



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **17. Sitzung (öffentlich)**

22. März 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

9:30 Uhr bis 11:20 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

### **Verhandlungspunkt:**

**Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen – Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!**

**3**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 18/1686

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

\* \* \*



**Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen – Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 18/1686

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Schönen guten Morgen! Ich begrüße alle Ausschussmitglieder sehr herzlich zu unserer 17. Sitzung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die sonstigen Zuschauerinnen und Zuschauer, die Sitzungsdocumentation und ganz besonders die Damen und Herren, die wir als Sachverständige heute anhören werden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

In Vertretung von unserem Ausschussvorsitzenden Josef Neumann leite ich heute stellvertretend die Sitzung.

Die Einladung zur heutigen Sitzung ist Ihnen mit der Nummer E 18/268 bekannt gegeben worden.

Damit eröffne ich die Anhörung zu dem Antrag der Fraktion der SPD „Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen – Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!“, Drucksache 18/1686.

Der Antrag wurde durch das Plenum am 23. November 2022 zur Federführung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Familien, Kinder und Jugend überwiesen.

An dieser Stelle begrüße ich nochmals die anwesenden Sachverständigen sowie diejenigen, die online dazugeschaltet sind, außerdem die Ausschussmitglieder. Vorab möchte ich darauf hinweisen, dass wir die eingegangenen Stellungnahmen – für diese bedanke ich mich nochmals im Namen des gesamten Ausschusses – gelesen und somit zur Kenntnis genommen haben.

Ich weise darauf hin, dass während der Anhörung Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen sind.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich noch folgende Hinweise: Ein mündliches Statement der Sachverständigen ist heute nicht vorgesehen; schließlich haben wir Ihre Stellungnahmen gelesen. Vielmehr haben jetzt die Abgeordneten der einzelnen Fraktionen die Möglichkeit, ihre Fragen direkt an Sie zu richten. Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen, den jeweiligen Sachverständigen bzw. die jeweilige Sachverständige direkt zu benennen und in der ersten Fragerunde maximal drei Fragen zu stellen. Wir haben heute die Möglichkeit, bis zu drei Fragerunden zu eröffnen.

Jetzt rufe ich die erste Fragerunde auf. – Bitte, Frau Weng.

**Christina Weng (SPD):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Einen guten Morgen in die Runde! Vonseiten der SPD-Fraktion begrüße ich die Sachverständigen, die sich hierher auf den Weg gemacht haben. Vielen Dank auch für die Stellungnahmen. Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mit einer kurzen Bewertung der Stellungnahmen starten. Wir sehen ganz deutlich, dass der Bedarf von niemandem infrage gestellt wird und dass wir aufgrund der Komplexität der Finanzströme – es handelt sich schließlich um mindestens vier Sozialgesetzbücher – heute versuchen sollten, zu klären, wie wir diesen und auch weitere Bedarfe decken können. Denn ich denke, uns allen ist die Tatsache bewusst, dass das Phänomen der familiären Belastung, der Belastung von erwerbstätigen Eltern und auch der von Eltern, die betroffene Geschwisterkinder haben, ein deutlich wachsendes Phänomen ist. Wir wissen das schon aus der Zeit vor Corona, aber Corona hat es noch einmal verschärft, und die Bedarfe werden meiner Meinung nach auch weiter steigen. Daher möchte ich meine Fragen an die Vertreterinnen und Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege, des Verbandes der Ersatzkassen, der Lebenshilfe, der Deutschen Rentenversicherung und des Müttergenesungswerks richten.

Meine erste Frage bezieht sich auf den Bedarf und die Herkunft der Mittel aus den jeweiligen Sozialgesetzbüchern. Es gibt die Bundesebene. Wir sind hier die Landespolitik und beschäftigen uns mit der Frage, wie über die Verhandlungen, in denen die Kostenträger ganz stark sind, ein Bedarf anerkannt wird. Der Einwurf des Müttergenesungswerks ist, dass die Verhandlungen nicht auf Augenhöhe stattfinden und dass dort kein Gleichgewicht herrscht. Außerdem geht es um die Herkunft über die Rentenversicherungsträger und letztendlich die Beachtung der Kinder mit Behinderung in der Familie. Wie können wir uns wirtschaftlich, finanziell und ökonomisch diesem Bedarf nähern und die Angebote trotz der schwierigen finanziellen Situation, die sich in den kommenden Jahren sicherlich nicht verbessern wird, ausbauen? – Vielen Dank.

**Susanne Schneider (FDP):** Herr Vorsitzender! Werte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Sachverständige, ganz herzlichen Dank auch von der FDP-Landtagsfraktion für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute für einen Austausch zur Verfügung stehen.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Bovermann vom Müttergenesungswerk und Andreas Frank von der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie allgemein die wirtschaftliche Lage der Reha-Einrichtungen, abgesehen von der besonderen Situation der Eltern-Kind-Kuren?

Frau Bovermann, wie hat sich die Inanspruchnahme von Mutter-Vater-Kind-Kuren infolge der Pandemie entwickelt? Wie bewerten Sie das im Zusammenhang damit, dass es auf der einen Seite lange Wartezeiten für einen Behandlungsplatz gibt, dass auf der anderen Seite die Belegungsquote von 95 % nicht erreicht wird?

Der vdek verweist im Hinblick auf die finanziellen Ausfälle durch Leerstände auf die besondere Organisation der Kurgänger\*innen. Welche Möglichkeiten sehen Sie hier, um mit organisatorischen Veränderungen die Auslastung zu verbessern?

Herr Ruiss, welche Möglichkeiten sehen Sie, um Patientenrechte und insbesondere die Wunsch- und Wahlrechte Ihrer Versicherten bei der Inanspruchnahme von Mutter-Vater-Kind-Kuren zu stärken? – Vielen Dank.

**Dennis Sonne (GRÜNE):** Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch Sie möchte ich herzlich begrüßen und Ihnen für Ihre schriftlichen Stellungnahmen und Ihr heutiges Erscheinen danken.

Herr Totter, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass Menschen mit Behinderung und ihre Familien während der Pandemie besonders belastet waren und nun ganz besonders dringend Rehabilitationsangebote benötigen. Außerdem bemängeln Sie, dass diese Personengruppe bei den Kurangeboten zu wenig Berücksichtigung findet. Meine Frage dahin gehend lautet: Wie müssen Angebote für behinderte Menschen, Familien sowie Eltern mit Behinderung gestaltet sein, damit diese auch in Anspruch genommen werden können? – Danke schön.

**Anke Fuchs-Dreisbach (CDU):** Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr verehrte Sachverständige, vielen Dank auch im Namen der CDU-Fraktion für Ihre Stellungnahmen.

Folgende Fragen habe ich an Herrn Reintjes von der Deutschen Rentenversicherung und Herrn Ruiss vom vdek: Wie unterscheiden sich die Kuren des Müttergenesungswerks von den Kurangeboten der Deutschen Rentenversicherung? Wer entscheidet, in welcher Klinik die Maßnahmen durchgeführt werden?

Meine weiteren Fragen richten sich an Frau Bovermann vom Müttergenesungswerk und Herrn Ruiss: Welchen Einfluss hat die Belegung der Kliniken durch die Krankenkassen selbst? Üben die Krankenkassen Druck bei der Vergütungsverhandlung aus? Haben die Tagessätze allgemeingültigen Charakter? Gelten die Tagessätze also für alle Krankenkassen, und sind diese von allen Krankenkassen als wirtschaftlich anerkannt? Wird die Höhe des Tagessatzes durch die Krankenkassen zur Belegungssteuerung genutzt? – Vielen Dank.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Vielen Dank. – Wir kommen damit zur ersten Antwortrunde, und ich schlage Ihnen vor, da alle Sachverständigen angesprochen worden sind, dass wir zunächst den anwesenden Sachverständigen und anschließend Frau Bovermann das Wort erteilen. Damit haben Sie als Erster das Wort, Herr Ruiss.

**Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen):** Vielen Dank. – Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen.

Ich beginne mit der Frage von Frau Weng zum Bedarf. Ich möchte das unterscheiden. Beim Bedarf – so habe ich auch Ihre Frage verstanden, Frau Weng – müssen wir zum einen schauen, wie hoch der Bedarf der Inanspruchnahme der Versicherten ist, die solch eine Kurmaßnahme wünschen. Ich denke, es ist völlig unstrittig, dass dieser Bedarf hoch ist, und das zeigen auch die eigenen Auswertungen der Träger und die Anträge, die bei den Krankenkassen eingehen. Und ich vermute, ohne dass wir das über

alle Einrichtungen und alle Krankenkassen hinweg sortieren können, dass es zwischen dem handfesten stationären Angebot, das man an Plätzen festmachen könnte, wenn man über alle Einrichtungen hinweggeht, und den Anträgen eine Diskrepanz gibt; das ist allerdings in vielen Bereichen so. Die Kunst ist, den Bedarf der Versicherten zeitnah zu steuern, und es geht um das Angebot an Einrichtungen, auf das wir keinen Einfluss haben. Ich denke, das muss man als Grundthese feststellen. Schließlich betreiben wir als Krankenkassen keine Einrichtungen. Das ist letztendlich ein freier Markt, und wir können auch keine Einrichtungen aufbauen. Insofern ist es politisch durchaus eine interessante Frage, ob man hier über andere Anreize Einrichtungen an den Markt bringt.

Bei der Frage der Unterscheidung des Bedarfs möchte ich etwas zum Finanzbedarf sagen. Wir bewegen uns – das sollte unstrittig sein – in einem rechtlich regulierten Raum, und die Tagessätze, also die Vergütungen, die wir als Kostenträger mit den Einrichtungen verhandeln und vereinbaren, sind reguliert. Da gibt es entsprechende Änderungen aus der Vergangenheit, auch durch das IPReG, in dem neue Kostenparameter berücksichtigt werden, und es ist Aufgabe der Selbstverwaltung, die Tagessätze zu verhandeln und festzulegen. Das sieht das Sozialgesetzbuch so vor. Das machen wir – nicht immer störungsfrei, aber auch das ist nichts Neues, und dementsprechend gibt es auch hier für die Vergütungsverhandlungen entsprechende Regulierungsmechanismen. Wir haben in den letzten Jahren – ich glaube, das kann ich so sagen – mit den Einrichtungen immer wieder Lösungen gefunden. Jetzt sind wir aufgrund der gestiegenen Energiepreise, Lebensmittelpreise etc. infolge des Ukrainekriegs in einer neuen, besonderen Situation, und diese ist in den Verhandlungen zu berücksichtigen. Das tun wir auch – wir sind mitten in Gesprächen –, und dementsprechend ist der Finanzbedarf über die Vergütungssätze ein Punkt, den wir im Rahmen der Selbstverwaltung aushandeln, und hier müssen wir beidseitig zu Kompromissen und Ergebnissen kommen.

Wenn sich darüber hinaus Finanzbedarf aufgrund der Situation der Häuser im Rahmen einer gesamtwirtschaftlichen Betrachtung ergibt, über die wir keine Erkenntnisse haben – wir sind ja kein Träger –, dann finde ich es mehr als legitim, dass man das politisch diskutiert und, sofern es Mehrheiten gibt, auch politisch entscheidet an der Stelle.

Frau Schneider, zu den Wunsch- und Wahlrechten. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ein hohes Gut, das ich auch beidseitig gewährleistet sehe. Ich kann nicht erkennen, dass es zu Einschränkungen des Wunsch- und Wahlrechtes kommt. In der Regel werden Anträge der Betroffenen von Beratungsstellen oder ärztlicher Beratung sozusagen an die Krankenkasse gerichtet, und die Krankenkassen prüfen und genehmigen diese Anträge. Daher ist das Wunsch- und Wahlrecht meiner Meinung nach absolut gewährleistet. Ich kann, wie gesagt, nicht erkennen, dass das jemand einschränken will. Wir werden das definitiv wollen, und das macht auch kein anderer. Insofern ist es ein hohes Gut, das es zu bewahren gilt und das auch in der Praxis gelebt wird.

Frau Fuchs-Dreisbach, Sie fragten nach Unterschieden bei Maßnahmen einerseits der Rentenversicherung und andererseits der GKV. Dazu möchte ich gleich an Herrn Kantus, meinen Fachkollegen, übergeben, der das besser erläutern kann.

Des Weiteren fragten Sie, Frau Fuchs-Dreisbach, ob die Krankenkassen bei Vergütungsverhandlungen Druck ausüben und ob die Höhe zur Belegungssteuerung genutzt wird. Ich möchte das ganz offen beantworten: Natürlich gibt es keinen Druck in Verhandlungen. Wo soll der auch herkommen? Wir sind als Selbstverwalter aufgefordert, gemeinsam diese Tagessätze zu vereinbaren. Dazu finden Gespräche statt. Dazu werden entsprechende Kalkulationen ausgetauscht und vorgenommen. Es ist mitnichten so, dass wir als Krankenkassen – das ist ein vermeintlicher Vorwurf, der sich an der einen oder anderen Stelle hier, wie ich finde, leider auch wiederfindet – in bestimmten Situationen Druck ausüben. Das entspricht nicht den Tatsachen, und das entspricht auch nicht unserem Anliegen, hier mit den Einrichtungen zu Vergütungssätzen zu kommen, die zum einen den Finanzbedarf decken, zum anderen unsere Zwänge in der Vergütungsfrage aufgreifen. Wir vereinbaren Vergütungssätze schließlich nicht ohne einen Rechtsrahmen, sondern sind gehalten, die entsprechenden Regularien des SGB V aufzugreifen. Daher sind das Gespräche und Vereinbarungen auf Augenhöhe. Im Übrigen, um das auch mal in der Praxis deutlich zu machen, vereinbaren wir die letzten Monate Vergütungssätze mit den Einrichtungen, auch hier in NRW. Insofern muss ich von mir weisen, dass wir hier in irgendeiner Form auf unterschiedlicher Augenhöhe oder mit ungleich langen Spießern verhandeln würden. Das entspricht nicht den Tatsachen.

Zur Frage der Auskömmlichkeit. Jegliche Vergütungsverhandlungen mit der Kalkulation der entsprechenden Kostenparameter sind auch Kompromisse; das ist völlig selbstredend. Wir arbeiten ja nicht nach dem Selbstkostendeckungsprinzip und stellen auch keinen Blankoscheck aus. Das ist nicht der Ansatz, und das kann von uns auch gar nicht erwartet werden. Das wäre auch mit dem Rechtsrahmen überhaupt nicht vereinbar. Daher tun wir das – das zeigen auch die aktuellen Beispiele wie Tariflohnberücksichtigung und Inflationsberücksichtigung –, was von uns erwartet wird – und das tun wir auch gerne –, dass wir nämlich diese Parameter berücksichtigen, und das schlägt sich auch in den akut vereinbarten Vergütungssätzen, die wir zum Teil schon mit den Einrichtungen haben, nieder. Daher gilt hier schon der Grundsatz, dass ein gemeinsam verhandelter Preis auch auskömmlich ist. Das ist nicht nur eine rechtliche Auffassung, sondern auch eine Auffassung der Selbstverwaltungslogik.

Nun möchte ich an meinen Kollegen Kantus abgeben.

**Martin Kantus (Verband der Ersatzkassen):** Auch ich danke für die Einladung. – Was die Unterschiede bei den Angeboten der Deutschen Rentenversicherung und der GKV angeht, so möchte ich mir am langen Ende die Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung zu eigen machen. In der Tat belegt die Deutsche Rentenversicherung auch nach unserer Wahrnehmung, also GKV, keine Einrichtungen des MGW, weil schlicht und ergreifend die Rechtskreise anders sind. Das heißt, unser Rechtskreis – Herr Ruiss hat es gerade gesagt – ist das SGB V, die Deutsche Rentenversicherung bewegt sich im Rechtskreis des SGB VI, und dabei muss oder soll es sich um erwerbstätige Personen handeln, die Kur- und Rehamaßnahmen in Anspruch nehmen können.

Es gibt in Nordrhein-Westfalen zwei, drei Einrichtungen, die sich speziell um eine Klientel kümmern. Das ist die sogenannte familienorientierte Rehabilitation, und die ist auf besondere Leistungen und Indikationen – führend ist die onkologische Rehabilitation – spezialisiert. Diese speziellen Einrichtungen – ich wiederhole mich jetzt – bewegen sich aber in einem anderen Rechtskreis.

**Andreas Frank (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung heute. – Frau Weng, ich kann bestätigen, wir haben einen hohen Bedarf an stationärer Vorsorge, aber auch an Rehabilitation, insbesondere für Familien, für Menschen, die in Erziehungs- oder Pflegeverantwortung stehen, so wie in dem SPD-Antrag auch beschrieben. Familie ist aber nicht gleich Familie, und zu meinem Bedauern muss ich als Klinikträger sagen, dass man in Gesprächen mit Kostenträgern häufig hört: Als Vorsorgeeinrichtung, als Kureinrichtung macht ihr doch alle das Identische.

Das ist nicht der Fall. Die Menschen bringen unterschiedliche Voraussetzungen und auch Herausforderungen mit, die im Alltag zu stemmen sind. Heute ist mit Herrn Totter auch die Lebenshilfe vertreten, der nicht zu Unrecht sagt, wir müssen auch Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Menschen in der stationären Vorsorge besser erreichen. Das ist im Moment nicht der Fall. Wir müssen auch Menschen mit Adipositas sowohl im Kinder- als auch im Erwachsenenalter erreichen. Auch das ist heute im stationären Vorsorgebereich wenig der Fall. All das stellt uns vor Herausforderungen, die die Freie Wohlfahrt vor Herausforderungen, auch entsprechende Immobilien bereitzustellen. Jemand, der adipös ist, braucht eine entsprechende Bewegungsfreiheit an seinem Pflegebett, im Zimmer, einen entsprechenden Toilettenaufsatz etc. Das ist mit erheblichen Investitionen verbunden.

Diese Investitionen sind wir den Menschen allerdings auch schuldig. Wir schaffen es heute im stationären Bereich aufgrund einer Unterfinanzierung, auf die ich gleich noch zu sprechen komme, nicht, diesen erheblichen Investitionsstau abzubauen. Familien zu erreichen, heißt also, unterschiedliche Therapiekonzepte für Familien mit ihren besonderen Bedarfen vorzuhalten.

Ich rede auch gerne von den Menschen in der Hochaltrigkeit und von den pflegenden Angehörigen. Wir haben als Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen als Kur und Erholung zwei Vorsorgeeinrichtungen für pflegende Angehörige, eine solitär nur für Pflegende. Die kommen alleine zu uns, unterschiedlichster Lebensaltersstufen. Die Jüngsten, die wir erreichen, die in Berufsverantwortung sind, die familiär gebunden sind und Pflegeverantwortung haben, sind 24 Jahre alt.

Wir haben eine zweite Klinik für Menschen mit Demenz in Begleitung der pflegenden Angehörigen. Das ist eine besondere Herausforderung.

Diese beiden Einrichtungen sind zu meinem Leidwesen in der vdek-Stellungnahme gar nicht beschrieben. Die sind am Markt gar nicht vorhanden. Und das ist leider nicht nur in diesem Fall ein Lapsus, ein Versehen. Aber selbst bei den Kostenträgern, bei den Strukturen sind die Angebote häufig noch unzureichend bekannt. Alles, was ein Alleinstellungsmerkmal ist – leider ist es ein Alleinstellungsmerkmal; deutschlandweit



gibt es nur diese beiden Vorsorgekliniken –, ist erst einmal schwer zu bewerben, auch bei den Sachbearbeitern der Krankenkassen.

Ich war ein wenig irritiert, um nicht zu sagen: angefasst, dass in einer Stellungnahme die Bettenanzahl für Mütter, Väter und Kinder aufgeführt ist, aber unsere Plätze – das Landhaus „Fernblick“ ist seit fünf Jahren am Markt, das Gesundheitszentrum „Altastenberg“ seit einem Jahr am Markt – werden gar nicht erwähnt. Stattdessen wird über Rehabilitation gesprochen. Da gibt es zehn Kliniken in NRW. Da sind keine Plätze genannt. Das hat auch seinen Grund. Über das Land NRW haben wir in den letzten dreieinhalb Jahren im Rahmen des Landesförderprogramms „Zeit und Erholung für mich – Kurberatung für pflegende Angehörige“ Projekte zusammen mit der Caritas gesteuert, aber auch mit der Freien Wohlfahrt, um Qualitätskriterien und Vorsorgekonzepte für Menschen in Pflegeverantwortung zu entwickeln.

Wir wissen heute, dass es viel zu wenige Angebote gibt, und das nicht allein vor dem Hintergrund, dass die Finanzierung nicht auskömmlich ist. Wie sind die Kriterien aufgestellt? Wie wird die Investition in Infrastruktur finanziert? Die Krankenkassen sprechen von einer monetären Finanzierung. Aber in Tagessatzverhandlungen bekomme ich weder für das adipöse Kind noch für pflegebedürftigen Partner Umbaumaßnahmen ausreichend finanziert. Denn es heißt ja immer, dass wir auf gesetzlicher Ebene nach § 111a alle dasselbe machen; wir machen Kuren.

Wir sind aber ernstzunehmende medizinisch-therapeutische Angebote. Dieser Charakter hat sich in den letzten 20, 30 Jahren entwickelt. Wir haben heute Therapieangebote mit Therapiesträngen von 30, 40 bis zu 60 Maßnahmen in einem Therapieblock, individuell ausgerichtet und konzeptionell wertvoll, immer mit dem Ziel verbunden, Drehtüreffekte zu vermeiden, Gesundheit entstehen zu lassen und Krankheit nicht zu fördern. Das ist doch auf Landes- und Bundesebene der unbedingte Ansatz, tatsächlich zu sagen: Prävention vor Reha und Reha vor Pflege. – Es geht doch darum, Geld zu investieren, damit die Träger in der Lage sind – und wir arbeiten non-profit, wir sind nicht gewinnorientiert, wir zielen nicht auf eine Rendite ab –, nachgelagerte Kosten zu vermeiden.

Ja, Herr Totter, sehr gerne würden wir Ihnen diese Angebote für Menschen mit Behinderung und pflegende Angehörigen machen. Tatsache ist, ich fahre morgen an die Ostsee nach Großenbrode und schließe eine Klinik mit 100 Betten für Mutter, Vater, Kind und Kinder, die pflegebedürftig sind. Die Finanzierung ist nicht auskömmlich. In dem Fall verlassen wir die Klinik aufgrund der nicht mehr gegebenen Infrastruktur; dort wird eine Autobahn entlang gebaut. Und das Angebot an einem anderen Standort neu aufzubauen, funktioniert nicht. Denn dies bedeutet auch, eine Barrierefreiheit der Einrichtung vorzuhalten, entsprechend den Brandschutzkonzepten Folge zu leisten, die wir vor 40 Jahren gar nicht kannten, die aber heute die Träger vor massive strukturelle Probleme stellen. Wenn ich all das einhalten will und zur Bank gehe und sage: „Ich brauche für so einen Bau 30 Millionen Euro“, dann wird sie fragen: Und wie finanzierst du das? – Dann werde ich sagen: Über die Tagessätze. Ich bin der Lage, eine Miete zwischen 5 bis 8 Euro pro Quadratmeter zu zahlen. – Dann werde ich direkt zu Alice ins Wunderland geschickt. Es ist nicht machbar.

Es sind nicht die Träger, die ihrer Verantwortung nicht gerecht werden wollen, Angebote zu platzieren. Es sind die Träger, die für ihre Patienten da sein wollen, die ihren Mitarbeiter gerecht werden wollen. Wir sind mit unseren Angeboten am Bedarf orientiert, aber die Umsetzung ist sehr, sehr schwierig.

Eine Wohltat ist – und das ist ganz wichtig für die Zielgruppe der hochbetagten Menschen oder auch pflegenden Angehörigen –, dass wir wissen, dass wir über den Referentenentwurf zur Pflegereform auf die Tonspur bekommen haben, dass wir ab dem 01.07.2024 pflegebedürftige Begleitpersonen im Zuge einer Vorsorgemaßnahme oder auch Rehamaßnahme mitfinanziert bekommen. Das war bislang eine erhebliche Barriere bei der Verwirklichung von Maßnahmen für pflegende Angehörigen. Die wird jetzt aus dem Weg geräumt. Das heißt, wir reden dann über eine Vollfinanzierung des pflegebedürftigen Partners über § 42b SGB XI ab 01.07.2024. Es ist zwar erst ein Gesetzesentwurf, aber es hat sich so weit verdichtet, dass man hier schon über ein Datum redet, wann es umgesetzt werden soll. Das wird mit Sicherheit noch einmal Schwung bekommen, auch wenn es jetzt darum geht, weitere Angebote für pflegebedürftige Menschen und pflegebedürftige Kinder auf den Weg zu bringen.

Frau Schneider, Sie haben eine Frage zur wirtschaftlichen Auskömmlichkeit gestellt. Bis 2019 war es auskömmlich, allerdings auskömmlich mit einer Einschränkung: Wir haben den Investitionsstau gefördert. Das, was mir zur wirtschaftlichen Auskömmlichkeit fehlte, habe ich letzten Endes nicht an Therapie eingespart, und ich habe nicht an Mitarbeitern gespart; denn wir haben auch weiterhin nach Tarif gezahlt. Aber wir haben nicht modernisiert, und wir haben nicht instand gesetzt. Daher tragen wir jetzt eine Blase vor uns her, aber ansonsten war es bei einer Belegungsquote von nahezu 97 % über unsere sieben Kliniken in unterschiedlichen Bundesländern – wie gesagt, für pflegende Angehörige haben wir in NRW zwei – insoweit auskömmlich.

Mit Corona kam ein erheblicher Einbruch. Die Krankenkassen verweisen zu Recht darauf, dass dann über den Zuschuss für Hygieneaufwendungen genauso wie die Ausgleichszahlung für Minderbelegung erheblich in das System finanziert wurde. Aber wir haben auch erhebliche Verluste gemacht.

Natürlich war es eine ganze große Unterstützung, dass die Ausgleichszahlungen gezahlt wurden. Die wurden nicht zu 100 % gezahlt, aber ich hatte den vollen Aufwand. Wir haben die Mitarbeiter nicht nach Hause geschickt oder in Kurzarbeit schicken können, wenn die Klinik aufgrund von vorzeitigen Abreisen, Nichtanreisen, Kurschließungen leer stand. Ebenso mussten die weiteren betrieblichen Aufwendungen für Energie oder Miete weitergezahlt werden. Wenn 50 bis 60 % der Aufwendungen kompensiert werden, bleibt ein Verlust bei den Trägern. Das ist zwangsläufig so.

Wir haben die letzten drei Geschäftsjahre mit einem hohen Defizit im sechsstelligen Bereich je Klinik beendet. Das macht eine erhebliche Summe aus und lässt letzten Ende auch die Frage zu, die wir uns als Arbeiterwohlfahrt stellen: Sind wir systemrelevant? – Denn wir wissen auch, dass an die Vorsorgekliniken im Mutter-Vater-Kind-Bereich – generell an den Vorsorgebereich – ganz zuletzt gedacht wurden. Ich habe Verständnis dafür, dass viele gerettet und unterstützt werden wollten, und nun gilt es, eine Menge abzarbeiten, aber als die Rentenversicherungskliniken bzw. die Reha-Kliniken schon gesichert waren, waren wir noch in der Diskussion und brauchten die

Unterstützung des Muttergenesungswerkes, um darauf hinzuweisen: Uns gibt es auch noch. Wir sind zwar nur knapp 100 Kliniken in Deutschland, aber uns gibt es auch noch.

Wir haben Strukturen gefährdet. Wir haben niemanden motiviert. Wir haben Strukturen nachhaltig gefährdet.

Sind wir systemrelevant? Wenn ich am Ende dieses Tages und vor allem am Ende dieses Jahres aus den Sitzungen gehe, werden wir für uns als Arbeiterwohlfahrt entscheiden: „Wollen wir tatsächlich auch weiterhin Angebote offerieren?“, oder werden wir sagen: „Aufgrund bleibender Unterfinanzierung wird es nicht gehen“? Ich sehe da eine sehr große Finanzierungslücke.

Jetzt, mit Ausklang der Pandemie, haben die Vorsorgekliniken seit Herbst keine Hygieneaufwendungen mehr finanziert bekommen, die Fallzahlen sind gesunken, aber das bedeutet nicht, dass wir keine Abbruchquote haben. Ich habe gerade gesagt, bis 2019 hatten wir über alle Kliniken hinweg eine Belegungsquote von über 97 %. Diese ist runtergebrochen auf jetzt im Schnitt 80 %. Das hat nicht nur mit coronabedingten vorzeitigen Abreisen zu tun, sondern das hat auch damit zu tun, dass gerade jetzt im vierten Quartal 2022/ersten Quartal 2023 viele Infektionskrankheiten nachgeholt werden. Und da wir alle in der Wirklichkeit stehen, wissen wir, ob es Scharlach ist, ob es das RS-Virus ist, ob es andere Infektionskrankheiten sind, dass die Genesung mehr Zeit braucht, und die Kliniken stehen nun einmal vor der Herausforderung, dass sie relativ häufig damit konfrontiert werden: Es tut mir leid, wir können nicht kommen, mein Kind ist krank. – Dann steht das Bett leer. Und dann steht nicht nur das Bett leer, sondern dann steht auch das Appartement leer. Und wenn ich fünf Appartements habe, dann fehlen mir 30.000 €, und das wird nicht finanziert. Das ist die Herausforderung, vor der wir im Moment stehen.

Wenn darauf hingewiesen wird: „Nehmt Abschied von einer Kohortenanreise in der Gruppe, und versucht bitte, den wöchentlichen Rhythmus einzuführen“, dann wird das nicht helfen. Denn zum einen hatten wir vor der Pandemie eine viel höhere Auslastung. Man sieht also, dass es pandemiebedingt ist; ich hoffe, dass es sich ausschleicht. Und zum anderen greift es zu kurz. Ich beziehe mich jetzt mal auf den pflegenden Angehörigen, der mit einer pflegebedürftigen Begleitperson zu einer Vorsorge fährt. Wie soll ich den Menschen anrufen und ihm sagen: „Ich habe überraschend für Sie in zwei Tagen einen Platz“? Das bedeutet, ich brauche die Arzttermine, ich muss Termine umlegen. Und ist ein Mensch, der hochbetagt ist, auch so schnell abreisefertig, dass er diesen Platz annehmen kann? Oder wie sieht es mit jemandem aus, der alleine kommen möchte und seinen Partner in der Kurzzeitpflege anmelden muss? Findet er so schnell einen Platz? Daher greift es zu kurz, zu sagen: Verabschiedet euch von der Gruppenanreise, dann habt ihr mit der Auslastung kein Problem.

Wir werden jetzt mit gestiegenen Lebensmittelkosten konfrontiert. Diese sind im Januar 2023 um 20 % gestiegen. Die Energiekosten sind um 24 % gestiegen. Bei den Löhnen erwarten wir eine Tarifierung bei der Arbeiterwohlfahrt, generell in der Freien Wohlfahrtspflege, von über 8 %. Ich sehe hier eine gewaltige Lücke, weil ich zeitgleich vom Verband der Ersatzkassen die Grundlohnsummensteigerung von 3,45 % angeboten bekomme, von anderen Kassen auch.

Frau Fuchs-Dreisbach, Sie fragten, ob Krankenkassen die Belegungsquote steuern. Da würde ich meinem Vorredner doch ein wenig widersprechen. Ich kann nicht für alle Träger reden, und ich weiß nicht, ob mein Vorredner für alle Kassen reden kann. Aber natürlich ist es so: Wenn ich Tagessätze abschließe, werde ich nicht selten eine Woche, zwei Wochen später von Krankenkassen informiert, die mich anfragen: Das ist ja nur ein Angebot. Wenn wir den vdek-Satz oder den AOK-Satz, den wir erzielt haben, um 5 oder 10 % absenken und ich Ihnen sagen würde, dass Sie dann mein Premiumpartner sind, wäre das für Sie auskömmlich? – Ansonsten wird gesagt: Wenn Sie das nicht machen möchten, müssen Sie das nicht. Die Patienten haben weiterhin ein Wunsch- und Wahlrecht, aber natürlich haben wir auch ein Interesse daran, dass unsere Krankenversicherten erfahren, mit wem wir zusammenarbeiten.

Das ist für mich eine Steuerung der Belegung, und das macht uns extrem schwer zu schaffen.

**Markus Bierei (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Ich kann direkt daran anschließen. Genau so ist es. Es geht sogar so weit, dass Tagessätze abgeschlossen werden und die Krankenkasse zwei Tage später Listen rausgibt und sagt: Wir belegen nur noch die und die Häuser, wenn sie 20 % unter dem Satz liegen. – Und die saßen mit am Tisch. Das ist so, und das macht uns schwer zu schaffen.

Zur Auslastung. Die Anfragen nehmen zu, die Nachfrage ist hoch. Wir haben lange Wartezeiten, und trotzdem haben wir immer wieder große Leerstände. In der letzten Zeit mussten 40 % der Familien coronabedingt abreisen. Das heißt, dafür gibt es ab dem Tag der Abreise null Euro, und das bei vollem Personal und allem, was vorgehalten wird. Wenn man weiß, dass die Tagessätze immer mit einer 95%igen Auslastung kalkuliert werden müssen, dann ist es irgendwann nicht mehr wirtschaftlich. Das ist ein großes Problem, und auch die Höhe der Tagessätze sind ein Grund dafür, dass Angebote bei dieser hohen Nachfrage nicht ausgebaut werden können, weil niemand dieses Risiko tragen kann.

Es wird auch behauptet, dass die Tariflöhne und Energiekosten in den Verhandlungen berücksichtigt werden. Meine Erfahrung ist, dass in den Verhandlungen gesagt wird: Wir glauben nicht, dass die Energiekosten so hoch sind, und wir glauben nicht, dass der Tarifabschluss so hoch sein wird. – Wir müssen aber prospektiv verhandeln und kennen die Tarifforderungen im öffentlichen Dienst, und wenn dann einfach gesagt wird: „Nein, wir glauben nicht, dass da 8, 9 oder 10 % plus abgeschlossen werden“, dann habe ich keinen Einfluss mehr, und das zeigt die Machtverhältnisse in der Selbstverwaltung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

Vielleicht noch ein Hinweis: Mit Einführung der Vollfinanzierung lagen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für den Mutter-Vater-Kind-Bereich bei 409 Millionen €. 2019 lagen die Ausgaben bei 440 Millionen €. Das sind über 20 Jahre 8 % Steigerung. Sie können sich vorstellen, was das im Verhältnis zu den Gesamtausgaben ausmacht. Das ist eine deutliche Reduzierung, und auch da spiegelt sich dieses Machtverhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wider. 2000 kam die Vollfinanzierung. Man ist von einer Steigerung der Ausgaben ausgegangen. Die Ausgaben sind

tatsächlich bis auf 260 Millionen € zurückgegangen, weil die Krankenkassen alles abgelehnt haben, was sie nur ablehnen konnten, ohne auf rechtliche Rahmenbedingungen einzugehen. Das hat dazu geführt, dass 2006 die Pflichtleistung eingeführt werden musste, um diesem ein bisschen entgegenzuwirken. Aber auch das hat nicht gewirkt. Es hat erst gewirkt, als der Haushaltsausschuss den Krankenkassen und dem MDK ein Zeugnis ausgestellt hat, dass Maßnahmen willkürlich abgelehnt werden und es keine einheitlichen Vereinbarungen gibt. Erst auf der Grundlage von einheitlichen Begutachtungsrichtlinien waren die Krankenkassen in der Lage, die Maßnahmen regulär zu bewilligen. Allerdings findet die Bewilligung bis heute nicht gesetzeskonform statt.

Große Krankenkassen lehnen Anträge automatisch ab, ohne dass der MDK einbezogen wird. Der MDK muss eine Stichprobe machen, jeder vierte Fall soll geprüft werden, außerdem jeder Zweifelsfall, obwohl in unseren gemeinsamen Vereinbarungen steht, dass eine angedachte Ablehnung immer ein Zweifelsfall ist. Und trotzdem wird dieser Fall von vielen Krankenkassen dem MDK nicht vorgelegt. Dann kommt es zur Ablehnung.

Jetzt sehen Sie eine belastete Familie, die völlig erschöpft ist. Der Akku ist leer, und sie wissen nicht, was sie machen. Sie haben keine rechtliche Information. Ja, da gibt es eine Widerspruchsbelehrung. Aber wer kennt sich denn damit aus? Wir haben, glaube ich, das komplizierteste Antragsverfahren, das es im Gesundheitswesen gibt, und damit kann man Familien nicht alleinlassen. Dann ist es umso trauriger – denn eigentlich arbeiten wir mit dem gleichen Ziel, Familiengesundheit zu stärken –, dass wir ein gemeinsames Ziel verfolgen. Ich sehe, dass die Krankenkassen – ich kann das nicht verallgemeinern; es gibt viele Krankenkassen, und die Haltungen sind unterschiedlich – eher fiskalische Gedanken als Gesundheitsgedanken verfolgen. Auch wenn eine Mutter eine laufende Maßnahme abbricht, kommt es nicht selten vor, dass diese Mutter die Krankenkasse anruft und fragt: Können wir vorzeitig abreisen? – Wissen Sie, was die Antwort der Krankenkasse ist? – „Ja, natürlich.“ Das sagen die Krankenkassen, statt an die Klinik zurückzuweisen oder mit uns Kontakt aufzunehmen, um Lösungen für eine Fortsetzung der Maßnahme zu erzielen. Das geschieht leider nicht, auch wenn die Krankenkassen das gerne behaupten. Für uns bedeutet das, wir haben die Mutter verloren. Sobald die Krankenkasse sagt: „Ja, Sie können gerne abreisen“, haben wir keinen Einfluss mehr, und ab dem Zeitpunkt haben wir auch keine Einnahmen mehr. Das ist echt bitter und wirtschaftlich eine zusätzliche Belastung.

Investitionskosten in den Tagessätzen? Ganz ehrlich, in Nordrhein-Westfalen – ich begleite die Verhandlungen seit dem Jahr 2000 – ist noch nie über Kostenanteile in irgendeinem Bereich verhandelt worden. Letztes Jahr war es zum ersten Mal anders, als wir die Grundlohnsummensteigerung nicht akzeptiert haben. Letztes Jahr ist also zum ersten Mal über Kostenanteile in unterschiedlichen Bereichen gesprochen worden. Ich möchte wissen, wie hoch der Anteil der Investitionskosten in diesem Tagessatz ist. Im Übrigen sprechen wir in Nordrhein-Westfalen von einem Tagessatz von 100 bis 103 Euro. Das muss man mal hinterfragen. Denn da sind Unterkunft, Verpflegung, fünf Stunden Therapie am Tag drin. Kann man sich das als wirtschaftlich vorstellen? Ich war gestern in Berlin. Da hat das Hotel mit Frühstück 140 Euro gekostet. Verstehen Sie, was ich damit sagen will? Und in den 103 Euro sind Psychotherapie, ärztliche Versorgung, Verpflegung und alles andere mit enthalten. Und wenn wir im

Haus frisch kochen und mir die Krankenkasse in der Verhandlung sagt: „Ja, das ist ja Luxus“, dann weiß ich nicht, wie wir den Müttern sagen sollen: Nicht immer Tiefkühl-pizza!

Das sind schon große Herausforderungen, vor denen wir stehen, ganz abgesehen von der Frage, wie wir die Energiewende ohne Investitionskosten in den Tagessätzen schaffen wollen.

**Verena Ising-Volmer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Guten Morgen! Ich kann bestätigen, was meine Vordner sagen.

Es wurde nach dem Bedarf gefragt: Wie können wir eine Antwort auf den jetzt wachsenden und steigenden Bedarf finden? – Uns melden die Kliniken immer wieder zurück, dass sie auch wirtschaftlich in die Lage versetzt werden müssen, um einen notwendigen Ausbau hinzubekommen, den wir jetzt aufgrund der extrem langen Wartezeiten sehen. Mütter, pflegende Angehörige und Väter warten im Moment etwa ein Jahr auf einen freien Platz. Das ist aus medizinischer Sicht nicht richtig, dass man belastete Menschen so lange warten lässt. Vielmehr haben sie einen akuten Bedarf, weil sie belastet sind, und bis vor der Coronakrise war es eigentlich auch immer so, dass sie ein halbes Jahr Zeit hatten, ihre Kostenzusage einzulösen; das macht auch medizinisch Sinn.

Wir sehen an der Schließung der Klinik in Großenbrode, die Herr Frank eben angesprochen hat, und an der Situation in NRW – hier wird gerade eine Mutter-Kind-Klinik in Horn-Bad Meinberg geschlossen –, dass die Kliniken in Schwierigkeiten geraten und insbesondere der Ausbau und die Erweiterung nicht stemmbar sind. Das sind die Gründe, warum diese Kliniken geschlossen werden, und das wird auch dadurch bestätigt, dass wir für diese Kliniken keine alternativen Träger finden. Die Klinik in Horn-Bad Meinberg liegt auf einem sehr guten Grundstück und könnte baulich erweitert werden. Das ist ein sehr gutes Angebot, aber trotzdem finden wir keinen Träger im MGW-Verbund oder auch darüber hinaus, der in die Bresche springt und die Einrichtung übernimmt.

Es wird immer wieder gesagt, dass unsere Tagessätze wirtschaftlich sind. Ich möchte noch einmal auf einen Aspekt zu sprechen kommen, der seit 20 Jahren wirkt, und das ist die Grundlohnsummendeckelung. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 2003 kam der Beschluss, dass sich die Ausgabensituation der Kassen an den Einnahmen orientieren muss und die Beitragssätze der Einrichtungen anhand der Grundlohnsummensteigerung weiterentwickelt werden sollten. Diese stringente Grundlohnsummendeckelung ist für viele Arbeitsbereiche im Gesundheitsbereich schon aufgehoben worden, weil man die Erfahrung gemacht hat, dass sich unter einem sogenannten Grundlohnsummendeckel die Einrichtungen nicht entwickeln können. Man kann nicht über individuelle Bedarfe verhandeln, wenn die Grenze jeweils die Grundlohnsumme ist. Das ist insbesondere für uns in der Freien Wohlfahrtspflege immer wieder ein Problem gewesen, weil unsere Tarifabschlüsse häufig über der Grundlohnsummenentwicklung lagen, sodass wir immer weiter in ein Defizit rutschten. Ich habe in den Stellungnahmen gelesen: Die Tagessatzergebnisse müssen doch richtig und wirtschaftlich sein.

Denn Sie sind ja nie in einer Schiedsstelle gewesen. Sie haben nie ein solches Schiedsverfahren angestrengt.

Das hätte für NRW keinen Sinn gemacht. Wir haben im Prinzip gut verhandeln können. Wir haben von unseren Vertragspartnern immer die Grundlohnsumme bekommen oder waren nahe dran, sodass ein Gang zur Schiedsstelle unter diesen Rechtsbedingungen gar keinen Sinn macht. Die hätte uns nicht mehr geben können. Demzufolge haben wir mit unseren Verbänden viel Lobbyarbeit gemacht und uns darum bemüht, dass diese Grundlohnsummendeckelung auch gesetzlich noch einmal überdacht wird; das ist mit dem IPReG jetzt auch passiert. Allerdings greift das leider noch nicht. Wir sitzen jetzt in einem Vakuum, weil sich die Parteien und Spitzenverbände auf Bundesebene noch nicht einig sind, wie die notwendigen Rahmenbedingungen gesetzt werden können, damit auf der Ortsebene verhandelt werden kann. Auch das ist für beide Partner, glaube ich, eine Schwierigkeit in den Verhandlungen, und auch das ist ein Hemmnis, um in eine Schiedsstelle zu gehen.

Die nächste Frage bezog sich auf die behinderten Kinder. Wir würden sehr gerne auch im MGW-Verbund sehr viel mehr Kinder mit Behinderung und deren Familien aufnehmen. Da gibt es einen immensen Bedarf. Da hat es schon immer eine historische Wartezeit von über einem Jahr gegeben; auch diese ist aus unserer Sicht medizinisch zu lang. Damit solche Kinder unterkommen können, ist es meiner Meinung nach wichtig, dass es Einrichtungen geben muss, die sich daran ausrichten können. Sie brauchen eine besondere Ausstattung, sie brauchen bestimmte Therapeuten, sie brauchen ein ganz anderes Leistungsspektrum, wenn sie sich einer solchen Aufgabe widmen. Wir sehen, dass das sehr erfolgreich gelingen kann; denn wir haben einige Häuser im MGW-Verbund, die sich dafür engagieren, und die bekommen auch eine besondere Finanzierung. Von diesen Einrichtungen und Finanzmitteln für diese Einrichtungen müsste es mehr geben, um diesen Bedarf decken zu können.

Wir kommen aus einer gravierenden Krise, die uns viele Körner gekostet hat, aber auch viele Erlöse. Meine Vorredner haben es schon angesprochen: Die Coronahilfen waren absolut notwendig. Sie haben wirklich unsere Existenz gesichert. Sie haben die Leerstände zu 60 % ausfinanziert, aber 40 % sind beim Träger verblieben. Das reißt immense Löcher in Budgets von solchen kleinen Einrichtungen, die recht übersichtliche Budgets haben und nicht gewinnorientiert arbeiten.

Hinzu kommt, dass wir mit den jetzigen Tagessatzverhandlungen in NRW noch ganz am Anfang stehen. Wir haben noch keinen Tagessatz für NRW vereinbaren können. Traditionell verhandeln wir hier am runden Tisch. Das heißt, alle Kliniken und alle Krankenkassenvertreter sitzen in einer Runde und tauschen sich über die Veränderungen aus. Diese Gespräche werden jährlich geführt, um tatsächliche Veränderungen auch aufnehmen zu können.

Wir hatten keinen Erfolg in den diesjährigen Tagessatzverhandlungen. Die besondere Notwendigkeit an Investivkosten, die sich aus der energetischen Wende ergibt, wurde nicht anerkannt.

Wir haben die Tagessatzverhandlungen jetzt auf die individuelle Ebene verlegt. Die Kliniken verhandeln jetzt einzeln mit den Kostenträgern. Damit soll der individuellen

Ausrichtung Rechnung getragen werden. Aber die Angebote der Krankenkassen – Stand heute – orientieren sich immer noch an der Grundlohnsummensteigerung oder sind daran angebunden. Das sind Tagessätze, die von unseren Klinikträgern nicht akzeptiert werden können.

Ich möchte hier noch einmal bestätigen, dass in den Tagessatzverhandlungen alljährlich – ich bin jetzt seit fünf Jahren dabei – immer wieder gesagt wird: Wir können mit Ihnen diesen Tagessatz über 100 Euro abschließen – das gilt jetzt ganz konkret für NRW –, aber bitte berücksichtigen Sie, dass Sie dann eventuell nicht belegt werden können, weil es günstigere Kliniken gibt. – Das ist eine Drucksituation, mit der viele Kliniken rechnen. Denn wenn ich meine Tagessätze niedriger ansetze und dafür eine höhere Belegungsquote habe, dann komme ich mit meinem Kosten- und Erlösbudget besser zurecht. – Vielen Dank.

**Oliver Totter (Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen, Referat Recht):** Vielen Dank seitens der Lebenshilfe, dass wir hier die Möglichkeit haben, eine Stellungnahme abzugeben.

Wenn man sich die Bedarfe anschaut, die von allen Seiten bestätigt wurden, dann muss ich bei den Menschen mit Beeinträchtigung auf zwei Gruppen noch mal besonders hinweisen. Zum einen ist es die Gruppe von Eltern von einem Kind mit Beeinträchtigung, zum anderen gibt es Eltern mit Beeinträchtigung, die Kinder haben, und gerade diese Eltern – Stichwort: Inklusion – sind in einer besonders belastenden Situation und haben ihrerseits andere, besondere Bedarfe. Nicht nur Corona, sondern auch die aktuell wirtschaftlich unsichere Situation stellt eine Belastung dar.

Es wurde nach Angeboten gefragt. Aus unserer Sicht braucht es ein Mehr an Informationen. Gerade wurde von meinen Vorrednern vorgetragen, dass es eine Nachfrage gibt. Ich behaupte, dass nicht alle Eltern mit Beeinträchtigung oder Kinder mit Beeinträchtigung von diesen Angeboten wissen. Es klang vorhin auch an, dass die Verfahren sehr kompliziert sind. Wer ein bisschen tiefer in der Materie ist, der sagt, das ist kein Problem. Aber wer es nicht ist, für den ist es eben ein Problem. Das ist die eine Hürde.

Die andere Hürde ist das Wissen um die Angebote. Und dann stellt sich die Frage, wo es diese Angebote gibt und ob es Einrichtungen gibt, die sich auf Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen spezialisiert haben. Oder braucht es vielleicht auch Einrichtungen, die beides abdecken können? Das ist eine interessante Frage. Denn wenn ich von Teilhabeleistungen für Menschen mit Beeinträchtigung rede, dann plädiere ich dafür, dass wir Einrichtungen haben, wo möglichst viele Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen therapiert und rehabilitiert werden können. Wir brauchen nicht darüber zu reden, dass es für bestimmte Erkrankungen gesonderte Behandlungsformen geben muss, und hier sehen wir einen sehr großen Bedarf, der noch offen ist.

Der Bedarf zeigt sich auch darin: Selbst wenn man als Mensch mit Beeinträchtigung einen solchen Platz gefunden hat und es in die Umsetzung geht und vonseiten der Einrichtung gefragt wird, worin der konkrete Bedarf besteht, dann wird häufig auf die



personelle Versorgung hingewiesen. Wir als Lebenshilfe sprechen vor allen Dingen für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung, manchmal auch kombiniert mit körperlichen Beeinträchtigungen. Hier ist ein sehr hoher personeller Einsatz gefordert. Daran scheitert es nachher, von der Frage, wenn man aus nachvollziehbaren Gründen einen Termin verschieben muss, einen Ersatztermin zu bekommen, ganz zu schweigen.

Ich darf aber auch sagen ,es gibt sehr viele Menschen mit mehrfach körperlichen Beeinträchtigungen, die den schon angesprochenen Ausstattungsbedarf in den Einrichtungen haben, die den entsprechenden Platzbedarf haben. Das ist für uns der Punkt. Es muss nicht nur erhalten bleiben, was wir jetzt schon haben, sondern aufgrund dessen, was ich gerade gesagt habe, müssen diese Einrichtungen gestärkt werden, braucht es hier die Mittel, damit diese Bedarfe der Menschen, die wir als Teil der Gesellschaft gerade auch haben wollen, gedeckt werden. Denn Familien sind das Grundgerüst unserer Gesellschaft, und insofern müssen wir diese Familien auch stärken. Und wenn diese Familien gestärkt sind, haben Eltern und später dann auch die Kinder die Möglichkeit, sich durch Arbeit selbst zu verwirklichen und Teil der Gesellschaft zu sein, vielleicht auch so, wie wir es als Gesellschaft gerne hätten. Es sind einfach Menschen, die uns als Gesellschaft weiterentwickeln, aber – das soll allerdings nicht im Mittelpunkt stehen – es sind auch Arbeitskräfte. Daran müssen wir auch denken.

Daher lautet unser Appell, nicht nur die bestehenden Strukturen zumindest zu erhalten, sondern diese Strukturen zu stärken und aus Sicht der Lebenshilfe gerade die personelle Ausstattung für die Bedarfe der Menschen mit Beeinträchtigung zu erhöhen. Es ist uns bewusst, dass es auch bundesrechtliche Regelungen gibt. Es gibt die Diskussion über eine Krankenhausreform auf Bundesebene, aber auch eine auf Landesebene, und daher lautet unser Appell an die Landespolitik, hier dafür zu sorgen, dass nicht noch mehr Möglichkeiten für Familien- und Mutter-Kind-Kuren verloren gehen. Wir müssen dafür sorgen, dass der Bestand erhalten bleibt und eigentlich auch noch ausgebaut wird.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Bevor ich Frau Bovermann das Wort erteile, möchte ich noch mal fragen, ob uns Herr Reintjes hören kann; er war zwischenzeitlich zugeschaltet. – Das ist nicht der Fall.

Dann erteile ich jetzt Frau Bovermann das Wort. Bitte schön.

**Yvonne Bovermann (Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk [per Video zugeschaltet]):** Danke schön, Herr Hagemeyer, und danke dafür, dass Sie mich aus dem fernen Berlin dazugeholt haben. Das finde ich toll.

Wir sind der größte Verbund von Vorsorge- und Rehakliniken für Mütter, Väter und Pflegende, und über die Jahre, die ich das jetzt mache – ich mache das hier noch nicht so lange, ich bin vom Herkunftsberuf Hebamme –, stelle ich immer wieder und eigentlich auch immer frustrierter und empörter fest, dass wir, wenn wir in Deutschland von Familiengesundheit reden, eigentlich primär an die Kindergesundheit denken. Das ist auch wichtig, aber wenn es Müttern und Vätern und auch denjenigen, die sich um Pflegebedürftige kümmern, nicht gut geht, dann funktioniert die Gesellschaft nicht

mehr. Das hat Herr Trotter eben auch schön gesagt: Das ist die Grundlage der Gesellschaft, und das ist nicht nur in Corona nicht beachtet worden, sondern das wird auch in der Geburtshilfe nicht beachtet, und in Corona hat das noch mal mehr gelitten.

Ich möchte auf die Zahlen eingehen. Wir als Müttergenesungswerk haben rund 50.000 Plätze im Jahr. Es gibt darüber hinaus noch bei anderen Anbietern Angebote. So kommen wir auf rund 120.000 im Jahr. Ich habe geschrieben, 24 % der Mütter haben schon zu Beginn von Corona, noch 2019 und 2020, Angaben gemacht, dass sie, wenn sie zum Arzt gehen würden, eigentlich sofort ein Attest bekommen würden. Das waren vorher nur 20 %, und bei den Vätern waren es 2019/2020 14 %. 75 % der Eltern, die ein Kind mit Beeinträchtigungen haben, sind kurbedürftig. Wir haben keine Erhebungen darüber, wie es pflegenden Angehörigen geht, können uns aber vorstellen, dass die Zahlen vergleichsweise hoch sind. Das heißt, wir kommen im Grunde genommen auf Millionen Sorgearbeitende, die, wenn sie zum Arzt gingen und sich der Arzt einigermaßen auskennen würde, was leider nicht immer der Fall ist, eigentlich sofort ein Attest bekämen und damit wegen der Kostenübernahme zur Krankenkasse gehen könnten.

Das heißt, das Tisch der Versorgungsmöglichkeiten, die wir haben, ist viel zu klein für den Bedarf, den es eigentlich gibt. Herr Trotter hat schon viele Gruppen genannt, die keinen Zugang zu den Maßnahmen finden. Diesen Kreis kann man erweitern. Das sind auch die aus sozial schwächeren Familien. Frühe Hilfen können wir nennen. Das sind Menschen mit Migrationshintergrund, außerdem pflegende Angehörige. Wir müssen uns dabei auch vor Augen halten, was Herr Frank vorhin gesagt hat: Zurzeit gibt es eine Klinik in Deutschland, die ein Angebot für Angehörige hat, die an Demenz erkrankte Angehörige mitbringen können. Wenn wir bedenken, was in den nächsten Jahren und Jahrzehnten an Demenzerkrankungen in der Bevölkerung auftreten wird, wenn wir immer älter werden, dann können wir uns leicht vorstellen, dass der Kollaps bei den Sorgearbeitenden zu einem viel größeren Kollaps führen wird. Denn wir haben nicht einmal ansatzweise genügend Pflegeeinrichtungen, abgesehen davon wollen wir es gar nicht.

Es muss also von der politischen Seite an zwei Stellen gegengesteuert werden. Wir müssen einerseits dafür sorgen, dass diese Kliniken in der Lage sind, zu überleben. Andererseits müssen Sie als Politik dafür sorgen, dass das Angebot auch ausgebaut werden kann. Denn es reicht hinten und vorne nicht, und immerhin geht es hier um die Basis der Gesellschaft. Wir müssen uns einfach vorstellen, wie es in einer Familie aussieht, in der der Vater oder die Mutter schwere Depressionen oder Burnout hat, nicht mehr erwerbstätig sein kann. Das hat auch Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder.

Wir müssen uns allerdings auch die Frage stellen, wieso es eigentlich sein kann, dass so viele erkrankt sind. Ich möchte natürlich mehr Plätze im MGW haben; denn wir werden immer Menschen haben, die sich um andere kümmern und dafür selbst zwischendurch auftanken und etwas für ihre eigene Genesung tun müssen. Aber dass es so viele sind in Deutschland, ist der eigentliche Skandal. Letztes Jahr hat die AXA-Versicherung eine Studie veröffentlicht, die zeigte, dass Mütter in Deutschland während der Coronapandemie im europäischen Vergleich am allerschlechtesten abgeschnitten

haben, dass deren psychische Gesundheit am meisten gelitten hat. Ich dachte, jetzt kommt es zu einem Aufschrei. Es ist aber nichts passiert. Es wird überhaupt nicht zur Kenntnis genommen. Wir müssen da anfangen. Wir müssen darauf hinweisen, dass es wichtig ist, dass sich auch Sorgearbeitende um ihre Gesundheit kümmern sollen, dass sie unterstützt werden, dass sie Betreuungsangebote für ihre Kinder, für ihre Pflegebedürftigen bekommen, die ihnen helfen, ihren Alltag gut zu managen, ihrem Beruf nachzugehen, ihre Partnerschaft zu pflegen und ihre eigene Gesundheit zu schützen. Diese Angebote fehlen in Deutschland mehr als in anderen europäischen Ländern, und in Deutschland fehlen sie in den alten Bundesländern mehr als in der ehemaligen DDR; dort sind die Betreuungsangebote besser. Das ist meiner Meinung nach der zweite Strang, den wir hier heute nicht vergessen dürfen: Es passiert nicht genug.

Wenn wir jetzt darüber sprechen, wie wir den Bedarf vermitteln können, folge ich Herrn Trotter. Wir müssen mehr informieren. Es gibt Kampagnen von Krankenkassen, die sich gezielt an Männern richten: Hose runter! Ihr müsst zur Darmkrebsvorsorge gehen. – Das ist richtig und wichtig. Warum sagen wir als Kommune, als Gemeinde, als Landkreis nicht schon bei der Geburt: „Herzlichen Glückwunsch, Sie haben ein Kind bekommen! Es kann sein, dass es auch mal anstrengend wird, und wenn es mal anstrengend wird, haben Sie das Recht auf so eine Maßnahme.“? Warum sagen das die Krankenkassen nicht? Warum wird nicht aufgeklärt? Es ist ein Angebot, das ein bisschen als Bückware verkauft wird. Wenn eine Frau oder ein Mann zufällig darauf stößt, dann wird es bewilligt. Und die Krankenkasse sollte auch sagen: Das hat aufgrund von Corona ein Jahr oder noch länger Zeit, bis das Angebot auch wirklich wahrgenommen werden kann. – Die Krankenkassen müssen aktiv sagen: Ja, wir tun was für die Gesundheit, und als Versicherter sollst du wissen, dass du die Möglichkeit hast, deine Gesundheit zu schützen. Du musst nicht unbedingt deine Arbeitszeit reduzieren, wenn du gerne arbeitest.

Das fände ich sehr wichtig, und das wäre auch ein Paradigmenwechsel, wenn man anerkennt, dass wir in unserer Gesellschaft noch keine besonderen Schutzangebote für Sorgearbeitende haben. Wenn wir aber an jeder Stelle den Mangel verwalten, wird das auf Kosten der Gesundheit der Eltern gehen, und am Ende leiden auch die Kinder und die Pflegebedürftigen.

Ich möchte noch ein bisschen zu den Verhandlungen sagen. Dazu wurde schon viel gesagt, und zwar von den Leuten, die auch am Verhandlungstisch sitzen. Ich habe mich gefreut, dass der Vertreter des vdek gesagt hat, das geschehe natürlich auf Augenhöhe und gleichberechtigt. Ich bin seit anderthalb Jahren dabei. Ich habe schon gesagt, ich bin Hebamme, und ich bin im Deutschen Hebammenverband. Der Unterschied ist, dass auf Bundesebene verhandelt wird. Da können sich die Hebammenverbände starkmachen und Unterstützung holen; auch juristische Unterstützung ist möglich. Dann kann man auch mal zur Schiedsstelle gehen und sagen: Die Grundlohnsummensteigerung muss jetzt mal ausgesetzt werden, weil wir Jahre zurück sind. – Das kann sich hier aber keiner leisten.

Es wird immer wieder angemahnt, wir gehen nicht zur Schiedsstelle. Frau Ising-Volmer hat es schon zutreffend gesagt: Einmal ist die Erwartung nicht groß, weil man

Befürchtungen hat, dass das Ergebnis nicht zufriedenstellend ist. Aber noch viel schwerer wirkt die Sorge, dass man in der Zeit, bis es da zu einem Entschluss kommt, erst einmal gar keine Erhöhung bekommt. Das kann ein Deutscher Hebammenverband kommunizieren und aushalten, das kann aber ein einzelner Träger in einem Bundesland nicht. Da hängt die Latte in den Verhandlungen sehr hoch, diese Möglichkeiten, die vorhanden sind, auch wirklich zu nutzen, und damit ist es ungleich. Es ist nicht mehr auf Augenhöhe, wenn einer der beteiligten Vertragspartner sagt: Das kann ich mir schlicht nicht leisten, zur Schiedsstelle zu gehen.

Es wurde hier auch gesagt, das Wunsch- und Wahlrecht werde geschützt und gestärkt und das sei wichtig. Das gilt aber nur, wenn der oder die Versicherte es auch selbst wissen. Uns ist nicht bekannt, dass Krankenkassen von vornherein dem Versicherten sagen: Sehr gut. Ihr Attest ist angekommen, wir übernehmen die Kosten. Und übrigens haben Sie ein Wunsch- und Wahlrecht. Nennen Sie bitte Ihre Wunschklinik oder die genaue Spezialisierung, die Sie benötigen. Dann helfen wir Ihnen bei der Suche.

Wenn eine Frau oder ein Mann das weiß – das wissen sie vielleicht von Beratungsstellen, die allerdings auch nicht finanziert sind und deswegen auch ein immenses Problem haben –, dann wird darauf eingegangen; das ist richtig. Aber primär geben die Krankenkassen meistens die Kliniken bekannt, und das, was ich in den anderthalb Jahren als Geschäftsführung gehört habe, war sehr eindeutig. Die Krankenkassen sagen nach den Verhandlungen: Wir haben eine Liste mit zehn Kliniken, mit denen wir arbeiten. Mit Ihrem Vertrag sind Sie so hoch, dass Sie raus sind. Wenn Sie wieder reinkommen wollen, müssen Sie uns auf den ausverhandelten Vertrag einen Rabatt geben.

Es wird mit der Unterzeichnung des Vertrags gesagt: Herzlichen Glückwunsch! Sie haben gut verhandelt, aber damit werden wir Sie nicht mehr belegen. – Das wird in ganz Deutschland berichtet, übrigens auch, dass Krankenkassen jetzt sagen: Ja, wir erkennen tarifgerechte Löhne an, aber nicht die Steigerungen, die durch die Stufen entstehen. – Das ist nicht in NRW gewesen, sondern in einem anderen Bundesland. Insofern – denn zu einem Tarifvertrag gehören die Stufen – ist es ein Unding, dass so etwas verlangt wird. Man kann überhaupt nicht von Augenhöhe reden. Davon sind wir Lichtjahre entfernt, und juristisch muss man auch hinterfragen, ob es überhaupt zulässig ist, nachdem eigentlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch diese Vertragsverhandlungen stattgefunden hat und ein Vertragsabschluss erfolgt ist, zu sagen: Sie sind eigentlich nicht wirtschaftlich; denn es gibt irgendwo anders noch welche, die günstiger sind. Entweder geben Sie uns einen Rabatt, oder ich belege Sie nicht mehr. – Das ist ja quasi eine zweite Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das war meiner Meinung nach ursprünglich nicht vorgesehen und führt auch dazu, dass diese sehr dezentralen Verhandlungen vor Ort nicht wirklich gleichberechtigt funktionieren.

Einen Gedanken hatte ich eigentlich noch, aber den habe ich jetzt verloren. – Erst einmal danke ich Ihnen.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Vielen Dank, Frau Bovermann. – Ich sehe Herrn Reintjes immer noch nicht. Ihm wurden Fragen von der SPD und der CDU gestellt. Vielleicht schaltet er sich gleich noch mal dazu.

Dann haben wir jetzt die Möglichkeit, in eine zweite Fragerunde einzusteigen. – Herr Klute, bitte schön.

**Thorsten Klute (SPD):** Ganz herzlichen Dank an Sie, die Vertreterinnen und Vertreter der Trägerseite, für die große Offenheit, die Sie hier hineingebracht haben. Ich glaube, dass es sehr wichtig ist, das auch so offen zu thematisieren. Das muss in so einer Runde auch sein; denn dafür sind wir hier.

Die nächste Frage richtet sich an die Vertreter der Kassen. Sie sprachen von Augenhöhe und guten Verhandlungen, aber hier wurde schonungslos ein ganz anderes Bild gemalt. Wie beurteilen Sie das, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Herr Frank gerade geschildert hat, dass er morgen an die Ostsee fährt, um eine Klinik zu schließen? Wie kann denn dazu kommen, wenn doch alles so auskömmlich sein soll?

Meine zweite Frage richtet sich an die Vertreter der Trägerorganisationen: Unser Antrag besteht hauptsächlich aus zwei Aufforderungen. Neben der Aufforderung an das Land, stärker zu moderieren, damit wir hier zu gerechteren, mehr auf Augenhöhe erzielten Verhandlungsergebnissen kommen, bitte ich Sie, noch mal auf den ersten Teil einzugehen. Dazu haben Sie zwar schon etwas in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, aber mir ist es wichtig, dass Sie es hier etwas ausführlicher darstellen. Inwiefern könnte ein einmaliger Schutzschirm in der Notsituation, in der die Kliniken sind, kurzfristig, während eine andere Finanzierungsgrundlage für die lange Zeit geschaffen wird, Abhilfe schaffen, und was müsste so ein Schutzschirm des Landes beinhalten?

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf mich zunächst für die Ausführungen und Stellungnahmen bedanken.

Eine Rückfrage schließt direkt an die Frage von Herrn Klute an: Herr Frank, Sie sagten, es sind erhebliche Investitionskosten aufgelaufen, es ist zu einem großen Stau gekommen. Heute geht es nicht zuletzt um einen Rettungsschirm, den man seitens des Landes aufspannen könnte. In welcher Höhe würden Sie diesen fürs Land Nordrhein-Westfalen schätzen, um diesen Investitionsstau aufzulösen?

**Dennis Sonne (GRÜNE):** Meine Frage richtet sich an Herrn Frank und Frau Bovermann. Sie sprechen in der Stellungnahme von Risiken eines durch die Kliniken nicht verschuldeten Leerstandes und davon, dass diese Leerstände kompensiert werden müssten. Wie könnten sich die Leerstände verringern lassen? – Danke.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Vielen Dank, Herr Sonne. – Weitere Fragen sehe ich nicht. Dann treten wir in die Antwortrunde ein, und Sie, Herr Ruiss, sind als Erster angesprochen worden.

**Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen):** Herr Klute, lassen Sie mich eine kurze Grundsatzbemerkung machen, da die Tonalität in dieser Anhörung eine gewisse Unwucht bekommt. Ich meine, diejenigen, die unsere Arbeit als vdek in den letzten Jahren

kennengelernt haben, wissen, dass wir uns als Verband für unsere Ersatzkassen – und für die spreche ich und nicht für die gesamte Krankenkassenlandschaft; dies bitte ich zu berücksichtigen; wir reden hier über eine Erstattungspraxis von 100 Krankenkassen in Deutschland, und es ist weder mein Job noch meine Aufgabe, diese hier darlegen zu können – immer zu allen versorgungspolitischen Diskussionen, die anstehen, als sehr fairer, sehr offener und auch sehr problembewusster Ansprechpartner im Land hervorgetan haben. Ich betone das, weil ich zwischenzeitlich den Eindruck bekommen habe, dass wir hier in dieser Anhörung nicht über den Antrag der SPD-Fraktion reden, sondern über die Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen. Das stört mich. Ich finde das auch nicht sehr respektvoll, um das mal so zu sagen, und ich finde auch diese Unwucht, die hier entstanden ist, nicht angebracht.

Ich bin Ihnen sehr dankbar, Herr Klute, dass Sie jetzt den Bogen zur Ihrem Antrag geschlagen haben, und das finde ich auch sehr wichtig. Ich will noch mal sehr deutlich betonen, dass wir als Verband mit großem Respekt angesichts der Herausforderungen, vor denen Sie stehen, mit agieren. Die Arbeit, die Sie in den Einrichtungen für die Menschen leisten, auch vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftspolitischen Diskussion, negieren wir nicht. Sie können sich auch meiner Worte versichern, dass wir hier keiner kritischen Diskussion ausweichen wollen, dass wir in allen Problemlagen, die aufgezeigt werden, in adäquatem Maß beraten wollen. Ich möchte allerdings nicht akzeptieren, dass hier mit einer Pauschalkritik an uns agiert wird, die hier einfach nicht hingehört. Lassen Sie mich das so deutlich sagen. Ich erspare mir und Ihnen, jetzt deutlich zu machen, was in den vielen Stellungnahmen nicht stimmt; es ist aber wichtig, das zu betonen. Und Sie sehen mich ein bisschen emotionalisiert, weil ich diese Unwucht hier nicht angemessen finde.

Ich möchte gleichwohl ein paar Punkte aufgreifen und deutlich machen. Wir reden letztendlich über ein sozialrechtliches Verfahren einer Preisfindung, das vorgegeben ist, und Sie stellen hier die Art und Weise, die der Gesetzgeber vorgegeben hat, in einer Art und Weise infrage, die mich doch ein bisschen irritiert. Was soll denn der Hinweis auf ungleiche Verhandlungen bedeuten? Ich könnte auch vom runden Tisch berichten und sagen, wie wir und da begegnet sind. Ich glaube, das war sehr respektvoll. Aber das entbindet uns ja nicht davon, dass wir uns zusammensetzen und über konkrete Kalkulationen von Zahlen reden. Das passiert im Übrigen auch.

Das Zweite ist, dass wir hier frei verhandelte Abschlüsse im Land haben, und die sind nicht zustande gekommen, weil wir den Trägern gesagt haben: Unterschreib hier. – Vielmehr sind die Parameter in einer Kompromissform berücksichtigt, und das sollten Sie an der Stelle auch respektieren. Das ist unser Job als Selbstverwaltung, diese Preise zu finden. Und wenn Sie in Ihren Stellungnahmen für ein anderes Verfahren plädieren, dann respektiere ich das. Aber richten Sie Ihre Kritik bitte an die Politik und nicht an die Krankenkassen. Das finde ich wichtig. Mir fehlt ein bisschen die Zuordnung der Problemlagen, die Sie zutreffend beschrieben haben, an den richtigen Adressaten.

Ich will das auch offen sehr deutlich sagen: Wir sind nicht dazu da, dass hier in so einer Anhörung ein Krankenkassen-Bashing betrieben wird, in der es nicht um uns, sondern eigentlich um den Antrag der SPD geht, und darum will ich das an der Stelle auch noch mal ganz deutlich hervorheben.

Ich komme nun zu Ihren Einwüfen, Herr Klute, wie wir denn tatsächlich verhandeln. Ich denke, Herr Bierei und Frau Ising-Volmer haben das zutreffend beschrieben. Wir hatten bis vor drei Jahren Dekaden von Verhandlungen, die stark von der Grundlohnsummenanbindung geprägt waren. Aus diesen gab es aber auch kein Ausbrechen. Daher haben Sie auch zutreffend gesagt, das haben wir im Grunde genommen immer in gemeinsamen Gespräche über alle Einrichtungen hinweg vereinbart, weil es eigentlich keine anderen Spielräume gab. Wenn wir aber in der jetzigen Situation bei Berücksichtigung der Inflation, der Tarifbindung und anderer Parameter, die in eine Kostenstruktur münden – wir setzen uns ja nicht zusammen und machen eine Daumenpeilung, was heute passt, sondern das muss sauber kalkuliert sein –, offene Flanken haben, dann bin ich Ihnen total dankbar, dass Sie auf die Bundesebene verweisen und sagen, dass auf Bundesebene noch nicht entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen wurden. Dann bewegen wir uns schließlich in einer gewissen Grauzone, und die fordert uns beide. Das sollte aber nicht dazu führen, dass wir uns den Schwarzen Peter zuschieben und sagen: „Sie sind aber daran schuld“, obwohl die Voraussetzungen dafür noch fehlen.

Was möchte ich mit meinem klaren Statement eigentlich deutlich machen? Viele der Problemlagen, die Sie beschrieben haben, können wir nachvollziehen. Aber bitte richten Sie das auch an die Akteure, die die Rahmenbedingungen für die Verhandlungen schaffen. Das sind nicht wir als Selbstverwaltung. Das ist die Politik.

Ich möchte auf den Antrag von Herrn Klute ganz gezielt eingehen und bin 100 % bei Ihnen. Die Wertschätzung der Arbeit der Einrichtung ist wichtig. Wenn es jetzt um die Frage eines Sonderschutzschirms geht, bitte ich auch um Verständnis, dass wir nicht beurteilen können, ob die Nöte so groß sind. Das ist aber der Kern des Antrages, und hier will ich insofern sagen: Wir würden es respektieren und auch stützen, wenn es hier politische Entscheidungen gäbe, aber dazu können wir an der Stelle leider nichts beitragen.

Ich glaube – das einfach zusammengefasst –, dass viele Dinge, die Sie hier genannt haben, inhaltlich diskutierbar sind. Das müssen wir und sollten wir in einem geordneten Rahmen auch machen, aber das passiert nicht hier. Wir können hier nicht die Verhandlungen wiederholen, und ich denke, die Politik täte nicht gut daran, wenn Sie hier den Eindruck erwecken würden, Sie würden die Verhandlungen steuern. Das wäre so, als ob Sie in die Tarifautonomie eingreifen würden. Das fände ich absurd, wenn man so etwas vorschlagen würde. Also, wenn Problemlagen da sind, dann sollten wir die offen miteinander diskutieren, und dazu braucht es einen anderen Rahmen als diesen, und das werden wir auch gerne tun. – Vielen Dank.

**Andreas Frank (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Herr Klute, Sie fragen nach der Moderation des Landes und beziehen sich auf die notwendigen Investitionen und den Investitionsstau, den wir haben. Es sind zwei Themen. Wenn wir über Investitionen reden, dann denke ich an unser jüngstes Kind, das wir in unserer Struktur haben; das ist das Gesundheitszentrum „Altastenberg“. Da haben wir das Konzept den gesetzlichen Krankenkassen vorgestellt. Wir wussten nach einer Vor-Ort-Inaugenscheinnahme der Immobilie durch die

Krankenkassen, welche Strukturanforderungen wir zu erfüllen haben. Wir wussten auch, wie wir uns personell aufstellen müssen, um welches Therapieangebot zu verwirklichen, und wie viele Mitarbeiter und Ressourcen wir mit welcher Qualifikation brauchen, um das zu stemmen. All das haben wir aufgestellt, und das war eine Anschubphase, bis wir den Versorgungsvertrag hatten. Obwohl die Immobilie bereitgestellt war, Personal eingestellt war, dauerte es noch ein weiteres halbes Jahr. Das heißt, allein dort sind wir im Bereich der Investitionen in Vorleistungen von gut einer halben Million Euro gegangen.

Das betrifft jede Klinik, dass ich es, wenn ich neue Konzepte umsetzen möchte, immer mit einer Anlaufphase zu tun habe, in der sich die gesetzlichen Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und auch der Dienstleistungsträger einig werden müssen über dieses Konzept, und in dieser Zeit baue ich den Personalkörper auf und erschaffe die Immobilie. Das ist nicht finanziert. Das kann durch die Krankenkassen wohl auch nicht geschehen, und dafür habe ich auch Verständnis. Das heißt, wir haben einen Bearbeitungsstau, gerade wenn es heißt, man will bedarfsgerechte Angebote schaffen, zum Beispiel auch für Menschen, die wir durch die Lebenshilfe erreichen möchten, also Menschen mit Behinderung und Menschen, die pflegebedürftig sind.

Hier würde ich mir eine Unterstützung wünschen. Ich würde mir wünschen, dass uns das Land bei der Bereitstellung der Anschubfinanzierung unterstützen würde. Daran mangelt es auf jeden Fall. Wir sehen jetzt schon, dass wir den laufenden Betrieb, Instandsetzungsmaßnahmen und Sanierungsmaßnahmen unzureichend refinanziert bekommen. Ich sehe auch in Gesprächen mit den Banken, dass wir insbesondere vor dem Hintergrund der ökologischen Nachhaltigkeit, die auf uns jetzt zukommt, mit dem, was wir im Bereich der betrieblichen Aufwendungen an Mietzins mit 5 bis 7 Euro je Quadratmeter aufbringen können, Investitionsmaßnahmen nicht finanzieren können.

Wir wissen, dass wir jetzt an zwei Standorten – die betreffen allerdings nicht NRW – Millioneninvestitionen vor uns haben. Das Landhaus „Fernblick“ liegt in NRW. Hier stehen wir vor einer Sanierungsmaßnahme in Höhe von 2 Millionen Euro. Das heißt, ich werde den Tagessatz erhöhen müssen und sehe jetzt schon Widerstände seitens der Kostenträger, dass sie hier vollumfänglich mitgehen können und auch mitgehen werden. Zumindest sehe ich hier Barrieren und damit auch eine Barriere für diese geplante Maßnahme.

Herr Dr. Vincentz, Sie fragten, wie ich die Investitionskosten einschätze. Ich kann Ihnen gerne die Beträge für den Brandschutz, für energetische Maßnahmen und die Schaffung ökologischer Nachhaltigkeit nennen. Bei einer Klinik, die 5.000 m<sup>2</sup> Grundfläche hat, reden wir sofort über Beträge im zweistelligen Millionenbereich, die man in die Hand nehmen muss, um zu sanieren, und dies muss letzten Endes wieder vom Träger über den Mietzins und über den Kapitalmarkt abgebildet werden.

Herr Sonne, Ihre Frage bezog sich auf die Kompensation von Leerstand. Man mag auf den ersten Blick meinen, das ist ein Widerspruch. Wir haben einen Nachfrageüberhang, wie auch meine Kollegen Herr Bierei und Frau Ising-Volmer bestätigt haben. Wir haben mittlerweile Wartezeiten von über einem Jahr. Uns geht es beim Leerstand und der fehlenden Kompensation grundsätzlich um die kurzfristigen Absagen und Kurab-



brüche aufgrund von Infektionsgeschehen, die jetzt immer noch einen Nachholeffekt im ersten Quartal 2023 darstellen. Wir kommen im Moment nicht auf eine Belegungsquote von 95 %. Für den Zeitraum des ersten und mit Sicherheit auch zweiten Quartals sehe ich hier eine Finanzierungslücke. Wir gehen hier von einer Belegung von 80 bis 85 % aus. Auch hier wären wir dem Land für Unterstützung dankbar, uns bei der Kompensation dieses Betrags behilflich zu sein. Rettungsschirme über den Bund sind abgelaufen. Ausgleichszahlungen für Minderbelegung, wie noch bis Juni letzten Jahres, finden nicht mehr statt. – Vielen Dank.

**Yvonne Bovermann (Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk [per Video zugeschaltet]):** Ich wollte noch ergänzen, was ich vorhin nicht gesagt hatte. Es ging ja darum, noch einmal zu sagen, dass die Kliniken, die nach dem SGB V Vorsorge- und Rehabilitation anbieten, ihre Investitionskosten nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erstattet bekommen. Das ist so. Es müsste eigentlich eine Tagespauschale drin sein. In der Studie, die vom Familienministerium finanziert wurde – das ist die (*akustisch unverständlich*) Studie –, wurde auch schon festgestellt, dass die letzten Bauvorhaben in manchen Kliniken über 30 Jahre zurückliegen. Das heißt, ich sehe Häuser, in denen die Teams Fantastisches leisten, wo man aber auch erkennt, hier müsste dringend etwas getan werden. Da das allgemeinnützige Einrichtungen sind, kann es nicht sein, dass sich die Geschäftsführer ein schönes Leben gemacht haben. Vielmehr hat das Geld nicht gereicht, um diese Investitionen zu tätigen, und wir wissen auch, dass es teilweise sogar Querfinanzierungen vonseiten der Wohlfahrtsverbände, die die Träger sind, gegeben hat. Das heißt, Investitionskostenberechnungen und eine auskömmliche Finanzierung scheinen einfach nicht Thema gewesen zu sein; sonst sähe es da nicht so aus.

Ebenfalls hat Herr Frank gesagt, die energetische Sanierung steht jetzt an. Ich glaube, dass es total wichtig wäre, wenn in allen Ländern – nicht nur in NRW – und von Bundesseite aus gesagt wird: Wir müssen den Kliniken helfen, auf einen aktuellen Stand zu kommen, um zeitgemäße Gebäude zu haben, die groß genug sind, wo genügend Appartements vorgehalten werden können, wo eine Sanierung stattgefunden hat und wo sich auch der gewachsene Raumbedarf widerspiegelt.

Der Vertreter des vdek hat ein bisschen Pech, dass er hier heute sitzt. Tatsächlich adressiere ich es an die Politik, weil mir sehr bewusst ist, was Selbstverwaltung bedeutet. Ob da nachjustiert werden kann oder nicht, ob Bundesverhandlungen besser wären oder nicht, ist sicherlich sehr schwer zu beurteilen und da sind wir uns auch bei uns nicht ganz einig. Aber es ist trotzdem wichtig, sich bewusst zu machen, wo zumindest in der Wahrnehmung doch sehr große Unterschiede herrschen. Was ich berichtet habe, habe ich aus ganz Deutschland gehört, von allen Verbänden, von allen Trägergruppen und aus allen Bundesländern. Da gibt es im Detail Unterschiede, allerdings nicht wirklich im Gesamtergebnis, und ich kann es nicht einzelnen Kassen zuordnen, ob es manche gibt, die schwieriger sind als andere. Aber generell (*akustisch unverständlich*) ist das dezentrale Verhandeln auf Landesebene für den- oder diejenigen, die überlegen, ob sie sich den Gang zur Schiedsstelle leisten können, immer problematisch und nicht gleichwertig. Das ist an die Politik adressiert, und das muss man sich überlegen, wenn man sagt, man hat ein System, das auf Selbstverwaltung beruht.

Ich denke, dass jetzt eine größere Summe notwendig ist, die den Kliniken hilft, jetzt zu investieren, jetzt alles in die Wege zu leiten, um von den alten Heizungen wegzukommen, um Dächer, Außenwände und Fenster zu sanieren, auch zu vergrößern.

Zum Leerstand. Es wurde nach der gemeinschaftlichen Anreise alle drei Wochen gefragt, und es wurde schon gesagt, dass das Problem der kurzfristigen Nachbelegung von Betten dadurch nicht gelöst wird. Das ist in jedem Fall so. Einzelpersonen für eine akute Krankenhausbehandlung können das womöglich möglich machen, aber eine Familie, die quer durch Deutschland reist, ist hochkomplex und lässt sich nicht ohne Weiteres einrichten.

Wir diskutieren intern, was wir noch verändern und verbessern können. Verändern – das ist klar – müssen wir in diesen schwierigeren Zeiten alles. Eine einfache Lösung wird es allerdings nicht geben. Herr Frank sagte, dass hier ein Rettungsschirm helfen kann. Ich denke, das muss in die Tagesverhandlungen hinein, dass man eben nicht mehr von 95 % Belegung ausgehen kann. Grundsätzlich sollten Krankenhaus- und Klinikbetten nicht leer stehen, aber wenn ich Angebote mache, die sich auf gruppendynamische Prozesse beziehen, dann lässt sich das nicht vermeiden. Wir müssen zur Kenntnis nehmen – ich denke, im nächsten Herbst geht es wieder mit Corona los –, dass 95 % nicht mehr realistisch sind, und das muss in die Dauerfinanzierung übernommen werden. Hotels nehmen 140 Euro – das wurde schon gesagt –, und die rechnen auch mit niedrigeren Belegungsquoten. Das muss meiner Meinung nach eingepreist und in den Verhandlungen ehrlich aufgegriffen werden.

Es freut mich, hier von allen Seiten zu hören, dass Sie das System erhalten und weiterführen wollen. Wir verhindern damit zahlreiche schwere Erkrankungsverläufe. Das hier so ausdrücklich zu hören, ist wichtig, weil das politische Handeln nicht immer dafür sprach. Wir sind, wie gesagt, bei Corona oft vergessen worden und musste uns erst mal in Erinnerung bringen, dass es auch unsere Kliniken noch gibt: Wir sind eben ein sehr kleiner Bereich.

Es wurde vorhin gesagt, wir sind in einem anderen Rechtsrahmen als die Rentenversicherung. Als Elly Heuss-Knapp das Müttergenesungswerk gründete, wurden die Frauen in der Bundesrepublik massiv aus dem Beruf herausgedrängt und hatten keine Rentenversicherung. Heute haben das weit über 90 %. Ich denke, es sind heute gleichwertig Sorgearbeitleistende, die im Beruf waren oder sind und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Da hat sich viel geändert, und das sollten wir bei allem, was wir bedenken, mit denken. Dafür haben wir heute noch keine Lösung, aber wir reden heute nicht mehr über die Hausfrau aus den 50er-Jahren, die nie in die Rentenversicherung eingezahlt hat. – Danke schön.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Vielen Dank, Frau Bovermann. – Herr Reintjes lässt ich entschuldigen. Er war technisch kurz dabei und wird die Fragen der SPD-Fraktion und der CDU-Fraktion per E-Mail beantworten; das hat er uns eben zukommen lassen.

Möchte jemand der Sachverständigen jetzt noch eine Ergänzung vornehmen? – Herr Bierei.

**Markus Bierei (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Ich muss noch mal zu den Investitionskosten kommen. Das ist sicherlich ein ganz großes Problem. Die Summe, die fehlt, ist schwer zu kalkulieren, aber ein zweistelliger Millionenbetrag, wenn man die Energiewende mitdenkt, ist für eine Einrichtung nicht unrealistisch. Sie wissen alle, die Baukosten steigen immens.

In den letzten Jahren, seitdem die Vollfinanzierung eingeführt wurde und wir immer an die Grundlohnsummensteigerung gebunden waren, waren es nicht nur Inflations- und Tarifsteigerungen, die nicht auskömmlich abgebildet wurden, sondern auch die Anforderungen an die Kliniken sind stetig gestiegen. Sowohl die Anforderungen an die Gebäudestruktur als auch an die Personalstruktur sind stetig angehoben worden. Wir werden uns demnächst dem digitalen Gesundheitswesen anschließen müssen. Das sind hohe Kosten, die da auf uns zukommen. Das ist nicht unerheblich, was an Investitionen in der Vergangenheit zusätzlich gestemmt werden musste.

Ich bin seit 2006 wirtschaftlich verantwortlich für eine Einrichtung, das Haus „Wald-Quelle“ in Wegberg-Dalheim, und in dieser Zeit habe ich alleine 3 Millionen Euro Drittmittel akquirieren müssen, um überhaupt Instandhaltung betreiben zu können.

**Verena Ising-Volmer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Herr Klute, Sie fragten nach Zahlen. Wir haben in unseren Reihen einen Träger, der gerade vor der Entscheidung steht, ein bestehendes Gebäude aufzugeben oder auf der grünen Wiese neu anzufangen, weil das andere nicht mehr instand zu setzen ist. Es soll mit dieser Erneuerung und dem Neubau gleichzeitig eine Aufstockung der Plätze erfolgen, um die Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtung zu erhöhen, in dem man die Overhead-Kosten auf mehr Kurpatienten überträgt. Vor Corona wurde eine erste Kostenschätzung für einen Neubau in Höhe von 18 Millionen Euro aufgerufen. Die gegenwärtigen Baukosten sind nicht bekannt. Das Thema wurde aufgrund der Krise nicht weiterverfolgt.

Sie haben nach dem Schutzschirm gefragt: Was könnte dieser kurzfristig leisten? Was brauchen wir von den Kliniken? – Vielen Dank für diese Frage. Frau Bovermann hat das schon in einem Satz sehr gut auf den Punkt gebracht. Es geht darum, uns auf den Stand zu bringen, die Dinge nachholen zu können, die sich aus der Grundlohnsummendeckelung ergeben haben. Hier ist mehrfach der gravierende Investitionsstau genannt worden. Das ist der Aspekt, der in den Kliniken immer wieder hinten angestellt wurde, weil immer wieder gesetzliche Änderungen im Raum standen und man von Jahr zu Jahr gehofft hat, dass diese Grundlohnsummendeckelung entfällt. Dieser Rettungsschirm sollte – das hat Herr Frank gesagt, und das möchte ich ausdrücklich bestätigen – auch Anschubfinanzierungen für neue, moderne leistungsbezogene Angebote für pflegende Angehörige, für Väter und für Mütter, die einfach nötig sind, geben.

Ein ganz wichtiger Aspekt – und vor diesem haben alle Kliniken Respekt – sind alle Investitionen im Zusammenhang mit der energetischen Wende, die notwendig sind und von gesetzlicher Seite kommen. Da darf man ganz sicher sein, und hier wurden ja schon auch schon Summen im zweistelligen Millionenbereich genannt, um auch die Größenordnung des Problems deutlich zu machen. – Danke schön.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Danke schön. – Damit sind wir am Ende der zweiten Fragerunde. Gibt es den Wunsch nach einer dritten Fragerunde? – Das ist nicht der Fall. Damit sind wir am Ende unserer heutigen Anhörung angekommen.

Ich danke Ihnen, dass Sie uns für unsere Fragen zur Verfügung standen. Kommen Sie gut nach Hause.

Das Protokoll der heutigen Veranstaltung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Ausschusses einsehbar.

Damit schließe ich die Anhörung um 11:20 Uhr. – Danke

gez. Daniel Hagemeier  
stellv. Vorsitzender

**Anlage**

11.04.2023/14.04.2023

**Anhörung von Sachverständigen**  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen - Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!**  
Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/1686

am Mittwoch, dem 22. März 2023  
09.30 bis (max.) 12.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

### Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Städtetag Nordrhein-Westfalen Helmut Dedy Köln	----	----
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Christof Sommer Düsseldorf	----	----
Landkreistag Dr. Martin Klein Düsseldorf	----	<b>18/432</b>
vdek-Landesvertretung NRW Düsseldorf	<b>Dirk Ruiss</b> Martin Kantus	<b>18/439</b>
Deutsche Rentenversicherung Rheinland Düsseldorf	<b>Stefan Reintjes</b> (virtuell)	<b>18/426,</b> <b>18/445 (nach-</b> <b>gereicht)</b>
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen c/o Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband NRW e. V. Wuppertal	<b>Andreas Frank</b> Markus Bierei Verena Ising-Volmer	<b>18/414</b>
Verband der Privatkliniken NRW e.V. c/o Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Düsseldorf	-----	----
Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk Berlin	<b>Yvonne Bovermann</b> (virtuell)	<b>18/420</b>
Oliver Totter Referat Recht Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen e.V. Landesverband Hürth	<b>Oliver Totter</b>	<b>18/421</b>

<b>eingeladen</b>	<b>Teilnehmer/innen</b>	<b>Stellungnahme</b>
AWO Westliches Westfalen Dortmund	-----	-----