lassen es dann viel lieber bei der Pauschalierung. – Also nicht, dass das jetzt toll wäre; aber es gibt einen gewissen Spielraum für einen Krankenhausmanager, ähnlich wie es Herr Dr. Fellermann kurz vorher beschrieben hat. Das sind ja laufende Prozesse. Das wäre ein fürchterliches Bürokratiemonster, also das wäre keine Alternative.

Zu Ihrem großen Risiko: Ich habe versucht, es rüberzubringen; ich will es aber noch einmal verstärken. Es geht ums Eingemachte. Durch diese Mechanismen, die uns jahrelang in dieses Hamsterrad, wie es Herr Prof. Lauterbach so schön nennt, was ja nicht unbedingt toll war; aber wirtschaftlich hat es uns zumindest entsprechend über die Jahre gebracht. Das wird jetzt nicht mehr funktionieren. Deswegen kommt diesen fehlenden Investitionsmitteln eine ganz besondere Bedeutung zu; denn eines ist klar: Ich habe das Geld, und selbst wenn ich es vielleicht irgendwo

generieren kann, habe ich es nicht im Keller liegen. Das heißt, es werden Kredite abgeschlossen. Die Zinsen steigen jetzt. Die Krankenhäuser müssen Zins und Tilgung bezahlen, dann kommen die Abschreibungen dazu, wenn sie den Bau in Betrieb nehmen.

Die meisten Krankenhäuser schreiben rote Zahlen, obwohl viele Krankenhäuser ein positives Betriebsergebnis haben. Das heißt, die Leistung passt; aber durch die hohen Kosten mit Zins, Tilgung und AfA reicht es eben nicht aus, um einen positiven Abschluss zu bekommen. Das ist häufig das Problem, und das sind auch die Sünden der Jahre zuvor, weil entsprechend hohe Verbindlichkeiten damals abgeschlossen worden sind. Es ist wirklich dramatisch eventuell.

**Reinhard Schaffert:** Zunächst noch einmal zur letzten Runde. Herr Schad, ich hatte Sie vergessen, das tut mir leid. Sie sind nicht allein mit Ihrem zweistelligen Millionenbetrag bei Ihrem Krankenhaus. Das hat Herr Dr. Fellermann auch schon gesagt. Man müsste natürlich noch einmal genau schauen, wo zum Beispiel die Zinsen für vergangene Investitionen sind.

Selbst wenn der Investitionsbedarf jetzt nicht da ist, führt ja die Pauschalförderung letztlich dazu, dass ich Kredite aufnehme, die ich dann über die Pauschalfördermittel zurückfalle. Ich weiß jetzt nicht ganz genau, wo sie entsprechend gebucht sind und ob diese Differenz zwischen den tatsächlichen Zinsen und den Fördermitteln vielleicht auch zu Ihrem Defizit beiträgt. Auf jeden Fall sind Sie nicht allein, und aus Krankenhaussicht geht es darum, dass die Finanzierung des Krankenhauses insgesamt gesichert ist, so wie es auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz besagt.

Krankenhäuser werden wirtschaftlich dadurch gesichert, dass die Investitionen des Krankenhauses auf dem Wege der Förderung vom Land übernommen werden – übernommen, Punkt. Dem ist eigentlich nichts mehr hinzuzufügen, das ist die nachhaltige Finanzierung.

In Bezug auf die Frage Einzel- und Pauschalförderung, Sie haben natürlich recht, es gibt mehr Steuerungsmöglichkeiten fürs Land bei der Pauschalförderung. Ich denke, die Nachteile überwiegen aber. Allein schon das Beispiel von Herrn Dr. Fellermann, wenn Sie einen Antrag stellen auf eine Einzelförderung, kommen Sie auf eine Warteliste. Irgendwann wird der Antrag dann genehmigt. In der Zwischenzeit sind die Baukosten schon längst davongelaufen. Da geben die Pauschalförderungen deutlich mehr Flexibilität, und das ist nur ein Beispiel. Deswegen sind die Krankenhäuser, glaube ich, einhellig froh, dass wir jetzt bei der Pauschalförderung sind.

Herr Pürsün, die Risiken mangelnder Investitionsfinanzierung: zum einen gibt es einen Investitionsstau. Gut, das ist dann ein altes Krankenhaus, und man liegt dann halt nicht im komfortablen Einbett- oder Zweibettzimmer, sondern vielleicht noch im älteren Dreibettzimmer. Das ist un schön; das ist jetzt aber nicht das Problem.

Das Problem ist, dass wir zunehmend Strukturvorgaben für bestimmte Leistungen haben, und diese Strukturvorgaben erfordern auch Investitionen seitens des Krankenhauses, wenn diese Leistungen erfüllt werden sollen.

Nun habe ich ja als Krankenhaus einen gewissen Versorgungsauftrag. Wenn also in einem bestimmten Leistungsbereich – das wird mit der Krankenhausreform bei den Leistungsgruppen noch zunehmen, dass entsprechende Qualitätsvorgaben gemacht werden –, wenn ich diese Leistung erbringen will, dann muss ich in diesen Bereich auch investieren, um die entsprechenden Strukturen vorzuhalten. Deswegen ist die Folge einer mangelnden Investitionsfinanzierung gegebenenfalls auch, dass ich als Krankenhaus zukünftig eben nicht mehr die Leistungen erbringen kann, für die ich eigentlich im Krankenhausplan vorgesehen bin.

**Dr. Dirk Fellermann:** Vielleicht noch kurz auf Frau Dr. Sommer eingehend, Einzelförderung. Wir sind sehr dankbar, dass vor Jahren die Förderung von leerstehenden Planbetten auf Fallzahlen umgestellt wurde. Ich glaube, das ist ein hohes Gut, und dahin sollten wir nicht mehr zurückkommen, weil wir die gesamte Krankenhausplanung von den Planbetten mittlerweile entkoppelt haben.

Zum Thema Risiko bin ich eins zu eins bei Ihnen, das Risiko steigt. Ich hatte es einmal an einem Beispiel bei uns genannt. Dem kann man entgegentreten, losgelöst, welchen Träger man hat, indem man extern an den Kapitalmarkt geht. Sie kennen Basel II etc., etc. Da werden Krankenhäuser aufgrund der Insolvenzwahrscheinlichkeit zwischen Bauunternehmen und Videotheken gerankt. Da werden Sie keinen Erfolg haben. Von daher sind wir schon ganz dankbar, dass wir in der kommunalen Gemeinschaft sind.

Diese Baumaßnahmen wie bei uns, das ist kein Einzeleffekt, der sich irgendwann einmal überholt hat. Wir haben früher gesagt, in den neuen Bundesländern stehen jetzt nur noch neue Krankenhäuser. Wir haben einen interessanten Vortrag gehört, wie viele Krankenhäuser noch eine Hülle von vor 1945 haben; das ist erstaunlich.

Es geht dann auch Schritt für Schritt weiter. Wenn ich an die neuesten Ideen denke, Thema Ambulantisierung, Erweiterung, § 115 SGB V, also Erweiterung des ambulanten OP-Spektrums, dann sind Sie in einem modernen Krankenhaus schon gehalten, eine sog. Same Day Surgery einzuführen, also einen ambulanten OP-Bereich; sonst kommen Sie dort nicht zurecht.

Dann gibt es das vierte Gutachten der Regierungskommission zum Thema Notfallversorgung. Dort soll es ja die Integrierten Notfallzentren (INZ) weiterhin geben, und das ist auch gut so. Ich glaube, mittlerweile ist auch geklärt, wer da den Hut aufhaben soll. Das war drei Jahre unstrittig. Nur, da muss man auch ganz anders denken. Das ist nicht mehr eine zentrale Notaufnahme, das ist nicht mehr der Ärztliche Bereitschaftsdienst der KV, sondern wir reden über Triagierung. Wir reden da über einen gemeinsamen Tresen.

Das heißt, ein Krankenhaus entwickelt sich bauseitig Schritt für Schritt. Das ist kein Stillstand, einmal ein Krankenhaus neu gebaut, und dann hat man 60, 70 Jahre Ruhe. Das ist auch nicht der Fall. Von daher werden erhöhte Kapitaldienste, erschwertes Herankommen an Darlehen, wenn man es extern betreiben würde, und dieser permanenter Neuerungsbedarf, losgelöst von Brandschutzthemen etc., was da auch immer kommt, wird das Risiko immer weiter erhöhen. Von

daher wird diese Säule, wie Herr Prof. Gramminger eben zu Recht gesagt hat, die Investitionsförderung, noch wichtiger werden als früher.

**Aguedita Afemann:** Frau Dr. Sommer, Sie haben schon mitbekommen, dass Pauschalförderung das Maß ist und wir nicht zurück wollen.

Ich würde aber noch sagen, dass zu der bedarfsnotwendigen Zuweisung der Mittel natürlich eine aktive Krankenhausplanung gehört. Da sind Sie vielleicht schon etwas schlauer als ich. Letzte Woche Donnerstag gab es, glaube ich, einen Antrag der Partei DIE LINKE, der im SIA behandelt worden ist, zu den Ideen – –

(Zurufe)

– Nein, wurde er nicht? – Ach so. Ich dachte, Sie hätten vielleicht ein paar Informationen mehr bekommen, wie die Landesregierung sich die künftige Struktur in Hessen vorstellt.

Unser Ausschuss, in dem ich sitze, hat noch nicht getagt. Wir haben noch nicht über einen künftigen Krankenhausplan gesprochen. Aber darum geht es natürlich, um aktive Planung. Sie müssen sich anschauen, welche Abteilung brauche ich eigentlich nicht mehr, weil sich die Patientenströme verändert haben, weil viele in den ambulanten Bereich gewandert sind.

Genauso gilt das für ganze Standorte. Aber das sind natürlich unbeliebte Themen, und das kann ich auch verstehen. Kein Politiker möchte im laufenden Wahlkampf mit solchen Schließungsszenarien – und sei es, dass es sich nur um Abteilungen handelt – befasst sein. Das ist nicht gerade imagefördernd. Aber da muss man natürlich ran.

Herr Pürsün, Herr Dr. Fellermann hatte schon einige Punkte erwähnt. Wenn wir zu wenig Investitionsmittel haben, können wir nicht auf moderne Medizintechnik reagieren oder einfach auf Veränderungen, die es im Krankenhausbereich gibt. Beispielsweise gab es vor ein paar Jahrzehnten nur einzelne OP-Kapazitäten, einzelne OP-Räume, mittlerweile haben Sie sechs OPs in einem Riesenraum, wo Sie dann Ihr Personal noch einmal ganz anders einsetzen können. Da gibt es viele Vorteile.

Oder, wie Herr Dr. Fellermann gesagt hat, mit der Ambulantisierung im normalen stationären OP-Betrieb bietet es sich nicht an, ambulante Leistungen anzubieten. Dazu bräuchte man ein ambulantes OP-Zentrum, und dafür brauchen Sie natürlich Investitionsmittel. – Insofern, fehlende Investitionsmittel heißt auch weniger Modernisierung, dass wir State of the Art sind in Hessen.

**Georg Schulz:** Ich glaube, ich kann es kurz machen. Wenn die Frage Pauschalfördermittel oder Einzelfördermittel zur Debatte steht, ist die Form, in der die Mittel fließen, nicht das Entscheidende, sondern die Frage, sind die Mittel ausreichend in der Höhe.

**Vorsitzender:** Vielen Dank für die Stellungnahmen. Ich sehe jetzt keine weiteren Rückfragen seitens der Abgeordneten mehr. Dann darf ich mich ganz herzlich bei den Anzuhörenden bedanken für ihre schriftlichen Stellungnahmen, aber auch für ihre mündlichen Ausführungen heute im Ausschuss. Ich schliesse die 96. Sitzung des SIA. – Herzlichen Dank.

Wiesbaden, 26. Mai 2023

Für die Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny