



## Wortprotokoll der 169. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 19. Mai 2021, 14:15 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal 4 700) und  
Webex-Meeting\*.

\*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an  
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

### Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

### Krankenhausfinanzierung der Zukunft - Mehr Investitionen und weniger Bürokratie

**BT-Drucksache 19/26191**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]



- b) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Systemwechsel im Krankenhaus – Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite**

**BT-Drucksache 19/26168**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Haushaltsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]

- c) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren**

**BT-Drucksache 19/27830**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Haushaltsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Lothar Riebsamen [CDU/CSU]

**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 Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max 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	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 11:42 Uhr

Der Vorsitzende, **Abg. Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, liebe Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Ausschuss für Gesundheit, die wieder in einer Mischung aus Präsenz und Onlinemeeting stattfindet. Es ist unsere 169. Sitzung. Vorab möchte ich die Sachverständigen und die Teilnehmer bitten, sich mit Namen bei Webex einzutragen, weil das dann auch gleichzeitig die Teilnahmebestätigung ist. Außerdem darf ich darum bitten, dass das Mikrofon vorerst stummgeschaltet ist. In der heutigen Anhörung geht es um die folgenden drei Anträge: Antrag der Fraktion der FDP, Krankenhausfinanzierung der Zukunft – mehr Investitionen und weniger Bürokratie; Antrag der Fraktion DIE LINKE., Systemwechsel im Krankenhaus, Gemeinwohl statt Kostendruck und Profite, und ein Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung, Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planungen reformieren. Meine Damen und Herren, die heute zur Beratung vorliegenden Anträge von FDP, Die Linke. und Bündnis 90/Die Grünen befassen sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit der Krankenhauspolitik. Während die FDP die Bundesländer auffordert, ihren Verpflichtungen bei der Krankenhausfinanzierung nachzukommen und für eine Entbürokratisierung des DRG-Systems plädiert, engagiert sich Die Linke. für einen Systemwechsel, der das Gemeinwohl und nicht den Profit in den Mittelpunkt der künftigen Krankenhausplanung stellt. Dazu sei es unter anderem erforderlich, das DRG-System abzuschaffen. Bündnis 90/Die Grünen unterstützen die Ausrichtung der künftigen Krankenhauspolitik an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Sie halten neben einer grundlegenden Reform der Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung auch eine Reform der Krankenhausplanung für erforderlich. Das sind die unterschiedlichen Ansätze, die wir mit den Experten diskutieren werden. Bevor wir anfangen, einige Infos zum Ablauf. Die Anhörung dauert 60 Minuten. Die Fraktionen werden in dieser Zeit abwechselnd in einer festgelegten Reihenfolge, die sich an der Stärke der Fraktionen orientiert, Fragen stellen. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen

oder eine Sachverständige gestellt. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Fragen beantwortet bekommen. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen ihr Mikrofon und ihre Kamera einschalten und sich mit Namen und Verband vorstellen. Sobald Sie Ihre Rede beginnen, sind Sie bei uns hier im Saal auf dem Videowürfel zu erkennen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten, ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung aufgezeichnet und anschließend in der Mediathek eingestellt wird. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Die FDP beginnt mit der ersten Frage. Diese Frage stellt Prof. Dr. Ullmann.

**Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Straub. Welchen Reformbedarf sehen Sie in der Krankenhausfinanzierung?

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub**: Der Antrag „Krankenhausfinanzierung mit Zukunft, mehr Investitionen und weniger Bürokratie“ der FDP benennt wesentliche Defizite im Bereich der Krankenhausfinanzierung und macht wichtige Vorschläge, wie diese behoben werden können. Die Bestandsaufnahme ist zutreffend. Obwohl die Krankenhäuser gegenüber den Ländern den Anspruch auf volle Finanzierung ihrer Investitionen haben, kommen die Länder dieser Verpflichtung seit vielen Jahren nicht nach. Wir wissen das alle. Es fehlen jährlich mindestens drei bis vier Milliarden Euro. Der aufgelaufene Investitionsstau ist enorm. Das führt auch direkt dazu, dass Betriebsmittel der Krankenkassen in diese für die Bezahlung der Patientenversorgung, und das heißt eben auch, für mehr Personal, bezahlen, dafür eingesetzt werden müssen, Investitionen zu tätigen. Das DRG-System hat sich grundsätzlich wegen des Leistungsbezuges bewährt. Es setzt jedoch aufgrund von strukturellen Rahmenbedingungen Fehlanreize. So führt die hohe Krankenhausedichte, insbesondere die hohe Zahl kleiner Krankenhäuser in den Ballungsgebiete-



ten dazu, dass zu viele Kliniken um begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen konkurrieren. Bevor das Vergütungssystem angepasst wird, sollte deshalb eine Strukturreform für den stationären Sektor angestoßen werden, mit dem Ziel einer Konzentration stationärer Leistungen. Ich will das deutlich sagen, zuerst müssen die Länder für eine adäquate Struktur der Krankenhausversorgung sorgen, dann kann das DRG-System seine Stärken zeigen oder andersherum, die Idee des Bundesgesetzgebers, dass die DRG als Wettbewerbs- oder Leistungspreise, wie man damals sagte, direkt die notwendige, sinnvolle Weiterentwicklung der Strukturen bewirken würden, ist falsch.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Interessenverband der Kommunalen Krankenhäuser, Herr Dr. Alschner. Welche Auswirkungen hat das DRG-System für kommunale Krankenhäuser? Was sind die gravierendsten Probleme, die sich durch die Fallpauschalen auftun und welche Alternativen schlagen Sie vor?

Der **Vorsitzende**: Herr Dr. Alschner ist nicht da. Dann müssten Sie die Frage an jemand anderen stellen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Nein, dann stelle ich eine andere Frage. Ich stelle die Frage an Herr Dr. Alschner zurück und hoffe, dass er noch kommt. Meine Frage richte ich dann an Frau Genster von ver.di. Welche Fehlanreize setzt die DRG-Finanzierung aus Ihrer Sicht für die nicht-ärztlichen Beschäftigten? Was müsste getan werden, um diese Fehlanreize zu beseitigen?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Die Dysfunktionalität des DRG-Systems ergibt sich durch die Steuerungswirkung von Krankenhausleistungen auf Grundlage von Vergütungsanreizen und einer Kostensenkungslogik. Unter dem Kostendruck wurde vor allem bei den Personalausgaben gespart. Das geschah vor allen Dingen beim technischen und beim Servicepersonal der Krankenhäuser, das über Ausgliederungen in Tochterfirmen mit oftmals deutlich schlechterer Bezahlung wechseln musste. Drastisch waren auch die Auswirkungen im Pflegedienst. Allein zwischen 2002 und 2006, rund um die Einführung der

Pauschalen, fielen 33 000 Vollzeitstellen weg. Insgesamt fehlen in den Krankenhäusern für eine bedarfsgerechte Versorgung inzwischen gut 100 000 Vollzeitstellen. Daher ist es eine richtige Entscheidung gewesen, die Pflegepersonalkosten als einen ersten Schritt aus dem DRG-System auszugliedern. Dem müssen weitere folgen, weil sich bereits jetzt zeigt, dass der Kostendruck sich auf das bestehende Personal außerhalb des Pflegedienstes konzentriert. So bauen private Krankenhauskonzerne beim ärztlichen Dienst Personal ab und planen Massenkündigungen bei Servicetöchtern. Deshalb plädiert ver.di für die Ersetzung des DRG-Systems durch eine an dem tatsächlichen Bedarf der Patient\*Innen bemessene Krankenhausfinanzierung.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Scheel von G-Kind. Können Sie kurz am Beispiel der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen skizzieren, warum für bestimmte Krankenhäuser eine gesonderte Finanzierung der Vorhaltekosten geboten ist?

ESV **Jochen Scheel**: Immer wenn die Fallzahlen einer Fachabteilung nicht ausreichen um die notwendige Vorhaltung, das sind im Wesentlichen Personal- und Infrastrukturkosten, zu finanzieren, dann droht ein wirtschaftlicher Verlust. Das ist die logische Konsequenz eines Fallpauschalensystems, das auf durchschnittlichen Fallzahlen und durchschnittlicher Leistungsstruktur und durchschnittlichen Kosten basiert. Das gilt für die kleine Fachabteilung in dünn besiedelter ländlicher Region, aber genauso für die seltene hochspezialisierte Leistung einer Unikinderklinik. Da Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen nur einen geringen Anteil der stationären Patienten versorgen, es sind nur etwa acht Prozent, trotzdem aber ein ähnliches Spektrum wie in der Erwachsenenmedizin vorhalten müssen, treten gerade dort diese Probleme ausgeprägter, deutlich öfter und viel früher auf. Ein breites Leistungsspektrum bedeutet hohe Vorhaltung. Niedrige Fallzahlen sind gleichzusetzen mit einem niedrigen Deckungsbeitrag. Der Verlust ist also vorprogrammiert. Das ist der Grund, warum wir auf dieses Problem seit Jahren hinweisen, hier im Ausschuss übrigens zuletzt im Jahr 2016. Die seit kurzem geltenden Regelungen zum Sicherstellungszuschlag für Fachabteilungen der Kinder- und



Jugendmedizin sind zwar eine Hilfe, lösen das Problem aber nur unvollständig und nicht wirklich zielgerichtet. Benötigt wird stattdessen eine Ausfinanzierung notwendiger Versorgungsstrukturen, und zwar fachabteilungsbezogen.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Loeser. Wie bewerten Sie den Vorschlag, die Krankenhausbedarfsplanung insofern neu zu organisieren, dass künftig auch Bürgerinnen und Bürgern sowie Beschäftigte in Kliniken über die Länder einbezogen werden sollen, um die notwendige Zahl und Größe von Krankenhäusern und unter anderem die Anzahl der Fachabteilungen und Betten zu ermitteln?

ESV **Dr. Simon Loeser**: Es ist schon richtig, dass die Stimmung in der Bevölkerung ein ganz wichtiger Einflussfaktor ist für hohe Entscheidungen, die die Kommunalpolitik, die Landespolitik, vor allen Dingen die Träger treffen. Ich habe das gemerkt während der Gespräche in der Antragsphase zum Strukturfonds, wo viele Träger schon gesagt haben, wir müssten eigentlich jetzt Strukturen anpassen, aber ich hatte wirklich Respekt vor der Reaktion aus der Bevölkerung. Aus diesem Grund sind auch viele gute Anträge ausgeblieben. Insofern ist es eine nachvollziehbare Idee, die Bevölkerung einzubinden. Aber man muss sich dann fragen, ob das hinsichtlich der Entwicklung der Qualität der Versorgungsstrukturen wirklich dann auch zum Ziel führt. Es ist ja so, dass in der Bevölkerung auch versorgungsfremde Nebenziele völlig legitim verfolgt werden. Es geht um regionale Wirtschaftsförderung, es geht auch um die Attraktivität des eigenen Standortes und wir dürfen auch nicht vergessen, dass die Belastung für die Vorhaltung von üppigen Strukturen sage ich jetzt mal, dann wieder auf das ganze Bundesgebiet verteilt werden über den Morbi-RSA (Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) und den Gesundheitsfonds, dann würden Entscheidungsstrukturentscheidungen, die in einem Bundesland jetzt getroffen würden, vor allen Dingen über die bundesweit agierenden Kassen und den Gesundheitsfonds, sage ich mal, vom Ruhrgebiet bis nach Schleswig-Holstein schwappen. Insofern ist es so, dass wahrscheinlich nicht die Bevölkerung zielgerichtet auf die Qualität der Versorgung guckt, sondern diese Nebenziele mit im

Blick hat, auch in dem Wissen, dass die finanzielle Belastung letztlich zu Lasten Dritter geht, zu Lasten der Solidargemeinschaft. Es ist auch ganz interessant, wenn man mal guckt, so Präzedenzfälle. Es sind ja häufig Kliniken oder Abteilungen für Geburtshilfe, die geschlossen werden, manchmal auch Krankenhäuser, die jetzt schon geschlossen werden. Wir sind mittendrin im kalten Strukturwandel. Es wird gerade nicht geguckt, sind das bedarfsnotwendige Häuser oder nicht, sondern es geht um ökonomisch-strategische Zielsetzungen der Träger, die dann zu einer Schließung einer Abteilung oder eines Krankenhauses führen. Das sind keine starken Planungsentscheidungen der Länder, die zu Schließungen führen. Wenn es dann Proteste gibt in der Bevölkerung und man sich dann mal anguckt auf der Basis der Daten, bei uns heißt diese Auswertung Fluchtquoten, wenn man mal guckt, wie viele Menschen aus der Region mit einem Versorgungsanliegen, was eigentlich in einem örtlichen Krankenhaus bedient werden könnte, doch in ein anderes Krankenhaus gehen, in der Geburtshilfe zum Beispiel, weil da eine Kinderklinik abgeschlossen ist oder weil das Hebammenkonzept überlegen ist, dann sieht man, dass das Vertrauen der regionalen Bevölkerung häufig eigentlich gar nicht so da ist, man aber trotzdem natürlich aufgrund dieser Nebenziele protestiert.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an ver.di. Könnten Sie uns bitte erläutern, wie aus Ihrer Sicht der Stand der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser ist und welche Auswirkungen dies auf die Krankenhäuser, die Versorgung der Patientinnen und Patienten und die Beschäftigten in den Krankenhäusern hat? Was ist Ihr Vorschlag zur Lösung des Problems?

Sve **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Herr Dr. Straub hat es schon erwähnt und in der Analyse sind wir uns da einig, die Länder erfüllen ihre Investitionsverpflichtungen nur sehr unzureichend. Einen jährlichen Investitionsbedarf von über 6,5 Milliarden Euro stehen tatsächliche Investitionsförderungen von 2,8 Milliarden Euro gegenüber und die Folgen dieser jahrzehntelangen – wir reden ja schon lange darüber – Investitionsversäumnisse sind, dass die Gelder der Versicherten, die für die Personalausstattung vorgesehen sind, in die Sanierung und den Ausbau der



Krankenhäuser fließen. Das geht zu Lasten einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten und es geht zu Lasten des Personals, die massiv unter dem gestiegenen Arbeitsdruck leiden. Die laufende Investitionskostenförderung der Länder ist daher auf ein bedarfsgerechtes Niveau anzuheben. Zusätzlich ist der bestehende Investitionsrückstand von circa 30 Milliarden Euro abzutragen. ver.di begrüßt eine ergänzende Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, beispielsweise im Rahmen einer Weiterentwicklung des Krankenhausstrukturfonds zur Unterstützung der erforderlichen Investitionsmaßnahmen. Wichtig ist aber, dass die Länder mit ihrem Sicherstellungsauftrag nicht aus der Verantwortung der Investitionsverpflichtung für Krankenhäuser entlassen werden. Daher sehen wir die Notwendigkeit einer wirksamen Vorgabe, mit der die Länder verpflichtet werden, tatsächlich bedarfsbezogene Investitionen zu ermitteln und auch zu erfüllen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß. Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass eine gemeinsame, länderübergreifende Krankenhausplanung kaum festzustellen ist. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses nutze, so sagen sie, kein einziges Land für seine Krankenhausplanung. Nur teilweise hätten die Länder eine in die Zukunft ausgerichtete Bedarfsplanung in ihren Krankenhausplänen berücksichtigt. Die Frage lautet: Wie beurteilen Sie diese Situation mit Blick auf eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Man muss zunächst einmal feststellen, und das ist bei den Vorrednern auch schon zum Ausdruck gekommen, Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung stehen und hängen in der Tat sehr eng zusammen. Der Vorwurf an die Bundesländer, sie würden keine adäquate bedarfsgerechte Krankenhausplanung machen, resultiert vielfach daraus, dass man den Vorwurf macht, dass die sogenannte gestufte Krankenhausversorgung nicht durchgehalten wird in der Grundversorgung dass Krankenhäuser sich tatsächlich mehr oder weniger ausschließlich um Grundversor-

gung kümmern, die Schwerpunkt- und Maximalversorger dann eher komplexere Aufgaben und spezialisiertere Behandlungen vornehmen. Die Länder mussten auch nach unserer Auffassung in der Vergangenheit im Rahmen der Krankenhausplanung immer wieder auch Grundversorgern Spezialaufgaben zuweisen, damit diese im bestehenden Finanzierungssystem überhaupt in der Lage waren, ihre Kosten insgesamt zu decken aus dieser leistungsbezogenen Refinanzierung ihrer Leistungen und somit Personal- und Sachkosten dann auch gedeckt werden konnten. Wir gehen davon aus, und wir plädieren dafür, dass wir zukünftig eine Veränderung des Finanzierungssystems bekommen, wo auch Vorhaltefinanzierung eine stärkere Rolle spielt, also die rein leistungsbezogene Finanzierung nicht mehr in der Form dominiert, wie das heute der Fall ist und dass auch in dünner besiedelten Gebieten beispielsweise bedarfsgerechte Kliniken dann adäquat finanziert werden können, selbst wenn sie sich auf Grundversorgungsaufgaben konzentrieren. Darüber hinaus brauchen wir, und das richtet sich auch an die Krankenhausplanung der Länder, eine Krankenhausplanung, die stärker in regionalen Gesundheitsnetzwerken, also krankenhausesübergreifend, denkt, wo die Zusammenarbeit der Kliniken letztlich auf einen sehr zentralen Aspekt ausmacht. Das sind Weiterentwicklungen, die auch wir einfordern.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage auch an Herrn Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Wie bewerten Sie die Vorschläge, die darauf abzielen, die Pflege-DRG in den Krankenhäusern einzuführen?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es ist auch unsere Forderung, die wir gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di und dem Deutschen Pflegerat formuliert haben, sowohl in der Konzertierte Aktion wie auch darüber hinaus, dass wir für die Krankenhäuser ein sogenanntes Pflegepersonalbemessungssystem/ Pflegepersonalbemessungsinstrument brauchen. Wir wenden uns allerdings gegen ein System, was dann in Form von Pflege-DRG entwickelt wird, weil die ja dafür plädieren, dass der Pflegebedarf gemessen wird am tatsächlichen Behandlungsbedarf und Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten. Das





heißt, im Aufnahmeprozess die Patienten entsprechend identifiziert werden mit ihrem Pflegebedarf, beispielsweise durch entsprechende Assessments. Das kann auch alles digital erfolgen, sodass der Pflegebedarf nicht erst im Behandlungsprozess ermittelt wird, in dem ähnlich, wie in den heutigen DRG dann einzelne Leistungen kodiert werden, die am Ende dazu führen, dass bestimmte Pflege-DRG daraus entwickelt werden. Das ist ein erheblicher Mehraufwand in Form von Bürokratie und wir kennen das noch aus der Vergangenheit, die sogenannten Komplex-Codes PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score), die Begrifflichkeit ist Ihnen vielleicht bekannt, sind bewusst abgeschafft worden, weil sich auch die Politik gegen diese überbordende Bürokratie innerhalb der Pflege und innerhalb der Krankenhäuser gewandt hat. Insofern lehnen wir die Pflege-DRG ab. Wir sprechen uns aber auch für eine bedarfsgerechte Personalbemessung in der Pflege aus.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage nächste Frage geht an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA. In unserem Antrag fordern wir die Einsetzung einer Kommission, die prüft, welche alternativen Finanzierungsmodelle zur Krankenhausfinanzierung genutzt werden können. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme vor, eine monistische Finanzierung. Können Sie uns dieses Modell und seine Vorteile kurz erläutern?

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Tatsächlich lässt sich nicht bestreiten, dass die bisherige Form der Krankenhausfinanzierung problembehaftet ist. Wie von den Vorrednern schon angesprochen, ist es so, dass die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung nicht nachkommen und es folglich zu Problemen kommt, weil die Investitionskosten auf der Strecke bleiben. Eine Variante, das Problem zu lösen, wäre eine vollständige Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung, bei der dann allerdings auch die Krankenhausplanung von den Ländern auf die Krankenkassen überginge. Folgerichtig müssten dann auch die Krankenkassen die Investitionskosten übernehmen. Das würde die Probleme tatsächlich deutlich lösen. Der Grundsatz, der ohnehin erfolgen sollte, wäre

dass Krankenhäuser dann nur noch solche Aufgaben übernehmen, in denen sie Routine haben, gut ausgestattet sind und ausreichend Personal vorhalten. Mit einer monistischen Krankenhausfinanzierung könnten die bisherigen Probleme tatsächlich erheblich angegangen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe jetzt gehört, Herr Dr. Alschner von dem Interessenverband kommunaler Krankenhäuser ist jetzt im System. Dann stelle ich meine Frage nochmal. Welche Auswirkungen hat das DRG-System für kommunale Krankenhäuser? Was sind die gravierendsten Probleme, die sich aus den Fallpauschalen ergeben? Welche Alternativen schlagen Sie vor?

SV **Dr. Uwe Alschner** (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK)): Das Problem ist, dass DRG einen gut gemeinten Vorsatz, Missbrauch im Einzelfall zu unterbinden, dadurch gelöst haben, dass sie einen strukturellen Missbrauch ermöglichen haben. Das ist das, was man gewöhnlich unter Rosinenpickerei im Volksmund hört. Das heißt, die realen Kosten der Behandlung werden dahinter verborgen. Die Leidtragenden sind natürlich die Häuser, die die Grundversorgung sicherstellen, die nicht kommerziell ausgerichtet sind und die dann im Zweifelsfall die teuren Fälle zu übernehmen haben. Das hat sich ganz besonders in der Pandemie jetzt gezeigt, insofern, dass dort auch ein Beweis erbracht worden ist, dass die kommerzielle Kalkulation von solchen Leistungen schlicht nicht möglich ist. Die Lösung, die man angehen muss, ist tatsächlich, und das hat sich bei der Herauslösung der Pflegekosten aus den DRG auch bereits angedeutet, dass man ein System denken muss, was DRG im Sinne von Steuerungsinstrumenten, sprich Abbildung von Kosten in den Häusern durchaus auch denken kann, aber dass die Abrechnung auf der Sachkostenebene, auf der Ebene der tatsächlichen Kosten bleiben muss. Missbrauch ist immer ein Problem. Das ist aber in jedem System so. Das heißt, dazu muss man geeignete Instrumente auch entwickeln. Aber die DRG als Abrechnungsinstrument haben ganz eindeutig gezeigt, dass sie ungeeignet sind, ein hochkomplexes System wie das Gesundheitswesen, das Krankenhauswesen steuern und finanzieren zu können.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Verein der demokratischen Ärztinnen und Ärzte, Frau Dr. Rakowitz. Wie wirkt sich die Erlösorientierung der Fallpauschale auf die Professionalität von Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern aus? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine professionelle, an medizinischen Standards orientierte Berufsausübung im ärztlichen Dienst sicherzustellen?

Sve **Dr. Nadja Rakowitz** (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)): Die Fallpauschalen waren ursprünglich so gedacht, dass das Geld der Leistung folgen sollte. Die Erlöse der Krankenhäuser hängen einzig an den Fallpauschalen. Die Vorkhaltung von Ressourcen, wie von Personal, gilt in diesem System nicht als Leistung, sondern nur die Diagnose an einem Patienten und die dazugehörigen Prozeduren. Damit stehen die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus an der Schnittstelle von medizinischen Entscheidungen einerseits und Erlösen des Krankenhauses andererseits. Von ihrer Diagnose hängt die ökonomische Situation des Krankenhauses ab. Das wird den Ärzten sowohl auf Ebene der Fachgruppen als auch individuell im Krankenhaus sehr deutlich gezeigt. Die Folgen davon sind einerseits eine Überversorgung der Patient\*Innen durch die Ausweitung der Indikationsstellung, insbesondere bei lukrativen Prozeduren, was nichts anderes heißt, als eine ökonomisch motivierte Intervention und andererseits eine Unter-, eine Fehlversorgung durch die Verknappung von Behandlungszeiten und von Personal zum Zwecke der Fallzahlsteigerung, die in diesem System systematisch notwendig ist. Die Logik gilt für alle Krankenhäuser, alle Trägerschaften. Allerdings ist es selbstredend, sodass der ökonomische Druck in privaten Krankenhäusern auf die Ärztinnen und Ärzte noch höher ist als in öffentlichen oder frei gemeinnützigen. Die Ärzte befinden sich in diesem System also in einem permanenten Widerspruch zwischen einmal dem Wohl des Patienten und ihrem professionellem Ethos und auf der anderen Seite dem betriebswirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses. Um das zu ändern und professionelle Autonomie überhaupt wieder möglich zu machen, wäre es dringend nötig, die Bezahlung, also die Erlöse der Krankenhäuser vollkommen von der medizinischen Entscheidung zu trennen, zu entkoppeln. Es wäre übrigens auch im ambulanten Sektor dringend notwendig. Das geht aber nur, wenn man die

DRG als Grundlage der Finanzierung abschafft, wie das der Herr Dr. Alschner eben auch schon gesagt hat, zugunsten einer Finanzierung, die alles medizinisch Notwendige bezahlt, nicht mehr, aber auch nicht weniger und das durchaus kontrolliert von den Krankenkassen. Damit werden einerseits Gewinne unmöglich gemacht und andererseits wären dadurch viele bürokratische Tätigkeiten, die aktuell rein daran liegen, dass es hier um Konkurrenz geht, um Ökonomisierung, die würden wegfallen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Matthias Bracht von der Allianz kommunaler Großkrankenhäuser. Warum halten Sie für eine zukünftige Krankenhausplanung eine bundesweit einheitliche Definition der Anforderungen an verschiedene Versorgungsstufen für zwingend notwendig? Und wie könnte so etwas aussehen?

SV **Dr. Matthias Bracht** (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e. V.): In der Tat ist auch unsere Position, dass sich die Versorgungsstrukturen der deutschen Krankenhäuser stärker an den eigentlichen und objektiven Versorgungsbedarfen ausrichten müssen. Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, ein Krankenhausbett ist nicht gleich Krankenhausbett. Nicht jedes Krankenhausbett kann die gleiche Leistung erbringen und zur gleichen Qualität versorgen. Moderne, spezialisierte Medizin erfordert nun mal eine stärkere Konzentration, höhere Fallzahlen und höhere Spezialisierungen und eine entsprechende Breite und damit Interdisziplinarität der Fächer. Das auf der einen Seite. Auf der anderen Seite müssen wir natürlich die Versorgung in der Fläche genauso sicherstellen. Das sind aber inhaltlich unterschiedliche Dinge wie im Stichwort „Bett ist nicht gleich Bett“. Deswegen sind wir der festen Überzeugung, dass es richtig ist, konsequent Versorgungsstufen zu definieren und nicht dem Leistungsanbieter selbst zu überlassen, welche Leistung sie sich auswählen, sondern das Ergebnis, wer welche Leistungen macht, muss sich ganz klar an dem Bedarf in der jeweiligen Region orientieren und darf nicht anderen Kriterien folgen. Wie kann man das machen? Dazu braucht man natürlich dann Planungskriterien, da sind wir schon viel in der Diskussion, aber, sagen wir mal, die Lösung liegt nicht auf dem Tisch. Die wird natürlich entsprechend in Expertengruppen



entwickelt werden müssen, um anhand von Strukturmerkmalen, zum Beispiel Qualifikationsmerkmalen, Ausstattungsmerkmalen, aber auch Mengenmerkmalen, dann die Kriterien zu entwickeln, wer welche Versorgungsstufe in welchem Umfang tatsächlich auch in ausreichender Qualität erfüllen kann.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Herrn Jochen Scheel, G-Kind. In welcher Weise kann der in unserem Antrag vorgesehene Ansatz für eine Versorgungsplanung nach Stufen eine flächendeckende gute Versorgung für alle Kinder sicherstellen?

ESV **Jochen Scheel**: Eine weitere Finanzierungssäule, wie vorgeschlagen, für die Strukturen einer bedarfsgerechten und qualifizierten Versorgung also letztlich deren Vorhaltekosten, ist aus unserer Sicht die richtige Lösung um Versorgungssicherheit für Kinder zu erreichen. Voraussetzung dabei ist allerdings eine möglichst exakte Beschreibung bedarfsgerechter Strukturen, das ist ja eben schon mehrfach angeklungen, für alle Leistungsangebote in allen Versorgungsstufen. Ansonsten verlagern wir diese Diskussion auf eine andere Ebene. Konkret müssen folgende Fragen beantwortet werden: Wovon wieviel? Dabei sind Häufigkeit, Bevölkerungszahl und Erreichbarkeit zu berücksichtigen, welche Leistungen in welcher Versorgungsstufe, was soll die kleine Grundversorgungsabteilung sicherstellen, welche Leistungen sollen zusätzlich in mittelgroßen Abteilungen und welche darüber hinaus von Maximalversorgern erbracht werden? Welche Vorhaltungen sind in welcher Stufe und für welche Leistung erforderlich und wie sieht der Kalkulationsrahmen für diese Strukturen aus? Das alles sollte möglichst im Einvernehmen mit den medizinischen Fachgesellschaften passieren. Das ist zugegebenermaßen eine Mammutaufgabe, der wir uns aber stellen sollten, um bezahlbar Versorgungssicherheit zu erreichen. Die Verbesserung der regionalen sektorübergreifenden Versorgung, idealerweise zunächst der Notfallversorgung, ist eine zentrale Forderung aller Verbände der Kinder- und Jugendmedizin und gerade für die Kinderversorgung von enormer Bedeutung. Es gibt bereits in einigen Regierungen gute Beispiele für eine gemeinsame

Kindernotfallversorgung. Die Einführung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstrumentes in der Pflege, wie vorgeschlagen, kann für die Kinderkrankenpflege nur begrüßt werden. Eine an der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit von Kindern und deren Bezugspersonen ausgerichtete angemessene Personalausstattung ist ein wichtiger Faktor für gute medizinische Versorgung. Für die Kinderkrankenpflege existiert bereits ein solches bürokratiarmes Instrument. Es wurde getestet und wird weiterentwickelt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Das DRG-System vergütet grundsätzlich erbrachte Leistungen. Ein Problem ist dabei die Finanzierung von Vorhaltungen, die unabhängig von erbrachten Leistungen für erforderlich gehalten werden. Wie könnte dieses Problem gelöst werden? Geht das überhaupt im Rahmen des DRG-Systems?

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es in der Tat notwendig, dass leistungsunabhängige Vergütungskomponenten entwickelt werden, ergänzend zum DRG-System. Die Idee, leistungsorientierte Vergütung sozusagen zu ergänzen um fallzahlenunabhängige Vergütungsanteile, zum Beispiel in Form von Strukturfinanzierung, das wird ausdrücklich auch begrüßt. Das funktioniert auch im Rahmen des DRG-Systems. Auch heute existieren bereits Instrumente zum Zweck struktureller Vorhaltefinanzierung. Ich denke hier an die Vergütung von Notfallstufen oder auch die Vergütung von Sicherstellungszuschlägen. Bisher ist es so, dass diese Instrumente nur einzelne Bereiche der Krankenhausversorgung adressieren. Also eine durchgängige leistungsunabhängige Vergütungskomponente, die gibt es noch nicht. Es wäre sinnvoll aus unserer Sicht, wenn so eine generelle Säule entwickelt würde.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß. Würden Sie bitte nochmal auf das Thema Pflege-DRG eingehen, wie Sie diese bewerten und wo Sie auch mittelfristig das Abrechnungssystem im Bereich der Pflege sehen.



SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir wissen, dass vor etwa zwei Jahren die Pflegefinanzierung umgestellt wurde. Das heißt, die Pflegepersonalkosten sind aus den DRG herausgerechnet worden und es gibt zur Zeit eine, das muss man so formulieren, unbegrenzte Finanzierungszusage für die Pflege, da wir hier keine Personalbemessung haben, die einen Standard auch nach oben setzen würde. Wir sprechen uns dafür aus, einen solchen Standard zu entwickeln, der die Häuser in die Lage versetzt, mit den Krankenkassen zukünftig, gemessen an dem Pflegepersonalbedarf, der sich dann für das gesamte Haus wegen der Patientenbehandlungen, die dort stattfinden, ermittelt, einen adäquaten Anteil an Pflegepersonalkosten letztlich auch zu verhandeln. Das hat aus unserer Sicht zwei wesentliche Vorteile. Zum einen reduziert es den Wettbewerbsdruck in einem Pflegepersonalmarkt, der nicht unbegrenzt Pflegekräfte vorhält und wo die Krankenhäuser im Rahmen der jetzigen Selbstkostendeckung mit Altenpflegeeinrichtungen, ambulanter Krankenpflege, Reha-Kliniken und ähnlichen um diese knappen Pflegekräfte konkurrieren, was nicht zum Vorteil dieser komplementären Einrichtungen ist, was aber auch innerhalb der Krankenhauslandschaft zu Problemen führt. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, eine solche Pflegepersonalbemessung, zusammen mit einem Pflegebudget, würde es auch ermöglichen, zurückzukehren zu stärker pauschalieren Pflegefinanzierungen, die weniger stark im Selbstkostendeckungsprinzip beheimatet sind, wie das in der jetzigen Situation der Fall ist, was vor Ort zu permanenten Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen führt. Ist das jetzt angemessen, dass diese Pflegekraft noch mit dazukommt oder gehört sie zum Pflegebudget oder nicht? Deswegen sprechen wir uns im Interesse einer guten Pflege, aber auch einer wirtschaftlichen Finanzierung und eines Zurückdrängens von Bürokratie und Misstrauen für eine solche Personalbemessung in Kombination mit der Finanzierung aus.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Forderung, eine Anschubfinanzierung für eine patientenorientierte Digitalisierungsstrategie zu entwickeln? Gehen Sie bitte dabei auch

auf die bereits über das Krankenhauszukunftsgesetz initiierten Programmen, unter anderem zur Förderung der Digitalisierung in Kliniken ein.

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Ja, in der Tat ist unbestritten, dass es einen Nachholbedarf an Investitionen gibt in die digitale Infrastruktur von deutschen Krankenhäusern. Genau dieser Gedanke lag dem Krankenhauszukunftsgesetz zugrunde. Sie sprachen es gerade an, mit dem Krankenhauszukunftsfonds steht dafür auch ein großes Förderprogramm zur Verfügung. Das sind insgesamt 4,3 Milliarden Euro, die Krankenhäuser erhalten, um digitale Services, um Lösungen zu implementieren und damit Patientensicherheit zu erhöhen, also den Versorgungsablauf effizient zu gestalten und transparent. Es liegen zugrunde diesem Förderprogramm verbindliche Kriterien. Die sind ausgerichtet eng am Patienten, an den Bedarfen und auch an Mitarbeiterbedürfnissen. Also es gibt da Patientenportale, das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit ist adressiert und vom Zeitablauf sieht das Krankenhauszukunftsgesetz vor, dass zunächst eine Evaluation stattfindet, eine Nullmessung jetzt im Jahr 2021 und eine Folgemessung im Jahr 2023. Das heißt also auf Ihre Frage bezogen, im Jahr 2023 werden uns erstmals Daten zur Verfügung stehen, die dann einen Vergleich ermöglichen zum internationalen Standard im Vergleich zum deutschen und zwar in der Frage, wie digitale Dienste genutzt werden. Aus unserer Sicht sollte diese Auswertung abgewartet werden, bevor neue Finanzierungsmodelle aufgelegt werden.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht auch an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die Vorschläge zur Lösung der Investitionskostenproblematik? Reichen weitere Appelle an die Länder, ihren Verpflichtungen nachzukommen? Sollten die Kassen im Rahmen einer monistischen Finanzierung, die Investitionskosten alleine übernehmen oder soll der Bund auf Dauer einen Teil der Investitionskosten übernehmen? Könnten Sie uns Ihre Auffassung bitte begründen.

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Status quo ist, die Investitionsfinanzierung ist alleinige Aufgabe der Länder. Und da kein Weisungsrecht besteht von der Bundes- auf die Landesebene,



ist der Bundestag, genauso wie Krankenhausträger, darauf angewiesen, dass die Länder ihrer Verpflichtung nachkommen. Wir sehen aus der zurückliegenden Zeit, dass diese Verpflichtungsbemühung des Bundes gegenüber den Ländern stets gescheitert ist. Es gab beispielsweise schon mal den Ansatz, verpflichtende Investitionsquoten einzuführen. Jetzt hat aber der Bund gezeigt mit dem auch gerade eben angesprochenen Krankenhausukunftsgesetz, dass mit der Förderung der Digitalisierung auch aus Bundesmitteln einen Beitrag zur Investitionskostenfinanzierung leisten kann. Aus unserer Sicht ist dieses Prinzip zu begrüßen und sollte auch verallgemeinert und verstetigt werden, zum Beispiel in Form eines Bundeszuschusses zu den Investitionskosten. Aus unserer Sicht wäre da aber absolut mit zu verbinden, dass der Mittelabfluss an klare und auch an bundeseinheitliche Auflagen gebunden sein muss, sodass es kein Auseinanderklaffen weiterhin gibt von planerischen Kompetenzen und der Übernahme von Finanzierungsverantwortung. Insofern wäre das letztlich auch wichtig, dass Bundesmittel, die über einen solchen Bundeszuschuss eingesetzt würden, dass die auch zur Veränderung der Krankenhausstrukturen beitragen, dass man ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhausstrukturen damit fördert. Insofern könnte das sozusagen ein Kompetenzfeld des Bundes werden, auch bundeseinheitliche Vorgaben zur Finanzierung zu definieren.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an den GKV-Spitzenverband. Wir sprachen jetzt gerade schon über die Investitionen. Bei einem Viertel der Krankenhäuser liegt die öffentliche Förderquote wohl nur noch bei 30 Prozent oder weniger. Das heißt, die Investitionskosten müssen im Endeffekt gedeckt werden über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Können Sie mal kurz darstellen, wie sich das auf die Personalausstattung in den Krankenhäusern konkret auswirkt?

Sve **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Ich hatte es gerade schon angesprochen. Also die Investitionskosten, die die Länder zu leisten haben, sind in den zurückliegenden Jahren unzureichend gezahlt worden. Die Folge war zum einen, dass es eine unzulässige Quersubventionierung der Investitionen gab aus GKV-Beitragsmitteln. Vorhin hatte

Herr Prof. Dr. Straub bereits angesprochen, dass erhöht natürlich insgesamt den Druck auf die Betriebskostenfinanzierung immer mehr, auch das Konfliktpotential. Zum anderen ist aber auch das Geld nicht ins Personal umgelenkt worden, also so wie es vorgesehen war, sondern in Investition. Das heißt, Personal wurde in den Kliniken nicht hinreichend beschäftigt und eine politische Konsequenz war, dass das Selbstkostendeckungsprinzip im Pflegebereich eingeführt wurde mit dem Pflegebudget. Das Fazit ist, die GKV zahlt für Personal, also sowohl über die Betriebskosten, als auch über das Pflegebudget. Wir haben es also nicht damit zu tun, dass es hier eine Nichtfinanzierung von Personal gibt. Die schnelle Einführung aber des Selbstkostendeckungsprinzips auch im Pflegebereich, das erweist sich jetzt als problematisch. Es gibt teilweise Doppelfinanzierungen, weil für Pflege am Bett teilweise noch bezahlt wird über das verbleibende DRG-System und auch über das Pflegebudget. Hier gibt es Abgrenzungsschwierigkeiten und auch vor Ort in den Kliniken viele Streitfälle. Insofern ist es grundsätzlich eine Thematik, die über die Finanzierung geklärt wäre, aber fehlende Transparenz führt auch zu Verschiebungen, die letztlich das zur Folge haben, was Sie als Sachverhalt beschrieben haben.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Simon Loeser. Sie sind, ich glaube, Fachbereichsleiter heißt das, für die stationäre Versorgung der AOK Rheinland Hamburg und teilen, wie ich weiß, die Vorstellung, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung für eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten in Kliniken zu sorgen, besser nachkommen müssten. Meine Frage geht dahin, ob es auch noch andere Ansätze gibt aus Ihrer Sicht, das Problem der fehlenden Investitionsmittel der Länder zu lösen?

ESV **Dr. Simon Loeser**: Aus meiner Sicht gehen Planung und Investition schon Hand in Hand. Es wäre sehr wünschenswert, dass die Länder dieser Verpflichtung nachkommen, einfach auch, weil dadurch der Krankenhausplanung Kraft verliehen wird und die Qualität, die man sich wünscht, die man plant, dass die auch mit den investiven Mitteln ermöglicht wird und man das Geld dann auch



dort investiert. Jetzt gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, an was man die Investitionen koppelt. Wir haben in Nordrhein-Westfalen die Baupauschale. Da hängt die Investition auch am Fall und verstärkt den Anreiz, in die Menge zu gehen. Die Bedarfsgerechtigkeit spielt in dem Sinne da nicht die große Rolle. Dann gibt es die Möglichkeit, dass über Einzelanträge zu machen, was extrem bürokratisch ist, wo die Abwägung auch schwerfällt, welche Investitionen jetzt wirklich am sinnvollsten sind. Unser Plädoyer würde in die Richtung gehen, dass auch die Investitionen an den Versorgungsauftrag gekoppelt werden, dass man über die Planung guckt, für wieviel Menschen, für welchen Versorgungsauftrag das Krankenhaus zuständig ist und daran einen Pflichtbetrag an die Investition gekoppelt ist, der sich dann pro Person, pro versorgter Person, auch ermittelt. Ich würde das auch im Einklang machen mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Das ist auch eine Frage von eben gewesen, ob man hier auch eine Vorhaltefinanzierung einführt, gekoppelt an strukturelle und qualitative Vorhalteleistungen. Ich würde da gerne mal Größenordnungen geben. Wir haben, glaube ich, die 10-20-30-40-Regel, wir haben zehn Prozent des Budgets in Investitionen, zwanzig Prozent sind Pflege, dreißig Prozent müsste etwa dieser Vorhaltesockel sein und vierzig Prozent wären dann die Fallpauschalen, die immer noch abgerechnet würden und so für eine ökonomische Ressourcenverwendung sorgen. Dann haben wir die Investitionen und die Vorhaltung, die an einen Versorgungsauftrag gekoppelt sein sollten. Da müsste man in § 9 Krankenfinanzierungsgesetz sicher was ändern, weil durch diese unverbindlichen Regeln dort wirklich ein drastischer Mangel an Investitionsmitteln festzustellen ist. Wir sind nicht nur real seit 1991 auf einem niedrigeren Level, wir sind sogar nominal auf einem niedrigeren Level. Wir kommen von vier Milliarden Euro und sind jetzt bei 3,1 Milliarden Euro. Das ist natürlich absolut unzureichend. Unsere Vorstellung wäre eine Kopplung an den Versorgungsauftrag, sodass Planung, Landesplanung und Investitionsfinanzierung Hand in Hand, aber verbindlich, Hand in Hand gehen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß. Die Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern hat in den letzten Jahren

kontinuierlich zugenommen. Sehen Sie die Notwendigkeit, Bürokratie abzubauen und wenn ja, wie kann dies umgesetzt werden, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sehen diese Notwendigkeit unbedingt. Es gibt Untersuchungen, die nachweisen, dass sowohl die Medizinerinnen und Mediziner wie auch die Pflegekräfte mehrere Stunden am Tag mit Dokumentationsaufgaben verbringen, die sie natürlich sehr viel besser für die Patientenversorgung zur Verfügung hätten. Deswegen brauchen wir dringend Schritte, diese Dokumentations- und Kontrollaufgaben und diese Bürokratie zurückzudrängen. Es gibt eine ganze Reihe von Ansatzpunkten. Ich bin eben mal auf das Thema Pflegefinanzierung eingegangen. Ganz grob gesprochen ist natürlich die Finanzierungslogik in den deutschen Krankenhäusern mit ihrer Kontrolldichte, die sich daraus ergibt, sozusagen ein Quell ständiger Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die dann über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, so wie er früher hieß, auch zu diesen Kontrollen führt. Aber wir haben auch über den Gemeinsamen Bundesausschuss, das muss man so feststellen, eine Vielzahl von Strukturvorgaben, von Regelungen, die letztlich für die Krankenhäuser Nachweispflichten erbringen, wo wir sehr viel mehr an Vertrauenskultur glaube ich, gemeinsam entwickeln müssen und wir denken dabei, beispielsweise in der Finanzierungslogik, auch an stärkere Budgetfinanzierung, die wirklich einen Gestaltungsspielraum für die Krankenhäuser, einen Verantwortungsspielraum bei den Krankenhäusern belassen und Eingriffe von außen nennenswert reduzieren. Da gibt es eine ganze Reihe von Möglichkeiten und wir sehen hier ganz dringenden Handlungsbedarf, gerade auch mit Blick auf unsere Beschäftigten und damit letztlich auch mit Blick auf eine gute Patientenversorgung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richte ich nochmal an ver.di, Frau Genster. Was sind aus Ihrer Sicht notwendige oder sinnvolle Schritte, um eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung sicherzustellen? Vielleicht können Sie bei der Gelegenheit auch noch einmal ein bisschen auf die aktuelle Stimmungslage unter den Pflegekräften in den Krankenhäusern eingehen?



SVe **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Zu allererst braucht es Vorgaben für die bedarfsgerechte Personalausstattung in den Krankenhäusern. Da möchte ich nochmal bekräftigen, dass es ein Instrument gibt, was vorliegt und was kurzfristig einsetzbar ist. Das ist die PPR 2.0. Herr Dr. Gaß hat es erwähnt, wir haben es gemeinsam entwickelt mit dem Deutschen Pflegerat, der DKG und ver.di. Es ist wichtig, dass der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes jetzt durch den Gesetzgeber auf den Weg gebracht wird, aber dass bis dahin, bis dieses Instrument möglicherweise vorliegt und eingesetzt werden kann, nichts passiert, das sorgt für großen Unmut bei den Beschäftigten in der Krankenhauspflege, wenn Sie danach fragen, wie ist die Stimmung gerade. Es muss damit gerechnet werden, dass weiter geächtet wird in Teilzeit und aus dem Beruf, wenn in den nächsten vier Jahren nichts passiert, was kurzfristig greift. Deshalb braucht es diesen Zwischenschritt, die Einführung der PPR 2.0 als kurzfristige Maßnahme zur Personalbemessung. Was weiter notwendig ist, die Krankenhausfinanzierung ist zu reformieren. Dabei müssen die Versorgungserfordernisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden. Das DRG-System ist aus unserer Sicht dazu nicht geeignet. Die Krankenhausplanung und die Krankenhausversorgung sind Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge und daher ist auch die Finanzierung der Investitionskosten staatliche Aufgabe. Wir bleiben dabei, dass die duale Finanzierung die richtige Form ist, aber die Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Dazu ist einiges gesagt worden. Auch zum Thema Versorgungsplanung sind wir der Auffassung, dass die Versorgungsplanung reformiert werden muss, dringend. Sie muss sich am Bedarf der Menschen im Land orientieren und die Länder müssen auf der Grundlage regionaler Morbiditätsdaten sektorenübergreifend transparent und präzise steuern, auch durch bundesweit einheitliche Vorgaben zur Strukturqualität. Das sind aus unserer Sicht die wichtigsten Schritte. Ganz wichtig zur Stimmung der Beschäftigten ist, dass in dieser Legislaturperiode kurzfristige Schritte angeschoben werden, die zur Verbesserung der Situation führen und dass es eine klare Zielperspektive gibt, damit die Flucht aus der Pflege gestoppt werden kann.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ist eines der Hauptprobleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung, nicht das einzige, aber ein sehr großes. Welche Ansätze sehen Sie als DKG, um mit diesem Problem umzugehen? Gehen Sie auch auf unsere Vorschläge ein.

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): In der Tat, wir befürworten zum einen, dass der Bund hier auch unterstützt, sprich einsteigt, mit einsteigt in die Investitionsfinanzierung. Die Lücken sind mehrfach beziffert worden. Wir reden über mindestens drei Milliarden Euro und wir müssen wohl zur Kenntnis nehmen, dass die Landeshaushalte offensichtlich nicht in der Lage sind, dieses Geld gänzlich zu refinanzieren. Insofern sehen wir die Notwendigkeit, dass zwischen Bund und Ländern eine Art Investitionsvertrag entsteht, der aber, und das sagen wir ganz deutlich, dann auch so gestaltet sein muss, dass die Länder verpflichtet werden, eine Mindestquote an Finanzierungsmitteln bereitzustellen, wenn sie diese Bundesmittel in Anspruch nehmen wollen für ihre Krankenhäuser in dem entsprechenden Bundesland. Das halten wir für unbedingt erforderlich. Insofern unterstützen wir diese Überlegungen, die letztlich die Krankenhäuser in die Lage versetzen, als attraktive Arbeitgeber nicht nur gute Patientenbehandlung anzubieten, sondern auch über gute Arbeitsplätze, gute Arbeitsinfrastruktur auch die Fachkräfte zu gewinnen, die wir in der Zukunft brauchen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht wieder an den Einzelsachverständigen Dr. Simon Loeser. Wir haben gerade den Vorschlag gehört, den Bund stärker an der Investitionskostenfinanzierung zu beteiligen. Für die Union ist klar, dass wir uns das ohne Entscheidungsbeteiligung schwierig vorstellen können. Deswegen würde ich Sie gerne fragen, an welche Voraussetzungen Sie die Einbeziehung des Bundes in die Krankenhausbedarfsplanung knüpfen würden? Wie positionieren Sie sich zu einem solchen Vorschlag? Welche Voraussetzungen sehen Sie dafür?



**ESV Dr. Simon Loeser:** Anknüpfend an das, was ich eben gesagt habe, wen die Investitionen geteilt werden zwischen Land und Bund, dann muss auch die Planungsverantwortung geteilt werden. Hier ist die Frage, wie man eine schlaue Arbeitsteilung vornimmt, weil die regionalen Gegebenheiten sind natürlich im Land viel besser bekannt, aber der Bund hätte schon die Möglichkeit über zentrale Vorgaben, was weitere Mindestmengen angeht, was weitere Qualitätsvorgaben angeht, auch was Qualitätstransparenz für den Patienten angeht, hier wirklich Voraussetzungen zu schaffen, die eine qualitative Mindestausstattung in den Ländern voraussetzt und die Länder dann dort die Verteilung auch der Kapazitäten wieder vornehmen. Dann hätten wir eine Arbeitsteilung bei den Investitionen und eine Arbeitsteilung bei der Planung, die allen nützen würde. Dann würden die Patienten von einer besseren Qualität auch profitieren, von der Vereinheitlichung. Es gibt eine Voraussetzung, das brauchen wir dafür. Wir brauchen eine einheitliche Sprache für die Krankenhausplanung über alle Länder hinweg, damit der Bund auch zielgerichtet diese Länder einsetzen kann und auch das Controlling des Mitteleinsatzes hinbekommen kann. Das heißt, wir brauchen eine Leistungsgruppensystematik und eine Planungssystematik, die in allen Ländern angewandt wird, nicht um den Ländern die Souveränität und die Planung zu nehmen, sondern einfach, um eine Vergleichbarkeit über Strukturen und Qualität herzustellen.

**Abg. Heike Baehrens (SPD):** Meine Frage richtet sich an die DKG, Herrn Dr. Gaß. Die Pandemie hat auch bei der Krankenhausversorgung Stärken und Schwächen offenbart. Was sind aus Ihrer Sicht die positiven Lehren, die wir aus der Pandemie ziehen sollten? Was sollte erhalten bleiben, zum Beispiel bei den Themen Vernetzung, Kooperation und schnellere Zuweisung zur richtigen Versorgungsebene?

**SV Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)):** Zunächst einmal kann man, glaube ich, positiv hervorheben, dass wir in Deutschland durch die überdurchschnittlich guten Kapazitäten im Normalversorgungsbereich, aber auch im Intensivbereich, und die flächendeckenden Angebote in der Lage waren, auch in dieser

Spitzenbelastung, die Bevölkerung gut zu versorgen. Es gab keine totale Überlastung unseres Systems. In anderen europäischen Ländern haben wir die Situation leider erlebt, sodass auch Patienten beispielsweise nicht mehr adäquat auf Intensivstationen versorgt werden konnten. Das hat es in Deutschland nicht gegeben und das ist, denke ich, zunächst einmal ganz klar ein Vorteil. Das heißt nicht, das will ich ausdrücklich sagen, dass deswegen alles so bleiben muss, wie es ist. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich da durchaus für Strukturentwicklungen aus. Wir sehen eine große Chance, die sich durch die Pandemie bewiesen hat, in neuen regionalen Steuerungsmodellen. Es ist wirklich ganz beeindruckend gewesen, wie die Regionen, die dortigen Versorger in den Kliniken, von der Maximalversorgung bis zur Grundversorgung zusammengewirkt haben, sich Aufgaben geteilt haben, Patientensteuerung wirklich ganz hervorragend organisiert wurde, vielfach auch unter der Federführung der Landesbehörden. Ich glaube, dieser Gedanke und diese Kultur der Kooperation, die müssen wir unbedingt bewahren, die sollten wir fortführen und für die Zukunft ein Stückweit weniger Wettbewerb, mehr Kooperationen in den Regionen befördern, zusammen mit neuer Finanzierung, zusammen mit anderen Rahmenbedingungen. Letztlich glaube ich ist hier auch eine zukünftig klarere Leistungszuordnung zwischen Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung zu organisieren. Da sind wir zuversichtlich und da sind die Krankenhäuser auch dazu bereit.

**Abg. Michael Henrich (CDU/CSU):** Ich richte meine Frage an Frau Dr. Stoff-Ahnis vom GKV-Spitzenverband. Aktuell steht auch der Vorschlag zur Diskussion, die Finanzierung der Personalkosten im Rahmen der Selbstkostendeckung nur dann zu übernehmen, wenn eigene Beschäftigte unter Beachtung der Tarifverträge eingesetzt werden. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag, auch vor dem Hintergrund der derzeitigen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung des Pflegebudgets?

**Sve Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband):** Hintergrund Ihrer Frage ist die Frage, wie Versorgungsqualität gewahrt werden kann. Kernpunkt ist hier, dass die Patienten natürlich sicher und gut versorgt werden, also durch die Pflegekräfte. Hier





ist die Überlegung, dass eine regelhafte Versorgung natürlich durch häufig wechselndes Personal durch Dritte problematisch ist, weil lokale Gegebenheiten und Abläufe nicht bekannt sind und weil das natürlich auch nachteilig ist für die lokal Beschäftigten. Aus diesem Grunde ist aus unserer Sicht eine Einschränkung des Einsatzes von Dritten durch Servicegesellschaften, also Stichwort „Leiharbeiter“, auf sachlich notwendige Fälle begrenzt sind, sinnvoll. Also den Einsatz von externem Personal zu verbieten, ist aus unserer Sicht nicht praktikabel, weil es einfach temporär Belastungsspitzen geben kann. Mit Blick auf das Pflegebudget, was Sie erfragt hatten, die gesetzliche Regelung, wonach der Selbstkostendeckung besteht, die umfasst bereits Regelungen mit Blick auf Leiharbeiter. Diese können nämlich nur bis zur Tarifgrenze geltend gemacht werden. Das heißt, eine übertarifliche Vergütung kann ein Klinikträger nicht geltend machen über das Pflegebudget. Und wenn Sie jetzt auch darauf zielten, auf eigene Beschäftigte außerhalb von Tarifverträgen: Hierzu gibt es keine Regelung im Pflegebudget, aber natürlich ist es durch die Eins zu eins-Vergütung aller Pflegepersonalkosten in Tarifvertragshöhe hier auch natürlich ein Anreiz gesetzt, Tarifverträge abzuschließen.

Vorsitzender **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung angelangt, weil in gut fünf Minuten die nächste Anhörung wieder beginnt. Ich darf mich bei allen Sachverständigen, aber auch bei den Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich bedanken. Interessant wäre sicherlich gewesen, diese Diskussion heute zu führen, wenn man die Pandemie nicht hätte, wie weit wir diese Dinge schon geregelt hätten. Aber ich denke, es hat gezeigt, dass es hier noch einen großen Klärungsbedarf gibt. Ich schließe die Sitzung und wünsche denen, die bei der nächsten Anhörung nicht dabei sind, schon mal einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 12:47 Uhr

gez.  
Erwin Rüdell, MdB  
**Vorsitzender**