



## Wortprotokoll der 102. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. September 2020, 12:53 Uhr  
Paul-Löbe-Haus, Saal 4 900 (Europasaal)

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

**Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm  
Krankenhäuser  
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)**

**BT-Drucksache 19/22126**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
Ausschuss Digitale Agenda  
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]  
Abg. Dr. Edgar Franke [SPD]  
Abg. Dr. Robby Schlund [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]  
Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Jörg Schneider, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems – PRP-System**

**BT-Drucksache 19/17754**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Finanzausschuss  
Haushaltsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]  
Abg. Dr. Edgar Franke [SPD]  
Abg. Dr. Robby Schlund [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]  
Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- c) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Krankenhäuser in der Fläche erhalten – Wirtschaftliche Basis sichern, Bundesländer angemessen beteiligen**

**BT-Drucksache 19/22185**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]

Abg. Dr. Edgar Franke [SPD]

Abg. Dr. Robby Schlund [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 12:53 Uhr

**Der Vorsitzende, Abg. Erwin Rüddel (CDU/CSU):** Ich freue mich, die 102. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit zu eröffnen. Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung. Ich freue mich, dass Sie an unserer öffentlichen Anhörung heute in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting teilnehmen. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, sich mit Ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit einem Endgerät in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät ebenfalls stummzuschalten. Ihre Fragen stellen Sie über die Tischmikrofone. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)“ auf Drucksache 19/22126 sowie den dazugehörigen Änderungsanträgen. Dazu kommen zwei Anträge der AfD „Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems – PRP-Systems“ auf Drucksache 19/17754 und „Krankenhäuser in der Fläche erhalten – Wirtschaftliche Basis sichern, Bundesländer angemessen beteiligen“ auf Drucksache 19/22185. Der Gesetzentwurf sowie die Anträge der AfD-Fraktion beschäftigen sich mit der Behandlungsqualität, mit der Modernisierung und Digitalisierung sowie der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Die Koalitionsfraktionen stellen in ihrem Gesetzentwurf fest, dass in der Corona-Krise deutlich geworden sei, wie wichtig eine qualitativ hochwertige und moderne Gesundheitsversorgung sei. Deshalb sei es entscheidend, vorrangig in fortschrittliche Strukturen und in die digitale Ausstattung der Krankenhäuser zu investieren. Die Investitionsfinanzierung sei zwar Aufgabe der Länder, diese seien aber der Aufgabe aus den unterschiedlichsten Gründen in den letzten Jahren nur schwer nachgekommen. Deshalb sollen aus dem Bundeshaushalt drei Milliarden Euro für eine modernere Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt und mit einem Krankenhauszukunftsfo

nden Investitionen in beispielsweise fortschrittliche Notfallkapazitäten oder eine bessere digitale Infrastruktur gefördert werden. Die AfD-Fraktion verlangt in einem ihrer Anträge, dass die Bereitstellung von Bundesmitteln zur Investitionsfinanzierung nach dem KHZG nur dann bewilligt werden soll, wenn das jeweilige Bundesland die Kosten mit 30 Prozent aus den eigenen Haushaltssmitteln aufstockt. Damit soll sichergestellt werden, dass sich die Länder ihrer Verantwortung nicht entziehen. Die Ursache allen Übels in den Krankenhäusern sei das DRG-System, weil es sich nach AfD-Ansicht dramatisch auf die Behandlungsqualität und die Personallage in den Krankenhäusern auswirkt. Konsequenterweise will sie es deshalb abschaffen und ein sogenanntes Prospektiv-Regionales-Pauschalensystem (PRP) einführen. Soweit ein ganz kurzer Überblick, was wir heute diskutieren. Bevor wir anfangen, will ich den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die CDU/CSU entfallen 32 Minuten, auf die SPD 19, auf die AfD 11 und auf die FDP 10 Minuten. DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben jeweils 9 Minuten Redezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können möglichst viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera einzuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebbeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung zeitversetzt im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Das Wortprotokoll der Anhörung wird in den nächsten Tagen auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich jenen Sachverständigen danken, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Dann können wir nun beginnen. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Das KHZG sieht weitere Maßnahmen vor, um Erlösausfälle und Mehrkosten, die



coronabedingt sind, auszugleichen. Damit entfällt zum Beispiel die tagesbezogene Ausgleichspauschale. Wie bewerten Sie diese vorgesehene neue Ausgleichsregelung?

**ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg:** Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgleichsregelung für Erlösausfälle ist aus meiner Sicht zu begrüßen. Die Bewertung der krankenhausindividuellen Situation wird zu einer zielgenauen Kompensation der coronabedingten Ausfälle führen. Auch die Gegenüberstellung der Erlöse in der Ganzjahresbetrachtung von 2019/2020 ist konsequent, da die Leistungsentwicklung im vierten Quartal noch nicht vorherzusehen ist. Gleichzeitig hat die aktuelle Situation auch einige Schwächen der Krankenhausvergütung vor Augen geführt. Bei allen Vorteilen des DRG-Systems möchte ich auch bei Ihnen als Abgeordneten eine Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung anregen. Gerade für Nachfrageschwankungen, das haben wir gesehen, ist das DRG-System anfällig. Das ist auch außerhalb der Pandemie so. Gerade in den Fachabteilungen, wie zum Beispiel in der Pädiatrie, die wenig planbare Fälle haben, ist das so. Daher würde ich empfehlen, für bestimmte Fachabteilungen künftig mit Vorhaltepauschalen zu arbeiten, die an enge Voraussetzungen geknüpft sind.

**Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU):** Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Böckmann. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf stellen wir Geld zur Verfügung, um die digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zu verbessern. Unter anderem sollen damit Investitionen in die Bereiche Dokumentation, Kommunikation und Hightech-Medizin gefördert werden. Wie ist Ihre Einschätzung dazu? Kann es uns mit dem vorliegenden Gesetz prinzipiell gelingen, den Digitalisierungsgrad von Kliniken zu erhöhen? Gehen Sie hierbei bitte auch auf die vorgesehene künftige Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser ein.

**ESV Prof. Dr. Britta Böckmann:** Ich begrüße diese Gesetzesinitiative sehr, denn die Erfahrung zeigt, dass bislang viel zu wenig in die Digitalisierung von Krankenhäusern investiert wurde. Die Digitalisierung streitet sich dann in der Regel mit Großgeräten und anderen Investitionsbedarfen und kommt

zu kurz. Insofern finde ich das sehr wichtig, jetzt zusätzliche Gelder, zweckgebunden mit dem Fokus auf Digitalisierung zur Verfügung zu stellen. Wir sind in den Krankenhäusern nicht in allen Bereichen hintendran mit der Digitalisierung, aber doch in zwei ganz wesentlichen Punkten. Dort sollte auch inhaltlich ein Schwerpunkt gesetzt werden. Das eine ist der Bereich der Unterstützung der medizinischen Kernprozesse auch im Sinne einer höheren Qualität und Patientensicherheit. Ich möchte exemplarisch das Thema Medikation oder auch Clinical Decision Support, also Entscheidungsunterstützung oder Wissensmanagement, nennen. Dort sind andere Länder uns weit voraus. Das sind Bereiche, wo wir wirklich viel tun können für mehr Patientensicherheit und Qualität in der Behandlung. Der zweite große Fokus sollte aus meiner Sicht die Vernetzung nach außen sein. Wir sind oft innerhalb eines Krankenhauses als Closed Shop-System gut digitalisiert. Aber in dem Moment wo das in einen Austausch in den ambulanten Bereich oder einen Bereich wie Telemedizin oder auch in die Einbindung des Patienten zu Hause über Telemonitoring geht, haben wir sehr große Lücken. Deswegen bin ich auch sehr froh, dass eine begleitende Evaluierung nach Reifegradmodellen geplant ist. Ich möchte sehr dafür plädieren, dass man internationale Reifegradmodelle mit dem Fokus auf die Bereiche eHealth und Unterstützung verbesserte Medizin nimmt. Das sollte sehr wichtig sein bei der Evaluation, sodass nicht in Randbereiche investiert wird, die dann neue Prozesse und neue Services nicht so nach vorne bringen, wie wir uns das erhoffen.

**Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg und an die DKG. Über den Krankenhauszukunftsfoonds stellt der Bund den Krankenhäusern rund drei Milliarden Euro für Investitionszwecke zur Verfügung. Wir bewerten Sie das vor dem Hintergrund, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen in den vergangenen Jahren nur unzureichend nachgekommen sind?

**ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg:** Die Bundesländer sind in der Tat ihren Investitionsverpflichtungen seit Jahren nicht ausreichend nachgekommen. Zumindest bei der gegebenen Krankenhausstruktur kann man das klar sagen. Gleichzeitig haben die



Krankenhäuser zumindest teilweise wenig Eigeninteresse an Investitionen in die Digitalisierung. Das ist auch verständlich, denn im Unterschied zu anderen Investitionen amortisieren sich die Investitionen in die Digitalisierung oftmals nicht. Deswegen benötigen wir aus vielerlei Gründen diese Förderung durch den Bund, die natürlich auch als Konjunkturprogramm gedacht ist. Sie ist sehr zu begrüßen und hält gleichzeitig die Länder an, die Investitionsmittel nicht weiter zu reduzieren. Empfehlenswert wäre in diesem Kontext, dass zunächst ein Mindestdigitalisierungsgrad für alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser sichergestellt wird. Das heißt, dass die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser definiert werden. Das erscheint mir aus meiner Sicht notwendig, um eine einheitliche Kommunikationsstruktur unter den Häusern, aber auch zwischen den Häusern und anderen Akteuren zu gewährleisten. Eine Verbesserung der informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen steht im Mittelpunkt. Auch das begrüße ich sehr. Dabei würde ich empfehlen, die Förderung an die Mindestanforderung des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen zu knüpfen. Wichtig erscheint mir auch, die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen voranzubringen, also dass das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung bald auf den Weg gebracht wird. Denn es ergänzt komplementär den hier vorgesehenen Fonds, der gerade in die Digitalisierung der Notaufnahmen investiert.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Natürlich begrüßen es die Krankenhäuser, wenn sie drei Milliarden Euro zusätzliche Investitionsmittel für den digitalen Zugang zur Verfügung gestellt bekommen. Die Tatsache, dass wir nun drei Milliarden Euro für alles haben, baulich, medizintechnisch und so weiter, macht deutlich, dass es sich um einen großen Betrag handelt, mit dem sicherlich viele der Ziele, die formuliert sind, auch erreicht werden können. Es ist ein Betrag, der aus den Unzulänglichkeiten der Länder sonst niemals hätte investiert werden können. Bei der Digitalisierung kommt noch hinzu, dass es ein völlig neuer Investitionsbedarf mit hohem Niveau ist, der in vielen Fällen und bei vielen Projekten auch nahe an den Betriebskosten liegt. Deshalb sind die Krankenhäuser angesichts der Defizite auf der Betriebskostenebene und angesichts der Defizite auf der Investitionsebene darauf angewiesen, in dieser Form gefördert zu werden. Wir begrüßen

auch, dass Sie ins Gesetz aufgenommen haben, dass die Länder ihre Investitionskurve, ich sage mal, im Normalbereich halten müssen. Das ist wichtig. Was wir nicht so recht einsehen wollen, ist die Vorgabe, dass die Krankenhäuser den Länderanteil von 30 Prozent gegebenenfalls selbst tragen sollen. Im Gesetzentwurf wird überzeugend dargelegt, dass die Krankenhäuser nicht genügend Eigenmittel haben. Es gibt viele Krankenhäuser, die überhaupt keine Eigenmittel beitragen können. Diese werden, wenn es solche Länderaufgaben im Einzelnen gibt, komplett von den Programmen ausgeschlossen. Deshalb unsere Bitte, nicht die Krankenhäuser sollten den 30-prozentigen Länderanteil tragen, sondern dieser muss von den Ländern getragen werden. Ich vermag auch nicht einzusehen, warum die Förderung von Ein- und Zweibettzimmern, die zur Verbesserung der Infektionspräventionsmöglichkeiten der Krankenhäuser sehr sinnvoll ist, mit dem Abbau von Betten verknüpft wird. Sie alle haben viele Krankenhäuser vor Augen, wo kein Bedarf am Abbau von Betten besteht, gleichwohl aber der Gedanke der Infektionsprävention in einem Zweibettzimmer evident ist. Da würden wir darum bitten, diese Vorgabe zu überprüfen. Ansonsten sind die Gründe, die die Förderung auslösen, grundsätzlich richtig. Wir hoffen nur, dass die Förderungsbedingungen so flexibel und so pauschal gehalten werden, dass so schnell und so viel wie möglich der zur Verfügung stehenden Mittel in die Krankenhäuser investiert werden können.

Grundsätzlich ist es ein positives Programm. Vielleicht ist es auch der Einstieg in eine Neuauflistung der Investitionszuständigkeiten zwischen Bund und Ländern. Drei Milliarden Euro sind zunächst einmal, auf ein Jahr bezogen, immerhin einhundert Prozent dessen, was die Länder bisher zahlen. Das kommt nun aus Mitteln der Bundesregierung.

**Abg. Karin Maag** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Böckmann. Wir diskutieren auch über die Chancen einer hohen Digitalisierung. Können Sie dazu etwas im Hinblick auf mögliche Effizienzsteigerungen bei Prozessen und vor allem auch im Hinblick auf die Arbeitsentlastung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sagen?



**ESVe Prof. Dr. Britta Böckmann:** Die Arbeitsentlastung ist dass, was man sich immer mit Digitalisierung erhofft – vom ganzen Papierkram weg zu kommen. Arbeitsentlastung entsteht dann, wenn ich die richtige Information am richtigen Ort und auch in der richtigen Aufbereitung vor mir habe. Arbeitsentlastung entsteht nicht, wenn Prozesse nur halbherzig digitalisiert werden. Ich möchte hier ein Beispiel nennen. Einer der Kernprozesse in der Medizin ist die ärztliche Visite. Hier fallen sehr viele Informationen über den Patienten an, die aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden müssen. Es entstehen aber auch neue Informationen, wie zum Beispiel Anordnung der Ärzte. Wenn dieser Visitenprozess nach wie vor analog abläuft, dann kann der Rest des Krankenhauses sehr digitalisiert sein, man wird trotzdem extreme Medienbrüche haben – vor der Visite alles ausdrucken und während der Visite alles auf Zettel schreiben. Das bedingt dann, dass nachher Pflegekräfte und Ärzte den Eindruck haben, dass die Arbeitsbelastung durch den Einsatz von Computern eher steigt als sinkt. Das heißt, ich möchte sehr dafür plädieren, dass wir nicht nur von dem Mindestdigitalisierungsstandard von Krankenhäusern ausgehen, sondern dass wir die Prozesse, die wir digitalisieren, konsequent von A bis Z digitalisieren. Nur so können Effizienzen erschlossen werden. Ein zweites wesentliches Thema in dem Kontext ist das ganze Thema Wissensmanagement. Die Recherche nach aktuellen Studien sowie nach aktuellem medizinischem Wissen kostet evident viel Zeit für Ärzte und Pflegekräfte und kann durch den Einsatz von Digitalisierung erheblich verbessert werden. Auch dort ist tatsächlich eine Arbeitsentlastung vorstellbar. Ich möchte auf einen weiteren Punkt hier eingehen, nämlich auf das Thema, inwieweit refinanzieren sich Investitionen in Digitalisierung. Wir können durch digitalisierte Prozesse und durch Digitalisierung gerade im Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Patientinnen und Patienten oder zwischen Krankenhäusern und ambulanten Diensten ganz neue Leistungen anbieten seitens der Krankenhäuser. Diese Leistungen sind im Moment nicht einfach refinanzierbar. Wir haben das Problem, dass Leistungen, die intersektoral erbracht werden, was bei vielen telemedizinischen Leistungen natürlich der Fall ist, wie zum Beispiel Telemonitoring bei herzinsuffizienten Patienten, die zu Hause überwacht werden, im Moment nur im Rahmen

von Selektivverträgen und Einzelleistungsvereinbarungen letztendlich abgerechnet werden können. Das heißt, wenn man die Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser bei diesen innovativen Dienstleistungen verbessert, hat man auch noch einmal andere Chancen, dass sich Digitalisierung auch wirklich refinanziert.

**Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Gesundheits-IT. Eine Voraussetzung für die Erreichung eines möglichst hohen Automatisierungsgrades von Prozessen in Kliniken ist die Umsetzung einer durchgehenden digitalen und interoperablen Pflege- und Behandlungsdokumentation. Können Sie diese Aussage bestätigen und wie weit sind die Kliniken hier bereits in Deutschland?

**SV Sebastian Zilch (Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg e. V.)):** Grundsätzlich sind Pflege- und Behandlungsdokumentation ein essentieller Bestandteil, wenn es um das Thema Digitalisierung und digitale Prozesse geht. Sie nehmen dort eine zentrale Rolle ein. Wenn wir den Aspekt der Interoperabilität bedenken, müssen wir uns auch natürlich mit internationalen Standards auseinandersetzen. Das hat sich im Entwurf des KHZG wiedergefunden. Wenn Sie das Thema Interoperabilität in Ihrer Frage ansprechen, möchte ich an der Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass die wirklichen Mehrwerte der Digitalisierung auch durch einen erfolgreichen Austausch von Daten und der Daten Nutzung entstehen, und dass beim Thema Interoperabilität durchaus noch einiges an Handlungsbedarf besteht. Das hatten wir zuletzt im Patientendaten-Schutz-Gesetz entsprechend formuliert. Es ist essentiell, wenn Daten miteinander ausgetauscht werden können, dass Informationen zu jeder Zeit, wenn sie benötigt werden, am richtigen Ort sind und sie auch weiterverwendbar sind. Das heißt, das Thema Medienbrüche, was Frau Prof. Dr. Böckmann eben erwähnt hat, ist ein ganz kritisches, wenn wir uns Versorgungsprozesse anschauen. Am Ende sind das auch die wichtigen Voraussetzungen dafür, dass eine patientensichere Versorgung gewährleistet werden kann, dass auch das Personal zufrieden ist, und dass am Ende auch eine finanzielle Entlastung des Systems geschehen kann. Zu der Frage, ob das in Deutschland aktuell so vorliegt: Das kann man tatsächlich schlichtweg nicht



bewerten. Es gibt dazu im Moment keine Informationen, und wenn, nur für Teilsegmente in einigen Häusern, die aus Umfragen stammen. Es ist von daher wirklich begrüßenswert, dass im aktuellen Gesetzentwurf eine strukturierte Erfassung des digitalen Reifegrades von deutschen Kliniken in den Fokus rücken. Wir müssen dabei bedenken, dass wir bei der Digitalisierung eine chronische Unterfinanzierung erleben und wir weiterhin heute handschriftliche Notizen und Papierdokumente in der Regel haben. Das ist nicht zuletzt ein Indiz dafür, dass wir bei der digitalen Reife wahrscheinlich nicht die Bestnoten erwarten dürfen. Die Evaluierung ist sehr wertvoll. Zwei Stationen hat sich der Gesetzgeber hier vorgenommen, einmal im Jahr 2021 und dann noch einmal im Jahr 2023. Ganz wichtig dabei ist: Digitalisierung in den deutschen Krankenhäusern ist keine Momentaufnahme, sondern ein dynamischer Prozess, der auch kontinuierlich weiterbegleitet werden muss. Der bvgt plädiert dafür, dass, wenn die Erhebungsergebnisse vorliegen, wir also wissen, was der digitale Reife-grad der deutschen Kliniken ist, dann auch ein ganz konkreter Fahrplan entwickelt wird, an welchen Stationen, Stellen, Versorgungsprozessen die Digitalisierung in den Fokus genommen werden soll und gezielt entwickelt wird.

**Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schreyögg. Uns liegt zu dieser Anhörung auch ein Antrag vor, in dem gefordert wird, das DRG-Abrechnungssystem abzuschaffen und stattdessen ein anderes Vergütungssystem einzuführen. Dieses soll jährliche Pro-Kopf-Pauschalen vorsehen, die im Voraus zu zahlen und von den Kliniken dann selbst zu verwalten sind. Wir bewerten Sie diesen Vorschlag?

**ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg:** Die prospektive Vergütungen nur für das Krankenhaus, so wie in diesem Antrag skizziert, halte ich für zu kurz gegriffen. Die Idee eines Regionalbudgets bedeutet ja, dass unterschiedliche Leistungserbringer in einer Region gemeinsam eine Kopfpauschale oder zum Beispiel an eine Behandlungsepisode geknüpfte Pauschale erhalten und dann gemeinsam die Patientinnen und Patienten behandeln. Die Idee ist im Prinzip nicht neu. Sie existiert in einigen Ländern, zum Beispiel in den USA. Meine Einschätzung auf

dieser Basis ist allerdings, dass das Modell so nicht bundesweit und schon gar nicht obligatorisch funktionieren kann, sondern nur in ausgewählten ländlichen Bereichen mit einer überschaubaren Anzahl an Leistungserbringern. Dieses Modell kann demnach aus meiner Sicht nicht das DRG-System bundesweit ersetzen. Man kann es allenfalls als freiwillige Option in bestimmten Regionen zulassen. Wir haben als Sachverständigenrat im Gutachten 2018 eine Reihe von Empfehlungen gegeben, wie wir die Krankenhausvergütung in Deutschland insgesamt weiterentwickeln würden. Unsere Empfehlung war, dort näher am DRG-System zu bleiben, vom DRG-System auszugehen, so wie viele andere Länder das auch machen. Eine Option kann dabei sein, das DRG-System zu erhalten, aber durch andere monetär substantielle Vergütungsbestandteile zu ergänzen, zum Beispiel durch Vorhaltepauschalen, Differenzierung der Vergütung, durch Versorgungsstufen und auch durch Ausgleich geografischer Kostenunterschiede.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** Die nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und die DKG. Sie haben am 3. September ein Konzept für eine Corona-Prämie auch für Pflegekräfte im Krankenhaus vorgestellt. Mit dem Änderungsantrag, der Ihnen vorliegt, wollen wir dieses Konzept umsetzen. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben?

**SVe Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband):** Der Änderungsantrag setzt grundlegend um, was DKG und GKV-Spitzenverband zum Monatsbeginn vorgeschlagen hatten. Zu Grunde lag ein Arbeitsauftrag aus dem BMG, wie die erhöhte Arbeitsbelastung von Pflegekräften in Folge der Pandemie ausgeglichen werden könnte. Zielstellung war also eine zielgenaue Prämie für die Pflegekräfte, die besonders belastet waren. Die Ausgestaltung im Änderungsantrag lehnt sich an das Gesamtvolumen von 100 Millionen Euro an. Es wird begrüßt, wie im Änderungsantrag die Betroffenheit der Krankenhäuser ausgewählt wird. Hier werden 50 Prozent zu Grunde gelegt nach COVID-19-Fällen und 50 Prozent nach vorhandenem Pflegepersonal. Das ist auszurechnen vom InEK. Hierdurch wird aus unserer Sicht das Geld auch letztlich genau dort ankommen, wo eine besondere Belastung aufgrund der Pandemie vorlag. Ausgewählt wird die Prämienhöhe konkret vor Ort in den Kliniken durch die



Klinikleitung und die Arbeitnehmervertreter. Das ist auch übernommen worden. Das begrüßen wir sehr. Offengelassen wird im Änderungsantrag allerdings die Höhe der Prämie. Hier hatten GKV-Spitzenverband und DKG vorgeschlagen, dass bis zu 1 000 Euro je Pflegekraft ausgezahlt werden könnten, wenn sie die Kriterien der besonderen Belastung erfüllt und in Vollzeit tätig ist. Empfohlen wurde, dass Pflegekräfte in unmittelbarer Patientenversorgung bedacht werden sollen. Dieser Punkt ist offengeblieben. Im Änderungsantrag wurde auch die Empfehlung, dass sich die Länder parallel in Höhe von 500 Euro beteiligen könnten, so wie das auch für den Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgesehen war, nicht übernommen. Positiv haben wir gesehen, dass im Änderungsantrag auch eine anteilmäßige Beteiligung der PKV vorgesehen ist.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben uns in der Tat, unter der Vorgabe den Kreis der Begünstigten oder auf die Betroffenen, in der Regel Pflegekräfte, zu begrenzen, geeinigt. GKV und DKG haben gemeinsam Modalitäten entwickelt und dem Minister vorgetragen, die sich im Wesentlichen hier wiederfinden, mit dem Einstiegskriterium, dass die Zahl der Fälle das Krankenhaus identifiziert. Wir begrüßen auch, dass es zu einer schnellen Umsetzung kommt, dass dann vor Weihnachten die Gelder ausgezahlt werden. Wir sind auch mit der Durchführung einverstanden, dass der GKV-Spitzenverband die Gelder erhält, sie an die Krankenhäuser schickt, diese verausgaben sie und später folgt dann die Abrechnung. Wir haben ein Problem. Wir hatten gemeinsam gesagt, und das will ich ausdrücklich betonen, wenn wir uns der Begrenzung, dass nur die stark Betroffenen gemeint sind, unterwerfen, kann man mit 100 Millionen Euro auskommen. Das haben DKG und GKV-Spitzenverband so gemeinsam gesehen. Allerdings hatten wir gesagt, jetzt insbesondere wir von der DKG, Krankenhäuser unter 500 Betten sollten bei zehn Fällen dabei sein. Der Gesetzentwurf sieht zwanzig Fälle vor. Und wir hatten gesagt, wer mehr als 500 Betten hat, dem sollten 20 Fälle genügen. Der Gesetzentwurf verlangt 50. Nach unserem Modell wären über 700 Krankenhäuser begünstigt gewesen, jetzt, nach dieser engen Marge 20/50 sind nur 430 Krankenhäuser begünstigt. Wir meinen, dass wir mehr Krankenhäuser be-

günstigen können. Das bedeutet, dass die 100 Millionen anders verteilt werden. Frau Stoff-Ahnis hat darauf hingewiesen, dass wir uns gemeinsam auf die 1 000 Euro pro Pflegekraft begrenzt hatten. Das heißt, das jetzt formulierte Modell nimmt Kliniken, die sehr wohl belastet waren, heraus. Es sind deutlich weniger Kliniken, auch deutlich weniger Pflegekräfte jetzt angesprochen. Wir hatten das in unseren Diskussionen breiter angelegt. Ich würde es begrüßen, wenn darüber nochmal nachgedacht wird. Es kann jetzt in Einzelfällen dazu führen, dass die Mittelzuweisung aus dem Schlüssel 50 Prozent Personal und 50 Prozent Fälle dazu führt, dass pro Kraft mehr als 1 500 Euro, und damit mehr als der Steuerfreibetrag, zur Verfügung stehen. Das ist eine deutliche Verengung der Zuordnung der Mittel, die mit dem Gesetzentwurf jetzt vorgenommen wird. Man könnte das breiter anlegen, weil die Kliniken mit größerer Breite beteiligt waren. 700 Kliniken sind gemessen an 1 700 Akutkrankenhäusern immerhin schon eine hohe Verdichtung. Es wäre der Wunsch unsererseits, das nochmal zu überdenken.

**Abg. Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband. Wie könnten verstärkt pflegeentlastende digitale Maßnahmen über den Krankenhauszukunftsfoonds initiiert und nachhaltig in den Krankenhausprozessen verstetigt werden?

**SV Christoph Radbruch** (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)): Wir denken, dass neben der Pflegedokumentation deutlich gemacht werden sollte, dass auch die Pflegeplanung als eine der zentralen Prozesse der professionellen Pflege vor Ort mitbenannt wird, und dass klar gestellt wird, auch die digitale Pflegeplanung ist Teil dieses Förderungsprogrammes, weil ein Mehrwert durch die digitale Pflegeplanung die Zeitersparnis ist. Die Pflegekraft muss zum Beispiel nicht mehr evidenzbasierte Pflegemaßnahmen aus Datenbanken oder der Papierdokumentation herauslesen, sondern es ermöglicht, dass der Pflegekraft nach einem Algorithmus vorgeschlagen wird, was die evidenzbasierte Maßnahme ist. Das würde zeitraubende Auswahlprozesse ersparen. Diese gewonnene Zeit könnte für die Individualisierung der Pflege genutzt werden. Aus unserer Sicht würde auch die Pflegequalität dadurch gefördert werden,



weil die Möglichkeit der Verarbeitung von Pflegedaten evidenter und nachweisbarer wird. Zum Zweiten wäre es uns wichtig, dass zur Verstärkung dieser Maßnahmen und zur Motivation der Krankenhäuser, diese Fördermittel für die Digitalisierung für die Pflege eingesetzt werden. Es muss deutlich gemacht und klargestellt werden, dass Maßnahmen, die mit diesem Strukturfonds gefördert werden, auch in den Pflegebudget-Verhandlungen eine Rolle spielen können. Es ist vorgesehen, dass pflegeentlastende Maßnahmen um bis zu vier Prozent das Pflegebudget erhöhen können. Aus unseren Häusern wissen wir, dass immer intensive Diskussionen vor Ort entstehen und auch unüberbrückbare unterschiedliche Meinungen existieren. Hauptdiskussionspunkt ist, dass Maßnahmen, die schon durch Strukturfondsmittel gefördert worden sind, hier nicht angerechnet werden können. Wir würden uns wünschen, dass gesetzlich klargestellt wird, dass auch Digitalisierungsmaßnahmen für die Pflege bei Pflegebudget-Verhandlungen berücksichtigt werden zur Erhöhung innerhalb dieser vier Prozent.

**Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an die BPtK. Wie bewerten Sie die vorgesehene Streichung des Bettenbezugs als Orientierungsgröße bei der Bestimmung von verbindlichen Mindestvorgaben für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und die hierfür vorgesehene Fristverlängerung?

**SV Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Diese Streichung des Bettenbezugs ist eine sach- und fachgerechte Umsetzung des Auftrags in der bestehenden Systematik der PPP-Richtlinie und wird deshalb von unserer Seite ausdrücklich begrüßt. Damit können Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen und -therapeuten beider Berufsgruppe, bei Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, in den einzelnen Behandlungsbereichen am Patientenbedarf ausgerichtet und entsprechend auch für die anderen Berufsgruppen in abgewandelter Logik in der Richtlinie ausgestaltet werden. Die Fristverlängerung ist zwar

bedauerlich, aber ich denke, unter den gegebenen Umständen, dass hier doch dringend Nachbesseungsbedarf besteht und auch erforderlich ist.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** Dann richtet sich die nächste Frage an die BAGFW. Wie bewerten Sie die vorgesehene Streichung der Anrechnung der bis zu zehn regulären Arbeitstage für die das Pflegeunterstützungsgeld bereits in Anspruch genommen wurde?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): *Die BAGFW bewertet diese Regelung uneingeschränkt positiv, denn auch pflegende Angehörige, die schon vor der Pandemie gepflegt haben und die zehn Tage in akut auftretenden Pflegesituationen aufgebraucht haben, haben in der Pandemiekrise Bedarf an zusätzlichen Tagen, zum Beispiel wenn Tagespflegen ihren Betrieb nicht oder nur eingeschränkt anbieten können.<sup>1</sup>*

**Abg. Sabine Dittmar (SPD):** Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Augurzky. Wie beurteilen Sie insgesamt die Situation bei den Investitionsmitteln der Krankenhäuser? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines Krankenhauszukunftsfonds? Sind die Maßnahmen ausreichend oder bedarf es weiterer Maßnahmen?

**ESV Prof. Dr. Boris Augurzky:** Wir untersuchen regelmäßig, wie der Investitionsbedarf bei Krankenhäusern ist. Tatsächlich ist es so: Die Länder steuern im Durchschnitt nur etwa 50 Prozent des Bedarfs bei. Herr Baum hat schon erwähnt: Das sind ca. drei Milliarden Euro pro Jahr. Vor dem Hintergrund ist es jetzt hervorragend, dass über diesen Digitalisierungsfonds weitere drei Milliarden Euro über mehrere Jahre kommen. Das ist durchaus großzügig bemessen, wobei man auch sagen muss, Digitalisierung heißt, es gibt kein festes Ziel. Man kann jetzt nicht sagen, man hat dann in fünf Jahren Digitalisierung erreicht, sondern das ist dynamisch. Man wird dort immer wieder dran bleiben müssen,

<sup>1</sup> Die Antwort wurde wegen technisch-akustischer Probleme schriftlich nachgereicht.



sodass man auch überlegen kann und bereit sein müsste, wenn man denn erfolgreich ist – den Erfolg müsste man messen, das ist eine andere Frage –, das auch fortzuführen. Das wäre die Frage, ob man bei solchen Themen stärker auf Bundesmittel für Investitionen zurückgreift. Insofern insgesamt ein guter Anfang. Jetzt gilt es zu evaluieren.

**Abg. Dr. Edgar Franke (SPD):** Ich habe auch eine Frage an Sie, Prof. Dr. Augurzky, zur Sachkostenbereinigung. Es besteht grundsätzlich Konsens, dass Krankenhäuser keinen Ausgleich erhalten für Sachkosten, wenn die betreffenden Operationen nicht stattgefunden haben. Ist das aus Ihrer Sicht mit den Regelungen zu den coronabedingten Erlösausfällen grundsätzlich sinnvoll geregelt oder haben Sie möglicherweise Alternativvorschläge, wie man das anders regeln könnte?

**ESV Prof. Dr. Boris Augurzky:** Grundsätzlich ja. Es ist auf jeden Fall nötig, diese variablen Sachkosten herauszurechnen. Wenn es über die Selbstverwaltungspartner gut gelingt. Mit gut meine ich, dass wir auf jeden Fall vermeiden sollten, dass wir auf den Hausebenen viel Streitpotenzial haben. Es sollte nicht passieren, dass die bundesweite Regelung von einzelnen Häusern oder auch Kassen vor Ort angegriffen werden und man in Schiedsstellen gehen muss. Das wäre unnötiger Aufwand. Höchstes Ziel muss sein, dass man eine tragbare Regelung findet. Ich könnte mir vorstellen, dass man sagt, man könnte über das InEK vorab im Rahmen einer Kostenmatrix herausrechnen lassen, wieviel Sachkosten oder variable Sachkostenanteile in einer DRG drin sind und können dann relativ gerecht für jedes Haus das mitgeben und per Algorithmus für alle Häuser umsetzen. Inwieweit das ein großer Aufwand ist, müsste man prüfen. Aber auf jeden Fall sollte man vermeiden, dass der Aufwand später auf Hausebene zu Streit führt.

**Abg. Sabine Dittmar (SPD):** Herr Prof. Dr. Straub, der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kassen Ausgaben über gezahlte Leerstandspauschalen lediglich für die Krankenhäuser erhalten, die Verhandlungen über einen Ausgleich für Erlösrückgänge verlangen. Für Krankenhäuser, die einen solchen Ausgleich nicht verlangen, zum Beispiel weil sie

wegen Überzahlung keinen Anspruch hätten, werden diese Daten nicht an die Kassen vor Ort übermittelt. Auch gibt es bisher keine ausreichende Transparenz über Zahlungen, die für zusätzliche Intensivkapazitäten geflossen sind. Wie bewerten Sie die im Gesetz vorgesehenen Transparenzregelungen?

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub:** Richtig ist, dass der GKV-Spitzenverband nachgehend eine krankenhausbezogene Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen erhält. Damit aus der Krise die richtigen Schlüsse gezogen werden können, ist es zwingend, dass eine umfassende Transparenz für alle Krankenhäuser und alle Zahlungen hergestellt wird. Vor diesem Hintergrund sollte die Datenweitergabe seitens des GKV-Spitzenverbandes an die Vertragsparteien vor Ort generell geregelt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese Möglichkeit vom Verlangen eines Krankenhausträgers nach einer Vereinbarung zum COVID-19-Ausgleich abhängig gemacht wird. Ebenso ist die vollständige Transparenz über die zusätzlich finanzierten Intensivbetten mit Beamtungsmöglichkeit erforderlich, insbesondere weil hier die Kosten alleine durch die GKV getragen wurden. Deshalb sollte in diesem Bereich keine Ausnahme gemacht werden. Bereits heute werden die Versorgungskapazitäten im DIVI-Intensivregister tagesaktuell erfasst. Insofern ist nicht nachvollziehbar, weshalb die entsprechenden finanziellen Aufwendungen in diesem Bereich nicht transparent gemacht werden sollen.

**Abg. Bettina Müller (SPD):** Ich hätte eine Frage an ver.di. Die vorliegende Regelung setzt eine Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband um, damit auch an Beschäftigte in Krankenhäusern eine Prämie zur Anerkennung der besonderen Belastung im Zusammenhang mit der Versorgung von Corona-Kranken ausgezahlt werden kann. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

**SVe Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft):** Wir begrüßen, dass nun auch in den Krankenhäusern die Prämien für die besonderen Leistungen während der Corona-Pandemie gezahlt werden sollen, und dass auch eine schnelle



Umsetzung vorgesehen ist. Doch der vorgelegte Entwurf stellt die Arbeitnehmervertretungen vor große Probleme, denn sie vertreten die Interessen aller Beschäftigten im Krankenhaus. Von den Corona-Prämien soll aber, so wie es im Entwurf vorgelegt ist, nur ein kleinerer Teil der Beschäftigten profitieren. Neben der Pflege sind aber auch die Beschäftigten in den Laboren, in der Reinigung, in der Dialyse und noch in vielen anderen Bereichen, die bei der Eindämmung der Pandemie auch eine zentrale Rolle spielen, einbezogen gewesen. Der Entwurf sieht vor, dass sie nur in begründeten Ausnahmefällen einbezogen werden sollen. Arbeit im Krankenhaus ist aber Teamarbeit und alle Beschäftigten sind in der Versorgung wichtig. Das ist wichtig. Alle haben sich vorbereitet und qualifiziert. Alle sind auch bereit, Verantwortung zu übernehmen. Die Anerkennung ausschließlich den Beschäftigten zu zollen, die COVID-19-Patienten gepflegt haben, wird der besonderen Situation in der Pandemie nicht gerecht. Wir plädieren deshalb dafür, den Kreis möglichst groß zu machen. Ansonsten sehen wir das Risiko, dass mit der Regelung mehr Unmut in den Krankenhäusern gestiftet als motiviert wird. Die Pandemie ist schließlich nicht vorbei. Deshalb ist eine Motivation auch besonders wichtig. Wir plädieren daher für eine bundeseinheitliche Regelung, wie sie auch im Bereich der Altenpflege über § 71 SGB XI vorgenommen wurde. Alle Beschäftigten erhalten einen Bonus und differenziert wird bei der Höhe des Bonus danach, wie nah an den Pflegebedürftigen gearbeitet wird. Im Übrigen möchte ich auch noch einmal betonen, dass wir die Empfehlung an die Länder vermissen, diesen Bonus noch einmal um die möglichen 500 Euro aufzustocken. Auch das wäre sachgerecht.

**Abg. Heike Baehrens (SPD):** Ich bleibe bei der Krankenpflegeprämie. Meine Frage richtet sich an den Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Regelung sieht vor, dass zur Finanzierung der Prämien zusätzlich zu den 93 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sieben Millionen Euro von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Verfügung gestellt werden. Können die Versicherungsunternehmen gesetzlich zu dieser Zahlung verpflichtet werden, falls nicht, können Sie dennoch sicherstellen, dass die finanzielle Beteiligung der PKV-Unternehmen erfolgen wird?

**SV Constantin Wilde** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wir waren im Vorfeld bei der Entwicklung des Konzepts zu der Prämie nicht eingebunden. Wir können uns jetzt auch nicht verbindlich zu dem vorliegenden Änderungsantrag, der uns erst heute zugegangen ist, äußern. Dazu bedarf es noch einer Prüfung. Wir können jetzt auch nicht mit dem kurzen Vorlauf Aussagen dazu treffen, inwiefern die betroffenen und belasteten PKV-Unternehmen dies leisten können. Das muss man sich im Einzelfall noch angucken.

**Abg. Hilde Mattheis (SPD):** Meine Frage richtet sich an den Katholischen Krankenhausverband. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird der Bettenabbau finanziell gefördert. Da steht in § 19: „sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten führt“. Jetzt wissen wir aber nicht nur aus verschiedenen Umfragen, Forsa oder Gemeingut in BürgerInnenhand, dass ein überwiegend hoher Anteil der Bevölkerung sagt, gerade in Pandemiezeiten wollen wir ganz gern ein Krankenhaus in unserer Nähe haben. Jetzt frage ich Sie: Würden Sie zum Beispiel die Lösung favorisieren, dass man von Zweibettzimmern zu Einbettzimmern kommen könnte, um die kleineren Krankenhäuser vor Ort nicht damit zu gefährden, dass man die Förderbedingungen anders formuliert.

**SVe Bernadette Rümmelin** (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)): Unseres Erachtens ist dieser Maßstab und das Kriterium, die Fördermittel an einen Bettenabbau zu binden, wenn es um Digitalisierungsprojekte im Rahmen dieses Gesundheitsgesetzgebungsverfahrens und den Krankenhauszukunftsfoonds geht, nicht der richtige Weg. Vor dem Hintergrund dessen, was Sie auch schon ausgeführt haben, müssen wir an die Versorgung in der Fläche genauso denken wie in den Ballungsgebieten. Die Versorgung in der Fläche ist vordringlich auch eine Aufgabe zur Erfüllung der Daseinsvorsorge. Wir sehen hier andere Förderkriterien und Definitionen, wie die, die heute schon zum einen bei den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Augurzky und Herrn Prof. Dr. Schreyögg angeklungen sind, als maßgeblich an. Man sollte sich eben nicht an die Bettenanzahl hängen, sondern dass man sich anschaut, welche Versorgungsleistungen für die Versorgung in der



Fläche auch unter Pandemiebedingungen in der Zukunft notwendig sind. Da sehen wir vor allem für den Weitererhalt der Versorgung in der Fläche auch durch kleinere Krankenhäuser es als notwendig an, die Regel- und Grundversorgung im Rahmen der jetzt gültigen DRG-Finanzierung in den Blick zu nehmen und zu schauen: Wie können wir Vorhalteleistungen vor allem für den Bereich der Grund- und Regelversorgung, der in der Fläche wichtig ist, und vor allem auch vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft und, ich nenne es jetzt einmal, der Pandemiefestigkeit, Gesundheitsnetzwerke vor Ort in der Fläche am Leben erhalten. Wir denken hier in Zukunftsdimensionen. Da sollten wir auf andere Förderkriterien schauen und nicht auf die Umwandlung von Mehrbett- in Zweibett- und Einbettzimmer. Natürlich müssen wir in den kleineren Einrichtungen ebenso die Hygiene- und Abstandsregelungen einhalten, das ist unbenommen. Aber das kann man durch andere Förderkriterien besser als durch diese Definition, die hier jetzt gewählt wird.

**Abg. Sabine Dittmar (SPD):** Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Augurzky. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme ausdrücklich für eine Priorisierung und Gewichtung der zu fördernden Themenfelder aus. Können Sie uns das bitte erläutern?

**ESV Prof. Dr. Boris Augurzky:** Der Bund stellt eine Menge Mittel den Ländern zur Verfügung. Die Länder dürfen mehr oder weniger entscheiden, wie sie die Mittel ausgeben. Auch drei Milliarden Euro, soviel wie es sind, sind natürlich knapp. Ich kann mir vorstellen, es steht viel an im Bereich der Digitalisierung. Immer wenn ich knappe Mittel habe, sollte ich schauen, wie gut ich die allokalieren kann. Mir fehlt die Kolorisierung, was ist denn dem Bund am Wichtigsten dabei? Was ist weniger wichtig? Es gibt eine unheimlich große Bandbreite an möglichen Fördertatbeständen. Das geht von einer Basisdigitalisierung bis hin zu IT-Sicherheit, Entlassmanagement, digitale Entscheidungsunterstützung und vor allem, was mir auch wichtig ist, sektorenübergreifende Digitalisierung. Wie gesagt, hier eine Unterstützung zu geben, wo sollte man den Schwerpunkt legen, halte ich für notwendig. Man kann es auch stärker damit verbinden, dass man

sagt, wir evaluieren anhand dieses Digitalisierungsgrades, der noch erarbeitet werden soll, und dort, wo ich den höchsten Grad erreiche, sollten natürlich auch die meisten Mittel rein.

**Abg. Prof. Dr. Edgar Franke (SPD):** Meine Frage geht an die GKV und bezieht sich auf den Pflichtanteil in Höhe von 15 Prozent für die IT-Sicherheit. Der Gesetzentwurf sieht einen Mindestanteil von 15 Prozent zur Verbesserung der IT-Sicherheit vor, der auch dafür nur verwendet werden soll. Das kann einerseits dazu führen, dass bei kleineren Krankenhäusern sehr kleine Beträge entstehen. Auf der anderen Seite müssen Häuser, die bereits über eine sehr gute IT-Sicherheit verfügen, auch mindestens 15 Prozent der Fördermittel einsetzen. Ist vor dem Hintergrund diese Regelung sinnvoll oder sind möglicherweise andere Vorschläge zu machen?

**SVe Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband):** In der Tat ist das ein sehr wichtiger Punkt. IT- und Cybersicherheit sind integrale Bestandteile von Digitalisierungsprojekten. Das sind eigentlich die tragenden Säulen für das Vertrauen aller Akteure und natürlich der Patientinnen und Patienten. Es ist eine Grundvoraussetzung für alle Digitalisierungsschritte, die erfolgen. Aus diesem Grund geht aus unserer Sicht so eine pauschale Investitionssumme am Ziel vorbei. Dass es hierzu eine Verpflichtung gibt, das ist sehr gut, das begrüßen wir, aber nicht in pauschalierter Form. Denn dann, wie Herr Prof. Dr. Franke gerade ausgeführt hat, würden Häuser, die möglicherweise schon eine ausreichende IT-Sicherheit haben, letztendlich Mittel in Nebenprojekte stecken, um diese 15 Prozent zu erfüllen, die aber gar keinen Mehrwert und gar keinen Nutzen bringen können. Andersherum könnten bei Kliniken, die in der IT-Sicherheit noch im Aufbau sind, 15 Prozent deutlich zu wenig sein. Aus diesem Grund schlagen wir vor, dass bei jedem Förderantrag individuell geprüft werden muss, wie ausgeprägt die IT- und Cybersicherheit in den Häusern ist, um letztendlich diesen Aufbau im Sinne eines gestuften Systems zu gewährleisten. Man braucht zunächst die Basisvoraussetzung in jedem Haus.



**Abg. Bettina Müller (SPD):** Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Straub. Wie bewerten Sie die Regelungen zur Fortführung und Anpassung des bislang bestehenden Krankenhausstrukturfonds?

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub:** Um Überschneidungen zwischen dem im Jahr 2016 eingeführten Krankenhausstrukturfonds und dem Krankenhauszukunftsfo nds zu vermeiden, wird ersterer um zwei Jahre verlängert. Dabei wird der Förderbetrag nicht erhöht. Es stehen weiterhin zwei Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung, zuzüglich einer 50-prozentigen Kofinanzierung durch die Bundesländer oder Krankenhausträger. Im ersten Entwurf des Gesetzes war vorgesehen, dass Vorhaben zur Digitalisierung und Bildung von integrierten Notfallstrukturen nicht mehr über den Strukturfonds, sondern nur noch über den Zukunftsfonds gefördert werden sollten. Diese Änderung wurde jedoch wieder zurückgenommen, womit keine klare Abgrenzung hinsichtlich der Förderzwecke bei Strukturfonds und Zukunftsfonds besteht. Die ursprünglich vorgesehene Neuausrichtung des Strukturfonds sollte wieder im Gesetzentwurf aufgenommen werden, denn der Zweck des Krankenhausstrukturfonds muss es sein, die Konzentration stationärer Kapazitäten und die Weiterentwicklung heutiger Standorte anzustoßen. Das Ziel ist der Aufbau von interdisziplinären Gesundheitszentren und Versorgungsverbünden, um die heutigen Krankenhausstrukturen weiterzuentwickeln.

**Abg. Dr. Robby Schlund (AfD):** Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Rüprich. Es geht um die Kodierungsfachkräfte und Medizincontroller, die im Zuge der DRG-Etablierung in einem enormen Maße aus dem Boden geschossen sind und natürlich auch erhebliche Kosten verursachen. Wie hat sich Ihrer Meinung nach der administrative Aufwand im Krankenhaus seit Einführung des DRG-Systems entwickelt? Wie wirkt sich das auf den Klinikalltag aus?

**ESV Dr. Wolfgang Rüprich:** Aus meiner Sicht ist der Aufwand an administrativen Aufgaben gerade in der Dokumentation, in der Kodierung zur Ermittlung der entsprechenden DRGs sehr stark angestie-

gen. Das betrifft einerseits die Dokumentationsassistenten aber andererseits auch die Ärzte. Das heißt, es wird hier sehr viel ärztliche Arbeitskraft abgezogen für die Darstellung der entsprechenden Abrechnungsstrukturen. Hier sollte unbedingt ein Überdenken des Systems erfolgen, um diese Arbeitskräfte wieder freizusetzen und für die Patientenversorgung einsetzen zu können. Es gibt ja andere Systeme, wie Krankenhausabrechnungen ...

**Abg. Paul Viktor Podolay (AfD):** Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Laut Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, seien deutliche Fallzuwächse zu beobachten vor allem in Leistungsbereichen, die überwiegend belegärztlich organisiert sind, wie zum Beispiel Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen. Wie erklären Sie das? Gibt es mehr Erkrankungen in diesen Bereichen oder hat man einfach erkannt, dass es sich hierbei um sehr lukrative Eingriffe handelt?

**SV Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband):** Ein Entgeltsystem, das jede Leistung aufwandsgerecht auf Basis der Kosten der Krankenhäuser kalkuliert und dann auch nach den vom Krankenhaus kodierten Leistungen, das war ja eben Thema, finanziert, setzt natürlich einen starken Wirtschaftlichkeitsanreiz einmal durch Reduktion der Kosten und zum zweiten durch die Steigerung der Fallzahl. Das Bedarf daher der Kontrolle und auch der wachsamen Begleitung. Bereits erkannten Fehlanreizen wurde in der Vergangenheit entgegengewirkt und muss auch zukünftig entgegengewirkt werden. Wir teilen die damit verbundene pauschale DRG-Kritik, die derzeit lauter wird, nicht, sondern setzen, so wie der Einzelsachverständige Herr Prof. Dr. Schreyögg, auf die Weiterentwicklung des fallpauschalen Systems. Die von Ihnen jetzt im Detail angesprochene Mengensteigerung aus wirtschaftlichen Gründen, hat der GKV-Spitzenverband seit 2012 mehrfach thematisiert. Die Krankenhäuser haben nach Einführung des DRG-Systems nach Art und Anzahl immer mehr Leistungen erbracht. Das ist auch ein Ergebnis der DRG-Begleitforschung. Dieser Umstand ist für einen Volkswirt erst einmal gut, weil Knappheit der Normalzustand ist. Allerdings haben Sie Recht damit, wenn Sie sagen, dass keine unnötigen Fehlbelegungen oder aus wirtschaftlichen Erwägungen



erbrachte Leistungen in Krankenhäusern durchgeführt werden sollten und so Ressourcen verbrauchen. Wir haben eine Vielzahl an Maßnahmen zur Gegensteuerung bereits getroffen: Abbau der Sachkostenübervergütung, die Einführung des Fixkostendegressionsabschlags, jährliche Umbauten des DRG-Katalogs. Sie sind jetzt konkret auf die belegärztlichen Leistungen eingegangen. Die sind ein Sonderfall, weil es tatsächlich immer weniger Belegärzte gibt, die auch in der Versorgung tätig sind. Aber die Art der Leistung, die Sie damit ansprechen, also die Leistungen, die Vertragsärzte auch im Krankenhaus durchführen können, sind tatsächlich stark gewachsen. Da sehe ich auch derzeit die Hauptbaustelle des DRG-Systems. Wir haben vier Millionen Krankenhausfälle mit nur einem Tag Verweildauer in deutschen Krankenhäusern, obwohl ein großer Teil davon fraglos auch ambulant behandelt werden könnte. Wir haben über das MDK-Reformgesetz Rechnungsabschläge bekommen, die einen Anreiz zur Ambulantisierung gesetzt hätten. Die sind derzeit ausgesetzt und sollten aber tunlichst wieder Wirkung entfalten. Sie haben mit Ihren Gedanken zu den prospektiv regionalen Pauschalen auch die Ambulantisierung in den Fokus genommen. Aber das Steuerungspotential dieses fraglos transparenten DRG-Systems ist im Hinblick auf die bewusste Gestaltung der Strukturen noch nicht entschlossen genug ausgeschöpft.

**Abg. Dr. Robby Schlund (AfD):** Die Frage geht nochmal an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Rüprich. Spätestens seit Einführung der Finanzierung über Fallpauschalen im Jahr 2003/2004 ist in deutschen Kliniken ein Paradigmenwechsel zu beobachten. Nicht mehr die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses, sondern der betriebswirtschaftliche Gewinn, der mit jeder einzelnen Erkrankung erzielt werden kann. Die jetzige Finanzierung ist darauf ausgerichtet, den Krankenhausmarkt auszudünnen. Kann überhaupt die Fortführung des DRG-Systems eine schnelle, effektive, flächendeckende Versorgung gerade auch in Pandemie-Zeiten sicherstellen, wenn immer mehr kleine Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen?

**ESV Dr. Wolfgang Rüprich:** Es ist tatsächlich so, dass mit der DRG-Finanzierung im Krankenhaus, diese eine Optimierung ihrer Fallschwere durchführen, zum Teil auch durchführen müssen, um entsprechend schwarze Zahlen schreiben zu können. Das geht natürlich vor allen Dingen dann, wenn ein großer Fall-Mix in den Krankenhäusern vorhanden ist, was zur Folge hat, dass kleinere Krankenhäuser wesentlich größere Probleme haben, mit der Schwierigkeiten zurecht zu kommen. Das heißt also, das DRG-System bedingt eine Konzentration in der Krankenhauslandschaft und wirkt sich damit negativ auf die ortsnahen Versorgung aus. Das ist auch ein Grund dafür, warum eine kopfpauschalen-orientierte Vergütung im Einzugsbereich und Versorgungsbereich von Krankenhäusern deutliche Vorteile für die Krankenhäuser, aber andererseits auch für die Patienten haben kann.

**Abg. Paul Viktor Podolay (AfD):** Meine Frage geht ebenfalls an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Rüprich. Aus dem AOK-Krankenhausreport geht hervor, dass mehr als 15 Jahren nach der Einführung des DRG-Systems eine wissenschaftliche Bewertung dessen schwer möglich ist. Unter anderem heißt es, dass der bisherige Wissensstand bezüglich der Wirkungen des Systems in weiten Teilen uneindeutig ist. Wie beurteilen Sie dieses Fallpauschalsystem und dessen Wirkung auf die Versorgungsqualität der Patienten sowie die Personalentwicklung in den Krankenhäusern?

**ESV Dr. Wolfgang Rüprich:** Ich hatte es schon in meiner letzten Antwort angedeutet, natürlich bringt dies eine Verkürzung von Liegezeiten, die sich einerseits im Gesundungsprozess der Patienten negativ äußert, aber natürlich auch Wartezeiten auf bestimmte Leistungen verkürzen kann. Das muss man auch sagen. Wohl aber haben wir das Problem im DRG-System, dass wir auf einer gewissen Ebene zwischen den unteren und oberen Grenzverweildauern eine gleichbleibende Vergütung haben, die für die Krankenhäuser ein Anlass sein kann, Liegezeiten zu verkürzen und nicht im Sinne der der Versorgung entsprechende Notwendigkeiten anzupassen. Hier sehe ich tatsächlich ein Problem, das gelöst werden muss.



**Abg. Dr. Robby Schlund** (AfD): Die nächste Frage geht nochmal an den GKV-Spitzenverband. Im Juni 2020 sagte die Berliner Gesundheitssenatorin, Frau Kalayci von der SPD, dass das DRG-System stark reformbedürftig sei. Dies hätte sie nun in der Corona-Krise realisiert. Deshalb müsse man auf Bundesebene mit dem BMG eine Diskussion über die Finanzierung des Krankenhausystems führen. Sehen Sie das auch so?

**SV Johannes Wolff** (GKV-Spitzenverband): Ein Entgeltsystem, das Leistungen finanziert, hat natürlich in einer Phase, in der Vorhaltungen direktiv angeordnet werden, wo also leere Betten nachgefragt werden, natürlich ein Problem. Wenn keine Fälle abgerechnet werden können, entstehen den Krankenhäusern keine Erlöse. Das ist aber auch keine neue Erkenntnis. Hierzu wurden die Freihaltepauschalen als Ausgleichszahlungen geschaffen. Man hat spontan und schnell auf die neue Lage reagiert und den Krankenhäusern so ihre Erlöse gesichert. Solche Phasen sind Sondersituationen, in denen besondere Maßnahmen getroffen werden, und sind für meine Begriffe noch kein K.-o.-Kriterium für dieses leistungsorientierte System. Wir haben auch heute schon grundsätzlich Vorhaltekosten als begleitende Finanzierungsinstrumente im DRG-System durch die Sicherstellungszuschläge. Die Notfallzuschläge werden deshalb gezahlt, weil bestimmte Strukturen auch dann erhalten bleiben sollen, wenn zu wenige Patienten kommen. Derzeit berät zum Beispiel der G-BA auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes über Sicherstellungszuschläge für die Kinder- und Jugendmedizin zur Finanzierung der dortigen Vorhaltung. Zugegebenermaßen, das muss man auch sagen, spielt die Finanzierung von Vorhaltungen in Anbetracht des derzeit über Leistungen finanzierten Volumens eine untergeordnete Rolle. Wir haben nicht einmal mehr ein Prozent der Finanzierung, das bewusst in die Vorhaltungsfinanzierung definierter Strukturen fließt. Das DRG-System war mit der begleitenden Investitionsfinanzierung der Bundesländer als Mischsystem geplant, die dann auch bewusst mit ihrer Finanzierung über Strukturen entschieden hätten. Sie alle wissen, dass die Bundesländer das nicht in diesem Umfang wahrnehmen, wie sie es wahrnehmen sollten. Hier hätten wir aber eine Verknüpfung der Strukturen mit der Finanzierung. Bei allem was jetzt kommt, und ihre Ideen im Bereich der verpflichtenden Kofinanzierung gehen ja auch in diese

Richtung, müssen wir erst definieren, welche Strukturen für welche Vorhaltung finanziert werden, und dann über Vorhaltefinanzierung diskutieren. Das heißt, die Strukturdiskussion muss der Diskussion über die Finanzierung von Vorhaltekosten vorausgehen.

**Abg. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Semler. Die Bundesregierung nimmt viel Geld in die Hand, um die Krankenhäuser digital und mit viel Hardware auszustatten. Reicht die einmalige Investitionsfinanzierung in Computer- und IT-Sicherheit, um ein digitales Krankenhaus vorzufinden oder gehört da Ihrer Ansicht nach noch mehr dazu?

**ESV Sebastian C. Semler**: Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass ein Digitalisierungsschub in den deutschen Krankenhäusern ausgelöst werden soll, und dass Anreize für eine Investition in Digitalisierung gesetzt werden. Da möchte ich auch explizit den Ausführungen von Frau Prof. Dr. Böckmann zustimmen. Wichtig ist, dass wir nicht nur Hardware-Ausstattung und IT-Sicherheit adressieren, sondern die Verbesserung konkreter Arbeitsprozesse. Das bedeutet, nicht nur bestehende Abläufe zu digitalisieren, sondern sie tatsächlich besser zu machen durch Digitalisierung und konzeptionell neu zu denken. Insofern ist es richtig und wichtig, dass bestimmte Dokumentationsprozesse beispielhaft auch schon in § 19 KHZG gefordert sind. Ge nannt wurde vorhin die Pflegedokumentation. Ich möchte ganz besonders die durchgehenden digitalen Medikationsmanagement-Verfahren und die digitalen Order-Entry-Verfahren in § 19 Nummer 5 und Nummer 6 KHZG erwähnen. Das sind wirklich wichtige Bausteine. Wichtig ist auch hervorzuheben, dass hierdurch nicht nur der Patient und die Versorgungsbetreuung profitieren, sondern à la longue auch die Gesundheitsforschung und damit die Verbesserung des Gesundheitssystems. Das sind also ganz wichtige Punkte. Dasselbe gilt auch für die vorgesehene Forderung, dass Daten und Dokumente aus geförderten Vorhaben kompatibel übertragbar sein müssen in die ePA. Wesentlich, auch das ist schon angesprochen worden, ist der Punkt: Forderung nach Interoperabilität. Das ist schon erläutert worden. Wenn wir zukünftig IT-systemübergreifend Daten verwenden wollen,



wenn wir aus großen Datenmengen neue Erkenntnisse gewinnen wollen zur Therapie, dann setzt das eine gemeinsame Sprache voraus, sodass alle Beteiligten die Daten gemeinsam verstehen. Hier ist schon einiges passiert in den letzten zwei bis drei Jahren. Die gesetzlichen Maßnahmen wurden schon erwähnt. Wir haben im Rahmen der vom Bund geförderten Medizininformatik-Initiative als TMF im Auftrag des BMBF gerade die internationale Terminologie nur mit CT einführen können. Es gibt Zusammenarbeiten zwischen Medizininformatik-Initiative und KBV, die dazu führen werden, dass wir künftig tatsächlich gemeinsame Datenstrukturen und Interoperabilität haben werden. ... Hieran ist dringend anzuknüpfen. Es gibt zwei, drei Punkte, die noch zu berücksichtigen sind bei der Ausgestaltung des Gesetzesvorhabens. Das erste Problem scheint mir in einer gewissen Ungleichzeitigkeit der Gesetzesvorhaben zu liegen. Die Antragsnovellierung nach dem KHZG wird zu einem Zeitpunkt stattfinden, zu dem das zukünftige Kompetenzzentrum für medizinische Terminologien beim BfArM voraussichtlich noch nicht voll arbeitsfähig ist. Das Gesetz verlangt den Einsatz anerkannter internationaler Standards. Davon kennen wir viele. Das Problem ist, es gibt für jeden Anwendungsfall auch gleich mehrere. Die Frage ist, wer setzt dann eigentlich in dieser Interimsphase fest, welche Standards genutzt werden? Welche Hilfe gibt es dann für die Vergaberechtler in den sich an dem Förderprogramm beteiligten Kliniken nun ad-hoc und konkret und im Einklang mit den Fördervorgaben, um eine Beschaffung in Angriff nehmen zu können und den Einsatz anderer, nicht standardisierter Lösungen zu vermeiden? Das heißt, dass ist der erste Punkt. Der zweite Punkt knüpft daran an. Auch bei den Festlegungen, was denn nun international anerkannt und damit förderfähig sein soll, brauchen wir für klare Zuständigkeiten künftig Strukturen, die auch darauf achten müssen, dass die Beteiligung der Nutzer eine wichtige Rolle spielt, und dass bei dieser Nutzerbeteiligung auch Sektoren wie die Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft angemessen beteiligt sind. All dies, sowohl die Benutzerperspektive aus der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsforschung und Gesundheits ...

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an den SpiFa. Von vielen Stellen wird über die Qualität in der stationären Versorgung diskutiert. Welche Ideen haben Sie, um mehr Qualität in den Krankenhäusern zu sichern?

SV **Dr. Hans-Friedrich Spies** (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Es geht um die Frage der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Sie ist deshalb so wichtig, weil wir in einem ökonomisch gesteuerten System unterwegs sind, das auf Budgetierung, auf Pauschalierung ausgerichtet ist, sodass immer die Gefahr besteht, dass durch Weglassen von Leistungen oder Vermeidung von Aufnahmen eine Risikoselektion zu Lasten der Patienten stattfinden kann. Deshalb gibt es Qualitätsvorgaben. Wir haben in Deutschland leider den Ansatz, dass die Qualitätsindikatoren auf Ergebnisqualität ausgerichtet sind. Auch das führt zu einer Risikoselektion. Denn wir alle wissen, dass es immer einfacher ist und bessere Ergebnisse liefert, wenn man halbwegs gesunde Patienten, ich überspitze das, behandelt. Das führt dazu, dass schwerkranke Patienten oft nicht aufgenommen werden oder mit Mühe aufgenommen werden, weil sie nicht lukrativ sind. Wir brauchen deshalb ein Qualitätssicherungssystem, das neben der Ergebnisqualität vor allem eine Indikationsqualität einföhrt. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, an den wir uns dran machen müssten. Das gilt natürlich auch für den G-BA. Wenn man Indikationsqualität hat, wird klar gestellt, dass die Leistung auch tatsächlich berechtigt ist. Wenn man das mit der Ergebnisqualität verknüpft, ist das eine gute Lösung. Da müssen wir im Prinzip hinkommen, sonst wird unser System immer wieder mit dem Problem der Qualitätsminde rung oder einer nicht gesicherten Qualität unterwegs sein.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine nächste Frage geht an den bvitg. Förderprogramme des Bundes scheitern, wenn die bereitgestellten Gelder nicht abgerufen werden. Ein bekanntes Beispiel ist der Digitalpakt Schule. Wie kann verhindert werden, dass das KHZG genauso scheitert, wie der Digitalpakt Schule?

SV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg e. V.)): Ich denke, die Frage ist durchaus berechtigt. Wir sind sehr gut darin, in



Deutschland Förderprogramme aufzusetzen, die am Ende nicht ausgeschöpft werden. Das sollte in diesem Themengebiet auf keinen Fall geschehen. Wir haben sehr gut erlebt, was im Bereich Gesundheit die Digitalisierung für konkrete Mehrwerte bringen könnte, wenn wir weiter wären, als wir das im Moment sind. Wir sehen im Moment vor allem eine große Gefahr dabei, dass wir bei europaweiten Ausschreibungen dazu gedrängt werden, dass entweder sehr kleine Projekte umgesetzt werden oder eben durchaus auch zeitliche Verzögerungen auftreten können, die am Ende diese Vorhaben in ihrer Umsetzung behindern. Ich denke, wir dürfen dabei auch nicht vergessen, dass die administrativen Prozesse der Mittelvergabe möglichst geschmeidig ausgestaltet werden. Das heißt, dass das BAS hier die nötige Hilfestellung bekommt und eben auch die anderen Partner, die bei der Auswahl von Projekten und Mitteln berücksichtigt werden. Es muss möglichst einheitlich sein, auch wenn die Länder betroffen sind, wie Mittel abgerufen werden können. Das heißt, die Bürokratie muss hier runter gefahren und die Unsicherheiten bezüglich der Ausschreibungen geklärt werden. Vielleicht noch eine Sache, was dies am Ende bedeutet. Wir haben de facto ungefähr eine Verdreifachung des Digitalbudgets in den deutschen Kliniklandschaften hier vor uns. Das ist enorm. Das ist sehr positiv und ist auch dringend nötig. Wir haben aber nicht nur die finanziellen Hürden, die sich jetzt hier zeigen, sondern wir haben ein System, das genau auf diese Unterfinanzierung ausgerichtet ist. Als Vergleich: In Deutschland circa ein bis drei Prozent der Krankenhausbudgets für Digitalisierung und in den Niederlanden zum Beispiel vier bis sechs Prozent. Das war eine Deloitte-Studie. Wenn wir jetzt die Mittel entsprechend erhöhen, dann muss am Ende auch das Personal verfügbar sein, das diese Themen umsetzt. Das heißt, ich möchte dafür plädieren, dass wir bei der Projektumsetzung auch den Aufbau von Ressourcen und Kapazitäten berücksichtigen. Wenn das geschehen ist, darf die Finanzierung nicht abrupt enden. Wenn wir es ernst meinen mit dem Thema Digitalisierung, ist es durchaus wertvoll, wenn auch ein Zeichen in die Zukunft gesetzt wird, wenn dieser Fördertopf ausgelaufen ist, und dass man die Zeit bis dahin nutzt, wie auch schon erwähnt, dass man dann einen ganz konkreten Fahrplan hat, wo soll es mit der Digitalisierung hingehen, weil noch haben wir definitiv genug zu tun.

**Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP):** Ich stelle die Frage mit der Bitte einer sehr kurzen Antwort an den SpiFa. Die ursprüngliche Idee der dualen Finanzierung der Krankenhäuser funktioniert seit Jahrzehnten nicht. Welche alternativen Finanzierungsmodelle zur Sicherung der Investition „Behandlungsqualität“ sehen Sie?

**SV Dr. Hans-Friedrich Spies** (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Die Qualitätsindikatoren werden durch den Gesetzgeber ein bisschen missbraucht. Der G-BA macht Qualitätsindikatoren ergebnisbezogen. Das führt dazu, dass Honorarverschiebungen innerhalb der Krankenhäuser auf Länderebene zustande kommen. Damit greift der Bund in die Hoheit der Länder bei der Krankenhausplanung indirekt ein. Das ist im Prinzip wünschenswert, es macht aber keinen Sinn, das über diese Regelung zu machen, denn es ist zu befürchten, dass dabei die Krankenhäuser existenziell finanziell bedroht werden und es die Falschen trifft und diejenigen, die man eigentlich schließen möchte, davon gar nicht betroffen sind. Das ersetzt keine vernünftige Krankenhausplanung.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Alschner. Der Interessensverband der kommunalen Kliniken hat, wie ich gelesen habe, eine grundsätzlichere Kritik an diesem Gesetz und an der Krankenhausfinanzierung. Können Sie diese bitte prägnant darstellen?

**ESV Dr. Uwe Alschner:** Es ist in den Vorreden schon deutlich geworden, dass es diverse Schwächen des bestehenden Systems gibt. Wenn ich ein Bild gebrauchen darf, so würde ich es damit vergleichen, dass sich die Krankenhauslandschaft immer weiter in einen Urwald hinein zu verlaufen droht. Der Grund dafür liegt unserer Meinung nach darin, dass die Frage der Wirtschaftlichkeit mit der Frage der Kommerzialisierung verwechselt wird. Also im Bestreben um mehr Wirtschaftlichkeit haben wir in Deutschland ein System geschaffen, was kommerziell ausgerichtet ist. Darin liegt eines der Grundprobleme, das letztendlich jede sinnvolle Detailreform durch diese Problematik der Kommerzialisierung, sprich der Ausnutzung eines solidarisch finanzierten Systems durch private Eigeninteressen



in Form von Gewinnabschöpfung, zu unterlaufen droht. Die Pandemie hat es letztendlich gezeigt, dass man Daseinsvorsorge nicht mit kommerziellen Kriterien gewährleisten kann, weil genau dieser Fall derjenige ist, der abgesichert werden muss im Krankenhauswesen. Deswegen plädieren wir dafür, bei dieser Reform und vor jeder Reform die Grundfrage der Bedeutung und der Sinnstellung eines Krankenhauswesens in den Mittelpunkt zu rücken. Das bedeutet Wirtschaftlichkeit ja, aber nicht zum Zweck der Kommerzialisierung, sondern im Interesse des Gemeinwesens. Diese Frage ist zentral. Sie ist nicht ganz einfach zu beantworten, das geben wir zu, aber es gibt auch verfassungsrechtlich entsprechende Eckpfeiler. Die Menschenwürde und das Sozialstaatsgebot sind nur einige, die es nahelegen, dass wir die Frage zunächst in den Blick nehmen müssen, wie man das Krankenhauswesen ausrichtet, um dann die Effizienzgewinne, die sich aus guter Wirtschaftsführung und auch aus technologischer Innovation ergeben, für das Gemeinwesen zu nutzen, aber nicht Gewinne zu privatisieren und Risiken zu sozialisieren.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Meine nächste Frage richtet sich an die BAGFW. Der Gesetzentwurf sieht umfangreiche Investitionen in den Klinikbereich vor. Wie beurteilen Sie den erforderlichen Investitionsbedarf in der Pflegeinfrastruktur? Welche Schwerpunkte sehen die Träger der Wohlfahrtspflege für sonstige Investitionen?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Neben den Krankenhäusern benötigt natürlich auch die Altenpflege einen Digitalisierungsschub. Wir haben mit § 8 Absatz 8 SGB XI über das PPSG die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung für die Digitalisierung erhalten. Diese ist nicht ausreichend. Zum einen, weil wir eine 60/40 Finanzierung haben. Diese 60 Prozent werden natürlich die Eigenbeteiligung auch der betroffenen Versicherten in den Einrichtungen und Diensten belasten. Zudem können sich gerade freigemeinnützige Träger keine Gelder auf dem Kapitalmarkt beschaffen. Auf den Aspekt hatte auch Herr Baum eingangs hingewiesen. Was wir dringend bräuchten, wäre ein Digitalisierungsschub in Richtung Robotik. Das ist nicht über die Anschubfinanzierung finanziert, wenn ich bei-

spielsweise an die Pandemie denke, an die Möglichkeit Smartphones oder Tablets zu beschaffen, um auch die Kommunikation mit den pflegenden Angehörigen und den Angehörigen zu Hause in einer Phase der Pandemie aufrecht erhalten zu können. Das wären aus unserer Sicht erstmal vordringliche Investitionen, die zu tätigen und zu fördern wären.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Meine nächste Frage richtet sich an die BÄK.

**Der Vorsitzende:** Die BÄK ist nicht mehr dabei.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Dann richte ich die Frage an die DKG. Das ist schade, denn die BÄK meinte in ihrer Stellungnahme, dass nach dem Gesetz das eigentliche Zukunftsprogramm für die Krankenhäuser noch ausstünde. Ich glaube, dass es eine ähnliche Positionierung auch bei der DKG gibt. Was meinen oder verstehen Sie darunter?

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wenn wir „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ sagen, dann sprechen wir von einer Weiterentwicklung in den bestehenden Bahnen. Wir sprechen uns nicht dafür aus, das DRG-System in Gänze abzuschaffen. Gleichwohl wird durch die Pandemie deutlich, dass wir eine Umstellung im Finanzierungssystem brauchen, dass wir mehr Grundfinanzierungsanteile, ähnlich wie bei der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem System, brauchen. Wir brauchen mehr Elemente, die die Existenz von Krankenhäusern als Daseinsversorger abdecken. Gleichwohl glaube ich, dass innerhalb von bestehenden Instrumenten und Strukturen eine Weiterentwicklung möglich ist. Wenn wir auch in Zukunft Krankenhausstruktur sagen, stellen wir das Gegenmodell zu dem, was Krankenhausstrukturentwicklung zurzeit darstellt, in den Raum. Nämlich nicht zufällig durch Abdrehen des Geldhahns oder durch überzogene Qualitätsmaßnahmen irgendwelcher Krankenhäuser, die es nicht schaffen, als nicht existenzfähig zu deklarieren, sondern Krankenhausstrukturpolitik gezielter, in Abhängigkeit vom Bedarf sowie in Abhängigkeit, jetzt im Zusammenhang mit der Pandemie, von Einbindungen in Netzstrukturen zu betreiben.



Das bedeutet auch, dass man sich gewissen administrativen Vorgaben und Steuerungen unterwerfen muss. Ich glaube, in so eine Richtung muss es gehen, um die Grundprinzipien der Daseinsvorsorge noch stärker bei der Weiterentwicklung der Krankenhäuser in den Raum zu stellen, als es bisher der Fall ist.

**Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.):** Eine Frage noch an den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands und an ver.di. In Ihren Stellungnahmen lehnen Sie die Möglichkeit ab, dass statt der Länder die Krankenhausträger den 30-prozentigen Finanzierungsteil übernehmen können sollen. Könnten Sie es nochmal erläutern, warum Sie das ablehnen?

**SVe Bernadette Rümmelin** (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)): Wir sehen in dieser Eigenbeteiligung der Träger zu 30 Prozent die Gefahr, dass es zu Ungerechtigkeiten kommt zwischen privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken in der Finanzierung dieser Fördersummen. Private Häuser können die Kofinanzierung über den Kapitalmarkt decken im Rahmen ihrer Eigenmittel. Freigemeinnützige Krankenhäuser arbeiten nicht gewinnorientiert und haben diese Möglichkeit so nicht. Im Gegensatz zu kommunalen Kliniken erfüllen freigemeinnützige Häuser zum Teil oft nicht die strengen Kriterien für Eigenmittel und haftungsfreie Stellung, um zum Beispiel zinsgünstige KfW-Darlehen zu erhalten. Es hat sich schon in der Vergangenheit im letzten halben Jahr gezeigt, dass freigemeinnützige Kliniken auf den Abruf von Fördermitteln deshalb verzichten mussten, weil sie diesen Grundvoraussetzungen für Zins- und Kreditvergabe nicht nachkommen konnten. Der geforderte Eigenanteil konnte nicht beige-steuert werden. Wir als konfessionelle Klinikträger fühlen uns der Daseinsvorsorge verpflichtet und leisten daher sehr notwenige Leistungen in der Fläche und in der Breite im Rahmen der Grund- und Regelversorgung. Das sind im überwiegenden Anteil Leistungen, die durch die DRG nicht so hoch bewertet sind. Das führt dann an einigen Standorten oft zu Schwierigkeiten und Nachteilen in der Budget- und Refinanzierung von Investitionen. Unserer Meinung nach muss der Gesetzentwurf dahingehend nachgebessert werden, dass diese eigenan-

teilige Finanzierung von 30 Prozent herausgestrichen wird, und dass es eine reine Bund- und Länderfinanzierung wird, um die Trägervielfalt zu si-chern und eine gerechtere Lösung in den Förderkri-terien und in der Refinanzierung zu schaffen. In diesen Zusammenhang ist mir auch noch wichtig darauf hinzuweisen, dass wir dementsprechend die Rechnungskürzung von bis zu zwei Prozent pro Be-handlungsfall vor diesem geschilderten Hintergrund bei Nichteinhaltung von digitalen Leistun-gen im Dienste, die über die Fördermöglichkeiten möglich gemacht werden, dann auch streichen.

**SVe Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleis-tungsgewerkschaft): Auch wir sind die Auffassung, dass die Kofinanzierung mit 30 Prozent der förde-ruungsfähigen Kosten vollständig durch das antrags-stellende Bundesland zu tragen ist. Ich möchte nochmal einen anderen Akzent setzen. Wir sehen ansonsten das Risiko, dass der Trägeranteil zulas-ten der Versorgungsqualität geht, und dass vor al-lem bei Personalmitteln gespart wird. Außerdem könnten wirtschaftlich besonders gut aufgestellte Krankenhäuser besonders vom Fonds profitieren. Andere Krankenhäuser, die für die Versorgung aber mindestens genauso notwendig sind und hohe in-vestive Bedarfe vor allem bei der Digitalisierung haben, können daran beteiligt werden. Deshalb set-zen wir uns für die 30 Prozent Kofinanzierung durch die Länder ein.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Einzel-sachverständigen Herrn Prof. Dr. Geissler. Halten Sie die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelun-gen für ausreichend, um Strukturprobleme im stati-onären Sektor zu lösen, oder wenn nicht, was wäre sonst nötig?

**ESV Prof. Dr. Alexander Geissler:** Es ist heute schon mehrfach angeklungen, wenn wir über das KHZG reden, dann müssen wir auch über die Strukturen reden. Insbesondere über zwei wichtige Punkte. Sowohl die Krankenhausplanung, die maß-geblich für die Strukturen verantwortlich ist, als auch das Finanzierungssystem werden im Gesetz-entwurf eher klein geschrieben. Das ist sicherlich sehr begrüßenswert, dass bis zu 4,3 Milliarden Euro für verschiedene Maßnahmen, insbesondere in der Notfallversorgung und Digitalisierung aufgewendet



werden sollen und von den einzelnen Krankenhausträgern abgerufen werden können. Jedoch fehlt aus meiner Sicht ein Plan, diese Mittel strukturiert in irgendeiner Art und Weise zu verteilen. Ich denke, dass allein durch ein Antragsverfahren und die Prüfung dieser Anträge durch das BAS keine gezielte und vergleichbare Förderung möglich sein wird. Das ist vor allem deshalb der Fall, weil die Krankenhausplanung, die für die Strukturen verantwortlich ist, Ländersache ist und die Länder dieser Aufgabe in den letzten Jahrzehnten nicht im geeigneten Maße nachgekommen sind. Aus meiner Sicht mangelt es ganz stark an einer leistungsorientierten und vor allem bedarfsorientierten Krankenhausplanung. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund der Förderung von digitaler Vernetzung und dem Ausbau der Hightech-Medizin extrem entscheidend, weil man sich die Frage stellen muss, wo möchte man denn die Hightech-Medizin aufbauen. Das heißt, wo besteht überhaupt Bedarf an diesen Leistungen und welcher Leistungserbringer muss sich zukünftig digital vernetzen, um eine moderne, qualitätsorientierte Versorgung sicherstellen zu können. Wir haben beispielsweise an einer Reihe von Innovationsfondsprojekten gesehen, dass gerade die Verknüpfung von Leistungserbringern der Qualität der Versorgung sehr zuträglich ist. Hier könnte eigentlich die Krankenhausplanung einspringen mit der Frage, wo haben wir welchen Bedarf und welche Leistung können wir gut einsetzen, um diesen Bedarf zu decken. Das zweite Thema, was heute schon diskutiert worden ist, ist das DRG-basierte Abrechnungssystem. Hier wäre es im Gesetz wünschenswert gewesen ein, zwei Akzente zu setzen. Kollege Schreyögg und Herr Baum haben bereits ausgeführt, das bisherige System durch Sockel- oder Pauschalbeträge zur Refinanzierung der Grundversorgung zu ergänzen, um den Häusern weniger Anreize zur Leistungsausweitung zu geben. Deshalb sollten diese beide Punkte, Krankenhausplanung und Krankenhausvergütung, eigentlich unter der Überschrift KHZG in diesem Gesetz erkennbar sein.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den VUD. Ist es nachvollziehbar, dass die Universitätskliniken im Krankenhauszukunftsfoonds nicht aber im Krankenhausstrukturfonds berücksichtigt sind? Gibt es aus Ihrer Sicht dafür eine nachvollziehbare Erklärung oder warum muss das anders sein?

**SV Jens Bussmann** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Beide Fonds zielen darauf ab, bestimmte Strukturen weiterzuentwickeln und zu fördern. Insofern sind die Förderzwecke, die wir gesehen haben für das Krankenhauszukunftsfoonds, und die Tatsache, dass man die Uniklinika damit vollumfänglich fördern möchte, damit genau richtig ausgerichtet. Genauso haben wir im Krankenhausstrukturfonds Fördermaßnahmen, die uns, also die Uniklinika, in gleicherweise adressieren, wo wir bislang nicht förderfähig sind. Stichwort IT-Sicherheit für Häuser, die KRITIS [Kritische Infrastruktur]-Kriterien beispielsweise erfüllen oder auch der Ausbau von Ausbildungskapazitäten im Bereich der Pflege. Das sind alles Förderzwecke, die eigentlich auch die Unikliniken adressieren, und wo wir bislang nicht vollumfänglich mitgefördert werden können durch den Krankenhausstrukturfonds. Insofern würden wir dafür plädieren, dass man auch beim Krankenhausstrukturfonds eine vollständige Förderung der Uniklinika mit einbeziehen würde.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die DKG. Inwiefern lassen sich bereits etablierte Reifegradmodelle wie zum Beispiel EMRAM [Electronic Medical Records Adoption Model] auf die deutsche Krankenhauslandschaft anwenden? Was bedeutet das in der Konsequenz?

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): EMRAM, das heißt die Bewertungen des Reifegrades anhand dieses in Amerika entwickelten und international durchaus anerkannten Bewertungsmodells darf nicht die alleinige Bewertungsform sein. Dieses Modell hat beispielsweise die Schwäche, dass eine Stufe auf der anderen aufbaut. Wenn sie in einer Stufe etwas nicht erfüllen, dann können sie nie die nächste erreichen. Als Beispiel: Wenn Sie keine durchdigitalisierte Apotheke in der ersten Stufe haben, kann sie nie in die zweite Stufe kommen. Krankenhäuser können aber sehr wohl ausgeweitete Apothekenstrukturen haben. Ich will damit nur deutlich machen, wir brauchen adaptierte, auf unsere eigene Versorgungssituation und auch auf die deutschen Datenschutzbedingungen ausgelegte Bewertungsmodelle. Deshalb kam das eine EMRAM-Modell alleine nie-



mals für die Bewertung des Reifegrads zur Verfügung stehen. Da müssen ergänzende oder eigene Methodiken entwickelt werden. Ich bin zuversichtlich, dass das der Gesetzgeber sieht. Wir würden uns wünschen, dass wir als DKG bei der Entwicklung einbezogen werden, um unser Wissen und Know-how anbieten können.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die BAGWF. Die Bundesregierung hat mit der KHZG den Schutzzschirm für den SGB XI-Bereich erstmal bis Ende des Jahres verlängert. Wie bewerten Sie dies? Sehen Sie Lücken im Schutzzschirm?

**SV Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Wir begrüßen die Verlängerung des Schutzzschirms bis zum 31. Dezember 2020 sehr. Wir sehen allerdings nach wie vor, wie schon im alten Schutzzschirm, Lücken und zwar in dem Bereich, wo Pflegedienste reine SGB V-Leistungen erbringen, wie psychiatrische Krankenpflegedienste, Intensivpflegedienste, SAPV-Dienste oder Familienpflegedienste. Auf diesen Aspekt hatte Ihre Fraktion in der Anhörung zum Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz schon hingewiesen. Die Lücke sehen wir nach wie vor. Wir bitten, diese mit diesem Gesetzgebungsverfahren zu schließen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den VUD. Werden die Universitätskliniken mit den Maßnahmen des KHZG die coronabedingten Erlösausfälle kompensieren können?

**SV Jens Bussmann** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Mit Blick auf die stationären Ausfälle sehen wir in dem, was im KHZG steht, eigentlich einen guten Ansatz. Voraussetzung ist, dass der Ausgleichssatz, der von der Selbstverwaltung noch festgelegt werden muss, die entsprechende Höhe hat, und damit die Differenzen, die wir bei den Unikliniken in erster Linie sehen, abmildern kann. Was uns noch fehlt, und das ist eine Besonderheit der Universitätsmedizin, ist, dass wir in Relation zu anderen Krankenhaussträgern einen unheimlich hohen Anteil an ambulan-

ten Erlösen haben. Bei den ambulanten Erlösen haben wir einen deutlichen Rückgang gesehen aufgrund der Pandemie. Es fehlt uns eine analoge Regelung zum stationären Sektor, um die ambulanten Erlösausfälle ausgleichen zu können. Wenn das nicht erfolgt, werden wir dort am Ende des Jahres nochmal hohe Millionenbeträge sehen, die den Häusern fehlen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die BPtK. Es ist jetzt der Bettenbezug bei den Mindestvorgaben für die Psychotherapeuten herausgenommen worden. Es stellt sich die Frage, nach welcher Bemessungsgrundlage dann gemessen wird. Was würden Sie vorschlagen?

**SV Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Bemessungsgrundlage sollte die Schwere der Erkrankung sein, an der sich der Aufwand der Psychotherapie der Kliniken orientieren sollte. Das sollte dann in Minutenwerten festgelegt werden. Hierbei ist es sinnvoll, dass zwischen einzelnen Gruppentherapien unterschieden wird, jedoch jede orientiert am Bedarf des Patienten. Uns ist es wichtig, dass solche Regelungen nicht starr sind, sondern sich immer am individuellen Bedarf der Patentinnen und Patienten orientieren können, die ja auch in Gruppen eingeteilt werden sollen, je nach Schweregrad der Erkrankung.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen Sachverständigen ganz herzlich bedanken und natürlich auch bei den Kolleginnen und Kollegen für die interessanten und wichtigen Fragen. Ich wünsche allen noch einen angenehmen Nachmittag und gute Beratungen.

### Schluss der Sitzung 14.55 Uhr

gez.

Erwin Rüddel, MdB

**Vorsitzender**