

## **Wortprotokoll**

## Öffentliche Sitzung

### **Ausschuss für Gesundheit und Pflege**

52. Sitzung  
31. März 2025

Beginn: 09.35 Uhr  
Schluss: 13:00 Uhr  
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

#### Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

#### Punkt 1 der Tagesordnung

##### **Aktuelle Viertelstunde**

Siehe Inhaltsprotokoll.

#### Punkt 2 der Tagesordnung

##### **Bericht aus der Senatsverwaltung**

Siehe Inhaltsprotokoll.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0153](#)  
**Aktueller Stand der Krankenhausreform**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPflieg
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0173](#)  
**Folgen der Krankenhausreform für die**  
**Gesundheitsversorgung in Berlin**  
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der  
Fraktion Die Linke) GesPflieg
- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0316](#)  
**Stand der Krankenhausplanung und -reform in Berlin:**  
**Aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und**  
**Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung“**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD) GesPflieg
- d) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0305](#)  
**Wie wird das**  
**Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in Berlin**  
**umgesetzt? Aktueller Stand und nächste Schritte**  
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) GesPflieg
- e) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0268](#)  
**Erstellung des Berliner Krankenhausplans – Vernetzung**  
**mit der ambulanten Versorgung**  
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) GesPflieg
- f) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0031](#)  
**Aktueller Stand der stationären Versorgung in den**  
**Berliner Krankenhäusern**  
(auf Antrag der AfD-Fraktion) GesPflieg
- g) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0038](#)  
**Finanzielle Lage der Berliner Krankenhäuser – auch und**  
**insbesondere infolge der Corona-Pandemie**  
(auf Antrag der AfD-Fraktion) GesPflieg
- h) Antrag der Fraktion Die Linke [0256](#)  
Drucksache 19/1658 GesPflieg  
**Berlins Krankenhauslandschaft für die Zukunft** Haupt  
**entwickeln!**

Hierzu: Anhörung

- i) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs  
**Krankenhausreform, Digitalisierung, Fachkräfte,  
Notfallmedizin – was kann Berlin von Dänemark lernen?  
(Einführung in das dänische Gesundheitssystem)**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU, der Fraktion der SPD, der  
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

[0239](#)  
GesPflfeg

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 26. Februar 2024

Ich begrüße ganz herzlich Frau Gabriele Leyh, Landesgeschäftsführerin für Berlin und Brandenburg bei der Barmer Ersatzkasse, Herrn Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft, Herrn Michael Zaska, Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg. – Herzlich willkommen und danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen! – Herr Ruppert kommt, so schnell er kann, aber ich glaube, dass das Verkehrschaos allenthalben alle Menschen ereilt. Herr Ruppert ist, soweit ich verstanden habe, auf dem Weg.

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Da hat wiederum jeder genickt und niemand den Kopf geschüttelt. Ich gehe davon aus, dass die Begründung für den Besprechungsbedarf nicht für jeden Unterpunkt erfolgt. Herr Zander, Frau Pieroth und Herr Ubbelohde würden begründen, danach kommen wir zur Anhörung und dann werden die Abgeordneten ihre zahlreichen Fragen stellen. – Herr Zander!

**Christian Zander** (CDU): Vielen Dank! – Die Krankenhausreform wurde verabschiedet, auch schon die Verordnung zum Transformationsfonds, eine andere Verordnung fehlt noch. Deshalb machen wir heute die Anhörung, weil es für einzelne Schritte der Krankenhausreform gewisse Fristen gibt, die eingehalten werden sollen, die wohl aber alle nicht mehr so eingehalten werden können, weil heute der 31. März 2025 ist und das eine noch gar nicht vorliegt: schwerlich vorzustellen, dass das dann noch zu schaffen ist.

Deshalb wollen wir gern wissen, aus Sicht des Landes Berlin, aber auch aus Sicht der Betroffenen und Beteiligten, auf welchem Weg denn die Krankenhausreform gesehen wird – es gibt noch einige Variablen und Unbekannte –, wie man damit umgeht, um, trotz noch nicht geklärter Punkte, alles Mögliche soweit einzuleiten, dass man da schnellstmöglich Klarheit hat. Deshalb wollen wir gern wissen, auch von der Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG – insbesondere, wie die Krankenhausträgerlandschaft diesen Prozess bewertet, der gerade läuft, und ob es aus Ihrer Sicht Wünsche bezüglich der Planung für die Krankenhausträger gibt, ob es da Vorgaben geben soll.

Wir wollen gern wissen, wie es in Brandenburg läuft, wie da die Zeitschienen parallel mit Berlin laufen können, wie das gemeinsam läuft, weil es auch wichtig ist. Es ist eine gemeinsame Krankenhausplanung und wir haben gelernt, dass die Krankenhausplanung gesetzlich nicht vorsieht, dass man das mit dem ambulanten Sektor verzahnt, wie, aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin – KV Berlin –, die Krankenhausplanung aufgestellt ist und wie Sie die Tendenzen zur Ambulantisierung bewerten, die dort angesprochen sind, wie sich das

auf den ambulanten Sektor, auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auswirkt. Zu den weiteren Punkten kommen wir in der Fragerunde.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herzlich willkommen bei unserer Anhörung, Herr Dr. Ruppert! Schön, dass Sie da sind und dass Sie das Verkehrschaos überwunden haben. – Dann kommen wir zu Frau Pieroth!

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Auch wir als Opposition freuen uns, dass wir heute besprechen – der Zeitrahmen ist eng –, wie wir hier gemeinsam und der Senat die notwendigen Transformationsprozesse, die Kooperationen und Bündelungen im Zug der Reform, die Krankenhäuser unterstützen. Ich freue mich sehr. Es ist ein Berlin-Brandenburger Krankenhausplan, und ich weiß aufgrund meiner Erfahrung hier seit 2016, dass in Brandenburg die Bedarfe seit anderthalb Jahren in verschiedenen Umsetzungen – Gesundheitsreform, Gebietskonferenzen und so weiter – geklärt werden, und würde diese Erfahrungen gern nach Berlin tragen. Da werden hier Fragen entstehen, was Herr Zander auch gerade zu Recht sagte: Wie ist der Zeitplan? Wie sind die Meilensteine? Wie ist eine Rolle eines Landesgremiums nach § 90a SGB V? Mich würde dann natürlich auch interessieren, was Frau Leyh in Bezug auf Klage gegen den Transformationsfond dazu sagen wird. Was braucht es aus Sicht der Kassen, was kommt auf die Beitragszahlenden zu? Es ist dann auch noch spannend, was Herr Schreiner in Bezug auf die BKG zu den unterschiedlichen Krankenhausträgern beizutragen hat. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank, Frau Pieroth! – Dann kommen wir zu Herrn Ubbe-  
lohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Vielen Dank! – Einen herzlichen guten Morgen an die heutigen Anzuhörenden! Schön, dass Sie da sind!

Leif Erik Sander ist der Leiter der Infektiologie der Charité, und Herr Sander hat vor ein paar Wochen vor einer massiven Schiefelage des Gesundheitssystems insgesamt, aber insbesondere in Bezug auf die Situation in Berlin und da schwerpunktmäßig in der stationären Versorgung in Berlin gewarnt. Er sprach von einem Schönwettersystem, so wörtlich. Er hat uns allen ein Stück weit ins Gebetbuch geschrieben, dass sich die Situation der Krankenhäuser nach der Coronazeit noch einmal deutlich schlechter entwickelt hat als „vor Corona“. Nun könnte man sagen: Natürlich haben Schließungen von Abteilungen während dieser Zeit, verschiedenste Maßnahmen und nur die unzureichenden Ausgleichszahlungen selbstverständlich dazu beigetragen, dass sich die Situation, die finanzielle Basis, insbesondere auch der Krankenhäuser, nicht gerade verbessert hat. – Aber dass jetzt in der Zeit danach offensichtlich noch einmal eine Verschlechterung eingetreten ist, muss uns alarmieren.

Er sprach auch davon, dass sich die Zuständigkeiten im Falle einer Katastrophe, Datenaustausch und Ähnliches, nach wie vor nicht durch die Eindrücke dieser Coronazeit verbessert hätten. Da ist es natürlich schade, dass wir unserem Antrag der AfD-Fraktion nicht gefolgt sind, eine Enquete-Kommission oder Ähnliches einzurichten, um diese Zeit aufzuarbeiten.

Die Überalterung der Gesellschaft, geburtenschwache Jahrgänge und Arbeitskräftemangel spielen natürlich, und das haben wir auch vorhin in der Fragestunde erörtert, auch hier eine besondere Rolle, aber die Finanzierungsdefizite sind eben größer geworden. Das ist zum einen die nicht ausreichende Finanzierung durch den Senat und das Setzen, aus unserer Sicht, falscher haushälterischer Prioritäten. Es ist aber auch, dass die Beitragsentwicklungen der gesetzlichen Krankenkassen als eine zweite Säule der Finanzierung der Krankenhäuser weit hinter der Kostenentwicklung, gerade auch durch die Inflation, zurückgeblieben sind. Mit Inflation meine ich nicht nur die erhöhten Energiekosten durch eine verfehlte Energiepolitik, sondern auch Entwicklungen der Kosten, insbesondere im medizinischen Bereich, die noch einmal deutlicher als die allgemeine Kostenentwicklung der Haushalte gestiegen sind. Die fehlende Planungssicherheit aufgrund der Krankenhausreform spielt auch eine Rolle. Eine fehlende Brückenfinanzierung, bis die Krankenhausreform greift, bis klar ist, wie wir damit umgehen, muss uns beunruhigen, muss dazu führen, dass wir über diese Brückenfinanzierung sprechen.

Ich komme zum Schluss: Die Finanzierung im Allgemeinen muss sichergestellt werden. Der Strukturwandel muss gesund erfolgen. Mit „gesund“ meine ich, dass Insolvenzen vermieden werden müssen, nicht zuletzt im Interesse der Menschen, die dort in den Krankenhäusern tätig sind. Ich finde, auch die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sollte ein wichtiges Ziel von uns allen sein – auch in Berlin gibt es Unterschiede zwischen Randgebieten und Innenstadtlage, das wissen Sie alles –, und die Effizienz stationärer Versorgung sollte gesteigert werden. Dabei spielt ein Bürokratieabbau eine ganz entscheidende Rolle, aber darüber haben wir im Plenum zuletzt gesprochen.

Noch ein Punkt, der viele von uns bewegt, ist eine Ambulantisierung in zwei Richtungen: das eine, dass die ambulante Versorgung draußen gestärkt werden muss, um Behandlungen aus den Krankenhäusern in den ambulanten Bereich zu holen, umgekehrt aber genauso, dass die Krankenhäuser ertüchtigt werden müssen, ambulante Versorgungsleistungen durchzuführen, und dabei geklärt werden muss – und da schaue ich jetzt zu Ihnen –: Wer finanziert das? Aus welchem Topf wird das finanziert? – Das ist natürlich eine spannende Frage heute primär an Sie beide, Herr Dr. Ruppert und Herr Schreiner, wie Sie sich das vorstellen, wie das organisiert werden kann und vor allen Dingen: Wer soll das aufteilen? Wer soll bestimmen, wer was macht? Sollen das Körperschaften machen? Soll das die Senatsverwaltung machen? Machen das die Player am Gesundheitssystem unter sich aus? Wie erfolgt die Aufteilung zwischen Ambulanz, ambulanter Versorgung und stationärer Versorgung? – Das treibt uns als AfD-Fraktion um, und wir freuen uns auf die Anhörung und auf einen spannenden Ausschuss. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Wir haben noch einen Antrag auf der Tagesordnung von der Linken. Dazu habe ich mit Herrn Schatz besprochen, dass die Fraktion auf die Begründung heute verzichtet, aber ich wollte trotzdem darauf hinweisen, dass es diesen Antrag gibt.

Gut, dann kommen wir jetzt zu der Anhörung, und ich freue mich sehr auf das, was Sie uns zu sagen haben. Ich weise noch einmal auf unser System zur digitalen Zeitnahme hin. Das dient zu Ihrer Orientierung. Wir haben das immer auf 5 Minuten gestellt, damit Sie ein Gefühl dafür haben. Es wäre toll, wenn Sie dann bei maximal 7 Minuten sind, dass Sie dann zum Schluss kommen. Das wäre richtig großartig, damit wir auch wirklich alle Fragen, die hier im

Raum sind, beantwortet bekommen. Ich starte dann direkt mit Herrn Zaske, damit wir einmal den Blick nach Brandenburg werfen können. – Sie haben das Wort.

**Michael Zaske** (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg – MGS): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Frau Staatssekretärin! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Gäste! Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier Erfahrungen aus Brandenburg einzubringen! Ich wollte aber zunächst sagen, dass wir das fortlaufend tun, wechselseitig Berlin und Brandenburg, seit 2014 in eng abgestimmten Aktivitäten zur gemeinsamen Krankenhausplanung, die wir einmal schon erfolgreich 2021 realisiert haben. Wir sind gerade dabei, das mit Start zum 1. Januar 2027 auch zum zweiten Mal zu tun. Wir sind hier sehr eng abgestimmt und auch mit einem gemeinsamen Zeitplan unterwegs.

Ich würde Ihnen kurz berichten, wie wir den Stand der Krankenhausreform einschätzen, welche Ziele wir bei der Umsetzung der Krankenhausreform verfolgen, welche vorbereitenden Arbeiten erfolgt sind, die Ergebnisse externer Versorgungsbedarfsanalysen, die wir im Zuge der Krisenbegleitung der letzten Jahre in Auftrag gegeben haben, kurz zusammenfassen, kurz zum Zeitplan des Planaufstellungsprozesses Stellung nehmen, und, was aus meiner Sicht auch sehr wichtig ist, wie wir mit dem Medizinischen Dienst bei der Umsetzung kooperieren und wie das weitere Verfahren aussehen soll. Ich versuche das in fünf Minuten kurz zusammenzufassen.

Also erstens, Einschätzung Stand Krankenhausreform: Die Berliner Kollegen wissen, wir haben gemeinsam mit dem Bund über mehrere Jahre gestritten, um das Optimale aus der Krankenhausreform zu machen. Nicht alles, was wir wollten, wurde umgesetzt, einiges ja, aber jetzt zusammengefasst, ich will mich damit nicht lange aufhalten: Es gibt das Gesetz. Wir setzen es um. Was auch immer daran jetzt noch weiter durch die neue Regierung optimiert werden wird, warten wir ab, aber wir setzen das Bestehende um. Das heißt, der Zeitpunkt ist der 1. Januar 2027, zu dem wir den Krankenhäusern Planungssicherheit geben wollen.

Einige Dinge, muss ich aber leider ansprechen, sind in der Krankenhausreform noch überhaupt nicht befriedigend geregelt, zum Beispiel die Betriebskostenfinanzierung wurde hier am Tisch schon mehrfach angesprochen. Wie kann man es zulassen, dass die Kosten steigen und die Erlöse sinken oder nicht mit steigen? Alles wird teurer: Die Löhne werden teurer, die Fachkräfte werden teurer, die Energie wird teurer, die Mieten werden teurer. 2022 und 2023 wurde – bei aller Freude über die Ausgleichszahlungen des Bundes – versäumt, den Landesbasisfallwert wirksam anzupassen und darauf aufbauend die inflationsbedingten Betriebskostensteigerungen weiterhin auszugleichen.

Das merken wir jedes Jahr. Ich habe in einem Papier gelesen, dass das jetzt angegangen werden soll. Das ist übrigens dringend notwendig, denn wenn nicht, wird die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser weitergehen. Vier von fünf Krankenhäusern in Brandenburg schreiben dauerhaft rote Zahlen, manche in zweistelliger Millionenhöhe. Dass das nicht ewig gut gehen kann, dürfte eigentlich jedem einleuchten. Trotzdem ist das Gesetz so, wie es jetzt steht, auch in einem zweiten Punkt leider noch nicht mutig genug, nämlich die Ambulantisierung vorher stationär erbrachter Leistungen gut abzusichern. Ich komme darauf zurück.

Das Thema, wie wir in Brandenburg mit der Umsetzung der Gesundheitsreform umgehen, hat folgende Ziele, das erste: Wir wollen alle Standorte – wir sind ein Flächenland –, als Orte der regionalen Gesundheitsversorgung erhalten und zukunftsgerecht weiterentwickeln. Das heißt aber nicht, so, wie sie stehen und liegen, sondern wie die Bedarfe wirklich in Zukunft sind. Da wird nicht alles, was bisher stationär war, weiter erbracht werden können. Da wird manches auch ambulant erbracht werden müssen oder können. Das ist dann keine schlechtere Versorgung, sondern es ist eine andere Versorgung. Es geht darum, dass wir komplexe, spezielle Leistungen konzentrieren. Das ist gut und richtig und auch übrigens eines der Ziele der Krankenhausreform, aber wir müssen auch die flächendeckende Grund- und Notfallversorgung sichern, und dafür müssen die entsprechenden Instrumente angebracht werden.

Was in der Reform neu angelegt ist, noch nicht mutig genug ist, dass wir Kooperationen zwischen Kliniken nutzen, ausbauen und weiter schaffen. Wir dürfen auch zum Äußersten greifen und Kooperationen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich ausbauen und zur Regel machen – ich komme darauf auch zurück –, und wir müssen die Ambulantisierungspotenziale, die es theoretisch gibt – ich nenne gleich ein paar Zahlen –, auch zu praktisch umsetzbaren Politikstrukturen gestalten. Daneben ist das Thema – wir haben das oft in Veranstaltungen, reden oft drüber, nicht nur sonntags, gelegentlich auch werktags –, dass wir die Digitalisierung und die Telemedizin ausbauen müssen. Sprich: Nicht jede Leistung muss um die Ecke physisch erbracht werden, aber es muss einen Zugang zu ihr geben. Diese Form moderner Medizin ist dringend auszubauen.

Jetzt zum Thema: Worauf bauen wir auf? Was haben wir bisher getan? In Brandenburg, im Flächenland, ist es ein bisschen anders als im Stadtstaat Berlin. Hier müssen wir sehr stark in die Fläche gehen, auch vor Ort gehen, viele Akteure mitnehmen, haben das seit Ende 2023 in verschiedensten Konferenzformaten gemacht, haben auch IGES und AGENON beauftragt, in den fünf Versorgungsregionen Dialogkonferenzen und ambulante und stationäre Versorgungsbedarfsanalysen durchzuführen. Wir haben dort die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung von Krankenkassen bekommen, unsere eigenen Daten eingespielt, die statistischen Daten, und kommen dort zu einem Überblick über den Versorgungsbedarf, der natürlich, wie in Berlin auch, mit den 2023er- und den 2024er-Daten der Krankenhausanalysen weiter ausgebaut und aktualisiert werden muss. Wir kommen da beispielsweise zu einem Ambulantisierungspotenzial von theoretisch zwischen 23 und 29 Prozent in den Regionen. Jetzt die spannende Frage: Wie wird dieses theoretische Potenzial praktisch wirksam? Haben wir da die Instrumente, dass das einfach so von selbst flutscht? Sie wissen, welche Antwort jetzt kommt: Nein, die haben wir nicht, aber wir haben eine Menge an Instrumenten, die wir anwenden können, wenn wir sie gemeinsam verflüssigen, sprich anwendbar machen, zum Beispiel Sonderbedarfe im ambulanten Bereich, aus strukturellem Grund, aus regionalem Grund, aus qualitativem Grund. Ich könnte jetzt noch ein bisschen weitermachen mit den Instrumenten. Herr Ruppert weiß es aber, glaube ich, besser, und Frau Leyh und Herr Schreiner mit Sicherheit auch.

Die Frage ist: Wie kriegt man die verflüssigt, und zwar vor dem Hintergrund, dass nach der Bedarfsplanung, wie wir sie im ambulanten Bereich kennen, das Ambulantisieren von 15, 20 Prozent im stationären Bereich gar keine Rolle spielt, weil die Bedarfsplanung eine Arzt-Einwohner-Relation ist. Das heißt, wir müssen Wege finden, wie wir diesen Bedarf überhaupt erst einmal handhabbar machen, also analysierbar, umsetzbar machen, und dazu muss man sprechen. Wir haben in dem gerade angesprochenen Gemeinsamen Landesgremium nach

§ 90a SGB V in Brandenburg einen Beschluss gefasst, dass wir das in diesem Jahr machen wollen, also diese Instrumente verflüssigen, Sonderbedarfe verschiedenster Art – in homöopathischen Dosen steht auch was im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG – dazu drin – oder Ermächtigungen verschiedener Art, personelle Ermächtigung, Institutsermächtigung, Institutsambulanzen und so weiter, die verschiedensten Instrumente, Hybrid-DRGs, ausweiten und anwenden. Das sind alles Instrumente, die dabei helfen können, diesen theoretisch analysierten Ambulantisierungsbedarf praktisch vor Ort umzusetzen. Das kann passieren durch mehr Ansiedlung von Niedergelassenen. Das kann passieren durch neue Formen gemeinschaftlicher ambulanter Leistungserbringung, wie zum Beispiel Primärversorgungszentren, regionalen Versorgungszentren, Ärztenetzen, aber auch in sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, ambulant-stationären Zentren, ambulanten Versorgungseinheiten, wie wir das manchmal auch nennen, und in Krankenhäusern, schlichtweg durch diejenigen, die vorher stationäre Leistungen erbracht haben, die ambulantisiert werden sollen und diese weiter erbringen. Hier brauchen wir Kreativität, Kooperation zwischen den Beteiligten, solange uns der Bund nicht den Deus ex Machina gibt, dass das automatisch im System ist, muss man sprechen und sich verabreden.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Zasko, das tut mir sehr leid, aber Sie sprechen jetzt doppelt so lang, wie wir gedacht haben.

**Michael Zasko (MGS):** Okay, ich komme zum Schluss. – Zeitplan, Planaufstellungsprozess und Medizinischer Dienst: Wir werden Anfang des zweiten Halbjahres den Medizinischen Dienst beauftragen, um hier zu einer Einschätzung der Anträge der Krankenhäuser zu kommen, welche Leistungsgruppen in Zukunft bedient werden können. Wir sind seit einem Jahr, wie Berlin auch, im sehr engen Austausch mit dem Medizinischen Dienst, um hier Prüfungen, Planungsprozesse ineinandergreifen zu lassen. Zu den Fragen, wie die Kliniken miteinander kooperieren, werde ich sicher dann später bei den Fragen noch antworten können. – Erst einmal vielen Dank.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Ja, vielen Dank! – Das war sehr spannend. Ich muss nur hier wirklich die Zeit durchsetzen, und wenn alle Anzuhörenden 15 Minuten reden, dann kommen wir nicht mehr zu unserer Long-Covid-Anhörung. Das würden wir heute gern auch noch hinbekommen, um das einmal einzuordnen, aber wir wollen uns auch sämtliche Zeit für diesen Tagesordnungspunkt jetzt nehmen. Es gibt nur im Anschluss eine andere Sitzung, und dann werden wir hier rausgekehrt. – So, dann kommen wir zu Herrn Schreiner.

**Marc Schreiner** (Berliner Krankenhausgesellschaft): Werte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Senatorin! Frau Staatssekretärin! Werte Mitglieder des Hohen Hauses! Herzlichen Dank für die Einladung! Werte Gäste! Vielen Dank, dass wir heute zu diesem überaus wichtigen Thema endlich miteinander sprechen können! Die Krankenhausreform ist seit Januar dieses Jahres in Kraft. Es gibt einen gesetzlichen Zeitplan, der jetzt läuft und der, solange nicht die neue Koalition im Bund möglicherweise Änderungen an dem Zeitplan vornimmt, uns zum Handeln zwingt.

Vorab möchte ich aber noch ausführen, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser durch das KHVVG keinesfalls, wie vom geschäftsführenden Bundesminister immer wieder angekündigt wurde, verbessert hat. Wir haben in Berlin etwa 80 Prozent der Krankenhäuser, die teils auch hohe zweistellige, teils dreistellige Millionendefizite haben, aufgrund einer völ-

lig unzureichenden Betriebskostenfinanzierung. Wir haben Inflationslücken aus den Jahren 2022 und 2023, die wir fortlaufend mitschleppen und die bis heute trotz allen Bemühens auch des Landes Berlin nicht vom Bund in der Betriebskostenfinanzierungssystematik abgebildet wurden. Jetzt sehen wir, dass es in einer möglichen Koalition Einmalzahlungen geben soll, für die kommenden zwei Jahre insgesamt 4 Milliarden Euro. Das wäre natürlich schon eine tolle Entwicklung für die Krankenhäuser, aber ich rufe das Land Berlin dazu auf, sich jetzt einzusetzen, dass diese Zahlungen basiswirksam geleistet werden, damit wir die Lücke dann, nachdem die Wirkung verbraucht ist, nicht wieder mitschleppen. Insofern ist das eine Bitte an das Land Berlin und auch an die Mitglieder des Abgeordnetenhauses, sich jetzt in den weiteren politischen Diskussionen zwingend dafür einzusetzen.

Die Krankenhausplanung hat begonnen. Wir sind bereits seit Mai des letzten Jahres mit dem Krankenhausbeirat und dem angegliederten Fachausschuss Krankenhausplanung dabei, die neue Planung auch unter Berücksichtigung des Landes Brandenburg zu entwickeln. Jetzt haben wir Vorgaben durch das KHVVG und die Berliner Krankenhausgesellschaft sieht das als Chance, dass jetzt die zwingend notwendige Umstrukturierung, Fokussierung in der Krankenhausversorgung stattfinden kann. Wir haben alle gesagt: Weder haben wir die finanziellen Mittel noch die personelle Ausstattung, es kann so nicht weitergehen. – Insofern begrüßen wir das KHVVG. Wir erwarten uns als Krankenhäuser, als Träger, dass die neue Krankenhauslandschaft trägerplural aussieht. Wir denken, das ist ein Erfolgskonzept, dass wir kooperativ in vernetzten Strukturen arbeiten, dass wir modern sind und aber auch für Krisen und für die grundsätzliche Versorgung ausreichend aufgestellt sind: trägerplural, kooperativ, modern und ausreichend. Dementsprechend haben sich die Krankenhausträger Berlins schon auf den Weg gemacht und verabreden Kooperationen und entwickeln Modelle, mit denen dieser Anspruch durch eine Planungsbehörde auch umgesetzt werden kann. Diese sind schon ziemlich weit fortgeschritten.

Noch einmal komme ich auf den Zeitplan zurück. Wir müssten jetzt schon loslegen und haben die Hoffnung, dass es jetzt auch bald Gelegenheit gibt, konkrete Anträge zu stellen. Die müssen dann noch geprüft werden, und dann kann die Planungsbehörde ihre Gestaltungsarbeit machen. Dafür brauchen wir aber noch zwingend Voraussetzungen, um das verlässlich machen zu können. Wir brauchen eine detaillierte Bedarfsanalyse unter Einbeziehung ambulanten Potenzials. Diese Bedarfsanalyse liegt noch nicht vor, aber ich gehe davon aus, dass wir jetzt bald vom Land Berlin erfahren, was denn – und das ist der zweite Schritt – die Vision der Planungsbehörde sein soll. Wie sieht die Krankenhausversorgung aus Sicht des Senats aus? Darauf bauen wir und warten und hoffen, dass diese Vision jetzt auch bald kommt. Diese Einleitung der Prozesse ist dringend notwendig. Stand geltenden Gesetzes heute ist die Finanzierung ab dem 1. Januar 2027 auf ein neues System umgestellt, und um das erreichen zu können, haben wir enge Zeitpläne. Deswegen unser dringendes Bitten an die Senatsverwaltung, uns da jetzt Ihre Vorgaben zu machen.

Die Krankenhausreform muss auch eine Bürokratierreform sein. Die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten ersticken an der Last, und wir sehen leider, dass mit dem KHVVG und begleitenden Maßnahmen noch zusätzliche Bürokratielasten auf die Krankenhäuser zukommen. Wenn wir das Krankenhaussystem modern und effizient aufstellen wollen, dann brauchen wir dringend eine Entbürokratisierung. Wir sind als Berliner Krankenhausgesellschaft dankbar, dass das Plenum des Abgeordnetenhauses in der vorletzten Woche dazu auch einen Beschluss gefasst hat, bieten da unsere Antwort und unsere Zusammenarbeit an und geben das auch an

Sie als Mitglieder des Hohen Hauses, dass das von Ihnen aktiv betrieben wird. Wir haben hier auf Berliner Ebene Möglichkeiten zu entbürokratisieren, und diesen Schatz müssen wir gemeinsam heben.

Schließlich möchte ich noch zum Thema Transformationsfonds kommen. Da haben wir mit einigem Interesse gesehen, dass die neue Koalition in einem möglichen Papier für einen Koalitionsvertrag gesagt hat, dass bisher von der GKV zu stehende Bundesmittel für den Transformationsfonds nun doch aus einem Infrastrukturtopf kommen können. Wir sind auch sehr daran interessiert, dass diese 500 Milliarden Euro, um die es geht, auch für Krankenhäuser genutzt werden könnten, um zusätzliche Investitionen in Nachhaltigkeit, Klimaneutralität und aber auch in Krisenresilienz zu bringen. Da sehen wir, dass der Bund mit dieser Aussage seine Verantwortung für die Zukunft der Krankenhäuser jetzt ernst nimmt, den Transformationsfonds entsprechend gestaltet, und wir haben die Hoffnung, dass das Land Berlin diesen Schritt ebenso nachvollzieht und ausreichend Investitionen für den Wandel zur Verfügung stellt. Die Krankenhäuser sind zum Wandel bereit. Sie brauchen dabei klare Vorgaben der Entscheider. Es braucht Anreize und finanzielle Hilfe bei der Transformation. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank, Herr Schreiner! – Dann kommen wir zu Herrn Dr. Ruppert.

**Dr. Burkhard Ruppert** (Kassenärztliche Vereinigung Berlin): Erst einmal Entschuldigung, dass ich zu spät gekommen bin! Irgendwie hat mir der Verkehr heute ein Schnippchen geschlagen. – Vielen Dank für die Möglichkeit, auch hier als KV-Vertreter zu diesem Thema sprechen zu können! Ich denke, das Entscheidende ist, dass man hier wirklich in eine ehrliche Kommunikation mit den Patienten draußen kommt. Ich denke, der Elefant, der im Raum steht ist: Vor paar Wochen hätte ich noch gesagt, es ist das Geld und es ist das Personal. Vielleicht ist es im Moment nicht so sehr das Geld, weil wir gerade gehört haben, es kommen noch 500 Milliarden Euro herein, aber ich denke, trotz allem bleibt es ein finanzielles Problem für die Zukunft, vor allen Dingen dann, wenn wir an den Strukturen nichts ändern. Wir werden schon allein deswegen etwas an den Strukturen ändern müssen, und das betrifft sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich, weil wir in Zukunft einfach gar nicht mehr das Personal dafür haben.

Wir haben es auch mit einem demografischen Wandel zu tun, nicht nur bei den Patienten, die alle älter werden, sondern auch bei den Ärzten. Das heißt, etwa ein Drittel der Ärzte ist über 60 Jahre alt und viele werden in den nächsten Jahren aufhören, einfach altersbedingt. Was das bedeutet oder bedeuten kann, sehen wir schon im Ostteil der Stadt, in dem wir mittlerweile 130 freie Hausarztsitze haben und in dem wir tatsächlich Nachbesetzungsprobleme haben, obwohl wir das Ganze mit 60 000 Euro fördern. Das heißt, also auch die Frage, wie man damit im ambulanten Bereich umgeht, eröffnet ganz neue Fragestellungen, auf die ich gern dann bei den Fragen eingehen möchte. Das ist also der Elefant, und das bedeutet, dass wir uns auch der Bevölkerung gegenüber ehrlich machen müssen. Dass die Politik der letzten Jahrzehnte – so wie sie geführt wurde, auch im ambulanten Bereich, da seit 1993 mit der sogenannten Bedarfsplanung, die es nie wirklich war – immer der Versuch war, die Kosten letztlich nicht so aus dem Ruder laufen zu lassen und die Budgetierung, die noch dazugekommen ist. Das zu verändern, das passiert jetzt. Es ist bei den Kinderärzten passiert, das passiert jetzt bei den Hausärzten. Es muss, wenn das überhaupt greifen soll, um letztlich auch die Attraktivität der Niederlassung zu steigern, natürlich auch bei den fachärztlichen Praxen passieren.

Wir haben eine Vielzahl von Überschneidungen mit den Kliniken. Ich denke, die wichtigste Überschneidung, die wir haben, ist der Bereich der Akutversorgung. Wenn man sich vorstellt, in Deutschland werden pro Jahr insgesamt etwa 600 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte generiert, und davon ist ein Drittel, also 200 Millionen, akut. Wenn wir es also endlich schaffen würden, eine verbindliche Patientensteuerung hinzubekommen, das heißt, die Patienten so zu informieren, dass sie wissen, in welche Versorgungsstruktur sie gehören, indem sie vorher zum Beispiel bei der 116117 anrufen, dann würde das schon eine ganze Menge an Luft schaffen, in den Rettungsstellen der Kliniken, die ja immer wieder darüber schimpfen und auch besorgt sind, dass sie ihre Rettungsstellen damit obstruiert bekommen, indem sich Patienten dort aufhalten, die es dort eigentlich gar nicht geben muss. Wir könnten die Patienten deutlich besser, auch in den Praxen, unterbringen durch die frei werdenden Valenzen, die eine verbindliche Patientensteuerung schaffen würden. Weil alles nichts ist, wenn wir das nicht regeln, wenn wir immer nur Regelungen auf dem Anbietermarkt machen – ich sage es einfach einmal so. Das heißt, wenn der Anbietermarkt hochreguliert ist, und das ist er in Deutschland durch vielfältige Maßnahmen, aber die, die nachfragen, nicht reguliert sind, dann haben wir ein Problem. Das ist das, was wir als KV immer wieder sagen und worauf wir immer wieder hinweisen.

Wir können uns wunderbare Dinge überlegen. Sie wissen, dass wir als KV Berlin mittlerweile KV-Praxen eingerichtet haben, um im Ostteil der Stadt die ambulante Versorgung zu verbessern, um auch letztlich die Kliniken zu entlasten. Wir haben DispoAkut, jetzt wollen wir das in der dritten Klinik machen. DispoAkut bedeutet, wir versuchen, die Patienten wieder aus den Rettungsstellen herauszuholen, indem wir mit Kooperationspraxen zusammenarbeiten – hochkomplex, gar nicht so einfach durchzuführen. Wir haben die strukturierte medizinische Ersteinschätzung bei der 116117 eingeführt, um Patienten besser steuern zu können. Das heißt, wir haben unsere Hausaufgaben gemacht in der KV Berlin. Jetzt ist es an der Politik, sich ehrlich zu machen und zu sagen: Okay, wie gehen wir denn jetzt mit dem um, was wir haben, das heißt mit dem Personal, mit dem Geld, mit den Menschen, mit denen wir es zu tun haben? Da haben Sie uns auf jeden Fall auf Ihrer Seite, wenn es darum geht, das Ganze funktionierend zu bekommen. Die Frage der Digitalisierung spielt hier noch eine ganz wichtige Rolle. Unser Credo ist, die Reihenfolge muss heißen: Digitalisierung vor ambulanter Versorgung, vor stationärer Versorgung. – Wir haben dafür schon gesorgt, indem wir zum Beispiel in den Praxen jetzt den Akutbutton auf den Homepages eingeführt haben. Das heißt, die Patienten können über diesen Akutbutton sich über die selbst durchgeführte strukturierte medizinische Ersteinschätzung einschätzen lassen und dann direkt in dieser Praxis oder in umliegenden Praxen einen Akuttermin bekommen. Das Ganze existiert schon, aber es ist freiwillig, und insofern bleibt abzuwarten, wie das funktioniert.

Ein weiteres Beispiel ist die sogenannte Fast Lane, das heißt, wir geben Patienten über die Leitstelle, wenn wir sie strukturiert medizinisch als Akutfall eingeschätzt haben, einen Termin in einer Rettungsstelle. Noch einmal: Es geht immer darum, die Klinik-Rettungsstellen zu entlasten. Wir haben aber gemerkt, dass selbst wenn wir das tun, die sogenannte No-show-Quote bei etwa 20, 25 Prozent liegt. Es fehlt die Verbindlichkeit. Wir brauchen Verbindlichkeit im System, nicht nur Verbindlichkeit aufseiten der Anbieter, sondern eben auch auf Seiten derer, die die Versorgung wollen, weil wir es sonst in den nächsten Jahrzehnten nicht hinkommen werden, die Versorgung der Menschen zu bieten, so wie sie sie gewohnt sind. Es bedarf eines Umdenkprozesses, gerade auch was die Krankenhausplanung betrifft.

Lassen Sie mich noch eine Sache ganz kurz erwähnen. Ich habe ein bisschen die Sorge, wenn man jetzt wieder sehr viel Geld in das System hineingibt, ohne dass man klar macht, wofür das Geld konkret da ist, dass das etwas den Reformdruck nehmen könnte. Ich sage es einfach einmal so, und insofern glaube ich, mich mit der Berliner Krankenhausgesellschaft sehr gut committed zu haben, dass wir hier eine hohe Bereitschaft wahrgenommen haben, hier einen gemeinsamen Weg gehen zu wollen. Das ist unser Angebot, auch an alle Player im Gesundheitswesen, hier den gemeinsamen Weg zu suchen, weil wir das nur gemeinsam schaffen werden. So, jetzt höre ich auf.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Frau Leyh!

**Gabriela Leyh (BARMER):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Staatssekretärin! Sehr geehrte Abgeordnete im Abgeordnetenhaus von Berlin! Vielen Dank für die Einladung, der ich gern zu diesem wichtigen Thema gefolgt bin!

Die Krankenhausreform bietet die Grundlage für eine qualitäts- und bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in Berlin, bei denen personelle, operative und finanzielle Ressourcen konzentriert und dadurch optimal genutzt werden können. Die Krankenkassen weisen seit vielen Jahren darauf hin, dass eine Krankenhausreform überfällig ist. Die stationären Versorgungsstrukturen müssen modernisiert werden. Notwendig ist eine stärkere Bedarfs- und Qualitätsorientierung. Der Berliner Krankenhausgesellschaft – BKG – zufolge schreiben etwa 70 Prozent der Berliner Krankenhäuser derzeit rote Zahlen. Strukturelle Veränderungen sind erforderlich, um die Effizienz angesichts der knappen finanziellen und personellen Ressourcen zu steigern.

In den Verhandlungen zur Umsetzung des KHVVG ging es um ein nicht enden wollendes Tauziehen zwischen Bund und Land. Der Bund war bereit, mehr Verantwortung und auch Kritik zu übernehmen, die Länder wollten dies nicht. Sie wollten die Verantwortung für die Krankenhausplanung unbedingt und vollständig im Land behalten. Daher ist es angezeigt, dass die Länder nun die Krankenhausplanung in Angriff nehmen. Dabei muss die Krankenhausplanung verbunden mit der Vergabe der Leistungsgruppen regional regelmäßig an die tatsächlichen Versorgungsbedarfe angepasst werden. Perspektivisch sollte eine regionale, sektorenübergreifende Bedarfsplanung eingeführt werden. Im Land Brandenburg hat das Land frühzeitig eine Versorgungsbedarfsanalyse initiiert. In Berlin wurde eine solche Versorgungsbedarfsanalyse im Krankenhausbeirat im vergangenen Jahr angekündigt. Bislang liegen den Krankenkassen hierzu keine weiteren Informationen vor.

Versorgungsbedarfsanalysen sind richtig und wichtig. Ihnen muss allerdings eine Bedarfsentwicklung folgen sowie unbedingt ein Versorgungssicherheitsversprechen. Es muss verankert werden. Wichtig ist, gegebenenfalls im Rahmen von Monitorings, zu verfolgen, ob die Patientinnen und Patienten auch tatsächlich entsprechend dem bestehenden Bedarf versorgt werden. Im ambulanten Bereich gilt hierzu ein Sicherstellungsauftrag der KV. Dass der aufgrund des demografischen Wandels auch an seine Grenzen gerät, wissen wir alle.

Elementar in der Krankenhausplanung ist, dass die Länder ihre Investitionskostenfinanzierung vollständig für alle, und das betone ich besonders in Berlin, im Krankenhausplan befindlichen Krankenhäuser in gleicher Weise nachkommen müssen. Wer Krankenhäuser und Standorte plant, muss auch sicherstellen, dass diese Krankenhäuser betrieben werden können, zukunftsfähig und qualitätsgesichert, auch in der Pflege. Die vom Gesetzgeber im Rahmen des KHVVG konzipierte Vorhaltevergütung muss so verteilt werden, dass eine Spezialisierung und Konzentration aller Ressourcen möglich ist. Noch immer werden Leistungen in Krankenhäusern erbracht, die nicht dafür spezialisiert sind. In einer Stadt wie Berlin sollten Spezialisierung und Konzentration gut umgesetzt werden können. Anders als im ländlichen Raum wird das Thema der Trägerpluralität gegebenenfalls eine Herausforderung darstellen. Daher sollten die Gespräche über die künftige Erbringung stationärer Leistung rechtzeitig und konkret mit allen Krankenhausträgern beginnen und die Krankenkassen hier auch mit einbezogen werden. Inakzeptabel ist es, wenn die Krankenhäuser selbst ihre eigene Krankenhausplanung festlegen.

Anders als das Land Brandenburg organisiert, fand im Land Berlin eine letzte Fachausschusssitzung zur Krankenhausplanung am 28. November 2024 statt. In dieser Fachausschusssitzung wurden die Teilnehmenden darüber informiert, dass von 61 angefragten Krankenhausstandorten 56 zu den Vorstellungen der Leistungsgruppen geantwortet haben und 55 dieser Blätter ausgewertet werden konnten. Gestatten Sie mir zwei zutreffende Aussagen aus der Sitzung vom 28. November 2024 hier vorzutragen: Der zunehmende Fachkräftemangel und die Kosten stellen uns vor hohe Herausforderungen. Wenn alles beim Alten bleibt, droht gegebenenfalls eine kalte Strukturbereinigung. Angekündigt wurde am 28. November, dass weitere Termine für Fachausschusssitzungen folgen werden, mit folgenden Themen: Notfallversorgung, Methodik mit dem Medizinischen Dienst, Koordinierung und Vernetzung. Wir sind in Sorge, und wünschen uns, dass diesbezüglich weitere Aktivitäten folgen, sodass die Krankenkassen als unmittelbar Beteiligte im Planungsprozess transparent und kontinuierlich mitgenommen werden.

In Berlin stellt sich wie in allen anderen Ländern auch die Frage des Zusammenwirkens mit dem niedergelassenen Bereich. Die Ambulantisierung ist ein wesentlicher und dauerhafter Bestandteil der Reformbestrebungen. Deshalb sprechen wir uns auch für die regionale Versorgungsplanung aus, und dazu sind auch erste Ansätze im KHVVG vorhanden. Zusätzliche Fragen sind zum Beispiel: Wie werden sich Qualitätsvorgaben entwickeln, und wie passt das Thema Fachkräfteentwicklung und Fachkräftesicherung zur Krankenhausplanung? Alle brauchen Planungssicherheit, Mut für Veränderungen und Umstrukturierungen, und die Rolle der Beteiligten muss klar definiert werden. Die Bezirke müssen mitgenommen werden. Ebenfalls müssen strukturelle Veränderungen in der Bevölkerung nachvollziehbar kommuniziert werden. In Brandenburg wissen die Krankenhäuser zum Beispiel, dass erste Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst bereits im Juli 2025 starten und Ende Oktober abgeschlossen sein sollen. Die Planung in Berlin sieht vor, dass die Beauftragung des Medizi-

nischen Dienstes Ende September beginnen soll. Das heißt, Brandenburg ist in dem Zeitplan schneller.

Angesichts der finanziell dramatischen Lage der gesetzlichen Krankenversicherungen ist Handeln mit Augenmaß angezeigt. Die Grundsätze der gemeinsamen Krankenhausplanung zwischen Berlin und Brandenburg müssen wieder mehr in den Vordergrund gerückt werden. Hier geht es nicht um die Berücksichtigung der Pendler, sondern um die Ausrichtung einer gesamten Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Da alles mit allem zusammenhängt, braucht es vor allem auf der Bundesebene auch eine Notfallreform und ein Pflegekompetenzgesetz, damit die Strukturbemühungen auch umgesetzt werden können. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann sage ich kurz etwas zur Zeitplanung. Ich fände es toll, wenn wir es schaffen, um 11.30 Uhr fertig zu sein. Dann hatten wir anderthalb Stunden für die Anhörung zur Krankenhausreform und hätten noch bis zu einer Stunde für Long Covid. Wir müssen dann aber darüber sprechen, wie wir mit den anderen Punkten umgehen. Das sage ich schon einmal an alle, dass Sie in sich gehen und überlegen, wie wir mit den restlichen Punkten umgehen. Das sind die Gesetze und die Petitionen. Ich glaube, dass wir dann eigentlich nur die Gesetze schaffen und die Petitionen im Zweifel schieben. Ich würde das in einer halben, Dreiviertelstunde entscheiden, nur dass alle schon einmal in sich gehen können und überlegen, wie wir das Ganze auflösen.

Dann habe ich jetzt eine Redeliste und starte. – Frau Pieroth, Sie haben das Wort!

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Ich hake der Reihe nach ein bisschen nach: Herr Ziske, können Sie in Bezug auf die Betriebskosten etwas für die Bedarfsplanung in Berlin empfehlen, wie wir das ganze Thema angehen? Ich will voranstellen, dass meine Hauptfragen eigentlich an den Senat gehen. Wie Frau Leyh auch gerade noch einmal richtig zusammengefasst hat, da ist es besonders wichtig, auf diese Versorgungsbedarfsanalyse einzugehen, zu fragen – Zeitplan –, wann die vorliegt und dann vor allem die Bedarfsentwicklung, die folgen muss, in Aussicht zu stellen. Ich meine, ein Hauptpunkt der Reform ist die Ambulantisierung, und darauf muss vielleicht Herr Dr. Ruppert noch einmal eingehen, wie wir die Verknüpfung des ambulanten und stationären Bereichs – – Da fand ich es sehr gut, dass Sie Digitalisierung vor ambulant, vor stationär, vielleicht noch einmal erklären, wie verschiedene Patentinnengruppen da geleitet werden in Bezug auf – – Ich stelle mir gerade meine 88-jährige Mutter vor, die dann mit dem Akutbutton umgeht. Egal, wen ich spreche, die Telefonnummer 116117 ist bei Patentinnen immer noch nicht bekannt. Sie haben auch gesagt: Bei der Regulierung der Anbieterinnen müssen wir das in der Folge entsprechen matchen. – Aber darauf bitte noch einmal eingehen!

Frau Leyh, wenn Sie ein bisschen auf die Klage zum Transformationsfonds eingehen. Insgesamt würde ich gern vom Senat wissen, wie es da um die Klage der Freigemeinnützigen steht, inwieweit das auf den Krankenhausplan auch noch Auswirkungen hat. Ich habe gehört, dass unsere Landeseigenen eigentlich, ich sage es ein bisschen leger, so weitermachen wie bisher. Wir haben jetzt gesehen, das Geld ist da. Wir müssen das mit den Fachkräften hinbekommen. Was bietet der Senat an Unterstützung? Es wurde das 90a-Gremium angesprochen. Wir haben ein Beispielland in der Flächenversorgung, das das, was ich jetzt angesprochen habe, schon erarbeitet hat. Wie werden auch die freigemeinnützigen Häuser beziehungsweise die Träger-

vielfalt entsprechend unterstützt? Gibt es da auch Überlegungen die mit den Landeseigenen zu verknüpfen? – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Zander!

**Christian Zander (CDU):** Vielen Dank! – Ich habe mir einige Fragen notiert, und sehen Sie es mir nach, wenn einige vielleicht komisch klingen, aber ich finde, es sind immer noch viele Unklarheiten da, und deshalb möchte ich diese Fragen auch loswerden. Zum einen haben wir gehört, es gibt unterschiedliche Zeitpunkte, wann die Medizinischen Dienste in Berlin und Brandenburg zur Arbeit schreiten, deshalb möchte ich fragen: Ergeben sich daraus irgendwelche Konsequenzen oder ist es dann ein bisschen schwieriger in Sachen gemeinsamer Planung zu Ergebnissen zu kommen, verschiebt sich das alles oder wartet Brandenburg dann auf Berlin, und was bedeutet das Ganze?

Herr Ruppert, Sie haben im Wesentlichen auf die Akutversorgung von Patienten mit den Überschneidungen zwischen Klinik und Niedergelassenen verwiesen. Deshalb meine eine Frage: Ursprünglich war auch eine Reform der Notfallmedizin geplant. Die kommt erst einmal noch nicht so. Deshalb würde ich gern wissen, inwiefern die Krankenhausreform, ohne dass die Notfallreform da ist, Auswirkungen auf das Angebot an Rettungsstellen in Berlin hat. Gibt es darüber auch mit den angeschlossenen Abteilungen, die so etwas voraussetzt, eventuell auch Auswirkungen, dass einige Kliniken zum Beispiel das Angebot nicht mehr machen werden, weil dann gewisse Voraussetzungen dabei sind, welche Abteilungen man vorhalten muss, und wenn man dann das über die Leistungsgruppen nicht mehr abbilden kann, dass es dann eventuell auch entfallen kann?

Noch einmal zu den anderen Überschneidungen der Kliniken und der Ambulantisierung: Was bedeutet denn jetzt Ambulantisierung im Ergebnis? Wenn Herr Dr. Ruppert sagt, dass wir in einigen Bezirken, Versorgungsregionen im Ostteil der Stadt nicht mehr alle Hausarztpraxen besetzen, ist die Antwort nicht, dass die Leute aus den Kliniken in die Hausarztpraxen gehen, wo sie auch gar nicht da sind, aber bedeutet Ambulantisierung dann auch nur, dass Menschen nicht mehr aufgenommen werden, übernachten, sondern dass die ambulante Versorgung an Noch-Krankenhausstandorten stattfinden, dann über Hybrid-DRG abgerechnet wird und es nachher vielleicht in anderen strukturschwachen Regionen so ist, dass Personen, die eigentlich in einer Praxis behandelt werden müssten, dann in einen solchen Krankenhausstandort gehen und dann für eigentlich noch viel mehr Geld, weil Hybrid-DRGs teurer sind, dann dort versorgt werden, dass also nicht nur bei der Akutversorgung nachher Flucht in die Kliniken passiert, sondern auch noch bei der Regelversorgung? Wie schätzen Sie das Ganze ein?

Dann eine Frage zu den Bedarfen: Herr Zaske, Sie haben gesagt, wir müssen uns anschauen, wie die Bedarfe in der Zukunft sind. Wenn ich mich jetzt nicht ganz irre, ist es aber so, dass viele Berechnungen – ich glaube bei Leistungsgruppen, aber auch bei der Finanzierung der Krankenhausreform – auf Fallzahlen beruhen, die in der Vergangenheit liegen. Wie kann man das auflösen? Welche Probleme gibt es dabei, wenn man die Basis der Fallzahlen in der Vergangenheit hat, aber man zukünftige Bedarfe abbilden will? Kommt es da zu Schwierigkeiten, zu Defiziten?

Dann zu der Frage der Leistungsgruppenzuordnung: Es steht noch im Raum, ob man bei den Leistungsgruppen noch etwas verändert und ob noch weitere Leistungsgruppen dazukommen.

Immer wieder hört man von Menschen, die in den entsprechenden Fachabteilungen in den Kliniken sind, dass es bei ihren Bereichen Probleme gibt, weil zum Beispiel Fälle nicht bei den Leistungsgruppenzuordnungen berücksichtigt werden, weil es früher über andere Schlüssel abgerechnet wurde, zum Beispiel bei der Nephrologie, bei der immer nur ein Teil der Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet wird, weil einige Bereiche über andere Schlüssel abgerechnet werden. Wie kann man dieses Problem auflösen? Welche Leistungsgruppen sind Ihrer Kenntnis nach davon betroffen, bei denen es Probleme gibt, die Zahlen den Leistungsgruppen richtig zuzuordnen?

Als Letztes die Frage zu den Kooperationen: Herr Schreiner, Sie haben gesagt, Sie wünschen sich ein bisschen mehr Druck und Drive, dass wir auch jetzt schon mehr machen, dass die Krankenhäuser weiter vorankommen können, bis sie, auch bei der Frage der Kooperationsbildung, wissen, was das Land Berlin als Ziel vorgibt. Sie haben gesagt, Sie wollen eine Vision der Planungsbehörde haben. Bei den Kooperationen spielen auch die Regionen eine Rolle. Die sind im Flächenland Brandenburg leichter zu definieren als im Land Berlin, deshalb war es auch hier wichtig, dass die Träger in bestimmten Bereich Berlins – nicht nur in Bezirken, sondern auch Regionen – irgendwie wissen sollen, wie das Versorgungsangebot in diesen Regionen dargestellt werden soll. Erst dann ist es nach meiner Einschätzung möglich, detaillierter über Kooperationen nachzudenken. Das heißt: Wann kann man denn damit rechnen, dass man sagt: Also wenn es verschiedene Träger gibt, die sprechen über Kooperationen und sagen: Ich habe die Abteilung, du hast die. Bei mir reichen hier die Fallzahlen nicht aus, bei mir habe ich nicht die Fachärztequote, die erfüllt werden muss. Können wir da irgendwie tauschen? Was wird da überhaupt erwartet? Oder bekomme ich das von einer anderen Klinik? Machen wir von den Universitätskliniken vielleicht die Feld-, Wald- und Wiesenmedizin, dass wir die an die Kliniken verlagern?

Wann kann man damit rechnen, dass das Ganze konkreter wird, dass sich die Kliniken auch auf den Weg machen können? Wie wird damit umgegangen, weil es ja um Qualitätssicherung, um Spezialisierung und um Fallzahlen geht, wenn mehrere Kliniken in einer Region die ganzen Quoten nicht erfüllen, aber sie sie dann erfüllten würden, wenn sie kooperieren beziehungsweise, wenn sie etwas an einer Klinik konzentrieren? Wie funktioniert das Ganze? Wir haben drei Kliniken, die alle nicht die Voraussetzungen erfüllen, aber wenn zwei Kliniken das an eine andere Klinik abgeben, dann haben wir genug Fallzahlen, und dann wäre auch die Spezialisierung, Qualitätssicherung möglich. Wie wird damit umgegangen und wie können die Kliniken das ideal vorbereiten, damit das alles bis zum Sommer fertiggestellt werden kann? – Das war es erst einmal.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herr Schatz!

**Carsten Schatz (LINKE):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielleicht noch vorweg: Mein Vorschlag wäre, dass wir in der Tat heute nur eine Runde machen, dann irgendwie die Antworten bekommen, uns dann ganz intensiv unserem zweiten Termin und dann einem dritten Auswertungstermin widmen, bei dem wir dann die Wortprotokolle vorliegen haben und das dann auch alles intensiv diskutieren können. Insofern würde ich mich heute auf Fragen beschränken – das sind eine ganze Reihe.

Ich fange an: Mich interessiert an erster Stelle: Wie ist das denn jetzt, plant der Senat denn solch einen Prozess der Erfassung und Analyse der Versorgungsbedarfe? Sollen sozialräumli-

che, demografische Versorgungs- und Gesundheitsdaten einbezogen werden? Wir haben so etwas aus Brandenburg gehört. Wenn wir etwas Gemeinsames machen wollen, dann sollten wir auch eine gemeinsame Grundlage haben, sonst taugt das Wort gemeinsam an der Stelle nicht.

Das führt zur nächsten Frage: Welche Schritte sind denn in der Zusammenarbeit mit Brandenburg konkret geplant? Wann soll denn aus Sicht des Senats diese gemeinsame Planung mit Brandenburg abgeschlossen sein? Wir haben ja gehört: Brandenburg scheint schneller zu sein. Welche Rolle spielt dabei das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, und was plant der Senat da? Welche Maßnahmen plant der Senat, um die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Krankenhausträgern zu verbessern? Das scheint ein Schlüssel zu sein. An der Stelle will ich eine Frage vorziehen, die auf meinem Zettel weiter hinten steht: In der Tat interessiert mich der Stand der Gespräche im Zusammenhang mit der Klage, die von einigen Krankenhausträgern eingereicht wurde, weil Kooperation und Vernetzung eine wesentliche Ressource sind, dass wir effizienter werden können, wie wir das bei allen Beteiligten gehört haben, dass das ein Ziel ist.

Dann interessiert mich der Stand der Definitionen der Qualitätskriterien und Leistungsgruppen. Also wenn ich jetzt gehört habe, dass das erst zum Ende des Jahres in Berlin stattfinden soll und dann noch die Prüfung kommt, wenn wir den 1. Januar 2027 als Termin haben, wird mir angst und bange. Insofern frage ich, wie es da terminlich aussieht.

Dann natürlich eine ganz wesentliche Frage: Wir haben jetzt immer über Betriebskostenfinanzierung geredet. Unsere Rolle als Land ist im Wesentlichen Investitionsfinanzierung, also interessiert mich auch noch einmal von Herrn Schreiner: Wie schätzen Sie denn den aktuellen Investitionsstau ein? Welche konkreten Auswirkungen befürchten Sie bei der Kürzung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung? Mit dem Nachtrag sind beispielsweise Lücken entstanden, bei denen so ein bisschen nebulös von alternativen Finanzierungsformen geredet wird, aber zumindest bei mir hat sich der Nebel noch nicht gelichtet. Ich kann da nichts erkennen, aber vielleicht haben Sie da Informationen.

Transformation und Strukturwandel sind natürlich wesentlich Fragen. Welche Umstrukturierungsmaßnahmen zur neuen Levelstruktur I, II und III sind denn notwendig, und sind diese in ausreichender Weise gegenfinanziert? Jetzt haben wir gelernt, dass der Transformationsfonds nicht mehr von den gesetzlichen Krankenversicherungen bestückt werden soll, sondern der Bund wird das offensichtlich aus dem Sondervermögen machen. Ich fürchte, bei den Ländern wird das auch so sein, denn woher soll das Geld sonst kommen? Wir haben jetzt die Grundlage mit der Verordnung, aber wann kann denn damit gerechnet werden, dass Geld aus dem Transformationsfonds an die Häuser fließt – und wofür genau?

Ambulantisierung wurde angesprochen, aber es geht ja eigentlich darum, dass wir auch eine Anpassung der ambulanten Versorgung hin zu einer sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung brauchen. Welche Schritte sind denn da aus Ihrer Sicht notwendig?

Wir hatten mit der Ankündigung der DRK-Schwesternschaft, den Standort in Westend teilweise und Mitte ganz zu schließen, die Situation, dass wir momentan sozusagen schon Strukturwandel sehen, ohne dass irgendetwas geplant ist, sondern der passiert einfach. Mich inte-

ressiert: Welche Kliniken sind denn aus Ihrer Sicht momentan tatsächlich bedroht, und wo müssen wir dann noch nachlegen?

Ein Krankenhaus, das uns immer wieder beschäftigt hat – das knüpft noch ein bisschen an die Frage der Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern an, die ich vorhin schon gestellt habe –: Wie ist denn beispielsweise der Stand beim Jüdischen Krankenhaus in der Kooperation mit anderen Krankenhäusern, beispielsweise mit Vivantes. Das waren meine Fragen. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Danke schön! – Dann Frau König!

**Bettina König (SPD):** Es wurde jetzt schon sehr viel angesprochen, und aufgrund unserer vollen Tagesordnung fasse ich mich sehr kurz. Meine Fragen richten sich ausschließlich an den Senat. Ich hätte einfach gern einen Iststand zur Krankenhausplanung, auch gern hinterlegt mit einem Zeitplan. Das Thema Bedarfsanalyse wurde angesprochen. Mich interessiert auch, auf Grundlage welcher Kriterien das erfolgt. Zum Transformationsfonds hätte ich auch gern konkretere Informationen, wenn Ihnen als Senat denn schon welche vorliegen, mit wie viel Geld die Häuser da zu rechnen haben. Bei dem ganzen Thema interessiert mich auch, inwieweit das Zusammenwirken mit dem ambulanten Bereich mitgedacht wird, und in dem Zusammenhang das Thema Entlastung der Rettungsstellen und gegebenenfalls Ausbau von Notdienstpraxen an den Krankenhäusern eine Rolle spielt. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Ubbelohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Es wurden schon einige Fragen gestellt. Ich will mich deswegen sehr kurz fassen und die Fragen, die ich habe, dafür sehr spezifisch im Detail stellen. Ich hätte gern gewusst, welche Rechtsverordnungen bereits erlassen wurden, welche Rechtsverordnungen in Kürze anstehen, was folgende Punkte beinhaltet: erstens, die Mindestvorhaltezahlen, zweitens, die Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen, drittens, die Zuordnungen für die Leistungen zu den Leistungsgruppen. Ich würde gern wissen, welche Übergangsfristen in der Finanzierung der Krankenhäuser bis zum Greifen der Krankenhausreform vorgesehen, geplant sind und wie sie finanziert werden sollen.

Ich hätte gern von Frau Leyh gewusst, wie Sie als gesetzliche Krankenversicherung bei der Betrachtung der Beitragsentwicklung und der notwendigen Finanzierung der vielen Baustellen im ambulanten und stationären Bereich mit versicherungsfremden Leistungen umgehen, die immer noch von Krankenkassen bezahlt werden, um auch Einsparungen auf Ihrer Seite vorzunehmen, und zum Zweiten, wie Sie zum Zusammenschluss von Krankenkassen stehen, um – Sie haben sich vorhin kritisch zur Trägervielfalt der Krankenhäuser geäußert – hierbei auch zu Effizienzverbesserungen und Einsparungen zu kommen?

Was die Krankenhäuser anbelangt, Herr Schreiner, habe ich eine Frage an Sie, und zwar aus Ihrem Lexikon heraus, das Sie zur Übersicht über die Fragestellung der Krankenhausreform online gestellt haben. Da schreiben Sie, dass das Fachwissen und die Ausstattung bei Krankenhäusern, die ambulante Leistungen erbringen sollen, andere sind als in den Praxen draußen. Wieso ist das Ihrer Meinung nach so, und wie unterscheidet sich das? Das hätte ich gern gewusst. Das sind die Fragen, und ich freue mich auf die Antworten. – Danke schön!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Jetzt habe ich mich noch einmal ganz kurz gemeldet, und dann kommen wir zu den Anzuhörenden.

**Silke Gebel (GRÜNE):** Herr Ruppert, Sie haben gesagt: Wir müssen die Patientensteuerung besser und verbindlicher hinbekommen. – Wir waren in Kopenhagen. In Kopenhagen ist es so, dass bestimmte Rettungsstellen Patienten nicht aufnehmen, weil die sagen: Wir sind hochspezialisiert. Du bist 300 Meter weiter an der Reihe. Sollten wir das auf Berlin übertragen, und wenn ja, wie? Das heißt also, die Senatsverwaltung würde im Krankenhausplan fünf spezialisierte Krankenhäuser definieren. Sie haben dann keine Rettungsstelle mehr und dürfen nicht mehr von den Krankenwagen angefahren werden, sondern nur noch die anderen Krankenhäuser dürfen dann diese Krankenhäuser anfahren. Mich würde interessieren, was da Ihre Empfehlung ist. Die Frage würde ich auch an Herrn Zaske, aber auch an Herrn Schreiner geben, ob Sie das, a, in Brandenburg so machen, und, b, Herr Schreiner, wie Sie das dann in diesen Prozess mit aufnehmen und hineingeben würden.

Zweite Frage: Frau Leyh, Sie haben gesagt: Die Kliniken machen gerade die Krankenhausplanung selbst. – Ich meine, das kann man auch in der Zeitung lesen. Meine Frage ist: Wie verhindert man das? Hätte man sagen sollen?: In diesem Jahr gibt es keine Investitionsmittel, die sind alle on Hold. Die gibt es dann Ende des Jahres auf Grundlage des Krankenhausplans – also eine ketzerische Frage.

Herr Zaske, wie machen Sie das in Brandenburg? Machen die Kliniken da ihre eigene Krankenhausplanung und stellen Sie vor vollendete Tatsachen? Ich höre von Kliniken, die die Leiharbeit komplett abziehen, dann die Station einfach schließen und auf die Bilanzseite herüberbringen, was sie können, und wir dann im Zweifel Ende des Jahres nicht nur acht Krankenhäuser haben, die in einer finanziellen Schieflage oder in einem Insolvenzverfahren sind, sondern vielleicht sogar mehr.

Deswegen, Herr Schreiner: Was wollen Sie uns als Politik und auch als Erwartung an die Senatsverwaltung mitgeben, von dem Sie sagen, damit die Krankenhäuser ihre Krankenhausplanung nicht selbst machen, braucht es jetzt das von der Politik. Ich habe verstanden: Die letzte Sitzung des Krankenhausbeirats war im November. Sie haben aber auch gesagt, dass es eigentlich einen guten Prozess gibt, aber wie bekommt man das zusammen, damit die Krankenhausplanung durch den Senat gemacht wird und nicht durch einzelne Akteure?

Die Steuerung der Ambulantisierung: Dazu hat Herr Zander auch schon sehr viel gefragt. Mich würde wirklich interessieren: Was ist die Rolle der Krankenhäuser? Warum sollen Krankenhäuser ihr teures stationäres Personal in eine ambulante Versorgung stecken, und wie finanzieren sie das? Was soll das Land, was soll der Senat machen, damit das funktioniert?

Auch die Frage an Herrn Dr. Ruppert: Sie machen ja die Planung der ambulanten Versorgung als KV. Auf die Anfragen, die wir als Grüne gestellt haben, wurde vom Senat immer verwiesen: Wir können keine ambulante Bedarfsplanung machen, weil wir nicht zuständig sind. – Ich glaube, dass die Bürgerinnen und Bürger kein Zuständigkeitspingpong wollen, sondern – Sie haben es gesagt – man es gemeinsam machen muss. Das heißt: Was braucht es, damit wir eine gemeinsame ambulante Bedarfsplanung haben, die dann die Lücken in der Krankenhausplanung schließt? Wenn Krankenhausträger sagen: Wir lassen unsere Leistungen wegfallen –, die dann trotzdem erbracht werden, weil ich glaube, die Bürgerinnen und Bürger brauchen ja eine gute Gesundheitsversorgung.

Es wäre auch die Frage an Frau Leyh: Wo haben Sie gesehen, dass diese Ambulantisierungsprozesse so gesteuert sind, dass das, was stationär weggefallen ist, ambulant aufgefangen wird? Was würden Sie uns als Politik mitgeben, dass Sie sagen: Das muss jetzt im Prozess stattfinden?

Als letzte Frage: Es wurde angesprochen, dass es kein Ziel bei der Krankenhausplanung gibt, und wir haben den Engpass beim Personal. Sollte man die Krankenhausplanung nach dem Personal machen, das man hat, oder sollte man sie nach der Gesundheitsversorgung machen, die erbracht werden muss? Das wäre eine Frage, die ich gerne an alle geben will – was da Ihre Zielsetzung ist–, und auch an Herrn Zaske, was Ihr Ziel in Brandenburg ist. Das gebe ich aber auch sehr gern an den Senat, was denn das Ziel des Berliner Krankenhausplans seitens des Senats ist.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Jetzt kommen wir zur Beantwortung der Fragen. Dann fangen wir mit Herrn Zaske an!

**Michael Zaske (MGS):** Vielen Dank für die Fragen, die ins Schwarze treffen, wie die Versorgung in Zukunft gestaltet werden soll! – Ich möchte zunächst sagen, die Frage war ja: Wer macht die Krankenhausplanung? – Juristisch: das Land, aber physisch: die Akteure gemeinsam. Wir haben einen Begriff geprägt – Triple-G: Gesundheit gemeinsam gestalten. Das muss sich für die Zukunft allen einbrennen. Wir können die Gesundheit nicht mehr nur aus dem Blickwinkel einer Trägergruppe, eines Sektors, einer Arztgruppe oder einer kleinen Region sehen, sondern wir müssen Gesundheit gemeinsam gestalten. Wir müssen Versorgung neu denken, wie Frau Leyh auch treffend gesagt hat. Wir müssen das Versprechen der Versorgungssicherheit abgeben und das Wie gemeinsam gestalten. Das muss als Leitmotiv über allem stehen. Wir müssen aus Schützengräben heraus, wir müssen neu denken.

Wir müssen uns an dem realen Versorgungsbedarf orientieren. Die Frage, wie wir zu dem realen Versorgungsbedarf kommen, die Frage nach den Analysen wurde von mehreren gestellt. Dazu komme ich gleich methodisch, aber erst einmal zum Geld: Es wurde die Frage nach Betriebs- und Investitionskosten gestellt. Wie wird das sein? Ich habe im Eingangstatement kurz gesagt, dass bei den Betriebskosten eine systematische Lücke ist. Die Zuständigkeit dafür liegt beim Bund. Das sollte man auch nicht vermischen. Dieses Thema muss

vom Bund gelöst werden. Das Land kann in die Pflicht einer ausreichenden Investitionsfinanzierung genommen werden. Es ist kein Geheimnis, dass wir in Brandenburg 8 Prozent Investitionsförderquote für notwendig und angemessen halten, um die Kliniken bei Betriebskosten nicht weiter zum Sparen anzuhalten. Aber Herr Ruppert hat gesagt: Es hilft nichts, einfach immer nur mehr Geld für das System zu fordern, sondern wir müssen auch über Strukturen nachdenken. Veränderung heißt auch, die Fixkostenblöcke in den Kliniken zu senken, sprich weniger stationär, mehr ambulant, mehr Pflege, mehr digital. In die Richtung – ich kann es jetzt aus Zeitgründen nicht ausführen – muss es als Zielvorstellung gehen.

Wir haben in fünf Regionalkonferenzen in den letzten zwei Wochen noch mal mit allen gesprochen: Was heißt das denn für die Planungsprozesse der Zukunft? Wer muss mit wem weiterreden? Da sind wir unter anderem auf ein Thema gekommen, dass wir nicht nur die Versorgung in Kooperation denken müssen, sondern auch die Weiterbildung. Es wird oft vergessen, dass sich auch die Fachkräftesicherung, die Weiterbildung der schönen, neuen Planungswelt anschließen muss. Das heißt, ich habe mit dem Präsidenten der Ärztekammer verabredet, im nächsten Monat oder Ende des nächsten Monats einzuladen, um genau zu sagen, wie wir zu neuen Kooperationsformen in der Weiterbildung kommen – auch ein wichtiges Thema.

Dann wurde von Herrn Zander gefragt: Medizinischer Dienst, zeitversetzt beauftragt – gibt es da ein Problem für die gemeinsame Krankenhausplanung? – Nein, gibt es nicht. Also zum einen kann der Medizinische Dienst nicht alles gleichzeitig machen, und zum anderen haben wir einfach aus Selbstschutz ein bisschen früher angefangen, damit wir ein bisschen mehr Zeit haben, Ermessen auszuüben. Man kann das so oder so machen. Die gesetzliche Pflicht ist der 30. September 2025. Wenn die eingehalten wird, ist im weiteren Verlauf alles gut.

Ambulantisierung: Was das finanziell heißt, haben mehrere gefragt. Wie macht man das? Ich hat kurz ausgeführt, Herr Ruppert hat es auch noch bestätigt, dass das jetzige ambulante Planungsverfahren überholt ist. So können die realen Bedarfe nicht weiter erfasst werden. Hier müssen wir auch regional denken. Hier müssen wir die Regionen als Einheit denken. Natürlich ist es so, wenn die stationären Kolleginnen und Kollegen weniger Fälle erbringen sollen, dass sie dann theoretisch auch ambulante Fälle erbringen können. Das ist doch logisch, es sei denn, das ambulante System ist so stark, dass es die zusätzlichen 20 Prozent, oder wie viel es auch immer sind, einfach kompensieren kann. Das wird aber möglicherweise nicht überall der Fall sein, und deswegen müssen wir auch hier Versorgung und Fachkräfte neu denken und zusammenbringen. Dazu gehört natürlich auch, dass wir in Zukunft nicht jede Leistung ärztlich erbringen können müssen, dass wir den anderen Gesundheitsberufen mehr Kompetenzen zuweisen müssen. Das sind aber Themen, die jetzt sozusagen den Rahmen sprengen.

Noch einmal kurz, Methode zur Bedarfsanalyse: Wie kommen wir eigentlich darauf, dass sich stationärer Bedarf verändert? – Also erstens verändert er sich real durch die Inanspruchnahme, dann demografisch. In Zukunft ist durch den medizinischen Fortschritt ambulant einfach mehr möglich als früher – das ist so. Wir müssen auch das Thema, dass wir bestimmte Leistungen, Kooperationen digital erbringen können und nicht überall physisch vor Ort vorhalten müssen, einfach bedenken und umsetzen. Dann kommen wir auf einen anderen realen Bedarf der Zukunft, den wir aber auch praktisch umsetzbar machen müssen. Ich hatte dazu vorhin ausgeführt, das wiederhole ich jetzt nicht.

Dann war die Frage, wie wir die Notfallversorgung steuern. Ganz sicher ist das dänische Modell mit fünf zentralen Notfallversorgungsstellen kein Modell für Deutschland und auch kein Modell für die Region. Wir haben das einmal für die Gesundheitsregionen durchgerechnet. Dann schaffen wir niemals die Vorgaben, die dort erbracht werden müssen, und wir möchten die Leistungen nicht verschlechtern. Wir möchten die Gesundheitsversorgung nicht verschlechtern, sondern verbessern und auf die Bedarfe der Zukunft ausrichten. Dann hilft es gar nichts, wenn man einen Kahlschlag in der Notfallversorgung macht, sondern wir brauchen eine vernünftige Sicherung der ambulanten und stationären Notfall- und Akutversorgung. Ich hoffe, das war deutlich genug.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herr Schreiner!

**Marc Schreiner** (Berliner Krankenhausgesellschaft): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich versuche jetzt auch die Fragen zu clustern und nicht einzeln durchzugehen. Unterschiedliche Zeitpläne, Medizinischer Dienst, die Prüfungen in Berlin und Brandenburg: Auch ich sehe da kein Risiko. Wir haben keine wirklich gemeinsame Planung. Wir besprechen mit dem Land Brandenburg Grundsätze der Krankenhausplanung und verständigen uns auf Elemente, die wir miteinander teilen. Zum Beispiel der Planungszyklus, Methodologien zur Bedarfsermittlung: So etwas machen wir in diesem Regionalkomitee. Wenn wir dann aber in die konkrete Krankenhausplanung eintreten, ist das jeweils Sache eines Landes – so auch hier in Berlin. Wenn Berlin sagt: Wir starten, unabhängig von Brandenburg, vielleicht etwas später –, dann ist das selbstverständlich nicht schädlich für diesen Prozess.

Wir schauen auf den weiteren Prozess, der sich in der Tat schwierig gestaltet. Die verschiedenen Rechtsverordnungen, die noch vorgelegt werden müssen, um eine konkrete Planung zu ermöglichen, sind noch nicht so weit. Wir haben vorletzte Woche im Bundesrat den Beschluss der Länder zum Transformationsfonds gesehen. Das ging mit Maßgaben zurück an die Bundesregierung, die sich dazu erst einmal noch verhalten muss. Das wird noch etwas dauern. Ich gehe mal davon aus, dass sich der geschäftsführende Minister nicht dazu äußern wird, sondern das der nächsten Bundesregierung überlässt.

Wir haben dann eine zweite Rechtsverordnung, die die Leistungsgruppenvorgaben aus dem Gesetzesanhang noch einmal spezifizieren soll. Das sollte eigentlich bis heute abgeschlossen sein. Wir sind weit davon entfernt. Es gibt eine Arbeitsgruppe aus verschiedenen Verbänden mit Kassen und Leistungserbringern im Gemeinsamen Bundesausschuss – G-BA –, die dem Bundesrat und der Bundesregierung noch keinen Vorschlag vorlegen konnten. Das wird auch noch eine Zeit lang dauern, bis es soweit ist. Solange gilt aber die Anlage 1 aus dem Gesetz. Das heißt, wir haben grundsätzlich schon eine Grundlage, auf der Planungsbehörden ihren Prozess aufsetzen können. Jetzt blicken wir auf die aktuellen Koalitionsverhandlungen. Da wird gesagt, dass die Festlegung aus dem KHVVG zu den 65 Leistungsgruppen erneut revidiert werden könnte. Es ist möglich, dass wir doch nur die 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen plus eine zusätzliche Leistungsgruppe, nämlich zur speziellen Traumatologie, bekommen. Das heißt, Berlin ist gar nicht so schlecht beraten, noch einen Augenblick abzuwarten, wie sich denn der weitere Prozess da genau konfiguriert. Trotzdem müssen die Häuser, weil das Gesetz ja gilt und die Fristen einzuhalten sind, irgendwann befragt werden, welche Leistungsgruppen sie beantragen, und dann muss das vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Insofern werden wir da irgendwann vom Land Berlin noch eine Aufforderung bekommen, unsere Anträge zu stellen. Um das Ganze dann noch komplizierter zu machen, bli-

cken wir auf das Ende des Jahres: Für diese Zeit wird dann die dritte Rechtsverordnung erwartet, nämlich die, mit der dann Mindestvorhaltezahlen festgelegt werden, das heißt eine Art Mindestmenge. Wenn dann bei den Kooperationsverabredungen, die die Krankenhäuser miteinander gestalten, festgestellt wird, wenn ich als Krankenhaus mit einem anderen Träger eine Kooperation vereinbare, dass die Leistungsgruppe, die auch ich brauche, um meine Leistung anbieten zu können, gar nicht genug Fallzahlen hat – die kennen wir jetzt noch nicht –, kann das den Planungsprozess zusätzlich erschweren. Insofern haben wir die nächsten Wochen und Monate noch viel miteinander vor. Aber was wir tatsächlich brauchen, und das wurde hier immer wieder angesprochen, ist eine Vision, auch seitens der Planungsbehörde, wohin die Reise grundsätzlich gehen soll. Damit kann man diese ganzen Imponderabilien aus dem bevorstehenden politischen Prozess nicht vorwegnehmen, aber wir müssen uns dennoch darauf vorbereiten.

Für die Kooperationen ist es auch wichtig, dass sie rechtssicher sind. Denn wenn die Häuser sich da, auch trägerübergreifend, miteinander verabreden, muss das auch vor dem Medizinischen Dienst Bestand haben, dass er anerkennt, dass das eine Kooperation im Sinne des Gesetzes ist. Das muss von der Planungsbehörde so anerkannt werden. Insofern sind auch an Kooperationen hohe Anforderungen zu stellen.

Schließlich – wir haben am vergangenen Freitag mit unserem Ärztekammerpräsidenten schon eine solche Veranstaltung durchgeführt – müssen wir bei dem Ganzen berechnen, wenn Häuser nicht mehr alle Leistungsgruppen zugewiesen bekommen, das heißt etwas weniger medizinisches Portfolio vorhalten, kann sich das auf die Befugnis zur Aus- und Weiterbildung auswirken. Das kann bedeuten, dass Häuser nicht mehr alles weiterbilden dürfen und die jungen Ärztinnen und Ärzte die Häuser öfter wechseln müssen, um die notwendigen Stationen ihrer Aus- und Weiterbildung absolvieren zu können. Aber diesen Prozess haben wir auf dem Schirm und mit der Ärztekammer schon besprochen. Auch das werden wir anhand der weiteren politischen Entwicklungen konkretisieren.

Zum Thema Investitionen: Man hat vor fünf Jahren eine Erhebung zum Investitionsstau gemacht. Er betrug schon über 2 Milliarden Euro und wurde bis jetzt nicht abgebaut. Das hängt damit zusammen, dass alle Landesregierungen, alle Koalitionen, die wir in der letzten Zeit erlebt haben, die Krankenhäuser als Sparstrumpf benutzt haben – das schließt alle mit ein –, ihren gesetzlichen Verpflichtungen, ausreichend zu investieren, nicht nachgekommen sind, und das setzt sich jetzt leider auch fort. Ich kenne die enormen Sparzwänge des Berliner Haushaltsgesetzgebers, aber bei den Krankenhäusern geht es um Daseinsvorsorge, und da müssen wir schauen, dass die Häuser auch in möglichen Zeiten von Krisen oder militärischen Auseinandersetzungen resilient aufgestellt sind. Da kann es kein Ausweg sein, dass wir auf einen Transformationsfonds blicken, der alles Mögliche können soll. Deswegen brauchen wir ein Commitment, ein Bekenntnis des Berliner Abgeordnetenhauses und des Haushaltsgesetzgebers für resilient aufgestellte und moderne Krankenhausstrukturen. Tatsächlich teile ich die Auffassung einiger Vorredner: Wir können nicht einfach zusätzliches Geld hineingeben ohne Strukturreformen. Die Chance dafür liegt auf dem Tisch, und die können wir gemeinsam nutzen.

Schließlich war noch eine Frage, ob Krankenhäuser selbst Planungen machen können: Natürlich nicht – das macht die Planungsbehörde. Das sind Sie als Abgeordnetenhaus, die mit der Planungsbehörde den Krankenhausplan am Ende beraten und feststellen. Wir als Kranken-

hausträger – mit unserer Sachkenntnis, mit unserer Ortskunde, mit unserer Kenntnis über Personal, apparative Ausstattung und Infrastruktur – machen ein vernünftiges Angebot. Das werden wir bei unseren Anträgen zu den Leistungsgruppen konkretisieren und werden damit dann in der Verhandlung mit den Planungsbehörden sozusagen Ihre Entscheidungen vorbereiten. Die Ambulantisierung im Krankenhaus ist gesellschaftlich, politisch und auch gesetzlich gewollt und auch schon so verankert. Krankenhäuser sind Institutionen, an denen das volle medizinische Leistungsspektrum verfügbar ist – warum nicht auch ambulant, wenn es bedarfsnotwendig ist?

Schließlich müssen wir uns auf den Weg machen. Es ist vorgesehen, dass wir hybride Leistungen, also Hybrid-DRGs, für bald 2 Millionen Fälle abrechnen, die wir dann ambulant statt bisher stationär erbringen müssen. Das sind gesetzliche Vorgaben, die wir umsetzen. Ich möchte aber dabei daran erinnern, eine bisher im Krankenhaussetting erbrachte Leistung einfach als ambulant zu bezeichnen und sie dann auch entsprechend nur ambulant zu vergüten, stellen sich die Krankenhäuser unter Ambulantisierung nicht vor und können sie sich auch nicht vorstellen. Wir brauchen hier einen finanziellen Anreiz: einen Anreiz, auch für den Übergang, bisher stationäre Leistungen im Klinikum ambulant zu erbringen. Herr Ubbelohde, Sie haben vorhin gesagt, wir hätten da andere apparative und personelle Voraussetzungen in unserem Lexikon benannt. Das betrifft die klinisch-ambulante Leistung. Das ist wieder etwas anderes. Darauf kommen wir nachher noch einmal zu sprechen. Soweit jetzt erst einmal mein Rundumschlag: Ich hoffe, dass ich keine wichtigen Fragen unbeantwortet gelassen habe. – Danke schön!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Herrn Dr. Ruppert.

**Dr. Burkhard Ruppert** (Kassenärztliche Vereinigung Berlin): Das hoffe ich auch, dass mir das so gut gelingt. – Erst einmal zum Thema Ambulantisierung: Was ist das überhaupt? – Also ich glaube, jeder von uns hat wahrscheinlich unterschiedliche Bedeutungen im Kopf, was es heißt. Mir fallen zwei Bedeutungen dazu ein. Die allererste, die wir als KV so mitbekommen haben, war: Es ist das Mittel, um für Kliniken, die nicht mehr so richtig finanziell funktionieren, neue Gebiete zu erschließen, neue Einnahmentöpfe zu erschließen. Wenn das Ambulantisierung bedeutet, dann geht das nach hinten los, denn stellen Sie sich vor, wir haben 60 Berliner Krankenhäuser. Wenn die drei Ambulanzen aufbauen, was macht das? Glauben Sie wirklich, dass sich dadurch in diesen Häusern finanziell irgendetwas verbessert? Oder glauben Sie, das sich dann in der Versorgung in Berlin bei 180 Praxen mehr zu 6 800, die wir schon haben, irgendetwas an der Versorgungssituation ändern würde? – Nein. Das heißt, wenn man Ambulantisierung aber so versteht, dass man versucht, Untersuchungen, Therapien, die man bisher nur stationär gemacht hat, auch ambulant anbieten zu können, dann sind wir sehr dafür und begrüßen das auch. Natürlich sind wir auch dafür, dass da, wo es notwendig ist, gerade auch im ländlichen Bereich, sich Kliniken an der ambulanten Versorgung beteiligen. Das muss sicher ein Prozess einer Diskussion sein, einer bedarfsplanerischen Enddiskussion in diesem Bereich. Das ergibt sicher Sinn. Für Berlin selber sehe ich das nicht.

Die Frage, wie man eine ambulante Bedarfsplanung gemeinsam denken könnte, beantworte ich sehr gern, wenn wir uns darüber committen, was eigentlich Bedarfsplanung ist. Das, was sie jetzt ist, ist es nie gewesen. Das ist so ungefähr, wie in Industriepark nie ein Park enthalten war. So ist in Bedarfsplanung auch nie Bedarf oder Planung enthalten gewesen. Planung vielleicht schon eher, aber eben nicht Bedarf. Das ist ein Produkt der 1990er-Jahre, als man die

sogenannte Ärzteschwemme hatte und Angst hatte, das ganze System fährt gegen die Wand. Wir haben nach wie vor eine Ärzteschwemme, aber wir haben weniger Zeit pro Arzt – es ist so wenig wie noch nie –, deswegen einen gefühlten Ärztemangel und das Ganze eben auch unter finanziellen Druck. Deswegen funktioniert diese Bedarfsplanung so, wie wir es seit 30 Jahren leben, nicht. Das heißt, wenn wir eine gemeinsame Bedarfsplanung machen, dann sollten wir eine machen, die das Wort auch verdient, die eine echte Bedarfsplanung ist. Das muss eine prospektive Bedarfsplanung sein, eine Bedarfsplanung, die in die Zukunft schaut, sodass wir heute sagen können: In fünf Jahren haben wir da und da und da neue Wohngebiete, neue Veränderungen und deswegen müssen wir entsprechend planen. Das bedeutet, der Gesetzgeber muss aktiv werden. Das wird nicht hier passieren, das wird auch nicht in Berlin passieren. Das muss im Bund passieren, und da muss etwas passieren. Sonst werden wir das ganze Ding, wie wir in der KV denken, nicht wirklich bewältigen können.

Zu den Integrierten Notfallzentren – INZs – beziehungsweise zu dem, was in Dänemark passiert: Finden wir gut. Der Bundesgesundheitsminister Lauterbach findet das ja auch gut. Er hat es so in sein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung hineingeschrieben. Das heißt, wo INZ draufsteht, ist INZ drin. Jeder, der sich vorher erkundigt, wo denn ein INZ ist, geht dann dahin, nachdem er sich vorher hoffentlich über die 116117 erkundigt hat, wohin er gehen soll. Dann wird diese Versorgung dort auch bezahlt. Wenn er irgendwo anders hingehet, und die behandeln ihn, dann wird das eben nicht bezahlt. So steht es, jedenfalls nach meinem Wissen, in diesem Reformgesetz drin. Das ist stringent, logisch und eine echte Steuerung, wie wir sie uns auch vorstellen könnten.

Zur Frage, warum die 116117 nicht bekannt ist: Nun, sie ist deswegen nicht bekannt, weil man sie nicht anwenden muss. Entweder du nutzt es, oder du nutzt es nicht. Die Bekanntheit ist allerdings mittlerweile bei der Frage, wie ich überhaupt an Termine komme, also über unsere Terminservicestelle, sehr hoch. Mittlerweile werden über diese 116117-App, also über diesen elektronischen Terminservice, 77 Prozent aller Termine digital gemacht. Zur Frage, ob ältere Menschen das in Zukunft auch digital machen müssen: Nein, ich denke, dass die Telefonie auch in Zukunft immer noch eine Option bleiben wird. Wir müssen dann eben dafür sorgen, dass die entsprechenden Stellen so finanziell und personell ausgestattet sind, dass es auch in Zukunft gerechtfertigt sein kann. Noch etwas: Wir haben schon seit vielen Jahren eine digitale Schnittstelle zur 112, sodass also auch hier, wenn jemand bei der 112 anruft und es völlig klar ist, dass jemand in die ambulante Versorgung gehört, sehr einfach in die 116117 überführt werden kann. Das sind pro Jahr etwa 40 000 Patienten, die bei der 112 fehlallokiert sind und die dann zu uns weitergegeben werden.

Akutversorgung prioritär wurde noch einmal gefragt: Ja, ich habe die Akutversorgung deswegen noch einmal als Beispiel genannt, letztlich für die Probleme in den Krankenhäusern. Ich habe Ihnen auch schon die Zahlen genannt. Wenn Sie sich vorstellen, dass von den 600 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland 200 Millionen, also ein Drittel, akut ist, dann können Sie sich vorstellen, wenn hier die ambulante Versorgung zusammenbricht, teilweise, so wie wir das im Ostteil der Stadt haben, dass das dann wiederum massive Auswirkungen auf die Krankenhäuser hat, auf die Rettungsstellen. Es ist völlig klar: Da, wo Sie keine hausärztliche Versorgung mehr haben, gehen die Rettungsstellen unter, denn wohin sollen die Menschen sonst gehen? – Sie wenden sich dann an die Rettungsstelle. Deswegen ist gerade auch dieser INZ-Gedanke sehr wichtig, um hier ein zusätzliches Steuerungselement zu haben.

Die weitere Frage war: Welche stationären Strukturen braucht es, und welche Auswirkungen hat das auf das ambulante System? Nun, dann kommt man noch einmal zu dem Thema Ambulantisierung. Wir denken, dass die ambulante spezialärztliche Versorgung durchaus eine Domäne ist, die wir gemeinsam denken müssen. Das passiert ja auch schon nach § 116 SGB V. Das ist etwas, was wir auch in Zukunft weiterdenken werden müssen, was im Übrigen dann als Konklusion dessen, was wir anschließend zum Thema Long Covid und Post-Covid diskutieren, unter Umständen auch noch ein Thema sein könnte. Da will die KV beim Transformationsprozess auch auf jeden Fall eine aktive Rolle spielen. Jetzt hoffe ich, dass ich alle Themen behandelt habe. Ich finde keines mehr. – Danke!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Leyh!

**Gabriela Leyh (BARMER):** Vielen Dank! – Ich beginne mit Frau Pieroths Frage zum Thema Transformationsfonds. Selbstverständlich haben alle Krankenkassen keine Neigung, diese Kosten aus den Beitragsmitteln zu finanzieren. Es sind ganz klare Zweckentfremdungen von Beitragsmitteln, so wie der Transformationsfonds angelegt war. Dennoch glaube ich, den Sondierungsgesprächen auf der Bundesebene entnommen zu haben, dass es da jetzt auch andere Überlegungen in diese Richtung gibt – so weit dazu.

Dann zur nächsten Frage: Was tun die Krankenkassen, um beitragsfremde Leistungen nicht mehr über die GKV zu finanzieren? – Sie intervenieren laut, permanent und dauerhaft, dass es geändert wird. Heute ist der Presse zu entnehmen, dass zum Beispiel die Beiträge, für die bisherigen Bürgergeldempfänger auch 2025 schon aus Steuermitteln vollständig finanziert werden können. Wenn dem so wäre, wäre zumindest hier ein erster Schritt getan.

Zum Thema Vielfalt in der Krankenhauslandschaft haben Sie mich falsch verstanden. Ich bin kein Kritiker, und die Krankenkassen sind auch kein Kritiker dieser Vielfalt. Die Vielfalt ist festgeschrieben. Es gibt eine Trägerpluralität, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – auch verankert ist, und dem muss Rechnung getragen werden. Das war die Brücke zu den Investitionskosten, die dann auch für alle Krankenhäuser in gleicher Weise zur Wahrung der Wettbewerbsfähigkeit zur Verfügung gestellt werden müssen. Schwieriger wird es im Land Berlin, weil es diese Trägerpluralität und weil es in Berlin einen Wettbewerb um die Krankenhausleistungen gibt. Da ist die Situation in der ländlichen Region etwas anders. Herr Zaska hat ja auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Wettbewerb gestaltet werden muss, dass Versorgung überhaupt noch stattfindet und dass sie sichergestellt werden muss – komplett andere Rahmenbedingungen als hier, wo verschiedene Träger einfach gleiche Interessen haben, und da geht es um das Ausbalancieren von Interessen. Das ist eine ganz andere Herausforderung. So viel dazu!

Zum Thema Krankenhausplanung: Wer macht die Krankenhausplanung? Selbstverständlich ist es schön, wenn die Krankenhäuser Angebote machen, so wie das Herr Schreiner sehr zutreffend formuliert hat. Allerdings ist es so, dass die Gefahr für Unter-, Über- und Fehlversorgung mit dem KHVVG natürlich nicht ausgeräumt ist, sondern sie ist dennoch ganz groß da. Insofern braucht es die steuernde Hand und die hat nach meiner Auffassung das Land, das die Verantwortung dafür trägt, dass die Krankenhausplanung am Ende auch zu einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung führt. Das ist noch einen Schritt weiter als Angebote schaffen, die am Ende nicht zu schwarzen Zahlen führen, sondern zu roten. Das ist das

Thema: Das eine ist die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, das andere ist tatsächlich die Leistungserbringung. Das müssen wir monitoren, damit das in einer Stadt wie Berlin tatsächlich stattfindet.

Zum Thema Ambulantisierung haben Herr Ruppert und auch Herr Schreiner ausgeführt. Das ist gar keine Frage ob, sondern es ist eine gesetzliche Vorschrift. Das, was hier in Deutschland viel zu lange stationär erbracht wird, muss künftig ambulant erbracht werden. Dazu haben sich verschiedene Krankenhausträger unterschiedlich auf den Weg gemacht. Es ist gut, wenn wir, ähnlich wie im Land Brandenburg, anhand von Versorgungsbedarfsanalysen darstellen, wie denn überhaupt das Potenzial ist. Da muss man tatsächlich regional schauen: Wie ist das Potenzial, und wie können wir das künftig in Anbetracht der Demografie ausgleichen?

Welche positiven Beispiele gibt es? – Es gibt vielleicht ein positives Beispiel, das für eine große Stadt wie Berlin nicht passt, aber dennoch: In Templin ist es gelungen, Versorgungskapazitäten abzubauen, die stationär nicht mehr notwendig waren, und das auch im Bereich der Pädiatrie. Was sonst nirgendwo geräuschlos gelungen ist, ist in Templin gelungen, weil alle Beteiligten eingebunden waren, weil auch andere Krankenhausträger eingebunden waren, die dann bereit waren, die Versorgung zu übernehmen. So können mühselig Prozesse angestoßen werden, aber es funktioniert nur, wenn die beteiligten Leute vor Ort reden. Interessante Ansätze gibt es beispielsweise auch in Niedersachsen, wo man auch versucht, mit regionalen Versorgungszentren die ersten Wege zu beschreiten, aber es wird dazu führen müssen, dass jedes Land seine eigenen Erfahrungen macht und aus den Erfahrungen lernt.

Das Thema Kooperationen: Herr Schreiner hat ja auch deutlich angesprochen, dass Kooperationen wichtig sind, aber Sie dürfen nach Auffassung der Krankenkassen natürlich nicht dazu führen, dass am Ende Personal irgendwo angerechnet wird, was de facto gar nicht am Krankenhausstandort da ist. Das wäre nämlich der Patientensicherheit nicht zuträglich. – Ich hoffe, ich habe alles beantwortet.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zum Senat. Dann haben Sie jetzt die Gelegenheit zu antworten.

**Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank auch an die Anzuhörenden, die schon vieles gesagt haben. Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit würde ich sagen, dass ich mich bei meinen 17 Seiten Vorbereitung, die ich hier habe, auf ein paar Punkte konzentriere, die auch angesprochen wurden und wir vielleicht bestimmte Dinge in der Auswertung der Anhörung dann noch einmal vertieft betrachten. Trotzdem möchte ich noch einmal ganz kurz an den Anfang der Debatte zurückkehren. Auch dieser Ausschuss hier war ja in Dänemark. Vielleicht noch kurz der Hinweis darauf: Wir haben zwei Drittel der Bevölkerung, aber viermal so viele Krankenhausbetten in Berlin im Vergleich zu Dänemark. Wir haben ein Fünftel der Fläche, aber doppelt so viele Standorte wie ganz Dänemark – und deutlich weniger Wasser dazwischen. Allerdings haben wir natürlich darüber hinaus noch massive Unterschiede, und das ist die Frage des staatlich finanzierten, rein staatlich finanzierten, Systems in Dänemark, unserer Trägervielfalt, der Sektoren, die wir hier haben, und der verschiedensten Zuständigkeiten, die wir in Deutschland haben. Da muss ich doch noch einmal sagen, dass es uns nicht weiterbringt, dass wir von Pingpong reden, wenn es keine Zuständigkeit gibt. Wenn es keine Zuständigkeit, Rechtsgrundlage, Ressourcen und kein Personal gibt, kann man eine Aufgabe nicht annehmen oder erledigen.

Wir sind sehr an sektorenübergreifender Planung interessiert. Auch wenn sich die Lage etwas anders als in Brandenburg darstellt, wo wir natürlich diese Versorgungssicherstellung in einem ganz anderen Ausmaß haben als noch hier, wo man meistens noch eine U-Bahn, S-Bahn

und ein öffentliches Nahverkehrssystem hat, haben wir im Land Berlin deutlich andere Voraussetzungen. Für eine sektorenübergreifende Planung brauchen wir natürlich auch die entsprechenden Datengrundlagen. Um Daten erheben zu dürfen, brauchen wir eine Zuständigkeit und eine Rechtsgrundlage. Das §-90a-Gremium, das auch angesprochen wurde, beschäftigt sich natürlich mit all diesen Fragen der Versorgung insgesamt. Da sitzen auch die hier Beteiligten in der Regel alle an einem Tisch, da wird sich mit den Fragen beschäftigt. Am Ende kommen dann Empfehlungen heraus, die sich an die verschiedensten Stellen im Land Berlin und im Bund richten. Dann schreiben wir als Verwaltung Briefe und sagen: Bitte beachtet doch dies! – oder so, aber es sind dann letztendlich Empfehlungen, denen wir natürlich nachgehen, die wir versuchen, nachzuhalten und in die entsprechenden Zuständigkeiten und Ebenen einzusteuern.

Der Unterschied zwischen Berlin und Brandenburg ist, dass in Brandenburg ein sehr großer Anteil der Häuser Sicherstellungshäuser sind, die nach ganz anderen Kriterien funktionieren und geplant werden als bei uns. Es wurde auf die Wettbewerbslage in Berlin hingewiesen. Es ist einfach ein anderes Geschäft und die Auswirkungen dieser Leistungsgruppensystematik sind in Berlin einfach ganz andere als im ländlichen Raum. Deswegen ist es wahrscheinlich auch eher nachvollziehbar, dass sich Brandenburg auf Grundlage der 2023er-Daten entschieden hat, den Medizinischen Dienst zu beauftragen, während Berlin sagt: Wir brauchen die 2024er-Daten. – Es war eben auch die Kritik zu hören, dass in den 2023er-Daten noch gar nicht nach dieser Systematik codiert wurde und sie deswegen auch für die ausdifferenzierte Leistungsgruppenbetrachtung gar nicht so geeignet sind. Nach unserer Auffassung ist es sinnvoll, diese 2024er-Daten zugrunde zu legen. Dann kommen noch die anderen Probleme hinzu, von denen wir jetzt schon gehört haben. Wir hatten 65 Leistungsgruppen in der Anlage 1. Da war uns die Notfall-Leistungsgruppe im Land Berlin ganz besonders wichtig. Jetzt wird darüber debattiert, wieder zurück auf 61 Leistungsgruppen zurückzugehen, was natürlich das Geschäft noch einmal völlig verändert. Wir haben eben nicht, per heute, die Verordnung zu den Leistungsgruppen auf dem Tisch, sondern wahrscheinlich, mit einer Verzögerung von drei, vier Monaten, erst im Sommer. Insofern können wir zwar mit allem, was uns zur Verfügung steht, gemeinsam in die Debatte gehen und alle Voraussetzungen planerischer Art miteinander schaffen, aber letztendlich noch nicht in die exakte Planung gehen.

Es wurde gefragt, ob wir die Vernetzung der Krankenhäuser vorantreiben. Ich glaube, die personifizierte Vernetzung der Krankenhäuser sitzt hier bei uns am Tisch im Raum – Herr Schreiner als Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft. Da sind die Häuser vertreten, da vernetzt man sich, und da macht man miteinander Vorschläge der Kooperation – bei aller Konkurrenz, die natürlich auch in einer gemeinsamen Gesellschaft dann fortbesteht.

Zu einzelnen Häusern und ihren Perspektiven möchte ich an dieser Stelle nichts sagen, nur vielleicht so viel: Die Klage hat auf die Planung keine Auswirkung, weil sie sich auch überhaupt nicht darauf bezieht und im Augenblick sowieso etwas in der Schwebelage hängt. Ich möchte auch behaupten, dass die Behauptung, die Landeseigenen machten weiter wie bisher, an der Stelle nicht zutrifft. Es gibt erhebliche Veränderungsplanungen bei Vivantes, und selbstverständlich ist auch die Charité dabei, ihre Standorte zu konsolidieren, und selbstverständlich spricht man auch untereinander darüber, was in Zukunft an welchem Standort zu erbringen sein könnte, auch zwischen den öffentlichen Häusern. Ich habe ja immer gesagt, dass das Ziel natürlich ist, dass die Trägervielfalt erhalten bleibt und dass nicht einzelne Trägergruppen auf Kosten anderer, sich quasi die Kirschen von der Torte nehmen, um das einmal

so auszudrücken. Das ist auch unsere Aufgabe als Planungsbehörde, mit der wir uns intensiv beschäftigen. Vielleicht kann Herr Franz noch kurz detailliert etwas zum Zeitplan sagen und auch ganz kurz, wie wir mit der Bedarfsanalyse vorangehen.

Transformationsfonds – ja, es wurde gesagt –, auch in der Schwebelage, aber vielleicht noch so viel: Der Transformationsfonds wird in dem Augenblick wichtig, in dem wir wissen, welche Transformation stattfindet und welche, im Gegensatz zu der sonstigen Krankenhaus-Investitionsfinanzierung ist das nicht die Gießkanne nach Leistungsgeschehen, sondern hier wird ganz gezielt Transformation gefördert. Das heißt, wenn an einem Haus etwas aufgebaut, an einem anderen Haus etwas abgebaut wird oder sich die Häuser strukturell verändern, dadurch Investitionen notwendig werden, die mit der Transformation zu tun haben, dann wird das entsprechend beantragt und nach erfolgreichem Antragsverfahren dann auch aus dem Transformationsfonds ausgeschüttet. Wir müssen erst einmal wissen, wo welche Transformationsinvestitionen notwendig werden, um dann das Geld auszureichen. Das waren jetzt wesentliche Punkte. Dann würde ich vielleicht fragen, ob Herr Franz bei einigen Details vielleicht noch ergänzen darf und wir dann schnell zum Schluss kommen. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Herr Franz!

**Helge Franz (SenWGP):** Vielen Dank! – Ich versuche, mich jetzt entgegen meiner Natur relativ kurz zu halten, und will nur auf ein, zwei Punkte eingehen. Ich sage direkt, wie so ein Bedarfsermittlungsverfahren funktioniert, in drei bis fünf Sätzen. Das kann Ihnen Frau Dr. Wrede noch besser erklären, das macht sie auch gleich, aber ich will im Grunde einmal sagen, wie Krankenhausplanung funktioniert. Zum einen müssen wir für jeden Krankenhausplan eine Bedarfsanalyse machen. Das mussten wir für den letzten, den vorletzten und für alle, die davor waren, auch machen. Der wesentliche Unterschied, der jetzt besteht, ist, dass wir, wenn wir die Bedarfsanalysen so machen, wie wir sie gewohnt sind und sie bekannt sind, nämlich aufgrund der Bevölkerungsprognose bis 2025, bis 2030, zu schauen: Wie entwickelt sich eigentlich die Bevölkerung in Berlin, und zwar nach Alterskohorten? Was bedeutet das für das jeweilige Fach, in dem aufgrund des Alters die unterschiedlichen medizinischen Leistungen im Zweifel erbracht werden müssen. Dann sind wir beim Bereich der Sicherstellung, und an der Stelle schauen wir uns genauer an, was eigentlich benötigt wird. Die Leistungen, die wir dann insgesamt haben, müssen wir in Leistungsgruppen umrechnen und den einzelnen Häusern zuweisen.

Das heißt, wir machen nur einen zusätzlichen Schritt, aber die Basis dafür, wie wir eigentlich einen Bedarf für die Stadt berechnen, hat sich nicht verändert. Wir müssen nur die Gesamtzahlen, die wir dann haben – deswegen ist das nach wie vor ein Leistungsbezug – auf die einzelnen Häuser umrechnen, wenn wir die Leistungsgruppen haben. Dafür brauchen wir zwingend eine Verordnung, die die Qualitätsvorgaben der einzelnen Leistungsgruppen festlegt, und die haben wir noch nicht. Sobald wir die haben, können wir das machen. Die Tatsache, dass wir mit der Überlegung, wie wir eigentlich weitergehen, so zurückhaltend sind, liegt schlicht und ergreifend daran, dass erst durch den Grouper, der jetzt herausgekommen ist, sämtliche Leistungsgruppen vernünftig zugeordnet werden können. Das eigentlich Problem war allerdings nicht nur der Grouper, sondern, dass wir in 16 Ländern, 16 unterschiedliche Fachabteilungsschlüssel für die jeweiligen Fachabteilungen von medizinischen Leistungen hatten, die erst harmonisiert werden mussten. Diese Harmonisierung mit expliziter Codierung weisen erst die Daten 2024 auf. Deswegen müssen wir auf sie warten, weil sonst eine flä-

chendeckende Zuordnung, und zwar deutschlandweit einheitlich, gar nicht möglich ist. Deswegen kommen die frühestens im Juli, vorher bekommen wir sie nämlich vom InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – nicht, und dann werden wir sie ausweisen.

Im Moment gilt für uns die Anlage 1 im Gesetz. Darin stehen Qualitätsvorgaben. Darin stehen allerdings auch gravierende Unstimmigkeiten, zum Beispiel wurden in der Geriatrie schlicht falsche Voraussetzungen ins Gesetz geschrieben, die aber gerade für uns gelten. Deswegen ist uns auch so wichtig, dass die Leistungsgruppenverordnung kommt, damit wir an der Stelle noch ein bisschen glätten, was im Moment nicht funktioniert. Dann legen wir im Juli, wenn wir die Zahlen haben, richtig los. Wir haben schon vorher Gespräche mit den Häusern. Einige kommen schon auf uns zu. Die Auswertungen aufgrund der 2023er-Daten bei den Häusern oder bei jedem Einzelnen bei 2024er-Daten, die wir noch nicht haben, aber die Häuser natürlich schon, liegen jetzt schon vor. Deswegen gibt es auch schon erste Gespräche, aber die sind Stückwerk und deswegen noch nicht im Gesamtkonzept.

Ich bin für die Aussage von Frau Leyh sehr dankbar, dass man das Ausbalancieren zwischen den Häusern in Berlin anspruchsvoller gestalten muss. Das ist genau der Fall. Dass wir das ordentlich machen müssen, sieht man in Nordrhein-Westfalen, das es sehr ordentlich gemacht hat. Das ist ein sehr gutes Konzept und trotzdem haben sie 95 Klagen und 15 Klagen im vorläufigen Rechtsschutz gegen die neuen Feststellungsbescheide eines Krankenhausplans, der auf der Basis dessen funktioniert, was wir jetzt bundeseinheitlich machen müssen. Uns muss einfach klar sein, wenn wir an der Stelle nicht sauber arbeiten, haben wir relativ viel Gegenwind.

Ich komme noch ganz kurz zur Ambulantisierung: Ambulantisierung ist im Kontext dieser Diskussion im Rahmen der Krankenhausreform immer gewesen, welche Leistungen ich nicht mehr stationär erbringen muss. Das heißt, da gebe ich Herrn Dr. Ruppert recht. Das hatte nichts mit sektorenübergreifender Verbindung zu tun, sondern einfach damit, welche Leistungen, die jetzt stationär und deswegen teuer erfolgen, auch ambulant erfolgen können. Weil alle sagen, es gibt so viel Potenzial: Ich kann mir übrigens 23 bis 25 Prozent Einsparpotenzial gut vorstellen. Sie denken bitte daran, dass Berlin das einzige Land ist, dass innerhalb der letzten 10 Jahre schon 10 Prozent eingespart hat, weil in unserem Krankenhausplan 2016 und 2020 jeweils 5 Prozent des ermittelten Bedarfs für Ambulantisierungspotenzial und medizinischen Fortschritt eingepreist und an den einzelnen Häusern nicht ausgewiesen wurden. Das heißt, wir setzen das schon eine ganze Weile um, weil wir sehen, dass es Leistungen gibt, die möglicherweise ambulant besser zu erbringen sind. Wir werden uns auch das genauer anschauen, und ich glaube, es wird den einen oder anderen wirklich überraschen, wie viele Ideen von den einzelnen Häusern jetzt schon auf uns zukommen, wo man Versorgung konzentrieren könnte und wie man was macht.

Im Übrigen bin ich der Meinung, dass wir unsere Investitionsförderung leistungsbezogen ausreichen und deswegen das Geld, das wir haushälterisch zur Verfügung haben, so ehrlich und fair wie nirgendwo anders verteilt wird. Die Diskussion, die wir im Rahmen der Klage führen, ist nur die Frage, ob wir noch zusätzliche Mittel, in Form von Eigenkapital, als Gesellschafter für unsere eigenen Häuser verwenden dürfen oder nicht. Dazu gibt es auch schon Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes. Man muss sich einfach anschauen, wie das ausgeht.

Zur genauen Entwicklung der Bedarfsanalyse in fünf Minuten Frau Dr. Wrede!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Wenn wir jetzt noch fünf Minuten fortsetzen, sind wir 20 Minuten über der Zeit, die wir uns vorgenommen haben. Das möchte ich nur einmal sagen. Ich mache hier die Sitzungsleitung. Da können Sie nicht Minuten verteilen. Das heißt, ich würde einmal ganz kurz den Ausschuss fragen, ob wir die Petition heute vertagen können, denn das schaffen wir nicht mehr. Ich würde schon vorsorglich um eine halbe Stunde verlängern. Wir müssen das nicht unbedingt umsetzen und so lange bleiben, aber ich möchte der Diskussion vorbeugen, der Ausschuss sei nicht mehr in der Lage etwas zu besprechen. – Jetzt haben Sie das Wort!

**Dr. Brigitte Wrede (SenWGP):** Vielen Dank! – Ich will nicht lange sprechen. Herr Franz hat schon sehr viel erzählt. Das Einzige, das mir wichtig ist, ist: Eine Bedarfsanalyse oder -prognose wird nicht freihändig gemacht. Da gibt es Kriterien, genau wie bei jedem anderen Krankenhausplan, den wir vorher gemacht haben, nur dass wir diesmal am Ende keine Bettenzahl haben, sondern wir haben Fallzahlen und Leistungsgruppen, die zugewiesen werden müssen.

Herr Franz hat auch schon erwähnt, warum wir die 2024er-Daten nehmen. Der Grouper, mit dem wir arbeiten, ist auf 2024 zertifiziert, weshalb das Sinn ergibt. Wir werden im Juli eine Anhörung der Krankenhäuser machen. Wir werden bis September, so wie es gesetzlich vorgeschrieben ist, den Medizinischen Dienst beauftragen zu prüfen. Erst dann, wenn die Prüfung des Medizinischen Dienstes erfolgt ist, können wir sagen, welches Haus welchen Antrag auf welche Leistungsgruppe gestellt hat und ob es überhaupt die Qualitätsvorgaben erfüllt. Das Wort Kooperation ist schon oft gefallen. Die Kooperation in einem Stadtstaat sieht anders aus als in einem Flächenland. Wir können durchaus mehr erwarten, dass pro Standort Qualitätskriterien erfüllt werden. Wir haben gerade ein Papier der Arbeitsgruppe 6 der Koalitionsverhandlungen gelesen, in dem steht, dass es eventuell noch weitere Ausnahmen in der Grundversorgung oder für die Notfallversorgung geben soll. Das heißt, es bestehen hier noch Unsicherheiten. Die Rechtsverordnungen wurden alle genannt. Es gibt noch Mindestvorhaltezahlen. Deshalb, Herr Schreiner, vielen Dank, dass Sie sagen, dass es vielleicht sinnvoll ist, sich bis Sommer Zeit zu nehmen und zu beobachten, was hier passiert, insbesondere auch die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen, die unsere Grundlage für die Zuweisung wird.

Um das noch ein bisschen komplizierter zu machen – dann bin ich auch gleich fertig –: Die Notfallversorgung steht noch aus. Gleichzeitig, während wir hier diskutieren, gibt es im G-BA eine Konkretisierung der Richtlinie zur Notfallversorgung. Unter Umständen ändern sich die Anforderungen an die Notfallversorgung. Das verunsichert die Häuser, und ich als Ländervertreterin für Berlin kämpfe darum, dass diese Änderungen nicht zu groß werden, aber das muss man abwarten. Die kleinen Häuser wissen noch nicht, ob sie das in Zukunft schaffen werden oder nicht. Es gibt auch noch die Bundeswehr- und Unfallkrankenhäuser. Sie haben eine besondere Rolle im KHVVG bekommen und orientieren sich noch. Die Bundeswehr überlegt noch, wie sie damit umgeht. Auch das hat eine Auswirkung auf Berlin, weil das Bundeswehrkrankenhaus auch ein Notfallkrankenhaus ist. Das war es von meiner Seite.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Vielleicht können Sie den Zeitplan und ein paar grundsätzliche Eckpunkte, wie es weitergeht, im Nachgang schriftlich dem Ausschuss zur Verfügung stellen. Dann hängen wir das an das Protokoll mit an. Ich schaue in Richtung Senat. – Das wäre auf jeden Fall ganz hilfreich, damit wir gemeinsam gut an dem Thema weiterarbeiten können.

Zu der Besprechung: Die Tagesordnungspunkte 3 a bis g werden vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann. Der Antrag zu h, so wurde mir mitgeteilt, soll auch mit vertagt und heute nicht beschlossen werden. Die Besprechung zu Tagesordnungspunkt 3 i – das ist das, was wir damals mit der Anhörung zur Vorbereitung unserer Ausschusstreise gemacht haben – würde ich heute gern abschließen. – Da gibt es keinen Widerspruch, dann ist auch das abgeschlossen.

Dann ist der Tagesordnungspunkt beendet, und ich bedanke mich bei den Anzuhörenden, dass Sie heute da waren, und wünsche Ihnen eine schöne Woche. – Herr Dr. Ruppert, Sie können bitte noch bleiben. – Danke schön!

Dann kommen wir zu

#### Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs  
**Rolle und Aufgaben der KV zur besseren Versorgung von  
Long-COVID-Betroffenen in Berlin**  
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

[0319](#)  
GesPflfeg

Hierzu: Anhörung

Herr Ruppert ist uns als Gast erhalten geblieben. – Danke, dass Sie sich weiterhin die Zeit nehmen! – Außerdem begrüße ich jetzt Frau Ursula Gaedigk, Patientenbeauftragte für Berlin, recht herzlich.

Ich gehe davon aus, dass auch hier die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Da sehe ich engagiertes Nicken. Der Besprechungsbedarf wird durch die Fraktion der SPD begründet. Dann hat Frau König das Wort.

**Bettina König (SPD):** Die Koalitionsfraktionen haben heute erneut das Thema Long Covid auf die Tagesordnung gesetzt, und zwar mit dem Schwerpunkt der aktuellen medizinischen Versorgung Betroffener in Berlin und dabei mit der Rolle der KV. Ich möchte diese Anhörung heute etwas umfangreicher begründen, als wir das normalerweise tun. Ich möchte dabei den Betroffenen eine Stimme geben und zitiere daher exemplarisch aus mir von Betroffenen zugeschickten E-Mails, und dabei jeweils aus dem Absatz zur medizinischen Versorgung: Meine Hausärztin kennt sich mit den von einem Facharzt gestellten Diagnosen ME/CFS und Long Covid nicht aus. Auf der Suche nach Ersatz für diese Hausärztin habe ich bisher sechs Absagen erhalten – mit der Begründung, dass mein Krankheitsbild zu komplex sei und man sich nicht mit Long Covid auskenne. Bei vielen Praxen wird man mit Long Covid direkt abgelehnt oder buchstäblich aus dem Sprechzimmer geschoben.

Eine andere schreibt: Meine Versorgung ist quasi nicht vorhanden. Ich habe einen Hausarzt, der sich mit dem Krankheitsbild nicht auskennt, aber zumindest glaubt er mir. Ich habe schon viele Arztbesuche hinter mir, bei denen ich ausgelacht wurde oder mir wurde gesagt, ich solle mich nicht so anstellen. Ich könne gar nicht so lange krank sein. Ich sei schließlich jung, erst

34 Jahre alt. – Jemand anderes schreibt: Ich habe seit September zum Glück einen Arzt, der mich via Videosprechstunde sieht und mir Medikamente verschreibt. Da er aber zu weit weg für Hausbesuche ist, suchte er im Long-Covid-Netzwerk der KV Berlin nach einer Person, die mich adäquat betreuen kann – vergeblich. Selbst in diesem Netzwerk besteht keine Chance. Es gab außer ihm nur eine Person, die auf Anfragen reagiert. – Jemand anderes schrieb mir: Faktisch habe ich aktuell überhaupt keine ärztliche Versorgung. Weil ich transportunfähig bin, konnte ich seit drei Monaten nicht mehr zu meinem Hausarzt. Meine Ärzte haben keine Kenntnisse zu ME/CFS und bieten weder Videosprechstunden noch Hausbesuche an. – Und: Der Verweis aller Stellen auf den Hausarzt klingt für mich wie Hohn. Eine Hausärztin reagierte mit Schulterzucken: Ich kenne mich damit nicht aus. Was erwarten Sie von mir? – Eine andere fragte: Warum haben Sie sich denn überhaupt impfen lassen? – Und eine dritte sagte: Das habe ich noch nie gehört.

Das waren fünf Erfahrungsberichte, ausgewählt aus den sehr vielen Erfahrungsberichten, die mich in den letzten Monaten erreicht haben oder die von Betroffenenorganisationen wie Berlin Buyers Club, NichtGenesen, NichtGenesenKids, Long COVID Deutschland und so weiter öffentlich gemacht worden sind. Vor vier Wochen gab es auch noch einen offenen Brief von Betroffenen, den wir hier thematisiert haben und der ihre mangelhafte medizinische Versorgung verdeutlicht. Das sind einfach zu viele konkrete Schilderungen, als dass sie einfach ignoriert oder als Einzelfälle hier abgetan werden können. Das können wir nicht machen. Deshalb müssen wir bei der KV und beim Senat nachfragen, wie es um die medizinische Versorgung bestellt ist.

All die geschilderten Erfahrungen führen bei uns Abgeordneten zu vielen Fragen und zu dem Gefühl, dass hier nach wie vor ein großer Handlungsbedarf besteht. Es verfestigt sich der Eindruck, dass die Betroffenen in Berlin medizinisch noch nicht so versorgt werden, wie es nötig ist und wie wir uns das auch vorstellen. An der Stelle möchte ich auch noch explizit auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen hinweisen.

Das Parlament hat bereits im November 2023 einen entsprechenden Antrag beschlossen, in dem wir den Senat auffordern, dafür Sorge zu tragen, dass sich die Versorgungssituation in Berlin verbessert. Wir haben über den Fachausschuss Gelder dafür in den Haushalt eingestellt. Passiert ist seitdem leider erst wenig. Überrascht hat uns, dass der Senat im Juni 2024 in einer Pressemitteilung deutlich erklärt hat, dass er keinen Bedarf für zusätzliche Strukturen für die ambulante medizinische Versorgung von Long- und Post-Covid-Betroffenen in Berlin sieht. Im Abschlussbericht schreibt die Senatsverwaltung: Die Krankenbehandlung der betreffenden Personengruppen ist aus Sicht des Senats durch die Regelversorgung ausreichend gewährleistet. – Wenn man diese Aussagen nun den Erfahrungsberichten und den Aussagen der Betroffenenverbände gegenüberstellt, wirft das zumindest Fragen auf.

Die KV Berlin ist für die ambulante medizinische Versorgung in Berlin zuständig. Ihr kommt damit die maßgebliche Rolle bei der Behandlung Long-Covid-Betroffener zu. Wir wissen dass die KV Berlin das Long-Covid-Netzwerk ins Leben gerufen hat. Trotzdem müssen wir an dieser Stelle sagen, wenn man mit Betroffenen und Betroffenenverbänden spricht, gewinnt man den Eindruck, dass hier etwas noch nicht ausreichend funktioniert. Zugang, Anzahl und Fachgebiet der mitarbeitenden Ärzte, Arbeitsweisen des Gremiums, Ergebnisse, Anzahl der Fallbesprechungen: all das ist uns Fachabgeordneten und, ich vermute, auch den Betroffenen nach wie vor und trotz diverser Schriftlicher Anfragen nicht klar und nachvollziehbar gewor-

den. Der Zugang zu dem Netzwerk scheint für uns ein ganz wesentliches Problem zu sein. Auch bleibt für uns nicht nachvollziehbar, dass die KV Berlin keinen Bedarf für Schwerpunktpraxen sieht, wie es sie für andere schwere Krankheitsbilder auch gibt. Es bleibt schwer verständlich, was dagegenspricht, das bereits vorhandene Fachwissen, auch wenn es erst wenig ist – das ist uns durchaus klar – in einer Schwerpunktpraxis zu bündeln und dort eine koordinierte und umfassende medizinische Betreuung zu gewährleisten. Ein weiteres Problem bleibt die Datensammlung – die Erfassung der Anzahl der Betroffenen. Unser Parlamentsbeschluss hatte auch dazu etwas enthalten: Wie und durch wen kann verlässlich erfasst werden, wie hoch die Anzahl der Betroffenen tatsächlich ist. Die Diagnoseschlüssel allein reichen dafür nicht.

Wir hoffen, dass diese Anhörung die Fragen zur Arbeit des KV-Netzwerks beantworten kann und wir eine Einschätzung von der KV Berlin und der Senatsverwaltung zu medizinischen Versorgung Betroffener in Berlin sowie zu etwaig angedachten Veränderungen oder Verbesserungen bekommen. Wir, die Regierungsfraktion, möchten eine funktionierende und an die Realität angepasste Versorgung der Betroffenen in Berlin, und wir möchten, dass kein Verantwortungsspingpong stattfindet, sondern gemeinsam zwischen allen Playern ein Weg erarbeitet wird, wie die Versorgung besser und schneller funktioniert und ein transparenter, zeitnaher Zugang zu Versorgungsangeboten sichergestellt wird.

Wir freuen uns sehr, dass auch die Patientenbeauftragte des Landes Berlin hier ist, um die Situation Betroffener stellvertretend für die vielen Betroffenen einzuschätzen und zu bewerten. Wir haben ein Reihe von Fragen, wollen nun aber natürlich erst einmal KV und Senat zu Wort kommen lassen. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank, Frau König! Ich möchte Sie trotzdem daran erinnern, dass die Begründung eines Besprechungsbedarfs kürzer zu erfolgen hat, und bitte darum, dass das in Zukunft auch so erfolgt.

Dann hat jetzt Herr Dr. Ruppert das Wort und danach würde ich der Patientenbeauftragten das Wort geben. – Sie haben das Wort.

**Dr. Burkhard Ruppert** (Kassenärztliche Vereinigung Berlin): Ganz herzlichen Dank für die Gelegenheit hier die Rolle und die Aufgabe der KV Berlin zu einer besseren Versorgung im Bereich Long- und Post-Covid-Betroffener in Berlin darstellen zu können! Ich habe hierzu eine Präsentation gemacht, die Sie auch haben können. Das heißt, sie liegt Ihnen auch vor, sodass ich hoffentlich in wenigen Minuten – aber wahrscheinlich nicht in fünf Minuten – darüber hinweggehen kann, weil das Thema dafür einfach zu wichtig ist.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Sie haben jetzt einige Fälle gehört. Ich denke, jeder Fall für sich gesehen ist einer zu viel. Insofern ist es unsere gemeinsame Aufgabe, dafür zu sorgen, dass solchen Menschen in Zukunft besser geholfen werden kann. Das ist auch die Rolle, die sich hier die KV selbst gegeben hat, und zwar schon seit September 2021.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

So sieht die Agenda aus. Kurz zum Anlass der Weiterentwicklung, zu Zielen, zu bisherigen Maßnahmen und wie wir das zukünftig sehen: Fangen wir mit dem Anlass an. Noch eine Rückblende zu 2021: Wir hatten es plötzlich mit einem neuen, unklaren und sehr komplexen Krankheitsbild zu tun. Die mediale Berichterstattung war massiv. Das hat insbesondere die Selbstdiagnostik der Patienten gefördert, was dann zu hoher Fehlinanspruchnahme insbesondere der Schwerpunktambulanz der Charité zu ME/CFS geführt hat. Also Frau Prof. Scheibenbogen ist in dem Rahmen dann auf uns zugekommen. Es gab ein hohes Informationsbedürfnis – und gibt es nach wie vor – bei Haus- und Fachärzten für eine evidenzbasierte Diagnostik und Therapie. Es gibt nach wie vor Unklarheiten über den objektiven Versorgungsbedarf. Es gibt kein allgemeingültiges oder spezifisches Versorgungsangebot, jedenfalls bisher nicht – bis auf das, was wir uns hier in Berlin überlegt haben und seit dem G-BA-Beschluss auch gültig ist. Natürlich haben die Rentenversicherungsträger hier aufmerksam die Dinge verfolgt und sind von Anfang auch hier mit dem eventuellen Risiko dauerhafter Beeinträchtigungen auf uns zu gekommen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Welche Ziele hat die KV daraus entwickelt? Zunächst einmal haben wir es hier – das haben Sie eben schon in den Einführungsworten gehört – mit diametralen Erwartungshaltungen zu tun. Die Betroffenen fordern zu Recht eine bestmögliche und eine sofortige Versorgung. Ärzte wollen evidenzbasierte Erkenntnisse haben, um damit eine korrekte Differenzialdiagnose und Therapieauswahl zu machen. Etwas, das gerade bei diesem Krankheitsbild sehr schwierig ist. Die GKV pocht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot. Politische Akteure, Sie alle, wollen vor allem zufriedene Patienten haben, und bei dem, was Sie gerade vorgelesen haben, ist das natürlich gerade nicht der Fall – jedenfalls, was diese Menschen betrifft. Die Rentenversicherungen wollen vor allen Dingen dauerhafte Beeinträchtigungen vermeiden, also alle wollen stets aktuell zutreffend und widerspruchsfrei Informationen zu diesem Thema haben. Es geht vor allem auch um den effektiven und effizienten Einsatz von Fachkräften, und das Ganze vor dem Bild eines deutlichen Personalmangels, wie wir das auch in vielen anderen Gebieten sehen. Eines hatte ich Ihnen schon genannt: Die 130 fehlenden Hausärzte im Ostteil der Stadt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Welchen Fokus hat die KV Berlin daraus gezogen? Wir müssen natürlich unseren gesetzlichen Auftrag beachten. Was das bedeutet, sage ich Ihnen gleich noch. Wir wollen fortlaufend unsere Mitglieder informieren. Wir wollen vor allen Dingen die vorhandenen Strukturen nutzen, also haus- und fachärztliche Versorgung. Wir wollen die Hochschulambulanzen damit auch entlasten. Wir machen das alles in enger Abstimmung mit allen Playern, zum Teil sind sie auch hier. Wir haben aktive Mitarbeit angeboten im Bereich der Diagnostik und Therapieempfehlung, und wir machen einen fortlaufenden Abgleich von Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot.

Welche bisherigen Maßnahmen erfolgten daraus für die KV Berlin, um diese Ziele zu erreichen? Achten Sie bitte darauf: Die KV Berlin ist eine Körperschaft, und sie unterliegt hier insbesondere § 135 Absatz 1 SGB V. Das bedeutet, dass wir neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren – wie gerade in diesem Bereich oft gefordert – erst dann anwenden können, wenn sie vom G-BA empfohlen wurden. Dennoch haben wir uns von Anfang an Maßnahmen überlegt. Wir haben zusammen mit der KV Bayern einen gestuften Versorgungsan-

satz erarbeitet und erprobt. Mit der KV Bayern waren wir die ersten KVs, die das umgesetzt haben. Wir haben aktiv mitberaten beim Bundesministerium für Gesundheit – BMG – zum Thema BMG-Initiative Long Covid, und wir haben auch bei den Empfehlungen zum G-BA und zur Erstellung der G-BA-Richtlinie mitgewirkt.

Vielleicht kurz noch zur G-BA-Richtlinie: Sie wurde zum Dezember 2023 beschlossen. In Kraft getreten ist sie im Mai 2024, und jetzt erst im Januar 2025 haben wir die entsprechenden EBM-Ziffern, nachdem der erweiterte Bewertungsausschuss dies dann umgesetzt hat. Also haben wir eigentlich erst seit Januar dieses Jahres eine Finanzierungsgrundlage für all das, was wir bisher, zum allergrößten Teil ehrenamtlich, getan haben. Im Ergebnis hat der G-BA diesen dreistufigen Versorgungsansatz übernommen und auch in anderen Regionen bisher erfolgreich erprobt. Dank dieser G-BA-Richtlinie gibt es jetzt auch zum 1. Januar 2025, wie schon gesagt, die Finanzierung.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was haben wir weiterhin gemacht? – Wir haben Informationen an unsere KV-Mitglieder gebracht. Sie haben ja gehört, immer wieder wird gesagt: Die Ärzte wissen nicht, worum es sich dabei handelt. – Deswegen war das einer unserer wichtigsten Punkte, dass wir hier aktiv geworden sind. Wir haben mittlerweile insgesamt 34 Newsletter für 10 000 Mitglieder herausgeschickt. Wir haben 13 größere Beiträge im KV-Blatt gebracht. Wir haben gleich am Anfang eine große Veranstaltung mit über 200 Teilnehmern mit Frau Prof. Scheibenbogen gemacht und planen jetzt zum 1. April wieder eine Veranstaltung, bei der wir vor allen Dingen auch noch einmal die Kollegen auf die neuen Entwicklungen und auch auf die Abrechnungsmöglichkeiten hinweisen wollen.

Wir haben im Netzwerk mittlerweile 124 teilnehmende Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die das alles – und ich betone es noch einmal – ehrenamtlich machen. Dazu gibt es überhaupt keine Rechtsgrundlage für dieses Netzwerk. Das ist etwas Freiwilliges, das die Teilnehmer machen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

In diesem Netzwerk werden vor allen Dingen Informationen weitergegeben. Es kann aber auch – wie hier schon genannt – zu Fallvorstellungen kommen. Wir haben mittlerweile 23 Netzwerktreffen gehabt, und wir haben insgesamt zwölf Stunden Videomaterial geschaffen: für unsere Mitglieder, für alle Ärzte, die sich das im Selbststudium anschauen können.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wichtig ist, sich die Ergebnisse aus diesen Maßnahmen anzuschauen. Wir sehen eine zunehmende Akzeptanz unter Haus- und Fachärzten, was bei der Suche nach Behandlungsunterstützung – – Sie haben es ja gehört: Es gibt auch hier noch immer einzelne Probleme. Wir haben die Qualität der Fallbeurteilung deutlich steigern können. Wir haben dadurch eine effizientere Patientensteuerung erreichen können. Insgesamt wurden 19 Patienten im Netzwerk besprochen und vermittelt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir haben weitere Maßnahmen in enger Abstimmung mit den weiteren Playern gemacht. Also spezifische Ansprechpartner sind bei uns mittlerweile zwei Vollzeitäquivalente, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. Wir machen das alles immer in enger Abstimmung mit Frau Prof. Scheibenbogen. Wir haben Kontakt zu den Patientenbeauftragten, zu den Selbsthilfegruppen et cetera.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Welche Ergebnisse gibt es dafür in der engen Abstimmung? – Nun, die GKV hat bisher keinen Bedarf gesehen, hier spezielle Berliner Versorgungskonzepte zu finanzieren, also auch nicht unser Netzwerk. Mittlerweile konnten zehn Hochschulambulanzen implementiert werden, die mit verschiedenen Fachrichtungen über die Stadt verteilt sind. Wir haben zusammen mit der Charité 21 Fortbildungen gemacht. Wir haben den Hausärzteverband im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte im Long-Covid-Netzwerk integriert. Die Patientenbeauftragte selbst hat uns mittlerweile drei Fälle vorgestellt, und auch die Selbsthilfegruppen konnten und können uns Fälle vorstellen. Insofern noch einmal mein Appell an die Selbsthilfegruppen, uns zu kontaktieren. All diese Gruppen haben unsere Kontaktdaten, sodass wir uns um diese Patienten kümmern können.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wie könnte eine zukünftige Long-Covid-Versorgung aussehen? Das sind die Entwicklungen seit 2019. Sie sehen, dass ME/CFS – das heißt, die stärkste Form der Post-Covid-Erkrankungen – schon immer existiert hat. Wir hatten schon immer etwa 5 000 Fälle pro Quartal. Sie sehen jetzt eine Steigerung in diesem Bereich bis zum vierten Quartal 2024. Dem gegenüber hat der Peak im ersten Quartal 2022 doch deutlich abgenommen. Wir sehen hier insgesamt bei den neuen Fällen von Long Covid eine Abnahme, aber eine langsame Zunahme von ME/CFS.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das sind etwa 2 000 Patienten, bei denen wir mittlerweile sagen können, dass es hier ME/CFS zusammen mit Long Covid gibt. Ob das tatsächlich medizinisch so ist, können wir nicht sagen. So wird es jedenfalls codiert. Wir können sagen, dass etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind. Es betrifft vor allem die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen, Kinder nur noch minimal. In schweren Fällen kann es natürlich zu krankheitsbedingter Immobilität der Betroffenen kommen. Das sind sehr schwer verlaufende Fälle. Wir haben das dreistufige Long-Covid-Versorgungsmodell, was vor allem zum Grund hat: Wir wollen eine richtige Diagnostik mit richtiger Therapieauswahl, und wir wollen hier wieder in die richtige Versorgungsstruktur steuern können. Das Ganze, die Hochschulambulanzversorgung, passiert nach § 117 SGB IV. Warum Hochschulambulanzen, warum nicht Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – ASV – nach § 116b SGB V? Wir haben immer noch einen sehr hohen Forschungsbedarf, gerade bei dieser Erkrankung. Deswegen ist es richtig und sinnvoll, das in die Hochschulambulanzen zu geben. Also das ist etwas, was wir sehr stark begrüßen. Wenn man dann einmal so weit ist wie bei der Multiplen Sklerose, bei der man genau weiß, worum es geht, was die Ursachen sind, wie man helfen kann, dann ist der § 116b mit der ASV der nächste Schritt – aber immer den ersten vor dem zweiten Schritt.

Natürlich gibt es Defizite in der Versorgungsstruktur, wir haben gerade von ihnen gehört: 33 Fälle sind 33 zu viel – noch einmal mein Appell, sich entweder über die Patientenbeauftragte, über die Selbsthilfegruppen oder eben über die 116117 zu informieren und gegebenenfalls dann auch über das Netzwerk Hilfe zu holen. Man muss klarmachen, die Defizite liegen auch strukturell darin begründet, dass es bislang immer noch eine Budgetierung im Bereich der Hausärzte gab – mit 20 Prozent weniger Vergütung. Das hat natürlich auch zu Leistungs-

einschränkungen geführt. Die fachärztliche Versorgung ist nach wie vor budgetiert, und machen wir uns nichts vor: Schwer erkrankte Long-Covid-Patienten sind einfach betreuungsinintensiv. Das ist sicherlich auch ein Grund, hier Schwierigkeiten in der Versorgung zu sehen, insbesondere weil die Versorgung nicht adäquat finanziert ist, und auch jetzt mit der neuen Versorgung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab – EBM – auch nicht wirklich ausreichend finanziert ist.

Wir haben deswegen vor einigen Wochen einen Projektvorschlag, auch bei der Senatorin, eingereicht, und haben gesagt: Wir müssen uns mehr darum kümmern, dass wir mehr Informationen bringen, nicht nur an die Ärzte, sondern auch an die Patienten. Es könnte so aussehen, dass zum Beispiel ein Arzt in unserem Netzwerk nachfragt, Fachfragen hat. Entweder bekommt er die ausreichend beantwortet, oder die Antwort ist nicht ausreichend, dann bekommt der Arzt einen Zugang zu einem Videolink und einem Fragebogen. Den gibt er dann an den Patienten weiter. Der Patient füllt den Fragebogen aus, bekommt dann, nachdem er den Fragebogen bei uns abgegeben hat, eine Videosprechstunde, die dann mit dem Patienten unmittelbar durchgeführt werden könnte, und dann bekommt der Arzt schlussendlich einen Arztbrief, sodass er genau weiß, welche weiteren Schritte erfolgen müssen. Das wäre etwas, was wir uns vorstellen könnten, auch im Ausnahmefall wäre hier zum Beispiel ein delegierter oder ein ärztlicher Hausbesuch möglich. All das wäre im Rahmen dieses Modells möglich. Die Frage ist, wer die Kosten übernimmt, weil das natürlich im Moment noch nicht geklärt ist. Da gibt es in Deutschland Beispiele, wie man so etwas machen könnte. Die Projektskizze liegt der Senatsverwaltung vor. Wir werden uns am 2. April 2025 dazu treffen. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert! – Dann bitte ich die Patientenbeauftragte Frau Gaedigk um eine kurze Einschätzung. Sie haben das Wort.

**Ursula Gaedigk** (Patientenbeauftragte für Berlin): Vielen Dank für die Gelegenheit, Ihnen auch von meiner Seite zu berichten! – Ich berate und unterstütze Patientinnen und Patienten in Einzelfällen, bin natürlich aber auch in Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen, anderen Akteuren des Gesundheitswesens und unter anderem auch mit der KV zu dem Thema, das wir heute besprechen.

Grundsätzlich können Sie sich wahrscheinlich vorstellen, dass sich hauptsächlich Menschen bei mir melden, die Probleme mit ihrer Versorgung haben und nicht solche, die sich in ihrer Arztpraxis gut aufgehoben fühlen. Das ist mir wichtig, Ihnen auch mitzugeben. Die gibt es nämlich durchaus. Trotzdem können wir aus den Erfahrungsberichten etwas über die Versorgungsrealität lernen, die wir in Berlin vorfinden. Das Kernproblem, das mir die Patientinnen und Patienten berichten, ist natürlich, dass es im Moment noch keine evidenzbasierte Heilbehandlung für ihre gesundheitlichen Probleme gibt. Das ist sicher das Hauptproblem. Trotzdem gibt es wichtige Ansatzpunkte für die Behandlung, zum Beispiel gibt es eine S1-Leitlinie oder auch einen Therapiekompass. Das heißt, es ist wesentlich, dass die Hausarztpraxen, die hier eine Steuerungsrolle übernehmen, dann auch den adäquaten Versorgungsbedarf erkennen und gegebenenfalls richtig weiterleiten.

Ich würde ganz kurz darauf eingehen, was mir die Patientinnen und Patienten berichten. Einerseits, wie gesagt, gibt es gute Erfahrungen mit sehr engagierten Hausärztinnen und Hausärzten, bei denen sich die Patientinnen und Patienten gut versorgt fühlen. Es gibt auch sehr

gute Erfahrungen mit KV-Long-Covid-Netzwerk. Im Einzelfall gibt es eine telefonische Beratung und einen schnellen Hausbesuch. Allerdings gibt es eben auch andere Erfahrungen. Hausärztinnen und Hausärzte bagatellisieren die Krankheit oder deuten sie als rein psychische Erkrankung. Ärztinnen und Ärzte sagen offen, dass sie sich nicht auskennen und bitten in Einzelfällen darum, ihre Praxis nicht mehr aufzusuchen. Auch das Long-Covid-Netzwerk ist in der Hausarztpraxis zum Teil unbekannt. Zum Teil gibt es keinerlei diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die in der Hausarztpraxis veranlasst werden, und auch keine weitere Überweisung. Hausbesuche werden abgelehnt.

Die koordinierende Funktion der Hausarztpraxis scheint nach den Erfahrungsberichten Probleme aufzuwerfen. Patienten machen die Erfahrung, dass Ärztinnen ihnen antworten: Sie erwarten doch nicht wirklich, dass ich diese ganzen fachärztlichen Unterlagen, die Sie besorgt haben, durchlese. Dann bekomme ich ja selbst einen Burn-out. – Andererseits ist das auch der Eindruck von Patientinnen und Patienten, dass die Hausärztin oder der Hausarzt mit dieser Koordinierungsfunktion überfordert ist, gerade wenn wir über Schwerbetroffene reden, die wirklich einen intensiven Bedarf haben. In der Folge kommt es zu Arztwechseln oder der Erfahrung, dass es gar nicht möglich ist, eine neue Arztpraxis zu finden. Betroffene berichten mir immer wieder, dass, sobald sie ihre Diagnose mitteilen, die Hausarztpraxis dann doch keine neuen Patientinnen und Patienten aufnimmt. Hier hilft leider auch der Terminservice der KV nicht weiter.

Weil wir heute darüber sprechen, was die KV tun könnte, um die Versorgung zu verbessern, habe ich auch einige Wünsche mitgebracht. Es scheint mir erforderlich zu sein, dass die Anstrengungen zur Fortbildung und Vernetzung fortgesetzt werden, damit diese Situation, dass der Hausarzt sich nicht auskennt, immer seltener wird. Wir brauchen außerdem eine Lösung für Patientinnen und Patienten, die keine Maßnahmen in ihrer Hausarztpraxis erhalten. Hier brauchen wir eine Weiterleitung an Hausarztpraxen, die Erfahrungen mit diesem Krankheitsbild haben. Hier könnte die KV auch eine aktivere Rolle übernehmen. Es ist außerdem zu beobachten, dass die Betroffenen einen hohen psychosozialen Unterstützungsbedarf haben. Auch hier wenden sie sich in erster Linie an die Hausarztpraxis, die das erkennen und weiterleiten könnte. Schließlich möchte ich noch die Vernetzung mit der spezialisierten ambulanten Versorgung der Charité-Ambulanz nennen, die in Zukunft sicher auch im Einzelfall stärker intensiviert werden muss. Die G-BA-Richtlinie skizziert aus meiner Sicht einen guten Versorgungspfad für Betroffene. Leider beobachte ich, dass diese Richtlinie noch nicht in der Versorgungsrealität angekommen ist. Hier sind alle Akteure aufgefordert, nachzulegen, daran zu arbeiten, sich zu vernetzen und den Zugang für die Betroffenen auf der Ebene zu ermöglichen, die sie benötigen. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Wir haben jetzt verschiedene Wortmeldungen: Herr Dr. Lederer beginnt.

**Dr. Klaus Lederer (LINKE):** Vielen Dank! – Vielen Dank auch für die ersten Einschätzungen. Ich beschränke mich jetzt aufgrund der Zeit rein auf Fragen. Herr Dr. Ruppert, Sie haben uns ja vorhin auch die Zahlen vorgestellt: 10 000 Betroffene. Wie kommt es zu der Diskrepanz der Schätzung der Charité, die von 200 000 Betroffenen ausgeht. Das wäre ja das 20-Fache, und dann sieht man natürlich eine Äußerung, die da lautet: Die Regelversorgung ist im Großen und Ganzen ausreichend –, in einem anderen Licht, denn daraus wird plötzlich

eine relativ breitgefächerte Behandlungsverweigerung. Das ist natürlich aus der Perspektive der Betroffenen ein ziemlich schlechtes Signal.

Die zweite Frage: Können Sie uns sagen, wie viele Long-Covid- oder ME/CFS-Patientinnen und -Patienten derzeit durch das Post-Covid-Netzwerk der Kassenärztlichen Vereinigung versorgt werden? Angesichts der auch von der Patientenbeauftragten geschilderten Information: Was kann die KV noch unternehmen, über das hinaus, was Sie uns vorgestellt haben, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, vor allem die Hausärztinnen und -ärzte, die sozusagen die Gatekeeper in dem ganzen Prozess sein sollen, in der Lage sind, ihre Aufgaben zu erfüllen, denn das scheint tatsächlich extrem prekär zu sein.

Dann interessiert mich, wie viele Kinderärztinnen und Kinderärzte von wie vielen insgesamt hier in Berlin Long-Covid-Patientinnen behandeln, und welche Maßnahmen ergriffen werden, um gegebenenfalls – es wären so etwas wie Schwerpunktpraxen denkbar, wie wir sie schon bei HIV-Patientinnen kennen – einfach eine Struktur in das Versorgungsangebot hereinzubringen, dass Patientinnen und Patienten wissen: Wenn ich dahin gehe, dann passiert mir das, was mir an anderen Stellen bei den Hausärztinnen passiert, nicht. – Können vielleicht Feedbackstrukturen und Betroffenenbeteiligung noch deutlicher verbessert werden? Ich finde, es darf eigentlich keinen einzigen Fall geben, von denen, die Sie eben geschildert haben, keinen einzigen. Es ist ein Missstand, der abgestellt werden muss, und nicht erst nächstes oder über-nächstes Jahr, sondern im Grunde unverzüglich.

Vom Senat oder auch von Ihnen würde ich gern wissen: Welche Fachrichtungen sind im Post-Covid-Netzwerk eigentlich effektiv vertreten? Warum gibt es keine Transparenz über die teilnehmenden Ärztinnen? Das ist ja irgendwie schwierig. Wir haben ein Netzwerk, aber die Betroffenen wissen eigentlich nicht, wer in diesem Netzwerk ist. Das erinnert ein bisschen an Roulette. Wie viele Ärztinnen und Ärzte aus diesem Netzwerk sind tatsächlich in der Lage, eine fundierte Diagnose und Behandlung im Rahmen des derzeit wissenschaftlich Bestehenden – es ist klar, da wird es noch Forschungsbedarf geben, da werden sich Dinge verändern – anzubieten, und warum sind eigentlich Telemedizin und Hausbesuche für Schwerstbetroffene nicht flächendeckend verfügbar? Es ist für mich eigentlich nicht erklärbar. Ich kann mir das nicht erklären und finde es auch nicht akzeptabel. Könnten aus Ihrer Perspektive so etwas wie Zusatzpauschalen für die Ärztinnen und Ärzte, für die Betroffenen – das gibt es ja bei HIV-Patientinnen und -Patienten auch – dazu beitragen, etwas an diesem Zustand zu verändern? Und: Prävention – also wenn die Folgen so schwerwiegend sind, und die Pandemie ist zwar als Pandemie vorbei, aber das Erkrankungsmuster gibt es nach wie vor: Was wird unternommen, um auch die Prävention zu stärken, denn jede Patientin, die gar keine wird, ist natürlich der Situation vorzuziehen, in der wir derzeit sind?

Beim Senat noch kurz und knapp: Wie sieht der Senat diese Differenz zwischen 10 000 und 200 000, die eklatant ist und die natürlich auch Konsequenzen für das bereitzustellende Versorgungsangebot hat? Welche Maßnahmen werden gegebenenfalls ergriffen, um da ein bisschen mehr Licht in diese Einschätzung hineinzubekommen? Dann noch die Frage, ob die psychosoziale Beratungsstelle der Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle – SEKIS – vom Senat für ausreichend gehalten wird, um die medizinischen Bedürfnisse von Long-Covid- und ME/CFS-Patientinnen und -Patienten zu decken, weil – wir wissen es ja – ganz offensichtlich die physiologische Dimension der Krankheit derzeit in der Wahrnehmung derjenigen, die für die Patientenversorgung zuständig sind, unterbelichtet ist. Das scheint, ein Riesenproblem zu

sein. Was macht der Senat gegebenenfalls oder in welchem Austausch steht man gegebenenfalls gemeinsam mit der KV, dass der Versorgungsauftrag auch sichergestellt werden kann. Das wären meine Fragen, und wenn sie heute hier aufgrund der Knappheit der Zeit nicht alle beantwortet werden können, vielleicht können wir irgendeinen Modus machen, dass das dann gegebenenfalls im Nachgang auf eine schriftliche Beantwortung hinausläuft.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Frau Pieroth!

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Ich kann das Ganze nur verstärken. Ob 6 Prozent der Covid-Erkrankten in Berlin, sprich 200 000 Menschen, oder der eine solche Mensch, wie Sie sagten, Herr Ruppert – mein Bruder hat seit zwei Jahren Long Covid und kann manchmal gar nicht mehr mit mir telefonieren –, spielt eigentlich keine Rolle, und ich bin sehr glücklich darüber, dass wir uns endlich nicht mehr darüber unterhalten, wer zuständig ist, was zeitnah bedeutet und was evidenzbasiert bedeutet.

Es wurden hier ein paar Möglichkeiten aufgezeigt. Wir sitzen jetzt hier zusammen, um endlich Lösungen zu finden. Ich frage Sie jetzt noch einmal ganz deutlich – ich weiß, dass es zwei Rechtskreise sind –: Sprechen Sie nur miteinander, wenn wir dazwischensitzen oder finden auch sonst Gespräche zwischen Ihnen statt? Weil: Dass wir hier auch wieder über die Patientenbeauftragte die Zuständigkeiten hin- und herschieben – ich bin ja nicht ganz so Opposition wie Frau König das heute war –, aber ich möchte schon noch einmal anmerken: Wir haben hier haushälterisch auch für ein paar Lösungen gesorgt. Das ist zum einen, dass der Senat versprochen hatte, mit Spezialambulanzen, von denen ich nie so ganz viel gehalten habe, weil sie eine Doppelstruktur bedeuten würden – Insofern sind die Vorschläge von Klaus Lederer auch meine. Die 1 Million, die dafür vorgesehen war, die jetzt noch 300 000 Euro bei SEKIS sind, wo mit drei Stellen an einer Stelle in Berlin ein bisschen beraten werden soll, sind auch nicht die Antwort auf die Betroffenheit der bis zu 200 000 Menschen. Das war der letzte Punkt von Herrn Lederer.

Ich bin insofern betroffen, dass sich am Freitag noch mit einem Hausarzt gesprochen habe, der seine Möglichkeiten auch nur darin sieht, die Patientin entsprechend ernst zu nehmen, sie zu beraten und in sehr schwerwiegenden Fällen – und das sollte eigentlich auch schon eher passieren – an Frau Dr. Scheibenbogen zu überweisen, wo es dann wieder überfüllt ist. Welche Möglichkeiten haben wir neben der Entbudgetierung, die seit Februar läuft, die Hausärztinnen auch tatsächlich finanziell auszustatten, dass sie auch einen Hausbesuch tätigen können beziehungsweise auch wirklich Zeit für die Beratung zur Verfügung haben, weil das hier im Grunde das Spiel ist, dass letztendlich Hausärztinnen und Betroffene auszubaden haben, was wir nicht miteinander verabreden. – Danke schön!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herr Ubbelohde!

**Carsten Ubbelohde (AfD):** Vielen Dank! – Es wird ja unter dem Begriff Long und Post-Covid häufig auch Post-Vac subsumiert, also Impfnebenwirkungen, die über das normale Maß hinausgehen, oder auch Impfschäden infolge von Coronaimpfungen. Es betrifft durchaus sehr viele Menschen und auch von wissenschaftlicher Seite wird dieses Thema auch sehr häufig mit Long Covid zusammen in einen diagnostisch-therapeutischen Topf geworfen, um das einmal so auszudrücken. Meine Fragen an Sie beziehen sich auf diesen Kontext: Gibt es inzwischen Möglichkeiten, das eine von dem anderen zu unterscheiden? Gibt es auch Post-Vac-

Netzwerke, entsprechend auf Impfnebenwirkungen und Impfschäden spezialisierte Praxen, die dieses Thema gegebenenfalls mit behandeln – wenn nein, warum nicht?

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Herr Zander!

**Christian Zander** (CDU): Vielen Dank! – Herr Dr. Ruppert, ich freue mich, dass auch weitergedacht werden soll, wie man das Ganze weiterentwickeln kann. Jetzt haben Sie Ihr neues Modell vorgestellt – das war jetzt relativ schnell –, aber soweit ich das verstanden habe, ist die Basis des neuen Modells der Eingang über die Hausärztinnen und Hausärzte, wozu die Patientenbeauftragte sagt, dass dort auch ein Teil des Problems liegt, weil einige wissen, wie man damit umgeht, und andere nicht. Diejenigen, die es nicht wissen, stellen für die Betroffenen ein Problem dar, weil sie einfach nicht weiterkommen und ihnen nicht weitergeholfen werden kann. Also deshalb: Wenn die Koordinierungsfunktion weiterhin darin bleibt und es bei der Anzahl in den Praxen bleibt, die mit der Betroffenen Geschichte nicht umgehen können, wird sich keine wirkliche Verbesserung einstellen, sondern nur für diejenigen, die dann zufällig oder wie auch immer bei den richtigen Praxen landen.

Deshalb ist meine Frage: Sie hatten ja auch dargestellt, dass Sie in Newslettern und ihrem KV-Blatt über das Thema Long Covid berichten. In einem war ein Interview, und in diesem Interview ist zu lesen, dass es wünschenswert wäre, wenn man Schwerpunktpraxen einrichten könnte. Das ist in Ihrem Modell jetzt nicht vorgesehen. Die Frage: Inwieweit können Sie sich vorstellen, das so zu tun? Wir hatten auch schon häufiger über das Long-Covid-Netzwerk gesprochen und, dass man gar nicht genau weiß, wen man da konkret ansprechen kann. Sie haben gesagt, es wirkt eher intern, nach innen, für Beratungen, Weiterentwicklungen, Fortbildungen, Klärung von Fällen. Wenn man das nicht öffentlich machen kann, weil die Begründung war, man hätte Angst, dann würde man überlaufen, aber wenn diese Angst besteht, zeigt das ja auch, dass es einen Bedarf gibt, der nicht abgedeckt wird. Wäre es denn möglich, wenn man nicht solch eine offizielle Schwerpunktpraxis öffnet, darüber nachzudenken – es ist so, dass Sie wissen, wer die Expertise hat, damit umzugehen –, ob man eine Art, wie es auch bei Gericht ist, Geschäftsverteilungsplan einrichtet und sagt: Okay, wir haben hier eine Stelle, an die sich alle wenden können, und diese Stelle weiß auch ganz genau, an welche Arztpraxen man weitergeleitet werden kann, weil es dort die Expertise gibt, dass die Menschen dort versorgt werden können, und nicht, dass die Odyssee wieder bei den Patientinnen und Patienten liegt, dass sie schauen müssen, ob sie irgendwann einmal die richtige Praxis treffen.

Zur Pädiatrie: Sie haben ja gesagt, es gibt deutlich weniger Fälle, aber trotzdem sind die Fälle dann besonders dramatisch, weil die jungen Menschen in der Schule, in der Ausbildung sind, sie dann aus dem Leben gerissen werden, und dann Probleme haben, ihren Schulabschluss zu machen, der die Basis für ihr künftiges Leben ist. Insofern ist es für diesen Bereich besonders wichtig, auch Angebote zu schaffen. Es geht nicht um die normalen Hausarztpraxen, sondern um die Pädiatrie, und da ist München Vorreiterin. Inwieweit können Sie sich als KV vorstellen, besondere Angebote im pädiatrischen Bereich vorzuhalten oder anzubieten?

Meine letzte Frage ist: Sie haben gesagt, Sie sind da noch in Gesprächen für das Modell. Das braucht einen besonderen Finanzierungsbedarf. Könnten Sie vielleicht noch darstellen, worin dieser Finanzierungsbedarf besteht und auf welche Höhe Sie ihn schätzen?

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank! – Frau König!

**Bettina König** (SPD): Vielen Dank! – Ich hätte nach wie vor noch Fragen zum Long-Covid-Netzwerk: Mir ist immer noch nicht klar geworden, wie genau das funktioniert. Also wenn sich ein Hausarzt wirklich dahin wendet, wie schnell kann das dann einberufen werden? Wie viele Ärzte sitzen dann zusammen und beraten? Wie funktioniert das Ganze dann konkret? Wenn ich Sie außerdem richtig verstanden habe, haben Sie von 28 Fallbesprechungen berichtet, die stattgefunden haben. Das ist natürlich, wenn man an die Betroffenenzahlen denkt, nicht wirklich richtig viel, sodass der Rest der Betroffenen irgendwie offensichtlich keinen Zugang zu dem Netzwerk gefunden hat. Das bringt mich zu meiner weiteren Frage, nämlich noch einmal Zugang zum Netzwerk: Bestehen da Überlegungen den zu verändern, also einen anderen oder weiteren Zugang als alleine über den Hausarzt zu schaffen? Das hat Herr Zander auch gerade schon angesprochen.

Thema Schwerpunktpraxen: Ich verstehe es nach wie vor nicht – bei anderen Krankheitsbildern gibt es so etwas, zum Beispiel bei HIV gibt es Schwerpunktpraxen –, warum so etwas nicht angedacht ist. Ich zitiere noch einmal ganz kurz – keine Sorge! – aus dem KV Blatt, in dem einer der Ärzte, der das KV-Netzwerk betreut, geschrieben hat: Wünschenswert wären Schwerpunktpraxen für postakute Infektionen, an die Hausärzte vermitteln können. – Also selbst der Arzt aus dem KV-Netzwerk hat das so gesagt. Deshalb wundere ich mich ein bisschen, dass es an der Stelle da überhaupt nicht vorangeht. Ich will auch fragen – es gibt ja die KV-eigenen Praxen, die die KV betreibt –, ob man nicht vielleicht eine dieser Praxen zu einer Schwerpunktpraxis für Long Covid machen könnte. Ich würde auch gern wissen, ob die 116117 vielleicht stärker als Terminservicestelle für Long-Covid-Patienten genutzt werden könnte, dass man irgendwie einen besonderen Ast oder Zweig einpflegt, der dann Betroffene in Praxen vermittelt, die sich mit der Krankheit ein Stück weit mehr auskennen.

Dann wurde kurz eben schon angesprochen. Es wird ja Beratungsstellen demnächst bei der SEKIS geben. Dazu möchte ich ganz kurz sagen, dass es natürlich keine medizinische Versorgung ist, dass wir es aber trotzdem gutheißen, dass jetzt hier etwas entsteht, denn Betroffene haben ganz viele Fragen, bei denen sie Beratung und Unterstützung brauchen, auch sozialrechtlicher oder psychosozialer Art. Es geht einfach darum, dass nicht jeder Betroffene wieder bei null anfangen muss, alle Informationen selbst zu recherchieren, und deshalb halte ich diese Beratungsstellen schon für wichtig, wenn auch nicht für das alleinige Maß der Dinge, aber wie wird denn die KV mit diesen Beratungsstellen zusammenarbeiten wollen? Gibt es da schon Überlegungen? Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass sich diese Beratungsstellen mit dem KV-Netzwerk verbinden können.

Zum Charité Fatigue Centrum wollte ich nur einmal kurz anmerken, dass die leider nur eine einmalige Diagnostik erstellen können, aber eben nicht Therapie und Versorgung danach übernehmen, sondern die Leute dann zurück zu ihrem Hausarzt geschickt werden. Das hilft aber ganz oft nicht. Deshalb finde ich, dass man das eigentlich nicht so richtig in dem Versorgungszweig mitrechnen kann, weil eben die Versorgung nicht über das Charité Fatigue Centrum sichergestellt ist.

Zur Datenerfassung wollte ich noch fragen: Es existiert bisher keine belastbare Datenerfassung, deshalb kommt es zu diesen Unterschieden – wie Herr Lederer auch vorhin gesagt hat – zwischen 10 000 und 200 000 Betroffener in Berlin. Ist daran – auch eine Frage an den Senat – gedacht, sich irgendwie etwas zu überlegen, wie man Daten von Betroffenen vernünftig erfassen könnte.

Dann Kinder mit Long Covid und ME/CFS: Da würde mich interessieren, ob die KV weiß, wie viele betroffene Kinder genau es in Berlin gibt und wie viele Kinderärzte sich jetzt eigentlich wirklich mit der Thematik umfassender beschäftigt haben. Ich würde auch gern wissen, ob die KV einmal erhoben hat, wie viele Kinder haus- oder bettgebunden sind, und ob eine aufsuchende Behandlung bei schwerstbetroffenen Kindern in irgendeiner Form geplant ist. Ach ja, und dann würde ich auch gern noch wissen, wie viele Kinderärzte eigentlich im Long-Covid-Netzwerk enthalten sind.

Das Thema Fortbildung und Vernetzung wurde auch schon angesprochen. Ich halte es für sehr wichtig, dass da noch mehr gemacht wird, ebenso natürlich der Ausbau der Telemedizin und der Hausbesuche. Jetzt ganz zum Schluss hatten Sie noch die Folie vorgestellt – und wir kennen das tatsächlich noch nicht –: Ihren Projektvorschlag für die künftige Veränderung in der Versorgung. Das ging aber jetzt wirklich zu schnell, um das zu erfassen. Vielleicht können Sie noch ganz kurz erläutern, wie es angedacht ist, was an Weiterentwicklung genau angedacht ist, und das Thema der Kostenübernahme erläutern. Den Senat frage ich, wie er zu diesem Projekt der KV steht. Sie kennen das offensichtlich. Sind Ihnen da vor ein paar Wochen Unterlagen zugegangen? Welche Bewertung oder Einschätzung haben Sie schon dazu? Dann habe ich auch gerade schon das Thema der Datenerfassung angesprochen, und dann frage ich auch noch einmal den Senat – also es gibt, wie gesagt, Ihre Stellungnahme aus dem letzten Sommer, dass die Versorgung ausreichend gewährleistet ist –, ob Sie das eigentlich nach wie vor so einschätzen oder ob Sie hier auch einen Handlungsbedarf erkennen, um die Zugänge zu den vorhandenen Strukturen zu verbessern. – Vielen Dank!

**Vorsitzende Silke Gebel:** Frau Pieroth hat noch eine kurze Frage.

**Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE):** Das richtet sich an den Senat, und ich möchte hier nicht falsch verstanden werden. Natürlich finde ich diese Beratungsstelle von SEKIS toll, wenn aber gleichzeitig Kontaktberatungsstellen aus der Regelversorgung, wie das in Tempelhof-Schöneberg der Fall sein soll, gestrichen werden – – Wir kennen die Klammer Haushaltslage, und ich möchte einfach nicht, dass neue Strukturen geschaffen werden und Regelversorgung abgebaut wird – um das noch zu ergänzen. Genau so ist das bei den Ambulanzen, für die 1 Million Euro vorgesehen war. Das hätte natürlich mitnichten gereicht, und wahrscheinlich brauchen wir die gar nicht, weil wir das entsprechende Personal gar nicht haben.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Danke! – Dann kommen wir jetzt zur Beantwortung, und ich starte wieder mit Herrn Dr. Ruppert und komme dann zum Senat. – Herr Ruppert!

**Dr. Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung Berlin):** Vielen Dank für die sehr vielen Fragen! Ich hoffe, ich kann sie alle beantworten. Also vielleicht erst einmal vorweg: Wir reden ja über die Versorgung einer Gruppe, zu der wir jetzt offensichtlich verschiedene Zahlen gehört haben. Also meine Zahlen generieren wir ganz einfach aus den abgerechneten ICD-Codes. Das sind also die Codes, die die Ärzte kodieren, und das sind die Zahlen, die wir dazu haben. Wie Sie gesehen haben, sind sie auch in sich konsistent, weil sie eine gewisse abnehmende Entwicklung bei den Long- und Post-Covid-Fällen darstellen. Wenn ich Long Covid sage, meine ich auch immer Post-Covid. Es ist bitte identisch zu sehen. Bei den ME/CFS-Fällen sehen wir eine deutliche Zunahme, wobei wir festgestellt haben, dass das auch vorher schon war. Woher dieser Unterschied kommt? – Das weiß ich nicht. Ich kann nur über meine Zahlen sprechen, die ich habe.

Das Modell oder überhaupt die Versorgung, die der G-BA als Leitlinie vorgibt, und woran wir auch zum Teil mitgewirkt haben, beruht im Prinzip auf § 117 SGB V. Das heißt, wenn wir es mit Erkrankungen zu tun haben, bei denen noch ein sehr hoher Forschungsbedarf da ist – habe ich ja schon einmal erwähnt –, dann ergibt eine solche Struktur durchaus Sinn. Das heißt, hier zunächst einmal keine Schwerpunktpraxen zu machen, die dann im Übrigen nach § 116 implementiert werden müssen. Das wäre eine Vorgabe des Bundes. Das heißt, der Bund definiert, welche Diagnosen in den ASV-Katalog übernommen werden, und wenn dereinst Long Covid und Post-Covid und alle Folgen daraus in die ASV übernommen werden sollten, dann könnten wir solche Schwerpunktpraxen implementieren. Das bezieht sich auf all diese Interviews oder Gedanken, die wir dort dazu hatten. Es gibt nirgendwo in Deutschland ein System, bei dem patientengetriggert eine spezialfachärztliche Versorgung gewährleistet werden kann. Das gibt es einfach nicht. Das heißt, egal wo das ist, egal wo Sie sich das anschauen – auch bei MS ist das zum Beispiel so –, der Patient geht den Weg über die Versorgung Hausarzt, fachärztliche Versorgung und geht dann in die Schwerpunktpraxis. Das heißt auch, selbst wenn wir dann dereinst Schwerpunktpraxen haben werden, wird das auch der Weg sein.

Noch etwas zum zeitlichen Ablauf: Über diese Erkrankung sprechen wir seit Ende 2021, seit Dezember 2023 gibt es überhaupt eine G-BA-Richtlinie dazu, scharf geschaltet wurde sie im Mai 2024, und jetzt erst im Januar 2025 haben wir überhaupt die Kostenübernahme einigermaßen geregelt. Ich meine, vielleicht sollten Sie hier einmal Ihre Erwartung auf diese zeitliche Folge dessen fokussieren, die es bisher hatte. Das heißt, solche Prozesse brauchen auch eine gewisse Zeit, bis sie umgesetzt worden sind. Die KV Berlin hat parallel dazu ja schon

alles unternommen, indem sie dieses Modell, was jetzt durch die G-BA-Richtlinie quasi eine verbindliche Richtlinie ist, schon vorher umgesetzt hat, und das Ganze vor allem mit Kollegen, die das ehrenamtlich gemacht haben, und noch einmal: Dieses Netzwerk dient vor allen Dingen dazu, Kollegen für diese Erkrankung fit zu machen, und schwere und schwerste Fälle, bei denen es in der Versorgung wirklich Probleme gibt, dort vorzustellen. Das ist die Hauptaufgabe dieses Netzwerkes. Das heißt, Sie haben keine Koordinationsaufgabe, sondern das ist ein Netzwerk, was dazu dient, die Patientenversorgung dadurch zu verbessern, in dem genau das in Zukunft eben nicht mehr passiert, dass es Ärzte gibt, die sagen: Wir können mit dem ganzen Kram nichts anfangen. – Das soll ja genau der Sinn dessen sein, und dennoch sind ganz viele aus diesem Netzwerk bereit, dann auch in die Versorgung zu gehen, das heißt mit den Patienten zu sprechen.

Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, wir haben im September 2024 das allerletzte Mal sowohl von der Patientenbeauftragen als auch von den Patientenfachverbänden konkrete Fälle benannt bekommen. Ich hätte gerne diese 33 Fälle bei uns im Netzwerk diskutiert, wenn ich sie gekannt hätte. Ich bekomme sie jetzt als anonymisierte Liste mit Falldarstellung, kann dazu nur sagen: Na ja, dann kommen sie an uns heran. Wir sind ja dafür da, um genau diese schweren und schwersten Fälle eben auch gemeinsam zu bearbeiten. – Aber noch einmal: Das ist außerhalb der normalen Versorgungsstruktur, außerhalb dessen, was der G-BA in seiner Richtlinie vorsieht. Sie können in Zukunft keine medizinisch ambulante Struktur aufbauen, die darauf beruht, dass hochspezialisierte Fachabteilungen sich mit Patienten befassen, bei denen keine Vordiagnostik und Vortherapie oder zumindest eine Vordiagnostik erfolgt ist. Das schaffen Sie nicht. Wissen Sie, ich habe in Berlin schon das Problem, dass ich 130 freie Hausarztsitze im Ostteil der Stadt habe. Da habe ich, wenn ich mal rechne, pro Praxis 1 000 Patienten – es sind bestimmt mehr –, dann rennen im Osten 130 000 Patienten herum, die gar keine hausärztliche Versorgung haben. Das ist ein Skandal, das ist furchtbar. Das ist auch schlimm, wohlgemerkt, aber es ist eins dieser ganz vielen Probleme, die wir in der ambulanten Versorgung haben.

Und das, was wir hier getan haben, ist, wirklich im Vorfeld – schon zweieinhalb Jahre bevor es überhaupt eine G-BA-Richtlinie gibt – hier die Versorgung voranzutreiben, und zwar genau in dem Sinne, wie es dann auch durch die G-BA-Richtlinie gekommen ist. Das heißt, die Forderung danach, Herr Lederer, jetzt, gleich und hier diesen Menschen zu helfen, die ist wohlfeil. Das würde ich Ihnen gerne anbieten können, allein es fehlen die Ressourcen. Es fehlen sowohl die personellen als auch die finanziellen Ressourcen. Es fehlt aber auch das Wissen zum größten Teil. Wir sind ja nicht die Halbgötter in Weiß. Wir können diesen Menschen oft gar nicht helfen. Das muss man sich auch einfach einmal klarmachen.

450 000 Menschen hier in Berlin leiden an einer Depression, circa 450 begehen Suizid. Sind sie alle gut versorgt? Jedes Jahr 17 000 neue Fälle von onkologischen Patienten, nur in dieser Stadt. 12 000 Menschen, die hier in Berlin im Jahr von hier, jetzt und gleich einen Schlaganfall bekommen, und etwa 1 500 sind jünger als 55 Jahre. Das heißt, sie werden sofort aus ihrem Leben herausgerissen. Alle wollen und sollen sofortige Hilfe bekommen, auch diese Gruppe, aber wir müssen das vor dem Kontext dessen sehen, was wir schon leisten und was wir uns leisten können. Darüber müssen wir diskutieren, und deswegen haben wir dieses Versorgungsmodell eingeführt. Es sieht in der Ergänzung so aus, dass man sagen kann: Hier wird für den Patienten noch einmal eine zusätzliche Möglichkeit geschaffen, mit Fachspezialisten telemedizinisch zu sprechen. Ich weiß nicht, wer es von Ihnen fragte, ob man hier nicht tele-

medizinisch vorgehen könnte. Also hier soll eine telemedizinische Basis geschaffen werden, bei der auch die Patienten, wenn es nicht reicht, was vom Hausarzt an Information oder Hilfe kommt, direkt mit dem Fachspezialisten sprechen können, und die ambulante Versorgung soll besser und adäquater funktionieren.

Dann die Frage nach den Spezialambulanzen: Hier fehlt mir tatsächlich die Rechtsgrundlage. Ich kann es nur noch einmal sagen. Die Rechtsgrundlage – heißt bei Spezialambulanzen § 116 SGB V – legt die Bundesregierung fest, geht als Diagnose in den ASV-Katalog, und dann können wir auch über Spezialambulanzen sprechen. Ich bitte das zu beachten, wenn man so etwas fordert.

Die Frage nach den finanziellen Ausstattungen für die Hausärzte beantworte ich natürlich gern: Noch haben wir die Entbudgetierung nicht, also nur erst angesagt oder projektiert, aber wenn man sich den EBM-Katalog für die Versorgung dieser Patienten anschaut – ich will jetzt wirklich nicht jammern –, sind das pro Monat zusätzlich circa 14,50 Euro. Jetzt frage ich Sie, ob das der große Burner ist. – So, das war die Frage nach der Finanzierung, und ob es da Möglichkeiten gäbe, sich eventuell noch etwas zu überlegen.

Die Frage zum Überlaufen der Schwerpunktpraxen, wenn wir solche gründen würden. Auch die Schwerpunktpraxen werden nur dann angesteuert – das ist überall in Deutschland so, überall da, wo sich solche Schwerpunktpraxen befinden, die sind nicht korrekt bezeichnet, weil es den § 116 SGB V noch nicht in diesem Zusammenhang gibt. Die nennen das dann meistens so, aber selbst da, wo es die gibt, zum Beispiel in Rheinland-Pfalz, da gibt es fünf Stück davon, die im Übrigen auch keine Therapie machen, die haben eine rein koordinierende Funktion, also das, was im Prinzip bei uns die Haus- und Fachärzte zu tun –, auch da braucht es vorher eine Überweisung oder ein Schreiben in dem Sinne einer Überweisung jeweils aus den verschiedenen Praxen, damit sich diese Schwerpunktpraxen überhaupt damit beschäftigen. Sie brauchen immer eine Art Vorfilterfunktion, weil, wenn sie die nicht haben, wir dann in dieselbe Situation kommen, die Frau Scheibenbogen 2021 dazu bewogen hat, mit uns Kontakt aufzunehmen, weil ihre Ambulanz vollgelaufen war.

Frage zur Pädiatrie: Wir haben drei Pädiater nach meinem Wissensstand. Ich weiß nicht, ob das jetzt aktuell ist, aber bei uns im Netzwerk sind mindestens drei. Die Frage, warum wir die Namen nicht veröffentlichen oder warum wir dieses Netzwerk nicht öffnen: Weil genau das dann wieder passieren würde, dass jeder, der das Bedürfnis hat, sich an uns zu wenden, sich dann eben an uns wendet. Deswegen haben wir immer mit der Patientenbeauftragen gesprochen. Wenn sie etwas hört, soll sie es bitte an uns weitergeben. Wir haben mit den Patientenverbänden gesprochen: Bitte – Frau König –, wenn Sie Patienten haben, geben Sie sie bitte an uns weiter. Wir kümmern uns darum. – Ob wir den allen, Herr Lederer, sofort hier, jetzt, gleich und heute helfen können, weiß ich nicht. Wir werden uns darum bemühen, das zu machen. Wir werden vielen davon vielleicht auch nicht helfen können. Tatsächlich ist es einfach so, und da hoffe ich auch, dass der medizinische Fortschritt schnell vorangeht.

Die Frage war, wie viele Treffen: Das steht in der Präsentation. Die Zahl habe ich jetzt nicht mehr im Kopf. Die Frage war wieder nach Zugang ohne Hausarzt ins Netzwerk: Nun, das habe ich Ihnen jetzt, glaube ich, hinreichend erklärt, warum wir es nicht machen können. KV-Praxen als Schwerpunktpraxen? – Ja, wenn es einen § 116 SGB V gibt, könnte man darüber nachdenken.

Die 116117 für Long-Covid-Patienten öffnen: Die ist offen. Noch einmal mein Appell: Wenn Sie das Gefühl haben, der Hausarzt checkt das nicht, nimmt Ihnen das nicht ab oder Sie fühlen sich nicht ernst genommen, dann rufen Sie bei der 116117 an, und vereinbaren Sie dort einen Termin mit dem Hausarzt. Wir vermitteln dann einen Hausarzttermin. Das wird nicht einfach, das weiß ich. Ich verspreche hier nichts, was ich nicht versprechen kann. Das wird unter Umständen auch einige Wochen dauern, bis wir dann einen Hausarzt haben, aber wir werden nach einem Hausarzt suchen. Wir werden aber nicht nach einem Hausarzt suchen mit der Diagnose Long oder Post-Covid. Es sei denn, die existiert, aber wenn die von irgendeinem Arzt noch nicht gestellt wurde, werden wir sagen: Okay! Wir vermitteln Ihnen den Termin. – Wir vermitteln keine Diagnosen. Wir vermitteln Termine für Ärzte.

Charité Fatigue Centrum, zurück zum Hausarzt war die Frage: Ja, klar, also die können ja dort nicht alle Patienten versorgen. Das muss dann schon in die Hausarztebene gehen. Darauf zielen auch unsere enge Zusammenarbeit mit Frau Scheibenbogen und die vielen Informationen, die wir an die Ärzte weitergeben. Sie müssen sich vorstellen, hinter jeder Stufe dieses Versorgungsmodells steckt ein umfangreicher Katalog von Vorschlägen für Diagnostik und Therapie. Das ist alles bei uns auf der Homepage hinterlegt, im Bereich, der für die Ärzte zugänglich ist. Da steht ganz genau, was bei welchen Symptomen wie zu machen ist. Welche Blutabnahmen muss ich machen? Welche weiterführenden diagnostischen Schritte muss ich machen? All das liegt als Information vor. Es ist also nicht nur einfach, dass wir die da hinschicken und die Hausärzte mit sich selbst alleine lassen, sondern in dieser Struktur liegen alle notwendigen Informationen vor, und wir sind dabei.

Glauben Sie mir, das sind dicke Bretter, die man da bohren muss, gerade bei einem neuen Krankheitsbild, auch für die notwendige Akzeptanz zu sorgen auf allen Seiten: für die Akzeptanz aufseiten der Patienten, dass das alles nicht so schnell geht, aufseiten der Ärzte, dass sie sich mit dieser Sache beschäftigen. Ich weiß, wovon ich spreche. Ich weiß, wie lange es gedauert hat, mit den Kinderärzten die HPV-Impfung zu implementieren, eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Da haben sich die Kinderärzte immer an den Kopf gefasst und gesagt: Was haben wir damit zu tun? – Das hat viele Jahre gedauert, bis das dann mal in den Köpfen angekommen ist, und auch das wird eine Weile dauern, bis es in den Köpfen angekommen ist. – Jetzt hoffe ich, dass ich alles beantwortet habe. Wenn es noch Fragen gibt, stellen Sie die mir auch gerne noch mal schriftlich.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Danke schön! – Wir würden jetzt zum Senat kommen. Ich schaue einmal auf die Uhr und glaube, wir müssen auch die Gesetze vertagen. Ich sehe das nicht, dass wir die heute beschließen. – Frau Haußdörfer!

**Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP):** Vielen herzlichen Dank! – Ich werde nur einige Dinge ergänzen, weil die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und wir in der Tat im regelmäßigen Austausch zu verschiedenen Fragestellungen der ärztlichen Versorgung sind, aber insbesondere auch in dem Bereich Long Covid, weil wir uns natürlich, insbesondere die Senatsverwaltung, den Auftrag aus den Richtlinien der Regierungspolitik auch sehr zu Herzen genommen und hier auch zwei parlamentarische Fachgespräche zum Anlass genommen haben, an diesen Stellen weiterzuarbeiten. Wir haben an zwei Stellen im Haushalt eine entsprechende Verortung, und deshalb war es mir auch sehr wichtig, dass wir dem Themenbereich der psychosozialen Versorgung einen besonderen Schwerpunkt widmen.

Ich möchte das nicht als eine Art Wettbewerb oder Konkurrenzdruck um Diagnosebilder und Leidensgeschichten sehen, weil ich glaube, der Bereich der PEP-Mittel, der Beratungsstellen KBS und SEKIS ist in dem Fall absolut gleichwertig. Wir können hier keinen Konkurrenzdruck aufgrund verschiedener Diagnosen erzeugen. Deshalb war es wichtig, dass wir auf vorhandenen Beratungsstrukturen, die nämlich die SEKIS und der Landesverband Selbsthilfe durch die Stadtteilzentren und andere Beratungsinstitutionen, die übrigens in der Bevölkerung absolut bekannt sind – Die Menschen wissen, welche Beratungsinstitutionen in ihrem Kiez sind. Sie wissen vielleicht noch nicht, dass es unter anderem hier auch um Long Covid, um psychosoziale Beratung geht, aber sie kennen ihre Beratungszentren in ihrem Kiez im Regelfall. Deshalb haben wir darauf aufgesetzt und hier an der einen Stelle in der Zimmerstraße, aber auch in der Kiezspinne in Lichtenberg zwei Angebote geschaffen, die in Präsenz erfolgen können, aber auch die entsprechende Website für die niedrigschwellige Versorgung angeboten.

Hier wurde geschildert, dass viele Patientinnen und Patienten oft ein Stigmatisierungserleben beschreiben. Deshalb ging es darum, unvoreingenommen und ohne Bewertung der Erkrankungssymptome zu beraten. Dabei geht es um die Erfassung der momentanen Lebenssituation und inwiefern bei Bedarf die Lebensqualität der Ratsuchenden verbessert werden kann, und zwar im bestehenden System. Deshalb war es uns wichtig, neben der Thematik der Hochschulambulanz, die natürlich forschungsbasiert und deshalb auch nicht Teil der Versorgung ist, hier entsprechend eine Grundlage zu schaffen. Das ist eine interessante Koinzidenz, weil heute auch der Bundesgesundheitsminister eine positive Zwischenbilanz gezogen hat. Er hat sich offensichtlich heute Vormittag im Rahmen des Long-Covid-Netzwerkes, des fünften Runden Tisches Long Covid, getroffen. Er kommt auch zu der Erkenntnis, dass auf der einen Seite, um die Erkenntnislage und die Versorgung zu verbessern, verschiedene Maßnahmen angestoßen worden sind. Dazu gehört der Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung, was von 2024 bis 2028 gelten wird. Hier ist es ja so, dass die Hochschulambulanz von Prof. Scheibenbogen mit einem Unterstützungsvolumen von nahezu 10 Millionen Euro auch die entsprechende Unterstützung hat, hier zu Versorgungsimpulsen zu kommen, und danach gibt es noch vier Modellprojekte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long Covid, die mit einem Gesamtvolumen von 45 Millionen Euro vom Bund gefördert werden.

Dann haben wir auch noch die Frage, inwieweit wir von anderen Bundesländern lernen können. Dass man das angeht, finde ich besonders gut, weil ich natürlich auch meine Landeskolleginnen und -kollegen befragt habe.

Ich komme zu dem Thema Kinder- und Jugendambulanzen für die Versorgung von Long Covid: Sachsen meldet Fehlanzeige. Es ist nichts bekannt. Sachsen-Anhalt meldet Fehlanzeige. Es ist nichts bekannt. Hamburg hatte eine Kinderambulanz, insbesondere während der Pandemie, hatte eine Klinik, ein Spezialangebot. Derzeit wird keine Kinderambulanz vorrätig gehalten. In Brandenburg gibt es eine Fehlanzeige. In NRW wird auf das PEDNET-LC-Förderprojekt des Bundes verwiesen. Das ist das, was ich gerade vorgestellt habe. Hier geht es darum, Aufbau von Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche darzustellen und wo man Comprehensive Carecenters – die Anglizismen dieser Welt tauchen da auch auf –, aber es geht darum, auch eine umfassende Versorgung anzubieten.

In Rheinland-Pfalz – das hat Herr Dr. Ruppert schon angesprochen – reden wir von fünf Schwerpunktpraxen, die einen einmaligen jährlichen Zuschuss von 50 000 Euro bekommen, um eine koordinierende Fachkraft für diese Patientinnen und Patienten – im Übrigen nicht spezialisiert auf Kinder und Jugendliche – zu unterstützen, dass die Koordinierungsaufwände dargestellt werden. Deshalb ist es wichtig, dass wir auch in Berlin unser Versorgungsangebot auf den Prüfstand stellen, an welchen Stellen wir eine besondere Vertiefung darstellen können. Aus den Fachgesprächen hier im Parlament habe ich ja auch mitgenommen – ich glaube, das ist auch dem Kontakt mit den entsprechenden Selbsthilfegruppen und Vereinen geschuldet –, dass natürlich viele Patientinnen und Patienten eben nicht in Präsenz Ärzte aufsuchen können und sich deshalb die Frage der telemedizinischen Beratung, Diagnose und Selbsthilfe stellt. Das ist ein Projekt, was uns die KV Berlin vorgeschlagen hat, wie wir hier auch die im Haushalt vorhandenen Gelder gut nutzen und auf der anderen Seite aber auch die entsprechenden Ansprechpersonen darstellen können. Dazu haben wir auch Ansprechpersonen in den sozialpädiatrischen Zentren hier in Berlin. Gleichzeitig setzen wir uns auch dafür ein, dass wir mit dem Jugendnetzwerk von München, was ja offensichtlich dort in der Koordination ist, in einem besonderen Austausch stehen.

Deshalb ist auch die Beratungsstelle von SEKIS ein Anfang, um zu schauen, wie das System angenommen wird und an welchen Stellen wir Verbesserungen durchsetzen müssen. Wenn wir uns anschauen: Allein im Forschungsbereich hat das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin 15 Projekte zwischen Bund und dem Land Berlin hier an Land ziehen können. Das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin hat acht Projekte. Das habe ich unter anderem letzte Woche vorgestellt, weil die Frage, wie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen diese PIMS-Diagnose, dieses akute Entzündungssyndrom, festgestellt wurde, eben auch in Zusammenarbeit mit der Charité und dem Deutschen Rheuma-Forschungszentrum besonders dargelegt wurde. Sowohl sechs interdisziplinäre Projekte, die an der Charité in den vergangenen Jahren durchgeführt wurden, als auch das aktuell laufende Einzelvorhaben PAIS Care Berlin – Post Acute Infectious Syndromes Interdisciplinary Care Berlin – werden in den kommenden vier Jahren mit insgesamt 10 Millionen Euro für die Forschung gefördert.

Teil der Diskussion ist, dass wir leider noch nicht über Heilung sprechen können, sondern die adäquate Versorgung im System. Mit den Ansätzen, die wir geschaffen haben, können wir hier auch einen ersten Schwerpunkt darstellen. Wir gleichen uns auch mit den anderen Bundesländern ab, was dort klappt, was vielleicht auch nicht klappt, aus verschiedensten Gründen. Deshalb ist es uns sehr wichtig, für eine niedrigschwellige Versorgung zu sorgen, und insbesondere in den Systematiken, die wir umsetzen können, nämlich psychosoziale Anlauf- und Beratungsstellen auf schneller Basis zu errichten, ist der erste Ansatz, mit der dann hoffentlich im Mai eröffneten Stelle der SEKIS und dem Landesverband Selbsthilfe ein Zentrum zu schaffen, in dem sich Angehörige und Betroffene gehört und gut beraten fühlen.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen, Dank! – Herr Dr. Ruppert, Sie haben noch etwas zu sagen.

**Dr. Burkhard Ruppert** (Kassenärztliche Vereinigung Berlin): Nur eine kurze Korrektur: Ich habe gerade von meiner Fachabteilung mitgeteilt bekommen, es handelt sich nicht um 14,50 Euro, sondern um etwas mehr als 17 Euro pro Monat.

**Vorsitzende Silke Gebel:** Vielen Dank für diese aufschlussreiche Anhörung! – Wir werden dazu ein Wortprotokoll bekommen. Das wird dann hier vorliegen. Dann vertagen wir dieses

Thema und rufen es wieder auf, wenn das Wortprotokoll vorliegt. Dann sind wir mit dem Punkt fertig.

Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert, dass Sie heute bei so vielen Anhörungen bei uns waren! Ich wünsche Ihnen noch eine schöne Woche.

#### Punkt 5 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –  
Drucksache 19/1352  
**Viertes Gesetz zur Änderung des  
Landeskrankenhausgesetzes**

[0228](#)  
GesPflieg  
Haupt(f)  
DiDat\*

Siehe Inhaltsprotokoll.

#### Punkt 6 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –  
Drucksache 19/2263  
**Gesetz zum Abkommen zur Änderung des Abkommens  
über die Errichtung und Finanzierung des Instituts für  
medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen**

[0320](#)  
GesPflieg

Siehe Inhaltsprotokoll.

#### Punkt 7 der Tagesordnung

Petition  
**Eingabe zum Thema „Bewerbung des Landes Berlin beim  
WHO Netzwerk Age-friendly Cities + Communities“  
Pet. Nr. 2337/19**  
Der Petitionsausschuss bittet um Stellungnahme.

[0216](#)  
GesPflieg

Aus zeitlichen Gründen vertagt.

#### Punkt 8 der Tagesordnung

Petition  
**Eingabe von Herrn N.  
Medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen**  
Der Petitionsausschuss bittet um Stellungnahme.

[0243](#)  
GesPflieg

Aus zeitlichen Gründen vertagt.

Punkt 9 der Tagesordnung

**Verschiedenes**

Siehe Beschlussprotokoll.