Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg,
Christine Aschenberg-Dugnus, Katrin Helling-Plahr, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/486 –**

Situation der Krankenhäuser

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 21. Dezember 2017 meldeten die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA mit 40 Einrichtungen und 5 200 Mitarbeitern nach eigenen Angaben Insolvenz an (www.paracelsus-kliniken.de/nc/aktuelles/aktuelle-meldungen/news-details/article/paracelsus-kliniken-streben-sanierung-in-eigenverantwortung-an.html). Am gleichen Tag meldete die TeutoKlinik GmbH & Co. KG in Bielefeld Insolvenz an (Neue Westfälische, 21. Dezember 2017), einige Tage vorher übernahm die Stadt Delmenhorst das finanziell schwer angeschlagene Josef-Hospital Delmenhorst Krankenhaus gGmbH (NDR, 29. November 2017).

Doch damit nicht genug. „Jedes zehnte Krankenhaus steht vor der Insolvenz“, titelte die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ im Juni 2017 (www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/hohe-kosten-jedes-zehnte-krankenhaus-steht-vor-der-insolvenz-15071077.html). Auch eine Studie zur „Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser“, die im Auftrag des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. erstellt wurde, kommt zu einer alarmierenden Lagebewertung. So sind drei von vier Krankenhäusern nicht ausreichend investitionsfähig (S. 20), zudem gehen die Investitionsmittel der Länder zurück. Benötigt würden rund 6,8 Mrd. Euro im Jahr an Investitionsmitteln, die Länder stellten (Stand: 2014) aber nur rund 2,7 Mrd. Euro im Jahr zur Verfügung. Gemeinsam mit den Mitteln, die die Krankenhäuser selbst zur Verfügung stellten, sind damit Investitionsmittel in Höhe von 5,3 Mrd. Euro verfügbar gewesen (S. 22). Letztere stammen zu großen Teilen aus den Leistungsentgelten (S. 14), was systematisch ein Problem darstellt.

Fehlende Investitionsmittel und steigende Kosten bei gleichzeitig kaum steigenden Landesbasisfallwerten (vgl. Landesbasisfallwerte des Verbandes der Ersatzkassen e. V. – vdek, www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_14/file.res/22_lbfw_2005_2018_DMH.pdf) sorgen damit für immer größere finanzielle Probleme bei den Krankenhäusern. Diese betreffen Mitarbeiter und Patienten gleichermaßen. Dabei ist eine stabile und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung für das Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 7. Februar 2018 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Eine ausreichende Finanzausstattung der Krankenhäuser ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass diese in der Lage sind, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. In der vergangenen Legislaturperiode hat die Bundesregierung eine Vielzahl von Maßnahmen auf den Weg gebracht mit dem Ziel, eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auf solider Finanzierungsgrundlage sicherzustellen. Die Bundesregierung hat damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser geleistet.

Auch im Rahmen des geltenden Rechts konnten Krankenhäuser, z. B. durch steigende Landesbasisfallwerte, Mehreinnahmen verbuchen. Im Gegensatz zu den Investitionsmitteln haben sich die Landesbasisfallwerte im Zeitraum von 2005 bis 2017 abgesehen von wenigen Einzelfällen durchgängig positiv entwickelt. Auch im Jahr 2018 werden die Landesbasisfallwerte in allen Bundesländern, teils deutlich, oberhalb der Werte des Vorjahres liegen.

Hinzuweisen ist ferner darauf, dass es sich bei Krankenhäusern auch um Wirtschaftsunternehmen handelt, die sich am Markt behaupten müssen. Hierdurch werden die notwendigen Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenhäuser geschaffen, sich um eine wirtschaftliche, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung zu bemühen. Zu einem derartigen Wettbewerb gehört, dass nicht ausreichend leistungsfähige Wettbewerber aus der Versorgung ausscheiden, sofern sie nicht für die notwendige Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Für diesen Fall sind im geltenden Recht Rahmenbedingungen vorgesehen, um zu vermeiden, dass die bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten hierdurch beeinträchtigt wird.

In methodischer Hinsicht ist anzumerken, dass dem Bund zu den Fragen 1 bis 7 und 9 bis 10 keine eigenen Daten vorliegen. Aufgrund der bei den Bundesländern liegenden Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und der damit verbundenen Bereitstellung von Investitionsmitteln wurde für die Beantwortung dieser Fragen eine Abfrage bei den einzelnen Bundesländern durchgeführt, deren Ergebnisse in die Beantwortung der Kleinen Anfrage eingeflossen sind.

1. Welche Insolvenzen von Krankenhäusern oder Krankenhausbetreibern in den Jahren 2016 und 2017 sind der Bundesregierung bekannt?

Die Anzahl der durch die Länder mitgeteilten Insolvenzen von Krankenhäusern oder Krankenhausbetreibern in den Jahren 2016 und 2017 ist in der nachfolgenden Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Insolvenzen

Bundesland	Jahr	
	2016	2017
Baden-Württemberg (BW)	keine	eine
Bayern (BY)	keine	keine
Berlin (BE)	eine	keine
Brandenburg (BB)	keine	keine
Bremen (HB)	keine	eine (Insolvenzverfahren wurde eröffnet)
Hamburg (HH)	keine	keine
Hessen (HE)	zwei	keine
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	keine	keine
Niedersachsen (NI)	zwei	keine
Nordrhein-Westfalen (NRW)	eine	eine (Insolvenzverfahren wurde eröffnet)
Rheinland-Pfalz (RLP)	Ein Insolvenzverfahren (noch nicht abgeschlossen)	
Saarland (SL)	keine	keine
Sachsen (SN)	keine	eine (Anmeldung eines Insolvenzverfahrens)
Sachsen-Anhalt (ST)	keine	keine
Schleswig-Holstein (SH)	keine	keine
Thüringen (TH)	keine	keine

2. Welche Anzahl an Mitarbeitern und Planbetten war von den Insolvenzen in den Jahren 2016 und 2017 nach Kenntnis der Bundesregierung betroffen?

Die Anzahl der durch die Länder mitgeteilten betroffenen Planbetten und Beschäftigten durch eine Insolvenz in den Jahren 2016 und 2017 ist der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Betroffene Planbetten und Beschäftigte durch Insolvenzen/Insolvenzverfahren

Bundesland	Jahr			
	2016		2017	
	Planbetten	Beschäftigte	Planbetten	Beschäftigte
BW	entfällt	entfällt	kann noch nicht abschließend bewertet werden	kann noch nicht abschließend bewertet werden
BY	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
BE	28	nicht bekannt	entfällt	entfällt
BB	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
HB	entfällt	entfällt	73	ca. 300
HH	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
HE	164	nicht bekannt	entfällt	entfällt
MV	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
NI	nicht bekannt	nicht bekannt	entfällt	entfällt
NRW	369 Planbetten, die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter ist nicht bekannt			
RLP	Potentiell betroffen sind 226 Beschäftigte und 140 Planbetten			
SL	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
SN	entfällt	entfällt	635	nicht bekannt
ST	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
SH	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt
TH	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt

3. Welche Auswirkungen haben und hatten diese Insolvenzen nach Kenntnis der Bundesregierung auf Patienten, Mitarbeiter, Zulieferer und weitere beteiligte Akteure?

Die von einer Krankenhausinsolvenz bzw. entsprechenden Verfahren betroffenen Länder teilten mit, dass der Klinikbetrieb zum größten Teil unverändert und ununterbrochen weitergeführt wurde. Die meisten von einer Insolvenz betroffenen Krankenhäuser wurden unter neuer Trägerschaft fortgeführt. Die detaillierten Aussagen sind in nachfolgender Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Weitere Auswirkungen durch Insolvenzen

Bundesland	Auswirkungen
BW	noch nicht bekannt
BY	entfällt
BE	Der Klinikbetrieb wurde zu keinem Zeitpunkt unterbrochen und später (nach Verkauf durch den Insolvenzverwalter) unter neuer Trägerschaft mit unveränderter Planbettenzahl fortgesetzt.
BB	entfällt
HB	Der Klinikbetrieb läuft unverändert weiter. Die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung ist uneingeschränkt gesichert. Die Löhne und Gehälter der Beschäftigten sind durch das Insolvenzgeld gesichert.
HH	entfällt
HE	Die Mitarbeiter der betroffenen Krankenhäuser sind in anderen Krankenhäusern weiterbeschäftigt worden.
MV	entfällt
NI	Es sind keine Auswirkungen bekannt. Beide Insolvenzverfahren führten zu einer Übernahme der beiden Krankenhausbetriebe durch einen neuen Betreiber.
NRW	Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung war stets gesichert. Entfallende Versorgungskapazitäten wurden von umliegenden Häusern aufgefangen. Außerdem wurden nicht alle insolventen Häuser geschlossen, sondern haben zumindest eine Zeitlang ihren Betrieb fortgeführt; einige haben inzwischen neue Träger gefunden und sind weiterhin in Betrieb. Genaue Daten zu den Auswirkungen auf Krankenhauspersonal, Zulieferer und ggf. weitere beteiligte Akteure liegen nicht vor.
RLP	Mögliche Auswirkungen sind derzeit nicht absehbar.
SL	entfällt
SN	Der Klinikbetrieb läuft unverändert weiter.
ST	entfällt
SH	entfällt
TH	entfällt

4. Wie werden Planbetten ersetzt, die durch solche Insolvenzen verloren gehen?

Nach den Auskünften der Bundesländer wird in der überwiegenden Zahl der Fälle geprüft, ob der Bedarf durch vorhandene Kapazitäten in anderen Krankenhäusern abgedeckt werden kann. Sollten zusätzliche Kapazitäten erforderlich sein, so werden im Einzelfall Versorgungsaufträge angepasst oder diese Kapazitäten krankenhausplanerisch ausgewiesen.

5. Welche Gründe sieht die Bundesregierung für diese Insolvenzen?

Allgemeingültige Gründe für die aufgezeigten Insolvenzen werden von den Bundesländern nicht genannt. In einzelnen Fällen werden u. a. nicht mehr bedarfsgerechte Strukturen, sinkende Fallzahlen oder auch Missmanagement angeführt.

6. Erwartet die Bundesregierung im Jahr 2018 in diesem Bereich weitere Insolvenzen, und wenn ja, in welchem Umfang?

Inwiefern es im Jahr 2018 zu neuen Insolvenzen von Krankenhäusern kommt, kann zum jetzigen Zeitpunkt durch die Länder nicht abschließend bewertet werden. Größtenteils wird jedoch davon ausgegangen, dass es zu keinen weiteren Insolvenzen kommt.

7. Welche Anzahl von Planbetten im teil- und vollstationären Bereich gibt es insgesamt und pro 1 000 Einwohner nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern, und wie soll sich diese Zahl bis 2020 entwickeln?

Die Angaben der einzelnen Bundesländer zu der Anzahl von Planbetten im teil- und vollstationären Bereich sowie jeweils pro 1 000 Einwohner sind in der nachfolgenden Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: voll- und teilstationäre Planbetten/Plätze pro 1.000 Einwohner

Bundesland	Betten/Plätze Gesamt	Gesamt pro 1.000 Einwohner	Planbetten vollstationär	vollstationär/ pro 1.000 Einwohner	teilstationäre Plätze	teilstationär/ pro 1.000 Einwohner	Entwicklung bis 2020
BW ²	44.980	5,20	43.305	5,01	1.675	0,19	moderate Planbettenreduzierung
BY ³	68.145	5,27	65.276	5,05	2.869	0,22	tendenziell leichte Planbettenerhöhung
BE ¹	21.977	5,99	20.204	5,61	1.773	0,37	leichte Reduzierung auf 5,96 Betten/1.000 Einwohner
BB ³	16.896	6,80	15.313	6,16	1.583	0,64	keine wesentlichen Änderungen
HB ²	5.509	8,2*	4.931	7,34	578	0,86	keine Angaben
HH ³	13.361	7,18	12.132	6,52	1.229	0,66	Der aktuelle Krankenhausplan 2020 geht von einer Erhöhung auf 13.762 Betten und Plätze aus
HE ²	37.189	5,97	35.260	5,66	1.929	0,31	Geringfügiger allg. Bettenanstieg sowie erheblicher Anstieg bei Intensivmedizin erwartet
MV ³	11.386	7,06	10.047	6,45	1.339	0,86	tendenziell Planbettenerhöhung
NI ²	42.468	5,35	40.356	5,15	2.112	0,27	moderate Änderungen
NRW ²	keine Angaben	keine Angaben	119.645	6,70	keine Angaben	keine Angaben	Die Landesregierung plant die Aufstellung eines neuen Krankenhausplans; künftige Zahlenentwicklungen können zur Zeit nicht genau beziffert werden
RLP ³	25.566	6,28	23.944	5,88	1.622	0,40	keine Angaben
SL ³	6.792	6,80	6.366	6,40	426	0,40	Aufwuchs der Kapazitäten von 5-8%

Bundesland	Betten/Plätze Gesamt	Gesamt pro 1.000 Einwohner	Planbetten vollstationär	vollstationär/ pro 1.000 Einwohner	teilstationäre Plätze	teilstationär/ pro 1.000 Einwohner	Entwicklung bis 2020
SN ³	26.819	6,57	25.146	6,16	1.673	0,41	Derzeit nicht bezifferbar
ST ²	16.419	7,31	15.894	7,08	525	0,23	Keine Angaben
SH ²	16.622	5,80	15.167	5,30	1.455	0,50	Es ist von einer Zunahme der Behandlungsfälle auszugehen, welches eine Anpassung des Bettenbedarfs mit sich führen würde
TH ³	14.871	6,87	14.081	6,51	790	0,36	geringfügige Erhöhung der stationären Planbetten erwartet

*) 36,5 % der Behandlungsfälle, die in Bremer Krankenhäusern versorgt werden, stammen aus Niedersachsen, sodass die zu Grund gelegte Bevölkerung nicht das tatsächliche Einzugsgebiet der Krankenhäuser im Land Bremen widerspiegelt.

1) Bezugsjahr 2015, 2) Bezugsjahr 2016, 3) Bezugsjahr 2017

8. Wie bewertet die Bundesregierung die Anzahl an Planbetten?

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Planung von Krankenhäusern in die Zuständigkeit der Länder fällt. Die Bundesregierung geht davon aus, dass Deutschland nach wie vor über eine deutlich höhere Bettendichte verfügt als etwa die Nachbarländer Dänemark, die Niederlande oder die Schweiz.

9. In welcher Höhe insgesamt und pro Planbett haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Bundesländer in den Jahren 2016 und 2017 Krankenhausinvestitionsmittel zur Verfügung gestellt und ausgezahlt?

Die zur Verfügung gestellten und ausgezahlten Krankenhausinvestitionsmittel insgesamt und pro Planbett der einzelnen Bundesländer sind in der unten stehenden Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: KHG-Fördermittel insgesamt und pro Planbett

Bundesland	2016		2017	
	KHG-Fördermittel insgesamt	KHG-Fördermittel pro Planbett	KHG-Fördermittel insgesamt	KHG-Fördermittel pro Planbett
BW ²	455.200.000,00 €	10.511,49 €	461.700.000,00 €	10.661,59 €
BY ²	500.000.000,00 €	7.350,00 €	503.400.000,00 €	7.400,00 €
BE ¹	80.255.016,00 €	3.652,00 €	89.957.017,00 €	4.093,00 €
BB ¹	82.022.361,00 €	4.879,00 €	79.502.545,00 €	4.705,00 €
HB ¹	38.760.000,00 €	7.902,00 €	38.790.000,00 €	7.863,00 €
HH ¹	100.988.921,27 €	8.313,21 €	keine Angaben	keine Angaben
HE ¹	240.000.000,00 €	6.807,00 €	245.000.000,00 €	keine Angaben
MV ¹	51.838.800,00 €	4.614,87 €	50.838.800,00 €	4.465,03 €
NI ¹	241.658.579,80 €	7.261,00 €	249.067.250,19 €	6.567,00 €
NRW ¹	514.962.507,89 €	keine Angaben	779.992.359,01 €* 779.992.359,01 €	keine Angaben
RLP ¹	119.804.000,00 €	4.661,82 €	122.804.000,00 €	4.803,41 €
SL ¹	28.500.000,00 €	4.477,00 €	28.500.000,00 €	4.477,00 €
SN ¹	118.200.000,00 €	5.252,00 €	120.500.000,00 €	5.355,00 €
ST ¹	39.200.000,00 €	2.466,00 €	40.900.000,00 €	2.573,00 €
SH ²	89.270.000,00 €	5.886,00 €	119.250.000,00 €	7.939,00 €
TH ¹	50.740.805,27 €	3.734,79 €	52.092.198,80 €	3.882,55 €

* 2017 wurde bei der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter ein Anteil in Höhe von 250 Millionen € aus dem Nachtragshaushalt als einmalige Aufstockung zum Sofortabbau des Investitionsstaus gezahlt.

¹ zur Verfügung gestellt und ausgezahlt, ² Haushaltsansatz, nicht tatsächlich ausgezahlte Mittel

10. In welcher Höhe haben die Kliniken in den einzelnen Ländern insgesamt und pro Planbett nach Kenntnis der Bundesregierung Investitionsmittel in den Jahren 2016 und 2017 selbst erbracht?

Die Länderabfrage hat ergeben, dass in allen Bundesländern zu den selbst erbrachten Investitionsmitteln der Kliniken keine Erkenntnisse vorliegen.

11. Wie bewertet die Bundesregierung, dass Kliniken offenbar Mittel aus Leistungsentgelten für Investitionen nutzen müssen?

Im System der dualen Krankenhausfinanzierung werden die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert, indem die für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung durch die Länder übernommen werden (Investitionskostenfinanzierung) und leistungsgerechte Pflegesätze für die erbrachte Krankenhausbehandlung von den Nutzerinnen und Nutzern oder ihren Kostenträgern gezahlt werden (Betriebskostenfinanzierung).

Gemäß § 17 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Investitionskosten der Krankenhäuser nicht in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Ausgenommen hiervon sind lediglich die Kosten für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von weniger als drei Jahren; weitere Einzelheiten ergeben sich aus der Verordnung zur Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten vom 12. Dezember 1985.

Aus Sicht der Bundesregierung entspräche eine Verwendung von Mitteln der Betriebskostenfinanzierung zur Deckung der förderfähigen und notwendigen Investitionskosten über die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen hinaus nicht dem vorstehend beschriebenen Regelungssystem der dualen Krankenhausfinanzierung, in dem die verschiedenen Kostenarten entweder der Investitionskostenfinanzierung oder der Betriebskostenfinanzierung und damit auch verschiedenen Kostenträgern zugeordnet werden.

Der dualen Krankenhausfinanzierung steht nicht entgegen, dass aus den Pflegesätzen erwirtschaftete Überschüsse gemäß § 17 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dem Krankenhaus verbleiben. Hiernach können die Krankenhäuser über die Verwendung überschüssiger Erlöse aus der Krankenhausbehandlung frei entscheiden, sodass diese Mittel grundsätzlich auch für Investitionsmaßnahmen verwendet werden können. Die Finanzierungszuständigkeit der Länder für notwendige und förderfähige Investitionskosten bleibt hiervon unberührt.

12. In welcher Höhe sollten die Länder nach Ansicht der Bundesregierung Investitionsmittel zur Verfügung stellen?

Die Fördermittel sind nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken (§ 9 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Schätzungen aus Wissenschaft und Praxis gehen von einem jährlichen Investitionsbedarf von ca. 5 Mrd. Euro bis ca. 6,6 Mrd. Euro aus. Eigene Schätzwerte zur Höhe des insgesamt erforderlichen Investitionsvolumens liegen beim Bundesministerium für Gesundheit jedoch nicht vor.

13. Hält die Bundesregierung die aktuelle Regelung, dass die Länder für die Krankenhausinvestitionsmittel und Festlegung der Planbetten zuständig sind, für sinnvoll?

Gemäß Artikel 74 Nummer 19a des Grundgesetzes hat der Bund im Krankenhausbereich die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Dieser Kompetenztitel erstreckt sich nicht auf die Bereiche der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung, die grundsätzlich den Ländern vorbehalten bleiben. Nach dem auf diese Kompetenzgrundlage gestützten Krankenhausfinanzierungsgesetz stellen die Länder zur Verwirklichung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die Übertragung dieser Aufgabe auf die Länder ist nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit grundsätzlich sachgerecht, da hierdurch örtliche Besonderheiten angemessen berücksichtigt werden müssen.

14. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesbasisfallwerte im Vergleich zur Inflation und zu Tarifsteigerungen von Ärzten und Pflegepersonal seit 2007 entwickelt?

In der nachfolgenden Tabelle 6 ist die Entwicklung von Inflation, Tarifsteigerungen und Landesbasisfallwerten für den Zeitraum 2007 bis 2017 dargestellt.

Tabelle 6: Entwicklung von Inflation, Tarifsteigerungen und Landesbasisfallwerten, 2007 bis 2017

Jahr	Allgemeine Preisveränderungsrate in Prozent	Entwicklung der tariflichen Monatsverdienste ohne Sonderzahlungen in Prozent	Entwicklung der Landesbasisfallwerte in Prozent																
			Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	
2007	2,3	0,0	-0,2	0,6	-1,0	2,1	-0,5	-1,5	0,5	1,1	-0,2	-0,2	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3	0,5	
2008	2,6	4,4	0,3	0,5	-2,1	1,5	-0,3	-0,9	0,6	2,0	-0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,4	0,7	
2009	0,3	3,1	2,3	4,3	0,1	3,2	3,1	3,7	3,6	2,3	3,3	3,4	3,8	2,5	2,6	2,1	3,4	2,7	
2010	1,1	1,0	2,0	1,4	0,9	1,4	0,8	1,5	1,4	2,1	1,6	1,7	1,5	2,0	1,4	1,8	2,8	1,1	
2011	2,1	1,0	0,3	0,0	0,3	0,2	0,7	0,0	0,3	0,9	0,0	0,6	0,3	-0,3	0,7	0,5	1,0	0,6	
2012	2,0	3,2	2,2	2,3	1,2	1,7	1,5	2,5	1,5	2,7	1,4	2,2	2,0	1,7	2,5	2,3	2,1	2,4	
2013	1,5	2,8	2,1	1,6	1,5	2,1	1,6	1,8	1,5	2,1	1,9	2,0	1,8	1,2	1,9	1,8	2,3	2,0	
2014	0,9	2,9	2,4	2,8	3,4	3,5	2,6	2,4	2,6	3,2	3,2	2,7	2,3	2,2	3,5	3,3	3,5	3,4	
2015	0,3	2,5	1,3	2,2	2,4	2,4	2,1	1,0	1,5	2,4	2,4	2,4	2,1	2,1	2,4	2,4	2,4	2,4	
2016	0,5	1,8	1,7	1,7	2,7	2,7	1,4	2,2	2,7	2,7	2,7	2,7	2,0	1,9	2,7	2,7	2,7	2,7	
2017	1,8	3,4	2,2	1,6	2,2	2,1	2,5	2,2	2,3	2,2	2,0	2,3	1,9	1,2	1,9	2,0	2,1	1,9	

Quellen: Statistisches Bundesamt, Preise, Fachserie 17, Reihe 7; Statistisches Bundesamt, Verdienste und Arbeitskosten, Fachserie 16, Reihe 4.3; Verband der Ersatzkassen e. V., Landesbasisfallwerte; eigene Berechnungen.

Der Inflation liegen die Daten des Statistischen Bundesamtes (StBA) zur Entwicklung der Verbraucherpreisindizes zugrunde. Die Daten spiegeln die durchschnittliche Preisveränderung aller Waren und Dienstleistungen privater Haushalte wider.

Die Betrachtung der Tarifsteigerungen erfolgt auf Basis der vom StBA ausgewiesenen Indizes der tariflichen Monatsverdienste ohne Sonderzahlungen, die für den Wirtschaftszweig „Gesundheitswesen“ abgerufen wurden. In diesem Wirtschaftszweig werden neben Krankenhäusern auch Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Angehörige der Gesundheitsfachberufe, die die rechtliche Befähigung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten besitzen, erfasst. Eine spezifische Datengrundlage, die alle Tarifverträge im Krankenhausbereich berücksichtigt und eine Differenzierung zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst ermöglicht, ist nicht verfügbar. Die in der Tabelle ausgewiesenen Veränderungsdaten der tariflichen Monatsverdienste ohne Sonderzahlungen geben die Entwicklung der tariflichen Grundvergütung, d. h. der Tarifverdienste, die dauerhaft und regelmäßig zu zahlen sind, wieder. Die Sonderzahlungen – dazu zählen tariflich festgelegte Einmalzahlungen, Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Beiträge zu vermögenswirksamen Leistungen und/oder zur betrieblichen Altersversorgung – werden vom StBA erst seit dem Jahr 2010 systematisch erfasst und daher nicht in der Tabelle dargestellt. Ein Abgleich der Tarifentwicklungen mit bzw. ohne Sonderzahlungen ab dem Jahr 2010 verdeutlicht, dass zwischen Beiden keine wesentlichen Niveauunterschiede bestehen.

Die Grundlage für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bilden die für jedes Bundesland vereinbarten Werte (ohne Ausgleiche) in den Jahren 2007 bis 2017.

15. Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung der Landesbasisfallwerte im Verhältnis zu den Tarifsteigerungen?

Sowohl die tariflichen Monatsverdienste wie auch die Landesbasisfallwerte haben sich im Zeitraum 2007 bis 2017 dynamisch entwickelt. Zugleich sind die Landesbasisfallwerte über den betrachteten Zeitraum von 10 Jahren – mit Ausnahme eines Landes – stärker gestiegen als der Verbraucherpreisindex. Soweit die spezifischen Tarifsteigerungen für Krankenhäuser höher ausgefallen sind als die Zuwächse der Landesbasisfallwerte, ist zu berücksichtigen, dass bis zum Jahr 2016 zusätzlich vereinbarte Leistungen bei der Verhandlung der Höhe des Landesbasisfallwerts dauerhaft absenkend zu berücksichtigen waren. Die Regelung wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz aufgehoben. Zudem waren Tarifsteigerungen oberhalb der für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte maßgeblichen Obergrenze im Betrachtungszeitraum nur in den Jahren 2008, 2009, 2012 und 2013 jeweils durch gesonderte gesetzgeberische Maßnahmen hälftig von den Kostenträgern zu refinanzieren. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde eine dauerhafte anteilige Tarifrefinanzierung eingeführt, die im Jahr 2017 erstmalig zur Anwendung kam. Zu berücksichtigen ist bei der Entwicklung der Landesbasisfallwerte auch, dass der Anteil der neben dem Landesbasisfallwert gezahlten Entgelte (u. a. Zusatzentgelte, Zuschläge) im Betrachtungszeitraum ebenfalls zugenommen hat und die damit teilweise einhergehende Verschiebung zwischen den Entgeltanteilen zu einem verminderten Anstieg der Landesbasisfallwerte geführt hat.

16. Haben nach Kenntnis der Bundesregierung private Klinikbetreiber finanzielle, organisatorische oder sonstige Nachteile gegenüber Kliniken, die sich im Eigentum der öffentlichen Hand befinden?

Die unterschiedlichen Krankenhausträgerschaften (öffentlich, freigemeinnützig, privat) weisen verschiedene Besonderheiten auf. Das Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht ist der Trägervielfalt verpflichtet. Dementsprechend ist bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und insbesondere die wirtschaftliche Sicherung nicht-öffentlicher Krankenhausträger zu gewährleisten (§ 1 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Damit soll sichergestellt werden, dass auch private und freigemeinnützige Krankenhäuser mit der Förderung ihrer Investitionskosten und mit den Entgelten für ihre Nutzung insgesamt ausreichend hohe Einnahmen erzielen, um den Krankenhausbetrieb durchzuführen. Im Übrigen unterscheiden die maßgeblichen gesetzlichen Regelungen nicht danach, in welcher Trägerschaft sich ein Krankenhaus befindet.

17. In welcher Höhe haben Bund und Versicherungsträger in den Jahren 2016 und 2017 insgesamt Mittel für Kliniken und die dort durchgeführten Leistungen zur Verfügung gestellt und ausgezahlt?

18. Wofür wurden diese Mittel zur Verfügung gestellt und ausgezahlt?

Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 17 und 18 gemeinsam beantwortet.

Nach Ausgabenträgern und Leistungsarten bzw. Einrichtungen differenzierte Gesundheitsausgaben werden in der Gesundheitsausgabenrechnung des StBA ausgewiesen. Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung liegen für die angefragten Jahre 2016 und 2017 noch nicht vor.

Der Bundesregierung liegen entsprechende Daten aus den amtlichen Ausgabenstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2016 sowie das 1. bis 3. Quartal 2017 vor. Für die private Krankenversicherung (PKV) liegen Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung für das Jahr 2016 vor. Der Zahlenbericht für 2017 steht noch aus.

Im Jahr 2016 betragen die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen rund 73 Mrd. Euro.

Davon waren

- ca. 64,2 Mrd. Euro für Krankenhausbehandlung einschließlich stationärer Entbindung;
- ca. 7,0 Mrd. Euro für stationäre psychiatrische Behandlung;
- ca. 0,8 Mrd. Euro für Krankenhausbehandlung einschließlich stationärer Anschluss-Rehabilitation im Rahmen integrierter und besonderer Versorgungsformen;
- ca. 0,6 Mrd. Euro für ambulantes Operieren im Krankenhaus;
- ca. 0,4 Mrd. Euro für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung.

Für das 1. bis 3. Quartal 2017 betragen die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen rund 56,5 Mrd. Euro. Die Daten für das Gesamtjahr 2017 liegen noch nicht vor.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds im Jahr 2016 ca. 9,2 Mio. Euro und im Jahr 2017 ca. 186,9 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder ausgezahlt. Mit diesen Mitteln sollen Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit der stationären Versorgungsstrukturen unterstützt werden.

Die Ausgaben der PKV für stationäre Leistungen betragen für das Jahr 2016 nach Angaben des Verbandes der Privaten Krankenversicherung rund 7,6 Mrd. Euro.

19. Strebt die Bundesregierung an, die finanzielle Lage der Kliniken zu verbessern, und wenn ja, wie, und in welcher Höhe?

Aussagen hierzu sind einer zukünftigen Bundesregierung nach Abschluss der Regierungsbildung vorbehalten.