

„Das ist keine Reform. Das ist eine reine Kürzungspolitik!“

Welche Auswirkungen die aktuelle Sparpolitik auf die Situation der Kliniken hat und was sie für die Ziele der Krankenhausreform bedeuten, erklärt Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, im Interview mit „das Krankenhaus“.

Der Kabinettsentwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes stößt bei den Kliniken auf massive Kritik. Warum im Einzelnen?

Der Entwurf zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz ist eine reine Kürzungsmaßnahme, keine Reform. In unserer Kritik an den Plänen geht es im Kern um drei Aspekte: um das Verfahren, um das ständige Herabsetzen der Krankenhäuser in Deutschland und um die Politik der bloßen Kürzung, die gar nicht erst versucht, mehr Effizienz zu erreichen.

Ich will zunächst mal beim Verfahren anknüpfen. Wir erinnern uns: Wir hatten im Jahr 2025 die Debatte um das „kleine Sparpaket“ für die Krankenhäuser, das dann im Jahr 2026 wirksam wurde mit etwa 1,8 Mrd. € als Einsparbeitrag, den ausschließlich Krankenhäuser zu leisten hatten. Da hieß es noch, bei den

nächsten Kürzungen würde das zugunsten der Krankenhäuser berücksichtigt. Das ist nicht passiert. Man hat die Krankenhäuser jetzt nicht nur erneut belastet. Die Krankenhäuser sind wieder von allen Leistungserbringern am stärksten betroffen, und sie sind sogar überproportional belastet in Relation zu ihrem Anteil an den GKV-Ausgaben. Wir tragen 41 % der Einsparungen, die die Leistungserbringer insgesamt zu stemmen haben, bei 33 % tatsächlichem Ausgabenanteil. Zudem hat Gesundheitsministerin Nina Warken uns seinerzeit persönlich zugesichert, uns beim Verfahren konstruktiv einzubeziehen, unsere Vorschläge zur Kenntnis zu nehmen und mit uns zu diskutieren. Das ist an keiner Stelle geschehen. Warum nicht? Wir verweigern uns nicht grundsätzlich gegenüber Reformvorhaben im Sinne einer Veränderung hin zu mehr Effizienz. Die



„Wir werden einen massiven kalten Strukturwandel erleben“, fürchtet, DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß. Bei den Krankenhäusern gehe es nun „ums nackte Überleben.“ Foto: Jens Jeske.

Praktiker aus den Kliniken könnten sicher einiges beitragen, um diese Ziele zu erreichen.

Zum Zweiten müssen wir die Botschaften, die erneut bezüglich der Krankenhäuser vermittelt werden, zurückweisen. Diese sind deprimierend und aus meiner Sicht auch diffamierend. Wir haben das bei Karl Lauterbach erlebt, der ständig die Qualität der Krankenhäuser schlecht geredet hat, um damit seine Krankenhausreform zu begründen – und wir erleben nun wieder Ähnliches. Die Krankenhäuser werden nun als Kostentreiber im Gesundheitssystem diffamiert, um die massiven Kürzungen bei den Kliniken zu rechtfertigen. Kostentreiber – dieser Begriff taucht immer wieder auf, aber er ist falsch. Im Gegenteil: Die Krankenhäuser haben sogar zur Stabilisierung der GKV beigetragen, denn der Anteil der Kliniken an den Ausgaben ist seit dem Jahr 2010 gesunken: Damals betrug der Ausgabenanteil der Krankenhäuser noch 36 % an den Gesamtausgaben. Im Jahr 25 waren es 33 %. Das bedeutet: Der Ausgabenanteil der Kliniken ist gesunken.

Außerdem werden einfach Kürzungen geplant, ohne den Krankenhäusern die Chance zu geben, auch selbst mit Kostensenkung zu reagieren. Es wird einfach verkündet: Ihr bekommt weniger Geld, seht zu, wie ihr damit zurechtkommt. Gleichzeitig werden alle Standards, alle Anforderungen mit allen damit verbundenen bürokratischen Aufwänden auf dem bisherigen Niveau belassen. Das ist keine Reform. Das ist eine reine Kürzungspolitik, die überhaupt nicht in den Blick nimmt, wie desaströs die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist.

Die Ausgaben der Kassen sollen sich künftig an den Einnahmen orientieren. Das klingt nach Gesundheitsversorgung nach Kassenlage. Welche Auswirkungen erwarten Sie für die stationäre Versorgung?

Zunächst einmal ist schon die Begründung äußerst fragwürdig, mit der die Politik dieses aktuelle sogenannte GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz in der Öffentlichkeit rechtfertigt. Die Bundesregierung drückt sich vor der eigenen Verantwortung für die „Kassenlage“ der GKV: Es wird so getan, als könnten wir uns das Gesundheitswesen und das Ausgabenniveau, das wir heute haben, nicht leisten. Das ist falsch. Wenn der Bund die versicherungsfremden Leistungen übernehmen würde, statt sie den GKV-Beitragszahlern aufzuladen, dann hätte die GKV überhaupt kein Einnahmenproblem. Wir reden hier nach einem IGES-Gutachten über 40 bis 60 Mrd. €, es geht nicht nur um die 12 Mrd. € für die Bürgergeldempfänger.

Die Bundesregierung versäumt es zudem, in Deutschland für Wirtschaftswachstum zu sorgen. Unsere Wirtschaft stagniert seit Jahren, und das bleibt nicht ohne Folgen für unser Sozialsystem. Hätten wir ein Wirtschaftswachstum, das dem EU-Durchschnitt entspräche, dann lägen die Einnahmen um 30 Mrd. € höher.

Und wenn die Regierung ihren eigenen Anspruch erfüllt hätte, Bürokratie deutlich abzubauen, statt immer neue bürokratische Pflichten zu schaffen, könnten wir die Patienten deutlich effizienter und günstiger versorgen. Die Politik hat hier versagt.

Wird dies Auswirkungen auf die Krankenhausreform in Bezug auf die Reformziele haben?

Das wird für die Krankenhäuser brutale Auswirkungen haben. Hier werden Erlöse der Krankenhäuser gekürzt, ohne gleichzeitig auf der Kostenseite zu reagieren. Die Autoren des Rating Reports haben prognostiziert, dass wir eine durchschnittliche Umsatzrendite von minus 6 % haben werden, flächendeckend, das heißt, die Branche ist gar nicht überlebensfähig. Von Krankenhäusern wird bei einer negativen Umsatzrendite erwartet, dass sie Geld mitbringen, um die Patientenversorgung der GKV sicherzustellen.

Das heißt, wir werden einen massiven kalten Strukturwandel erleben, es sei denn, die Kommunen und die Länder würden mit Nothilfeprogrammen diese Defizite irgendwie auffangen. Ich kann nicht erkennen, dass die Kommunen und die Länder dazu in der Lage und bereit wären.

All das wird deutliche Auswirkungen auf die Ziele der Reform haben. Wir haben schon in den letzten Jahren vor einem kalten Strukturwandel gewarnt, ausgelöst durch die Auswirkungen der Coronapandemie und des Ukraine-Kriegs. Dort hatten wir ein Auseinanderlaufen zwischen den Kosten und den Erlösen der Krankenhäuser. Die Politik reagierte mit ein paar Änderungen im Bereich der Finanzierung, zuletzt jetzt mit dem Rechnungsaufschlag, der den Krankenhäusern ein Stück weit geholfen hat, diese Lücke zu schließen.

Mit der Krankenhausreform soll eine planvolle Transformation der Krankenhauslandschaft gelingen – hin zu mehr Spezialisierung, weniger Standorten, bei gleichzeitiger Sicherung der flächendeckenden Versorgung. Wir waren auf einem guten Weg. Und nun dieser Nackenschlag für die Krankenhäuser. Der Rechnungszuschlag läuft aus. Das sind 4 Mrd. €, die wegfallen. Dazu kommen knapp 5 Mrd. € Kürzung im Jahr 2027 für die Kliniken. Das hält die Krankenhauslandschaft nicht aus. Eine planvolle Transformation wird durch den kalten Strukturwandel konterkariert. Viele Standorte, die die Länder umgestalten wollen, werden lange vor dem Ende dieses Transformationsprozesses verschwinden.

Wir brauchen eine Veränderung der Krankenhauslandschaft. Aber wir müssen diese Veränderung behutsam und intelligent steuern. Die Bundesregierung schafft dafür nicht die Rahmenbedingungen. Das ist bitter für die Krankenhäuser, aber auch und vor allem für die Bürgerinnen und Bürger. So werden Patienten nicht nur längere Wege in die Kliniken bewältigen, sondern sie werden sich auch auf lange Wartezeiten beispielsweise für planbare Operationen einstellen müssen.

Das Pflegebudget soll gedeckelt, Tariflohnsteigerungen sollen nicht mehr gegenfinanziert werden. Welche Folgen wird dies haben?

Man muss sich wirklich fragen: Was ist da eigentlich passiert? Zunächst hat die Politik – Jens Spahn und Karl Lauterbach als Bundesgesundheitsminister waren hier die Akteure – gegen unseren ausdrücklichen Rat dieses Pflegebudget beschlossen. Infolgedessen beschäftigen die Krankenhäuser heute deutlich mehr



Pflegekräfte: Das ist ein positiver Effekt. Die Pflegekräfte haben heute eine deutlich höhere Vergütung, und Pflege ist mittlerweile der bestbezahlte Ausbildungsberuf. Das ist ein echter Erfolg.

Nun will man diese Entwicklung sozusagen dämpfen. Uns ist klar, dass das Selbstkostendeckungsprinzip nicht unbegrenzt aufrechterhalten werden kann. Insofern haben wir Vorschläge gemacht, wie die weitere Entwicklung des Pflegebudgets und damit verbundene Ausgaben gestaltet und eingedämmt werden könnten, ohne dass es zu einem abrupten Abbruch kommt, der dann zulasten der Pflegekräfte geht.

Jetzt soll von einem Tag auf den anderen das Ende der Selbstkostendeckungen kommen. Vom nächsten Jahr an sollen die Tarifsteigerungen nicht mehr vollständig refinanziert werden. Wir müssen sogar davon ausgehen, dass wir ein Teil des Geldes, mit dem die Krankenhäuser bereits geplant und Personal eingestellt haben, zurückzahlen müssen. Die Geschäftsführungen müssen nun im Bereich der Pflege eine Rolle rückwärts machen und Pflegekräfte aus dem Stellenplan 2027 nehmen, wenn sie damit rechnen müssen, die tariflichen Steigerungen nicht mehr finanzieren zu können. Sollen die Kliniken jetzt die Tarifsteigerungen aus den Fallpauschalen finanzieren? Da sind die Kosten für das Pflegepersonal nicht mehr enthalten.

Wo sehen Sie, wo sehen die Kliniken Einsparpotenzial?

Wir haben Vorschläge gemacht, die sich auf das Pflegebudget beziehen. Das Pflegebudget muss reformiert werden, und die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung muss gebremst werden. Beides darf aber nicht ungebremst zulasten der Pflegenden und der Patienten geschehen. Wir müssen das Pflegebudget mit Augenmaß weiterentwickeln.

Wir können uns vorstellen, dass die Selbstkostendeckung mit einer unbegrenzten Finanzierungszusage nach oben beendet wird. In einer Phase der Konsolidierung des aktuellen Pflegepersonalstands in den Häusern könnte in Ruhe ein und Konzept entwickelt werden, wie es weitergehen soll mit der Finanzierung des Pflegepersonals. Soll es bei hausindividuellen Budgets bleiben oder sollen die Pflegebudgets möglicherweise zurückgegliedert werden in die Fallpauschalen?

Ziel muss eine bedarfsgerechte, transparente und praktikable Finanzierung sein, die sowohl die Pflege stärkt als auch die Transformation der Krankenhauslandschaft unterstützt – ohne zusätzliche Bürokratie und ohne politische Symbolmaßnahmen. Die Krankenhäuser stehen vor einem großen und schwierigen Prozess: Einige Krankenhäuser werden wachsen und mehr Leistungen anbieten, andere werden sich verkleinern müssen. In dieser Phase müssen die Häuser ihren Pflegepersonalbestand konsolidieren und anpassen können. Wir können uns da beispielsweise eine Deckelung des Pflegebudgets vorstellen, die unbegrenzte Zuwächse verhindert. In dieser Phase müssen der Personalbestand und die Tarifsteigerungen finanziert werden.

Wir können uns auch vorstellen, beim Anstieg der Landesbasisfallwerte und der Psychiatrie-Entgelte unseren Beitrag zu leisten. Die Politik proklamiert einkommenorientierte Ausgabenpolitik. Für die Kliniken bedeutet das, dass die Erlöse der

Krankenhäuser nicht stärker steigen sollen als die Einnahmementwicklung der Krankenkassen. Damit könnten wir in den nächsten Jahren zurechtkommen, wenn man den Krankenhäusern gleichzeitig die Chance gibt, die Ausgabenseite anzupassen. Dafür brauchen wir Gestaltungsspielraum.

Das bedeutet, dass Bürokratie abgebaut wird, dass Standards zurückgenommen werden, dass zum Beispiel die Pflegepersonaluntergrenzen und die PPP-RL zunächst ausgesetzt werden. Die Kliniken brauchen jetzt eine Atempause, in der diese Standards auch auf den Prüfstand gestellt werden: Was hat sich bewährt und was nicht? Denn diese Standards haben die Versorgung enorm teuer und unproduktiv gemacht. Wir müssen mehr Personal beschäftigen, um die gleiche Patientenzahl zu behandeln. Das ist ein fatales Signal in einer Zeit, in der es darum geht, Ausgaben zu dämpfen.

Auch ein Gesetz zur Notfallreform ist auf den Weg gebracht. Wie ist der Entwurf aus Sicht der Krankenhäuser zu bewerten? Anlässlich des Kabinettsbeschlusses zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung haben Sie von „Versprechungen der Politik zulasten Dritter“ gesprochen.

Wir dürfen nicht vergessen: Bei der Reform geht es nicht um die stationäre Notfallversorgung, die die Krankenhäuser im Rahmen des Versorgungsauftrags selbstverständlich zu leisten haben. Es geht um ambulante Notfallversorgung, und die Verantwortung dafür liegt bei den kassenärztlichen Vereinigungen, bei den niedergelassenen Ärzten. Die Krankenhäuser tragen aber quasi als Ausfallbürge seit vielen Jahren diese ambulante Notfallversorgung mit. Es sind rund 13 Millionen ambulante Notfallpatienten pro Jahr, die die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, weil sie offensichtlich im niedergelassenen Bereich keine adäquate Versorgung finden. Die Notfallreform soll nun die Patientensteuerung über eine zentrale Leitstelle gewährleisten und darüber hinaus ein nachgelagertes Versorgungsangebot an Krankenhäusern schaffen: die sogenannten integrierten Notfallzentren. Hier kommen dann die Krankenhäuser ins Spiel. Sie sollen in der ambulanten Notfallversorgung Aufgaben übernehmen, die uns der Gesetzgeber an dieser Stelle überträgt. Die Krankenhäuser sollen diese INZ aufbauen. Gleichzeitig werden Vorgaben gemacht, was dort geleistet, welches Personal vorgehalten werden muss und vieles mehr. Das alles wird den Krankenhäusern viel abverlangen, auch finanziell. Gleichzeitig soll die Versorgung genauso wie bisher finanziert werden. Das bedeutet: Es kommt ein Patient in ein solches INZ, wird dort ambulant abgeklärt und ohne weitere Behandlung nach Hause geschickt, bekommt das Krankenhaus 10 € dafür. Selbst, wenn der Patient dann in einem INZ ambulant behandelt wird, sind dafür nur um die 50 € vorgesehen. Das ist lächerlich. Damit kann man die Kosten nicht refinanzieren.

Wird das Konzept der INZ funktionieren? Werden die Kliniken sich mit eigenen Ressourcen INZ aufbauen können?

Wir sagen: Wer bestellt, der muss auch bezahlen. Wenn die Politik will, dass die Krankenhäuser regelhaft Aufgaben in der ambu-

lanten Notfallversorgung übernehmen, und der Gesetzgeber dafür auch noch die Standards festlegt, dann muss die Politik auch klar sagen, dass die GKV das eins zu eins bezahlt. Wir können hier keine Quersubventionierung der ambulanten Notfallversorgung leisten. Die geplante Notfallreform ist ein Gesetz zulasten Dritter, zulasten der Krankenhäuser. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die Krankenhäuser unter diesen Bedingungen INZ aufbauen.

Die Stimmung in der Krankenhausbranche scheint einen Tiefpunkt erreicht zu haben. Die DKG hat nicht an der Verbändeanhörung zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz teilgenommen, der traditionelle DKG-Sommerempfang fällt aus. Ist das ein Bruch mit der Bundespolitik, wie tief ist der Graben, der sich auftut?

Ich erlebe viele Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, die fassungslos sind: Wir haben über Jahre eine große Krankenhausreform diskutiert. Jetzt ist sie auf den Weg gebracht, und wir haben an vielen Stellen Bereitschaft zur Veränderung gezeigt. Ich selbst habe gesagt, dass wir auf mehrere 100 Krankenhausstandorte verzichten können – in einem planvollen Veränderungsprozess. Diese Aussage zeigt unsere konstruktive Haltung genauso wie unsere Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Beiträge. Doch unsere Vorschläge werden nicht gehört, es gibt bisher keinen Austausch dazu. Die Politik entscheidet über unsere Köpfe hinweg und erwartet, dass die Krankenhäuser das alles irgendwie hinnehmen. Das geht nicht: Wir reden nicht über Gewinnmargen mit 15 oder 20 % Umsatzrendite wie in der Pharmaindustrie, wo 2 % Kürzungen nicht existenziell sind. Bei den Krankenhäusern geht es ums nackte Überleben. Man hat sich angestrengt, gerade auch im vergangenen Jahr, selbst zu konsolidieren. Wir sehen an den Bilanzen der Krankenhäuser, dass es Fortschritte gegeben hat, die auch zu einer gewissen finanziellen Entlastung geführt haben. Wir haben weitgehend unseren Frieden gemacht mit der Krankenhausreform. Und dann kommt dieser Schlag ins Kontor. Jetzt sollen die Kliniken weitere 5 Mrd. € Kürzungen hinnehmen. Das ist kein Umgang, die Krankenhäuser werden das nicht stillschweigend hinnehmen.

Es liegt in unserer gesellschaftlichen Verantwortung, zu verhindern, dass bedarfsnotwendige Versorgungsangebote einfach wegbrechen. Das wäre irreversibel: Strukturen, die einmal verschwunden sind, sind nicht einfach wieder aufzubauen. Wir müssen der Politik klar vor Augen führen, was passiert, wenn alles so umgesetzt wird, wie man sich das vorgenommen hat. Wir wollen auch die Öffentlichkeit aufrütteln, dass man hier in eine falsche Richtung unterwegs ist. Wir verschließen uns weder einer Krankenhausreform, die die Strukturen verändert, noch verschließen wir uns einer Finanzierungsreform, die dazu führt, dass die Kosten in der Patientenversorgung sinken. Aber wir müssen auch miteinander über die geeigneten Maßnahmen sprechen. Es ist kein Bruch mit der Politik. Es ist unsere Aufgabe, der Politik klar vor Augen zu führen, um was es geht. Der traditionelle Sommerempfang fällt aus, weil wir nichts zu feiern haben. Ein Empfang soll ja ein freudiges Ereignis sein, sonst macht er wenig Sinn. Wir werden die finanziellen Mittel dazu nutzen, unsere Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf dieses GKV-Kürzungsgesetz noch einmal zu intensivieren.

Nach einem Jahr der aktuellen Regierung: Wie ist Ihre Bilanz in Bezug auf die Gesundheitspolitik?

Das war aus Sicht der Krankenhäuser ein wirklich schwieriges Jahr. Es hat hoffnungsvoll begonnen mit einem Koalitionsvertrag, in dem die Regierungsparteien erklärt haben, sich der Situation der Krankenhäuser bewusst zu sein und einen Inflationsausgleich für die Krisenjahre zu gewähren.

Und dann hat man mit zwei Sparpaketen – erst 1,8 Mrd. €, jetzt die knapp 5 Mrd. € – alles vom Tisch gewischt. Das ist ein harter Schlag und eine schmerzhaft Desillusionierung. Das macht das erste Jahr der Koalition für uns absolut unbefriedigend, ja desaströs. Die Gesundheitspolitik im Bund macht einen Schritt nach vorne und zwei Schritte zurück. Wir brauchen aber Verlässlichkeit, Planungssicherheit und Gestaltungsspielraum, um die Versorgung zukunftssicher zu machen.

Das Gespräch führte Katrin Rüter, Chefredakteurin „das Krankenhaus“

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechterspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein. Daher bitten wir Sie, die „klassische“ Schreibweise in unserer Zeitschrift als eine Entscheidung im Sinne einer besseren Lesbarkeit und klareren Information zu sehen.