



Wortprotokoll der 120. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. September 2024, 15:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 9

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

BT-Drucksache 20/11854

KHVVG

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Verteidigungsausschuss

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Geburtshilfe in Deutschland flächendeckend sicherstellen – Fehlanreize beseitigen

BT-Drucksache 20/5550

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten – Krankenhausstandorte erhalten und stärken

BT-Drucksache 20/5556

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

- d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten – Nahtlose Rehabilitationskette herstellen, Krankenhausstandorte erhalten und stärken

BT-Drucksache 20/5558

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

- e) Antrag der Abgeordneten Andrej Hunko, Dr. Sahra Wagenknecht, Ali Al-Dailami, weiterer Abgeordneter und der Gruppe BSW

Nein zur geplanten Krankenhausreform – Sofortprogramm zur Rettung des Gesundheitswesens

BT-Drucksache 20/11433

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Inneres und Heimat
Ausschuss für Arbeit und Soziales

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Kob, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Dr. Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Dr. Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



**Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG**
Mittwoch, 25. September 2024
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen¹

- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)
- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Bertelsmann-Stiftung
- Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)
- Bitkom
- BKK-Dachverband
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)
- Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

¹ Gesamtliste aller Fraktionen



- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL)
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)
- Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB)
- Deutscher Hebammenverband (DHV)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)
- Deutscher Städtetag (DST)
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband
- IGES Institut
- IKK-Bundesverband
- Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



- Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD)
- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands Bundesverband
- Medizinischer Dienst Bund
- Netzwerk BiG – Netzwerk Berufe im Gesundheitswesen
- Robert Bosch Stiftung
- Sozialverband VdK Deutschland
- Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFA)
- ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
- Verband Leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK)
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (Absage)
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen)²
- Dr. Hannes Dahnke (Vebeto GmbH)²
- Joachim Gemmel (Asklepios Kliniken GmbH & Co. KgaA)²
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)³
- Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand)⁴
- Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften)⁴
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)³

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



- Dr. René Rottleb (Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen)⁵
- Prof. Dr. Matthias Schrappe⁶
- Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg)³
- Laura Valentukeviciute (Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB)/ Bündnis Klinikrettung)⁷

⁵ Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁶ Auf Vorschlag der Gruppe BSW zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁷ Auf Vorschlag der Gruppe Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigiger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

BT-Drucksache 20/11854

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Geburtshilfe in Deutschland flächendeckend sicherstellen – Fehlanreize beseitigen

BT-Drucksache 20/5550

c) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten – Krankenhausstandorte erhalten und stärken

BT-Drucksache 20/5556

d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten – Nahtlose Rehabilitationskette herstellen, Krankenhausstandorte erhalten und stärken

BT-Drucksache 20/5558

e) Antrag der Abgeordneten Andrej Hunko, Dr. Sahara Wagenknecht, Ali Al-Dailami, weiterer Abgeordneter und der Gruppe BSW

Nein zur geplanten Krankenhausreform – Sofortprogramm zur Rettung des Gesundheitswesens

BT-Drucksache 20/11433

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer hier im Ausschusssitzungssaal und Ihnen, die Sie das Parlamentsfernsehen angucken, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertretungen der Bundesregierung, Prof.

Dr. Franke, online sind auch einige dabei, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Das ist eine besonders wichtige, eine besonders große Anhörung mit viel Diskussionsbedarf im Vorfeld und auch sicherlich heute. Die Sitzung ist wie immer eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit unseren Sachverständigen. Alle, die online dabei sind, bitte ich, sich mit vollem Namen anzumelden, damit wir feststellen können, wer es wirklich ist, wer sich hinter den Namen verbirgt, und Ihre Mikros zunächst stumm zu schalten. Wenn ich das richtig sehe, ist das überall geschehen. Wie ich eingangs schon sagte, das ist eine große, für uns elementar wichtige Anhörung mit sehr vielen sachverständigen Personen, mit sehr vielen unterschiedlichen Expertisen und Blickwinkeln. Wie Sie merken, sind die Sitze hier im Ausschusssitzungssaal begrenzt. Es gab mehr Wünsche nach Präsenzteilnahme, als wir das ermöglichen konnten. Darüber gab es auch bei einigen von Ihnen, die jetzt online dabei sind, Verärgerung. Ich kann für uns sagen: Ich kann das sehr gut verstehen, wir können das sehr gut verstehen. Wir hätten Ihnen sehr gerne hier einen Sitz angeboten, weil für uns der direkte Austausch von höchster Bedeutung ist. Ich darf Ihnen allen aber versichern, dass Ihre Stellungnahmen – alle eingereichten Stellungnahmen – gründlich gelesen wurden. Sie, die online dabei sind, sind hierauf einem Würfel sehr zentral im Sitzungssaal zu sehen und wir verstehen Sie sehr gut. Bevor ich zum weiteren Verfahren komme, was die meisten von Ihnen kennen, aber nicht alle, umreiß ich ganz kurz den Inhalt der fünf Vorlagen, die wir hier heute miteinander debattieren. Das erste ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ auf Drucksache 20/11854 und der dazugehörige Änderungsantrag 0 auf der Ausschussdrucksache 20(14)221.1, was Sie alle gelesen haben. Dann hören wir noch drei Anträge der Fraktion der AfD in dieser Anhörung an zum Thema „Geburtshilfe in Deutschland flächendeckend sicherstellen“, Bundestagsdrucksache 20/5550, „Abteilung für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten“, das ist die Drucksache 20/5556 und „Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten“, Drucksache 20/5558; und wir hören noch den Antrag der Gruppe BSW „Nein zur geplanten



Krankenhausreform, sofort Programm zur Rettung des Gesundheitswesens“ an, das ist die Drucksache 20/11433. Sie alle kennen sich sehr gut aus mit den Inhalten dieser Vorlagen. Da wir aber auch viele Zuschauerinnen und Zuschauer dabei haben, umreiße ich ganz kurz in wenigen Worten und nicht in der ausreichenden Tiefe, worum es hier jeweils geht. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass für die Kliniken aufgrund der mengenorientierten Krankenhausvergütung und vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung ein ökonomischer Anreiz zur Behandlung möglichst vieler Patientinnen und Patienten mit möglichst lukrativen medizinischen Leistungen bestehe. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verfolgt daher als zentrale Ziele die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die flächendeckende medizinische Versorgung sowie die Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung und die Entbürokratisierung. Es sollen deshalb beispielsweise eine Vorhaltevergütung und Leistungsgruppen eingeführt und die sektorübergreifende integrierte Versorgung ausgebaut werden. Also kurz zusammengefasst: Ziel mehr Qualität, bessere Ressourcennutzung. Die Fraktion der AfD legt in ihrem Antrag zur Geburtshilfe dar, eine bestmögliche Unterstützung von Schwangeren sei mangels einer Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebamme nicht gegeben. Sie fordert einen Gesetzentwurf, der sicherstellt, dass geburtshilffliche Abteilungen innerhalb von 40 Minuten erreichbar sind. In ihrem zweiten Antrag führt die Fraktion aus: Weil Kurzzeitpflegeplätze fehlten, müssen Patientinnen und Patienten oftmals länger als nötig im Krankenhaus bleiben. Deshalb fordert sie, Abteilungen zur Kurzzeitpflege einzurichten. In ihrem dritten Antrag beschäftigt sich die AfD-Fraktion mit der Frührehabilitation und der flächendeckenden Sicherstellung nahtloser Rehabilitationsketten. Der Antrag der Gruppe BSW richtet sich gegen die geplante Krankenhausreform. Sie begründet das damit, dass diese zum Bettenabbau und zur Schließung und Privatisierung von Krankenhäusern führe, so die Auffassung von BSW.

Wir haben jetzt 120 Minuten zur Verfügung, ab dem Moment, wo ich die erste Frage aufrufe. Die meisten von Ihnen wissen, dass diese 120 Minuten nach Stärke der Fraktionen und Gruppen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf drei Frageblöcke verteilt werden. Es unterscheidet sich, wie viel Zeit die einzelnen Fraktionen und

Gruppen haben. Wenn Sie sich als Fragende und Sachverständige so kurz wie möglich, so präzise wie möglich fassen, können sehr viele Fragen gestellt und beantwortet werden und mehr Aspekte können diskutiert werden. Außerdem möchte ich Sie als Sachverständige bitten, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags beim ersten Aufruf – es ist nur einmal notwendig – darauf hinzuweisen, wenn finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand vorliegen. Diese müssen Sie dann offenlegen. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, sollten sich vor der Beantwortung der Fragen mit Namen und Verband vorstellen. Sobald Sie dann anfangen zu sprechen, sind Sie auf dem TV-Würfel bei uns in der Mitte des Ausschusssaals zu sehen. Die Sachverständigen, die hier im Saal sitzen, müssen sich nicht mehr eigens vorstellen. Das haben wir geändert, weil ich Sie ja immer mit Namen auch aufrufe. Also diese Geschichte können wir uns künftig sparen. Vielen Dank an die Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese werden im Internet veröffentlicht. Ansonsten: Saalmikros alle aus, Handys aus, ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Wer auf der Besuchstribüne sitzt: Herzliches Willkommen! Sie dürfen weder klatschen, noch buhen, noch irgendwas an Bekundungen verlautbaren lassen, aber aufmerksam zuhören. Wir freuen uns sehr, dass Sie da sind. Filmen und Fotografieren ist auch untersagt. Das kann man später alles noch mal nachlesen, nachgucken in der Mediathek. Das kann dann auch verwendet werden. Wir sind jetzt schon live im Parlamentsfernsehen und später wird ein Wortprotokoll veröffentlicht. Jetzt geht es mit der ersten Frage des ersten Blockes der SPD los und es beginnt die Kollegin Baehrens. Bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und ein herzliches Willkommen an alle Gutachterinnen und Gutachter, die heute dabei sind. Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Hasseler. Können Sie uns bitte kurz darstellen, warum Sie es für problematisch halten, wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen neben Leistungen, die sie nach SGB V erbringen, auch Versorgungsverträge nach SGB XI abschließen müssen? Was bedeutet das für die Versorgung der Patientinnen und Patienten?



Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Hasseler, Sie sind online dabei.

Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften): Vielen Dank für die Frage. Ich hatte es bereits zu verschiedenen Gelegenheiten im Vorfeld deutlich gemacht, dass ich es nicht für eine gute Idee halte, § 115g SGB V mit der Form der Versorgung nach SGB XI zusammenzubringen. Ich glaube, dass diese Einwände nicht gehört werden wollten oder nicht gehört werden, weil man die Problematik des SGB XI eben nicht versteht. SGB XI steht für etwas anderes als für die fachpflegerische Versorgung. Ich halte es deswegen für problematisch, wenn jetzt die sektorenübergreifenden Einrichtungen, die eigentlich Krankenhäuser sein sollen, auch Leistungen des SGB XI erbringen sollen, weil es hier um die Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege nach SGB XI geht. Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege nach SGB XI sind keine fachpflegerische Versorgung, sondern im Grunde nur Organisationsformen des SGB XI. Dafür erfordern sie Verträge mit den Pflegekassen. Das heißt, als Organisationsform muss erstmal geguckt werden, welche Art der pflegerischen Versorgung überhaupt integriert ist. In diesem Fall müssen also die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Verträge mit Pflegekassen verhandeln. Sie werden damit zu Leistungserbringern des SGB XI. Sie müssen die Kriterien des SGB XI erfüllen und damit auch die Rahmenverträge. Sie müssen Vertragsverhandlungen mit Pflegekassen führen, die Qualitätsprüfung erfüllen, Dokumentationsanforderungen und Ähnliches mehr. Des Weiteren ist auch zu beachten, dass nur die Personen bzw. die Versicherten die Leistungen in Anspruch nehmen können, die einen Pflegegrad haben und damit auch Pflegesachleistung beantragt haben. Also alle Personen mit Pflegegrad, die nur Pflegegeld in Anspruch nehmen, das sind über 50 Prozent der anerkannt pflegebedürftigen Personen, können diese Leistung nicht in Anspruch nehmen. Die Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung können diese Leistungen nur Menschen mit Pflegegrad anbieten, die auch tatsächlich Pflegegeld beantragt haben. Personen ohne Pflegegrad haben gar keinen Anspruch auf diese Leistungen. Ein weiteres Problem ist sicherlich auch die Frage der Eigenleistung. SGB XI ist ein Teilleistungsrecht. Es funktioniert doch wie ein Subsidiaritätsprinzip. Damit muss ein hoher Anteil von Eigenleistungen entweder

monetär oder in Form von Angehörigenleistungen erbracht werden. Die Kosten der Kurzzeitpflege in Form von Eigenleistung oder Tagespflege und Nachtpflege sind immer mit einem Eigenanteil zu zahlen. Für die Tages- und Nachtpflege können es zwischen 60 bis 110 Euro pro Tag und Nacht sein.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Frau Prof. Dr. Hasseler, mir würde das zunächst reichen, weil wir gerne weiterfragen wollen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Gut, dann Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Groening. Können Sie uns anhand einiger exemplarischer Beispiele aus Ihrer beruflichen Praxis schildern, welchen besonderen Stellenwert Sie den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen beimessen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Groening. Sie sind auch online dabei und haben jetzt das Wort.

Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand): Sehr gerne, verehrte Vorsitzende, verehrte Abgeordnete, vielen Dank. Ich spreche in meiner Tätigkeit als Allgemeinmediziner, Internist und Notfallmediziner und Leiter eines Innovationsfondsprojekts, was sich auch mit diesem Thema beschäftigt. Aus meiner langjährigen Erfahrung in der Notaufnahme kann ich sagen, dass viele Patienten, die die Notaufnahmen in Anspruch nehmen und trotzdem ein stationäres Bett brauchen, das gar nicht müssten. In der Diskussion der letzten Jahre ging es sehr viel um Patienten, die ambulant bleiben, jüngere Menschen, die die Notaufnahmen aufsuchen und dort zu einem Overcrowding, wie es heißt, führen. Da wird aber ein Aspekt nicht ausreichend beachtet, dass nämlich genauso stark für die Fallsteigerung in den Notaufnahmen hochbetagte und ältere Patienten verantwortlich sind. Diese Patienten bringen häufig unkomplizierte Erkrankungen mit sich, die sie trotzdem so krank machen, dass sie eine stationäre Behandlung bedürfen. Das sind chronische Erkrankungen, die dann, ich sage mal, womöglich aus dem Ruder laufen. Diese



Patienten brauchen die große Klinik und die Notaufnahme aus zwei Gründen nicht: denn oftmals sind es Erkrankungen, die sich langsam über mehrere Tage einstellen, dann sind diese Patienten in der Logik einer Notaufnahme nicht dringlich, das heißt, sie müssen in den Notaufnahmen recht lange warten. Zweitens sind diese Patienten medizinisch ausdiagnostiziert. Ich nehme ein Beispiel: die Herzschwäche. Die Herzschwäche ist Folge von Herzerkrankungen, die in der Regel vorher durchgemacht wurden, zum Beispiel ein Herzinfarkt. Dieser Patient war dann meinetwegen Mitte 60, hat damals einen Bypass oder Stents bekommen und hat nun 10, 15, 20 Jahre später eine Herzmuskelschwäche, die immer wieder Symptome macht. Da lagert sich über Tage ein bisschen Wasser in den Beinen, in den Knöcheln, auch in der Lunge ein. Die Luft wird etwas knapper, die Füße werden ein bisschen dicker. Das Ganze geht aber schon zehn Tage. Das heißt, in der Notaufnahme ist der nicht dringlich. Außerdem braucht dieser Patient keine kardiologische Fachabteilung. Dieser Patient braucht eine wohnortnahe, niedrigschwellige Versorgung, braucht in diesem Zustand gute Pflege und braucht eigentlich einen Allgemeinmediziner, der über zwei, drei Tage intravenös Medikamente gibt, die das Wasser aus dem Körper raustreiben. Der braucht keinerlei kardiologische Diagnostik mehr. Das heißt, wenn dieser Patient in eine Kardiologie aufgenommen wird, ist er dort eine Fehlbelegung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Groening, vielen Dank. Frau Kollegin Rudolph, bitte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Dr. Groening, ich würde bei Ihnen gleich weitermachen. Das war gerade das Plädoyer für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Uns würde noch interessieren, wie aus Ihrer Sicht der Zugang zu diesen Versorgungseinrichtungen gestaltet sein soll, damit er für die Patienten und Patientinnen wirklich wirkmächtig werden kann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Groening, bitte.

Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand): Das ist der entscheidende Punkt,

weil, wie ich gerade sagte, brauchen viele dieser Patienten keine Notaufnahme. Die sind nicht dringlich. Viele dieser Patienten werden im ambulanten Sektor schon identifiziert. Auch in diesem Projekt, das ich jetzt leite über den Innovationsfonds, das heißt STATAMED stationäre Allgemeinmedizin, ist es so, dass wir die Sektoren verpflichtend verknüpfen. Das heißt, die Patienten werden in der Regel zugewiesen vom Hausarzt oder der Hausärztin. Das heißt, wir sind immer erreichbar für die Hausärzte. Das ist in der Realität häufig nicht der Fall. Also bei uns jetzt schon, aber in der Regelversorgung nicht. Der Patient wird uns vom Hausarzt zugewiesen. Wir können in so einem Fall, wie ich ihn gerade geschildert habe, sagen: Wann möchte der Patient denn kommen? Muss der heute kommen oder geht es noch morgen oder vielleicht übermorgen? Das heißt, der Patient wird geplant an einer Notaufnahme vorbei in diese Versorgungseinheit aufgenommen. Dort weiß dann jeder Bescheid, dass der Patient kommt. Der Hausarzt hat sein Wissen über den Patienten übergeben und auch einen Behandlungsauftrag gegeben. Das heißt, so wird Fehlversorgung, Überversorgung vermieden. Denn der Hausarzt sagt uns auch: „Mach das mal nicht. Das ist schon gemacht und das und das ist längst beschlossen.“ Was wir in der Regelversorgung erleben, ist eine Über- und Fehlversorgung gerade der älteren Patienten. Dieser Zuweisungsweg ist natürlich nicht nur für die Hausärzte, sondern ist auch für den KV-Dienst, den Rettungsdienst, die Pflegenden, also die ambulante Pflege und die stationären Pflegeeinrichtungen möglich. Diese Kontaktaufnahme, das muss man immer etwas differenzieren. Wir haben im Projekt SOPs [Standard Operating Procedure] mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Checklisten erarbeitet. Was kannst du schicken zu dieser Versorgungseinheit? Was kannst du nicht schicken? Was muss in die nächsthöhere Versorgungseinheit? Wir haben diese SOPs, sie würden sich anbieten, auch dafür genutzt zu werden. Wir nutzen jetzt SMED [Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland] in Zukunft ...

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Groening, ich kriege hier das Signal, dass das eine sehr ausführliche und hilfreiche Antwort war. Danke dafür. Frau Stamm-Fibich hat jetzt das Wort.



Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband. Frau Dr. Reimann, es wird vielfach kritisiert, dass zur Finanzierung des Transformationsfonds ausschließlich gesetzlich Versicherte herangezogen werden. Welche weiteren Personengruppen sollen an der Finanzierung beteiligt werden und welche finanziellen Auswirkungen vor allem hätte das? Hätten Sie einen Vorschlag, wie das umgesetzt werden kann? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Reimann, bitte schön.

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage zur Finanzierung des Transformationsfonds. Um eins vorwegzusagen, es ist weder Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung noch der Private Krankenversicherung, diesen Krankenhausstrukturfonds auszufinanzieren. Das ist staatliche Daseinsfürsorge. Diese muss ausschließlich aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert werden. Wer über die Krankenhausstruktur bestimmen will, muss das auch finanzieren und auskömmlich finanzieren. Dem kommen die Länder aber nach wie vor nicht nach. Deswegen werden ja auch heute schon, lassen Sie mich das sagen, Gelder zweckentfremdet, nämlich zur Finanzierung des Krankenhauspersonals und der Sachkosten; die von den Krankenkassen vorgesehenen Betriebsmitteln werden dafür eingesetzt. Der Gesetzentwurf sieht jetzt vor, dass Beitragsmittel der Versicherten verwendet werden sollen. Wir halten das für falsch. Wenn man aber diesen Weg geht, und ich halte ihn für den falschen Weg, dann sollte man im Sinne der Fairness die Lasten auch gemeinsam tragen und breiter verteilen. Dazu gehört dann auch die private Krankenversicherung. Das sind etwa 10 Prozent aller Fälle, die in Kliniken auf Privatversicherte fallen. Eine Möglichkeit wäre, Aufschläge zu nehmen auf die Klinikrechnung. Das ist eine sehr einfache Lösung. Damit würden im Übrigen auch andere Kostenträger wie Unfallversicherung und auch ausländische Patientinnen und Patienten zu der Mitelaufbringung beitragen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Mende noch anderthalb Minuten, bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich hätte noch eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Wie bewerten Sie die aktuelle stationäre Versorgungssituation von Menschen mit schweren geistigen und körperlichen Mehrfachbehinderungen, also Menschen mit seltenen, komplexen und schwerwiegenden Gesundheitsstörungen deutschlandweit? Was sollte im KHVVG noch berücksichtigt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Doka. Sie sind online dabei. Bitte.

Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)): Herzlichen Dank für die Frage. Wir wünschen uns tatsächlich eine bessere Versorgung auch über die Versorgungsverträge. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ganz gute Vorschläge gemacht, wie solche Qualitätsverträge auch für die Krankenhäuser geschlossen werden. Das ist auch tatsächlich etwas, das derzeit praktisch schon in der Mache ist und wo es eben auch Beispiele gibt, dass es gut laufen kann. Diese Versorgungsleistungen sind tatsächlich noch entsprechend abzubilden. Bisher ist dieses Thema noch nicht so ganz in den Leistungsgruppen angekommen. Insofern würden wir uns tatsächlich wünschen, dass es da noch entsprechende Nachschärfungen gibt. Das ist aber wohl auch schon nach Presseverlautbarungen unseres Erachtens hoffentlich angegangen worden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Dr. Doka. Jetzt geht das Fragerecht an die Union und Dr. Pilsinger beginnt. Bitte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Vielen Dank für die Erteilung des Wortes. Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Krankenhausreform soll die wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser und die Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung bewirken. Wie beurteilen Sie den hier vorliegenden Entwurf mit Blick auf diese Zielsetzung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.



Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter. Vielen Dank für die Frage. Gerald Gaß, keine finanziellen Interessen. Ich möchte die Antwort zunächst mal auf die Phase bis zum Jahr 2027 richten, bis eine Vorhaltefinanzierung greift. Es ist ja bekannt, dass die Krankenhäuser derzeit unter einer wirklich massiven wirtschaftlichen Notlage leiden, dass die Erlöse, die aus den Landesbasisfallwerten erzielt werden können, nicht ausreichend sind, um die Kosten der Patientenversorgung zu decken. Das bestätigen das Institut der Wirtschaftsprüfer, der Krankenhaus Rating Report, Boston Consulting. Selbst Karl Lauterbach spricht davon, dass wir ein Systemversagen haben und dass die Landesbasisfallwerte nicht ausreichend sind. Das hat er sehr ausführlich bei uns beim Krankenhaushausgipfel dargelegt. Was passieren soll im KHVVG, ist für das Jahr 2024 eine volle Tarifrefinanzierung. Ich will zunächst noch voranschicken: Wir reden über eine Kostenerlöslücke von sechs Milliarden Euro im Jahr, die geschlossen werden müsste, um diesen Inflationsausgleich, der zurzeit als Basisdefizit auf den Krankenhäusern lastet, auszugleichen. Es soll in einem ersten Schritt eine Art voller Tariflohn ausgleich für das Jahr 2024 erfolgen. Der Minister selbst spricht davon, das seien mehrere Milliarden Euro. Es sind nach unseren Berechnungen nur 500 Millionen Euro. Also wenn tatsächlich mehrere Milliarden im Jahr 2024 kommen sollen, was wir begrüßen würden, müssten andere Schritte gegangen werden. Im Jahr 2025 und 2026 soll dann der volle Orientierungswert weitergegeben werden. Auch hier müssen wir darauf hinweisen, dass davon auszugehen ist, dass der volle Orientierungswert in den Jahren 2025 und 2026 sich wahrscheinlich gar nicht von der Grundlohnsammenentwicklung unterscheidet, weil er entsprechend durch das Statistische Bundesamt aktuell, und nicht nachlaufend auf die Inflationsrate Jahre 2022 und 2023 bezogen, berechnet wird. Unser Vorschlag ist deshalb ganz klar, die Inflationslücke zu schließen durch eine Vorschaltung einer Maßnahme, um die Landesbasisfallwerte im Jahr 2024 rückwirkend um zwei Prozent zu erhöhen. Das ist das Angebot, das der Minister schon mal gemacht hatte im Rahmen des Krankenzukunftsgesetzes. Das wären 1,4 Milliarden Euro, nur 1,4 Milliarden Euro Zusatzausgaben und dann in den Folgejahren 2025 und 2026 jeweils ein Prozent zusätzlich zu der normalen Erhöhung. Das sind

jeweils 700 Millionen. In Summe lediglich 2,8 Milliarden von einer Deckungslücke von 6 Milliarden. Das macht deutlich, dass wir als Krankenhäuser uns schon auch in der Verantwortung sehen, ein Stück weit natürlich durch Kostensenkung beizutragen. Aber ohne eine solche Maßnahme wird die kalte Marktberreinigung weitergehen und dann werden viele Krankenhäuser das Jahr 2027, wenn die Vorhaltefinanzierung wirken soll, die vielleicht nachher noch zu besprechen sein wird, nicht mehr erleben. Deshalb dringend diese Forderung von uns nach einer jetzt wirksamen Maßnahme.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und jetzt Kollege Sorge, bitte.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Dahnke von der Vebeto GmbH. Mich würde interessieren: Welche Konsequenzen erwarten Sie denn dadurch, dass das Bundesministerium für Gesundheit bis heute keine Bedarfs- und Auswirkungsanalyse des Gesetzentwurfs auf die deutsche Kliniklandschaft veröffentlicht hat? Und vor allen Dingen: Ist eine nachvollziehbare Auswirkungsanalyse aus Ihrer Sicht machbar?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahnke, Sie warten, dass ich Sie aufrufe. Jetzt.

Dr. Hannes Dahnke (Vebeto GmbH): Danke für die Frage. Keine finanziellen Interessen am Beratungsgegenstand. Ja, der Chef einer großen Krankenkasse hat letzte Woche gesagt, öffentlich, dass er das Gesetz nicht versteht, weil es so wahnsinnig komplex ist. Und genau bei so großer Komplexität kann man Probleme oft dann erst erkennen, wenn man sie simuliert. Jetzt hat Deutschland seit vielen Jahren eine sehr hohe Transparenz im Krankenhaussektor durch die Qualitätsberichte. Deswegen haben wir schon einige Simulationen in diese Richtung ange stellt. Man hört zum Beispiel immer wieder, alle sind für diese Reform. Und wenn man darunter versteht, dass die Reform dazu führt, dass nicht mehr jedes Krankenhaus alles machen soll, dass Dinge konzentriert werden sollen, Gelegenheitsversorgung unterbunden werden soll, dann zeigt unsere Simulation, dass das alleine möglich ist, wenn die Bundesländer stringent mit Leistungsgruppen



Krankenhausplanung machen. Nun koppelt das KHVVG diese Leistungsgruppen aber noch an die Krankenhausfinanzierung, an Mindestmengen, an die Anzahl der Fachärzte und vieles mehr. Das führt zu dieser offensichtlich hohen Komplexität. Es ergeben sich Anreize, die ohne eine Simulation schwer vorhersagbar sind. Ein Beispiel: Die Vorhaltefinanzierung setzt den Anreiz, wenn man bei 80 Prozent ist, die hat ja diesen Korridor zwischen 80 und 120 Prozent, und dann wenige Fälle hat, eher zu operieren, um nicht herunterzurutschen. Und wenn man viele Fälle hat, aber nicht über die 120 Prozent kommt, nicht zu operieren, obwohl man es vielleicht gut könnte. Mindestvorhaltezahlen an Leistungsgruppen zu koppeln, führt dazu, dass die Hüft-Endoprothetik mit Mindestfallzahlen belegt ist und dass man Strukturvorgaben hat, die Schulter-Endoprothetik aber nicht. Denn dafür gibt es keine Leistungsgruppe. Die landet in der allgemeinen Chirurgie als Leistungsgruppe. Auch die Probleme, die das KHVVG gerade in der Diskussion hat, für die Fachkliniken, die durch Besuche festgestellt wurden, haben wir im Mai in den Simulationen schon gesehen. Das heißt, um solche vielen Probleme zu finden, die durch diese Koppelung der Leistungsgruppen an etwas anderes als die Krankenhausplanung entstehen, kann man mit öffentlich zugänglichen Daten schon Simulationen machen, die helfen, diese Probleme zu erkennen. Das geht auch relativ kurzfristig. Da muss man nicht erst auf einen Grouper warten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke und Herr Monstadt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Meine Frage darf ich an die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, DGOU, an Herrn Prof. Dr. Pennig stellen. In der Leistungsgruppe spezielle Traumatologie wird im Rahmen des Gesetzentwurfes als Strukturvoraussetzung gefordert, dass eine Zulassung gemäß Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der DGUV [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung] vorliegen muss. Welche Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit von Verletzten sind hier zu erwarten? Danke sehr.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Pennig, bitte.

Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)): Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter Monstadt, vielen Dank für die Frage. Als Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie kann ich mich sowohl der Daten aus dem Traumaregister als auch der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung bedienen. Wir haben in der Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ festgestellt, dass viele Standorte nur Einzelfälle erbringen. Das ist aber einer Zentralisierung natürlich gegenläufig. Wir wünschen eine ähnliche Entwicklung wie bei der Zulassung für die Operationen beim Darmkrebs. Diese Leistungsgruppe ist nach unserer Auffassung spezifisch und mit der Simulation, die wir über das TraumaNetzwerk DGU und das TraumaRegister DGU durchführen, kommen wir auf etwa 350 Zentren mit einer hohen Fallzahl, was im Katalog der Leistungsgruppe hinterlegt ist. Dieses führt zu einem dazu, dass diese hochspezialisierten Eingriffe nur da durchgeführt werden, wo entsprechende Erfahrung und Expertise vorliegt. Die Erreichbarkeit, auch das haben wir simuliert, innerhalb von 40 Minuten stellt keine große Herausforderung dar in den Regionen in Deutschland. Gehen wir jetzt einmal zu dem Effekt auf die anderen Eingriffe, beispielsweise auf Volumenchirurgie wie Schenkelhalsbrüche beim älteren Menschen ein, dann muss man sagen, dass die Entlastung der anderen Kliniken, die diese Fälle erbringen können, entsprechend groß ist, sodass sie sich auf die wohnortnahe Versorgung dieser Patienten konzentrieren können. Das heißt, die Massenverletzung, wenn wir es mal so nennen dürfen, für den alten Menschen wird dadurch ebenfalls gesichert, weil dies in der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ landet. Dementsprechend sind wir der Meinung, dass wir beim Katalog, der hinterlegt ist, eine spezifische Leistungsgruppe haben, die eine Zentralisierung, so wie sie auch vom Gesetzgeber angestrebt und gewünscht ist, sicherstellt. Hierzu ist erforderlich, dass sowohl die Häuser mit Zulassung SAV als auch VAV [Verletztenartenverzeichnis] einbezogen werden, denn das beinhaltet unsere Simulation.



Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Danke schön und jetzt erneut Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Herrn Einzelsachverständigen Prof. Dr. Augurzky vom Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung in Essen. Wie wirken sich sinkende Fallzahlen sowie weiterhin steigende Personal- und Sachkosten, also konstant sinkende Erlöse auf die Finanzsituation der Krankenhäuser in Deutschland aus und welche Entwicklungen nehmen diese, wenn eine Krankenhausreform in dieser Legislaturperiode vom Deutschen Bundestag bzw. im Bundesrat nicht mehr beschlossen würde?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Augurzky, bitte. Sie sind auch online dabei.

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen): Ja, genau. Vielen Dank für die Frage. Prof. Augurzky, RWI Leibniz-Institut, keine finanziellen Interessen. Seit dem Jahr 2022 haben die Krankenhäuser sowohl ein Erlös- als auch ein Kostenproblem. Die Fallzahlen sind seit Corona deutlich geringer als 2019. Das heißt, sie haben auf der Erlösseite gewisse Einbußen. Und seit dem Krieg in der Ukraine haben wir die Energiekosten und auch sonstige Inflation, sodass auch auf der Kostenseite die Kosten zunehmen und auch die Löhne deutlich steigen, das heißt auch im Personalbereich. Es kommt dazu, dass wir auch eine deutlich gesunkene Arbeitsproduktivität haben. In der Summe, wenn Sie das fortschreiben in die folgenden Jahre und jetzt keine Reform unterlegen in dieser Fortschreibung, wird sich die Lage weiter verschlechtern, weil die Kosten deutlich stärker steigen als die Erlöse. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Könnten wir die Minute auf die nächste Runde mit drauf nehmen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Ja, das können wir so machen. Ich notiere das. Dann geht das Fragerecht jetzt an BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Karagiannidis von der Universität Witten/Herdecke fragen wollen. Das Gesetz sieht neben den 60 Leistungsgruppen, die auch in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen verwendet wurden, fünf zusätzliche Leistungsgruppen vor, die zwischen Bund und Ländern in den Eckpunkten zu diesem Gesetzentwurf vereinbart wurden. Warum ist es sinnvoll, diese Leistungsgruppen mit der Reform einzuführen? Was könnte der Weg sein, dies zu tun?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Leistungsgruppensystematik ist besonders wichtig für die Krankenhausreform. Wir hatten von Seiten der Regierungskommission ein deutlich feingranuläreres System vorgeschlagen mit 128 Leistungsgruppen. Diese 60 Leistungsgruppen plus die fünf, die jetzt noch hinzukommen sollen, haben den Sinn, dass sie zum einen die Strukturqualität sichern, aber zum anderen vor allen Dingen auch, dass die Fälle gerecht zugeteilt werden. Die 60 Leistungsgruppen ermöglichen es sicherlich nicht in dem Maße, wie die 128 Leistungsgruppen, die Fälle so gerecht zuzuteilen, wie wir uns das vielleicht manchmal wünschen würden. Deswegen sind diese fünf zusätzlichen Leistungsgruppen besonders wichtig. Neben der speziellen Leistungsgruppe „Traumatologie“ sehe ich insbesondere die „Notfallmedizin“ als besonders wichtig an, weil wir da in Deutschland doch mehr Strukturqualität einführen müssen, als wir es im Moment haben. Ich glaube, in den nächsten Jahren wird der Notfall noch mehr zum Normalfall, als er es im Moment schon ist. Deswegen glaube ich, dass es wichtig ist, dass wir uns auf diese Leistungsgruppen bei der Einführung konzentrieren.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Dahmen, bitte weiter.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde den



Einzelverständigen Herrn Prof. Dr. Karagiannidis gerne weiterfragen wollen. Was halten Sie von der Ausgestaltung der Förderkriterien des Transformationsfonds im Gesetz?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, bitte. Fahren Sie fort.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Der Transformationsfonds ist sicherlich ein Schlüssel für die Strukturreform in Deutschland. Ganz wesentlich und gut gelöst ist sicherlich, dass finanziert wird, dass wir eine Zentralisierung bekommen, dass Standorte zusammengelegt werden können. Kritisch sehe ich eher, dass man Verbünde fördert und das Ganze noch über Telekonsile macht, weil es, glaube ich, aus klinischer Sicht besonders wichtig ist, dass am Patienten der Arzt auch wirklich verfügbar ist. Das kann man aus dem Klinikalltag heraus sagen. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir darüber hinaus in den Strukturfonds aufnehmen, dass wir auch energieeinsparende Maßnahmen fördern. Das bedeutet Dämmung von Krankenhäusern. Das bedeutet so etwas wie Photovoltaik. Das wird sich auszahlen in den nächsten zehn Jahren. Und was, glaube ich, im Zusammenhang insbesondere mit der genauso wichtigen Notfallreform zu sehen ist, ist, dass wir auch die integrierten Notfallzentren fördern sollten im Rahmen des Strukturfonds.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Dahmen, bitte.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne weiter den Einzelverständigen Prof. Dr. Karagiannidis fragen wollen. Die Bundesregierung hat den Aktionsplan „Gesundheit rund um die Geburt“ unlängst verabschiedet. Teil dieses Maßnahmenpakets ist auch die Besserung der Betreuung von Mutter und Kind durch Hebammen in den wesentlichen Phasen der Geburt. Die Fachverbände schlagen seit längerer Zeit das Konzept des hebammengeführten Kreißsaals in Geburtskliniken vor. Wie könnte dies noch sinnvoll im Gesetz verankert werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Ja, ich glaube, im Vordergrund der Reform muss ja ganz klar die Qualität stehen. Die 120 Millionen Euro, die im Moment ausgeschüttet werden oder ausgeschüttet werden sollen für die Geburtshilfe, spiegeln vielleicht nicht immer zwingend eine Ausschüttung nach Qualitätsrichtlinien wider, sondern sicherlich nach der Verteilung der Geburtshilfen in Deutschland. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir dahin kommen, dass wir endlich Gelder mal nach Qualität ausschütten. Was da sicherlich ganz im Vordergrund steht, ist der hebammengeführte Kreißsaal. Es gibt sehr gute Vorarbeiten vom Hebammenverband dazu, wie ein solcher hebammengeführter Kreißsaal aussehen kann. Das Ganze ist risikoauditert. Ich glaube, es würde Sinn machen, den Gemeinsamen Bundesausschuss damit zu beauftragen, eine Richtlinie zu erstellen, wie der hebammengeführte Kreißsaal auf Grundlage dessen, was schon besteht, aussehen kann. Ich würde empfehlen, die Gelder mehr anhand des Hebammenkreißsaals und anhand der Qualitätskriterien auszuschütten als mit der Gießkanne über alle Krankenhäuser.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Dahmen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde weiter den Einzelverständigen Prof. Dr. Karagiannidis fragen wollen. Das Gesetz sieht als Bezugsjahr zur Vorhaltekalkulation Jahre in der Zukunft vor. Warum könnte das ein Problem werden? Was könnten Alternativen dazu sein?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Momentan steht im Referentenentwurf, dass die Vorhaltevergütung kalkuliert werden soll anhand der Fallerbringung der Jahre 2025 und 2026. Ich sehe das insgesamt kritisch, weil wir damit natürlich einen sehr starken Anreiz setzen für



die Krankenhäuser, möglichst viel stationär zu erbringen und möglichst wenig ambulant, weil wir natürlich damit unser Vorhaltebudget perspektivisch steigern würden für das Jahr 2027. Das läuft dem Trend, den wir gerade sehen wollen, dass mehr ambulantisiert wird, völlig entgegen. Deswegen würde ich empfehlen, als Bemessungsgrundlage die Jahre 2023 und 2024 zu nehmen und dann mit einem Korrekturfaktor zu belegen für das Jahr 2027. Insbesondere würde das auch Bundesländern zugutekommen, die schon diesen Weg gegangen sind, z. B. Baden-Württemberg, wo schon sehr auf Zentralisierung und Bettenabbau gesetzt wurde. Ich glaube, dass das insgesamt das gerechtere System wäre und wir gehen nicht so sehr in die Menge in den Jahren 2025, 2026, wie dies zu befürchten ist auf Grundlage des aktuellen Referentenentwurfs.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde weiter gerne den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Gerlach fragen wollen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sieht die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch an anderen Stellen als an als Level-Ii-Kliniken bekannten Stellen vor. Warum ist das erforderlich? Welche Regelungen und Befugnisse für diese Einrichtungen sollten gegebenenfalls im Gesetz noch zusätzlich ergänzt werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main): Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Grundidee ist natürlich gut, sektorenübergreifende Versorgung zu fördern - in Deutschland übrigens lange überfällig. Wir sind ein Land, wenn man von außen auf uns schaut, was besonders stark sektoriert ist. Wir haben eine riesige dicke Mauer zwischen den Sektoren, zwischen Kliniken und Praxen. Es ist in zahlreichen Vergleichsstudien nachgewiesen, dass die Koordination, gerade auch für ältere, mehrfach Erkrankte, chronisch Kranke bei uns besonders schlecht ist, dass außerdem zu viele Bürgerinnen

und Bürger zu oft und zu lange im Krankenhaus sind. Das belastet das Personal, das belastet die Patienten und übrigens sind die Ergebnisse nicht besser. Wir haben einen riesigen Nachholbedarf bei der Ambulantisierung insgesamt. Deshalb sind die Chancen, die wir da eröffnen mit sektorenübergreifenden Versorgern natürlich sehr gut, weil wir haben Interdisziplinarität - Haus- und Fachärzte arbeiten zusammen. Wir haben Interprofessionalität - Ärzte, Pflegekräfte, MFAs, VEHRAs [Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis], Physiotherapeuten können hier unter einem Dach zusammenarbeiten. Es ist auch gut, dass hier an die Pflege gedacht wurde. Wie man das umsetzt, ist eine andere Frage. Es gibt aber auch Probleme und Risiken, worüber die Abgeordneten bei der Entwicklung des Projektes oder des Gesetzes noch darüber nachdenken sollten. Wir wissen aus praktischen Beispielen, zum Beispiel aus Templin, dass es eine Vielzahl von Stellschrauben gibt im Ordnungs- und Leistungsrecht, die mitgedreht werden müssen, damit sowas praktisch funktioniert. Ich will nicht auf alle Details eingehen, aber einen Punkt hervorheben. Nach § 116a ist vorgesehen, dass nahezu flächendeckend, also überall dort, wo es keine Zulassungsbeschränkungen gibt, eine Zulassung zur hausärztlichen Versorgung stattfinden kann oder soll. Das geht mit einigen Gefahren einher, die Sie sich deutlich vor Augen führen sollten. Erstens könnte es eine Scheinlösung geben, ein Etikettenschwindel, wo hausärztliche Versorgung draufsteht, aber Rosinenpickerei stattfindet. Es wird außerdem so sein, wenn Kardiologen, Gastroenterologen im Niedrigprävalenzbereich der ambulanten Versorgung tätig werden, dann kann das nur in Überdiagnostik und Übertherapie enden, wenn man das nicht entsprechend adaptiert. Deshalb wäre es fahrlässig, das einfach so zu öffnen. Man macht die Türen auf und dann kann der Chefarzt aus der Kardiologie mit weißem wehenden Kittel Hausbesuche machen. Nein, ich würde Ihnen vier Regelungen vorschlagen, über die man nachdenken könnte oder sollte. Erstens: Man sollte über eine Leistungsgruppe „Hausärztliche Versorgung“ nachdenken und diese definieren. Was ist das? Dazu würde gehören: Hausbesuche, Pflegeheimversorgung, Langzeitversorgung chronisch Kranker und übrigens auch das, was der Kollege Prof. Dr. Groening eben vorgestellt hat, STATAMED, Stationäre Allgemeinmedizin, das muss definiert werden. Das ist mein erster Vorschlag. Zweitens: Es sollte zeitlich befristet



zugelassen werden und mit Routinedaten überprüft werden, ob das tatsächlich auch stattfindet. Drittens: Es sollte zwingend eine Kooperation mit bestehenden hausärztlichen Sitzen geben, um eine regionale Verzahnung sicherzustellen. Und viertens: Wie übrigens für die PVZ, die Primärversorgungszentren, die im ersten kursierenden Entwurf standen, vorgesehen, sollte das zunächst auf unterversorgte Regionen beschränkt sein. Dann kann man Erfahrungen sammeln und gegebenenfalls neu entscheiden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Prof. Dr. Gerlach. Vielen Dank allen, die ausgeführt haben. Jetzt geht das Fragerecht an die FDP. Prof. Dr. Ullmann, Sie haben das Wort.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. § 6a Absatz 4 Krankenhausgesetz bestimmt Ausnahmen, wann eine Leistungsgruppe in Abweichung vom in Absatz 1 Satz 1 geregelten Grundsatz durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde im Benehmen mit den Krankenkassen zugewiesen werden darf, auch wenn die vorgesehenen Qualitätskriterien nicht erfüllt sind. Können Sie uns näher erläutern, warum Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme für eine Einvernehmen-Regelung plädieren?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Stoff-Ahnis, bitte sehr.

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Ich habe keine finanziellen Hintergründe. Vielen Dank für die Frage. Die Regelung ist der Intention nach durchaus nachvollziehbar. Allerdings wird hier vorgesehen, dass für drei Jahre eine Gefährdung der Patientensicherheit in Kauf genommen wird, gerade in dünn besiedelten Regionen. Das ist aus unserer Sicht abzulehnen. Abzulehnen, weil es dauerhafte Ausnahmen nicht geben sollte, die sich auf die Qualität beziehen. Mal davon abgesehen, wird auch das Haus finanziert, als lägen alle Voraussetzungen positiv erfüllt vor. Das Gesetz regelt, dass 30 Minuten-Abstände erfüllt sein müssen und dass Leistungsgruppen innerhalb von 40 Minuten pauschal erreichbar sein sollen. Diese pauschale

Strukturierung macht aber keinen Sinn, weil die Leistungsgruppen durchaus unterschiedliche Komplexität, auch Planbarkeit ermöglichen. Für jede Leistungsgruppe sollte eine unterschiedliche Erreichbarkeitsanforderung gesetzt werden. Insofern ist unsere Ausrichtung, dass wir mindestens hilfsweise im Einvernehmen mit den Krankenkassen diese Regelung befristet aufnehmen sollten. Noch besser wäre es, wenn man Leitplanken definiert über den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Prof. Dr. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Schreyögg. Zur Bestimmung der Höhe der Vorhaltevergütung plant das BMG aktuell ein Korridormodell mit gleitenden Referenzjahren zu etablieren. Für das Jahr 2027 wird entsprechend das Jahr 2025 als Indexjahr festgelegt und fortfolgend. Erscheint es in Ihren Augen sinnvoll, ein Referenzjahr zu verwenden, in dem noch im DRG-System bestehende Fehlanreize vollumfänglich bestehen? Und konkret: Wird das künstlich generieren von Fallzahlen und damit den Fehlanreizen des DRG-Systems im Jahr 2025 besonders stark ausfallen, um eine möglichst hohe Vorhaltevergütung zu erwirken?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Schreyögg, bitte.

Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg): Besten Dank. Keine Interessenkonflikte. Auch wenn das Korridormodell insgesamt sinnvoll erscheint, um eine mögliche Mengenausweitung zu begrenzen, setzt es in seiner Umsetzung eben doch Anreize, die Ambulatisierungsbemühungen zu konterkarieren. Das ist deshalb der Fall, weil das Referenzjahr für die 20-Prozentregelung in der Zukunft liegt. Das heißt, Krankenhäuser werden versuchen, bei der Einführung des Korridormodells, das ja dann 2027 oder später sein wird, ihr stationäres Fallzahlvolumen stabil zu halten oder sogar zu erhöhen. Das heißt, es kann sein, dass wir Gefahr laufen, tatsächlich so etwas wie eine Mengenentwicklung wieder zu bekommen. Es geht hier um relativ



viel Geld. Deswegen werden wir sehen aus meiner Sicht, dass die Ambulatisierungsbemühungen der Krankenhäuser wahrscheinlich sogar zum Erliegen kommen bei dieser Regelung. Deswegen empfehle ich, um diese Fehlanreize zu beseitigen oder gar nicht erst aufkommen zu lassen, das Indexjahr, das Referenzjahr in der Vergangenheit zu wählen. Das heißt, 2023 wäre hier gut, denn 2024 ist noch nicht zu Ende oder ein Durchschnitt aus 2023 und 2024. Danke schön.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie. Hier ist die Frage: Obwohl die Einführung der Leistungsgruppe Infektiologie grundsätzlich einen positiven Effekt auf die Versorgungsverbesserung haben wird, wird immer wieder die fehlende praktische Umsetzung kritisiert. Bitte erläutern Sie in Kürze die mit der aktuellen Planung einhergehenden Probleme für die Leistungsgruppe Infektiologie und skizzieren Sie bitte mögliche Lösungsansätze.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Sander, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Leif Erik Sander (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)): In der Tat begrüßt die DGI, die Gesellschaft für Infektiologie, prinzipiell das Reformvorhaben und auch die Einführung der Leistungsgruppe, weil in der Tat die Versorgungsqualität in Deutschland verbessert wird, insbesondere für Patienten mit komplexen infektiologischen Krankheitsbildern. Allerdings sind im aktuellen Entwurf momentan sowohl personelle als auch strukturelle Voraussetzungen genannt, die in kleinen Details momentan die praktische Implementierung und Umsetzung erheblich erschweren. Die Details haben wir in einer schriftlichen Stellungnahme auch dem Ausschuss zukommen lassen. Das würde jetzt lange dauern, die Tabelle durchzugehen. Aber im Prinzip geht es hier um Facharztstandards und um die Qualifikationen. Um sicherzustellen, dass diese an den jeweiligen Standorten, die eine qualifizierte infektiologische Versorgung gewährleisten und dann auch eine Leistungsgruppe

Infektiologie vorhalten sollten, dass die das auch umsetzen können. Das bezieht sich vor allen Dingen auf die Vorhaltung von Fachärzten oder Leistungsgruppen anderer Qualifikationen, die in der Verknüpfung nicht in allen Punkten sinnvoll erscheint. Das zunächst an dieser Stelle.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Herr Prof. Dr. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Hier geht es um die Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Wie bewerten Sie die vorge-sehene Abkehr von der Einzelprüfung hin zu einer Stichprobenprüfung mit Blick auf die potenzielle bürokratische Entlastung und die potenziellen Mehrkosten für das GKV-System?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Stoff-Ahnis, bitte.

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für diese Frage. Die Rechnungsprüfungsmöglichkeit ist durch das MDK-Reformgesetz bereits für die Krankenkassen erheblich reduziert worden – um die Hälfte, voraussichtlich eine Milliarde Euro, zahlen gesetzliche Krankenkassen seither zu viel. Die Einführung von Stichprobenprüfungen wäre ein weiterer Einschnitt in die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten zu können. Insofern drohen erhebliche Mehrbelastungen durch die Einführung der Stichprobenprüfung. Deshalb lehnen wir diese Regelung klar ab. Es wird der Anreiz geschaffen, durch Stichprobenprüfungen falsche Rechnungen zu stellen. In 2014 sind die Stichprobenprüfungen auch schon mal abgeschafft worden, denn sie waren wirkungslos und sie waren sehr bürokratisch mit vielen Rechtsunsicherheiten berührt. Aus diesem Grunde haben wir gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft uns positioniert. Wir fordern gemeinsam, dass das bestehende System beibehalten wird. Wir schlagen auch weitere Entbürokratisierung vor, und zwar ganz konkret, dass man Rechnungsaufschläge vereinheitlicht, erstens. Dass man zweitens das Vorverfahren stärkt, um die Möglichkeit der Klärung herbeizuführen und drittens, dass die Prüfzyklen bei der



Strukturprüfung verlängert werden. Als GKV-Spitzenverband könnten wir uns auch 10 Prozent Prüfquote auf alles vorstellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Die letzten paar Sekunden schlage ich bei der nächsten Runde mit drauf. Jetzt geht es weiter mit der AfD. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank für das Wort. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Rottleb. Sie sind Geschäftsführer eines kommunalen Gesundheitszentrums mit etwa 1 000 Mitarbeitern und 400 Betten. Welche Chancen und Risiken sehen Sie für ein mittleres Krankenhaus ähnlich dem Ihren im vorgelegten Gesetzentwurf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Rottleb, bitte.

Dr. René Rottleb (Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen): Ich habe keine finanziellen Interessen. Ich bin Geschäftsführer des Gesundheitszentrums Bitterfeld-Wolfen. Ich möchte an der Stelle sagen, ich stehe hier als Vertreter eines Krankenhauses, das durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sehr exzellent vertreten wird. Ich danke auch Herrn Gaß sehr für das Engagement, was hier auch mit der Stellungnahme erbracht worden ist. Ich möchte gerne aus Sicht eines konkreten Hauses hier ein Stück weit auch das Bild vervollständigen. Wir warten erstmal zunächst, und deshalb begrüßen wir auch sehr diese Leistungsgruppen-Methodik, eine viel klarere Herausstellung unseres Profils. Wir sind momentan in Sachsen-Anhalt im Krankenhausplan eingetragen mit einer „Inneren Medizin mit einem geriatrischen Schwerpunkt“, mit einer „Allgemeinchirurgie mit einem unfallchirurgischen Schwerpunkt“, mit einer „Allgemeinchirurgie in der Pädiatrie, HNO, Gynäkologie und Geburtshilfe“ und mit einer Notfallstufe 2. Meine leistungsstärkste Abteilung in Bitterfeld-Wolfen ist die Kardiologie mit 4 500 Behandlungsfällen und zwei Herzkatheter-Laboren. Wir tauchen in dem Gutachten, das das Land Sachsen-Anhalt in Auftrag gegeben hat, als eines der Krankenhäuser auf, die als Grund- und Regelversorgung besonders viel kardiologische Leistungen erbringen. Ich habe mich immer gefragt bei der Vorstellung des Gutachtens,

was man damit zum Ausdruck bringen will. Letztendlich bin ich froh, dass diese neue Logik der Leistungsgruppen uns die Möglichkeit gibt, natürlich die Leistungsgruppe „Kardiologie“ und auch die Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ entsprechend zu beantragen, hoffentlich auch zugesprochen zu bekommen und dann viel deutlicher auch herausgestellt zu bekommen, wie die Leistungsfähigkeit des Hauses ist. Ich glaube auch, dass uns diese Leistungsgruppen-Methodik deutlich mehr Flexibilität in der Ausgestaltung der Versorgung gibt. Ich begrüße in dem Zusammenhang auch ausdrücklich auch die Idee oder den Vorschlag, hier eine Leistungsgruppe „Hausärztlicher Versorgung“ einzuführen. Das finde ich tatsächlich eine brillante Idee, weil wir auch in dem Gebiet tätig sind, das hausärztlich stark unterversorgt ist, wo wir auch sehr stark in den ambulanten Bereich dringen mit dem Engagement unseres Medizinischen Versorgungszentrums und insofern ohnehin ein hohes Interesse haben, hier gute Möglichkeiten zu haben, ambulante und stationäre Versorgung miteinander zu verbinden. Das größte Risiko, was ich sehe, Herr Gaß hat es schon angesprochen, sind die nächsten drei Jahre. Die Frage, wie wir eigentlich die Zeit bis zum Jahr 2027 wirtschaftlich überleben sollen. 80 Prozent der Krankenhäuser machen Defizite. Wir gehören auch dazu. Das muss man einfach hier auch so an der Stelle sagen. Ich musste meinen Gesellschafter in diesem Jahr zum ersten Mal, obwohl das Haus bis jetzt eine sehr gesunde wirtschaftliche Entwicklung genommen hat, um den Zuschuss von 2 Millionen Euro bitten. Wir wissen, dass wir auch in den nächsten Jahren, wenn sich hier in der Finanzierung nichts ändert und wenn sich tatsächlich auch die Bundesregierung nicht bewegt, auch unseren Gesellschafter um Zuschüsse bitten müssen. Was für mich als Geschäftsführer ein bisschen eigenartig ist, weil wir eine klare gesetzliche Regelung in Deutschland haben, wie Versorgung zu finanzieren ist. Es fällt mir ehrlich gesagt auch als Bürger dieses Landes sehr schwer, als Geschäftsführer meinen Gesellschafter hier um öffentliche Mittel bitten zu müssen für eine Leistung, deren Finanzierung ganz klar geregelt ist. Letztendlich sehe ich auch ein gewisses Risiko in der Ausgestaltung einzelner Aspekte. Das sage ich ganz klar. Das ist zum einen so: Es resultiert das Beispiel aus einem anderen Gesetzesvorhaben, nämlich dem Transparenzgesetz und dem daraus resultierenden Bundesklinikatlas, wo ich



plötzlich einem Standort, einem Chemiestandort in Ostdeutschland, wenn ich dort nach einem Krankenhaus suche, an der Postleitzahl eines Chemiestandortes, im Einzugsgebiet von 150 000 Menschen ich als erstes Krankenhäuser in Halle und Leipzig präsentiert und ein Krankenhaus mit 400 Betten und fast 15 000 Behandlungsfällen im Jahr erscheint an Position elf. Das empfinde ich als großen Strickfehler. Ich fürchte, dass wir im Detail damit zu rechnen haben, dass solche Webfehler auch im aktuellen Gesetzentwurf gibt, und dass die Umsetzung im Detail ein Stück weit noch gewisse Hürden mit sich bringt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Jetzt bleibt noch Zeit für eine kurze Frage. Bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht noch mal an Dr. Rottlieb. Ziele des Gesetzentwurfes sind Entökonomisierung, Existenzsicherung, Entbürokratisierung und Spezialisierung. Bezogen auf ein Gesundheitszentrum Ihrer Größe: Erreicht der Entwurf diese Ziele und welche Effekte hat dieser Gesetzentwurf? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Bitte, Herr Dr. Rottlieb.

Dr. René Rottlieb (Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen): Das Thema Entökonomisierung ist für mich ehrlich gesagt nicht erkennbar. Wir reden über die Einführung von teilweise leistungsneutralen Vorhaltepauschalen. Das erhöht entweder den Druck auf leistungsstarke oder auf leistungsschwache oder sogar auf alle Kliniken. Irgendwo muss der variable Anteil auch finanzierbar sein. Ich sage mal: Als einzelnes Haus müssen wir in der Lage sein, unsere Kosten zu erwirtschaften, und zwar sowohl unsere Sachkosten als auch unsere Personalkosten. Da kann ich nicht so richtig erkennen, wo die Entökonomisierung stattfinden soll, solange wir sogar neue Finanzierungsinstrumente überlegen. Wir haben gerade in einem schwierigen Prozess mit den Krankenkassen das Thema Pflegebudget bearbeitet. Ich bin froh, dass es jetzt gelöst ist, dass wir ein gutes Pflegebudget haben. Aber das war eine Mammutaufgabe, die sehr viel Verhandlungsbedarf hatte. Meine Befürchtung ist ehrlich gesagt, dass das uns mit dem Vorhaltebudget wieder bevorsteht, und dass uns das nicht wirklich guttun könnte.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt müssen Sie zum Schluss kommen. Einen Schlusssatz, wenn Sie möchten.

Dr. René Rottlieb (Bitterfeld/Wolfen): Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dann geht das Fragerecht jetzt an die Gruppe Die Linke. Es fragt Ates Gürpınar, der heute seinen 40. Geburtstag mit uns allen gemeinsam feiert. Herzlichen Glückwunsch! Alles Gute! Jetzt beginnt die Fragezeit.

Abg. **Ates Gürpınar** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank, Frau Dr. Kappert-Gonther, für die Wünsche und die Erteilung des Wortes. Vielen Dank für die Möglichkeit, Ihnen Fragen zu stellen. Meine erste Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Laura Valentukeviciute vom Bündnis Klinikrettung. Das Vorbild für die Leistungsgruppen ist die Schweiz. Dort wurde dieses System 2011 bereits eingeführt. Sie haben sich die Auswirkungen dort genauer angesehen. Welche Erfahrungen wurden in der Schweiz gemacht, von denen wir lernen könnten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Valentukeviciute, bitte.

Laura Valentukeviciute (Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB)/Bündnis Klinikrettung): Danke schön. Ich bin die Sprecherin des Bündnis Klinikrettung. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Danke für die Frage. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass die Leistungsgruppen als Schließungsinstrument dienen und führen zu zahlreichen Gerichtsprozessen dort, die sich über Jahre hinziehen. Das ist schwer, die Personalplanung enorm. Nur ein Beispiel: Im Kanton Basel wurden mehreren Krankenhäusern viele Leistungsgruppen entzogen. Einem Klinikum wurden elf von 18 Leistungsgruppen entzogen. Das Klinikum klagte dagegen und in der letzten Instanz, dem Bundesverwaltungsgericht, bekam es Recht. Die Leistungsgruppen, die es zuvor hatte, bekam es auch wieder anerkannt. Das heißt, es konnte diese wieder anbieten. Dieses ganze Procedere der juristischen Auseinandersetzung und Unsicherheit dauerte fast drei Jahre. Die Planung der Gesundheitsversorgung



wurde dadurch nicht verbessert, sondern enorm destabilisiert. In Nordrhein-Westfalen herrscht bereits jetzt die große Planungsunsicherheit wegen der Leistungsgruppen. Die mit der Reform einhergehenden Zentralisierung wird von der Regierung verharmlost. In Dänemark, das hierzulande gerne als Vorbild für die Zentralisierung in Deutschland herangezogen wurde, gibt es wieder Bestrebungen, die sogenannten Nahversorgungs-/Nahkrankenhäuser aufzubauen, weil die wohnortnahe Versorgung durch die Zentralisierung kaputt gemacht worden ist und nicht mehr ausreicht. Deswegen unser Plädoyer als Bundesklinikrettung: Schauen Sie auf die Schweiz, schauen Sie nach Dänemark und lernen Sie aus den Fehlern. Wir brauchen natürlich eine Reform. Aber die richtige Reform wäre die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung mit demografischer Bedarfsplanung. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Gürpınar, bitte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank. Die zweite Frage richtet sich an Dr. Peter Hoffmann vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Wir haben es eben schon gehört. Minister Lauterbach spricht gern und viel davon, dass die geplante Vorhaltefinanzierung eine Entökonomisierung der Krankenhäuser und die Überwindung der Fallpauschalen bringen würde. Wie bewerten Sie die Regelungen zur Vorhaltevergütung wie sie jetzt im Gesetzentwurf stehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hoffmann, bitte.

Dr. Peter Hoffmann (Bündnis Krankenhaus statt Fabrik): Vielen Dank. Ich habe keine finanziellen Interessen. Die Idee einer Vorhaltefinanzierung hatte aus guten Gründen sehr viel Zuspruch und Zustimmung gefunden, weil wir alle damit die Hoffnung verbunden haben, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser, insbesondere kleine, dadurch finanziell eine gesicherte Basis haben könnten. Dass dem immer noch zugestimmt wird, liegt aber offensichtlich daran, dass die Öffentlichkeit nicht gemerkt hat, dass unter dem Etikett „Vorhaltevergütung“ ein Schwindel stattgefunden hat und die Vorhaltekosten, die Bemessung der Vorhaltevergütung im Grunde Zwilling des Fallpauschalen-Systems

sein wird, wenn sie nicht - und das wäre mein Appell - noch einmal radikal verändert wird. Denn die Höhe der Vorhaltevergütung wird sich am Ende, sofern die Krankenhäuser in ihren Leistungsgruppen überhaupt die Mindestfallzahlen erreichen, da sind wir wieder beim Problem kleiner Krankenhäuser auf dem Land, an der Fallzahlen und an der Fall schwere und damit im Grunde dieselben Fehler wiederholen, dieselben Fehlansätze unterstützen, die das Fallpauschalen-System hat. Mein Appell: Verändern Sie die Vorhaltefinanzierung. Die Grundidee ist gut. Aber es muss, das wird von anderer Seite gefordert, eine bedarfsorientierte und fallzahlenunabhängige Finanzierung sein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt geht das Fragerecht an die Gruppe BSW. Herr Hunko, bitte.

Abg. **Andrej Hunko** (Gruppe BSW): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Prof. Dr. Schrappe. Herr Prof. Dr. Schrappe als ehemaliger stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates der Bundesregierung, Klinikleiter und Vorstandsmitglied vieler Fachgesellschaften: Können Sie vielleicht kurz zusammenfassen, was Ihr Blick auf das sogenannte KHVVG ist, also die sogenannte Lauterbach'sche Krankenhausreform?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Schrappe, bitte.

Prof. Dr. Matthias Schrappe: Sehr geehrte Frau Vorsitzende. Keine Interessen finanzieller Art. Universität Köln. Sehr gerne nehme ich dazu Stellung. Wenn ich mir das anhöre - das ist der Vorteil, am Ende zu Wort zu kommen - sehr viele Detailfragen, aber die Kernfragen sind nicht adressiert. Die Kernfrage ist: Worum handelt es sich? Unser Problem, unsere Personalknappheit, unsere Qualitätsprobleme, unsere Koordinationsprobleme, wie Ferdinand Gerlach es richtig sagte, hängen an der Sektoringthematik. Diese Krankenhausreform greift das nicht an. Auch die § 115g-Reform ist letztendlich gefangen im sektoralen Finanzierungsverbot. Insofern ist das ein Ansatz in diesem Gesetzentwurf, der uns nicht fortbringt. Es ist ein rückwärts-gewandter Entwurf. Die Folgedinge wie zum Beispiel, dass an Leistungsgruppen



Qualitätsvergleiche geknüpft sind, entbehren jeglicher fachlicher Basis. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Ich darf alle trösten. Wir sind gerade beim Bergfest dieser Anhörung. Wir haben genau eine Stunde hinter uns und eine Stunde kommt noch. Jetzt geht das Fragerecht wieder an die SPD. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Dr. Johna vom Marburger Bund. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, dass das von der Bundesärztekammer erarbeitete Personalbemessungsinstrument zur aufgaben- und patientengerechten Personalausstattung in der vorliegenden Reform in allen Abteilungen verbindlich eingesetzt werden soll. Könnten Sie uns bitte erläutern, warum Sie das für erforderlich halten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Johna.

Dr. Susanne Johna (Marburger Bund – Verband der Angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands Bundesverband): Vielen Dank für die Frage, verehrte Vorsitzende. Wir sind der festen Überzeugung, dass ärztliche Personalbemessung am Ende eben auch wichtig ist, genau wie die pflegerische Personalbesetzung wichtig ist, denn es sind am Ende Menschen, die Medizin machen für andere Menschen. Das ist das entscheidende Qualitätskriterium: ausreichendes Personal in ausreichender Qualifikation. Das ist entscheidend. Deswegen hat sich die Bundesärztekammer schon 2019 auf dem Weg gemacht, ein ärztliches Personalbemessungssystem zu entwickeln, was sehr kleinteilig und tatsächlich alle ärztlichen Aufgaben berücksichtigt, aber nicht wie die PPR 2.0 täglich angewendet werden soll, sondern in größeren Abständen und dann transparent darstellen soll, wie viel Ärzte bräuchte die Abteilung oder jetzt dann eine Leistungsgruppe und wie viel hat sie tatsächlich?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Sachverständige Prof. Dr. Hasseler. Was bedeutet es insbesondere für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, wenn durch die dringend notwendige Krankenhausstrukturreform die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten verringert werden? Welche Anforderungen an die Nachversorgung im ambulanten Bereich und an das Entlassmanagement stellen sich dadurch?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Hasseler, bitte.

Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften): Vielen Dank für diese Frage. Ich denke, dass nicht berücksichtigt wird, dass wir eine relativ schlechte nachstationäre Versorgung eben auch haben. Es gibt Versorgungslücken aufgrund der fehlenden Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Pflege und den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und dann eben auch Krankenhäusern. Wenn also ältere, multimorbid erkrankte Menschen aus dem Krankenhaus entlassen werden und sie zum Beispiel Bedarfe haben in der Wundversorgung, Medikation, Vitalparameter messen usw., müssen sie oft hochschwellig Praxen aufsuchen. Des Weiteren wird auch nicht berücksichtigt, dass die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sehr, sehr strukturiert und sehr kleinteilig aufgebaut ist und sehr häufig ambulante Pflegedienste eben die häusliche Krankenpflege nicht mehr anbieten, weil es sich wirtschaftlich entsprechend auch nicht lohnt. Deswegen ist auch die Gefahr da, dass die Menschen unterversorgt sind nach der Krankenhausentlassung oder auch Menschen, die keinen Pflegegrad haben und auch nicht mal in die SGB XI Leistungen gar nicht erst versorgt werden. Was wir benötigen, ist definitiv ein niederschwelliger, zugehender Ansatz, beispielsweise von Community Health Nurses oder Public Health Nurses, die vom Entlassmanagement informiert werden, die dann per Hausbesuch eben die Gesundheitssituation und Gesundheitsversorgung erfassen können, mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen in Kontakt treten, dann die interprofessionelle Zusammenarbeit organisieren, bedarfsangemessen entsprechend auftreten, dass die § 37 SGB V Leistungen an die Community Health Nurses, Public Health Nurses übertragen werden und eben auch



dann die SGB V-Leistungen der Pflegefachberufe auch entsprechend nach SGB V finanziert werden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und Frau Rudolph, bitte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank. Dann springe ich wieder zu Dr. Groening und zur sektorenübergreifenden Versorgung. Und zwar würden wir gerne wissen, damit die Patientinnen und Patienten, für die die sektorenübergreifende Versorgung die richtige Adresse darstellt, auch dort landen, braucht es ja ein gut funktionierendes regionales Netzwerk, in das die umliegenden niedergelassenen Ärzte, die Pflegeheime, die Krankenhäuser, der Rettungsdienst und auch die KVen eingebunden sind. Solche Netzwerke entstehen ja nicht ganz von alleine. Hätten Sie für uns einen Vorschlag, wo diese Aufgabe angesiedelt, wie sie organisiert und wie sie finanziert werden könnte? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Groening, bitte sehr.

Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand): Meiner Überzeugung nach müsste dieser Netzwerkaufbau bei den intersektoralen Versorgungszentren angesiedelt sein, denn es geht ja darum, dass in diese intersektoralen Versorgungszentren, die ja keine Notaufnahme haben und der Patient nicht selbstständig kommen kann, eine ganz enge Vernetzung mit den Leistungserbringern, die Sie gerade genannt haben, stattfindet. Nur dieses intersektorale Versorgungszentrum wird einen Überblick darüber haben. Das merken wir jetzt im Projekt eben auch. Welcher ärztliche Kollege, welcher Pflegedienst, wer kooperiert, wer hat welche Fragen? Diese Netzwerkbildung ist sehr zeitaufwendig, sehr intensiv, aber auch sehr fruchtbar, muss man sagen. Es ist möglich. Man muss eben nur sehr viel Zeit und Ressourcen investieren. Vor allem müssen alle wissen, welcher Patient kann in dieses intersektorale Versorgungszentrum und welcher muss auf das höhere Versorgungslevel. Weil ich jetzt auch die Erfahrung gemacht habe, dass auch die niedergelassenen Kollegen begeistert werden müssen, denke ich, dass auch die niedergelassenen Kollegen für diese regelmäßige

Kontaktaufnahme, für die Zuweisung zum intersektoralen Versorgungszentrum auch eine regelhafte Vergütung erhalten müssen. Das ist in der ambulanten Versorgung wohl. Aber man muss auch berücksichtigen, dass auch die Kliniken einen sehr hohen Aufwand betreiben, das intersektorale Zentrum, dieses Netzwerk zu pflegen. Das müsste auch in irgendeiner Form, denke ich, vergütet werden. Aber diese Netzwerkvergütung ist wirklich notwendig.

Die **amtierende Vorsitzende**: Das reicht, Danke.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Wer sollte den Hut aufhaben? Die Organisation?

Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand): Das intersektorale Zentrum selbst. Die Leitung dieses Zentrums.

Die **amtierende Vorsitzende**: Okay, danke sehr. Frau Stamm-Fibich, bitte.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht auch an die Einzelsachverständige, Frau Prof. Dr. Hasseler. Ich möchte zum Thema Pflege im Krankenhaus kommen. Gibt es aus Ihrer Sicht Regelungen zur Krankenhauspflege, die zwingend im KHVVG getroffen werden sollten und die nicht in das Pflegekompetenzgesetz verschoben werden können? Könnten Sie uns bitte auch begründen, warum Sie das für erforderlich halten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Hasseler, bitte sehr.

Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften): Vielen Dank für diese Frage. Ich bedauere es sehr, dass jetzt die Pflegefachberufe in der Krankenhausreform nicht berücksichtigt werden. Es macht rein logisch eigentlich auch gar keinen Sinn. Es macht aber aus meiner Sicht strategisch auch keinen Sinn, die Pflegefachberufe im Krankenhaus in das Pflegekompetenzgesetz einfach auch zu verlagern. Ich finde es auch sehr bedauerlich, dass bestimmte Aspekte, die in Stellungnahmen der Regierungskommission



formuliert waren, zur Förderung der Pflegefachberufe im Krankenhaus nicht übernommen worden sind. Das hätte total viel Sinn gemacht, meiner Meinung nach. Ich muss nebenbei noch höflich auf etwas aufmerksam machen. Es wird fälschlicherweise im Entwurf immer von der „Pflegekraft“ gesprochen. Pflegekräfte gibt es als Berufsbezeichnung nicht, das vielleicht noch mal nebenbei. Das Pflegekompetenzgesetz ist zu 80 Prozent eine Reform des SGB XI und nur ganz wenig SGB V-Leistung. Es berücksichtigt die Krankenhäuser in kaum irgendeiner Weise. Es regelt nicht die Kompetenz, den Scope of Practice, unterschiedliche Qualifikationen und Kompetenzniveaus. Es hat zum Beispiel die Advanced Nurse Practitioner, die auch in einigen Stellungnahmen der Regierungskommission vorgesehen waren, nicht berücksichtigt. Das wäre aber hoch erforderlich gewesen, um die Krankenhausversorgung oder die pflegerische Krankenhausversorgung entsprechend zu unterstützen. Ich hätte sehr differenzierte Vorschläge, wie man die Pflegefachberufe eben auch mit in die Krankenhausreform übernehmen könnte. Die kann ich gerne auch entsprechend zu schicken. Aber ich meine, mein Plädoyer ist, noch mal in die Stellungnahmen der Regierungskommission zu gucken, um dann zu schauen, wo an welchen Stellen wäre dann die Advanced Nurse Practitioner auch gut entsprechend umzusetzen. Etwas möchte ich noch ergänzen. Die Qualität der Leistungen soll nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ohne die Leistung der Gesundheitsberufe oder Pflegefachberufe umgesetzt werden. Ich weiß, dass es nicht gewünscht ist, dass die Prozesskriterien der Pflegefachberufe in die Leistungsgruppen mit reingehen, aber die internationale Evidenz zeigt, dass es sehr wohl einen Unterschied gibt. Deswegen würde ich hier auch noch mal dafür plädieren, sich an internationalen Vorbildern zu orientieren, Prozesskriterien der Pflegefachberufe in die Leistungsgruppen zu integrieren. Die kann man aus den USA oder eben auch aus Dänemark entnehmen. Und ich würde definitiv vorschlagen, die pflegefachliche Versorgung in den Leistungsgruppen mit der Einführung internationaler Pflegefachsprache, NANDA, NIC und NOC, entsprechend zu überführen, denn die datengestützten Pflegeklassifikationen beschreiben eben auch das Wissen, die Evidenz, Interventionen und Outcomes der Pflegefachberufe und können ganz klar sagen, wo wir die Pflegefachberufe mit welcher Qualifikation

benötigen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und Herr Mende, bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an den Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser. Wie beurteilen Sie, dass die Qualitätskriterien in einigen Leistungsgruppen auch durch Belegärzte erfüllt werden können? Was sind Ihre Vorschläge dazu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr van Rhee, bitte.

Dr. Ryszard van Rhee (Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB)): Sehr geehrter Herr Abgeordneter, sehr geehrter Herr Mende, vielen Dank für die Frage. Ja, § 135e ist problematisch, weil belegärztliche Leistungen nicht in allen Leistungsgruppen abgebildet werden. Es sind lediglich vier Fachbereiche, die praktisch in diesem System abgebildet werden für Belegärzte und es spiegelt überhaupt nicht das wider, was wir tatsächlich tun, sodass wir befürchten, wenn dieses Gesetz in dieser Form kommt, dass viele belegärztliche Kliniken dann eben in der intersektoralen Versorgungsform nicht mehr weiterarbeiten können. Daher fordern wir massiv, dass Belegärzte in allen Leistungsgruppen arbeiten dürfen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr und Kollege Heidenblut, bitte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die DKG, Herrn Dr. Gaß. Welche Auswirkungen hat die Krankenhausreform aus Ihrer Sicht für psychiatrischen Stationen in somatischen Kliniken? Sehen Sie diese ausreichend berücksichtigt oder sehen Sie da Risiken?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, vielen Dank für die Frage. Man muss ja



bemerken, die Psychiatrie ist ja eigentlich nicht berücksichtigt im Rahmen des KHVVG. Es kommt möglicherweise noch ein Gesetz oder dann eben gegebenenfalls eine Reform in der nächsten Legislaturperiode. Dennoch ist es richtig, was Sie vermuten, die Psychiatrie ist ja in Teilen an den allgemeinversorgenden somatischen Krankenhäusern als sogenannte Abteilungspsychiatrie angesiedelt worden. Das war ja auch eine sehr bewusste Entscheidung im Rahmen der Psychiatriereform, wo man die großen psychiatrischen Fachkliniken ein Stück weit verkleinert hat und bewusst eben dann für einen Teil der Versorgung eher das Thema allgemeinpsychiatrische Versorgung diese Nähe gesucht hat. Wenn es jetzt dazu kommt, und ein Stück weit ist das ja auch unsere Sorge, dass wir aktuell einen ungeplanten Strukturwandel bekommen. Wir haben uns ja nie gegen Fusionen, gegen Zusammenführungen, auch gegen Spezialisierung ausgesprochen, am Ende auch weniger Standorte, sondern wir haben immer gesagt, das muss einer Planung folgen, die dann auch bewusst entscheidet, was soll an welchen Standorten perspektivisch vorgehalten werden, besteht in der Tat die Gefahr, dass durch den ungeplanten Wegfall aufgrund wirtschaftlicher Notlage von somatischen Häusern in Teilen auch die Psychiatrie negativ betroffen ist und man sicherlich diese psychiatrischen Einrichtungen dann auch nicht alleinstehend ohne die Somatik weiterführen könnte. Die naheliegendste Lösung wäre wahrscheinlich die Rückverlagerung an eine der größeren Kliniken oder an ein benachbartes Haus, was allerdings natürlich mit Aufwand verknüpft ist, wo man zumindest vorübergehend erwarten muss, dass die psychiatrische Versorgung in der betroffenen Region eingeschränkt ist. Insofern nochmals auch unser Plädoyer, diesen Transformationsprozess stärker planvoll und strukturiert zu gestalten und eben nicht den kalten Marktmechanismus sozusagen wirken zu lassen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Die paar Sekunden gucken wir gleich bei der nächsten Runde, dass die abgezogen werden. Jetzt geht das Frage-recht an die Union. Frau Zeulner.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, lieber Deutscher Hebammenverband und natürlich auch liebe Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Danke, dass Sie

heute da sind und mit Ihrer Expertise zur Verfügung stehen. Ich hätte eine Frage bezüglich der Auswirkungen der Leistungsgruppe 42. Könnten Sie uns erläutern, was das für eine Auswirkung auf die flächendeckende Geburtshilfe hat. Könnten Sie uns da Ihre Expertise weitergeben? Zum Beispiel auch bezüglich der vorgesehenen Personalanforderungen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Köbke, bitte sehr.

Andrea Köbke (Deutscher Hebammenverband (DHV)): Andrea Köbke vom Deutschen Hebammenverband. Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, Frau Zeulner für die Frage. Die Fortschreibung der Leistungsgruppen mit den Kriterien, die wir im Moment für die Geburtshilfe haben, sind absolut nicht ausreichend aus unserer Sicht. Wir fordern eine Berücksichtigung der Hebammen und der Hebammenkreissäle. Wir müssen darauf achten, dass wir mit der Krankenhausstrukturreform Qualitätskriterien einbringen. Die haben wir entwickelt. Die finden in dieser Form aber gar keine Berücksichtigung und auch keine Hebammenpersonalbemessung findet Berücksichtigung. Das heißt, wir bleiben in der Qualität der Geburtshilfe weiterhin hinter dem zurück, was wir in der Leistung zu Lage wären. Vor allen Dingen mit den ökonomischen Anreizen, die gesetzt werden, sind wir weiterhin mit dem DRG-System verknüpft. Wir haben keine Umsetzung der Eins-zu-eins-Betreuung. Wir wissen, was für positive Auswirkungen sowohl ökonomisch als auch psychologisch die Eins-zu-eins-Betreuung auf Familien in Deutschland haben könnte. Aber in der Form wird es in dem KHVVG nicht mal gestriffen und auch nicht umgesetzt. Von daher sind wir nicht zufrieden mit der jetzigen Ausgestaltung der Leistungsgruppen. Wir verlangen auch ein Mitspracherecht als maßgebliche Berufsgruppe in der Geburtshilfe. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Köbke. Wollten Sie Prof. Dr. Schmidt dazu auch noch hören? Dann Herr Prof. Dr. Schmidt, bitte. Sie sind online dabei.

Prof. Dr. Markus Schmidt (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)): Sehr verehrte Frau Vorsitzende. Vielen Dank. Mein



Name ist Markus Schmidt. Ich vertrete die DGGG und habe keine finanziellen Interessen. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern haben wir in Deutschland eine Situation, viele geburtshilfliche Abteilungen mit insgesamt einer geringen Geburtenzahl zu haben. Die generelle Mortalität ist aber in den Kommunen dreifach höher als im [unverständlich] mit über 1 500 Geburten. Ursachen sind strukturelle Defizite, mangelndes Training, mangelnde Erfahrung des Personals. Die durchschnittliche Fahrzeit zu einer geburtshilflichen Klinik zurzeit in Deutschland beträgt ungefähr 17 Minuten. Das heißt, entgegen der eigentlichen Berichterstattung haben wir in Deutschland kein Unterangebot, sondern ein Überangebot an geburtshilflichen Leistungen, zumindest in vielen Regionen. In einigen Regionen ist es anders. Da ist die Sicherstellung schwierig. Diese in der Gruppe 42 geforderte Personalanforderung wird an dieser Situation nichts ändern. Dort wird gesagt, dass es drei Fachärzte in einem Rufbereitschaftsdienst geben soll. Das ist aber nicht kongruent mit bestehenden Leitlinien, die eine zehnmündige Facharzt-Anwesenheit haben und eine Entscheidung Entbindungszeit von 20 Minuten in unvorhergesehenen Notfällen, die auch bei einer absolut physiologischen Geburt auftreten können. Das heißt, von der Seite her werden Notfälle in kleineren Kliniken einfach schlechter versorgt. Wir fordern daher von der DGGG die Zentralisierung der Geburtshilfe, aber im Rahmen regionaler Versorgungspläne. Das heißt, in diesen Einheiten, in den größeren Einheiten, sollen wir eine fachärztliche Präsenz von Geburtshilfen und Anästhesisten haben und eine ganz kurzzeitige Erreichbarkeit von Kinderärzten. In solchen Zentren würden wir dann auch hebammengeleitete Kreißsäle, die Tür an Tür mit einem ärztlich geleiteten Kreißsaal sind, absolut favorisieren. Dabei ist aber die Sicherstellung der Facharztverfügbarkeit in jedem Fall durch einen Bereitschaftsdienst und nicht durch einen Rufdienst zu realisieren. Das heißt, in letzter Konsequenz, was wir zurzeit haben, dass ungeplante Schließungen von Kreißsälen kommen aus wirtschaftlichen Interessen. Das sind unsere Probleme. Von der Seite her sind wir absolut im Einvernehmen auch mit den Hebammenverbänden, dass wir hier zentralisieren müssen, denn gute Geburtshilfe läuft mit Hebammen und Ärzten gleichzeitig, um eine physiologische, interventionsarme Geburtshilfe bei aber maximaler Sicherheit zu ermöglichen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Herr Dr. Kippels stellt die nächste Frage.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, meine verehrten Damen und Herren. Die Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Joachim Gemmel. Eines der Hauptziele der Reform ist die Entökonomisierung. Was sollte man korrekterweise unter diesem Begriff verstehen? Wird dieses Ziel mit dem aktuellen Entwurf tatsächlich erreicht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Gemmel, bitte.

Joachim Gemmel (Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA): Vielen Dank für die Frage, Frau Vorsitzende. Joachim Gemmel, CEO der Asklepios Kliniken, keine finanziellen Interessen. Die klare Antwort ist: Das Ziel der Entökonomisierung wird nicht erreicht. Der aktuelle Entwurf zwingt alle Kliniken zur Fallzahlsteigerung. Es gibt unzureichende Anreize für den auch von den Kliniken gewünschten geregelten Strukturwandel. Der Treiber der Ökonomisierung ist dabei die angedachte Form der Vorhaltefinanzierung. Diese sieht vor, dass wurde eben schon angesprochen, dass bei einer Steigerung der Fallzahlen in einem Krankenhaus um 20 Prozent das Vorhaltebudget mit einer Zeitverzögerung von zwei Jahren gesteigert wird. 20 Prozent Leistungssteigerung - bei einer Klinik mit 20 000 Fällen sind es immerhin 4 000 Patienten mehr - sind eine ambitionierte und willkürlich definierte Schwelle, mit der die Kliniken in einer Fallzahlausweitung getrieben werden. Wenn Kliniken die Schwelle im Jahresverlauf nach eigener Wahrnehmung nicht erreichen, dann findet die in der Reform gewollte Leistungskonzentration nicht statt. Damit steht die teilweise Nichtfinanzierung der Versorgung der politisch gewollten Konzentration von komplexen Leistungen an spezialisierten Standorten entgegen. Da der 20-Prozent-Korridor aber auch nach unten gilt, entsteht zudem der Anreiz, weniger zu leisten und Versorgungsstrukturen abzubauen, da auch bei 81-prozentiger Leistung die Vorhaltung finanziert wird. Ich gebe dazu gern ein konkretes Beispiel. Die Logik dieses Korridors, die galt nach unten, Post-Corona für die Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin. Hier wären wir als Unternehmen mit einer großen Abteilung



wirtschaftlich besser gefahren, wenn wir die Versorgung von Kindern nach Erreichen der 80 Prozent-Budgetmarke eingestellt hätten. In der Realität haben wir aber alle Kinder versorgt und 107 Prozent der Versorgung sichergestellt und damit letztendlich mehr als 2 Millionen an potenziellem Ergebnis nicht realisiert. Das haben wir sehenden Auges getan, um die Versorgung entsprechend aufrechtzuerhalten. Die aktuelle Finanzierung führt aus unserer Sicht zu weniger Versorgungsangebot und Wartelisten. Sie führt zu einer Reduzierung des Versorgungsangebots und nicht zu der gewünschten Leistungskonzentration, die das Gesetz ja beabsichtigt. Ganz zu schweigen von der zusätzlichen Bürokratie und den Nachweispflichten und Prüfungen, die mit ihr verbunden sind. Aktuell gibt es mit dem Gesetzentwurf weder eine Ökonomisierung noch eine auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten. Wunsch aus der Praxis zur Vorhaltefinanzierung wäre, auf die aktuellen Ideen zu verzichten und stattdessen die bestehenden Finanzierungsinstrumente wie Notfallstufenzuschläge und Kinderheilkundezuschläge zu nutzen und auszuweiten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und Herr Müller. Wünschen Sie das Wort? Ja, Sie stehen auf meiner Liste. Ich würde Sie jetzt aufrufen.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Und zwar, weil Sie meine Strukturen zu Hause ganz gut kennen, mit den unterschiedlichen Trägern. Wäre es sinnvoll, auch in Verbänden von regional oder ansässigen Krankenhäusern, in dem ein Haus sich nachweislich auf eine Behandlung spezialisiert hat und das andere Haus sich auf eine andere Behandlung spezialisiert hat. Wäre es sinnvoll, hier zur Erfüllung von Qualitätskriterien auch die Leistungsgruppen unter den einzelnen unterschiedlichen Trägern so aufzuteilen, dass sich im Großen und Ganzen eine Verbesserung der Qualität und eine Konzentration an den einzelnen Standorten ergebe?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr

Abgeordneter, danke für die Frage. In der Tat ist das ein zentraler Kritikpunkt, den wir auch haben, an den Strukturvorgaben für die Leistungsgruppen. Wir haben hier stark standortbezogene Strukturvorgaben, die es in aller Regel nahezu ausschließen, dass die notwendigen Strukturvorgaben – eben genau so, wie Sie das beschrieben haben - in Verbänden in einer Region erbracht werden können. Es muss aus unserer Sicht unser Ziel sein, auch aufgrund der Fachkräfteknappheit, die wir ja haben und die auch nicht weggehen wird in Zukunft, dass tatsächlich Aufgaben, Versorgungsaufgaben, Behandlungskomplexe zwischen Krankenhäusern vernünftig aufgeteilt werden. Das bedeutet, dass dann diese Strukturvorgaben, die bei einzelnen Leistungsgruppen vorsehen, dass ich andere Leistungsgruppen am Haus, am Standort haben muss. Das bedeutet faktisch in einer Erreichbarkeit von zwei Kilometer Luftlinie, so ist die Definition, dass das für viele Krankenhäuser bedeutet, dass sie aus unserer Sicht überflüssigerweise nach solchen eigenen Versorgungsangeboten streben müssen, mit der logischen Konsequenz, dass die Fachkräfteknappheit noch problematischer wird. Deswegen unser Vorschlag, dass solche Strukturvorgaben sehr viel stärker in Kooperation in einer Region erbracht werden können. Dann lässt sich auf einzelne Standorte die Aufgabenstellung viel besser verteilen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Und Herr Monstadt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Meine Frage darf ich ebenfalls an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den IKK-Bundesverband richten. Wie bewerten Sie die aktuellen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung, die insbesondere abhängig vom Fallzahlvolumen sind? Inwieweit ist diese Regelung strategiefähig? Was wären mögliche Alternativen? Danke sehr.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, wenn Sie sich kurzfassen, kommt Herr Hohnl auch noch dran.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ja, das will ich gerne. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage. Es ist



schon vieles angesprochen worden. Es wird proklamiert, und das ist die Zielsetzung, die der Gesetzgeber oder auch der Minister nach außen botschaften, dass diese Vorhaltefinanzierung fallzahlunabhängig sei. Sie ist es faktisch nicht. Das ist schon mehrfach angesprochen worden. Die Krankenhäuser müssen weiterhin danach streben, zu bestimmten Zeiten, Referenzjahren, in bestimmten Korridoren bestimmte Fallzahlen zu erreichen oder zu erhöhen, um dann einen optimalen Punkt in der Refinanzierung zu finden. Wir halten das für kontraproduktiv. Deswegen haben wir vorgeschlagen, nicht diese Art von Vorhaltefinanzierung einzuführen, sondern sich auf echte Strukturkostenkomponenten, wie zum Beispiel die Notfallstufenfinanzierung oder die Zentrumsfinanzierung oder auch Kinder- und Jugendversorgung und Ähnliches zu konzentrieren und das dann wirklich fallzahlunabhängig zu gestalten. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herrn Hohnl rufe ich jetzt gerne noch auf und frage die Union: Wenn es etwas länger dauert, zu Lasten der nächsten Runde? Wollen wir die Antwort ausführlich hören? Ja, Herr Hohnl, bitte.

Jürgen Hohnl (IKK-Bundesverband): Herzlichen Dank, Jürgen Hohnl, gemeinsamer Vorsitzender der Innungskrankenkassen. Ich habe keine Interessenskonflikte. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Abgeordneter Monstadt. Ich kann mich anschließen. Wir hatten eben schon von Prof. Dr. Karagiannidis und von Prof. Dr. Schreyögg den Hinweis darauf, dass die Frage des Basisjahres zur Ermittlung der Vorhaltebudgets strategiefähig ist. Wenn ich jetzt etwas beeinflussen kann, auf der Basis, dass ich demnächst 60 Prozent meiner Vergütung bekomme, dann mache ich alles, um diese Zahlen nach oben zu treiben. Deshalb wäre es wichtig, dass man entweder die Jahre 2023, 2024 nimmt, das ist eben schon vorgeschlagen worden, auf alle Fälle einen Abgleich macht und mit der Vergangenheit, damit diese Mengenentwicklung nicht zum Tragen kommt. Der Vorwurf, oder die Vorstellung, es würde zur Entökonomisierung führen, das ist auch schon mehrfach gesagt worden, trifft nicht zu. Für uns ist noch mal wichtig, dass die Höhe der Vorhaltepauschalen sich am tatsächlichen Bedarf richtet und dass eben nicht die Fallzahlen gemacht werden, sondern dass es zu einer

Bedarfsplanung kommt. Die Abrechnung hinterher der Vorhaltepauschalen sollte aber über die Fallzahlen erfolgen. Das ist noch eine der Forderungen, die wir haben. Die andere Frage, die auch noch mal strategiefähig ist, ist die Frage der Abweichung des Korridors, 20 Prozent rauf, 20 Prozent runter, auch das ist schon aufgeführt worden. Wir sind der Auffassung, dieser Korridor müsste deutlich geringer sein. Es muss einen geben. Bei zehn Prozent wäre er, glaube ich, gut eingestellt. Wichtig ist eben, wir dürfen das Ziel der Ambulantisierung nicht vergessen. Das ist eben auch schon von Prof. Dr. Karagiannidis und Prof. Dr. Schreyögg gesagt worden, dass diese Regelung dazu fehlläuft. Herzlichen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Das Fragerecht geht an BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Prof. Dr. Grau, bitte sehr.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Schreyögg. Ein elementarer Bestandteil der Krankenhausreform ist die Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Wir haben darüber gesprochen. Könnten Sie bitte erläutern, wie eine mögliche Auszahlung an die Krankenhäuser über einen Vorhaltefonds aussehen könnte und welche Vorteile damit einhergehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Schreyögg, bitte sehr.

Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg): Besten Dank. Schreyögg, Universität Hamburg. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Auszahlung des Vorhaltebudgets ist aus meiner Sicht zu bürokratisch und schafft zudem Anreize für eine liquiditätsorientierte Mengensteuerung. Sie setzt Anreize, das Vorhaltebudget des Jahres möglichst früh im Jahr zu vereinnahmen. Und daraus entsteht das Risiko, wenn das Budget zu früh ausgezahlt wird, dass das Angebot an Leistungen so reduziert wird, und das wäre insbesondere in ländlichen Regionen problematisch. Deshalb würde ich empfehlen, dass die Zahlungen der Krankenkassen für den Vorhalteanteil nicht direkt an die Krankenhäuser erfolgen,



sondern an einen Vorhaltefonds, der zum Beispiel beim Bundesamt für Soziale Sicherung angesiedelt sein könnte. Der Fonds hätte den Überblick über alle Zahlungen der Krankenkassen und könnte so sicherstellen, dass regelmäßige Zahlungen erfolgen, ohne den Anreiz zur Maximierung einer frühzeitigen Zahlung im Jahr zu setzen. Zweitens: Durch die Zentralisierung würde man gleichzeitig Bürokratie und Verhandlungskosten von der Ortsebene wegnehmen und so dadurch Synergien herstellen und Personalkosten sparen. Drittens hätte man perspektivisch den Vorteil, über den Fonds eine fallzahlabhängige und populationsorientierte Berechnung im weiteren Verlauf der Vorhaltepauschalen vorzunehmen, die natürlich nicht in den Kassenwettbewerb eingreifen sollte und auch nicht müsste durch diese Konstruktion des Fonds. Besten Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht zunächst an Herrn Dehne von der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser und dann an Herrn Radbruch von den Deutschen Evangelischen Krankenhäusern. Welche praktischen Auswirkungen könnte eine Auszahlung der geplanten Vorhaltefinanzierung über einen Vorhaltefonds mit Blick auf die Liquidität der Kliniken haben und bestünden bei einem Fonds Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dehne bitte zunächst.

Nils Dehne (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)): Nils Dehne, Geschäftsführer der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser. Keine finanziellen Interessen. Vielen Dank für das wichtige Thema. Vielleicht vorneweg noch mal der Hinweis, dass viele Krankenhäuser inzwischen nicht nur Rentabilitäts-, sondern riesige Liquiditätsprobleme haben. Das liegt unter anderem daran, dass viele Krankenhäuser in der Vergangenheit durch die Kreditaufnahme in ihre Infrastruktur investiert haben und das jetzt in der aktuellen wirtschaftlichen Situation Probleme bereitet. Insofern ist eine

rechnungsunabhängige Auszahlung der Vorhaltefinanzierung ein echter Meilenstein, weil zum ersten Mal relevante Erlösbestandteile für die Geschäftsführung unabhängig von saisonalen Schwankungen oder unabhängig von der organisatorischen Leistungsfähigkeit einzelner Fachabteilungen irgendwie geplant und gesteuert werden können, sofern auch strategische Steuerung darüber möglich ist. Das wird, glaube ich, gerade in der Zeit, in der wir veränderte Leistungsspektren und Leistungsaufträge haben werden, von großer Bedeutung sein. Ich glaube, dass eine Ausgestaltung dieses Fonds ohne Auswirkungen auf den Morbi-RSA insofern möglich ist, wie Herr Prof. Dr. Schreyögg das gerade beschrieben hat, dass der Rechnungsbetrag gesplittet wird und nur der eine Teil an das Krankenhaus direkt geht, der andere Teil an den Fonds geht. Das würde einen gewissen Liquiditätsbedarf in dem Fonds bedeuten, auf der anderen Seite zu erheblichen Entlastungen auf Seiten der Krankenhäuser für die Verhandlung von Ausgleichen, gerade vor dem Hintergrund der komplizierten Regelungen mit prozentualen Aufschlägen auf die Vorhaltefinanzierung deutlich entlasten und sicherlich Bürokratie sparen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und Herr Radbruch, gerne.

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, die Idee das Budget in zwölf Tranchen zu zahlen, ist ursprünglich einmal von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der AOK zusammen während der Corona-Zeit entwickelt worden, um da die Stabilität herzustellen. Das ist natürlich eine gute Hilfe, um das Liquiditätsmanagement in den Krankenhäusern stabil zu halten. Liquidität ist ein großes Problem für die wirtschaftliche Stabilität des Hauses. Gleichzeitig kann immens der Bürokratieaufwand gesenkt werden, weil auch komplizierte Verrechnungen entfallen. Man muss auch gleichzeitig deutlich machen, dass, wenn die Zahlung entkoppelt wird von den Fällen, die Festlegung des Budgets immer noch an den Fällen hängt im Prinzip und nicht entkoppelt wird. Damit man insgesamt die Vorhaltefinanzierung von den Fallzahlen entkoppeln kann, braucht es aus unserer Sicht eine kleinräumige Bedarfsforschung. Deswegen würden wir uns wünschen, dass das in



diesem Gesetz schon verankert wird, dass dieser komplexe Prozess, wo es jetzt noch keine Instrumente für gibt, in Gang gesetzt wird und der Auftrag an die Selbstverwaltung erteilt wird, diesen Komplex zu bearbeiten und dahin zu entwickeln.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Herrn Dehne von der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser. Inwieweit wäre es aus Ihrer Sicht zur Vermeidung von Fehlanreizen zielführender, die Ermittlung des landesspezifischen Vorhaltevolumens nicht jährlich, sondern alle drei Jahre vorzunehmen und somit mit der dreijährigen Ermittlung des Anteils des jeweiligen Krankenhausstandortes am Vorhaltevolumen des Landes zu synchronisieren?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dehne.

Nils Dehne (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)): Auch ein wichtiges Thema. Wir haben gerade über die Abzahlung des Vorhaltebudgets gesprochen und es gibt darüber hinaus zwei Ermittlungsebenen, einmal die Standortebene für die Vorhaltebudgets und die Landesebene für das Vorhaltebudget. Bis jetzt haben wir unterschiedliche Systematiken auf diesen beiden Ebenen, die zu Fehlanreizen oder im schlimmsten Fall sogar der Verhinderung von den eigentlichen Anreizen führen können. Ganz konkret kann man sagen, dass Länder, die sehr offensiv Ambulantisierung vorantreiben würden, durch die jährliche Nachberechnung des Vorhaltebudgets auf der Länderebene sogar bestraft werden könnten. Um das zu vermeiden, wäre sicherlich die Angleichung dieser Anreizeffekte sinnvoll. Der erste Schritt wäre, das auf drei Jahre zu verlängern. Langfristig, glaube ich, kommen wir nicht drum herum, uns einen Mechanismus zu überlegen, der stärker populations- oder bedarfsorientiert oder morbiditätsorientiert funktioniert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Frau Büchner vom Deutschen Bundesverband Logopädie. Könnten Sie bitte erläutern, welche Bedeutung Personalbemessungsinstrumente für die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten und für die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten für die patientennah arbeitenden Berufsgruppen wie Therapeuten und Sozialarbeiterinnen haben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Büchner, bitte.

Heidmarie Büchner (Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL)): Frau Büchner. Keine finanziellen Interessen. Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Grau, für die Frage. Wir können uns da tatsächlich den Ärzten und Pflegefachberufen nur anschließen. Auch wir plädieren für ein Instrument zur Personalbemessung für unseren Bereich, denn das ist von großer Bedeutung. Im Moment ist die Realität in den Krankenhäusern so, dass Therapeutinnen und Therapeuten immer mehr wegrationalisiert werden, dass therapeutische Leistungen immer mehr wegrationalisiert werden und dass die Kernaufgabe der Therapeutin, nämlich die Versorgung der Patientinnen und Patienten am Bett, überhaupt nicht mehr möglich ist, sondern durch bürokratischen Aufwand und viele andere Dinge mehr, eigentlich in Anspruch genommen wird. Somit wäre ein Personalbemessungsinstrument aus unserer Sicht eine gute Möglichkeit, um diese Missstände zu beheben und den Therapeutinnen und Therapeuten wieder die Möglichkeit zu geben, die Therapiedauer und die Therapiefrequenz, die notwendig ist, um leitliniengerecht und patientenorientiert zu arbeiten, eben auch durchführen zu können. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke Frau Büchner, Herr Prof. Dr. Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine weitere Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Christian Karagiannidis. Wie können die Fälle bezüglich den zusätzlichen fünf Leistungsgruppen eindeutig zugeordnet werden?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Karagiannidis, eine halbe Minute, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Grundsätzlich wird die Zuordnung der Fälle natürlich eine große Herausforderung. Ich würde das Ganze auch als atmendes System betrachten. Ich glaube, die beiden Leistungsgruppen „Infektiologie“ und „Notfallmedizin“ stellen eine Besonderheit dar. Die Infektiologie betrifft alle Fachgebiete in der Medizin, sodass ich empfehlen würde, dass die Selbstverwaltung relativ zügig einen OPS-Code „Komplexe Infektiologie“ aufsetzt. Nur damit kann man, glaube ich, ganz eindeutig die Fälle zuordnen. Für die Leistungsgruppe Notfallmedizin würde ich empfehlen, am Anfang gar keine Fälle zuzuordnen, sondern diese in den alten Leistungsgruppen zu lassen und das System in den nächsten Jahren weiterzuentwickeln.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Jetzt geht das Fragerecht an die FDP. Frau Aschenberg-Dugnus, bitte.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Als Teil der Ambulantisierungsmaßnahmen wurden die Hybrid-DRG eingeführt. Können wir durch die derzeitige Ausgestaltung der Hybrid-DRGs die Ambulantisierung ausweiten? Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Schreyögg, bitte sehr.

Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg): Besten Dank. Schreyögg, Universität Hamburg. Die Hybrid-DRGs insgesamt erscheinen natürlich sehr sinnvoll und stellen auch eine wichtige Säule auf dem Weg zu mehr Ambulantisierung dar, gerade jetzt hinsichtlich einer möglichen Reduktion der stationären Fallzahlen im Rahmen des Korridor-Modells. Andere Länder haben gezeigt, dass man mit diesem Instrument die Ambulantisierung deutlich voranbringen kann. Allerdings wird die aktuelle Ausgestaltung nicht dazu führen, dass wir

einen substanziellen Ambulantisierungseffekt sehen werden. Das hat zwei Gründe. Erstens wurden die Hybrid-DRGs über die Verweildauer ausgegliedert. Das heißt, als Krankenhaus kann man sich bei einer gegebenen Indikation aussuchen, ob ein Fall als Hybrid-DRG mit einem Tag oder als Haupt-DRG mit zwei Tagen oder mehr abgerechnet wird. Das setzt natürlich den Anreiz, die Hybrid-DRG eher nicht abzurechnen und den Fall damit nicht ambulant zu erbringen. Besser wäre es, die Hybrid-DRGs über einen Schweregrad zu definieren. Das heißt z. B. bei Hernien-OPs muss dann immer die Hybrid-DRG abgerechnet werden, wenn keine oder keine relevante Vorerkrankung vorliegt. In anderen Fällen wird dann eine normale DRG abgerechnet. Zweitens ist die Höhe der Hybrid-DRGs derzeit so konzipiert, dass sie nicht für alle Leistungserbringer kostendeckend ist. Hier empfehle ich, über das DRG-Kostengerüst zu gehen. Wir haben dazu ein Konzept entwickelt. Das wird in den ersten Jahren leichte Mehrkosten verursachen, hat aber den positiven Effekt, dass entsprechende Strukturen in Krankenhäusern, aber auch in der vertragsärztlichen Versorgung aufgebaut werden können für ambulante OPs. Denn diese Strukturen existieren in beiden Systemen so eben nur sehr bedingt. Das wäre meine Empfehlung. Besten Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Gleiche Frage, Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Ich kann da im Prinzip nahtlos anschließen. Es ist im Grundsatz die richtige Idee, Hybrid-DRG zu etablieren, um Ambulantisierung voranzutreiben. Das Problem ist tatsächlich, dass die Vergütung, so wie sie sich im Moment darstellt, zum einen, was das Thema Sachkosten angeht, insbesondere für den Niederklassenbereich, höchst unbefriedigend ist, weil je nach hohem Sachkostenanteil so eine Hybrid-DRG sogar fast defizitär werden kann. Und dass es, was Prof. Dr. Schreyögg schon angeführt hat, durch die Art der Ausgliederung die Problematik gibt, dass eigentlich immer noch Anreize bestehen für Krankenhäuser, selbst wenn sie eigentlich ambulant die Leistung erbringen wollten, sie aus pekuniären Gründen fast stationär erbringen müssen. Hier brauchen wir eine deutliche Neukalkulation der Hybrid-DRG. In anderen Ländern ist das auch so



umgesetzt worden, dass man das Ambulante zumindest für eine gewisse Zeit eher intensiviert hat, als es jetzt sozusagen als rabattierte Versorgungsform zu etablieren. Ich glaube, wenn das geschieht – und da sind wir in den Diskussionen, insofern gebe ich die Hoffnung noch nicht ganz auf –, dann hat die Hybrid-DRG durchaus das Zeug dazu, Ambulantisierung voranzutreiben. Wenn es so bliebe, wie es jetzt ist, glaube ich, sollten wir nicht allzu viel Hoffnung daran hängen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Und Herr Prof. Dr. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Meine Frage geht jetzt an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Gesetzentwurf ist ausdrücklich die Schaffung eines neuen Ausschusses zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen vorgesehen. Wie bewerten Sie das und welche Änderungsvorschläge hätten Sie? Bitte um kurze Antwort.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Hecken, bitte sehr.

Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Keine finanziellen Interessen. Die Schaffung des neuen Gremiums, die im § 135e SGB V vorgesehen ist, würde ich gerne unterteilen. Zum einen in den Teil, der die Fortentwicklung der Leistungsgruppen beinhaltet und den anderen, der Qualitätsanforderungen definieren soll und definieren kann. Die Fortentwicklung der Leistungsgruppen ist eine Aufgabe, die im bisherigen System, in der bisherigen Systematik auch nicht im Aufgabenbereich des G-BA lag. Hier sind wir in Zukunft überhaupt nicht beteiligt. Hier sitzen wir noch nicht mal am Katzentisch. Aber das ist nicht der entscheidende Punkt. Wichtiger ist der Punkt, dass in diesem Gremium, das geführt wird vom Bundesminister für Gesundheit und von 16 Bundesländern, ohne dass klare Entscheidungen getroffen werden können, Vorschläge für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gemacht werden, die am Ende für den Bundesminister für Gesundheit keinerlei Verbindlichkeit haben. Dieses Gremium gibt nur Empfehlungen ab. Es ist nicht der Zwang da, dass der Bundesminister dann in seiner Rechtsverordnung auf

der Basis evidenzbasierter Kriterien die vielfach in der Fläche politisch sehr kritischen Qualitätsscheidungen dann eben auch trifft. Deshalb die ganz große Gefahr, dass eben hier durch dieses Gremium mit absolut geringer Durchschlagskraft und durch die Rechtsetzungskompetenz allein der Politik dann eben Qualitätssicherungskriterien entwickelt werden, die politisch opportunistischen Kriterien genügen, aber nicht dem Interesse des Patientenschutzes. Deshalb wäre es unser Anliegen, zumindest den Teil, der sich mit der Fortentwicklung der Qualitätssicherung beschäftigt, in den bewährten Strukturen des G-BA zu belassen. Wir haben hier die Erfahrung. Wir haben hier die Kompetenz, und dass das nicht ganz schlecht sein kann, beweist ja auch das Krankenhausgesetz NRW und der Gesetzentwurf der Bundesregierung, in dem unsere Strukturrichtlinien fortgeführt werden, bis sie überschrieben werden. Also offensichtlich haben sie einen gewissen Wert, indem unsere Notfallstufen weiterhin benutzt werden, obwohl sie eben evidenzbasiert zustande gekommen sind. Das wäre mir ein zentrales Anliegen zur künftigen Gewährleistung der Patientensicherheit in der stationären Versorgung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Die letzten 30 Sekunden.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ich versuche es mal ganz schnell. Dem Medizinischen Dienst Bund würde ich gerne eine Frage stellen. Wie beurteilen Sie, dass in § 275a SGB V zur Prüfung der Strukturen in Krankenhäusern die Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst regelmäßig oder regelhaft schriftlich durchzuführen sind? Schlagen Sie konkrete Änderungen vor?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Gronemeyer.

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund (MD)): Wir sehen die Festlegung auf ein vorrangig schriftliches Prüfverfahren in der Tat kritisch, weil hier eine Chance vergeben wird, überflüssigen Aufwand zu vermindern. Wir halten die Regelung für zu starr. Ein einfaches Beispiel: Wenn Sie auf einer Infektionsstation gucken, ob eine Schleuse vor einem Patientenzimmer vorhanden ist, dann gehen Sie besser hin, schauen sich das an,



anstatt Pläne anfertigen zu lassen und das schriftlich zu machen. Was sich bewährt hat, ist, dass der Medizinische Dienst, je nachdem, was geprüft werden soll, entscheidet und festlegt, welche Prüfmethode hier gewählt wird. Das läuft bisher so und hat sich bewährt. Ergänzend schlagen wir vor, auch um überflüssigen Aufwand zu vermeiden, dass der Medizinische Dienst Bund auch regelhaft an dem Ausschuss für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beteiligt wird, damit die Kriterien, die dort festgelegt werden, auch eindeutig geprüft werden können, um hier Rechtsstreitigkeiten usw. im Nachgang zu vermeiden, wodurch auch viel unnötiger Aufwand entsteht. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr und für die AfD, Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an Dr. Gaß von der DKG. Sind denn speziell die beiden Ziele des Gesetzentwurfes „Existenzsicherung“ und „Entbürokratisierung“ aus Ihrer Sicht überhaupt zu erreichen mit dem Gesetzentwurf? Wenn Sie mir noch drei Minuten übriglassen, wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank für die Frage. Die Problematik, die die Krankenhäuser heute zu bewältigen haben, beruht nicht allein auf den Strukturproblemen und den finanziellen Problemen. Wir haben natürlich auch ein Fachkräfteproblem. Insofern brauchen wir hier wirklich einen umfassenden Entwurf, der vieles ermöglicht. Wir brauchen die Lösung der finanziellen Problematik. Darauf bin ich eingegangen. Wir brauchen eine Strukturentwicklung, die wirklich planvoll abläuft, wo die Regionen in den Blick genommen werden. Und wir brauchen mehr Attraktivität für diejenigen, die in den Krankenhäusern tätig werden sollen. Dazu gehört das Thema Entbürokratisierung, aber auch das Thema qualifizierte Fachkräfteeinwanderung. Auch das ist ein wichtiger Aspekt für uns. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Rottlieb. Welche Aspekte fehlen Ihnen insbesondere hinsichtlich der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser am Beispiel Ihres Hauses? Wie wirkt sich das Thema Leiharbeit auf die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern im Moment aus? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr. Dr. Rottlieb.

Dr. René Rottlieb (Bitterfeld/Wolfen): Vielen Dank für die Frage. Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit: Ich möchte das ein Stück weit noch mal am Thema Vorhaltevergütung festmachen. Der Vorschlag, der unterbreitet wurde, das Basisjahr für die Berechnung der Vorhaltevergütung nach vorne zu ziehen und das Jahr 2023, 2024 zugrunde zu legen, ist vor dem Hintergrund des Argumentes, hier falsche Anreize zu setzen, sicher nachvollziehbar. Ich gebe aber zu bedenken, wir bewegen uns als Krankenhäuser nach wie vor aus einem Corona-Leistungstal heraus. Wir hatten in den Jahren 2022 bis 2024 durchschnittlich vier bis sechs Prozent Leistungssteigerung, zumindest im Goitzsche-Klinikum. Ich weiß, dass das an anderen Standorten auch so ist und dass diese Leistungsentwicklung anhält, weil wir teilweise gerade im Jahr 2023 noch gar nicht in der Lage waren, die Leistung voll zu erbringen, aus verschiedenen Themen heraus, aus dem Thema Fachkräftemangel heraus, aber auch aus dem Thema heraus, dass wir nach Corona höhere Krankenstände hatten und Kapazitäten eingeschränkt waren. Wir haben im Jahr 2023 82 Prozent des 2019er-Leistungsniveaus gehabt. Wir haben dieses Jahr 86 Prozent und wir gehen davon aus, dass wir nächstes Jahr 92 Prozent erreichen. Davon gehen wir nicht aus, weil wir die Patienten in irgendeiner Art und Weise kränker machen oder weil wir uns auf eine Vorhaltefinanzierung vorbereiten, sondern weil diese Patienten einfach da sind und versorgt werden müssen. Deswegen wäre es für uns wichtig, dass wir das vorhanden haben und versorgt werden müssen. Deswegen wäre es für uns höchst gefährlich, wenn man hier zu niedrige Fallzahlen als Basis für die Berechnung des Vorhaltebudgets ansetzt. Zur zweiten Frage oder zu dem Aspekt der Leiharbeit: Ich würde mir in der Tat tatsächlich mal einen gewissen Fokus auf dieses Thema Leiharbeit wünschen und eine stärkere Reglementierung oder



Regulierung von Leiharbeit. Wir haben mittlerweile das Problem, dass wir selbst an so einem Standort wie Bitterfeld/Wolfen, wo wir sehr viel im Bereich Personalentwicklung getan haben, sehr viele ausländische Pflegekräfte akquiriert und integriert haben, aktuell die Situation haben, dass wir auf ca. acht Leihkräfte in der Pflege angewiesen sind. Eine Leihkraft in der Pflege kostet zwei- bis dreimal so viel wie eine normale Pflegekraft. Eine normale Pflegekraft liegt bei 60 000 bis 65 000 Euro Arbeitgeberbrutto. Dann können Sie sich ungefähr ausrechnen, was uns das kostet. Die Leihkräfte sind nur im Pflegebudget mit den Personaldurchschnittskosten einer angestellten Pflegekraft refinanziert. Es ist eine massive Belastung, die sich auf einen großen sechsstelligen Betrag summiert auf der einen Seite und auf der anderen Seite belastet es natürlich auch die Versorgungssituation, weil eine Leihkraft in dem Pflgeteam immer eine andere Rolle spielt als eine angestellte Pflegekraft. Aus dem Grund würde ich mir wünschen, dass man tatsächlich eine viel engere Auslegung findet, was Leiharbeit eigentlich bedeutet, um sie ein Stück weit, das sage ich ausdrücklich, unattraktiver zu machen. Sie soll gut bezahlt sein. Ich bin auch bereit, natürlich für diese Pflegekraft auch mehr Geld zu bezahlen. Aber sie muss eben bereit sein, unattraktive Arbeitszeiten in Kauf zu nehmen, das zu kompensieren, wo wir wirklich echte Lücken haben, und nicht gelockt werden durch einen hohen individuellen Komfort. Am besten noch Mutti-Schichten von Montag bis Freitag, erste Schicht. So werden die Pflegekräfte uns noch angeboten und nicht mal für ein Wochenende, sondern monatsweise. Es muss es so sein, dass eine Leihkraft tatsächlich echte Springerin ist, die echte Engpässe ausfüllt. Für die bin ich bereit, mehr Geld zu bezahlen. Das müsste man aber einfach definieren, dass Leiharbeit in der Pflege und im ärztlichen Bereich viel, viel engeren Kriterien erfüllen müsste. Das wäre mein Wunsch, dass man das in der politischen Diskussion ein Stück weit mitberücksichtigt. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Was machen wir mit den letzten 20 Sekunden?

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Die schenke ich Ihnen. Wer auch immer sie haben möchte, darf sie benutzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. So kommen wir gleich schneller ins Plenum. Da haben wir ja einen Gesundheits-Tagesordnungspunkt. Jetzt geht es mit der Union weiter, Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die KBV. Kann die mit dem Gesetz angedachte Ambulantisierung die niedergelassenen Praxen in Schwierigkeiten bringen, wenn fachärztliche Termine künftig ambulant am Krankenhaus stattfinden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen.

Dr. **Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Insgesamt haben wir den Eindruck, dass das Gesetz die Ambulantisierung wirklich ausschließlich von der Krankenhausseite aus denkt. Hier werden neue Betätigungsfelder für Krankenhäuser eröffnet, die ansonsten als reine Krankenhausstrukturen offensichtlich keine Zukunft haben. Das erleben wir auch bei der Weiterbildungsoption für Hausärzte. Das ist eine ähnlich sinnfreie Idee. Das Problem ist ja, dass wir üblicherweise nicht die Situation haben, dass da, wo es gar keine niedergelassenen Fachärzte gibt, es Krankenhäuser in großer Zahl gibt. Das heißt, wir haben hier keine wirklichen Ausgleichseffekte, sondern die Krankenhäuser sind am Ende meistens dann doch da, wo auch noch Praxen vorhanden sind. Insofern ist es keine Ergänzung oder ein alternatives Angebot, sondern es ist ein Parallelangebot. Das ist eigentlich das, was wir als problematisch sehen. Hier werden eher alternative Verdienstoptionen zum stationären Leistungsspektrum erbracht. Von daher – es gibt ja ohnehin die Möglichkeit für Krankenhäuser MVZs zu gründen – haben wir gar nicht die Idee gehabt, dass es hier eine Regelungslücke gibt, die es zu schließen gelte.

Die **amtierende Vorsitzende**: Und Herr Föhr, bitte.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sehen Sie die ärztliche Aus- und Weiterbildung an den sogenannten sektorenübergreifenden



Versorgungseinrichtungen, vormals Level 1i-Krankenhäuser, gesichert? Wenn nein: Warum nicht? Welche Konsequenzen kann dies für die Ärzteschaft mit sich bringen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, Sie sind online dabei und haben jetzt das Wort. Bitte sehr.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Keine finanziellen Interessen. Wir sehen die Level 1i-Krankenhäuser durchaus in der Lage, in gewisser Hinsicht, in gewissem Umfang Weiterbildung durchzuführen. Aber wir würden schon davon ausgehen, ich glaube gerechtfertigter Weise, dass das Leistungsspektrum, das in den Häusern dann tatsächlich versorgt wird, doch hoch eingeschränkt ist. Es sollen keine Intensivstationen da sein, es soll keine Notfallversorgung stattfinden. Das grenzt dann, glaube ich, schon das Spektrum dessen, was dort an Weiterbildung geschehen kann, in erheblichem Maße ein. Insofern, glaube ich, verspricht man sich zu viel von den Häusern an dieser Stelle.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Gassen.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte mich anschließen. Es ist auch aus unserer Sicht eine doch andere Art der Weiterbildung, wie sie in Krankenhäusern üblicherweise geschieht und wie sie in der Praxis geschieht. Gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich ist aber gerade die Weiterbildung auch in der Häuslichkeit von extremer Relevanz, um das übliche Versorgungsspektrum einer hausärztlichen Praxis auch wirklich zu adressieren. Und auch so muss man sagen, sehen wir das hier nicht als eine Ergänzung des Weiterbildungsangebots, sondern in der Schaffung dieser Möglichkeit eher eine Konkurrenzsituation zur bisherigen klassischen ambulanten hausärztlichen Versorgung aufzubauen, möglicherweise mit dem Ziel, diese perspektivisch aufzusaugen. Von daher sehen wir nicht, wie gerade ausgerechnet § 115g SGB V-Krankenhäuser in der Lage sein sollen, hier für die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung einen Mehrwert zu schaffen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Monstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Die Frage wollte eigentlich Frau Zeulner stellen, aber ich darf das übernehmen. Die Frage geht wieder an die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Prof. Dr. Pennig. In der Leistungsgruppe 16, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, wird die Vorhaltung von Kinder- und Jugendchirurgen für jeden Eingriff dieser Altersgruppe als Strukturvoraussetzung gefordert. Ist in den Krankenhäusern eine ausreichende Zahl von Kinder- und Jugendchirurgen vorhanden und sind diese aufgrund ihrer spezifischen Weiterbildungsinhalte in der Lage, Eingriffe aus hochspezialisierten Gebieten wie HNO-Heilkunde oder Kinderorthopädie durchzuführen? Danke sehr.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Herr Prof. Dr. Pennig.

Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)): Frau Vorsitzende, vielen Dank. Der Kinder- und Jugendchirurg entspricht dem Viszeralchirurgen der Erwachsenenwelt. Das heißt also, er ist hoch spezialisiert auf diese Eingriffskategorie. In diesen Kontext der Leistungsgruppe 16 gehören aber beispielsweise Skoliose-Operationen, Wirbelsäulenverkrümmungen im Kindesalter dazu, spezielle Hals-Nasen-Ohren-Heilkundliche Eingriffe. Diese Eingriffe benötigen die Begleitung durch einen Kinder- und Jugendchirurgen nicht, weil das auch jetzt schon nicht der Fall ist. Es ist nicht abgedeckt durch die Weiterbildung der Kinder- und Jugendchirurgie, sondern es ist verankert in den jeweiligen speziellen Bereichen der fachärztlichen Hals-Nasen-Ohren-Kundler oder der Kinderorthopäden oder der Kindertraumatologen. Von daher sollte diese Leistungsgruppe „Spezielle Chirurgie im Kinder- und Jugendalter“ heißen. Aber die Voraussetzung, einen Kinder- und Jugendchirurgen, fünf an der Zahl, vorzuhalten, ist weder sinnvoll, noch ist es in der Breite oder in der Fläche leistbar. Wir haben einfach schlicht und ergreifend bei Weitem nicht genügend Kinder- und Jugendchirurgen. Diese Einstellung ist konsentiert von den Beteiligten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, aber unter Mitnahme der Kinder- und Jugendchirurgie, sodass



wir da einen breiten Konsens erzielt haben. Wir halten den Ansatz für in der Fläche die Versorgung der Kinder und Jugendlichen gefährdend, wenn dieses Gesetz in der Form so formuliert wird. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Für die Union gibt es noch eine Frage. Herr Sorge.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Frau Rümmelin vom Katholischen Krankenhausverband Deutschland. Und zwar würde mich interessieren: Wie bewerten Sie den Vorschlag, vor einer Krankenhausreform zunächst eine Bedarfsplanung nach Kriterien wie Bevölkerungsstruktur, Mobilität in einer Versorgungsregion, Erreichbarkeit, notwendiges Personal und notwendige Ausstattung sowie Finanzierung zu machen? Vor allen Dingen: Wie würden Sie so eine Bedarfsplanung strukturieren?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Rümmelin, bitte sehr.

Bernadette Rümmelin (Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD)): Vielen Dank für die Frage, Herr Abgeordneter Sorge, liebe Vorsitzende. Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband, keine finanziellen Interessenskonflikte. Wie gesagt, vor Inkrafttreten der Krankenhausreform brauchen wir unserer Meinung nach vorab zwei Dinge: eine Bedarfsanalyse und eine Auswirkungsanalyse. Die Bedarfsanalyse ist notwendig, um den jeweiligen Versorgungsbedarf in den einzelnen Regionen in Deutschland wirklich zu kennen, ihn in die Zukunft dann auch antizipieren zu können und damit dann eine evidenzbasierte Grundlage überhaupt zu haben, auf die die spezifischen Inhalte der Krankenhausreform dann auch sachgerecht aufsetzen können. Die geplanten Reformansätze können dann auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse fußend durch eine Auswirkungsanalyse überprüft werden, im Vorhinein schon, ob sie zielgerichtet sind und ob sie dann auch die flächendeckende Versorgungssicherheit der Bevölkerung in Zukunft auch gewährleisten, so wie es das Reformvorhaben überhaupt verspricht. Das kann regional sehr unterschiedlich ausfallen. Die Krankenhausreform soll

laut Gesetzentwurf gerade eine bedarfsorientierte Versorgungsstruktur gewährleisten, aber die Grundvoraussetzung dafür, eine Bedarfsanalyse, sieht das Gesetz gar nicht vor. Ein solches Analyse-Tool ist mehrstufig aufzusetzen. Und zwar sollten zum einen patientenbezogene Sachverhalte natürlich darin beinhaltet sein, wie Bevölkerungsstruktur, Morbidität, Ambulantisierungseffekte auf jeden Fall auch. Sie sollte vor allem auch demografische Entwicklung in einer Region für mehrere Jahre vorab antizipieren und sollte zum Teil auch topografische Einflüsse wie Gebirge, Flüsse und Zugangswege berücksichtigen und regional in bestehenden Regionen Deutschlands sogar Tourismusaufkommen. Wir brauchen dann dazu in einem zweiten Schritt... Dann muss die Versorgungsstruktur, die sich durch diese Analyse ergibt, auf die reale Versorgungsstruktur abgebildet werden. Erst dann können Optimierungsvorschläge eigentlich gemacht werden, in die Zukunft gerichtet hinein, wie weitere Veränderungen durch Reforminhalte optimiert werden können. In einem dritten Schritt sollte man dann darauf entsprechend erstmal Personalausstattung und eine entsprechende Finanzierung aufsetzen. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Jetzt kommt noch einmal die SPD dran in einem Frageblock. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Sehen Sie das Fachgebiet Anästhesiologie als Schnittstellenfach in seinem gesamten Leistungsspektrum von Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin im Gesetzentwurf ausreichend berücksichtigt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Stolaczyk, bitte.

Dr. Markus Stolaczyk (Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)): Vielen Dank. Ja, Markus Stolaczyk vom Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten. Keine finanziellen Interessen. Die Antwort ist kurz und knapp: Nein. Insbesondere die Anästhesiologie mit dem breiten Aufgabenspektrum ist in einem somatischen Leistungsgruppensystem nicht



unterzubringen. Das ist für unseren Fachbereich sehr unbefriedigend. Wir diskutieren auf Ebene des KHVVG über Vorhaltekosten. Vorhaltekosten sind natürlich die Kosten, die einen großen Anteil im Rahmen der anästhesiologischen Versorgung machen. Wir haben auch bei der Grundkonzeptionierung des NRW-Leistungsgruppenmodells dem Ministerium für Arbeit und Gesundheit und Soziales dazu Vorschläge unterbreitet. Die Antwort fiel so aus, dass die Anästhesie ein Fachgebiet ist, das aus der Versorgung schlichtweg nicht wegzudenken ist, unabhängig von der Krankenhausgröße, gerade der Intersektoralität und deswegen im Krankenhausplan auch nicht berücksichtigt werden muss. Zuge-spitzt kann man sagen, das sind EDA-Kosten. Wir haben auch Probleme mit den weiteren Leistungsgruppen, zum Beispiel ist ein großer Teilbereich die Intensivmedizin. Wir warten auf das Grouping-Verfahren. Wie wird zum Beispiel ein herztransplantiertes Fall von einem intensivmedizinischen Fall abgegrenzt? Jeder herztransplantierte Fall ist auch ein intensivmedizinischer Fall, Punktum. Wir haben die große Befürchtung, dass es hier zu Fehlallokationen von Vorhaltekosten in unserem Fachbereich kommen kann. Gleichzeitig werden unsere Kosten in der DRG-Matrix aber Jahr für Jahr erhoben und ausgewiesen, nämlich im Kostenstellenbereich 2, Intensivmedizin, und Kostenstellenbereich 5, Anästhesie. Unser Vorschlag wäre, zur Abbildung des Fachbereiches diese vorab auszugliedern und als separate Vorkostenanteile den Häusern zur Verfügung zu stellen, um eine Unterfinanzierung von Kliniken und Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin zu verhindern. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön.
Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Marburger Bund, Frau Dr. Johna. Ich würde auch sehr gerne wissen wollen, aus Ihrer Sicht: Welche Auswirkungen haben die mit der Krankenhausreform geplanten Strukturmaßnahmen, insbesondere Schwerpunktbildung und sektorenübergreifende Einrichtungen auf die Facharztweiterbildung von Ärztinnen und Ärzten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Johna, bitte.

Dr. Susanne Johna (Marburger Bund – Verband der Angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands Bundesverband): Vielen Dank. Ich habe es vorhin nicht erwähnt. Keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, dass das Thema Weiterbildung bei der Reform im Detail so noch nicht mitbedacht ist. Die Aufteilung in die 65 Leistungsgruppen wird schlicht dazu führen, dass immer mehr Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung mehrfach den Ort und ihren Arbeitsvertrag wechseln müssen, um eben noch die Breite des Faches, das sie erlernen wollen und sollen, auch tatsächlich erlernen zu können. Deswegen ist es wichtig, dass wir Weiterbildungsverbände gründen können. Diese Weiterbildungsverbände könnten von den Landesärztekammern zertifiziert werden und dann könnte man den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung anbieten, zu durchlaufen, sowohl einen Teil ambulante Weiterbildung in der Zeit als auch vielleicht für einen Teil der Fächer in sektorübergreifenden Versorgungszentren als auch in den Krankenhäusern, wo die entsprechenden Leistungsgruppen angeboten werden. Wenn wir diese Verbände hätten, könnten wir den Kolleginnen und Kollegen, die nun mal logischerweise rein vom Alter in der sensiblen Familienphase sind und die es ohnehin schon enorm schwer haben, das hinzukriegen, wenn sie auch noch die Arbeitsverträge mehrfach wechseln müssen, könnten wir es schaffen, zu sagen, wir bieten dann einen Arbeitsvertrag an. Sie müssen sich nicht permanent von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Das ist sinnvoll, setzt aber voraus – wie so oft hat ein sinnvolles Konzept auch einen Haken –, dass wir das Thema Arbeitnehmerüberlassung angehen. Das könnten wir auch machen, weil es für die Ärzte in Weiterbildung ohnehin schon ein spezielles Gesetz gibt, was nämlich ermöglicht, Ärzte in Weiterbildung länger als jede Arbeitnehmerin oder jeden Arbeitnehmer zu befristen. In dieses Gesetz könnten wir aufnehmen: Für diese von den Kammern zertifizierten Weiterbildungsverbänden gibt es Ausnahmen in der Arbeitnehmerüberlassung. Das würde es erheblich erleichtern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr.
Frau Stamm-Fibich.



Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die DKG. Herr Dr. Gaß, wie beurteilen Sie die Forderung des Bundesrates, die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Teilnahme der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen an der hausärztlichen Versorgung auf die fachärztliche Versorgung auszuweiten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Wir haben sehr früh die Idee, die ja auch schon im KHVVG dem Grunde nach angelegt ist und jetzt noch mal durch die Länder verstärkt wurde, diesen sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen tatsächlich dann auch nicht nur die hausärztliche, sondern in Teilen – dort, wo es notwendig ist, will ich ausdrücklich sagen, wo der Bedarf ist – auch die fachärztliche ambulante Versorgung zuzuordnen, sehr begrüßt. Wir haben dafür plädiert und würden dafür plädieren, dass das Versorgungsspektrum, was für diese einzelnen Standorte zu identifizieren ist, in der sogenannten sektorübergreifenden Landesplanung definiert würde. Da kann man dann auch bedarfsorientiert Entscheidungen treffen. Dann sollten allerdings die Zuweisungen dieser Versorgungsaufgaben in Teilen auch im fachärztlichen Bereich dauerhaft sein. Sie dürfen nicht jährlich überprüft werden, weil sie sonst keine Möglichkeit haben, Personal einzustellen, was sie ja gewinnen müssen. Die Menschen kommen nicht, wenn sie möglicherweise im nächsten Jahr diese ambulante Aufgabe nicht mehr machen dürfen. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön und Herr Mende.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte mal eine Frage an die ver.di-Vertreterin hier. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen einer vollständigen und unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen für alle beschäftigten Gruppen im Krankenhaus?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Bühler, bitte.

Sylvia Bühler (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Vielen Dank für die wichtige Frage. In der Tat, für das funktionierende Gesundheitswesen braucht man genug Personal und man braucht engagiertes Personal. Ich glaube, dem gesamten Reformprozess tut es gut, wenn wir verstärkt gucken, welche Auswirkungen das auf die Menschen hat, die dann tatsächlich auch die ganzen Leistungen umsetzen sollen. Wir haben in der heutigen Regelung, die ist maßgeblich mitverantwortlich, dass ein erheblicher Druck ausgeübt wird, nämlich Personal abzubauen. Personal, das für eine gute und sichere Versorgung dringend gebraucht wird. Deswegen begrüßen wir ausdrücklich die Regelung, wie sie jetzt angedacht und in Planung ist, nämlich die Tarifierhöhungen künftig für alle Krankenhausbeschäftigten. Das halten wir für absolut erforderlich, für alle Krankenhausbeschäftigten bereits im laufenden Jahr und auch vollständig auszugleichen. Das ist eine absolut gute und richtige Entscheidung und die ist sachgerecht und zielführend.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Voraussichtlich zum Abschluss fragt jetzt Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst, Herrn Dr. Gronemeyer. Bitte erläutern Sie uns, inwiefern die Einführung der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen und die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst zu Bürokratieabbau und Erleichterungen für die Krankenhäuser und den MD führen. Haben Sie hier weitere Vorschläge zum Bürokratieabbau?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Gronemeyer, bitte schön.

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund (MD)): Vielen Dank für die Frage. Unnötigen Aufwand kann sich niemand leisten, weder die Krankenhäuser noch der Medizinische Dienst, sondern es geht um das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Lösungen sind schlanke Prozesse und Digitalisierung. Aus unserer Sicht ist beides im Gesetz vorgesehen. Die verschiedenen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes werden zukünftig verknüpft sein, was eine gute Voraussetzung ist für aufwandsarme Prüfungen. Es



wird eine elektronische Vorhaltung von Prüfunterlagen geben, die dazu führt, dass Doppelanforderungen vermieden werden. Ein zusätzlicher, einfach umzusetzender Vorschlag, den wir sehr wichtig finden, ist, dass Prüfunterlagen, die schon jetzt aus den laufenden Prüfungen beim Medizinischen Dienst, auch nach Inkrafttreten des Gesetzes für die Leistungsgruppenprüfung verwendet werden können und dürfen, was nach unserer Bewertung im Augenblick nicht der Fall ist und noch mal gesetzlich klargestellt werden müsste, um auch hier zusätzliche Unterlagenanforderungen zu vermeiden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Die letzten 40 Sekunden.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Ich würde gerne GKV-Spitzenverband fragen wollen. Bei der Abrechnungsprüfung in Kliniken gilt aktuell die Einzelfallprüfung. Der Gesetzentwurf sieht eine Abkehr von der Einzelprüfung hin zur Stichprobenprüfung auch unter dem Gesichtspunkt der Bürokratieentlastung vor. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Stoff-Ahnis.

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Ich hatte vorhin schon angeregt, dass die Einzelfallprüfung beibehalten werden muss. Wir gehen hier von einer Einsparmöglichkeit von 500 Millionen Euro aus, ansonsten zulasten der Beitragszahlenden. Wir haben bereits Erfahrungen gesammelt mit der Stichprobenprüfung, dass diese eben sehr rechtsunsicher ist, dass das ein wirkungsloses Instrument ist. Insofern soll es bei der Quotierung bleiben auf 10 Prozent. Das wäre der Vorschlag der Krankenkassen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Frau Stoff-Ahnis. Damit sind wir am Ende dieser sehr wichtigen Anhörung angekommen. Ich danke allen Sachverständigen für ihre Expertise. Sie haben uns sehr geholfen. Das wird jetzt Bestandteil der weiteren parlamentarischen Beratungen sein. Kommen Sie gut nach Hause. Wir gehen jetzt ins Plenum und debattieren die Förderung der

öffentlichen Gesundheit. Bleiben Sie gesund und Tschüss.

Schluss der Sitzung: 17:13 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende