



Wortprotokoll der 23. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Dezember 2025, 17:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Zoom-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Zoom-Meeting werden an
den entsprechenden Personenkreis versandt.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 9

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

BT-Drucksache 21/2512

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)



- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

– 21/2512 –

**Stellungnahme des Bundesrates und
Gegenäußerung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 21/3056

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

- c) Antrag der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole
Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion Die Linke

**Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich
finanzieren – Ausgliederung sämtlicher
Personalkosten aus den Fallpauschalen**

BT-Drucksache 21/2707

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 17. Dezember 2025, 17:30 Uhr,
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Raum 3 101
„Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)“

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V. (AKG)
- AOK-Bundesverband
- Arbeiter-Samariter-Bund e.V. (ASB) (Keine Rückmeldung)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
- BKK Dachverband e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Absage)
- BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB)
- Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)
- Bündnis Klinikrettung
- Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Absage)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)
- Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“



- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Keine Rückmeldung)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)
- Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DGIIN)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutscher Städtetag
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB) (Keine Rückmeldung)
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- GKV-Spitzenverband
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)



- EbM-Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (Absage)
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (Absage)
- IKK – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH) (Absage)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (KKVD)
- Malteser Hilfsdienst e.V. (Absage)
- Marburger Bund
- Medizinischer Dienst Bund
- Sozialverband VdK Deutschland e.V.
- Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Verband der forschenden Pharma-Unternehmen e.V. (vfa)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VDK)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband)
- Verband kommunaler Gesundheitseinrichtungen e.V.
- Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) (Absage)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



Auf Vorschlag einzelner Fraktionen eingeladen:

- Prof. Dr. Florian Hoffmann¹ (Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg)
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis² (Universität Witten/Herdecke)
- Prof. Dr. Matthias Pirlich¹ (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM))

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 17:30 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzesentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

BT-Drucksache 21/2512

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)
– 21/2512 –**

**Stellungnahme des Bundesrates und
Gegenäußerung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 21/3056

c) Antrag der Abgeordneten Stella Merendino,
Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abge-
ordneter und der Fraktion Die Linke

**Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich
finanzieren – Ausgliederung sämtlicher
Personalkosten aus den Fallpauschalen**

BT-Drucksache 21/2707

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD):
Einen schönen guten Abend. Das war leider nicht
die Weihnachtsglocke, sondern das Startsignal. Es
sind noch einige Kolleginnen und Kollegen im An-
flug, aber wir beginnen pünktlich, weil wir ja auch
zu einer recht ungewöhnlichen Uhrzeit heute
Abend diese Anhörung durchführen. Sehr geehrte
Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zu-
schauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr ge-
ehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesre-
gierung, Herr Staatssekretär Sorge ist mit Sicherheit
auch auf dem Weg, liebe Kolleginnen und Kolle-
gen, ich darf Sie alle begrüßen zur öffentlichen An-
hörung des Ausschusses für Gesundheit, die wie
immer eine Mischung aus Präsenz- und Online-
Meeting ist. Es hallt hier so ein bisschen, deswegen
bin ich gerade etwas irritiert. Vorab möchte ich die
Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerin-
nen und Teilnehmer, die Teilnehmenden, die per
Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihren Mik-
rofonen stumm zu schalten und mit Namen

anzumelden, damit wir wissen, wer in der Schalte
ist. Sehr geehrte Damen und Herren, in der heuti-
gen Anhörung geht es um den Gesetzesentwurf der
Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur An-
passung der Krankenhausreform“ auf Drucksachen
21/2512 und 21/3056. Dazu liegen Änderungsan-
träge der Koalitionsfraktionen auf den Ausschuss-
drucksachen 21(14)51 und 52 sowie der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache
21(14)50 vor. Auch diese sind Gegenstand die-
ser Anhörung. Außerdem geht es heute um den An-
trag der Fraktion Die Linke „Vorhaltung der Kran-
kenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung
sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“
auf Drucksache 21/2707. Sehr geehrte Damen und
Herren, ich möchte für die Öffentlichkeit noch ein-
mal erläutern, worum es heute geht. Mit Ihrem Ge-
setzentwurf will die Bundesregierung entsprechend
der Verabredung im Koalitionsvertrag das Kranken-
hausversorgungsverbesserungsgesetz, also die be-
gonnene Krankenhausreform, praxisnah weiterent-
wickeln, damit die angestoßenen Reformen noch
besser umgesetzt werden können. Geändert werden
sollen unter anderem die Regelungen zur Finanzie-
rung des Transformationsfonds. Weitere Regelun-
gen betreffen insbesondere die Leistungsgruppen,
aber auch die Kooperationsmöglichkeiten zwischen
Krankenhäusern und Leistungserbringern. Der An-
trag der Fraktion Die Linke hat zum Ziel, die Perso-
nalkosten der Krankenhäuser komplett aus den
DRGs auszugliedern. Sie sollen in Zukunft von den
Kostenträgern kostendeckend refinanziert werden.
Über den Gesetzesentwurf und die Änderungsanträge
sowie über den Antrag wollen wir heute mit Ihnen,
meine sehr verehrten Sachverständigen, diskutie-
ren und Ihre Meinung hören. Bevor wir aber begin-
nen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ab-
lauf dieser Anhörung machen. Es stehen uns insge-
samt 120 Minuten zur Verfügung. Diese 120 Minu-
ten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen
in Verbindung mit einer ausschussinternen Verab-
redung auf mehrere Frageblöcke verteilt. Insgesamt
entfallen auf die Fraktion der CDU/CSU 40 Minu-
ten, auf die AfD 29 Minuten, auf die SPD 23 Minu-
ten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 16 Minuten
und auf Die Linke 12 Minuten Fragezeit. Ich darf
sowohl die Fragenden als auch die Sachverständi-
gen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so
können viele Fragen gestellt und beantwortet wer-
den.



Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass Sie, sobald Sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns hier im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen wie immer entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese sind auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Jetzt haben wir alle Formalien erledigt und beginnen mit der Anhörung. Die ersten Fragen stellt die Fraktion der CDU/CSU für 17 Minuten. Wer beginnt? Herr Dr. Pilsinger, bitte schön.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Inwieweit erwarten Sie, dass die ursprünglichen Ziele der Krankenhausreform der Steigerung von Qualität und Effizienz der Versorgung sowie der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf realisiert werden können?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, vielen Dank für die Frage. Keine finanziellen Interessen, die nicht bekannt wären oder nicht für alle anderen gelten

würden. Insofern auch das zunächst einmal fürs Protokoll. Wir als Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die grundsätzlichen Ziele der Krankenhausreform immer geteilt. Wir teilen sie auch heute noch. Die Themen Spezialisierung, Ambulantisierung, die Krankenhauslandschaft neu zu ordnen sind Themen, die wir auch befürwortet haben, und das Ganze auch in Verbindung mit einer klugen Finanzierungsreform. Insofern unterstützen wir grundsätzlich auch das Gesetzgebungsvorhaben, was heute vorliegt. Wir haben Kritik am Gesetzentwurf geübt, an diesem Gesetz, aber auch an dem vorhergehenden Gesetz mit Blick auf genau die Punkte, die Sie angesprochen haben, Herr Pilsinger, nämlich die Frage: Inwieweit gelingt es wirklich, die Qualität und die Effizienz zu verbessern und die flächendeckende Versorgung gleichzeitig aufrechtzuerhalten? Wir haben zu Beginn häufig deutlich bemängelt, dass nach unserer Einschätzung der politische Prozess ein Problem dargestellt hat. Wir haben bis heute keinen wirklichen Konsens zwischen Bund und Ländern über die konkreten Umsetzungsschritte dieser Krankenhausreform. Deshalb hat sich das gesamte Verfahren sehr lange hingezogen, was eine deutliche Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser bedeutet hat. Ganz konkret bezogen auf die Frage nach dem Thema der Effizienz will ich zunächst einmal sagen: Effizienz im Versorgungsgeschehen, die ohne Zweifel notwendig ist und die auch möglich ist, entsteht aber nicht nur allein durch die Neuordnung der Krankenhauslandschaft. Das ist sicherlich auch ein Aspekt. Auch die Reduktion der Gesamtzahl der Krankenhäuser in einem verantwortungsvollen Verfahren ist dazu geeignet. Aber wir brauchen darüber hinaus mehr Freiheiten in der Gestaltung innovativer Prozesse in den Krankenhäusern. Dort üben wir nach wie vor deutliche Kritik. Ich glaube nicht, dass es gelingt, die Effizienz in der Versorgung insoweit zu verbessern, dass wir wirklich mit weniger Ressourcen mehr Versorgung, die wir brauchen werden durch den demografischen Wandel, durch die demografische Entwicklung, herstellen können. Wir sind sehr gebunden durch kleinteilige Vorgaben dieser Reform, die an vielen Stellen, insbesondere in Personal- und Strukturvorgaben, deutlich zum Ausdruck kommen. Wir hätten uns gewünscht, dass auch ein Stück weit ein neues Denken einzieht, indem man mehr die Ergebnisqualität als die Struktur- und Prozessqualität in den Mittelpunkt stellt und wieder mehr Verantwort-



tung vor Ort verlagert. Zum Thema flächendeckende Versorgung: Das ist das Spannungsfeld einerseits zwischen dem Ziel, komplexe Leistungen zu konzentrieren und damit an manchen Stellen auch Qualitätsverbesserungen zu erzeugen, gleichzeitig aber die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Diese Balance gelingt nur zum Teil. Ein großes Problem bleibt das Thema der Vorhaltefinanzierung, zu dem ich vielleicht nachher noch mal Stellung nehmen kann. Es wird mit dem jetzigen System der Vorhaltefinanzierung nicht gelingen, das politische Ziel zu erreichen, Grundversorgungskrankenhäuser auskömmlich zu finanzieren und sie auf Grundversorgungsleistungen zu reduzieren. Das ist ein wirkliches Problem, mit dem man zurechtkommen muss. Auch die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Länder werden dort nicht ausreichend sein. Insofern teilen wir, ich sage es noch mal, die Ziele, aber wir haben große Bedenken, inwieweit es wirklich gelingt, mit den jetzt vorgesehenen Vorhaben diese Ziele zu erreichen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Evangelischen Krankenhausverband. Welche Standortdefinition von Kliniken mit welchem Maximalstandard von Gebäuden oder Gebäudekomplexen schlagen Sie vor, aus welchen pragmatischen Gründen im Sinne des Erhalts vor Ort?

Die **Vorsitzende**: Herr Radbruch, bitte.

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, vielen Dank für die Frage. Wir schlagen vor, die Krankenhausstandorte so zu definieren, dass Gebäude und Gebäudekomplexe innerhalb eines Radius von 5 km umfasst sind. Ein Maximalabstand von 2 km ist aus unserer Erfahrung zu eng und bildet vor allem die Versorgungsrealität vieler Krankenhäuser nicht ab. Es gibt zahlreiche Standorte, die aus städtebaulichen oder historischen Gründen medizinisch und organisatorisch sinnvoll zusammenarbeiten, aber oberhalb dieser 2-km-Grenze sind. Eine starre 2-km-Grenze würde die funktionierenden Ver-

sorgungsmodelle, die es schon gibt, gefährden und Versorgungsstrukturen, die etabliert sind, einschränken. Ein Radius von 5 km ist aus unserer Sicht pragmatisch und ausgewogen. Er ist groß genug, um bestehende Standorte, Verbünde und arbeitsteilige Strukturen zu erhalten, und zugleich klein genug, um die Zusammengehörigkeit eines Krankenhausstandorts klar zu definieren. In diesem Rahmen können aus unserer Sicht gut Personal, Expertise, Infrastruktur standortübergreifend genutzt werden, ohne dass die Anforderungen an Qualität, Erreichbarkeit und Transparenz verwässert werden. Einen Maximalabstand von 15 km halten wir für nicht sachgerecht, weil in dieser Größenordnung kaum noch organisatorische und funktionale Einheiten zu organisieren sind. Es würde zu Unklarheiten bei Qualitätsvorgaben und Steuerungen führen. Zusammengefasst würde ich vorschlagen, einen Standort mit einer Luftlinie von 5 km.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Sie dürfen weitermachen.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Eine Frage an den Katholischen Krankenhausverband. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird im KHAG zeitlich angepasst. Welche Voraussetzungen sind notwendig, damit eine Vorhaltefinanzierung tatsächlich Planungssicherheit schafft und die erforderlichen stationären Kapazitäten zuverlässig abgesichert werden? Welche Risiken entstehen, wenn die Vorhaltefinanzierung ohne weitergehende inhaltliche Befassung umgesetzt wird?

Die **Vorsitzende**: Das wäre Frau Rümmelin, die online zugeschaltet ist.

Bernadette Rümmelin (Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (KKVD)): Vielen Dank. Ich hoffe, Sie können mich hören und verstehen. Vielen Dank, Herr Abgeordneter Pilsinger, für die Frage, die ich gerne beantworte. Die bloße Fristverschiebung der Einführung um ein Jahr löst die inhaltlichen Probleme und die massiven Fehlanreize, die durch die angedachte Systematik der Vorhaltevergütung ausgelöst werden, nicht. Deshalb reicht das auch nicht aus. Wir raten deshalb dazu, die Vorhaltevergütungssystematik im kommenden Jahr inhaltlich grundsätzlich neu zu konzipieren. Eine



sachgerechte Vorhaltevergütung muss unbedingt fallzahlunabhängig und damit auch ohne eine Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen konzipiert werden. Das ist uns sehr wichtig. Sonst laufen wir in Gefahr, dass weite Teile der Bevölkerung, in ländlichen Regionen vor allem, von einer zuverlässigen Krankenhausversorgung abgeschnitten werden. Kleinere und wirklich bedarfsnotwendige Klinikstandorte in der Fläche können dann die notwendige Vorhaltung von Strukturen und Behandlungskapazitäten nicht mehr adäquat refinanzieren, weil die geforderte Fallzahldichte, die die Mindestvorhaltezahlen dann vorgeben würden, in der Bevölkerung gar nicht vorhanden sind und es dadurch zu Versorgungslücken kommt. Hinzu kommt, dass die aktuelle Ausgestaltung einem äußerst komplizierten Mechanismus unterliegt und viel zu komplex und hochbürokratisch angelegt ist. Das einzelne Klinikbudget ist zukünftig fallzahlabhängig von den Gesamtleistungszahlen auf Landesebene in den jeweiligen Leistungsgruppen und wird strategisch an den Bezugsjahren für die Neuberechnungen ausgerichtet werden müssen vom Klinikmanagement. Für den einzelnen Klinikstandort wird wirtschaftliche Planungssicherheit dazu oder dadurch dann auch nahezu unmöglich. Der bürokratische Aufwand dafür ist absolut unüberschaubar angelegt. Dadurch, dass die Vorhalteanteile der Hybrid-DRGs im Vorgriff aus der Vorhaltevergütungssystematik dann auch noch herausgerechnet wurden, wird den Kliniken die Basis für einen alternativen Umstieg von stationärer nach ambulanter Leistungserbringung genommen und damit ein sinnvoller Ausbau der Ambulantisierung erschwert, was nicht im Sinne der Gesetzeszielsetzung ist. Letztlich sollte die Einführung einer neuen Vorhaltevergütungssystematik über Pilotphasen und Evaluierungen erfolgen und nicht über Fristverschiebungen. Dazu benötigt es eine Auswirkungsanalyse der Folgewirkungen auf die realen und vor allem regionalen Versorgungsstrukturen, denn nur so kann geprüft und korrigiert werden, falls Lücken entstehen und Versorgungssicherheit gefährdet wird. Sie haben gefragt nach den Risiken bei einer Einführung ohne die beschriebenen Anpassungen. Zusammengefasst sind das die massiven finanziellen Risiken für bedarfsnotwendige Häuser, da Strukturkosten nicht gedeckt werden, fehlende wirtschaftliche Stabilität insbesondere für kleine und ländliche Versorger, der zusätzliche ökonomische Druck, der zu unerwünschten Fallzahlsteuerungen in der Praxis führt

und die Verhinderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen. Die Reformziele wie Qualität, Leistungskonzentration oder höherer Spezialisierungsgrad werden dadurch konterkariert, weil das Vergütungssystem nicht trägt. Im Fazit wird die Vorhaltevergütung ohne eine substanzielle Anpassung umgesetzt. So, wie sie jetzt im KHVVG [Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz] angeordnet ist und im KHAG nicht adäquat verändert wird, verstärkt sie den laufenden kalten Strukturwandel und gefährdet unserer Meinung nach die Versorgungssicherheit. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Florian Hoffmann, Leiter Kindernotarzdienst München und Chefarzt Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg. Aus welchen Gründen ist es für die stationäre Pädiatrie so wichtig, dass im KHAG gesetzlich präzisiert wird, dass die Förderung für pädiatrische Kliniken in Höhe von 300 Millionen Euro gemäß § 39 KHVVG ausschließlich denjenigen Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinder- und Jugendchirurgie zugewiesen werden dürfen, denen mindestens eine Leistungsgruppe der Kinder- und Jugendmedizin bzw. der Kinder- und Jugendchirurgie zuerkannt wurde?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Hoffmann ist uns online zugeschaltet. Bitte.

Prof. Dr. Florian Hoffmann (Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg): Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrter Herr Pilsinger, liebe Abgeordnete, vielen Dank für diese Frage. Aktuell ist es so, dass alle Kinder über 28 Lebenstagen und bis zum 16. Lebensjahr letztendlich ohne Berücksichtigung der erbringenden Fachabteilung nur nach Alter zugeordnet werden. Das bedeutet, dass auch Kinder, die in Erwachsenenabteilungen behandelt werden, die ansonsten keinerlei pädiatrische Kompetenz vorhalten müssen, dass die genauso von diesem Sondervermögen profitieren. Genau dazu war 2023 dieser Beitrag geschaffen worden, um diese spezifischen Belange von Kinder- und Jugendkliniken zu decken, die hoch defizitär sind. Deshalb muss es so



sein, dass dieser Förderbetrag als Zuschlag zu den rDRGs [Residual DRGs] festgeschrieben wird, dass er ausschließlich pädiatrischen Leistungsgruppen und Fachabteilungsschlüsseln zugewiesen wird. Es könnte auch sinnvoll sein, dass man in diesem Zusammenhang vielleicht bei Erwachsenenleistungsgruppen in den konservativen, nichtchirurgischen Fächern eine Altersgrenze einzieht und hier das 16. Lebensjahr als Grenze definiert. Was noch wichtig ist, das ist bis 2028 jetzt festgeschrieben. Es ist für die Kinder- und Jugendmedizin wirklich wichtig, dass dieser Betrag, diese Förderung der Kinderkliniken über 2028 beibehalten und dynamisiert wird an die Anpassungen, Inflation, Lebenshaltungskostensteigerung, denn wir werden es nur so schaffen, Kindern und Jugendlichen in diesem Land eine wirklich gute und hochqualitative Versorgung zukommen zu lassen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Pilsinger, Sie hatten jetzt das Mikro an. Sie müssen das Mikro ausmachen, damit man ihn dann auch sieht. Ich habe es jetzt auch gerade erst gesehen, aber für jetzt gleich. Bitte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Eine Frage an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken, BDPK. Was halten Sie von dem Vorschlag, besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen, Tages- und Nachtkliniken von der Vorhaltevergütung und damit von der Leistungsgruppensystematik auszunehmen, da sie nach jetzigem Stand alle Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen hätten, obwohl diese Einrichtungen nicht nach Fallpauschalen, sondern nach Tagessätzen vergütet werden?

Die **Vorsitzende**: Herr Bublitz, bitte.

Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): Thomas Bublitz, Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Keine finanziellen Interessen an diesem Gesetzgebungsverfahren. Ich glaube, es ist eine gute Idee. Sie haben die Grundsatzkritik an den Vorhaltepauschalen gehört. Überall dort, wo keine Vorhaltepauschale zum Einsatz kommt, ist es eine gute Entwicklung, um das so klar zu sagen, auch für die besonderen Einrichtungen und auch für die Fachkliniken bzw. die besonderen Einrichtungen. Die Anwendung der Leistungsgruppen ist

problematisch für diese Einrichtungen, weil wir ein sehr spezielles Patientenkontingent haben, aber mit dem ganz großen Besteck der Leistungsgruppen zuzuordnen und messen, ob diese Kliniken am Netz bleiben. Ich will ein Beispiel nennen: Es gibt orthopädische, konservativ behandelnde Kliniken. Würden die in der Leistungsgruppensystematik bewertet, dann müssten die OP-Säle vorhalten. Dann wird jedem deutlich, wie unsinnig diese Regelung ist. Langer Rede kurzer Sinn: Fixkostendegressionsabschlag und Vorhaltepauschale müssen weg. Es ist auch klug, dass wir so weit wie möglich die Fachkliniken und die besonderen Einrichtungen aus der Leistungsgruppensystematik herausnehmen. Sonst kommt es einfach zu unsinnigen Anforderungen an die Einrichtungen.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Pilsinger, bitte.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Marburger Bund. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz, im Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in Weiterbildung und im SGB V eine verbindlich gesetzliche Regelung zur Sicherung und zum Ausbau von regionalen, durch die Landesärztekammern zertifizierten Weiterbildungsverbünden implementiert werden kann, die sicherstellt, dass auch unter den durch das KHVG und KHAG veränderten Strukturen eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Weiterbildung zum Facharzt ohne unnötige zeitliche Verzögerungen gewährleistet bleibt?

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

Dr. Susanne Johna (Marburger Bund): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Herr Abgeordneter Pilsinger. Als Marburger Bund begrüßen wir diesen Vorschlag sehr. Denn es ist so, dass durch die Krankenhausreform und die dadurch entstehende Konzentration von Versorgungsangeboten letztlich Weiterbildungsmöglichkeiten verloren gehen. Es drohen Unsicherheiten in konstanten Arbeitsbedingungen für die jungen Ärztinnen und Ärzte. Die stellen schließlich die Zukunft unserer ärztlichen Versorgung sicher. Deswegen braucht es dringend pragmatische und unbürokratische Lösungen, damit die jungen Kolleginnen und Kollegen ihre



Weiterbildung in der Regelweiterbildungszeit an mehreren Standorten und auch im ambulanten Bereich absolvieren können. Dafür braucht es die von Ihnen angesprochenen Weiterbildungsverbünde, die durch Landesärztekammern zertifiziert sind und dadurch sichergestellt ist, dass sie das in der Regelweiterbildungszeit erreichen. Zum anderen braucht es für die Weiterbildungsverbünde unbedingt Ausnahmen in der erlaubnispflichtigen Arbeitnehmerüberlassung. Denn nur dann ist es möglich, dass die Kolleginnen und Kollegen mit einem Arbeitsvertrag durch einen solchen Verbund rotieren können, hohe finanzielle, administrative und zeitintensive Hürden entfallen und nicht jedes Mal die Themen mit Arbeitsvertrag, Sozialversicherung, Rentenversicherung usw. neu abgeschlossen werden müssen. Insofern ist beides nötig: Weiterbildungsverbünde und die Befreiung von der Arbeitnehmerüberlassung in diesem Fall.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Dr. Johna. Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe. Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank für die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Meine erste Frage geht an Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Hybrid-DRGs laufen ja 2030 aus. Wie sind die Signale der Bundesregierung? Können die Krankenhäuser dann die ambulanten Leistungen weiterhin so abrechnen oder gibt es eventuell sogar Fortschritte, dass die ambulanten Leistungen in Krankenhäusern, die die gesamte Infrastruktur weiterhin vorhalten müssen, auskömmlicher finanziert werden?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, vielen Dank. Die Hybrid-DRGs sind ein weiterer Bestandteil, um die Ambulantisierung im Gesundheitswesen voranzubringen, mit der Zielsetzung, die bisherige Fallzahl im stationären Bereich ein Stück weit um die Patientinnen und Patienten zu reduzieren, die potenziell zumindest ambulant versorgt werden können. Wichtig ist, an dieser Stelle zu betonen, wenn wir hier über Ambulantisierung sprechen, das ist einvernehmlich unter allen

Experten, die über die Hybrid-DRGs sprechen, dass es nicht darum geht, die Patientinnen und Patienten unmittelbar in den klassischen ambulanten Bereich zu verweisen, [also] die Patienten, die ehemals im Krankenhaus vollstationär versorgt wurden, quasi über Nacht am nächsten Tag dann in ambulanten Arztpraxen zu behandeln. Das ist eher die Ausnahme. Es ist Ziel der Hybrid-DRGs, die Krankenhäuser zu nutzen, und die Krankenhäuser sehen sich hier ganz klar in der Verantwortung, Potenziale von Verweildauerverkürzung bis hin zur Eintagesbehandlung zu nutzen. Insofern ist das grundsätzlich ein richtiges Modell. Jetzt ist im Moment im Gesetz festgeschrieben, dass bis zum Jahr 2030 die Fallzahl aufwachsen soll auf bis zu zwei Millionen Fälle und perspektivisch die Vergütung dafür sinken wird. Wir sind davon überzeugt, dass wir noch vor dem Jahr 2030 gemeinsam mit dem Gesetzgeber, sicherlich auch mit dem BMG, über Möglichkeiten sprechen müssen, die Vergütung so auszugestalten, dass komplexere Fälle auch weiterhin auskömmlich finanziert am Krankenhaus behandelt werden können. Denn es ist schlicht unrealistisch, dass wir all diese Patientinnen und Patienten aufgrund des Schweregrads der Behandlung vollambulantisieren können. Insofern braucht es weitere gesetzgeberische Maßnahmen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dietz.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Das KHAG finanziert den Transformationsfonds mit 29 Milliarden Euro aus Bundesmitteln. Wie schätzen Sie die Entlastung der GKV ein, insbesondere, ob dies ausreicht, um die Übergangsphase ohne weitere Finanzierungslücken zu überbrücken? Haben Sie Bedenken, dass die Entlastung der GKV nicht ausreicht, um langfristig die Stabilität der Krankenversicherungssysteme zu gewährleisten, besonders angesichts möglicher zukünftiger Kostensteigerungen?

Die **Vorsitzende**: Wer antwortet? Frau Stoff-Ahnis oder Herr Dr. Grunenberg? Frau Stoff-Ahnis, bitte.

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Herr Abgeordneter. Die Neuordnung der



Kostenverantwortung für den Transformationsfonds ist keine Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern das ist vielmehr eine ordnungspolitische Korrektur. Diese Umstellung wird ausdrücklich vonseiten der gesetzlichen Krankenversicherung begrüßt. Allerdings ist es mit Blick auf die Zukunft eine Tatsache, dass die Krankenkassen für die Folgekosten, nämlich die Betriebskostenfinanzierung, haften. Das heißt, das Kostenrisiko, das in der Zukunft liegt, verlagert sich durch die Entscheidungen über die Mittelvergabe im Transformationsfonds auf die Beitragszahlenden. Da sich die Länder zunehmend von den Investitionskostenpflichten zurückziehen, ist das für uns in der GKV ein sehr relevanter Punkt. Deshalb müssen die Entscheidungen über förderfähige Vorhaben zwingend im Einvernehmen mit der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen werden. Denn wer dauerhaft die Folgekosten trägt, der muss auch bei der Entscheidung über die Investitionen mit eingebunden sein. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Stoff-Ahnis.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank. Die nächste Frage übernimmt meine Kollegin Claudia Weiss.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank. Und vielen Dank an die Experten, für die Möglichkeit, Fragen stellen zu dürfen. Ich hätte eine Frage an den AOK-Bundesverband. Die Erweiterung von Ausnahmen für ländliche Kliniken soll die Versorgung sichern. Welche Risiken für regionale Qualitätsunterschiede durch diese Ausnahmeregelungen erkennen Sie und wie könnten sie die Versorgungssicherheit beeinflussen?

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Dr. Reimann, bitte.

Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Carola Reimann, AOK-Bundesverband. Wir lehnen diese Ausweitung unter dem Aspekt der Patientensicherheit ab. Patientinnen und Patienten müssen sicher sein, dass sie nur dort behandelt werden, wo sowohl medizinische Expertise als auch eine weitergehende therapeutische Versorgung qualitativ hochwertig

gewährleistet ist. Eine Aufweichung der Vorgaben gefährdet die Patientensicherheit und geht mit dem Risiko einher, mangelnde Qualität in der Versorgung zu verstetigen. Deshalb lehnen wir das ab. Es ist also auch im Interesse der Beitragszahlenden, Versicherten und Arbeitgebenden, dass die Finanzmittel der GKV nur dort eingesetzt werden, wo gewährleistet ist, dass es auch eine hohe Expertise gibt.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Dann hätte ich eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. Für spezialisierte Bereiche wie Traumatologie werden Qualitätskriterien angepasst. Welche Defizite in der Anpassung dieser Kriterien sehen Sie und wie könnten sie die Qualität in der Unfallversorgung beeinträchtigen?

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

Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)): Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete, vielen Dank für die Frage. Die Qualitätskriterien lassen sich am besten über Register abbilden. Die Register dienen dazu, schwerer verletzte Patienten in eine Struktur einzupflegen, die man statistisch auswerten und mit der man Aussagen über die Qualität treffen kann. Der Zugang zu diesen Registern muss niederschwellig dahingehend möglich sein, dass eine Widerspruchslösung erforderlich ist für die Patienten. Denn wir haben es oft sowohl im Bereich der Akuttraumatologie mit bewusstseinsgetrübten oder völlig bewusstlosen Patienten zu tun. Das Gleiche gilt auch für die Alterstraumatologie. Diese Patientinnen und Patienten müssen wir aber in die Register einpflegen können, ohne eine Zustimmung zur Weitergabe zu erhalten. Von daher ist die angestrebte Widerspruchslösung in dem Registergesetz ein wesentlicher Bestandteil in der Messung oder Bemessung der Qualität. Danke.



Die **Vorsitzende**: Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank. Ich würde weiterreichen an meinen Kollegen Herrn Dietz.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Marburger Bund. Die Anpassung von Personalkriterien soll Flexibilität schaffen. Welche Defizite in der Praxistauglichkeit dieser Anpassung sehen Sie insbesondere für ärztliches Personal? Sehen Sie die Anpassung der Personalkriterien als unzureichend an, um die Probleme im ärztlichen Dienst zu adressieren? Welche Alternativen könnten eventuell effektiver sein?

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

Dr. **Susanne Johna** (Marburger Bund): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Das KHAG beschäftigt sich im Wesentlichen im ärztlichen Bereich mit den fachärztlichen Personalvorgaben. Deswegen glauben wir, dass es notwendig ist, das Thema, das wir vorhin zu Weiterbildungsverbünden besprochen haben, auch im KHAG zu adressieren, damit die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung berücksichtigt werden, die bisher in dem Gesetz weder im KVVG noch im KHAG eine Rolle spielen. Es wäre aus ärztlicher Sicht unserer Meinung nach das Wichtigste, Weiterbildungsverbünde gangbar zu machen. Dafür brauchen wir Arbeitnehmerüberlassung. Das hatten wir vorhin besprochen. Wir müssen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung berücksichtigen. Die fachärztlichen Vorgaben passen im Wesentlichen zu den Anforderungen, die wir haben. Im Einzelfall sind Änderungen vorgenommen worden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dietz, machen Sie weiter?

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Ja. Meine nächste Frage geht an den Sozialverband VdK Deutschland e.V. Das KHAG zielt auf flächendeckende Versorgung ab. Wie bewerten Sie potenzielle Mängel im Schutz vulnerabler Gruppen wie älteren Patienten in ländlichen Gebieten? Inwiefern könnte der fehlende Schutz von vulnerablen Gruppen langfristige

Versorgungsdefizite vor allem in ländlichen Gebieten verschärfen?

Die **Vorsitzende**: Herr Essaida.

Ilias Essaida (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, das KHAG sieht eine Anpassung der Erreichbarkeitsfristen von den unterschiedlichen Leistungsgruppen bzw. deren Abschaffung vor. Als Sozialverband VdK Deutschland sind wir der Auffassung, dass diese Erreichbarkeitskriterien nicht gestrichen werden sollten. Insbesondere ältere Menschen und multimorbide Menschen sind nicht in der Lage, mit dem eigenen PKW ein Krankenhaus zu erreichen, sofern dies notwendig sei. In ländlichen Regionen ist der ÖPNV nicht ausreichend ausgebaut, um ein Krankenhaus in ausreichender Zeit zu erreichen. Daher wäre eine gesetzliche Regelung zur Erreichbarkeit der stationären Ressourcen zwingend notwendig. Dass dies gestrichen werden soll, kritisieren wir als Sozialverband VdK Deutschland sehr stark.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Gibt es noch weitere Fragen?

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Die Qualitätsanpassungen sollen die Patientensicherheit steigern. Welche spezifischen Aufweichungen von Standards kritisieren Sie und wie könnten sie die Patientenversorgung beeinflussen? Gibt es Bedenken, dass die aktuellen Anpassungen an den Qualitätsstandards die Patientensicherheit nicht substanziell genug verbessern?

Die **Vorsitzende**: Da kann ich Ihnen leider niemanden bieten. Die Verbraucherzentrale hat abgesagt.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Das haben wir nicht draufstehen. Wahrscheinlich kann das niemand anderes beantworten.

Die **Vorsitzende**: Kann das jemand aus der Runde beantworten oder möchte dazu etwas sagen? Online zugeschaltet? Auch nicht. Dann dürfen Sie noch eine Frage stellen.



Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Dann machen wir in der nächsten Runde weiter.

Die **Vorsitzende**: Alles klar. Dann wäre jetzt die SPD an der Reihe mit elf Minuten.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Und herzlichen Dank auch allen Hierhergekommenen und auch online Zugeschalteten dafür, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen bei diesem wichtigen Gesetz. Meine erste Frage richtet sich an den Deutschen Gewerkschaftsbund, Herrn Dr. Frank. Das KHAG sieht vor, dass der bisher von der GKV zu tragende Anteil am Krankenhaus-Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln finanziert wird. Wie beurteilen Sie diese Umstellung und was sind Ihre weiteren Vorschläge?

Die **Vorsitzende**: Herr Frank ist uns online zugeschaltet. Bitte schön.

Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage. Wir begrüßen als DGB die Regelung ausdrücklich, da sonst auch eine sachfremde Finanzierung zustande gekommen wäre, wie schon der Sachverständigenrat fürs Gesundheitswesen 2023 festgestellt hat. Damals bestanden erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit, denn Beitragsmittel sind nur für Behandlungskosten zu verwenden und Investitionskosten sind aus Steuermitteln zu tragen. Die Mittel sind dort zu investieren, wo Versorgungsdefizite und Bedarfe bestehen, um eine flächendeckende und einheitliche Versorgung sicherzustellen. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine zweite Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Herrn Hecken. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, Qualitätskriterien von Leistungsgruppen über Kooperationen mit anderen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und -ärzten zu erfüllen? Sehen Sie die Gefahr, dass standortbezogene Qualitätsanforderungen aufgeweicht werden? Und was bedeutet das für die mit der Krankenhausreform intendierte Versorgungskonzentration?

Die **Vorsitzende**: Herr Hecken, bitteschön.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, Josef Hecken, G-BA. Keine finanziellen Interessenkonflikte. Herzlichen Dank für die Frage. Wir bewerten die vorgesehenen Kooperationsmöglichkeiten kritisch. Grundsätzlich können Kooperationen im Einzelfall und unter klaren Rahmenbedingungen natürlich sinnvoll sein, etwa für unterstützende Leistungen oder zur Ergänzung vorhandener Strukturen. Der Gesetzentwurf geht aber wesentlich weiter und erlaubt, zentrale Qualitätskriterien von Leistungsgruppen auch über externe Kooperationen zu erfüllen, statt sie dort vorzuhalten, wo die Leistung tatsächlich erbracht wird. Wir halten das für problematisch, da dadurch der unmittelbare Zusammenhang zwischen Qualitätsanforderungen und der konkreten Leistungserbringung aufgeweicht wird. Für Patientinnen und Patienten ist es im Falle einer Behandlungssituation entscheidend, dass die erforderliche personelle, fachliche und strukturelle Kompetenz im Behandlungsprozess selbst verfügbar ist. Vor diesem Hintergrund sind die jetzt vorgesehenen Regelungen viel zu weitgehend. Es müsste klar definiert werden, was eine Leistung zweiter Ordnung ist, die nicht unmittelbar vor Ort vorgehalten werden muss, und was zwingend am Behandlungsort da sein muss. Herzlichen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Welche Änderungen schlagen Sie bei der Regelung zur Kooperation vor, damit die Ziele der Krankenhausreform erreicht werden können?

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

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage, Herr Dr. Pantazis. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wir sehen als GKV-Spitzenverband die Regelung zur Kooperation kritisch. Wir lehnen sie klar ab. Insofern wäre der primäre Vorschlag eine Streichung der gesamten Regelung, weil Kooperationen das Prinzip von standortbezogenen Qualitätsanforderungen unterlaufen. Es werden Mindeststandards der Qualität ausgehebelt. Es wird auch illusorisch gemacht, dass man eine Kalkula-



tion für Vorhaltekosten oder für Mindestfallzahlen vornehmen kann. Als Alternative, wenn eine Streichung nicht in Betracht kommt, schlagen wir eine strenge Eingrenzung von Kooperationen vor. Sollten die Voraussetzungen, die zurzeit nur aneinandergereiht sind, als kumulative Voraussetzungen gesehen werden, sind also alle drei Voraussetzungen explizit im Qualitätskriterium vorgesehen. Darüber hinaus sind sie für die flächendeckende Versorgung und für die Sicherstellung notwendig. Drittens sind sie in einem ganz engen räumlichen Radius vorgesehen. Ergänzend schlagen wir vor, dass Krankenkassen zwingend zustimmen sollten, analog zu § 136b Absatz 4. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich erneut an den GKV-Spitzenverband. Im Gesetz ist vorgesehen, dass der Standort eines Krankenhauses durch eine maximale Entfernung von 2 000 Meter definiert wird. Halten Sie diese Definition für sachgerecht? Was würde passieren, wenn diese Grenze erweitert würde, zum Beispiel auf 5 000 Meter?

Die **Vorsitzende**: Sie dürfen.

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen herzlichen Dank, Herr Pantazis. Der GKV-Spitzenverband spricht sich ganz klar für eine Beibehaltung der im Gesetz vorgesehenen Grenze von 2 000 Metern aus. Denn viele Anforderungen, etwa zur Vorhaltung und zur gleichzeitigen Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sowie organisatorische und technische Strukturen, setzen eine ganz enge räumliche Nähe voraus. Würde beispielsweise die Standortdefinition auf 5 000 Meter ausgeweitet werden, würde das die Systematik ganz erheblich verlängern, also verändern. Personelle strukturelle Anforderungen könnten faktisch über mehrere deutlich getrennte Einheiten verteilt werden, ohne dass die Versorgungsabläufe der Praxis denen entsprechen würden. Insofern würden Qualitäts- und Sicherheitsstandards unterlaufen werden. Gerade bei zeitkritischen Versorgungsbereichen wie Intensivmedizin, Chirurgie oder Radiologie empfiehlt sich ganz klar eine Beibehaltung der 2 000-Meter-Grenze.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an ver.di. Wie bewerten Sie die Streichung des Qualitätskriteriums der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung [PpUGV] festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in der Anlage 1 zu § 135e SGB V? Welche Auswirkungen sind durch diese Streichung zu erwarten?

Die **Vorsitzende**: Frau Genster, bitte.

Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Vielen Dank für die Frage, Herr Dr. Pantazis. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Grit Genster für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, keine finanziellen Interessen an diesem Gesetzgebungsprozess. Tatsächlich drängen wir auf die Wiederaufnahme des Qualitätskriteriums mit Erfüllung der PpUGV bei der Vergabe der Leistungsgruppen aus den folgenden Gründen. Erstens: Es ist evident, dass Krankenhäuser bzw. Abteilungen mit besserer Pflegepersonalausstattung eine geringere Mortalität sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit, nach erlittener Komplikation zu versterben, aufweisen. Versorgungsqualität macht sich für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nicht nur an technischer oder an der personellen Ausstattung im ärztlichen Bereich fest. Vielmehr tragen alle Berufsgruppen ihren Teil zu sicherer und qualitativ hochwertiger Versorgung bei. Mindestens ist im ersten Schritt bei der Vergabe der Leistungsgruppen daher auch die personelle Ausstattung mit Pflegepersonal in die Bewertung mit einzubeziehen. Zweitens beobachten wir in der Praxis, dass die roten Linien, die die PpUGV vorgeben, häufig unterschritten und auch aus wirtschaftlichen Erwägungen Vergütungsabschlüsse in Kauf genommen werden, um mit zu wenig Personal zu viele Patientinnen und Patienten zu versorgen. Die letzte Auswertung ergab, dass 15 Prozent der Schichten unterbesetzt sind. Das passiert zulasten der Versorgungsqualität und auf Kosten der Arbeitsbedingungen des vorhandenen Personals. Die Wiederaufnahme der Pflegepersonaluntergrenzen als Kriterium für die Anlage 1a reduziert das Risiko, Leistungsgruppen an Standorte zu vergeben, die nicht über das notwendige Personal für eine hochwertige Versorgung verfügen. Das Argument des Bürokratieabbaus kann hier nicht angeführt werden, weil die Pflegepersonaluntergrenzen-



Verordnung als solche weiter anzuwenden ist und der Prüfaufwand, wie im Gesetzentwurf beschrieben und erwähnt, geringfügig wäre. Herzlichen Dank.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie die im KHAG vorgesehene Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie. Bitte erläutern Sie uns Ihre Kritik. Mit welchen Folgen rechnen Sie?

Dr. Leif Erik Sander (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Pantazis, vielen Dank für die Frage. Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie setzt sich vehement für die Beibehaltung der Leistungsgruppe ein. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren oder komplizierten Infektionen ist vielfach sehr komplex und erfordert spezielles infektiologisches Fachwissen. Zahlreiche Studien belegen, dass die Einbeziehung von infektiologischer Fachexpertise die Behandlungsqualität deutlich verbessern und zudem auch Kosten senken und Verbräuche beispielsweise von Reserveantibiotika reduzieren kann. Deutschland hat diesbezüglich seit Jahrzehnten einen massiven Rückstand, wenn man es mit anderen Gesundheitssystemen vergleicht, die vergleichbar zu den deutschen sind, die flächendeckend infektiologische Expertise vorhalten und erst in den letzten Jahren begonnen haben, fachärztliche Strukturen aufzubauen. Mit der Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie wird dieser Fortschritt gefährdet. Zudem wird suggeriert, dass spezialisiert infektiologische Leistungen im Rahmen der allgemeinen inneren Medizin oder anderer Leistungsgruppen ausreichend mit abgebildet werden könnten. Es schwindet zudem der Anreiz für Kliniken, infektiologische Abteilungen vorzuhalten. Dies wird sich langfristig auch negativ auf die Weiterbildung auswirken und damit einen negativen Effekt langfristig auf die Versorgungsqualität haben. Angesichts der zunehmenden Probleme weltweit mit Antibiotikaresistenzen und der Gefahr des Auftretens neuer Infektionen oder im Rahmen der veränderten Sicherheitslage auftretenden multiresistenten Infektionen bei Schwerverletzten, ist daher nicht nachvollziehbar, dass die Leistungsgruppe Infektiologie gestrichen

wird. Wir drängen daher dringend auf die Beibehaltung. Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Die 40 Sekunden würde ich in die letzte Runde mitnehmen.

Die **Vorsitzende**: Alles klar. Gut, dann käme jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit sieben Minuten. Herr Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Einzelsachverständigen Prof. Karagiannidis von der Universität Witten/Herdecke fragen wollen. Herr Einzelsachverständiger, Sie haben diesem Ausschuss über mehrere Legislaturen mit Sachverstand immer wieder zur Verfügung gestanden, wie auch der Exekutive. Deshalb möchte ich mich besonders bedanken, dass Sie heute auch an Ihrem Geburtstag dem Ausschuss zur Verfügung stehen. Herzlichen Glückwunsch aus dem Ausschusssaal zur Anhörung. Vielen Dank, dass Sie das trotzdem möglich machen. Ich würde gerne fragen wollen, wie die aktuelle Ausgabenentwicklung der Krankenkassen für stationäre Versorgung zu bewerten ist und wie sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser im Gegenzug dazu in Deutschland darstellt. Ist das von den Koalitionsfraktionen bzw. der Bundesregierung heute zur Anhörung aufgesetzte Krankenhausreformen Anpassungsgesetz geeignet, die schwierige Ausgabenlage der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und die finanzielle Lage der Krankenhäuser andererseits zu verbessern?

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Prof. Karagiannidis, auch von mir herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag und Sie haben das Wort. Sie sind online zugeschaltet.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Vielen Dank für die Glückwünsche. Die Ausgabenentwicklung, der GKV-Spitzenverband berichtet das quartalsweise, dass das darauf hinauslaufen wird, dass wir wahrscheinlich wieder



eine Steigerung von etwa 10 Prozent haben werden in den Ausgaben für die Krankenhäuser, allein im GKV-Bereich ohne die Bundesmittel. Gleichzeitig haben wir eine Grundlohnratensteigerung von 5 Prozent und die Ausgabenentwicklung, die seit Jahren deutlich über der Grundlohnratensteigerung liegt. Das kann auf Dauer nicht gut gehen. Das Gesetz zusammengefasst, KHAG und KHVVG, vielleicht zuerst die gute Seite: Der Transformationsfonds ist sicherlich sinnvoll und hat das Potenzial, eine Zentralisierung herbeizuführen, aber auch nur dann, wenn er wirklich für Transformationen eingesetzt wird und nicht für irgendwelche anderen Mittel. Genauso hat Level 1i das Potenzial, die Versorgung in strukturschwachen Regionen insbesondere für ältere Menschen zu sichern, vielleicht sogar, wenn die Selbstverwaltungspartner sich darauf einigen könnten, in einem Budget-System. Ich glaube, das ist die gute Seite. Das jetzt vorliegende KHAG konterkariert in meinen Augen die ursprünglichen Ziele der Krankenhausreform, weil die Ausnahmeregelungen viel zu umfangreich sind. Wir haben insgesamt, was das Personal betrifft, sicherlich eine gewisse Strukturvoraussetzung. Aber die Ausnahmen, die auch drin sind, und insbesondere die, die dann lokal in den Bundesländern ohne klare Absprachen getätigt werden können, konterkarieren ganz klar die Patientensicherheit, die für uns eigentlich an erster Stelle stehen sollte.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde den Einzelsachverständigen gerne weiterfragen wollen. Welche konkreten Aspekte in dem vorliegenden Gesetzentwurf sind als besonders problematisch im Sinne der Zielsetzung der Krankenhausreform anzusehen?

Die **Vorsitzende**: Bitteschön, Sie dürfen weiter.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Wir hatten es eben schon. Wenn man sich die Leistungsgruppensystematik anguckt und jetzt mal weg geht von dem reinen Vergütungssystem, dann sind die Fachdisziplinen, die nicht abgebildet sein werden, in der neuen Systematik völlig unabhängig von der Vergütung wahrscheinlich in den Krankenhäusern in den nächsten bei-

den Dekaden nicht mehr relevant. Das betrifft vor allem die Infektiologie, die in meinen Augen ziemlich bedeutungslos werden wird; genauso die Angiologie, also die Innere Medizin, die sich mit den Gefäßen beschäftigt. Ich hoffe mal sehr, dass es uns zumindest gelingt, die spezielle Kinder- und Jugendmedizin noch als Leistungsgruppe zu erhalten. Völlig unabhängig von dem Vergütungsaspekt könnte man auch hergehen und sagen, man ordnet erst mal keine Fälle zu. Aber das Signal zu senden, dass diese Fachdisziplinen keine Rolle mehr im Krankenhaus spielen, halte ich für fatal. Weiterhin ist es unbefriedigend in meinen Augen, dass ein Teil der Krankenhäuser die Strukturqualität erbringen muss und drei Fachärzte, Vollzeitkräfte – das ist schon sehr wenig, damit kriegen sie kaum einen Dienstplan aufgestellt – und dass andere Teilbereiche vielleicht auch mit einem oder zwei Fachärzten zurechtkommen dürfen. Das sind ganz klare Ausnahmegenehmigungen, die man strengstens regulieren sollte.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne weiter den Einzelsachverständigen fragen: Sind Hybrid-DRG ein geeignetes Instrument, um die aktuelle Entwicklung der Ausgabenseite einerseits und qualitative Versorgungsmängel andererseits insbesondere im Bereich der Kinder, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen in den Griff zu bekommen?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis, Sie dürfen.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Die Hybrid-DRGs sind ja grundsätzlich erst mal ein geeigneter und guter Weg, wie wir mehr Ambulantisierung in die Krankenhäuser bekommen. Was ich sehr kritisch sehe, ist die momentane Ausformulierung des Leistungskatalogs, den wir haben. Der wird dazu führen, dass wir in einem Teil eine ziemliche Leistungsausweitung sehen werden und dass wir in manchen Teilen des ambulanten Gebiets überhaupt gar keine Strukturvoraussetzungen haben, im Gegensatz zu uns in den Krankenhäusern. Damit wird mit unterschiedlichem Maß gemessen. Aus leidvoller klinischer



Erfahrung kann ich Ihnen sagen, ambulante Eingriffe können noch so trivial sein, aber manchmal sind sie dann doch glücklich, wenn sie einen Maximalversorger im Hintergrund haben und das ein oder andere Leben eines Patienten retten können. Wir haben viele Daten aus dem In- und Ausland aus dem Kinderbereich gerade was zahnärztliche Behandlungen und Narkosen betrifft, dass es immer wieder zu schweren Komplikationen kommt. Deswegen würde ich den jetzigen Hybrid-DRG-Leistungskatalog noch mal sehr deutlich überdenken.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den GKV-Spitzenverband weiterfragen wollen. Die Krankenhausreform hat ursprünglich durch die Bundesregierung ein Einsparpotenzial von einer Milliarde ab 2026 folgende jährlich ausgewiesen. Sehen Sie, dass das KHAG geeignet ist, dieses Einsparpotenzial aufrechtzuerhalten? Oder führt das unabhängig von diesem Einsparpotenzial möglicherweise sogar zu Mehrausgaben und wenn ja, warum?

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

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage, Frau Vorsitzende. Die vom BMG im Rahmen des KHVVG skizzierten jährlichen Einsparungen von einer Milliarde Euro waren auch schon vor einem Jahr nicht nachvollziehbar. Aber es kommt jetzt erschwerend hinzu, dass die im KHAG vorgesehenen weiteren Ausnahmen und vor allem die Kooperationsmöglichkeiten sicher dazu führen werden, dass eine Konzentration auf leistungsfähige Standorte, also mehr Effizienz, nicht in dem beabsichtigten Umfang erfolgen wird. Jedenfalls braucht es unabhängig von dieser Einschätzung eine gesetzliche Regelung, dass sich Einsparungen auch finanzwirksam für die Kassen auswirken. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt Die Linke an der Reihe. Frau Schötz, bitteschön.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Vielen Dank für die Möglichkeit, Fragen stellen zu können. Meine erste Frage richtet sich an ver.di. Als Linke beantragen wir die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten der Krankenhäuser aus den DRGs. Unser Vorschlag ist, dass sämtliche Personalkosten der Krankenhäuser durch die Kostenträger vollständig refinanziert werden sollen, also so, wie es derzeit ausschließlich für das Pflegepersonal geregelt ist. Erstattet werden sollen dabei alle Personalkosten für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Könnten Sie uns hierzu Ihre fachliche Einschätzung geben?

Die **Vorsitzende**: Frau Genster, bitteschön.

Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Die sogenannte Vorhaltefinanzierung halten wir in ihrer bisherigen Ausgestaltung aufgrund der leistungsabhängigen Ausrichtung, das wurde ja auch schon mal hier ausgeführt, für nicht sachgerecht. Das weiterhin hohe Risiko von Fehlanreizen mit den negativen Folgen für die Arbeitsbedingungen und für die Versorgung im Krankenhaus lässt sich nur über die Ausgestaltung einer echten Vorhaltefinanzierung reduzieren. Aus unserer Sicht sind mindestens die Personalkosten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten bei wirtschaftlicher Betriebsführung erforderlich sind und nachgewiesen werden, vollständig zu refinanzieren. Für die Ermittlung der bedarfsnotwendigen Personalausstattung sind folgerichtig entsprechende Personalbemessungsinstrumente erforderlich, wie wir sie mit der PPR 2.0 für das Pflegepersonal schon haben und für weitere Gesundheitsberufe zügig auf den Weg zu bringen sind.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Vielen Dank. Meine nächste Frage ans Bündnis Klinikrettung: Mit dem KHAG wird die Krankenhausreform um eine Reihe von Ausnahme- und Übergangsregelungen erweitert. Denken Sie, dass diese dazu dienen werden, eine flächendeckende, wohnortnahe Krankenhausversorgung sicherzustellen?



Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Valentukeviciute.

Laura Valentukeviciute (Bündnis Klinikrettung): Dankeschön. Ich möchte sagen, dass auch die Änderungen in dem KHAG, die angestrebt werden, zu enttäuschend minimalen Änderungen führen. Es ist fast das Gleiche wie das KHVVG. Es geht lediglich hier um die Fristverschiebung und auch nur um wenige Monate. Es wird trotzdem zu zahlreichen Zusammenlegungen und Schließungen der Krankenhäuser führen. Die Versorgung wird dadurch massiv ausgedünnt. Es geht vor allem um die kleineren, wohnortnahen Krankenhäuser der Allgemeinversorgung und Notfallversorgung, die den strenger Kriterien der Leistungsgruppen nicht entsprechen werden und nicht entsprechen können. Ich möchte sagen, das Bündnis Klinikrettung zieht immer jährlich Bilanz der geschlossenen Krankenhäuser. Seit 1991 haben wir zusammengerechnet, es gibt ja auch Daten des Statistischen Bundesamts, sind ungefähr ein Viertel der Krankenhäuser geschlossen worden. Die Kosten für die Krankenhäuser sind inflationsbereinigt trotzdem um 70 Prozent angestiegen. Das heißt, alle bisherigen Reformen, die darauf abgezielt haben, die Kosten durch Schließungen zu senken, sind gescheitert. Das ist ein Armutszeugnis für die früheren Reformen, die das zum Ziel hatten, und auch für die aktuelle Reform. Die wird nicht dazu führen. Der Grund dafür ist: Wir haben zwar immer weniger Grund- und Regelversorgung, aber immer mehr Fachkliniken, die weniger Patienten behandeln und teurer sind. Und die aktuellen Zahlen der GKV zeigen, Fachkliniken sind im Schnitt 22 Prozent teurer als andere somatische Krankenhäuser. Wer über höhere Kosten redet, darf über Fachkliniken nicht schweigen. Das wird in dem Gesetz noch begünstigt. Wir werden in der Zukunft mehr Ausgaben und weniger Versorgung haben. Eine echte Reform müsste das unterbinden, nicht fördern. Schon jetzt ist die Krankenhausversorgung so ausgedünnt, dass viele Menschen die Versorgung, Notfallversorgung insbesondere, in den 30 Minuten nicht mehr erreichen. Die sind davon abgeschnitten. Wir haben zusammengerechnet, seit 2020 sind mehr als 100 Krankenhäuser geschlossen worden. Dadurch sind mehr als eine halbe Million Menschen von der Versorgung ausgeschlossen worden. Weitere Schließungen werden zu noch mehr Betroffenen führen. Deswegen ist diese Reform nicht geeignet.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Ja, dankeschön. An die DKG: Karl Lauterbach hatte die Vorhaltevergütung so beschrieben, dass damit die wirtschaftliche Situation und die Existenz bedarfsnotwendiger Krankenhäuser gesichert würde. Ist dies Ihres Erachtens so? Und wenn nein, wird die Vorhaltevergütung mit dieser Reform an das damit verbundene Versprechen angepasst?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete für die Frage. Die Antwort lautet nein. Es gibt hier lediglich eine Fristverschiebung. Die grundsätzlichen Mechanismen der Vorhaltefinanzierung werden durch das KHAG nicht verändert. Die grundsätzliche Kritik, dass die Vorhaltefinanzierung das Ziel hat, kleine bedarfsnotwendige Krankenhäuser besser zu finanzieren oder sogar existenzsichernd zu finanzieren, wird klar verfehlt. Das einfache Beispiel ist, wenn Sie eine Leistungsgruppe abgeben, was Ziel dieser Reform ist, dass kleine Häuser Leistungsgruppen an größere Häuser abgeben, verlieren Sie die komplette Finanzierung, alle Deckungsbeiträge, es verbleibt nichts an Strukturkostenfinanzierung. Deshalb ist dieses Instrument an dieser Stelle untauglich.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Das war die erste Runde. Wir kommen jetzt zur zweiten Runde. In dieser Runde haben alle Fraktionen jeweils sechs Minuten. Es beginnt für die CDU/CSU Herr Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Es geht um die Leistungsgruppe 14, allgemeine Chirurgie. Diese orientiert sich bisher am Leistungsspektrum von Krankenhäusern, die sowohl viszeralchirurgische als auch orthopädisch-unfallchirurgische Leistungen erbringen. Erforderlich ist in diesen Fällen, dass mindestens drei Fachärzte für Allgemein Chirurgie verfügbar sind, von denen jeweils ein Facharzt für Allgemein Chirurgie durch einen Facharzt



für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen Facharzt für Viszeralchirurgie ersetzt werden kann. Halten Sie das für umsetzbar, fachlich geboten? Wie wirkt sich das möglicherweise auf die Qualitätsstandards aus?

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

Prof. Dr. Dietmar Pennig (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)): Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, vielen Dank. Wir haben in Deutschland bei 41 400 chirurgischen Ärztinnen und Ärzten lediglich 1 400 Ärzte mit dem Facharzttitel Allgemeinchirurgie. Wenn man sich die Altersstruktur anschaut, da beliefert uns die Bundesärztekammer mit einer sehr wichtigen Statistik, sind dies ältere Kolleginnen und Kollegen. Bilden wir genug aus? 150 pro Jahr erwerben heute noch diesen Facharzttitel. Das reicht bei Weitem nicht aus. Dem gegenüber stehen 15 200 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Wir unterstützen ausdrücklich die qualitätsbasierte personelle Ausstattung in Abhängigkeit von den Leistungsgruppen. Allerdings ist es so, dass bei der Leistungsgruppe 14, die einen hohen Prozentsatz der unfallchirurgisch-orthopädischen Leistungen abbilden wird, es sich um muskuloskelettale Verletzungen handelt, die definitiv nicht in die Hand eines Allgemeinchirurgen gehören, weil es die Weiterbildung gar nicht zulässt. Es ist auch bedeutsam für die Tatbestände der deliktischen Haftung, wer etwas operiert, auch und gerade im Notfall. Von daher schlagen wir vor, dass Krankenhäuser und Abteilungen, die hauptsächlich ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gepräge haben, diese drei Fachärzte aus ihrem Gebiet abstellen können und damit den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser sicherstellen. Schauen wir einmal auf die angestrebte sektorenübergreifende Versorgung, die insbesondere für kleinere Krankenhäuser wichtig ist, dann wäre eine solche Regelung mit Allgemeinchirurgen definitiv das Aus und damit in der Fläche mit einer Ausdünnung der Versorgungseinheiten verbunden. Dankeschön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Müller, weitere Frage?

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Es geht um verfahrenstechnisch wichtige, fachfremde Fragen für uns,

und das ist eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie bewerten Sie eine gesetzliche Verschärfung der Regelungen, wonach für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vereinbarte Mittel im Falle von nicht besetzten Personalstellen streng zurückzuzahlen sind, sowie eine damit verbundene Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs der Einrichtungen um deren Kostendaten? Wäre es nicht vielmehr sinnvoll, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP)-Richtlinie so anzupassen, dass diese flexibler ausgestaltet ist, um den unterschiedlichsten Bedarfen besser gerecht zu werden?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Abgeordneter, danke für die Frage. Das sind zwei getrennte Sachverhalte, die aber zusammengehören. In der Psychiatrie haben wir die Situation, dass durch die PPP-Richtlinie im Prinzip klare Vorgaben gemacht werden, über den Gesetzgeber ausgelöst, dann durch den gemeinsamen Bundesausschuss definiert an die Fachkliniken oder an die psychiatrischen Krankenhäuser und an die Krankenhäuser, die psychiatrische Patienten versorgen, gerichtet werden. Dazu müsste korrespondierend ein Finanzierungssystem existieren, was diese Personalvorgaben, die zwingend einzuhalten sind von den psychiatrischen Krankenhäusern, die ab dem 1. Januar 2026 auch mit Sanktionen rechnen müssen, wenn sie das nicht erfüllen, dass diese zwingenden einzuhaltenden Personalvorgaben, wie eben an anderer Stelle schon einmal formuliert, vollständig refinanziert werden. Das ist heute nicht der Fall. Die Kliniken können allenfalls zusätzliches Personal, das sie jetzt anwerben, um ihre Personalvorgaben zu erfüllen, refinanzieren. Sie haben aber keine gesetzliche Grundlage, um in den Verhandlungen mit den Krankenkassen auch ihr Bestandspersonal zu refinanzieren. Das wird zu Problemen führen im kommenden Jahr, weil hier die gesetzliche Vorgabe der Personalanforderung und die nicht vorhandene Finanzierung auseinanderfällt. Wir sehen in der Flexibilisierung der PPP-RL eine Möglichkeit, zum einen ein Stück weit noch stärker als das bisher möglich ist, zwischen verschiedenen Berufsgruppen auswählen zu können. Das hat auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung.



Denn in der Psychiatrie gilt seit Langem, dass hier auch berufsgruppenübergreifend an den Therapien zahlreiche unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind. Wichtig wäre, das müsste sehr kurzfristig passieren, dass die Sanktionen zunächst einmal ausgesetzt werden. Denn, ich will es noch einmal betonen, auf der einen Seite eine zwingende Personalvorgabe zu machen, aber nicht die gesetzliche Grundlage zu schaffen, sie zu refinanzieren, geht nach meiner und nach unserer Auffassung nicht. Das dann auch noch zu sanktionieren, passt, glaube ich, auch für alle, die das nachvollziehen können, nicht zusammen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. 23 Sekunden? Nehmen wir sie mit? Gut. Dann wäre die AfD an der Reihe. Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich danke an dieser Stelle erst einmal herzlich dem Bündnis Klinikrettung für die offene und ehrliche Einschätzung des Gesetzes, möchte aber nun eine Frage stellen an das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“. Ist das anwesend?

Die **Vorsitzende**: Die sind online da.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ja, vielen Dank. Ich habe gelesen, dass Sie gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser und insbesondere gegen das System der DRG sind. Wir sehen beides auch extrem kritisch. Wenn man heute als Patient ins Krankenhaus kommt und nicht mehr weiß, nicht mehr genau einschätzen kann, ob man wirklich korrekt diagnostiziert wird oder vielleicht mit einer nicht nötigen CT-Aufnahme konfrontiert wird, vor allen Dingen dann, wenn man eventuell nicht ganz sicher sein kann, ob man nicht über die Maßen behandelt wird, ob man viel zu viel behandelt wird, nur, weil die Krankenhäuser aus Kostengründen abrechnen müssen, damit sie keine roten Zahlen schreiben, dann finde ich das ganze System, wie es jetzt existiert, für reformbedürftig. So sehe ich das jedenfalls und so sehen das auch große Teile in der AfD. Und jetzt meine Frage an Sie: Wie beurteilen Sie ganz ehrlich diesen neuen Gesetzesentwurf?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Dohmen, bitte.

Dr. Arndt Dohmen (Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“): Vielen Dank für die Frage. Das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ arbeitet seit über zehn Jahren genau zu diesem Thema. Wir sind der festen Überzeugung, das kann man gut belegen, dass die DRG-Fallpauschalenfinanzierung das medizinische Behandlungsgeschehen in den Kliniken extrem verändert hat und zwar in dem Sinne, dass medizinische Behandlungsentscheidungen durch ökonomische und betriebswirtschaftliche Vorgaben beeinflusst werden, um das vorsichtig auszudrücken. Deswegen sind wir als Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ strikte Gegner der Fallpauschalen und sehen das neue Gesetz, also sowohl KHVVG als auch KHAG, als eine Verschlimmerung dieses Systems an. Denn insbesondere die Vorhaltefinanzierung, die als eine neue Säule hier dargestellt wird, diese neue Säule ist ebenfalls fallzahlabhängig, funktioniert ganz parallel zu den DRG-Fallgruppen. Der einzige Unterschied ist, dass nicht die Fallzahlen des aktuellen Jahres, sondern die eines vorangegangenen Jahres zur Grundlage gemacht werden. Aber sie erhöhen die finanziellen Fehlanreize für die Finanzierung von Krankenhäusern und beeinflussen das medizinische Behandlungsgeschehen in schlechter Weise.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich habe heute fast ausschließlich von allen irgendeine Kritik gehört. Das Gesetz sei viel zu komplex, hochbürokratisch, gefährdet Versorgungssicherheit, gefährdet kleine Kliniken insbesondere im ländlichen Raum. Deshalb frage ich an dieser Stelle erst einmal die Bundesärztekammer. Wenn Sie die Entscheidung treffen könnten, würden Sie sich für dieses Gesetz aussprechen oder würden Sie sagen, dieser Gesetzesentwurf gehört in den Papierkorb?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Keine finanziellen Interessen. Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, herzlichen Dank für die Frage. Die Bundesärztekammer ist unverändert der Auffassung, dass die deutsche Krankenhauslandschaft neu strukturiert gehört und dass die



Grundsatzziele, dass man Expertise bündelt, dass man Qualität sichert, dass man dafür sorgt, dass Strukturen eine Größenordnung haben, bei der man sagen kann, die Zahl der Eingriffe, die vorgenommen werden, haben eine ausreichende Höhe, um Qualität tatsächlich sicherzustellen und verlässlich zu sein. Dieses Ziel teilen wir, unabhängig von der Detailkritik an den Regelungen des KHAG und des KHVVG, die wir in unserer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht haben.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Reinhardt. Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Wenn man jetzt aber sagt, das ist natürlich selbstverständlich, dass Qualität wichtig ist. Aber wenn Sie auf dem Weg ins Krankenhaus, in das Krankenhaus, was diese Qualität liefert, auf diesem Weg dahin, weil es eine halbe Stunde oder länger dauert, schon versterben, dann nutzt Ihnen die Qualität im großen Krankenhaus auch nichts. Deshalb möchte ich die gleiche Frage noch einmal an die Krankenhausgesellschaft stellen. Wie sehen Sie diesen neuen Gesetzentwurf? Bringt er etwas, bringt er wirklich Verbesserung oder gehört er einfach in den Papierkorb?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete. Ich glaube, man muss den Gesetzentwurf differenziert betrachten. Die einfache Unterscheidung in Schwarz oder Weiß wird uns an dieser Stelle nicht weiterhelfen. Es ist bekannt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft umfänglich Detailkritik an diesem Gesetzentwurf äußert. Ich will aber auch betonen, wir sehen auch Chancen in diesem Gesetzentwurf. Die Chance ist zunächst einmal, dass wir eine Krankenhausplanung in allen 16 Bundesländern bekommen, die grundsätzlich nach gleichen Maßstäben abläuft. Das ist der erste Punkt. Die zweite Chance, die wir sehen, sind die Möglichkeiten, die über den Transformationsfonds gegeben werden, die Krankenhauslandschaft ein Stück weit zu modernisieren. Die Krankenhäuser haben über viele Jahre, man muss sagen Jahrzehnte, unter einer Investitionsschwäche gelitten. Das sind die großen Chancen. Jetzt ist es Aufgabe der Politik,

und ich denke, von allen Fraktionen gemeinsam mit den Ländern, diese Möglichkeiten, die durch den Gesetzentwurf gegeben werden und die im anstehenden Gesetzesverfahren im parlamentarischen Raum noch auf der Strecke liegen, tatsächlich zu nutzen, um Verbesserungen herzustellen. Die kritischen Punkte sind adressiert. Ich habe die Vorhaltefinanzierung ebenso erwähnt wie etliche Vorredner. Es gibt weitere Punkte. Aber es gibt eben auch Chancen. Deswegen kann man nicht einfach sagen, weg damit.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Gaß. Für die SPD stellt die Fragen Herr Yüksel, bitte.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Frau Vorsitzende, vielen Dank. Meine erste Frage geht an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, an Frau Brakel. Frau Brakel, damit die Eigeneinrichtungen auf Dauer wettbewerbsfähig bleiben können, sind sie darauf angewiesen, notwendige Investitionen gegebenenfalls auch kreditfinanziert leisten zu können. Können Sie uns bitte darlegen, welche Hindernisse es derzeit gibt und welche Änderungen aus Ihrer Sicht erforderlich sind? Reicht der Änderungsantrag 2 aus, um die Probleme der Eigeneinrichtungen zu lösen?

Die **Vorsitzende**: Frau Brakel, bitte.

Petra Brakel (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See): Vielen Dank für die Frage. Petra Brakel, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, keine finanziellen Interessen. Als Bundeträger sind wir Träger von Krankenhäusern, die als Eigeneinrichtungen geführt werden. Aktuell wendet das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) den § 220 Absatz 1 SGB V, der das Darlehensverbot für Krankenkassen regelt, auch auf Krankenhäuser an, die als rechtlich selbstständige Eigeneinrichtungen von Krankenkassen geführt werden. Das führt in der Konsequenz zu sehr beschränkten Möglichkeiten bei kreditfinanzierten Investitionen von Krankenhäusern und damit zu Wettbewerbsverzerrungen, zu bürokratischem Aufwand und es behindert die notwendige Transformation in der Krankenhauslandschaft. Wir bedanken uns daher für die Initiative, das Ziel hat, gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Allerdings halten wir den



Änderungsantrag 2 nicht für ausreichend, um eine echte Wettbewerbsfähigkeit herzustellen. Denn der Änderungsantrag 2 beschränkt die Darlehensaufnahme weiterhin ausschließlich auf Baumaßnahmen und Grundstückserwerb. Er greift insbesondere deshalb auch zu kurz, weil damit Maßnahmen und Investitionen in Technologie, in moderne OP-Technik, in Digitalisierung und Nachhaltigkeit nicht möglich sind. Zudem macht er weiterhin eine Darlehensgenehmigung durch das BAS notwendig, die in der Vergangenheit mit einem großen bürokratischen Aufwand einhergegangen ist und weiterhin einen Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Krankenhausträgern darstellt. Der Vorschlag des Bundesrates dagegen zu einer gesetzlichen Klarstellung in § 140 SGB V stellt nach unserer Ansicht eine sinnvollere Lösung dar, um die Transformationsfähigkeit und die Wettbewerbsgleichheit zwischen Krankenhäusern verschiedener Trägerschaften sicherzustellen. Dieser Regelungsantrag sieht vor, dass eine Darlehensaufnahme ohne Genehmigung wie bei allen anderen Krankenhausträgern auch möglich ist. Eine rechtliche Haftung ergibt sich dadurch nicht für die Krankenkasse, weil die Krankenhäuser als GmbHs und damit rechtlich selbstständig geführt werden. Ein Vorteil des Vorschlags des Bundesrates ist auch, dass hier Maßnahmen nicht nur in den Bereichen Bauen und Grundstücke möglich sind, sondern auch Investitionen in Infrastruktur, in medizinische Versorgungsformen und damit in die Qualität der Versorgung.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Herzlichen Dank. Die nächste Frage geht an Frau Prof. Feldershoff-Müser, an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Der Gesetzentwurf sieht unter anderem die Streichung der Leistungsgruppe 47, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, vor. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme den Erhalt dieser Leistungsgruppe, obwohl der Grouper derzeit noch nicht in der Lage ist, Fälle in diese Leistungsgruppe einzuordnen. Sie würden also leerlaufen. Inwiefern sollen die Leistungsgruppen aus Ihrer Sicht trotzdem erhalten bleiben?

Die **Vorsitzende**: Frau Prof. Feldershoff-Müser, bitte.

Prof. Dr. Ursula Feldershoff-Müser (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, vielen Dank für diese äußerst wichtige Frage. Ursula Feldershoff-Müser von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, keine Interessenkonflikte. Die Kinder- und Jugendmedizin ist genauso spezialisiert wie die Erwachsenenmedizin. Wir bilden alle Fächer ab: Kinderneurologie, Kardiologie, Nephrologie inklusive Dialyse, Kinderintensivmedizin usw. Daher sprechen wir uns stark dafür aus, dass die spezielle Kinder- und Jugendmedizin im Gesetz erhalten bleibt, um einmal ein Qualitätsmerkmal abzubilden, was wir auch intensiv leben. Der Einzelsachverständige Karagiannidis hat es netterweise auch schon erwähnt. Wir brauchen Planungssicherheit in der Krankenhausplanung, damit wir auch diese Fächer vernünftig abbilden. Wir haben das grundlegende Interesse, dass wir in der gesundheitspolitischen Diskussion als Qualitätsmerkmal gesehen werden und nicht die Gefahr besteht, dass aus ökonomischen Gründen Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin abwandern. Der Grouper muss tatsächlich präzisiert werden. Es muss eine Altersabbildung her und die muss eingeführt werden in den Grouper. Darüber hinaus müssen bundeseinheitliche Fachabteilungsschlüssel für die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin, aber auch für die Kinder- und Jugendchirurgie abgebildet werden, damit wir in der Lage sind, die Leistungen, die wir erbringen, auch abzubilden. Wir sprechen uns dafür aus, dass die Leistungsgruppe erhalten bleibt, aber zunächst nicht belegt wird, bis der Grouper präzisiert werden kann.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Yüksel.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Die nächste Frage geht an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte*innen e.V. Sie kritisieren, dass der mit dem KHVVG eingeführte gesetzliche Ausschluss von Hybrid-DRGs für Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderungen fachlich nicht



begründbar sei. Können Sie uns Ihre Position erläutern und was Ihr Lösungsvorschlag ist?

Die **Vorsitzende**: Das wäre Herr Dr. Bartecky, wenn ich es richtig ausgesprochen habe.

Dr. med. Reinhard Bartecky (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)): Liebe Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, danke für die Frage. Reinhard Bartecky, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen, kein persönlicher Interessenskonflikt zu dieser Angelegenheit. Die Frage nach den Hybrid-DRGs positioniert sich für uns darin, dass die Kinder und Jugendlichen wie auch die ausgeschlossenen Menschen mit Behinderungen von der Pflege in dem häuslichen Umfeld nach einem Eingriff profitieren und wir gerade durch den Ausschluss dieser Patientengruppen diese benachteiligen. Wir halten es für wichtig, dass wir eine Versorgung im häuslichen Umfeld vornehmen können. Deshalb halten wir das für nicht sachgerecht. Wir halten es ferner für wichtig, dass wir den Kinderchirurgen – ich bin hier tatsächlich nicht befangen, weil wir gar nicht von unseren eigenen Interessenlagen ausgehen – unter dem Petium der gleichlangen Spieße die Möglichkeit geben, an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilzunehmen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an der Reihe. Herr Dr. Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine erste Frage geht an die Allianz kommunaler Großkrankenhäuser, an Herrn Dehne. Wie bewerten Sie die Verschiebung der Vorhaltevergütung auf das Jahr 2030 vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Situation der Kliniken?

Die **Vorsitzende**: Herr Dehne, bitte.

Nils Dehne (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V. (AKG)): Vielen Dank für die Frage, keine persönlichen Interessenkonflikte. Die Verschiebung der Vorhaltevergütung ist insbesondere vor dem

Hintergrund der weiterhin wirtschaftlich schwierigen Situation für viele Krankenhäuser und auch vor dem Hintergrund der heute zu beschließenden Sparmaßnahmen durchaus kritisch zu bewerten. Eine nachhaltige, tragfähige Vorhaltefinanzierung ist die Voraussetzung dafür, dass wir mit konzentrierten und spezifizierten Versorgungsaufträgen auch zukünftig tragfähig wirtschaften können.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann noch eine Zusatzfrage an Herrn Dehne: Inwiefern ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Vorhaltevergütung perspektivisch so weiterzuentwickeln, dass in Zukunft stärker bevölkerungsbezogene Kriterien wie Morbidität, Erreichbarkeit und Mitversorgungseffekte berücksichtigt werden?

Nils Dehne (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V. (AKG)): Durch die Neuordnung der Versorgungsaufträge besteht die Gefahr, dass Betriebsmodelle der Krankenhäuser nicht mehr wirtschaftlich realisierbar sind. Insofern ist es dringend erforderlich, die Vorhaltefinanzierung so auszugestalten, dass Vorhaltekosten tatsächlich real berücksichtigt werden und auch bedarfsgerechte Versorgungsanreize bestehen. Bevölkerungsbezogene Parameter können dazu einen wertvollen Beitrag leisten.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Krebsgesellschaft, an Herrn Dr. Bruns. Welche fachlichen Folgen ergeben sich, wenn zukünftig niedrigere Mindestfallzahlen für onkochirurgische Leistungen festgelegt werden können im Hinblick auf Versorgungsqualität und eine flächendeckende Versorgung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Bruns, bitte.

Dr. Johannes Bruns (Deutsche Krebsgesellschaft e.V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, keine Interessenkonflikte. Zur Frage: Onkochirurgische Eingriffe sind hochkomplex. Es braucht eine Expertise, um diese auch



durchzuführen. Darum verlangt die Deutsche Krebsgesellschaft bei ihrer Zertifizierung absolute Mindestmengen. Bei einer relativen Mindestmenge, die auch noch flexibel verändert werden kann, droht insbesondere unter dem Argument der flächendeckenden Versorgung, dass keine positiven Auswirkungen auf die Konzentration und die Behandlungsqualität zu erwarten sind. Flächendeckende Versorgung bedeutet in der Onkologie aber nicht unbedingt wohnortnah. Onkologie und Gynäkologie sind grundsätzlich unterschiedlich. Das heißt an dieser Stelle, dass die Onkologen und die Onkologie anders zu beurteilen sind und dass man diese Bereiche flächendeckend und wohnortnah miteinander verschränken muss. Patienten sind für die qualitativ hochwertige Versorgung auch bereit, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, zumal onkologische Eingriffe gut planbar sind und dieses dann auch mit eingeplant werden kann. Die Deutsche Krebsgesellschaft begrüßt den Gedanken der Konzentration der onkologischen und onkochirurgischen Versorgung insgesamt. Die aktuell geplante Regelung gibt aber die Konzentration von Zentren und Qualitätsvorgaben zugunsten möglichst flächendeckender Zuordnung weitestgehend auf.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer, an Dr. Reinhardt. Inwiefern kann eine regionale und fachliche Begrenzung der MVZ-Gründungsberechtigung durch zugelassene Krankenhäuser dazu beitragen, langfristige Versorgungsqualität und Transparenz zu sichern, insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Rolle investorenbetriebener MVZ und deren häufig kurzfristigen Renditeorientierung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Herzlichen Dank für die Frage. Der Gesetzgeber hat die Krankenhäuser als Gründer von MVZ zugelassen, dabei aber natürlich vor Augen gehabt, dass die Krankenhäuser ein MVZ in der eigenen Region gründen und auch dort betreiben. Positive Effekte für die Versorgung sind nur dann zu sehen, wenn das MVZ einen fachlichen und örtlichen Bezug zu

dem Krankenhaus hat. Nicht sinnvoll ist es, wenn Krankenhäuser zum einzigen Zweck aufgekauft werden, sie als Plattform für die Gründung von deutschlandweiten MVZs jeglicher Fachrichtung zu nutzen. Denn genau das ist eines der Schlupflöcher, durch das die Investoren an MVZ gelangen. MVZ wurde mit dem Ziel eingeführt, die Versorgung zu verbessern. Das Schlupfloch der Gründungskrankenhäuser führt aber eher im Gegenteil zu einer Verschlechterung. Durch die Bildung großer MVZ-Ketten entstehen Oligopole. Patientinnen und Patienten können dann nicht mehr zwischen verschiedenen Trägern und Inhabern wählen und Zweitmeinungen können im Grundsatz nicht mehr eingeholt werden. Durch eine Fokussierung auf lukrative Leistungen verschiebt sich das Versorgungsangebot und in der Folge gibt es ein Überangebot erlösträchtiger Eingriffe bei eher gesunden Patientinnen und Patienten und eine Unterversorgung komplex erkrankter, zeitaufwändiger und unter Umständen auch schlecht honorierter Patientinnen und Patienten. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch auf den Schaden für die Solidargemeinschaft hinweisen. Große Investoren erwirtschaften teilweise Renditen von 15 bis 20 Prozent. Das sind die Margen, die angestrebt werden. Das Geld stammt von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der Krankenversicherung. Dieses Geld fließt bei der Ausschüttung von Renditen in die internationalen Finanzmärkte ab und nicht in das System. Dies muss gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Haushaltslage aus meiner Sicht und aus unserer Sicht dringend unterbunden werden. Insofern befürworten wir den vorgelegten Änderungsantrag als wichtigen ersten Schritt in der Abänderung dieser Tatsache.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Grau.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an Frau Carola Reimann vom AOK-Bundesverband. Wie bewerten Sie die im KHAG vorgesehene Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium bei den Leistungsgruppen? Inwiefern trägt diese Streichung zum argumentierten Bürokratieabbau tatsächlich bei?

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



Dr. Carola Reimann (AOK-Bundesverband): Frau Vorsitzende, vielen Dank Herr Dr. Grau, vielen Dank für die Frage. Wir sehen keinen Beitrag zum Bürokratieabbau darin. Denn grundsätzlich gelten, das ist heute schon einmal gesagt worden, die Verweise auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung weiter. Wir appellieren daher an den Gesetzgeber, diese Vorgaben sowohl zum Schutz der Pflegefachkräfte als auch zur Gewährung einer sicheren pflegerischen Betreuung der Patientinnen und Patienten nicht zu streichen. Denn die Wirkung der PpUGV als Mindestschutzgarantie wird gestärkt, wenn die Einhaltung auch Voraussetzung zur Zuweisung von Leistungsgruppen sein würde.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Das war eine Punktlandung. Dann ist jetzt Die Linke an der Reihe. Frau Schötz, bitte.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Noch einmal beim Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ nachgefragt: Wie beurteilen Sie es, dass die Einführung der Vorhaltevergütung verschoben wird? Was ist Ihre Gesamteinschätzung dieses neuen Finanzierungsmechanismus, der die Kopplung der Vorhaltevergütung an die Leistungsgruppen vorsieht? Welche Herausforderungen sehen Sie bei deren Zuteilung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Dohmen.

Dr. Arndt Dohmen (Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“): Vielen Dank. Dohmen, Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“, keine finanziellen Interessen. Eines hatte ich schon gesagt. Die im KHVVG und im KHAG vorgesehene Vorhaltevergütung verfehlt ihr zentrales Ziel, echte Vorhaltekosten unabhängig vom Behandlungsgeschehen zu finanzieren. Denn da müssten auch Maßnahmen möglich sein, um auf unvorhersehbare Ereignisse wie Massenunfälle, Großschadensereignisse oder Pandemien vorbereitet zu sein. Das wird in diesen Vorhaltevergütung nicht abgebildet. Stattdessen verstärkt diese Finanzierung fallzahlgetriebene Fehlanreize im Krankenhausfinanzierungssystem. Sie fungiert faktisch wie eine zweite modifizierte Fallpauschale. Das hatte ich vorhin schon erwähnt, wie das genau funktioniert. Deswegen mein Fazit zu dieser Frage: Besser als eine Verschiebung der Einführung wäre der komplette Verzicht auf die Vorhaltevergütung,

denn sie verschlimmert nur die betriebswirtschaftlichen Fehlanreize für das Behandlungsgeschehen. Problematisch ist allerdings, dass mit der Verschiebung auch begleitende Zusatzförderungen verzögert ausgezahlt würden, die zur kurzfristigen finanziellen Stabilisierung der Krankenhäuser dringend notwendig sind. Dies erhöht absehbar das Insolvenzrisiko insbesondere für wirtschaftlich bereits geschwächte Häuser. Das ist die Antwort auf diese Frage.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Ich frage die BAG Selbsthilfe. Sie haben Kritik an der Begrenzung der Zahl der Leistungsgruppen und auch daran, dass es einige konkrete Leistungsgruppen nicht geben soll. Können Sie das kurz erläutern?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Doka, bitte.

Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe)): Ganz herzlichen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Keine Interessenkonflikte. Aus unserer Sicht ist, es wurde auch schon ausführlich dargestellt, die Streichung der Leistungsgruppen nicht sinnvoll. Die Infektiologie, die Kinder- und Jugendmedizin, die Kinder- und Jugendchirurgie sind alles wichtige Leistungsgruppen. Herr Karagannidis hat es dargestellt. Unter Umständen droht da eine gewisse Bedeutungslosigkeit dieser gestrichenen Leistungsgruppen. Schon allein deswegen halten wir es für dringend erforderlich, dass an diesen Leistungsgruppen weitergearbeitet wird und für diese Grouper-Systematik eine entsprechende Lösung gefunden wird. Aus unserer Sicht sollte aber auch die Schmerzmedizin noch in die Leistungsgruppensystematik aufgenommen werden, weil wir da wirklich die Befürchtung haben, dass sich die Unterversorgung mit langen Wartezeiten verschärft und unter Umständen die Fachkliniken noch erfasst, die für die Versorgung sehr wichtig sind. Da haben wir das hohe Risiko, dass die Schmerzkliniken wegfallen, schlicht und ergreifend, weil dann die Qualitätsanforderungen auf diese Fachkliniken nicht mehr wirklich passen,



wenn sie andere Leistungsgruppen praktisch als Grundlage nehmen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Noch einmal an ver.di. Was halten Sie von der Möglichkeit, dass der Bund im Rahmen des Transformationsfonds Fördergelder nicht nur dann vergibt, wenn das Land seinen Anteil gegenfinanziert, sondern diesen Landesanteil auch gemeinsam mit dem Träger aufbringen kann?

Die **Vorsitzende**: Frau Genster, bitte.

Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für die Frage. Tatsächlich schauen wir kritisch darauf, dass bis zu 50 Prozent des Länderanteils zur Transformation aus den Betriebsmitteln des Krankenhausträgers erbracht werden sollen. Grundsätzlich tragen bekanntlich die Länder die Verantwortung für die notwendigen Investitionen und auch für die Transformation. Wir begrüßen ausdrücklich aufgrund der herausragenden Bedeutung der Transformation der Krankenhauslandschaft die maßgebliche finanzielle Beteiligung des Bundes an der Finanzierung. Doch die durch die Versicherten über die Krankenkassen finanzierten Betriebsmittel sind notwendig, um die Patientenversorgung abzusichern. Der Anteil, der sachfremd in die Transformation des Standortes fließen soll, fehlt dem Krankenhaus im Ergebnis bei Sach- und vor allem bei Personalkosten. GKV-Versicherte dürfen aus unserer Sicht nicht über den Umweg des Trägeranteils zusätzlich zur Finanzierung der Krankenhaustransformation herangezogen werden.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Danke. An den DGB: Was halten Sie von der Nutzung des Königsteiner Schlüssels für die Verteilung der Gelder des Transformationsfonds und was schlagen Sie vor?

Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Vielen Dank für die Frage. Der DGB kritisiert die Verteilung der Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel, die sich im Wesentlichen auf die Einwohnerzahl und auf das Steueraufkommen bezieht, weil dadurch Versorgungsunterschiede weiter fortgeschrieben und festgeklopft werden. Ziel des Gesetzgebers ist es, möglichst einheitliche Versorgungsstrukturen unabhängig vom Wohnort zu schaffen. Dafür müssten aus unserer Sicht versorgungsrelevante Indikatoren zur Verteilung der Mittel herangezogen werden, die die Versorgungslage in den unterschiedlichen Regionen berücksichtigen, beispielsweise Mobilität oder Demografie. Daraus sind dann nach unserer Sicht die entsprechenden Investitionsbedarfe abzuleiten. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann kommen wir jetzt zu Block 3. Die CDU hat 13 Minuten und es fragt Herr Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wir würden um kurze, prägnante Antworten bitten. Die erste Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Wie stehen Sie zu dem Ansinnen im KHAG, die im Koalitionsvertrag verankerte flächendeckende Etablierung der wohnortnahen psychosomatischen Institutsambulanzen zur besseren psychosomatischen Grundversorgung gesetzlich umzusetzen? Was halten Sie von dem Vorschlag, dies analog zu der Übernahme und Ergänzung der zuletzt im KHVG gewählten Regelungen für die pädiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V zu regeln?

Die **Vorsitzende**: Frau Metge, bitte.

Cornelia Metge (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Vielen Dank, Herr Abgeordneter für die Frage. Cornelia Metge von der Bundespsychotherapeutenkammer, keine Interessenkonflikte. Die psychosomatischen Institutsambulanzen sind ein wichtiger Baustein in der Versorgungslandschaft insbesondere für Patienten, die eine ambulant intensive, multiprofessionelle Betreuung benötigen. Eine gesetzliche Regelung würde hier die Etablierung erleichtern. Wir empfehlen zu prüfen, ob Psychotherapeutinnen in Kooperation mit Fachärztinnen primär die psychotherapeutische Tätigkeit



leitend durchführen können. Als wichtig sehen wir eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aus dem ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich an. Gleichzeitig müssen die stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsangebote gezielt weiterentwickelt werden. Mehr Ambulantisierung und Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung durch teilstationäre und aufsuchende Angebote sowie der gezielte Ausbau psychotherapeutischer Behandlungsangebote sind stationär notwendig. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Wie bewerten Sie ein zügigeres Durchschlagen der Wirkung eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrages für Arzneimittel auf Krankenhäuser, individuelle Entgelte und Entgelte für NUBs [Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden]?

Die **Vorsitzende**: Herr Bublitz, bitte.

Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): Thomas Bublitz, BDPK. Ich glaube, es ist immer sinnvoll, frühzeitig Planungssicherheit für Krankenhäuser zu geben, was aber nach wie vor einen großen Aufwand macht. Bei diesen Erstattungsbeträgen für die Arzneimittel sind Rückzahlungen, die möglicherweise anfallen. Ich glaube, das wäre wichtig in den Blick zu nehmen. Aber das frühzeitigere Durchschlagen ist schon eine kluge Regelung.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke. Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer. Aus welchen Gründen ist es mit Blick auf die geplante Ausweitung der Hybrid-DRGs so wichtig, dass Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderungen nicht von den Hybrid-DRGs ausgeschlossen bleiben? Welche Rolle können Praxiskliniken in diesem Zusammenhang spielen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Liebe Vorsitzende, sehr geehrter Dr. Theiss, danke für die Frage. Wir haben schon einmal darüber gesprochen. Ich muss dem Einzelsachverständigen Karagiannidis auch an seinem Geburtstag leider widersprechen, denn es ist definitiv so, dass gerade Kinder und Jugendliche und auch Menschen mit Behinderungen aus unserer Sicht insbesondere von der ambulanten Leistungserbringungsmöglichkeit von jedenfalls unkomplizierten Operationen profitieren, weil sie ins häusliche Umfeld entlassen werden, von den eigenen Eltern oder der eigenen Familie nachbetreut werden. Insofern glauben wir, dass es eher eine Benachteiligung dieser Gruppen darstellt, auch der Menschen mit Behinderungen, man denke an Menschen mit Autismus und Störungen oder anderen Fragestellungen, die in der häuslichen Umgebung natürlich besser aufgehoben sind als vollstationär. Wenn wir die Regelung nicht veränderten, dann würden ab dem 1.1.2026 Kinder für den Hodenhochstand oder für eine Nabelhernie auf jeden Fall stationär aufgenommen werden müssen. Die werden aktuell in Einrichtungen wie Praxiskliniken oder gut organisierten OP-Zentren von Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie und von Fachanästhesiologen für Kinderanästhesiologie behandelt und betreut. Das unterscheidet sich in gar nichts von dem, was in vergleichbaren Einrichtungen auch an Kliniken stattfinden könnte, denn die Hybrid-DRGs sind genau dafür kalkuliert, dass wir ambulante und stationäre Versorgung zueinanderführen. Wir finden deshalb, dass diese Regelung auf jeden Fall gestrichen werden müsste.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an Prof. Pirlich. Aus welchen Gründen ist es aus Ihrer Sicht wichtig, im KHAG ein systematisches Screening auf Mangelernährung und eine im Qualitätsmanagement verankerte Ernährungskompetenz als Teil der Mindeststrukturvoraussetzungen in den Krankenhäusern aller Level zu implementieren? Wie könnte das konkret umgesetzt werden?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Pirlich, bitte.



Prof. Dr. Matthias Pirlich (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, ich habe keine finanziellen Interessenskonflikte. Es geht um das Thema der krankheitsbedingten Mangelernährung. Das ist ein häufiges Phänomen bei Klinikpatienten. Ungefähr 20 bis 30 Prozent aller Menschen, die stationär behandelt werden müssen, sind betroffen. Es sind vor allem solche mit gravierenden Erkrankungen wie Krebserkrankungen und Menschen im höheren Lebensalter. Diese Zahlen sind sehr robust und auch für Deutschland gut belegt, zuletzt auch in den von der Bundesregierung im Ernährungsbericht veröffentlichten Daten des Nutrition Day. Warum ist Screening so sinnvoll? Weil Mangelernährung die Prognose verschlechtert und diese Verschlechterung der Prognose zumindest partiell aufgehoben werden kann. Sowohl die Komplikationsrate als auch die Kliniksterblichkeit sind um das Dreifache erhöht. Die Klinikbehandlungszeit ist bei mangelernährten Menschen im Vergleich mit wohlernährten Menschen bei der gleichen Diagnose um etwa 40 Prozent oder mehr verlängert. Daraus resultieren erhebliche Steigerungen der Behandlungskosten. Wenn man diese besonders verletzlichen 20 bis 30 Prozent der Klinikpatientinnen und -patienten schon bei der stationären Aufnahme identifiziert und leitliniengerecht behandelt, dann lässt sich nach den aktuellen Studien die Prognose signifikant verbessern. Unter anderem sinkt die Komplikationsrate. Die Kliniksterblichkeit reduziert sich um über 25 Prozent. Etwa ein Fünftel aller mangelernährten Menschen, die aus der Klinik entlassen werden, werden in den nächsten sechs Monaten wieder ungeplant aufgenommen. Dieser Drehtüreffekt lässt sich ebenfalls durch ein systematisches Ernährungsmanagement um etwa ein Viertel reduzieren. Auch die Pflegebedürftigkeit sinkt. Dazu gibt es große Studien aus der Schweiz. Die Kosten pro Behandlungsfall werden in Studien ebenfalls um etwa 2 600 Euro pro Fall gesenkt. Das ist dann auch schon, wenn man es hochskaliert, für das gesamte Gesundheitswesen ein mehrfacher Milliardenbetrag. Wie kann das konkret umgesetzt werden? Dazu gab es schon vor über 20 Jahren eine Resolution des Europarates und es gibt gute Papiere des Gemeinsamen Bundesausschusses, der das hervorragend zu den Qualitätsverträgen formuliert hat. Das sind zwei wesentliche Dinge. Wir fordern, ein verpflichtendes Screening auf Mangelernährung in allen Kliniken schon bei

der stationären Aufnahme mit einfachen Instrumenten zu etablieren. Das sind in der Regel simple Fragen. Das benötigt etwa zwei Minuten. Das kann man auch ins Krankenhausinformationssystem elektronisch einbinden. Das wird exemplarisch schon gemacht, zum Beispiel an der Uniklinik Leipzig und jetzt auch neuerdings an der Charité. Das Zweite, genauso wichtig natürlich, ist die Behandlung. Das heißt, die vulnerablen Menschen, die man identifiziert hat, müssen einer guten Therapie zugeführt werden. Dafür braucht es Ernährungsfachkräfte. Eine bewährte Struktur dafür sind interprofessionelle Ernährungsteams analog zu den Hygiene-Teams, die es schon gesetzlich verankert in allen deutschen Krankenhäusern ab einer bestimmten Größe gibt, mit einer ausreichenden Anzahl von Ernährungsfachkräften unter der Leitung eines Facharztes/Fachärztin mit Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der Vermittlungsausschuss wurde nur in Bezug auf die Meistbegünstigungsklausel für somatische Krankenhäuser angerufen. Welche Auswirkungen hat die Meistbegünstigungsklausel auf die stationäre psychiatrische psychosomatische Versorgung in Deutschland? Sollte sowohl im somatischen als auch im stationären psychiatrischen Bereich die gleiche Klausel gelten?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter, für die Frage. Die Auswirkungen einer durch das Spargesetz, wenn es denn so kommt, normativ abgesenkten Obergrenze für die Verhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen sind in der Psychiatrie und in der Somatik absolut vergleichbar. Es ist dann nicht mehr möglich, die tatsächlich erwarteten Kostensteigerungen für das Jahr 2026 in voller Höhe zu verhandeln, weil man unter diesen Deckel gedrückt wird. Insofern ist es zwingend notwendig, dass ebenso wie für die somatischen Häuser auch für die Häuser der Psychiatrie und der Psychosomatik eine



entsprechende Regelung getroffen wird, die es ermöglicht, die tatsächlichen Kostensteigerungen verhandeln zu können.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Theiss.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den VdK. Wie bewerten Sie den Vorschlag, im KHAG zu regeln, dass die Erbringung radiologischer Leistungen und Laborleistungen durch Krankenhäuser optional für den ambulanten Sektor erfolgen kann, indem ein entsprechender Ausnahmetatbestand in § 116 Absatz 16a SGB V für die Radiologie und für die Labormedizin geschaffen wird, da die Kapazitäten der Radiologie und der Labormedizin im ambulanten Sektor aufgrund hohen Bedarfs oft erschöpft sind, während Labor und radiologische Infrastrukturen in Krankenhäusern nicht selten ungenutzt im Leerlauf stehen, mit dem Ziel, Effizienzreserven zu heben, die Ambulantisierung zu stärken, Kosten zu sparen und für Patienten kürzere Wartezeiten und Anfahrtswege zu schaffen?

Die **Vorsitzende**: Das war der VdEK, nicht der VdK, richtig?

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): VdK.

Die **Vorsitzende**: VdK. Dann bitte schön.

Ilias Essaida (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Herr Abgeordneter. Der Sozialverband VdK Deutschland bewertet diesen Vorschlag als sehr positiv. Die Radiologie und medizinische Labore leisten einen wichtigen Beitrag zur Diagnosestellung oder Behandlung von Erkrankungen. Viele unterschiedliche Fachrichtungen sind auf die Zuarbeit ihrer labormedizinischen und radiologischen Kolleginnen und Kollegen angewiesen. Im Hinblick auf die bevorstehende Ambulantisierung ist es daher besonders wichtig, ausreichende Kapazitäten auch in der Fläche vorzuhalten. Insbesondere für ältere Menschen oder für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ist es wichtig, die entsprechende Infrastruktur in einer

zumutbaren Distanz anzutreffen. Doch gerade die großen Flächenländer Bayern, Brandenburg und Niedersachsen sind in den genannten Fachrichtungen am schlechtesten versorgt. Das schlechteste ambulante Netz in der Labormedizin weist das Saarland mit einem Versorgungsgrad von gerade einmal 85 Prozent auf. Die Gründe für die Versorgungsprobleme sind vielfältig. Die Literatur weist zumeist auf den Fachkräftemangel. Das Krankenhaus wird als attraktiverer Arbeitgeber wahrgenommen, weshalb sich der Fachkräftemangel im ambulanten Bereich noch weiter verschlimmern könnte. Der schlechte Versorgungsgrad insbesondere in den Flächenländern und ländlichen Regionen erfordert es, gegensteuernde Maßnahmen zu ergreifen. Strukturelle Ressourcen müssen zusammengefasst und die Grenzen der Sektoren aufgebrochen werden. Dort, wo ambulante Strukturen nicht ausreichend vorhanden sind, sollten stationäre Ressourcen diese Lücke füllen können. Dies insbesondere dann, wenn sie ohnehin ungenutzt sind oder Leerlauf haben. So können Wartezeiten für gesetzlich Versicherte deutlich gekürzt werden und auch Fahrtwege können begrenzt werden. Gleichzeitig werden vorhandene Strukturen effizienter genutzt. Indirekt werden so auch andere ambulante Strukturen entlastet, die auf die Zuarbeit ihrer Kolleginnen und Kollegen angewiesen sind. Geregelt könnte, wie schon in der Frage angedeutet, dieser Aufbruch des stationären Sektors im Bereich Labormedizin und Radiologie über eine Ausnahmeregelung in den §§ 116 und 116b SGB V. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Verwendung stationärer Ressourcen nicht in die direkte Konkurrenz mit ambulanten Ressourcen tritt. Hier gilt es zu befürchten, dass dieser Wettbewerb zum Nachteil der ambulanten Einrichtungen ausgeht, was die Ziele der Krankenhausreform gefährden kann. Grundsätzlich sollte weiterhin eine verstärkte Ambulantisierung angestrebt werden.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke, dann versuchen wir noch eine letzte Frage an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Wie bewerten Sie den grundlegenden Vorschlag, die Regelungen zu den Hybrid-DRGs aufzuheben und stattdessen bei den DRGs die untere Grenzverweildauer zu streichen, um den Krankenhäusern die



Möglichkeit zu geben, effizientere Behandlungsstrukturen zu entwickeln, die unabhängig von einer stationären Aufnahme sind?

Die **Vorsitzende**: Herr Bublitz, bitte.

Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): Thomas Bublitz, BDPK. Vielen Dank für die Frage. Wir bewerten diesen Vorschlag sehr positiv. Wir beklagen im Grunde viel zu hohe Verweildauern und stellen fest, dass wir eine gesetzliche bzw. eine Verpflichtung in den DRGs haben, eine Mindestverweildauer im Krankenhaus „abzuliegen“. Das ist einfach widersinnig. Über den Weg, Prozesse in Gang zu setzen, mit denen Krankenhäuser schnell bis hin zur ambulanten Versorgung führende Strukturen entwickeln, wäre ein Segen für die Krankenhäuser.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Damit kommen wir zur AfD mit acht Minuten. Frau Dr. Baum, bitte.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich möchte von den sicherlich wichtigen speziellen Themen noch einmal auf das Grundsätzliche zurückkommen. Und zwar erreichen uns immer wieder Berichte darüber, dass Patienten mit lebensbedrohlichen internistischen Problemen von Krankenhäusern nicht aufgenommen wurden, weil die internistischen Betten abgemeldet wurden. Das heißt also, der Krankenwagen muss verschiedene Krankenhäuser anfahren, bevor er überhaupt seinen Patienten dort abliefern kann. Ich spreche hier nicht von einem Dritte Welt-Land, sondern ich spreche von Deutschland. Das ist auch keine Hypothese, sondern das sind reale Zustände. Und ich möchte Sie mal daran erinnern, dass jeder von Ihnen ein solcher Patient sein kann. Es wurde uns auch schon über Todesfälle aufgrund dessen berichtet. Und deshalb meine Frage an den Vertreter des Marburger Bundes: Sehen Sie durch dieses Gesetz, durch diesen Entwurf eine Verbesserung? Können solche Zustände zukünftig vermieden werden? Oder werden diese Zustände noch häufiger vorkommen, weil eben noch mehr Krankenhäuser geschlossen werden, vor allen Dingen im ländlichen Raum?

Die **Vorsitzende**: Die Vertreterin ist Frau Dr. Johna. Bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Susanne Johna (Marburger Bund): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage. Als Marburger Bund sind wir der Auffassung, dass es sinnvoll wäre, wenn alle Bundesländer einheitliche Versorgungsnachweise hätten. Es gibt verschiedene Systeme innerhalb von Deutschland. Eines davon ist beispielsweise IVENA in Hessen, wo die Notärztinnen und Notärzte schon während sie mit den Patienten unterwegs sind, genau sehen, wo Kapazitäten frei sind passend zu diesem individuellen Patienten im Rettungswagen. Wenn das überall in allen Bundesländern angewendet würde, das könnte das KHAG natürlich festlegen, wäre das anzustreben. Dann wäre es auch nicht mehr notwendig, dass Notärztinnen und Notärzte herumtelefonieren, wo Kapazitäten frei sind. Das gibt es schon. Das sollte einheitlich umgesetzt werden. Dann, glauben wir, ist das eine Verbesserung. Insofern wäre das anzustreben. Wir glauben aber nicht, dass das KHAG als solches solche Risiken erhöht.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Dr. Baum oder Herr Dietz? Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer, Herrn Dr. Reinhardt. Die Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien im KHAG bleibt hinter einer umfassenden Praxistauglichkeit zurück. Welche spezifischen Defizite in den Qualitätskriterien identifizieren Sie und wie könnten diese Sie in der täglichen Versorgung beeinträchtigen? Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Risiken, dass die mangelnde Praxistauglichkeit der Leistungsgruppenanpassung die bereits bestehende Überlastung des ärztlichen Personals weiter verschärft?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Herzlichen Dank für die Frage. Wir sehen keine Auswirkungen in Bezug auf die Verschärfung der Überlastung, sondern wir sehen die Möglichkeit, das klinische Geschehen so zu strukturieren, dass der Einsatz von pflegerischem Personal, ärztlichem



Personal und Weiteren in den Kliniken möglichst effizient und nicht redundant stattfindet. Das muss jedenfalls das Ziel von Strukturveränderungen sein. Inwieweit sich die jetzt vorgegebenen Vorgaben wie auswirken, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend zu beurteilen. Ich kann da zunächst manche Sorge teilen, aber es ist ein lernendes System. Wir haben einen Leistungsgruppenausschuss, in dem die betroffenen Verbände und Organisationen miteinander diskutieren. Das, was wir an Ergebnissen sehen werden, wenn tatsächlich die Abrechnung scharfgestellt wird, werden wir nacharbeiten müssen und so nachsteuern müssen, dass die Dinge, die Sie befürchten, nicht eintreten.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Das könnte teilweise zur Überschneidung kommen, wie ich das sehe. Die nächste Frage geht an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Welche inhaltlichen Mängel sehen Sie in der Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Bundeshaushalt insbesondere bezüglich der Nachhaltigkeit und der Vermeidung von Belastungen für private Versicherte? Könnten die Herausforderungen der aktuellen Finanzierungslinien langfristig zu einem höheren Kostenrisiko für private Versicherte führen? Wie könnte dies vermieden werden?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Schlieker, bitte.

Dr. Anke Schlieker (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband)): Vielen Dank für die Frage. Keine Interessenkonflikte. Anke Schlieker vom PKV-Verband. Erst einmal begrüßen wir, dass die Mittel des Transformationsfonds nicht mehr durch die Versicherten, auch nicht durch die GKV-Versicherten, gezahlt werden müssen, sondern dass das der Bund übernimmt, so wie es ordnungspolitisch richtig ist. Welche finanziellen Auswirkungen auf die PKV-Versicherten zukommen? Im Grunde sehen wir, wie Krankenhauskosten insgesamt steigen. Die Investitionskosten sind dafür gedacht, den erforderlichen Umbau der Krankenhausstruktur überhaupt erst einmal in Gang zu bringen. Was wir sehen, ist, dass die Krankenhauskosten in den letzten Jahren massiv gestiegen sind. Wie auch der GKV-SV gesagt hat, ist die Kostensteigerungen aufgrund der Betriebskosten, der Fallkosten usw. nicht ausgehebelt, wenn es nicht zu einer

Reform im Krankenhausssystem kommt. Insofern setzen wir darauf, dass die Reform tatsächlich die Ziele erreicht und dass Fehlanreize reduziert werden, dass wir zu mehr Ergebnisqualität kommen und dass die Ressourcen schonender genutzt werden. Es geht um das Gesamtsystem. Wir müssen einfach sehen, wie wir den Berg an Kosten geringer kriegen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich habe noch eine Frage an den Vertreter der Krankenhausgesellschaft. Wie beurteilen Sie den Aufwuchs an Bürokratie durch dieses Gesetz? Wir haben das ja schon gehört. Ich halte es auch für enorm an Zusatzbürokratie, was da auf uns zukommt. Aber wie beurteilen Sie das bitte?

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

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete, vielen Dank. In der Tat haben wir in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass dieses Gesetz das eigentliche Ziel hat, das auch mit diesem Gesetzgebungsverfahren oder mit der Krankenhausreform verbunden sein sollte, dass es zu einer signifikanten Entbürokratisierung und vielleicht auch Deregulierung kommt, und dass das nicht erfüllt wird. Wir sehen vor allem im Bereich der Finanzierung, der Vorhaltefinanzierung zusätzliche bürokratische Aufwände, die hier in der Runde heute mehrfach schon adressiert wurden. Wir werden auch, das befürchten wir, einen hohen Aufwand zusätzlich erhalten durch die sehr umfänglichen Prüfungen, die der Medizinische Dienst mit Blick auf die zahlreichen Struktur- und Personalvorgaben durchzuführen hat. Das ist eine logische Konsequenz. Insofern plädieren und appellieren wir sehr stark an die Politik, das wirklich aufmerksam zu beobachten. Wir müssen dazu kommen, dass wir unser Personal ein Stück weit entlasten. Die Zahlen sind bekannt. Auch der Marburger Bund hat sie entsprechend erhoben. Etwa drei Stunden am Tag verbringen die Beschäftigten mit bürokratischem Aufwand. Hier ein Stück weit wirklich voranzukommen, geht nicht nur, indem man sich das Ziel setzt, Prozesse zu digitalisieren und dadurch Personal zu ent-



lasten. Wir müssen vielmehr konsequent schauen, was dient wirklich dem Nutzen der Patientinnen und Patienten und was kann möglicherweise weg im klassischen Sinne, was über Jahre hinweg entstanden ist und wo man eine grundsätzliche Debatte führen muss. Insofern würden wir uns freuen, wenn es zu einer Art von Entbürokratisierungsgipfel kommen könnte. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Gaß. Damit wäre jetzt die SPD mit sechs Minuten an der Reihe.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie, dass die Länder weitgehend eigenständig definieren können, was im Einzelfall eine Fachklinik ist? Welche konkreten Risiken sehen Sie für die bundesweite Qualitätssicherung, für die Transparenz und gegebenenfalls für die Patientensicherheit, wenn es zwischen den Bundesländern Unterschiede bei den Anforderungen an Fachkliniken gibt?

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

Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Fragen. Der GKV-Spitzenverband lehnt diese, wie Sie zu Recht beschreiben, weitgehende Überlassung der Definition an die Bundesländer ganz klar ab. Das führt zu einer Fragmentierung der Qualität und zu einer Umgehung der Qualitätsstandards. Hintergrund ist die besondere Brisanz, die dahintersteckt, dass die Fachkliniken von den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen ausgenommen sein werden. Unterschiedliche Landesstandards gefährden somit die bundesweite Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität. Sie gefährden eine Transparenz über das, was qualitativ versorgt wird, und sie verzerren auch den Wettbewerb. Wenn jedes der 16 Bundesländer selbst definiert, was eine Fachklinik ist, dann verliert der Begriff der Fachklinik eine orientierende Aussagekraft für Patientinnen und Patienten. Zugleich besteht die erhebliche Gefahr, dass Fachkliniken deutlich ausgeweitet festgeschrieben werden, weil die Qualitätsmerkmale entfallen können. Folge wird sein, dass nicht, wie angestrebt, qualitätsgesicherte Konzentration der Versorgung stattfindet, sondern eine Konservierung vorhandener Strukturen, also der

Status quo. Deshalb ist die klare Forderung, dass die Definition von Fachkliniken bundeseinheitlich erfolgen muss, dass verbindliche Vorgaben als Leitplanken entwickelt werden müssen. Hierfür ist aus unserer Sicht der Gemeinsame Bundesausschuss am besten geeignet. Dankeschön.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Die Anrechenbarkeit von Fachärzten ist ein zentraler Punkt bei der Frage, welche Leistungsgruppen welchem Krankenhausstandort zugewiesen werden können. In Ihrer Stellungnahme machen Sie einen Vorschlag, wonach die Berücksichtigung von Fachärzten für mehrere Standorte die Aufteilung des Stellenanteils erforderlich macht. Können Sie uns diesen Vorschlag bitte kurz erläutern und begründen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Sehr geehrter Herr Pantazis, gerne. Bei der Frage geht es um die Grundregeln für die Anrechnung von Fachärzten in zwei oder mehreren Leistungsgruppen. Für uns geht es aber um die Frage, ob die Rufbereitschaft für mehrere Leistungsgruppen gleichzeitig sinnvoll und möglich ist. Dabei liegt auf der Hand, dass man das nicht zum gleichen Zeitpunkt für zwei Standorte machen kann. Wenn man eine volle Stelle hat, kann man halb dem einen Standort und halb dem anderen Standort zugerechnet werden. Aber man kann nicht für den gleichen Stellenanteil, also für das gleiche Zeitfenster, an zwei Standorten Rufbereitschaft machen. Jenseits dessen gilt, am gleichen Standort kann ich die Rufbereitschaft für mehrere Leistungsgruppen wahrnehmen, wenn sich diese Leistungsgruppen innerhalb meines Fachgebietes befinden. Der Orthopäde/Unfallchirurg hat zum Beispiel nachts Rufbereitschaft. Das kann er dann für alle vier Leistungsgruppen wahrnehmen, die sich mit dem Einbau, dem Austausch von künstlichen Hüften und Kniegelenken befassen, und auch für Patienten, die an der Wirbelsäule operiert sind. Auf der anderen Seite braucht man für jedes Fachgebiet eine eigene Rufbereitschaft. Der Chirurg kann nicht rufbereit sein für internistische Leistungsgruppen. Insofern sollte die Anrechnung an diesen beiden Kriterien



orientieren. Standort und Fachgebiet, das Durchzählen von Leistungsgruppen, wie es der Entwurf jetzt immer noch vorsieht, ist dagegen fachlich aus unserer Sicht nicht sinnvoll.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Schmerzgesellschaft. Sie weisen darauf hin, dass ohne gesetzliche Änderungen der Fortbestand der speziellen Schmerztherapie in Deutschland gefährdet sei. Können Sie uns bitte erläutern, wie Sie zu dieser Ansicht gelangen und was Ihre Änderungsvorschläge sind?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Petzke.

Prof. Dr. Frank Petzke (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Pantazis. Frank Petzke, Deutsche Schmerzgesellschaft, keine Interessenkonflikte. Wir haben gerade schon angehört, dass die Schmerztherapie eine Grundversorgung für Patienten mit chronischen Schmerzen darstellt; die stationäre, die aktuell als interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie, die an vielen Standorten umgesetzt ist. Das Problem ist, sie hat eine sehr heterogene Geschichte, sodass sie jetzt, da es keine eigene Leistungsgruppe gibt, in verschiedene Leistungsgruppen eingeordnet wird: in die Innere Medizin, in die allgemeine Chirurgie. Da muss sie Anforderungen erfüllen, die letztlich fachfremd und unrealistisch sind, zum Beispiel in Bezug auf die Erbringung der Rufbereitschaftsdienste usw. Wir haben das überschlagen und rechnen damit, dass bis zu 20 Prozent der Standorte damit gefährdet sind, die ungefähr 40 Prozent der Behandlungsfälle in Deutschland abbilden. Das kommt durch die Fachklinikkonzentration, die Sie gerade auch schon angesprochen hatten. Weder durch die Ausnahmeregelung für besondere Einrichtungen noch für die Fachklinikdiskussion, die gerade auch schon hier geführt wurde, werden dafür Lösungen gefunden werden, sodass wir davon ausgehen, dass ohne Einführung einer eigenen Leistungsgruppe Schmerzmedizin ein Großteil der Versorgung wegbrechen wird, mit allen katastrophalen Folgen für Weiterbildung, Aufrechterhaltung der Versorgung im ambulanten Sektor und für die Weiterentwicklung unseres Bereiches. Ein ganz wichtiger Grund muss jetzt

in die Gesetzesvorlage hinein. Wir können nicht drei Jahre warten.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an den G-BA. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass Abweichungen von Qualitätskriterien künftig in bestimmten Fällen sogar unbefristet möglich sein sollen. Warum halten Sie das für nicht akzeptabel?

Die **Vorsitzende**: Herr Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Herzlichen Dank für die Frage, Herr Abgeordneter. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Leistungsgruppen auch dann zugewiesen werden können, wenn ein Krankenhaus die maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, das insbesondere dann, wenn es als Sicherstellungs Krankenhaus klassifiziert ist. Gleichzeitig, das ist ein treibender Faktor, werden auch die bislang vorgesehenen bundeseinheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben komplett gestrichen. Das bedeutet konkret, dass es in Zukunft keine objektiven, bundesweit einheitlichen Kriterien mehr gibt, anhand derer beurteilt werden kann, wann eine Ausnahme tatsächlich notwendig ist. Die Entscheidung liegt dann vollständig im Bereich der Länder. Wir halten das für problematisch. Denn damit wird in diesen Sicherstellungs Krankenhäusern auf Dauer, auf ewige Zeiten die Ausnahme von Qualitätsanforderungen nicht nur in klar begrenzten und absehbaren Fällen, sondern immer dann ermöglicht, wenn man einfach nur sagt: Das Haus ist für die Sicherstellung der Versorgung notwendig. Das gefährdet eine sichere Patientenversorgung und ist auf Dauer auf keinen Fall hinnehmbar.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Hecken. Dann hätten wir jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit drei Minuten. Herr Wagner, bitte.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die GKinD, an Dr. Bernhard Hoch. Das KHVVG hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei der Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das KHAG soll



diese Abschaffung nun um ein Jahr verzögern, was wir in einem Änderungsantrag ablehnen. Wie schätzen Sie die Auswirkungen dieser Regelung auf die Versorgung ein?

Dr. Bernhard Hoch (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Abgeordneter, vielen herzlichen Dank für die Frage. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Die Krankenhäuser erhalten für ein weiteres Jahr durch die Beibehaltung der Abschläge weniger Erlöse. Somit haben sie weiterhin und zunehmend finanzielle Probleme. Die Abschläge von den Fallpauschalen bei der Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer müssten eher ab sofort gelten als ein Jahr später. Die ersten Tage des stationären Aufenthalts sind die kostenintensivsten und arbeitsintensivsten Tage für Ärzte und Pflegekräfte. Die Eltern betroffener Kinder drängen auf Frühentlassung, sodass die Krankenhausbehandlung nur in einem medizinisch begründeten zeitlichen Rahmen erfolgt. Das heißt, auch die Versorgung würde sich qualitativ verbessern. Noch einmal: Durch das Festhalten an den Abschlägen bleibt der ökonomische Druck in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiterhin bestehen. Die Gefahr, dass noch mehr Kinderkliniken aus der Versorgung aussteigen, wird dadurch nicht geringer. Wohlgemerkt, wir haben nur noch 320 Kinderkliniken in Deutschland von einmal knapp 500. Wir sind schon ziemlich konsolidiert und hoffen auf die weitere finanzielle Versorgung der Kinderkliniken. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Wagner.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde weiterfragen. Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde noch einmal den Einzel-sachverständigen Herrn Karagiannidis fragen wollen. Sie haben zuletzt immer wieder auf den dramatischen Produktivitätsverlust von Krankenhäusern seit 2019 hingewiesen. Was meinen Sie konkret damit? Was hat es mit der neuen Rolle von sogenannten bedarfsnotwendigen Krankenhäusern im Krankenhausanpassungsgesetz auf sich?

Die **Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Karagiannidis, bitte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke): Zum ersten Teil der Frage: Wir sehen im Vergleich zu 2019 immer noch einen Rückgang der Fallzahlen, der liegt im Moment bei 10 Prozent. Auf der anderen Seite haben wir einen erheblichen Zuwachs beim Personal, ohne das erst mal zu werten. Im ärztlichen Bereich zwei bis drei Prozent Vollzeitkräfte pro Jahr, im Pflegebereich zum Teil noch stärker, insbesondere ausgelöst durch das Pflegebudget. Die AOK hat gerade eine sehr gute Analyse vorgelegt. Das zusammengekommen hat einfach dazu geführt, dass wir im Vergleich zu 2019 wirklich einen erheblichen Einbruch der Produktivität haben, sodass man insbesondere die Auflösung des Pflegebudgets diskutieren sollte. Zu dem zweiten Teil der Frage kann ich nur das sekundieren, was der Vorsitzende des G-BA gesagt hat. Die neue Rolle der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser wäre ja neben den Plankrankenhäusern und den Sicherstellungskrankenhäusern etwas, was nach völlig eigenem Ermessen der Bundesländer, nach dem Gusto und vielleicht nach Tageslaune entschieden werden kann und das Ganze auch noch dauerhaft. Das sind nicht die Qualitätsstandards, die wir brauchen im Gesundheitswesen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann hätten wir jetzt noch im Block 4 einmal die AfD mit drei Minuten und 30 Sekunden. Bitte schön, wer fragt? Frau Dr. Baum.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Ja, wir sehen also grundsätzlichen Änderungsbedarf in der gesamten medizinischen Versorgung, insbesondere auch in Bezug auf die Krankenhäuser und werden deshalb jetzt auf weitere Fragen zu diesem speziellen Gesetz verzichten. Danke.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann hätten wir jetzt noch die CDU/CSU-Fraktion mit vier Minuten. Herr Dr. Pilsinger, bitte.

Abg. Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Eine ganz kurze Antworten wäre in unserem Sinne. Eine



Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss: Sehen Sie die Notwendigkeit, dass das SGB V dahingehend erweitert werden sollte, dass Betroffene von Sexualstraftaten einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen erhalten sollten? Wie weit wäre Ihre Einschätzung nach hierfür eine Anpassung im Leistungsrecht der GKV oder die Schaffung einer speziellen Anspruchslage außerhalb des SGB V erforderlich? Sehen Sie darüber hinaus eine Notwendigkeit, das Arzneimittelgesetz dahingehend anzupassen, dass ärztliche Einrichtungen im Kontext der Versorgung nach Sexualstraftaten Notfall-Kontrazeptiva rechtssicher als Notfallvorrat bereitstellen dürfen? Wären dabei flankierende Regelungen zu der Kombination Haftung und Finanzierung erforderlich, um eine unmittelbare Versorgung der Betroffenen sicherzustellen? Meine Frage ist lang, die Antwort kann kurz sein.

Die **Vorsitzende**: Herr Hecken, bitte.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Herzlichen Dank, Herr Abgeordneter, für die Frage. Erster Teil der Frage, Kostenübernahme für Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen nach entsprechenden Sexualstraftaten: Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V besteht mit der Einordnung der vertraulichen Spurensicherung als Leistung der GKV. Deren Umsetzung in dem bekannten § 132k hat der Gesetzgeber auch anerkannt. Vor diesem Hintergrund gibt es auch im EBM die GOP 32852 [Gebührenordnungsposition], die die Leistung der GKV abbildet. Gleichwohl gibt es in der Praxis Umsetzungsprobleme, weil das vielfach nicht bekannt ist, weil insbesondere der konkrete Umfang der erstattungsfähigen Laboruntersuchungen etwa bei Tests auf sexuell übertragbare Infektionen nicht überall eindeutig und einheitlich geregelt ist. Vor diesem Hintergrund erscheint hier keine neue Anspruchsgrundlage, aber eine Klarstellung im leistungsrechtlichen Sinne hilfreich, wenn man das machen könnte. Zum zweiten Teil der Frage: Bereitstellung der Notfallmedikation in ärztlichen Einrichtungen. Grundsätzlich sind diese erstattungsfähig, das ist ganz klar. Das entscheidende Problem ist aber, dass wir trotz der Erweiterung in § 24a Absatz 2 Satz 3 SGB V immer noch die Probleme haben, dass, wenn die

Betroffenen männlich/weiblich beim Arzt sind, dann in vielen Fällen die Medikamente nicht verfügbar sind. Deshalb sollte eine Ausnahme in § 43 [Arzneimittelgesetz, AMG] Apothekenpflicht vorgesehen werden. Es müsste also in diesen begrenzten Fällen ein Dispensierrecht geben.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Dann Frage 8, Frage an den Medizinischen Dienst: Worin sehen Sie im Sinne der Versorgung der Patienten einen Vorteil, wenn die Gutachter des Medizinischen Dienstes im Rahmen einer Beurteilung des Grades der Pflege Zugriff auf die ePA erhalten, wenn der Inhaber der ePA mit der Nutzung durch die Daten einverstanden ist? Bitte ganz kurz.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Gronemeyer, Sie sind online.

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund): Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst Bund, keine Interessenkonflikte. Danke für die Frage. Ein lesender und schreibender Zugriff der Gutachterinnen und Gutachter des medizinischen Dienstes hätte zwei Vorteile für die Versorgung der Versicherten. Einmal könnten die Empfehlungen in den über 2,8 Millionen Pflegebegutachtungen, die jährlich erstellt werden zur Rehabilitation, Prävention und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit unmittelbar durch die Behandelnden umgesetzt werden. Der zweite Vorteil ist, dass ein lesender Zugriff der Gutachterinnen und Gutachter die Pflegebegutachtung beschleunigen und damit effizienter machen könnte. Danke.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Jetzt eine ganz kurze Frage an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte. Berichten Sie uns über die aktuelle Weiterbildungslage in der ambulanten Versorgung von angehenden Fachärzten für Kinder und Jugendliche.

Dr. med. Reinhard Bartzky (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte*innen e.V. (BVKJ)): 20 Sekunden. Kein Interessenkonflikt. Die Versorgung



mit ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzten ist bedroht. Wir haben selbst in einer Stadt wie Berlin 20 offene Sitze und werden die nie besetzen können. Deutschland hat 7000 ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte, von denen 30 Prozent, also 2 100 Stand gestern, über 60 Jahre alt sind und in Kürze aus den Berufsleben ausscheiden werden. Deshalb mein Petition: Machen Sie von der Möglichkeit Gebrauch, die Weiterbildung, die in § 75a geregelt ist und wo die Weiterbildung an die Hausarztmedizin adressiert ist, aber bei der Förderung nur die Allgemeinmedizin benannt ist, machen Sie von der Möglichkeit Gebrauch, die Kinder- und Jugendmedizin dem § 75a zuzuordnen und der ambulant tätigen Pädiatrie bei der Weiterbildung eine Planungssicherheit zu geben. Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Damit sind wir am Ende unserer Anhörung. Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen allen bedanken, dass Sie zu uns gekommen sind, auch wenn Sie möglicherweise keine Frage gestellt bekommen haben. Wir sind kurz vor Weihnachten: Mal sehen, was von dem Wunschzettel, den Sie uns hier geschrieben haben, dann tatsächlich auch unter dem Weihnachtsbaum liegt. Wir gehen jetzt weiter in die Beratung im neuen Jahr. Jetzt werden hier noch die letzten Selfies geschossen. Vielen herzlichen Dank. Ich darf Ihnen allen heute einen guten Nachhauseweg wünschen und schöne Weihnachten und ein geruhiges Fest und einen guten Start ins neue Jahr. Das wird mit Sicherheit nicht weniger arbeitsreich sein, als das dieses war. Ich freue mich jedenfalls darauf, Sie im nächsten Jahr in der einen oder anderen Anhörung oder in einem anderen Kontext wiederzusehen. Alles Gute Ihnen und bis ins neue Jahr dann. Danke. Für den Rest des Ausschusses: Wir haben es jetzt auch geschafft für dieses Jahr. Es war die letzte Sitzung für dieses Jahr. Den Kolleginnen und Kollegen, die noch da sind, auch Ihnen herzlichen Dank, dass Sie heute so lange ausgeharrt haben. Nochmals alles Gute für die Weihnachtszeit und für das neue Jahr. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit. Bis dahin.

Schluss der Sitzung: 19:37 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende