

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jan Korte, Sylvia Gabelmann, Sören Pellmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/31950 –**

Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Insbesondere die COVID-19-Pandemie hat die Notwendigkeit einer guten Gesundheitsversorgung, zu der als zentraler Baustein funktionierende und ausreichende Krankenhausstrukturen gehören, verdeutlicht.

Im Jahr 2019 standen insgesamt 1 914 Krankenhäuser in Deutschland mit rund 494 300 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung (vgl. Statistisches Bundesamt: Fachbericht Gesundheit 2019). Die Krankenhäuser befinden sich sowohl in öffentlicher, privater oder auch freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Fachbericht des Statistischen Bundesamtes gibt einen Überblick über die Krankenhausentwicklung von 1991 bis 2019 und zeigt, dass der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft seit der Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 seit Jahren zunimmt. Lag der statistische Wert 1991 noch bei 14,8 Prozent, so stieg der bis 2019 auf 37,8 Prozent an. Damit befindet sich seit 2019 nunmehr jedes dritte Krankenhaus in privater Trägerschaft. Im Zeitraum von 1991 bis 2019 sank hingegen der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 Prozent auf 28,5 Prozent. Auch der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist zurückgegangen. Waren es 1991 noch insgesamt 39,1 Prozent, sind es 2019 noch insgesamt 33,7 Prozent.

Entscheidend für eine angemessene Gesundheitsversorgung in Krisen ist laut einer Vergleichsstudie der Bertelsmann Stiftung „die Ausstattung mit qualifiziertem Personal, insbesondere in der (Intensiv-)Pflege, sowie die Fähigkeit, im System vorhandene Personalreserven zu mobilisieren.“ (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Krankenhausstrukturen_Corona_Laendervergleich_final.pdf).

1. Welche Faktoren wirken aus Sicht der Bundesregierung auf die Qualität der Krisenreaktion der Gesundheitssysteme in der Pandemiesituation, und welche Rolle spielen dabei die existierenden Krankenhausstrukturen und Kapazitäten (bitte begründen)?

2. Welche Kriterien hat die Bundesregierung für ein gutes Krisenmanagement von Gesundheitssystemen während einer Pandemiesituation (bitte begründen)?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Durch die COVID-19-Pandemie ist die Bedeutung resilienter Gesundheitssysteme und insbesondere der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) für die staatliche Daseinsvorsorge deutlich geworden. Dabei ist vor allem das Zusammenspiel und Kommunikation der Akteure auf allen Ebenen von der ambulanten Versorgung über den Rettungsdienst bis hin zur stationären Versorgung wichtig.

Krisensituationen können insbesondere durch Ressourcenknappheit geprägt sein. Die etablierte KAEP ist dabei das erste probate Mittel, um einer Ressourcenknappheit zu begegnen. Dazu gehören im Vorfeld auch Übungen und Ausbildung nicht nur im Bereich des Brandschutzes und von Evakuierungen sondern auch in anderen möglichen Bereichen wie bei chemischen und biologischen Gefahrenlagen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat hierzu ein Handbuch herausgegeben, das Krankenhäusern als Handlungsempfehlung dienen soll, einen individuell auf das eigene Krankenhaus zugeschnittenen KAEP zu erstellen (https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Gesundheitlicher-Bevoelkerungsschutz/Krankenhausalarmplanung/krankenhausalarmplanung_node.html).

Des Weiteren ist die überörtliche bis hin zur überregionalen Hilfeleistung bei Kapazitätenmangel zu etablieren. Daher wurde über die Grenzen der Länder hinweg ein Patientenverlegesystem (sog. „Kleeblatt“-System) und das DIVI-Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin eingeführt. Auch bilateral, auf EU-Ebene und global werden medizinische Evakuierungen vorgenommen. Deutschland selbst hat bisher über diese Mechanismen sowohl in der COVID-19-Pandemie als auch bei Ebolaausbrüchen Patientinnen und Patienten aus anderen Staaten aufgenommen.

3. Wie bewertet die Bundesregierung die aktuelle Situation in den deutschen Krankenhäusern bezüglich der Ausstattung mit qualifiziertem Personal, insbesondere in der (Intensiv-)Pflege, sowie die Fähigkeit, im System vorhandene Personalreserven zu mobilisieren (bitte begründen)?

Besonders im Lichte der Pandemiebekämpfung hat sich gezeigt, dass in Deutschland trotz schwieriger Bedingungen hoch engagierte Pflegekräfte im Einsatz sind. Mit zahlreichen Maßnahmen, die hier nur exemplarisch dargestellt sind, hat die Bundesregierung auf die schwierige Situation der professionell Pflegenden und deren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus reagiert.

Zur Entlastung des Pflegepersonals und damit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ist in der vergangenen Legislaturperiode im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet worden, das bis zum 31. Dezember 2018 über drei Jahre Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung stellte. Zur nachhaltigen Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung am Bett wurde das Pflegestellen-Förderprogramm mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) für das Jahr 2019 bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut.

Seit dem 1. Januar 2020 werden die Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen vergütet und über ein sogenanntes Pflegebudget finanziert. Das Pflegebudget wird zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort ver-

einbart und berücksichtigt den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Insgesamt wurden 550 Mio. Euro für Prämienzahlungen an Krankenhäuser zur Verfügung gestellt, die im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten. Ende 2020 haben 433 Krankenhäuser insgesamt 100 Mio. Euro für Prämien erhalten und im April 2021 wurden 450 Mio. Euro an 983 Krankenhäuser verteilt. Dabei richten sich die Prämien insbesondere an Pflegekräfte in der Pflege am Bett, aber auch an andere besonders belastete Krankenhausbeschäftigte. Die begünstigten Krankenhäuser entscheiden mit der Arbeitnehmervertretung selbst über die Auswahl der Prämienberechtigten und die Höhe der Prämien.

All dies macht deutlich, dass die Bundesregierung intensiv an Verbesserungen für die Situation der Pflegekräfte im Krankenhaus arbeitet und die bisherigen Gesetzesinitiativen einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung des Pflegepersonals geleistet haben. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die Personalausstattung in der Verantwortung der Krankenhausträger liegt. Im Rahmen ihrer Organisationshoheit obliegt es den Krankenhausträgern, eine dem Versorgungsauftrag angemessene Personalausstattung sicherzustellen.

4. Wie viele Krankenhäuser gab es 2020 in Deutschland?

Der Bundesregierung liegen für das Jahr 2020 noch keine Daten vor. Das Statistische Bundesamt veröffentlicht entsprechende Daten jährlich in den „Grunddaten der Krankenhäuser“ (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Die im März 2021 erschienene Ausgabe bezieht sich auf Krankenhausdaten für das Jahr 2019.

5. Wie verteilen sich diese Krankenhäuser bundesweit, und wie viele davon sind Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen und spezialisierte Krankenhäuser ohne Altenpflegeeinrichtungen (bitte entsprechende Anzahl der Krankenhäuser nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Laut dem Statistischen Bundesamt ergibt sich folgende Aufteilung der Krankenhäuser für das Jahr 2019.

Länder	Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser
Deutschland	1.914	1.576	338
BW	250	189	61
BY	347	280	67
BE	87	76	11
BB	58	52	6
HB	14	12	2
HH	60	54	6
HE	157	135	22
MV	37	33	4
NI	177	148	29
NW	341	284	57
RP	87	70	17
SL	24	21	3
SN	77	69	8
ST	47	40	7

Länder	Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Krankenhäuser
SH	108	74	34
TH	43	39	4

6. Wie viele der bundesweit existierenden Krankenhäuser befanden sich 2020 jeweils in öffentlicher, in privater und in freigemeinnütziger Trägerschaft (bitte auch nach Bundesländern auflgliedern)?

Der Bundesregierung liegen hierzu noch keine Daten vor.

Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

7. Wie bewertet die Bundesregierung den bundesweiten Trend der zunehmenden Privatisierung der Krankenhäuser in Deutschland von 1991 bis 2019, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Die privatwirtschaftliche Führung von Krankenhäusern neben öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft gehört zu den gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten einer pluralistisch orientierten Organisation der Gesundheitswirtschaft.

Den Ländern obliegt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, die sie in ihrer Zuständigkeit durch die Krankenhausplanung wahrnehmen. Dabei haben die Länder das Gebot der Trägervielfalt zu beachten, d. h. sie müssen in ihrer Planung Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft berücksichtigen. Dieser historisch gewachsene Trägerpluralismus hat sich für die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitswesen grundsätzlich bewährt. Dieser trägt dazu bei, Anreize zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung zu schaffen.

Der Anteil der aufgestellten Betten in privatwirtschaftlich geführten Krankenhäusern ist insgesamt geringer als in Krankenhäusern in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. So befanden sich im Jahr 2019 von den insgesamt 494 326 aufgestellten Betten lediglich 95 601 in privaten Krankenhäusern.

8. Wie viele Krankenhäuser gab es nach Kenntnis der Bundesregierung 1991 in Sachsen-Anhalt in öffentlicher, in privater und in freigemeinnütziger Trägerschaft?

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 1991 in Sachsen-Anhalt insgesamt 71 Krankenhäuser, darunter 66 Allgemeine Krankenhäuser, von denen sich 51 Häuser in öffentlicher, 14 Häuser in freigemeinnütziger und ein Haus in privater Trägerschaft befanden.

9. Wie viele Krankenhäuser gab es nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 in Sachsen-Anhalt in öffentlicher, in privater und in freigemeinnütziger Trägerschaft (bitte entsprechend auflführen)?

Der Bundesregierung liegen hierzu noch keine Daten vor.

Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

10. Wie viele Krankenhäuser, Krankenhausstandorte oder Krankenhausabteilungen wurden 2020 im Vergleich zu 2019 bundesweit geschlossen, und wie viele Personalstellen waren davon betroffen (bitte jeweils entsprechend nach Bundesländern auflisten)?

Hierzu liegen noch keine aktuellen Daten vor. Grundsätzlich werden laut dem Statistischem Bundesamt keine Informationen über Schließungen von Krankenhäusern, Krankenhausstandorten oder Abteilungen im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik erhoben.

11. Wie viele Krankenhäuser mit wie vielen Beschäftigten und Betten wechselten von 1991 bis 2020 bundesweit ihre Trägerschaft von öffentlichen zu privaten Trägern (bitte Anzahl nach Bundesländern aufschlüsseln)?

In den Tabellen des Statistischen Bundesamtes sind die Zahl der Einrichtungen, die Anzahl der Betten und die Anzahl der Beschäftigten nach Ländern in öffentlichen und in privaten Krankenhäusern gegenübergestellt.

Im Berichtsjahr 2019 werden die Krankenhäuser insgesamt nach Trägerschaft differenziert, im Berichtsjahr 1991 ist eine Differenzierung nach Trägerschaft nur für die Allgemeinen Krankenhäuser möglich.

Gesonderte Informationen über den Wechsel der Trägerschaft werden im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik nicht erhoben.

Krankenhäuser 2019 (Krankenhäuser insgesamt nach Ländern):

Land	Öffentliche Krankenhäuser			Private Krankenhäuser		
	Einrichtungen	Betten	Personal	Einrichtungen	Betten	Personal
Deutschland	545	235.767	655.001	724	95.601	186.057
BW	79	36.537	111.033	106	7.233	15.783
BY	148	53.479	148.149	155	14.428	27.912
BE	3	7.763	26.188	51	4.206	7.155
BB	22	8.003	15.528	21	4.483	7.531
HB	5	3.172	8.583	5	819	1.564
HH	4	1.753	10.315	43	6.923	13.673
HE	52	18.810	41.232	70	8.820	20.670
MV	7	3.315	10.285	22	5.029	9.450
NI	46	17.087	51.715	70	9.543	18.401
NW	76	36.335	106.865	43	9.195	18.721
RP	17	9.245	24.309	19	1.721	2.488
SL	8	3.847	11.146	3	40	58
SN	32	15.240	34.157	28	7.462	14.031
ST	13	7.702	19.147	17	3.794	6.119
SH	18	6.806	21.716	53	5.705	11.012
TH	15	6.673	14.633	18	6.200	11.489

Krankenhäuser 1991 (Allgemeine Krankenhäuser nach Ländern):

Land	Öffentliche Krankenhäuser			Private Krankenhäuser		
	Einrichtungen	Betten	Personal	Einrichtungen	Betten	Personal
Deutschland	996	367.198	614.250	330	24.002	29.172
BW	161	47.670	89.908	60	3.629	4.256
BY	233	61.283	101.341	95	6.477	8.024
BE	27	23.569	44.824	19	1.795	2.104
BB	48	17.971	21.719	1	666	811
HB	5	4.555	7.865	3	260	225

Land	Öffentliche Krankenhäuser			Private Krankenhäuser		
	Einrichtungen	Betten	Personal	Einrichtungen	Betten	Personal
HH	12	9.457	19.451	9	554	615
HE	56	21.639	40.399	37	2.421	3.521
MV	42	14.892	21.841	2	600	777
NI	81	27.417	50.326	33	2.144	2.510
NW	78	40.718	74.789	19	1.168	1.455
RP	29	10.377	17.106	14	1.026	1.091
SL	12	5.487	9.576	1	50	23
SN	79	33.392	43.755	4	640	650
ST	51	19.869	26.844	1	40	27
SH	35	11.047	19.697	30	1.690	1.985
TH	47	17.855	24.809	2	842	1.098

12. Wie viele Krankenhäuser mit wie vielen Beschäftigten und Betten wechselten von 1991 bis 2020 bundesweit ihre Trägerschaft von privaten zu öffentlichen Trägern (bitte Anzahl nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 11 wird verwiesen.

13. Wie viele Betten gab es 1991 zur Versorgung der Bevölkerung bundesweit in den Krankenhäusern?

Laut den Angaben des Statistischen Bundesamtes standen im Jahr 1991 bundesweit 665 565 Krankenhausbetten zur Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.

14. Wie viele Betten gab es 2020 zur Versorgung der Bevölkerung bundesweit in den Krankenhäusern?

Der Bundesregierung liegen hierzu noch keine Daten vor.

Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

15. Wie viele Betten gab es 1991 zur Versorgung der Bevölkerung in den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt?

Laut den Angaben des Statistischen Bundesamtes standen im Jahr 1991 in Sachsen-Anhalt 25 572 Krankenhausbetten zur Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.

16. Wie viele Betten gab es 2020 zur Versorgung der Bevölkerung in den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt?

Hierzu liegen der Bundesregierung aktuell noch keine Daten vor.

17. Wie hat sich der Personalschlüssel in den Krankenhäusern zwischen 1991 und 2020 entwickelt?

Angaben zum Personalschlüssel in den Krankenhäusern werden im Rahmen der amtlichen Krankenhausstatistik nicht erhoben.

18. Wie viele Patientinnen und Patienten mussten nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 zur medizinischen Versorgung aus Sachsen-Anhalt in ein anderes Bundesland verlegt werden?
19. Wie viele Patientinnen und Patienten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung 2020 aus einem anderen Bundesland nach Sachsen-Anhalt zur medizinischen Versorgung verlegt?

Die Fragen 18 und 19 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung führt keine Statistik über Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 innerhalb der Länder oder zwischen den Ländern zur medizinischen Versorgung bzw. zur stationären Krankenhausbehandlung verlegt wurden. Grundsätzlich erfolgen Verlegungen ohne Einbindung und ohne Kenntnis des Bundes, da die Behandlungsübernahme überwiegend auf Länderebene oder unmittelbar zwischen den Krankenhäusern organisiert wird.

20. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bei der Nutzung vorhandener Ressourcen sowie bei der Planung von Kapazitätserweiterungen in Reaktion auf Nachfrageschübe innerhalb der deutschen Krankenhausstrukturen, und wie bewertet sie diese insbesondere vor dem Hintergrund von Krisensituationen wie der aktuellen COVID-19-Pandemie?
21. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Fähigkeit, kurzfristig innerhalb der deutschen Krankenhausstrukturen zusätzliche Kapazitäten bereitzustellen, und wie bewertet sie diese insbesondere vor dem Hintergrund von Krisensituationen wie der aktuellen COVID-19-Pandemie?

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Flexibilität bei der Nutzung vorhandener Ressourcen sowie die Planung von Kapazitätserweiterungen in Krankenhäusern betrifft die Krankenhausplanung und fällt somit bereits nach dem Grundgesetz in die originäre Zuständigkeit der Länder. Für die Bundesregierung besteht hierbei keine Möglichkeit, auf die Planungsentscheidungen der Länder Einfluss zu nehmen.

Zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie hat der Bundesgesetzgeber die Länder zur Sicherstellung ausreichender stationärer Versorgungskapazitäten mit mehreren Maßnahmen unterstützt. Vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Entwicklung der COVID-19-Pandemie stellte der Gesetzgeber beispielsweise durch Regelung zu Ausgleichszahlungen sicher, dass ausreichende Kapazitäten für die Behandlung von an COVID-19-Erkrankten und den nicht an COVID-19-Erkrankten mit dringendem medizinischem Behandlungsbedarf zur Verfügung standen. Hierbei sind die Krankenhäuser im März 2020 aufgerufen worden, planbare Operationen und andere Behandlungen auszusetzen oder zu verschieben, um stationäre Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere in der Intensivmedizin mit entsprechenden Beatmungsmöglichkeiten, freizuhalten. Im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 erhielten die Krankenhäuser für jedes gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt nicht belegte Bett eine Pauschale in Höhe von zunächst 560 Euro pro Tag. Ab Juli 2020 betragen die Pauschalen entsprechend der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten und der durchschnittlichen Schwere der behandelten Fälle zwischen 360 Euro und 760 Euro täglich. Im November 2020 bis zum 15. Juni 2021 sind erneut zeitlich befristete Ausgleichszahlungen eingeführt worden, um die stationären und intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten aufgrund einer er-

neut steigenden Zahl von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten sicherzustellen. Anspruchsberechtigt für Ausgleichszahlungen waren danach nur die Krankenhäuser in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit hoher 7-Tage-Inzidenz und mit einem geringen Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten.

Hierdurch wurde sichergestellt, dass von Ausgleichszahlungen gezielt Krankenhäuser in Regionen profitierten, in denen das regionale Infektionsgeschehen besonders hoch war. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bestimmten in einem gemessen an der Versorgungsstruktur der Krankenhäuser abgestuften Verfahren, welche Krankenhäuser in diesen Regionen anspruchsberechtigt für Ausgleichszahlungen waren.

Darüber hinaus ist der Ausbau von Intensivbetten im Zeitraum 16. März 2020 bis zum 30. September 2020 gefördert worden. Auf Grund der Regelung des durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeführten § 21 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erhielten die Krankenhäuser für jedes zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit unter der Voraussetzung der Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde 50 000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Ausweitung ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten.