

DIAGNOSE: UNTERFINANZIERT

Status quo und Zukunft der Krankenhausfinanzierung

INHALT

AUSGANGSSITUATION

1

Krankenhausfinanzierung
in Deutschland

2

Investitionskostenfinanzierung:
Bundesländer in der Kritik

3

Betriebskostenfinanzierung:
Die Schere zwischen Kosten und Erlösen öffnet sich weiter

4

Curacon-Benchmarking zeigt:
Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verschlechtert sich

5

Starker Anstieg der Insolvenzen
seit Auslaufen staatlicher Unterstützungsmaßnahmen

6

Zwei-Klassen-Finanzierung
im deutschen Krankenhaussektor?

EINSCHÄTZUNGEN DES SEKTORS

7

Gastbeiträge von: Dr. Markus Horneber, Thomas Lemke, Clemens Maurer,
Hans-Jürgen Winkelmann, Prof. Dr. Wolfgang Kuhla

FAZIT

8

von Dr. Christian Heitmann
Krankenhausfinanzierung am Limit

9

Kontakt

**Ihre Expert:innen
der Gesundheits-
und Sozialwirtschaft**

Wir kennen
Krankenhaus!

1

AUSGANGSSITUATION

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert auf einem dualen System¹.

Die rechtliche Grundlage hierfür bildet § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Darin wird geregelt, dass die Finanzierung von Krankenhäusern auf zwei Säulen ruht: der Investitionskostenfinanzierung und der Betriebskostenfinanzierung.

Die **Investitionskostenfinanzierung** obliegt den Bundesländern und erfolgt über staatliche Fördermittel.

Die **Betriebskosten** hingegen werden im Wesentlichen von den Krankenkassen getragen und somit über die Beiträge der Versicherten finanziert. Die Art und Weise wie auch die Höhe der Betriebskostenfinanzierung legt der Bund über Verordnungen fest.

Auch die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung in Bezug auf die Vorhaltepauschalen wurden vom Bund über das Krankenhausverbesserungsversorgungs-Gesetz (KHVVG) vom Bund implementiert.

¹ Im Fall der Hochschulkliniken wird das System zu einem trialen System erweitert, da Hochschulen in Bezug auf Forschung und Lehre auch von den Landeswissenschaftsministerien finanziert werden.

KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DEUTSCHLAND

DUALES SYSTEM

Rechtliche Grundlage:

§ 4 KHG

Krankenhausfinanzierungsgesetz

Investitions- kosten- finanzierung

Deckung durch die Bundesländer, durch staatliche Fördermittel

1

Betriebs- kosten- finanzierung

Deckung durch die Patientinnen und Patienten bzw. deren Krankenkassen

2



2

Investitionskostenfinanzierung: Bundesländer in der Kritik

Soweit die Theorie, in der Praxis stehen die Bundesländer seit vielen Jahren in der Kritik, da sie ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nicht in ausreichendem Umfang nachkommen. In den vergangenen 10 Jahren lag die Förderquote bei unter 50 %. Grund für die nicht ausreichenden Fördermittel sind die stark belasteten Landeshaushalte.

Die Investitionsverpflichtungen der Länder wurden in der Vergangenheit nicht einmal zu 50 % erfüllt.

Verschärfend kommt die alternde Krankenhausinfrastruktur hinzu. Viele Krankenhäuser in Westdeutschland bedürfen seit Jahren einer Kernsaniierung, die über die Fördermittel bislang nicht schnell und umfänglich genug durchgeführt werden konnte. Entsprechend mussten die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren notwendige Infrastrukturerneuerungen oder -erweiterungen wegen der nicht ausreichenden Fördermittel entweder über Eigenmittel oder Bankkredite finanzieren. Da die Kreditzinsen bis zur Corona-Pandemie fast 10 Jahre lang sehr niedrig waren, konnten die Krankenhäuser diese Kredite trotz

angespannter Ertragslagen finanzieren. Dies ist aktuell aber nicht mehr möglich, da die Kreditzinsen während der Corona-Pandemie auf ein Niveau gestiegen sind, dass sich die Krankenhäuser den Kapitaldienst nicht mehr leisten können. Darüber hinaus führt die wirtschaftlich schwierige Situation der Krankenhäuser dazu, dass Banken zunehmend deren Kreditfähigkeit gefährdet sehen.

Die Folge

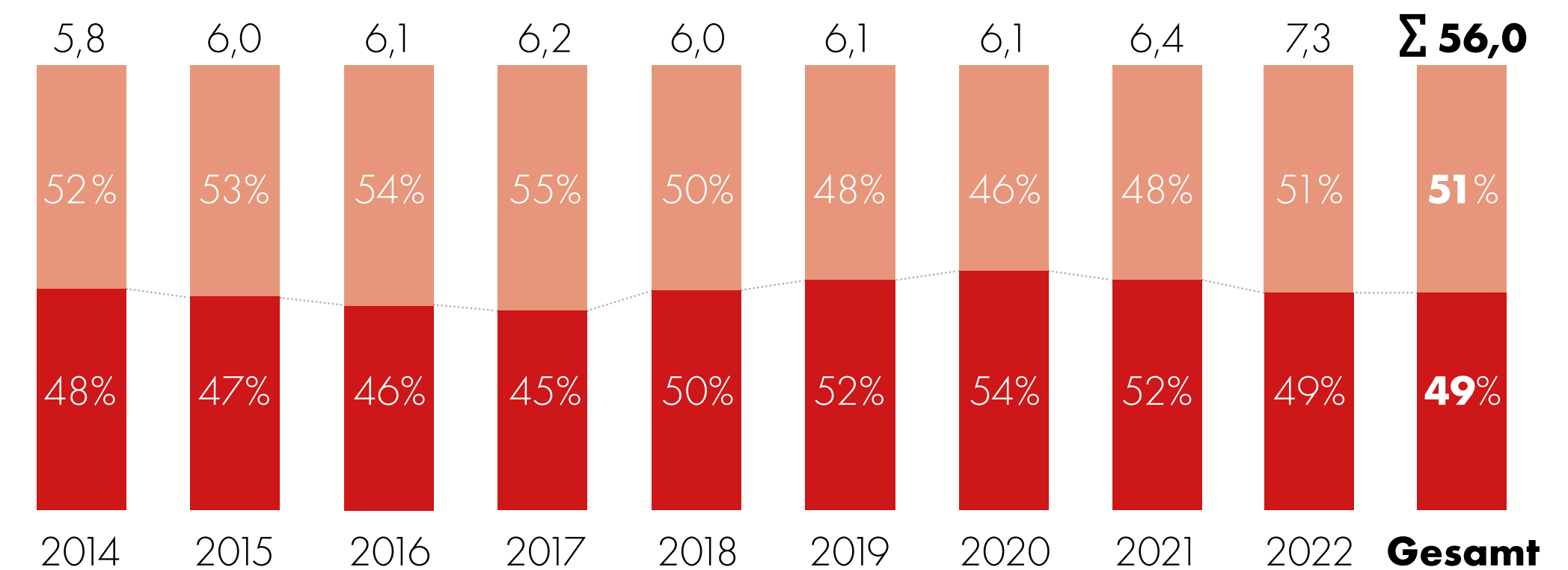
Investitionen können oft gar nicht mehr realisiert werden. Dies hat deutschlandweit zu einem Investitionsstau und veralteter Infrastruktur in den Krankenhäusern geführt. **Im Zeitraum von 2014 bis 2022 belief sich die kumulierte Deckungslücke auf rund 29 Milliarden Euro.**

2014 bis 2022

belief sich die kumulierte

Deckungslücke

auf rund **29 Mrd. €**



**Investitionskostenfinanzierung:
Investitionsbedarf (je in Mrd. €)
und tatsächlich gezahlte Förder-
mittel der Bundesländer (in %)**

Finanzlücke
Tatsächliche gezahlte Fördermittel der Bundesländer

Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2023) - Jg. 120, Heft 33-34; Investitionsbedarf (Daten DKG, InEK), getätigte Investitionen (AOLG). vdek, Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG und StBA.



Betriebskostenfinanzierung: Die Schere zwischen Kosten und Erlösen öffnet sich weiter

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird zusätzlich durch die systematische Unterfinanzierung der vergangenen 15 Jahre verschärft.

Seit Jahren wächst der Landesbasisfallwert deutlich langsamer als der Orientierungswert. Aufgrund der zeitlich versetzten Arithmetik kommen die notwendigen Erlössteigerungen viel zu spät im System an, um den tatsächlichen Bedarf auszugleichen. Durch die seit fünf Jahren geringeren Fallzahlen werden den Häusern zusätzlich Erlöse entzogen.

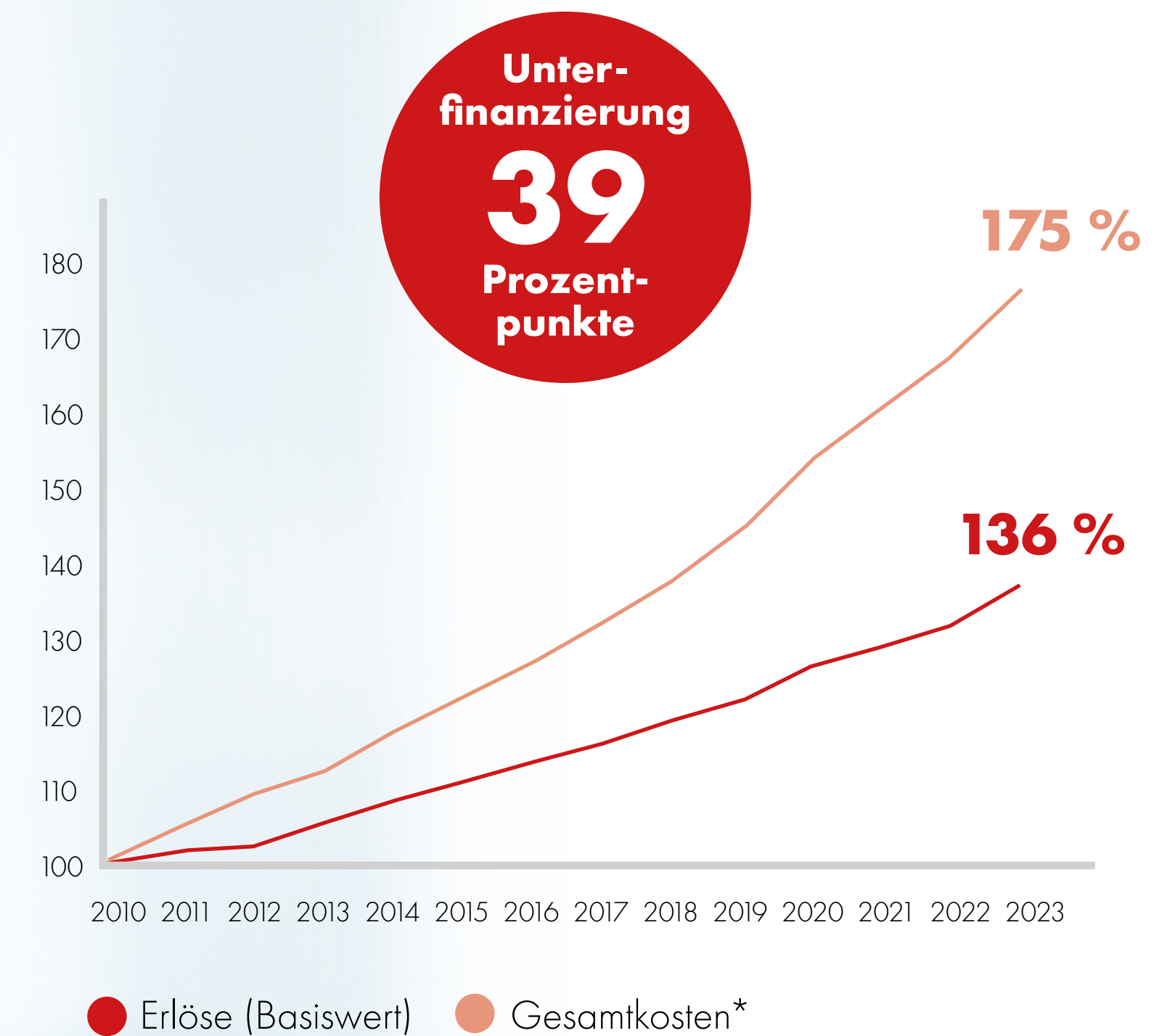
Zu Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 ging die Anzahl der stationären Fälle um rund 14 % zurück. Trotz leichter Erholung fehlten den Krankenhäusern 2023 immer noch rund 11,4 % der stationären Fallzahlen im Vergleich zu 2019.

Eine Rückkehr auf das „Vor-Corona-Niveau“ ist nicht zu erwarten, da in dem Sektor bereits seit 2017 die Fallzahlen stagnieren. Dies führt zu von den Krankenkassen gekürzten Budgets. Die daraus resultierenden erheblichen Erlöseinbußen können nicht durch Einsparungen von Personal- und Sachkosten kompensiert werden, denn Krankenhäuser müssen über ein gewisses Personal verfügen, um Dienststreifen aufrechterhalten zu können. Entsprechend wirken sich die Leistungseinbrüche und die geringere Bettenauslastung insbesondere seit dem Wegfall der Corona-Hilfen deutlich negativ auf die wirtschaftliche Lage der Häuser aus.

Während infolgedessen die Einnahmen rückläufig sind, steigen gleichzeitig die Kosten überdurchschnittlich an. Seit der Corona-Pandemie und dem Beginn des Ukraine-Kriegs haben die Krankenhäuser mit massiven Kostensteigerungen im

laufenden Betrieb zu kämpfen. Gründe hierfür sind neben überdurchschnittlichen Tarifsteigerungen aufgrund der Inflation sowie deutlich gestiegenen Material- und Energiekosten auch höherer Verwaltungsaufwand und zunehmende bürokratische Anforderungen. Zusätzlich verschärfen Personalquoten im ärztlichen bzw. Pflegedienst und staatlich verordnete Stellschlüssel, etwa durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die wirtschaftliche Situation vieler Einrichtungen. In der Folge öffnet sich die Schere zwischen Kosten und Erlösen immer weiter.

Seit 2010 ist eine kumulierte Unterfinanzierung von 39 Prozentpunkten zu konstatieren.



Entwicklung der Kosten und Erlöse (Basisjahr 2010; Angaben in %)

Quelle: Curacon Research, vdek, Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG und StBA.; Destatis: Kostennachweise der Krankenhäuser; dkgev.

* **Gesamtkosten:** „Bereinigte“ Gesamtkosten sind die Kosten für stationäre KH-Leistungen, bereinigt um Einflüsse der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds. Sie sind über alle Jahre hinweg vergleichbar.



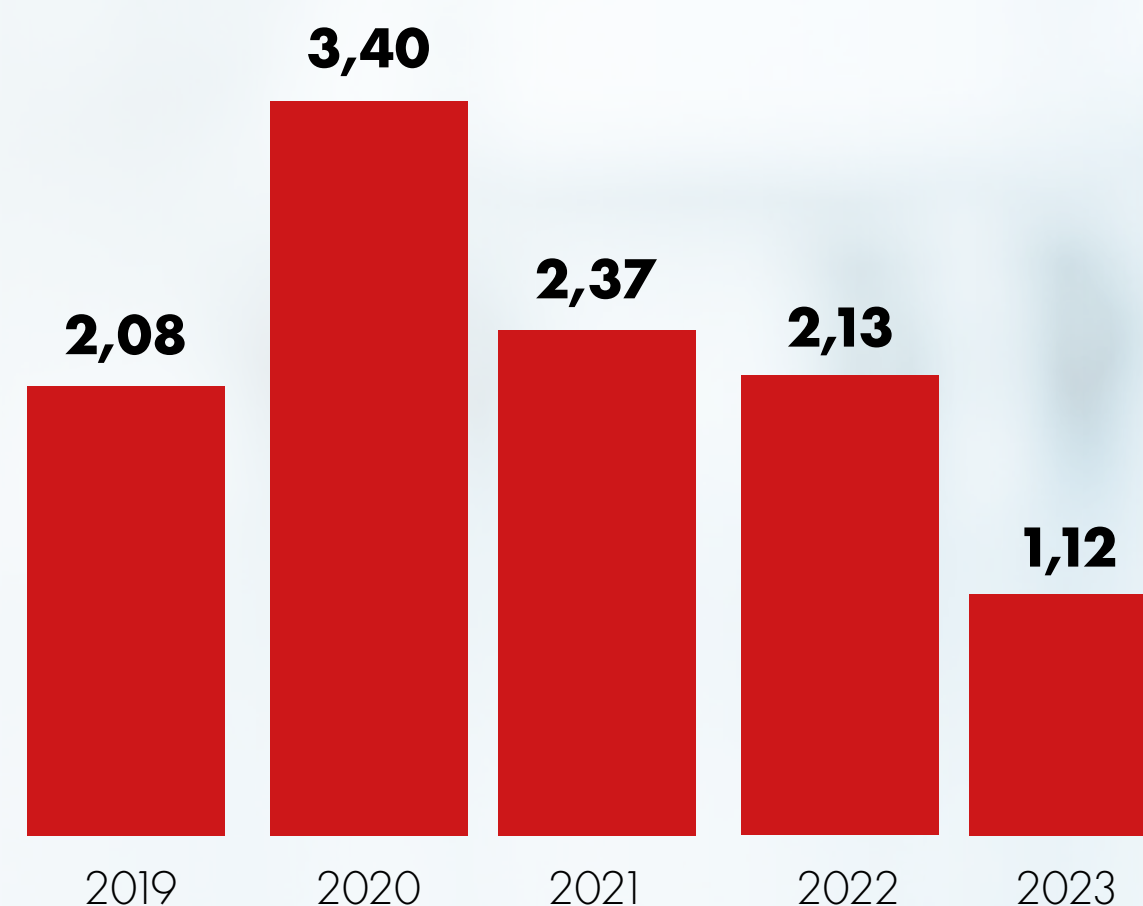
4

Curacon-Benchmarking zeigt: Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verschlechtert sich

Die nicht mehr auskömmlichen Investitions- und Betriebskostenfinanzierungen haben schwere wirtschaftliche Folgen.

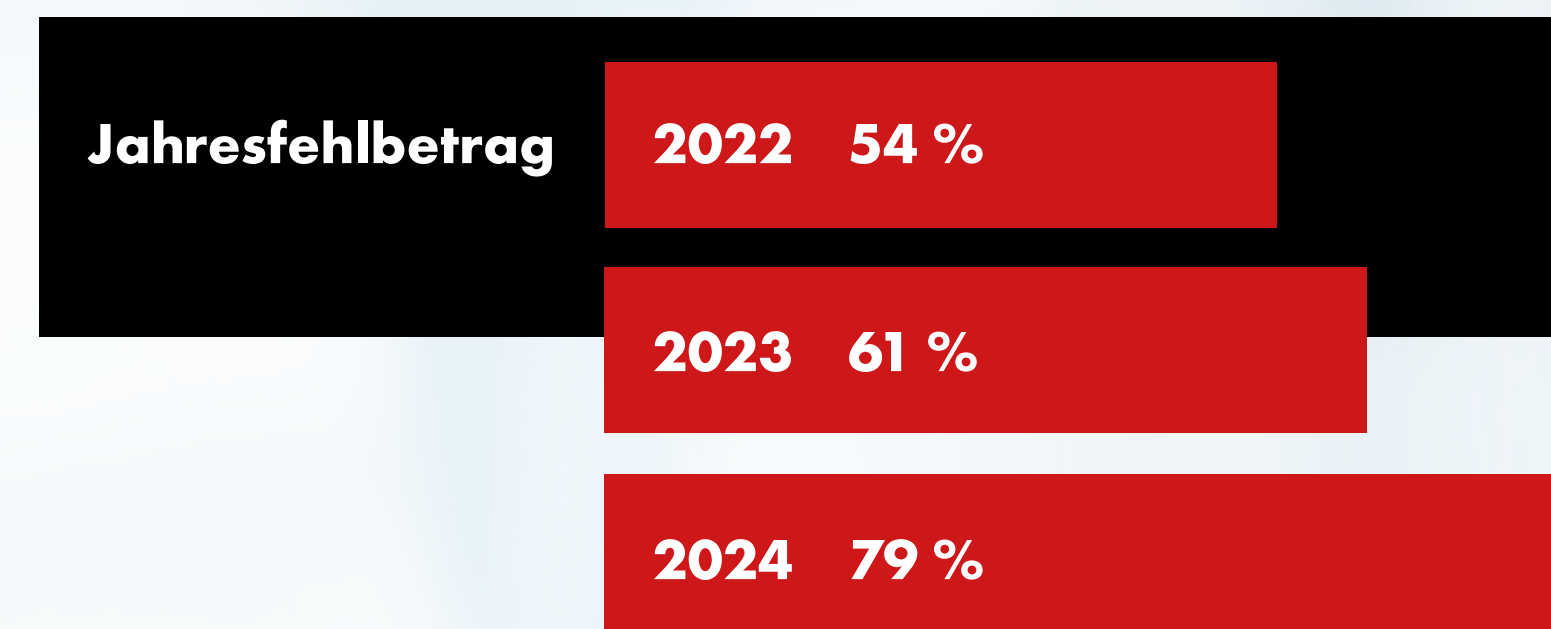
Laut DKI-Krankenhausbarometer vom Dezember 2024 erwarten 79 % der Krankenhäuser für das Jahr 2024 einen Jahresverlust (Vorjahr: 61 %). Dies ist der höchste Wert seit Beginn der Befragung im Jahr 2004. Auch für das Jahr 2025 ist keine Besserung in Sicht: 65 % der Häuser gehen davon aus, dass sich ihre wirtschaftliche Lage weiter verschlechtern wird.

Ein Blick auf die **EBITDA-Marge** unterstreicht diese Entwicklung: Um Investitionsfähigkeit zu gewährleisten, müsste diese mindestens zwischen 4 % und 6 % liegen; im Jahr 2023 erreichte sie jedoch im Median lediglich 1,1 %. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Umsatzrendite, die im Jahr 2023 im Median lediglich bei 0,13 % lag.

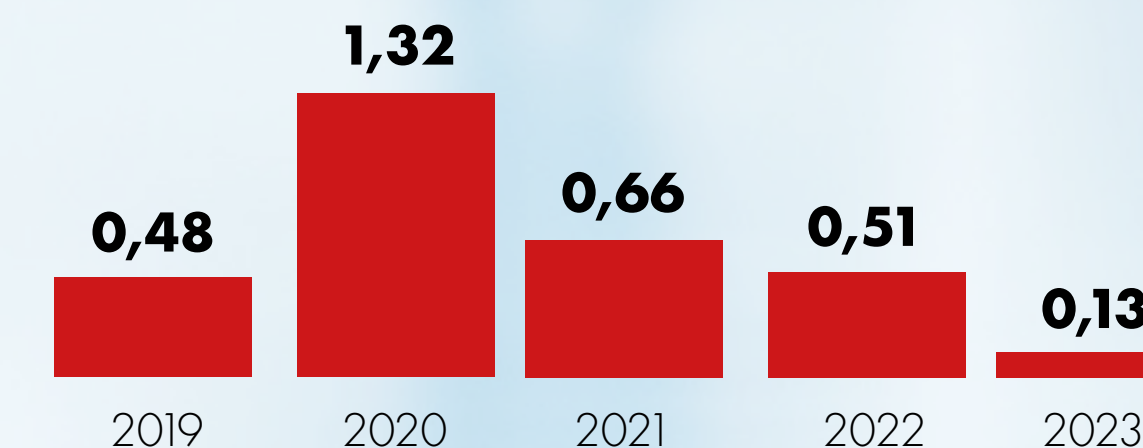


**EBITDA-Marge
(Medianwerte, Angaben in %)**

Quelle: Curacon Research Datenpool Krankenhaus | Stand: 05.05.2025



Quelle: DKI Krankenhausbarometer Dezember 2024 – Befragungszeitraum Mai–August 2024; 366 teilnehmende Krankenhäuser



**Umsatzrendite
(Medianwerte, Angaben in %)**

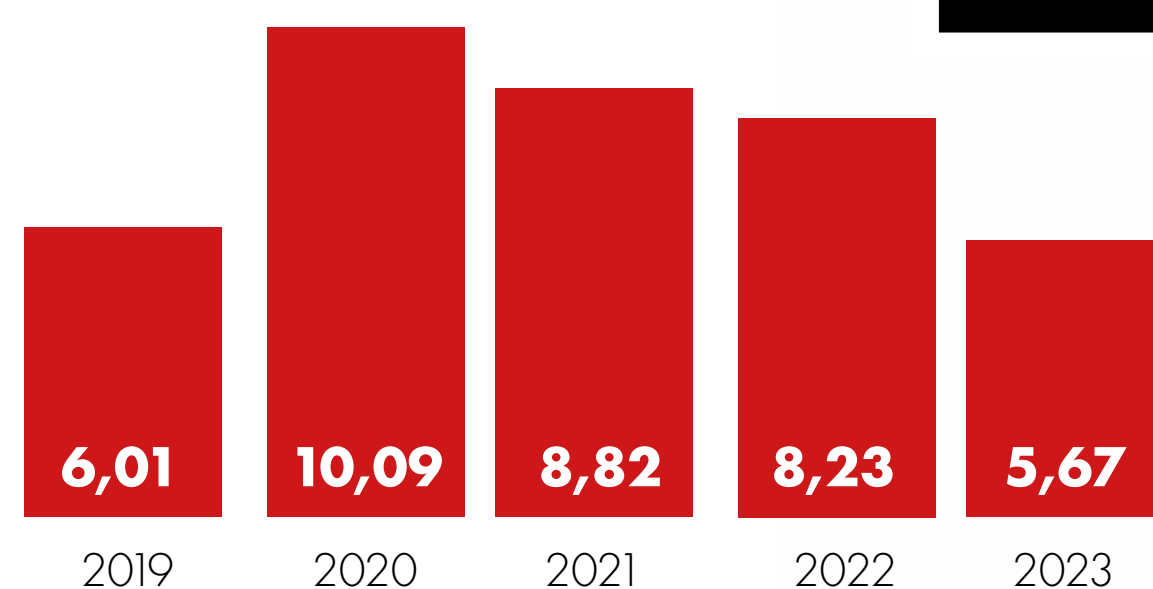
Quelle: Curacon Research Datenpool Krankenhaus | Stand: 05.05.2025



5

Starker Anstieg der Insolvenzen seit Auslaufen staatlicher Unterstützungsmaßnahmen

Im Grunde waren Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Branchen schon immer renditeschwach. Dies hatte aber interessanterweise bis zur Corona-Pandemie keine durchschlagenden Auswirkungen auf ihre Liquidität. Trotz schwacher Ertragslage hat die Liquidität der Häuser standgehalten – wenn auch knapp.



Liquiditätsquote (Medianwerte, Angaben in %)

Quelle: Curacon Research Datenpool Krankenhaus | Stand: 05.05.2025

**Staatliche
Unterstützungs-
maßnahmen
2020 bis 2024**

22,2 Mrd. €

Corona-Hilfen
März 2020 – Juni 2022

6 Mrd. €

Energiehilfen
Oktober 2022 – April 2024

Die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie konnten zunächst durch umfangreiche staatliche Unterstützungsmaßnahmen abgefedert werden. So verhinderten insbesondere die Corona-Hilfen zunächst eine größere Insolvenzwelle. Auch die infolge des Ukraine-Kriegs stark gestiegenen Energiekosten wurden zunächst durch gezielte Energiehilfen kompensiert. Diese staatlichen Unterstützungsmaßnahmen beliefen sich seit dem Jahr 2020 auf insgesamt rund 28 Milliarden Euro (durchschnittlich 5,6 Milliarden Euro pro Jahr). Im Jahr 2024 sind diese Hilfen aber weitgehend ausgelaufen. Somit wurde die wirtschaftliche Schieflage vieler Krankenhäuser während der Corona-Pandemie nur überdeckt und die Insolvenzen wurden letztlich in die darauf folgenden Jahre verschleppt.

Ein Blick auf die Liquiditätsentwicklung der Häuser seit 2019 zeigt, dass die Corona-Hilfen erhebliche Liquidität in die Krankenhäuser gespült und auf diese Weise die Betriebsfähigkeit während Corona sichergestellt haben. Allerdings sieht man auch, dass seit dem Wegfall der Sonderhilfen die Liquidität angespannter ist denn je. Entsprechend ist die Liquiditätsquote von 10,1 % im Jahr 2020 auf 5,7 % im Jahr 2023 gesunken.

Mit jährlich durchschnittlich 5,6 Milliarden Euro aus staatlichen Mitteln wurden die Krankenhäuser in den letzten fünf Jahren unterstützt und damit über Wasser gehalten.

Während im Jahr 2021 nur 3 Insolvenzen verzeichnet wurden, stieg die Zahl im Jahr 2022 bereits auf 10 an. Im Jahr 2023 erreichte die Zahl der Insolvenzen mit insgesamt 30 einen Höchststand – eine Verdreifachung gegenüber dem Vorjahr. Auch 2024 blieb das Niveau mit 28 Einträgen im Insolvenzportal unverändert hoch. Im laufenden Jahr 2025 ist weiterhin keine Entspannung in Sicht: In den ersten 5 Monaten wurden bereits 9 Krankenhausinsolvenzen gemeldet. Bei weiterhin bestehender systematischer Unterfinanzierung ist mit weiteren Insolvenzen zu rechnen.



**Anzahl eröffnete Krankenhaus-
Insolvenzverfahren**

Quelle: Curacon Research, Insolvenzportal NRW & Presseberichterstattung – Stand 31.05.2025



6

Zwei-Klassen-Finanzierung im deutschen Krankenhaussektor?

Eine Analyse der Trägerstrukturen insolventer Krankenhäuser zeigt deutlich: Vor allem freigemeinnützige Einrichtungen sind von der zunehmenden Zahl an Insolvenzen betroffen. Im Jahr 2024 betrug die Insolvenzquote² bei den freigemeinnützigen Trägern 2,7 %, bei den öffentlichen Trägern 1,3 % und bei den privaten Trägern 0,5 %.

Die Ursachen für die unterschiedlichen Insolvenzquoten sind vielschichtig und liegen häufig in den spezifischen Strukturen der jeweiligen Trägerschaften begründet. Viele private Träger verfügen über finanzstarke Muttergesellschaften, die u. a. auch als börsennotierte Unternehmen direkten Zugang zum Kapitalmarkt haben und damit Verluste ihrer einzelnen Häuser leichter ausgleichen können. Zudem hat das Management eine starke betriebswirtschaftliche Ausrichtung mit klaren Leistungs- und Ergebniszielen und setzt diese auch konsequent in den Häusern um.

Mit einer Insolvenzquote von 2,7 % ist der Anteil bei freigemeinnützigen Trägern mehr als doppelt so hoch wie bei öffentlichen Häusern (1,3 %).

Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft hingegen haben keinen direkten Zugang zum Kapitalmarkt. Daher tragen sie ein erhöhtes Insolvenzrisiko – insbesondere, weil das Gemeinnützigkeitsrecht die Bildung umfangreicher finanzieller Rücklagen einschränkt. Auch haben die Träger dieser Einrichtungen (Stiftungen, Orden, Kirchengemeinden, etc.) häufig nicht das Kapital, um die Verluste auszugleichen.

Während Krankenhäuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft somit häufig auf sich allein gestellt sind, werden Krankenhäuser in öffentlicher Hand oftmals aus den öffentlichen Haushalten finanziell unterstützt. Neben der dualen Krankenhausfinanzierung fließen somit zusätzliche Steuermittel in die Betriebskostenfinanzierung kommunaler Einrichtungen und subventionieren die 47 % der Betten, die von öffentlichen Trägern bereitgestellt werden.

2,7 % freigemeinnützige Einrichtungen

1,3 % öffentliche Krankenhäuser

0,5 % private

Insolvenzquote 2024

Quelle: Curacon Research, Insolvenzportal NRW & Presseberichterstattung – Stand 31.03.2025.



² Insolvenzquote = Prozentualer Anteil der Krankenhäuser, die Insolvenz anmelden mussten, bezogen auf die Gesamtzahl aller Krankenhäuser in Deutschland.



6

Zwei-Klassen-Finanzierung im deutschen Krankenhaussektor?

Die finanzielle Dimension der kommunalen Unterstützung zeigt sich in zahlreichen Einzelfällen besonders deutlich: In Städten wie Köln, München, Bremen, Fürth, Aschaffenburg oder Ingolstadt haben kommunale Träger zum Teil dreistellige Millionenbeträge in den Jahren 2023 und 2024 bereitgestellt, um die Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Eine systematische Gesamterfassung dieser Leistungen auf Ebene der veröffentlichten Krankenhausmeldungen ist bislang jedoch nicht möglich, da es einer transparenten und einheitlichen Datenlage mangelt. Die Gesamtauswirkungen hat Curacon daher auf Basis der Ende 2024 publizierten Zahlen des Deutschen Landkreistags hochgerechnet.

Das Ergebnis: Allein im Jahr 2024 haben kommunale Träger deutschlandweit rund 4 bis 5 Milliarden Euro an Unterstützungs- und Defizitausgleichsleistungen an öffentliche Krankenhäuser gezahlt, um sie zu erhalten. Geteilt durch die Gesamtzahl der Betten in öffentlicher Trägerschaft ergibt dies ca. 20.000 Euro pro Bett.

Diese Größenordnung entspricht in etwa dem jährlichen Gesamtvolumen, welches alle Krankenhäuser durch die Corona- und Energiehilfen erhalten haben – und somit der Summe, die benötigt wird, um die Krankenhäuser bei den bestehenden Strukturen am Leben zu halten. Pro Bett waren die kommunalen Leistungen sogar höher als die Leistungen, die alle Krankenhäuser in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt pro Jahr (12.000 €) als staatliche Unterstützungsleistung erhalten haben. Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben hingegen keinen Zugang zu solchen kommunalen Zuschüssen, obwohl sie gleichermaßen einen gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplänen erfüllen.

Gleichzeitig stellen diese kommunalen Unterstützungsleistungen eine erhebliche Belastung für die öffentlichen Haushalte dar. Die Bezuschussung der Krankenhäuser bindet vielerorts Haushaltsmittel, die dringend für andere Investitionen benötigt würden. Daher werden die Stimmen in den Kommunen lauter, dass ein Defizitausgleich perspektivisch nicht mehr überall leistbar sein wird. Darüber hinaus besteht trotz dieser

finanziellen Hilfen bei zahlreichen kommunalen Krankenhäusern weiterhin ein erheblicher Sanierungsbedarf. Eine eigenständige finanzielle Tragfähigkeit ist langfristig oftmals nicht gegeben. Dies könnte künftig auch im öffentlichen Sektor zu einer Zunahme von Insolvenzen führen.

12.000 €

Staatliche Unterstützungsleistungen 2020–2024 *

20.000 €

Defizitausgleich durch die Kommunen **

Zahlung pro Bett pro Kalenderjahr

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung, Vergleichsrechnung Curacon;

*Berechnung: Insgesamt getätigte staatliche Unterstützungsleistungen für die Kalenderjahre 2020 bis 2024 geteilt durch die Anzahl der Krankenhausbetten insgesamt, geteilt durch die Anzahl der Kalenderjahre

**Berechnung: Insgesamt getätigte kommunale Unterstützungsleistungen geteilt durch die Anzahl der Krankenhausbetten in kommunaler Trägerschaft



Einschätzungen der Trägervertretungen



**Dr. Markus
Horneber**

Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Thomas Lemke

CEO der Sana Kliniken AG
Vizepräsident der Deutschen
Krankenhausgesellschaft



Clemens Maurer

Geschäftsführer der
Klinikum Darmstadt GmbH,
Vorstandsmitglied der
Allianz der Kommunalen
Großkrankenhäuser



**Hans-Jürgen
Winkelmann**

Geschäftsführer der
Marien Gesellschaft
Siegen gGmbH



Prof. Dr. Wolfgang Kuhla

Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Verwaltungsrecht
RAUE, Partnerschaft von Rechtsanwälten
und Rechtsanwältinnen mbB



EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN



Bildnachweis: AGAPLESION gAG

Dr. Markus Horneber

Vorstandsvorsitzender AGAPLESION gAG

Wir sind in der Zwickmühle

Im Unterschied zu kommunalen Krankenhäusern kann AGAPLESION als größter evangelischer Gesundheitskonzern Defizite nicht aus Mitteln der Steuerzahler abdecken. Und als gemeinnütziges Unternehmen ist uns im Gegensatz zu privaten Krankenhäusern der Zugang zum Kapitalmarkt verschlossen.

Was also tun in einer Zeit, in der die Krankenhausreform genauso unvollendet ist wie Beethovens 9. Sinfonie? Unsere Lösung ist, den Dreiklang von (1) politischer Einflussnahme, (2) innerbetrieblichem Agieren und (3) gerichtlicher Auseinandersetzung zu spielen!

(1) Zu welcher Fehlallokation von personellen und finanziellen Ressourcen das Pflegebudget führt, dass die Personalknappheit durch Stellenschlüssel politisch herbeieadministriert wird und welches Bürokratiemonster die Vorhaltefinanzierung

wäre, das thematisieren wir immer wieder gegenüber Politik und Öffentlichkeit – zugegeben mit bescheidener, kaum messbarer Resonanz.

(2) Deswegen spielen wir mit großer Leidenschaft den zweiten Ton und gestalten all das, was in unserem Einflussbereich liegt. Wir setzen alle Instrumente ein, um den Krankenhausbetrieb krisenfest zu machen: Denn die Abfolge dreier Dissonanzen ist es, die gewaltige Misstöne erzeugt und Schieflagen nach sich zieht.

Eine vieldimensionale strategische Unternehmensplanung bewahrt uns vor der meist unbemerkten, leisen strategischen Krise. Wir haben – um ein Beispiel zu nennen – unser Portfolio von derzeit 18 Krankenhäusern und 40 Altenhilfeeinrichtungen durch zahlreiche aufwendige Transaktionen (Zusammenschlüsse, Verkäufe, Insolvenz) optimiert.

Wir vermeiden die zweite Krise, die nicht selten lange anhaltende, schleichende, wirtschaftliche Krise durch beherztes Management. Hier zwei Beispiele für unser Handeln: Das unternehmensweite Projekt zur Customer Journey schafft eine deutlich höhere Zufriedenheit bei Patienten sowie Mitarbeitenden. Die am Empfang bereitgehaltene Lesebrille zeigt, wie simpel die Dinge sein können – man muss nur darauf kommen.

Oder: Digitalisierung und KI tragen wir nicht nur auf den Lippen, sondern erhöhen zusammen mit unserem IT-Team von nahezu 200 Fachleuten seit Jahren unsere Effizienz. Aktuell laufen parallel rund 1.000 IT-Projekte.

(3) Der dritte Ton, eher Moll, spielt auf der gerichtlichen Tonleiter: Wir klagen gegen unfaire Be-

Durch hervorragende Führung und gute Prozesse bleiben wir wirtschaftlich und schlittern nicht in die dritte Krise, die Liquiditätskrise. Meist endet sie mit einem unüberhörbaren Paukenschlag.



EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN

handlung unserer Krankenhäuser. Zum Beispiel gegen die Stadt Frankfurt wegen der einseitigen Subventionierung ihres eigenen Krankenhauses. Oder gegen das Land Nordrhein-Westfalen wegen entschädigungslosen Wegnehmens von Umsatz.

Durch diesen Dreiklang gelang es uns in der 23-jährigen Geschichte unseres Unternehmens durchgängig, schwarze Zahlen zu schreiben.

Unser absolutes Lieblingsstück verrate ich Ihnen nun im Schlussakkord: Wir sind ein außergewöhnlich starker Verbund, ein Konzern, ein großes Orchester. Das enorme Know-how unserer fantastischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Berufsgruppen eröffnet uns Optimierungsmöglichkeiten, von denen alleinstehende Krankenhäuser nur träumen können.

Autorenprofil

Dr. Markus Horneber ist ein profilierter Gestalter und Netzwerker im Gesundheitswesen. Seit dem 1. April 2012 ist er Vorstandsvorsitzender der AGAPLESION gAG.

Der promovierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler verfügt über rund 30 Jahre Führungserfahrung in der Branche. Für sein Engagement wurde er 2021 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.



EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN



Thomas Lemke

CEO der Sana Kliniken AG

Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Wer bestellt, der bezahlt!

Dieser eher volkstümliche Ausspruch steht auch für ein Konnexitätsprinzip. Überträgt man dies auf den Krankenhaussektor, dann erkennt man nicht erst in Zeiten von Klinikinsolvenzen, dass dieses Grundprinzip schon seit vielen Jahren nicht mehr ansatzweise funktioniert, geschweige denn eingehalten wird.

Sie wird in Deutschland überwiegend ideologisch geführt – und verstellt damit den Blick auf die Realitäten: Die Debatte, ob Krankenhäuser ausschließlich unter dem Aspekt der Daseinsfürsorge – mit der Konsequenz, koste es, was es wolle – oder ob sie auch als wirtschaftlich zu führende Unternehmen zu betrachten sind.

Faktisch haben die Kliniken in Deutschland sich auf der Angebotsseite mit planwirtschaftlichen Elementen (Preisdeckelung, Vorgaben zu Menge und Angeboten usw.) und auf der

Nachfrageseite (Lieferanten, Personalkosten usw.) mit Ergebnissen knallharter marktwirtschaftlicher Prozesse auseinanderzusetzen. Die zweite von der klassischen Industrie divergierende Dimension ist das Auseinanderfallen der Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten.

Seit Einführung des DRG-Systems Anfang der Nullerjahre sind die Kliniken innerhalb eines mengeninduzierten Systems in die Umsatzausweitung gegangen, um darüber Kostensteigerungen etc. zu kompensieren. Des Weiteren wurden vor dem Hintergrund der staatlich vernachlässigten Investitionen aus reinem Selbsterhaltungstrieb heraus Mittel erwirtschaftet bzw. mit Kapital vom Kapitalmarkt (Bankenfinanzierung) aufgenommen, um die nötigen Erhaltungs- oder auch Erweiterungsinvestitionen zu finanzieren. Damit einhergehend haben die Verantwortlichen in den Kliniken nachhaltige Entscheidungen getroffen, die auf die Stabilität des Systems bzw. der Rahmenbedingungen gesetzt haben. Folge dieser Entwicklung ist

Mit Einführung von längst überwunden geglaubten Selbstkostenelementen, wie dem Pflegebudget, folgte die Politik dem Slogan „Whatever it takes“.

Diese Einladung zur ungedeckten Finanzierung zu Lasten des Beitragszahlers haben logischerweise Gewerkschaften und Kliniken angenommen. Allen jene, die sich erstaunt über derartige Mechanismen zeigen, sollten sich einmal der Lektüre der modernen Verhaltensökonomie, wie z. B. von Kahneman oder Thaler, widmen. Vorläufiges Ende der Entwicklung sind Kostensteigerungen im zweistelligen Milliardenbereich, ein deutlicher Personalaufwuchs in der Pflege, zugegeben auch bei den Ärzten, inklusive planwirtschaftlicher Vorgaben zum

unter anderem, dass in den Bilanzen der Kliniken unabhängig von ihrer Trägerschaft Verbindlichkeiten gegenüber Banken in Höhe von einem hohen zweistelligen Milliardenbetrag ausgewiesen werden.

EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN

Personaleinsatz. Dass der finanzielle Kollaps damit vorhersehbar war, hat nichts mit einem Blick in die Glaskugel oder einer vermeintlicher intellektueller Arroganz zu tun, sondern ist das Ergebnis rationaler ökonomischer Verhaltensweisen und Prozesse.

Das Sahnehäubchen dieser Entwicklung war, dass die Ampel-Regierung unter Federführung von Gesundheitsminister Lauterbach durch eine Gesetzesänderung den Kliniken die vorher verankerte Möglichkeit zum Ausgleich von inflationsbedingten Kostensteigerungen bei rückläufigen Fallzahlen (Coronaeffekt) genommen und damit den Turbo für Insolvenzen gezündet hat.

Ergebnis ist, dass sich in Deutschland eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung etabliert hat, nämlich die einseitige in Form von Steuermilliarden-Subventionierung von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft. Freigemeinnützige und private Träger, immerhin fast 2/3 aller Kliniken, sind davon ausgenommen.

Wir benötigen daher dringend – nicht nur, weil verfassungsrechtlich geboten – eine Gleichbehandlung aller Trägergruppen. Ebenso benötigen wir auch einen Inflationsausgleich sowie die Implementierung marktwirtschaftlicher Anreizsysteme, um Kliniken als Teil der kritischen Infrastruktur auch in Zukunft solide finanzieren zu können. Damit Daseinsvorsorge und Wirtschaftlichkeit künftig keinen Gegensatz mehr bilden!

Fazit

Die Auseinandersetzung mit den Fakten und das Verstehen der vom Staat und seiner Bürokratie geschaffenen komplexen Systeme ist Voraussetzung für einen bedarfs- und wettbewerblich orientierten Umbau der Kliniklandschaft in Deutschland.

Autorenprofil

Thomas Lemke ist CEO der Sana Kliniken AG und Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN



Clemens Maurer

Geschäftsführer und Sprecher der Klinikum Darmstadt GmbH
Vorstandsmitglied der Allianz der Kommunalen Großkrankenhäuser

In der Frage nach der Zukunft der Krankenhausfinanzierung müssen wir uns endlich ehrlich machen und handeln. Die Zeit des Stillstands kostet jeden Tag Geld, das wir im System dringend für eine qualitätsvolle gesundheitliche Versorgung der Menschen brauchen.

Fakt ist, wir werden nicht mehr Geld zur Verfügung haben, um Krankenhäuser besser finanziell auszustatten. An einer Konzentration von Leistung – das heißt ganz konkret an der Schließung von rund 600 Krankenhäusern in Deutschland – kommen wir nicht vorbei. Und es ist schädlich, das immer weiter aufzuschieben. Wenn wir das nicht in einer geordneten und strukturierten Weise schnell schaffen, wird es der Markt regeln. Und das wird viel Geld kosten, ohne dass Zukunftsweisendes entsteht.

Diese Konzentration auf wenige Häuser ist auch in Hinblick auf den Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung notwendig. Und da schaue ich gar nicht nur auf Pflegekräfte und

Ärzteschaft, sondern ganz maßgeblich auch auf Sekundär-Bereiche wie MTRA, IT-Sicherheit, Medizincontrolling, Labor usw.

Wir brauchen die Fachleute da, wo wir rund um die Uhr in zertifizierten Zentren Fachkräfte vorhalten müssen, um dort eine verlässliche Versorgung 24/7 sicherstellen zu können. Das ist nur an weniger Standorten möglich, als wir sie heute haben. Deshalb sind freiwillige Verbünde, wie wir sie in Darmstadt zwischen dem kommunalen Klinikum und dem Agaplesion Elisabethenstift mit der Gründung einer neuen Holding anstreben, so sinnvoll und wegweisend – eine passgenaue Lösung für die anstehende Krankenhausreform in Hessen.

Die Rahmenbedingungen für die Träger der privaten, der freigemeinnützigen und der kommunalen Krankenhäuser sind nicht identisch. So gibt es Unterschiede im Gehalt, im Tarif, in den Zusatzversorgungskosten und in den Umsetzungs-

zeitläufen. Daher sind auch die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse der Häuser nicht gleich. Die Erlöse hingegen, die Krankenhäuser für ihre Eingriffe und Behandlungen erzielen, die sind für alle dieselben.

Der TVöD und der Tarif des Marburger Bundes – die bei kommunalen Häusern zum Tragen kommen – sind die teuersten Tarifverträge, die es gibt. Diese sind in einem hohen Maße für die Verluste der kommunalen Krankenhäuser verantwortlich. Ganz konkret: Der Tarifabschluss 2024 hat das Klinikum Darmstadt 9 Millionen Euro zusätzlich an Personalkosten gekostet – ein Wert, der ziemlich exakt unserem negativen Jahresergebnis entspricht. Da hilft auch die Tariflohnausgleichsrate nach dem Krankenhausversorgungsverbes-

Die Rahmenbedingungen für die Träger der privaten, der freigemeinnützigen und der kommunalen Krankenhäuser sind nicht identisch. [...] Die Erlöse hingegen, die Krankenhäuser für ihre Eingriffe und Behandlungen erzielen, die sind für alle dieselben.

EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN

serungsgesetz (KHVVG) wenig, weil diese eben bei Weitem nicht die Kosten abdeckt. In der Realität gleicht diese Rate nur 15 bis 20 Prozent der Tarifsteigerungen aus, die das Klinikum Darmstadt im laufenden Jahr zu zahlen hat.

Wenn das so bleibt, zahlen die Kommunen für ihre tarifgeführten Häuser die Zeche. Hier schließt sich die zweite Forderung an: Die Rahmenbedingungen sollten für alle Krankenhäuser gleich sein.

Es wird aber auch auf jede und jeden Einzelnen ankommen. Wir wissen heute schon, dass wir in der Zukunft über weniger Ressourcen in den Krankenhäusern verfügen werden. Folglich ist von uns allen eine höhere Eigenverantwortung gefragt, auch in Gesundheitsfragen, und weniger Vollkasko mentalität. Krankenhäuser müssen sich darauf konzentrieren können, die Menschen zu behandeln, die eine spezialisierte Krankenhausbehandlung brauchen.

Fazit

So wie derzeit, können wir unsere Krankenhäuser nicht weiterbetreiben. Der Fachkräftemangel, die begrenzten Finanzmittel für die Betriebskosten und die bei Weitem nicht ausreichende Investitionsförderung der Länder machen eine stringente und schnelle Umsetzung der Krankenhausreform erforderlich. Das heißt: Abbau von Krankenhausstandorten. Wichtig ist, dass auch die Mittel aus dem Transformationsfonds nur für wirklich erforderliche Strukturen und zum Beispiel Kritis-Krankenhäuser ausgegeben werden.

Autorenprofil

Seit 2013 ist Clemens Maurer Geschäftsführer und Sprecher der Klinikum Darmstadt GmbH. Der gelernte Diplom-Verwaltungswirt und Krankenhausbetriebswirt war zuvor als Manager in Veränderungsprozessen in öffentlichen Krankenhäusern tätig. Er ist Vorstandsmitglied der Allianz der Kommunalen Großkrankenhäuser, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. und des Klinikverbunds Hessen e. V.

EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN



Hans-Jürgen Winkelmann

Geschäftsführer der Marien Gesellschaft Siegen gGmbH

Trägervielfalt und Finanzierungsgerechtigkeit als zentrale Reformbestandteile

Seit 1972 gibt es in Deutschland die duale Krankenhausfinanzierung und die Aufteilung der Krankenhausfinanzierung in Investitionskostenfinanzierung durch die Länder und Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen. Seinerzeit wegweisend und richtig – heute seit vielen Jahren dysfunktional und reformbedürftig.

Die nicht hinreichende, bestenfalls nachhinkende Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten durch die Fallpauschalen (DRGs) wird begleitet von einer jahrzehntelangen Vernachlässigung der Investitionsverpflichtungen durch die Bundesländer. Insgesamt ein Cocktail, der inzwischen 80 % der deutschen Krankenhäuser negative Ergebnisse beschert, hohe Insolvenzrisiken auslöst und eine vermeidbare Branchenkrise zur Folge hat.

Für uns in der kirchlich-freigemeinnützigen Trägerschaft kommt erschwerend hinzu, dass sich eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung herausgebildet hat, von der lediglich öffentliche Krankenhausträger profitieren. Dazu gehören neben den direkten Defizitausgleichen durch Kommunen und Länder auch vielerlei indirekte Beihilfen wie Betriebskostenzuschüsse, verbilligte Darlehen, Bürgschaften und Sicherheiten wie Patronatserklärungen, um Darlehen von Banken überhaupt oder verbilligt zu bekommen.

Kirchliche und private Träger, die unter gleichen Rahmenbedingungen ebenso öffentliche Gesundheitsversorgung sicherstellen, sind von dieser dritten, steuerfinanzierten Finanzierungssäule ausgenommen. Für uns ist dies nicht mehr hinnehmbar, vor allem angesichts der zwischenzeitlichen Größenordnung dieser einseitigen Hilfen: Für 2024 hat die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Curacon bundesweit ein Volumen von sage und schreibe 4,5 Mrd. Euro für diese Finanzierungssäule ermittelt!

Angesichts der Dimension dieser Wettbewerbsverzerrung müssen wir von der neuen Bundesregierung einfordern, für die Zukunft endlich eine Finanzierungsarchitektur für die Krankenhauslandschaft in Deutschland zu gestalten, die beides gewährleistet: Eine auskömmliche Finanzierungsgrundlage für die Betriebskosten und Investitionen, aber eben auch eine gerechte und faire Grundlage für alle Krankenhausträger, unabhängig von Rechtsform, Trägerschaft oder gar kommunaler Kassenlage.

Dass es hierzu eine reformierte Krankenhauslandschaft im Bund braucht, liegt nahe, da es kein Füllhorn für den Status quo geben wird. Die Landeskrankhausplanung NRW, gerade erfolgreich in der Umsetzung und Blaupause für die Bundesebene, kann einer solchen Strukturreform Vorschub leisten.

Flankiert werden muss eine solche Strukturreform allerdings durch eine neue Finanzierungsarchitektur: Auf der Betriebskostenebene müssen die



EINSCHÄTZUNGEN DER TRÄGERVERTRETUNGEN

an weniger Träger als bisher zugewiesenen Leistungsgruppen so auskömmlich finanziert sein, dass eine qualitativ optimierte Versorgung ohne Fehlanreize und Subventionierungen wieder möglich wird.

Und auf der Investitionskostenebene braucht es ein Modell für die zukünftige Investitionsförderung, welches verbindlich und umfassend die Landesmittel für Bestands- und Strukturinvestitionen sicherstellt, die zur Erfüllung der reformierten Versorgungsaufträge notwendig sind.

Fazit

Wir dürfen alle gespannt sein, inwiefern ein solch umfassender Reformansatz in der Bundes- und Landespolitik durch- und umsetzbar ist. Ein paar kleine Korrekturen an der Erstversion des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) reichen hierfür mit Sicherheit nicht aus. Es bedarf des klaren politischen Willens, jetzt endlich den entscheidenden Schritt zur Reformierung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland zu machen.

Autorenprofil

Als Diplom-Kaufmann steht Hans-Jürgen Winkelmann seit 2008 in der geschäftsführenden Verantwortung für die katholische Marien Gesellschaft Siegen gGmbH, einem integrierten Versorgungsunternehmen und Komplexträger in der Region Siegen/NRW mit etwa 2.500 Mitarbeitenden und seit 2024 Teil des GFO-Verbundes. Zuvor war er viele Jahre als Geschäftsführer des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung und des Verhandlungsmanagements für die Mitgliedskrankenhäuser tätig.

RECHTLICHE EINSCHÄTZUNG



Prof. Dr. Wolfgang Kuhla

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht
RAUE, Partnerschaft von Rechtsanwälten und
Rechtsanwältinnen mbB

Das Problem

Eine dramatisch steigende Zahl von Versorgungskrankenhäusern in Deutschland schreibt rote Zahlen, weil insbesondere die Länder ihre Pflicht zur Investitionsförderung verletzen und die Pflegesätze die Kostensteigerungen der letzten Jahre nicht nachvollzogen haben. Kommunen gewähren ihren Krankenhausträgern in dieser Lage Defizitausgleiche in Millionenhöhe. Sie berufen sich dabei gegenüber den privaten und gemeinnützigen Krankenhaus-Unternehmen einerseits auf ihren „kommunalen Sicherstellungsauftrag“. Andererseits verweisen sie darauf, dass die kommunalen Krankenhäuser Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) erbringen. Gemeinnützige Träger verfolgen aktuell in gerichtlichen Verfahren Ansprüche gegen Kommunen, diese Defizitausgleiche zu unterlassen. Die skizzierten Rechtfertigungen der Ausgleichleistungen werden in diesen Prozessen geprüft und im Folgenden hinterfragt.

Kommunale Finanzierung kommunaler Krankenhäuser (der „dritte Weg“)?

Das Grundgesetz verteilt die Kompetenzen zwischen dem Bund und den Ländern. Die aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) folgende Pflicht, die stationäre Krankenversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, fällt gemäß Art. 70 GG in die Kompetenz der Länder. Diese haben im Rahmen der verfassungsrechtlichen Ermächtigung die Landeskrankengesetze erlassen. Ziel dieser Gesetze ist es, die bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern sicherzustellen. Das jeweilige Land erfüllt seine verfassungsrechtlich begründete und landesgesetzlich konkretisierte Pflicht durch den Erlass von Krankenhausplänen. Darin werden die Krankenhäuser nach Standort und medizinischen Leistungen ausgewiesen. Die so differenziert geregelte Versorgung ist planerisch in ihrer Gesamtheit erforderlich, um den Bedarf des Landes zu decken. Die Zuweisung der Versorgungsaufträge erfolgt von Verfassung wegen nach dem Grundsatz der Trä-

gervielfalt: Neben den kommunalen Krankenhäusern sind insbesondere gemeinnützige und private Träger zu berücksichtigen.

Der Sicherstellungsauftrag des Landes erschöpft sich allerdings nicht im Erlass des Krankenhausplans und seiner Umsetzung. Der Auftrag umfasst auch eine Finanzierungspflicht: Das Land hat die Versorgungskrankenhäuser mit den erforderlichen Investitionsmitteln auszustatten, die die notwendigen Bau- und Anschaffungskosten wirtschaftlich sichern. Das folgt aus der im Rahmen von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelten dualen Finanzierung, welche die Kassen und die Länder in die Pflicht nimmt. In allen Fachkreisen besteht Einvernehmen, dass die Länder diese Pflicht seit vielen Jahre nur unzureichend erfüllen. Die von Versorgungskrankenhäusern erlittenen Defizite haben seit vielen Jahren ihren Grund in der unzureichenden Investitionsfinanzierung.

RECHTLICHE EINSCHÄTZUNG

Die Lage wird dadurch verschärft, dass eine Querfinanzierung aus der Pflegvergütung nicht mehr möglich ist, da deren Bemessung die Kostenentwicklung nicht angemessen berücksichtigt.

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten: Die Sicherstellung der stationären Versorgung der Bevölkerung ist nach dem Grundgesetz eine staatliche Aufgabe der Länder und keine Aufgabe von Kommunen.

Die Krankenhausgesetze der Länder nehmen allerdings die Kommunen für einen subsidiären Sicherstellungsauftrag in Anspruch. Die gesetzliche Verpflichtung trifft je nach Land die Gemeinde oder den Kreis: Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind diese Kommunen verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben. In der politischen Diskussion und in den aktuell anhängigen Streitverfahren rechtfertigen die Kommunen die Finanzierung ihrer Krankenhäuser mit dieser landesgesetzlichen Verpflichtung. Bei gesetzessystematischer Auslegung des jeweiligen Landesrechts handelt es sich stets um einen mehrgliedrigen Tatbestand mit drei Elementen:

- Das Land hat im Rahmen der die Planung vorbereitenden

Bedarfsanalyse einen lokalen, fachlichen Versorgungsbedarf analysiert.

- Dieser Bedarf ist durch die bestehenden Versorgungsaufträge nicht gedeckt.
- Weder die Träger der vorhandenen Krankenhäuser noch andere nicht kommunale Träger begehren die Erteilung eines solchen Versorgungsauftrages.

Ausschließlich in einem solchen Fall darf das Land einen Kreis oder eine Gemeinde ausdrücklich in die Pflicht nehmen, den der Kommune parallel zu erteilenden Versorgungsauftrag zu erfüllen, um die Versorgung sicherzustellen. Die Landesgesundheitsverwaltungen mussten – soweit ersichtlich – bislang in keinem Fall von einer solchen Verpflichtungsbefugnis Gebrauch machen. Käme es dazu, wäre die Verfassungsmäßigkeit der Verpflichtungsnorm noch zu klären: Ist die tat-

bestandlich kompensationsfreie Inpflichtnahme einer Kommune mit dem Konnexitätsprinzip der Landesverfassung vereinbar – oder ist es dem Land danach versagt, einer Kommune eigene Aufgaben zu übertragen, ohne die Kosten für deren Wahrnehmung verpflichtend zu übernehmen.

Unionsrechtlich handelt es sich bei Verlustausgleichen, die Kommunen ihren Krankenhäusern gewähren, um Begünstigungen im beihilferechtlichen Sinne. Solche Beihilfen sind

unzulässig, wenn sie den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, Art. 107 AEUV. Die Kommunen pflegen die Gewährung von Verlustausgleichen auch damit zu rechtfertigen, dass es sich um die Gewährung zulässiger Beihilfen für das Erbringen von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) handle. Der EuGH geht allerdings in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass eine solche Leistung nur dann dem Beihilfeverbot

Als weiteres Zwischenergebnis ist festzuhalten: Ein subsidiärer, landesgesetzlicher Sicherstellungsauftrag von Kommunen spielt in praxi keine Rolle, weil die gesetzlichen Voraussetzungen bislang nie erfüllt worden sind.

RECHTLICHE EINSCHÄTZUNG

nicht unterliegt, wenn es um die Gegenleistung für besondere DAWI-Leistungen geht: (Nur) in diesem Fall erhalten die Unternehmen tatsächlich keinen finanziellen Vorteil, der sie gegenüber den mit ihnen im Wettbewerb stehenden Unternehmen in eine günstigere Stellung bringen würde. Voraussetzung für diese Privilegierung wäre es, dass der kommunale Krankenhausträger damit betraut worden ist, besondere (also selektive) DAWI-Leistungen zu erbringen, die durch Hoheitsakt klar definiert werden.

Die an kommunale Träger adressierten Betrauungsakte beschreiben regelmäßig ganz oder teilweise die Leistungen, welche das Krankenhaus nach seinem landesplanerischen Versorgungsauftrag zu erbringen hat. Diese entsprechen nach Inhalt und Verbindlichkeit denen aller anderen Versorgungskrankenhäuser. Die Zahlungen sichern also nicht das Erbringen besonderer DAWI-Leistungen.

Als letztes Zwischenergebnis ist festzuhalten: Die Defizitausgleiche stellen unionsrechtlich unzulässige Beihilfeleistungen dar.

Der Bundesgerichtshof hat dies in einem auf die Verletzung von Wettbewerbsrecht gestützten Klageverfahren anders gesehen (Urteil vom 24. März 2016 – I ZR 263/14 „Kreiskliniken Calw“). Die hier dargestellte Verletzung von Grundrechten war damals allerdings nicht zu prüfen, weil die Unterlassungsklage nicht von einem konkurrierenden Krankenhausträger erhoben worden war.

Eine Kommune verletzt alldem zufolge durch eine solche Leistung die Grundrechte der anderen Klinikträger: Mangels Rechtfertigung greift der Verlustausgleich in die in Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit der nicht geförderten Klinikträger ein. Die Ungleichbehandlung verschiedener Berufsträger verletzt gleichzeitig den Gleichbehandlungsgrundsatz. Solche Maßnahmen verstoßen also gegen Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG.

Fazit

Kommunen trifft kein unmittelbarer landesgesetzlicher Auftrag, die stationäre Krankenversorgung durch

eigene Krankenhäuser sicherzustellen. Sie können daher unter diesem Gesichtspunkt Defizitausgleiche und sonstige finanzielle Förderungen nicht rechtfertigen, die sie Krankenhausträgern gewähren. Solche Zahlungen stellen zudem unionsrechtliche unzulässige Beihilfeleistungen dar. Defizitausgleiche verstoßen daher gegen das Grundrecht auf Berufsfreiheit und den Anspruch auf Gleichbehandlung der konkurrierenden Krankenhausträger.

Autorenprofil

Seit Jahrzehnten umfassende Beratung und Vertretung von Krankenhausunternehmen (Krankenhausplanung und -finanzierung, Transaktionen, Kooperationen, Entgeltverhandlungen) und Beratung und Vertretung, Prozessvertretung in diesen Bereichen. Zahlreiche Publikationen und Vorträge zu krankenhausrrechtlichen Themen. Siehe auch <https://raue.com/anwalt/wolfgang-kuhla/>.

FAZIT UND AUSBLICK



Dr. Christian Heitmann

Diplom-Wirtschaftsinformatiker

Partner

Leiter Geschäftsbereich Unternehmensberatung

Münster

Krankenhausfinanzierung am Limit – ein „Weiter so“ kann es nicht geben

Die Ausführungen zur aktuellen Situation der Krankenhausfinanzierung sowie unsere Gastbeiträge zeigen: Ein „Weiter so“ kann es nicht geben. Angesichts der Tatsache, dass 1.850 Krankenhäuser in der bestehenden Struktur nicht mehr betreibbar sein werden und vermutlich **auf 1.200 Einrichtungen konzentriert werden müssen**, bedarf es eines noch nie dagewesenen Eingriffs in die bauliche Infrastruktur. Gleichzeitig müssen die verbleibenden Einrichtungen an die neue Versorgungssituation angepasst werden. Dieser Prozess wird nicht nur lange dauern (10–20 Jahre), sondern erfordert auch erhebliche Investitionsmittel. Der Transformationsfonds mit 50 Mrd. Euro kann hier nur eine gute Anschubfinanzierung sein, mehr aber auch nicht. Die Bundesländer müssen ihrer Verantwortung für Krankenhausplanung und -finanzierung in zwei Punkten entschieden stärker nachkommen:

Sie brauchen einerseits einen langfristigen Plan im Sinne einer **Ziel-Infrastruktur**, der herausstellt, welches Haus im Bundesland künftig noch als versorgungsrelevant und somit als Teil des Landeskrankenhausplans gesehen wird und welches nicht. Hier ist die Planungssystematik über die Leistungsgruppen ein gutes Instrument, um die medizinischen Leistungen zuzuteilen und zu bündeln. Allerdings scheuen sich die Bundesländer noch immer, klar festzulegen, welche Häuser es in Zukunft noch geben muss und welche nicht. Stattdessen lassen sie es vielfach auf eine unkontrollierte Schließung aufgrund von wirtschaftlich nicht mehr tragfähigen Strukturen bis hin zur Insolvenz ankommen.

Andererseits bedarf es eines Investitionsplans für die Umsetzung der künftigen Ziel-Infrastruktur mit einem erheblich größeren Umfang als bisher geplant und überhaupt bekannt. Parallel dazu müssen die Bundesländer auch Mittel für die kontrollierte Schließung von nicht mehr bedarfsnotwendigen Akutkrankenhäusern bereitstellen.

Neben der Säule der Investitionsfinanzierung wird es auch eine Reform der Betriebskostenfinanzierung geben müssen. Die Kosten-Erlös-Schere zeigt, dass dem System in den vergangenen 13 Jahren im Vergleich zur Kostensteigerung fast 39 % der Erlöse entzogen worden sind. Dies hat zu einer akuten strukturellen Unterfinanzierung geführt.

Zu glauben, dass man dieses Problem durch die Einführung einer pauschalen Vorhaltefinanzierung löst, die weiterhin fallzahlabhängig ist und das bestehende Erlösbudget nur umverteilt, ist naiv.

Wir konstatieren eine noch nie dagewesene finanzielle Schiefelage des Sektors. Corona-Freihaltepauschalen sowie Energiehilfepauschalen haben in den Jahren

2020–2023 verdeckt, was jetzt in den Jahren 2024 und 2025 transparent wird: Die Häuser sind am finanziellen Limit, zunehmende Insolvenzzahlen deutscher Krankenhäuser belegen diese Situation. Dass diese strukturelle Unterfinanzierung aus der gefühlten bzw. wahrgenommenen Pflicht der kommunalen



Träger zu deren Daseinsvorsorge nur für die kommunalen Krankenhäuser mit Steuergeldern in Milliardenumfang kompensiert wird, kann nicht Ziel des dualen Finanzierungssystems sein. Dies ist auch keine gleichberechtigte Finanzierungssituation für die freigemeinnützig-konfessionellen und privaten Träger, die den gleichen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan haben. Vielfach führt diese einseitige dritte Finanzierungssäule auch zur Umsetzung lokalpolitischer Interessen, die nicht immer im Sinne der wirtschaftlichen bzw. versorgungstechnisch

optimalen Führung eines Krankenhauses sind.

Eine gleichberechtigte Finanzierung für alle Krankenhäuser, die an der akutstationären Versorgung gemäß Landeskrankenhausplan teilnehmen, ist unumgänglich.

Vor dem Hintergrund, dass fast 90 % aller deutschen Kommunen inzwischen auf Substanz wirtschaften, wäre es sogar notwendig, die Kommunen vor dieser „Nachschussverantwortung“ zu schützen und ihnen diese zu untersagen.

Dies bedarf dann aber einer auskömmlichen und gerechten Betriebskostenfinanzierung für alle drei Sektoren (kommunal, freigemeinnützig-konfessionell, privat), die eine anreizkonforme Mittelallokation bei Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochqualitativen Versorgung ermöglicht. Es muss mehr Geld für die Betriebskostenfinanzierung bereitgestellt werden und/oder eine Leistungsbegrenzung im Versorgungsangebot stattfinden. Folglich sind hier auch die Kostenträger gefragt, ihren Versicherungsumfang zu hinterfragen.

Schaut man über den Tellerrand der akutstationären Versorgung hinaus, sei noch ein Aspekt der Finanzierung ambulanter Leistungen erwähnt: Aufgrund von Renteneintritten wird die Anzahl niedergelassener Haus- und Fachärzte in den nächsten drei bis fünf Jahren erheblich sinken. Dies wird mit neuen niedergelassenen Haus- und Fachärzten nicht zu kompensieren sein. Um die Versorgung dennoch sicherzustellen, wird diese Lücke durch die Krankenhäuser geschlossen werden müssen. **Hierzu muss die Trennung der Finanzierung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden. Nicht nur bei**

den Betriebskosten, sondern auch bei den Investitionskosten. Die Einführung der Hybrid-DRGs sind ein guter Anfang, reichen aber keineswegs aus. Auch wird sich die Infrastrukturfinanzierung der Länder zum Umbau des Krankenhaussektors nicht nur auf akutstationäre Bereiche begrenzen dürfen, **denn Versorgung wird künftig integral-intersektoral ambulant-stationär stattfinden müssen.**

Autorenprofil

Bei Curacon leitet Dr. Christian Heitmann als Partner den Geschäftsbereich Unternehmensberatung. Schwerpunktthemen bilden hierbei Fusionen und Verbundbildungen, Konzernsteuerungskonzepte, Konzeption und Einführung von Systemen zum Finanzcontrolling und Reporting, Investitionsfinanzierung, ganzheitliches Risikomanagement sowie die Entwicklung und Umsetzung von Digital- und IT-Strategien mit Fokus auf Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.



**Janine Eulert**

Diplom-Kauffrau
Senior Managerin
Berlin

030/2830550-71
janine.eulert@curacon.de

**Dr. Christian Heitmann**

Diplom-Wirtschaftsinformatiker
Partner
Leiter Unternehmensberatung
Münster

0251/92208-201
christian.heitmann@curacon.de

**Marco Sander**

Wirtschaftsprüfer/Steuerberater
Partner
Leiter Ressort Gesundheitswirtschaft
Stuttgart

0711/25587-25
marco.sander@curacon.de

**Niels Wantia**

Diplom-Kaufmann
Leiter Research
Münster

0251/92208-234
niels.wantia@curacon.de



Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
www.curacon.de

Berlin · Darmstadt · Freiburg · Hamburg · Hannover · Köln · Leipzig · München · Münster · Nürnberg · Ratingen · Rendsburg · Saarbrücken · Stuttgart

