

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

71. Sitzung
8. Juni 2026

Beginn: 09.33 Uhr
Schluss: 12.17 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 [0319](#)
GesPflieg
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)
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0382](#)
GesPflieg
Ambulante Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Long/Post-COVID in Berlin: Aktueller Stand und Handlungsbedarf
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

Hierzu: Anhörung

Ich möchte ganz herzlich Herrn Dr. Burkhard Ruppert, den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung – KV – Berlin, begrüßen. – Hallo und herzlich willkommen; danke, dass Sie sich heute die Zeit nehmen!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Das ist der Fall. – Dann schon einmal vielen Dank für die Erstellung dieses Wortprotokolls! – Die Kollegin Bettina König begründet den Besprechungsbedarf zu 3 a und 3 b. Frau König hat das Wort!

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Guten Morgen! Für uns ist Long Covid und die Versorgung von Long-Covid-Betroffenen ein sehr wichtiges Thema; ich glaube, das wurde in dieser Legislaturperiode auch relativ deutlich. Es gibt eine nicht unerhebliche Anzahl an Betroffenen sowohl von Long Covid und Post-Vac als auch von ME/CFS, und dabei einen nicht unerheblichen Anteil von Schwerstbetroffenen. Kürzlich fand der ME/CFS Awareness Day statt; es gab eine große Demo am Brandenburger Tor, aber auch an vielen anderen Stätten in Berlin. Das hat noch einmal sehr deutlich gemacht, dass die Betroffenen da sind und anfangen, sich zu organisieren und für ihre Versorgung auf die Straße zu gehen.

Wir hatten hier, das ist der Punkt 3 a, vor über einem Jahr eine Anhörung mit Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung. Als Koalition haben wir zwischendurch zusätzlich Termine gemacht, sind aber jetzt an einen Punkt gekommen, wo wir dachten, es sei wichtig, das Thema noch einmal öffentlich zu beraten, denn es betrifft nicht nur die Koalition, sondern alle Parteien. In der Anhörung, die vor über einem Jahr stattgefunden hat, wurde deutlich, dass die KV einen Handlungsbedarf gesehen hat, was die zukünftige Long-Covid-Versorgung angeht. Es wurde in der Anhörung ein Pilot zur Weiterentwicklung der vorhandenen ambulanten Versorgung vorgestellt, ein Projektvorschlag mit zwei Modulen für Kinder und für Hausärzte. Da würde uns natürlich sehr interessieren, wo wir ein Jahr später stehen.

Im Rahmen der Anhörung wurde auch das Thema § 116b SGB V, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ASV –, aufgegriffen. Auch da würde uns interessieren, was im letzten Jahr auf den Weg gebracht werden konnte. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Der Punkt wurde damit begründet. Dann kommen wir zu Herrn Ruppert.

Dr. Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung – KV – Berlin; Vorstandsvorsitzender): Ganz herzlichen Dank für die Einladung! – Ich habe mich, als ich die Einladung bekommen und den Brief gesehen habe, zunächst einmal sehr gefreut, weil ich dachte, dass Sie Bezug auf den 7. Mai nehmen würden, an dem wir eine gemeinsame Pressekonferenz mit der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer zum Thema GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gemacht haben, weil das massive Auswirkungen auf alles haben wird, was an Versorgung in dieser Stadt ab 2027 laufen wird. Aber das ist ja ein Thema, das uns wahrscheinlich die nächsten Monate über noch weiter beschäftigen wird, und somit sehe ich in die Zukunft und denke mir, dass wir in Zukunft vielleicht noch einmal darüber debattieren können, denn es wäre mir und, denke ich, auch Herrn Schreiner – er ist ja auch anwesend – sehr wichtig. Trotzdem fangen wir erst einmal mit dem Thema an, das Sie von mir gefordert haben und worüber ich auch gerne berichten werde: Wie sieht die Long-Covid-Versorgung und unsere Rolle dabei aus?

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Kurz einmal zum rechtlichen Auftrag und zum Zusatzangebot der KV Berlin – das meiste kennen Sie schon; das habe ich vor einem Jahr bereits vorgestellt –, zu unseren Projektideen, und dazu, wie der Ist-Stand ist und welchen Ausblick es dazu gibt: Über allem steht die Long-Covid-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – G-BA –, die im Mai 2024 verabschiedet worden ist. Eine Einigung über die Bezahlung erfolgte zum Januar 2025. Auch darüber ist schon hier im Haus berichtet worden. Wir, insbesondere die KV Berlin, haben hier zusammen mit dem G-BA sehr früh damit begonnen, ein dreistufiges Versorgungsmodell einzuführen, das abhängig von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung eingesetzt wird. Grundversorgend sind immer die Haus-, Kinder- und Jugendärzte; wenn es komplizierter wird, geht es in die fachärztliche Versorgung, und wenn es ganz kompliziert wird, in die spezialisierte ambulante Versorgung – hier steht „Hochschulambulanz“; das ist in Berlin auch so geregelt. Das geht in die Hochschulambulanz; das ist insgesamt über § 117 SGB V geregelt und nicht über § 116b SGB V wie bei anderen Versorgungsformen, zum Beispiel bei Multipler Sklerose oder bei ASV-Fällen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die sektorübergreifende Zusammenarbeit sieht hier in Berlin so aus, dass wir ein sogenanntes Projekt „PAIS Care Berlin“ haben, das vor allem von der Charité und dort von Frau Professor Scheibenbogen ausgeht. Wir arbeiten hier sehr eng zusammen. Gott sei Dank – Gott sei Dank, muss man sagen – ist seit 2026 eine Erweiterung der Einschlusskriterien für die Patienten erfolgt, deren Erkrankungsbeginn länger als sechs Monate her ist. Sie können sich vorstellen, dass es zu dem Zeitpunkt kaum noch Patienten gab, die neu an Long oder Post-Covid erkrankt waren. Das war sehr selten, sodass das Gros der Patienten diese Erkrankung meistens schon sehr viel länger als sechs Monate hatte. Deswegen war das ein wichtiger zusätzlicher Schritt. Mittlerweile sind insgesamt etwa 60 Ärztinnen und Ärzte und etwa 44 ambulante Praxen in diesem Projekt zusammengeschlossen. Das nur einmal zu Ihrer Information.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Das hier ist die Analyse des derzeitigen Versorgungsbedarfs beziehungsweise der Erkrankungsfälle – so muss man es ja richtig sagen. Die dunklen Säulen sind die Long- und Post-Covid-Fälle; klar beginnt das erst mit der Coronapandemie 2021. Bei ME/CFS sehen Sie, dass das ein Problem ist, das wir eigentlich schon immer kennen; etwa 5 000 bis 6 000 Fälle hatten wir hier pro Quartal. Wie Sie sehen, nehmen vor allen Dingen diese Fälle zu. Mittlerweile haben wir, wenn Sie so wollen, einen Gleichstand mit den Long- und Post-Covid-Fällen, die am Anfang sehr hoch waren und dann langsam heruntergingen und auch weiter eher eine abfallende Tendenz zeigen. Was Sie hier beachten müssen, ist, dass die Säulen nicht addierbar sind. Es kann also durchaus sein, dass ein Patient, der hier in einer Säule enthalten ist, sowohl die Diagnose Long oder Post-Covid als auch die Diagnose ME/CFS hat, sodass man nicht daraus schließen kann, dass es sich hierbei um 22 000 Patienten handelt, sondern jede Säule für sich alleine betrachtet werden muss.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die KV hat schon 2021 ein Zusatzangebot initiiert, nämlich das sogenannte Long-COVID-Netzwerk. Dies diente als Fallkonferenz zunächst nur dem innerärztlichen und innerpsychotherapeutischen Transfer von Wissen; mittlerweile wurde es deutlich weiter ausgebaut: Wir haben Weiterbildungsinhalte für die KV-Mitglieder; wir machen Fallvorstellungen; es wird fortlaufend allen KV-Mitgliedern Bericht erstattet; und wir arbeiten auch weiterhin aktiv mit, sofern es um die G-BA-Richtlinie geht. Aus diesem Projekt heraus haben wir weitere Projekte geplant, und zwar vor allen Dingen für die hochkomplexen Fälle und für solche, die in der Häuslichkeit verbleiben müssen, die also nicht in der Lage sind, eine Arztpraxis oder die Hochschulambulanz aufzusuchen. Aus diesen beiden Fällen heraus sind zwei Projektideen entstanden, nämlich das Telemedizinische Beratungsangebot und der Ärztliche Besuchsdienst für immobile Patientinnen und Patienten mit Schweregrad 3 bis 4.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Was ist daraus geworden? – Wir haben darüber schon öfter gesprochen. – Frau König! Herr Zander! Sie waren dabei, als wir darüber diskutiert haben, auch mit den Kassen. – Das Problem ist hier die rechtliche Grundlage, nämlich § 117 SGB V, der nur Hochschulambulanzen vorsieht. Insofern fehlt für solche ambulanten Projekte tatsächlich die Finanzierung, sowohl für das Telemedizinische Beratungsangebot als auch, was den Ärztlichen Besuchsdienst betrifft. Auch hier fehlt die Finanzierung. Wir haben es trotzdem zum Anlass genommen, dass wir beim letzten Zi-Congress vor einigen Monaten als eines der ausgezeichneten Projekte im ambulanten Gesundheitsbereich eingeladen wurden, dieses Projekt vorzustellen, und haben uns natürlich über diese Einladung sehr gefreut.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Ländergeförderte Versorgungsprojekte gibt es in diesen von uns hier aufgeführten Bundesländern. Es mag noch andere Bundesländer geben, die das machen. Für Berlin gibt es das PAIS-Care-Projekt; andere Projekte sind uns nicht bekannt. Noch kurz zu den Projekten: All diese Projekte geben das Geld im Wesentlichen nicht in die ambulante Versorgung, sondern in die Hochschulambulanzversorgung.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Der Ausblick ist, wenn Sie gestatten, katastrophal. Wenn das Reformvorhaben des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wirklich durchgeht – da auch noch einmal meinen Dank an die Gesundheitssenatorin und an die Staatssekretärin Frau Haußdörfer, die im Bundesrat mit dafür gesorgt haben, dass man noch einmal darüber nachdenkt, ob das wirklich ein guter Schritt ist, dieses Gesetz so zu machen, wie man es geplant hat –, dann rechnen wir hier in Berlin tatsächlich mit massiven Einschränkungen. Sie kennen sicherlich unsere Befragung, die wir dazu unter 2 400 Ärzten und Psychotherapeuten durchgeführt haben: Etwa jede zweite Praxis denkt darüber nach, ihr Versorgungsangebot zumindest einzuschränken oder ganz aufzuhören; 10 Prozent werden sicher aufhören, wenn das so kommt. Das hat massive Auswirkungen auf die Versorgung dieser Stadt.

Wir rechnen mit mindestens 130 Millionen Euro Mindereinnahmen für die Berliner Vertragsärzte und entsprechend 3 Millionen Euro weniger im Verwaltungshaushalt der KV. Aus diesem finanzieren wir weitere Projekte, und das bedeutet ganz einfach weniger Budget und weniger Versorgung hinten heraus. Das muss man sich klar machen. Berlin gehört neben Hamburg zu den KV-Bereichen, die durch die Entbudgetierung und durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG – am meisten profitiert haben: 15 Prozent weniger Auszahlungen zu 100 Prozent. Die Auszahlungsquote lag hier in Berlin bei etwa 85 bis 80 Prozent, in Hamburg bei 80 Prozent, also noch einmal schlechter als hier. Insofern sind das die beiden Bundesländer, die am meisten von diesen Regelungen profitiert haben, und wenn das Geld wegfällt, bedeutet das hinten heraus, dass es in der Versorgung knirschen wird, und zwar ganz massiv. 3 Millionen Euro weniger im Verwaltungshaushalt der KV Berlin heißt es dann bei 2,4 Prozent Verwaltungssatz. Das bedeutet, dass wir laufende Versorgungsprojekte deutlich überdenken werden. Auch dieses Projekt hier werden wir überdenken.

Was ich Ihnen jetzt schon sagen kann, ist, dass wir zunächst die Förderung mit 60 000 Euro – 40 000 Euro bei einer Zweigpraxis und so weiter – für die hausärztliche Versorgung im Ostteil der Stadt stoppen werden. Wir wollen das nicht, aber wir werden es stoppen müssen, und wir werden auch den weiteren Ausbau von KV-Praxen nicht weiter forcieren. Auch das ist etwas, was wir uns zurzeit einfach nicht leisten können. Wir müssen erst einmal schauen, wie sich die ganze Sache weiterentwickelt; für 2027 sind zunächst einmal alle Projekte gestoppt. So weit erst einmal von mir. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Dr. Ruppert! – Wir kommen zu den Fragen der Abgeordneten. Ich habe Wortmeldungen. – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Auch an Sie, Herr Dr. Ruppert! Herzlich willkommen! – Guten Morgen an alle! – Diese Berichte von Ihnen, Herr Dr. Ruppert, lassen einen erschrecken, sind aber nicht neu und kommen auch nicht unerwartet. Das wissen wir, glaube ich, alle. Was ich neben den von Ihnen zitierten chronischen Erkrankungen vermisst, ist das Post-Vac-Syndrom. Impfnebenwirkungen werden ja nicht nur vom Paul-Ehrlich-Institut, sondern auch von anderen gerne ausgeblendet, oder die Hürden bei der Meldung dieser tatsächlich zahlreich bestehenden Erkrankungen infolge von einer zweifelhaften und in weiten Teilen unsinnigen Impfkampagne erscheinen sehr hoch. Ich hätte mir gewünscht, dass in Ihrer Statistik, aber auch in der Diskussion und im Tagesordnungspunkt, neben Post- und Long Covid und neben dem Chronischen Müdigkeitssyndrom auch Impfnebenwirkungen eine Rolle spielen, denn es gibt sie, sie sind immanent, und sie belasten sehr viele Menschen.

Ich habe in der Diskussion und in der Aussprache mit Betroffenen gehört, dass sie nicht erfahren sollen, welche Praxen Teil des Netzwerks sind. Ist es tatsächlich so, dass Betroffene darüber keine Auskunft erhalten?

Der zweite Punkt, der mir wichtig ist: Es wurde von Frau Professor Scheibenbogen einmal eine Koordinationsstelle in die Diskussion eingebracht, um die Abläufe besser zu koordinieren. Ist das aus Ihrer Sicht sinnvoll? Ist das notwendig und braucht es dessen?

Im Übrigen waren die Zahlen der Teilnehmer am PAIS-Care-Projekt einmal höher. Ich erinnere mich an die Zahl von 70 Praxen, die einmal daran teilgenommen haben. Jetzt sind es weniger. Liegt das auch an der Budgetierungs- und Bezahlungsthematik oder an bürokratischen Hürden, die in den Praxen ohnehin eher zu- als abgenommen haben? – Das wäre es fürs Erste.

Vielleicht noch eine Frage zu den Änderungs- oder Verbesserungswünschen Ihrerseits, was die Vernetzung mit den Long-Covid- und Post-Vac-Ambulanzen der Charité und von Vivantes angeht: Was wünschen Sie sich über eine bessere, auskömmliche Vergütung, die selbstverständlich sein sollte, hinaus? Was können wir tun, um für die Menschen draußen, die zum Teil erhebliche gesundheitliche Belastungen erleben, noch mehr da zu sein und sie zu unterstützen? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir kommen zu Frau Pieroth, und ich stelle jetzt auch die Uhr für die Redezeit an. – Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Dann mache ich ganz schnell! – Herr Dr. Ruppert! Wir sprechen seit 2017 – da waren Sie noch stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin; seit 2021 sind Sie Vorstandsvorsitzender; ich bin seit 2016 hier im Gesundheitsausschuss – über Bedarfe und über Steuerungen, denn es geht ja um die Patientinnen und Patienten. Die Bedarfe sind in dem Fall klar; Frau König hat sich sehr dahintergeklemmt, dass die Menschen, die mittlerweile demonstrieren müssen, versorgt werden. Es war vielleicht erst ein bisschen sehr weit hergeholt, auch Ambulanzen zu gründen und so weiter.

Jetzt stehen wir wieder vor einer Finanzierungssituation. Ich habe heute Morgen einen Forderungskatalog von einer Ihrer Mitarbeitenden zum Primärarztssystem bekommen, in dem steht, was wir hier alles einfordern sollen. Das sind auch viele Dinge auf Bundesebene im Bereich

des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Was empfehlen Sie uns denn ganz konkret landespolitisch für die nächste Legislatur?

Mir ist schon klar, dass wir nicht mit im Zulassungsausschuss sitzen, aber was kann es für eine konkrete Zusammenarbeit zwischen Politik und KV geben, die das, was wir an Geld zur Verfügung haben, richtig steuert? Denn dieses Projekt „PAIS Care Berlin“ ist in meinen Augen nichts anderes als ein funktionierendes – wenn es denn funktionieren würde –, regelkonformes primärärztliches Projekt, wie es eigentlich laufen müsste. Wie bekommen wir eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen, Fachärzten und Fachärztinnen und Hochschulambulanzen hin – im Zweifel vielleicht auch aufsuchend und telemedizinisch –, die von den Kassen so finanziert wird, dass auch die schweren Fälle versorgt werden?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau König.

Bettina König (SPD): Erst einmal vielen Dank für die Präsentation! Ich fand das relativ erschreckend. Sie sagen ja selber, ME/CFS nimmt zu; es gibt eine Anzahl an Betroffenen, die einfach da ist. Wir haben Ihre neuen Projektideen – telemedizinische Beratung und ärztlicher Besuch für immobile Patienten – sehr begrüßt. An der Stelle würde mich interessieren, von wie vielen Schwerstbetroffenen mit Schweregrad 3 und 4 Sie in Berlin eigentlich ausgehen.

Die Aussage, für beides fehle die Finanzierung, ist natürlich frustrierend. Man kann den Betroffenen nicht sagen, es fehle die Finanzierung, und deshalb werde sich nichts ändern, sondern wir müssen schon schauen, wie wir da irgendetwas bewegt bekommen. Mich würde interessieren, wie konkret dazu eigentlich die Beratungen mit der Senatsverwaltung waren. Mich würde auch eine Aussage der Staatssekretärin interessieren, wie weit Ihre Gespräche da gegangen sind, also wie konkret es eigentlich wurde und um welche Summen es sich gehandelt hätte. Denn wir hatten im letzten Jahr Haushaltsberatung, und wir hatten durchaus – die Staatssekretärin weiß das – Mittel für den Bereich Long Covid in der Hinterhand. Ich hätte mir schon vorstellen können, dass man da etwas auf die Spur hätte bringen können.

Dann würde mich trotzdem auch interessieren – Frau Pieroth hat das, glaube ich, auch in die Richtung angesprochen –, ob Sie noch einmal etwas zu § 116b SGB V sagen können, also zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. So wie ich das verstanden haben, muss es ja über den G-BA beantragt oder eingebracht werden, dass man das für weitere Krankheitsbilder machen kann. Passiert da irgendetwas? Ist da schon irgendetwas passiert? Sehen Sie, Herr Dr. Ruppert, den Bedarf, dass man in diese Richtung geht? Sind Sie vielleicht auch mit anderen KVs aus anderen Bundesländern im Gespräch – denn in anderen Bundesländern ist es ja das gleiche Thema –? Ich finde einfach, unser aller Antwort auf das Thema kann nicht sein, dass kein Geld da ist und deswegen nichts passiert, sondern wir müssen schon schauen, wie wir die ambulante medizinische Versorgung verbessern, und insbesondere für die Leute, die ihr Haus nicht verlassen können, muss trotzdem eine medizinische Versorgung sichergestellt werden.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Schatz.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich würde mich einmal an die Fragen anschließen: Sie haben die beiden Projekte vorgestellt, und ich nehme an, sie laufen. –

[Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin) schüttelt den Kopf.] – Sie laufen nicht, sondern es sind Projektideen? – [Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin) nickt.] – Aha, okay. Das ist natürlich insofern schwierig, weil wir, wenn ich mich an die letzte Anhörung erinnere, eine ganz drängende Versorgungssituation haben, wo Verbesserungen tatsächlich passieren müssen. Ich finde, man muss schauen, dass man diese Projekte, die Sie entwickelt haben und sich erst einmal gut anhören, relativ schnell zum Laufen bringt. Da interessiert mich, welchen Finanzbedarf Sie beziffern. An den Senat würde ich die Frage stellen: Wäre beispielsweise eine Finanzierung aus den Mitteln – Frau König hat es angesprochen –, die es im Haushalt gibt, mit einer Zweckbindung dafür modellhaft möglich, damit man zumindest erst einmal vorübergehend schaut, welche Erfahrungen wir damit sammeln und wie man das in eine Regelfinanzierung überführen kann?

Am Ende haben Sie das Problem mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz noch einmal aufgerufen. Es ist in der Tat eine schwierige Sache, dass auch die ambulante Versorgung darunter leiden wird, und die Fakten, die Sie hier präsentiert haben, sind schon sehr erschreckend, denn das heißt ja dann am Ende, dass nicht nur die Projekte, die Sie entwickelt haben, nicht realisiert werden, sondern auch das, was jetzt schon an Versorgung läuft, stark reduziert wird. 130 Millionen Euro sind ja eine Hausnummer. Ich finde, wir sollten ernsthaft darüber reden. Was die Krankenhäuser angeht, machen wir das im nächsten Tagesordnungspunkt, aber was die ambulante Versorgung angeht, ist das schon dramatisch, und ich finde, das sollte dann auch Gegenstand breiterer Erörterungen hier im Ausschuss sein. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke schön! – Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank, Herr Ruppert! Eine Sache, die wir auf allen Seiten mitgenommen haben, als wir über das Thema gesprochen haben, war ja, wie viele Arztpraxen sich an diesem Long-COVID-Netzwerk beteiligen, und dass die Anzahl doch relativ gering war. Sie hatten zugesagt, und es wurde ja auch gemacht, dass Sie das Thema regelmäßig in Ihrem KV-Magazin aufgreifen und mindestens zwei Seiten oder mehr darüber schreiben. Im letzten oder vorletzten haben Sie auch über die Möglichkeit geschrieben, dass Medikamente, die bislang im Off-Label-Use verwendet wurden, erstattungsfähig sind und über die Krankenkassen finanziert wurden. Haben Sie dazu Rückmeldungen bekommen, wie sich das positiv auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirkt? Das würde mich interessieren, und auch, ob Sie, wo Sie so regelmäßig darüber berichten, damit rechnen, dass sich mehr Praxen als diese, ich glaube, 105 daran beteiligen. Wenn ich sehe, dass es 105 sind und 44 Hausarztpraxen an dem PAIS-Care-Projekt teilnehmen, dann sind diese ja wiederum sehr engagiert. So würde ich das jedenfalls interpretieren.

Was versprechen Sie sich jetzt als KV als Ergebnis dieses PAIS-Care-Projekts? Versprechen Sie sich davon, dass es noch einmal andere Finanzierungsquellen erschließt, oder dass es einfach weiter fortgesetzt wird, bis man meint, dass man diesen Bedarf gar nicht mehr hat? Was sollte für Sie aus diesem Projekt folgen?

Sie hatten gesagt, für Ihre Projektideen fehle die Finanzierung. Welche Art von Finanzierung müsste denn eigentlich erfolgen? Sie hatten ja auch gesagt, dass über die Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV – angestrengt werden soll, dass es nach § 116b SGB V Fach- oder Spezialambulanzen auch für Long und Post-Covid geben könnte. Würden sich daraus Ihre Projektideen finanzieren lassen oder bräuchten Sie darüber hinaus noch etwas anderes? Wäre

das jetzt die Lösung oder der Durchbruch? Wie laufen da gerade die Gespräche? Rechnen Sie mit einer Umsetzung, und wenn ja, was meinen Sie, was vom Zeithorizont her realistisch wäre?

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Ich habe keine weiteren Meldungen mehr auf der Redeliste. Dann kommen wir noch einmal zu Herrn Dr. Ruppert zur Beantwortung der Fragen und Hinweise, und danach zu Frau Haußdörfer. – Herr Ruppert!

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin): Vielen lieben Dank für die vielen Rückfragen! Man sieht, das Interesse ist groß. Ich muss vielleicht noch einmal erwähnen, dass es zwei Projekte gibt: Das eine ist das Long-COVID-Netzwerk; das ist das Projekt, das die KV Berlin 2021 ins Leben gerufen hat. Darin sind weit über 100 Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten tätig und werden es auch weiterhin sein. Die Zahl, die ich Ihnen heute genannt habe, bezieht sich auf die Praxen beziehungsweise Ärztinnen und Ärzte, die dem PAIS-Care-Projekt angeschlossen sind, also dem Projekt, das von Frau Professor Scheibenbogen von der Charité ausgeht. Von daher sind es unterschiedliche Zahlen; es sind nicht weniger geworden, sondern es sind zwei unterschiedliche Projekte. Das vielleicht vorneweg.

Zu Ihrer Frage, was mit Post-Vac ist: Dazu habe ich mir gerade noch einmal die letzten Zahlen kommen lassen. Seit 2022 liegen die Zahlen der gemeldeten Diagnosen pro Quartal hier bei uns in der KV deutlich unter 500. In der Hochphase der Coronakrise lagen sie einmal bei etwa 10 000 Fällen und sind jetzt ungefähr bei 500 oder darunter. Das heißt, es hat massiv abgenommen. Es gab vier Quartale, in denen wir sehr hohe Post-Vac-Zahlen hatten; dann ist das massiv heruntergegangen, und mittlerweile sehen wir das kaum noch. Deswegen ist es hier nicht weiter aufgeführt.

Die Frage war – das ist die ganz alte Frage, die ich auch hier in diesem Ausschuss wirklich schon sehr oft beantwortet habe –, warum die Praxen nicht genannt sind, die zu unserem Netzwerk gehören. Aufgrund der Erfahrung von Frau Professor Scheibenbogen aus den Anfangszeiten der Versorgung von Coronapatienten haben wir gesagt, dass wir ein innerärztliches Netz haben wollen, wo Ärzte und Psychotherapeuten sich vernetzen, miteinander sprechen, sich austauschen und Fälle diskutieren können. Das heißt, die Fälle werden da hineingebracht. Wir haben Kontakt zu den Patientenverbänden; auch sie können Fälle einbringen. Insofern ist das einfach nur ein Forum, eine Bühne oder ein Konstrukt, in dem Fachleute, fachärztliche Kolleginnen und Kollegen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zusammensitzen, Wissensvermehrung und -austausch betreiben und eben Fälle besprechen.

Die Koordinierungsstelle – – Das wüsste ich jetzt nicht. Das wäre ein weiterer bürokratischer Klub, in dem man über Versorgung spricht, und wo es dann nicht weitergeht. Ich sehe da nichts an Koordination. Es ist klar, die Probleme liegen auf der Hand. Sie liegen auf dem Tisch, wir müssen sie nur anpacken, und dabei ist eben das Problem, dass uns die rechtliche Grundlage fehlt. Ich kann nur immer wieder sagen: Wir sind noch in § 117 und nicht in § 116b SGB V.

Welche Wünsche hätte ich an das PAIS-Care-Netzwerk? Die Frage kam aus mehreren Richtungen. Ich glaube, das Hauptproblem beim PAIS-Care-Netzwerk ist, dass es mehr der Diagnostik und weniger der Versorgung dient. Wir brauchen Versorgung; wir brauchen Menschen, die sich der Patienten annehmen, und zwar nicht nur im Zuge der Diagnostik, sondern vor

allen Dingen im weiteren Verlauf der Therapie. Das bietet dieses PAIS-Care-Netzwerk meiner Meinung nach noch nicht ausreichend, wenn überhaupt; das sind jedenfalls immer die Rückmeldungen, die ich von den Kolleginnen und Kollegen oder auch von den Patienten bekomme, dass das noch nicht die Versorgung ist, die gebraucht wird, vor allem für schwer kranke Patienten und für solche, die in der Häuslichkeit sind, weil das PAIS-Care-Netzwerk da nicht unbedingt weiterhelfen kann.

Frau König hat gefragt, wie viele Schwerstbetroffene wir eigentlich haben. Das wissen wir tatsächlich nicht; uns wird der Schweregrad nicht mitgeteilt. Ich kann nur sagen, da wir die ganzen Jahre vor Corona etwa 5 000 bis 6 000 ME/CFS-Patienten hatten und das jetzt auf das Doppelte angestiegen ist, müssen ganz klar schwere Fälle dabei sein. Wie viele das sind, kann ich leider immer noch nicht sagen; wir haben dazu keine Zahlen. Wir können nur sagen, dass es auf das Doppelte zugenommen und immer noch eine leicht ansteigende Tendenz hat, jedenfalls – ich hatte Ihnen ja die Zahlen gezeigt – etwa bis 2025. Für weitere Quartale liegen uns noch keine Zahlen vor.

Wir sind tatsächlich auf die KBV zugegangen, denn es müssen Bundesorganisationen sein, also größere Organisationen als eine KV, eine Landesorganisation, die beim G-BA einen solchen Antrag auf § 116b SGB V stellen können. § 116b SGB V bedeutet ASV-Versorgung, also eine richtige Sprechstunde, die für solche Patienten eingeführt wird. Das wäre, glaube ich, für uns wirklich der richtige Schritt; das ist die gesetzliche und auch die finanzielle Grundlage. – Ob das dann für alles reicht, Herr Zander, und ob das hinten heraus auch reicht, um die Leute zu Hause aufzusuchen, muss man sehen, je nachdem, wie das Ganze dann ausgestaltet wird und wie man in den Verhandlungen mit den Kassen vorankommt, aber es wird sicherlich eine ganze Reihe von Patienten geben, die in der Häuslichkeit aufgesucht werden müssen, weil sie gar nicht in der Lage sind, ihr Bett oder ihr Zimmer zu verlassen.

Die Auswirkungen des GKV- – – Mir kommt das Wort so schwer über die Lippen, denn es ist erstens ein Wortungetüm, und zweitens wird etwas suggeriert, was nicht da ist. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz könnte man auch Koalitionsstabilisierungsgesetz oder Haushaltsstabilisierungsgesetz nennen. Was darin nicht vorkommt, ist die Versorgungsstabilisierung. Hier geht es nicht um Versorgung; hier geht es nur ums Geld – nur in Führungszeichen; ohne Moos nix los. Das heißt, dieses Gesetz wird hier in Berlin massive Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Versorgung haben. Das ist etwas, was mir die Kollegen aus dem stationären Bereich immer wieder widerspiegeln, und von den Kolleginnen und Kollegen und auch aufgrund der Zahlen weiß ich, dass es im ambulanten Bereich massive Konsequenzen haben wird.

Wir haben im Zuge dieser Pressekonferenz vorher eine Befragung durchgeführt; innerhalb von vier Tagen haben uns 2 400 Ärzte und Psychotherapeuten ihre Meinung mitgeteilt: Jede zweite Praxis denkt darüber nach, aufzuhören. Sie denken zumindest darüber nach. Und wissen Sie, was das Allerschlimmste ist? – Das Allerschlimmste ist, dass ältere Kollegen mir sagen, dass sie einfach aufhören – das waren diejenigen, die uns bisher noch die Stange gehalten und die auch weit über das Rentenalter hinaus noch durchgehalten haben –, und die jungen darüber nachdenken, gar nicht erst anzufangen, weil sie sagen: Das ist so unsicher, was ihr da macht. Ihr ändert ständig eure Meinung, was die Finanzierung angeht. Wie soll ich denn da bei einer Bank einen Kredit bekommen, und wie soll ich überhaupt wissen, ob ich mich darüber finanzieren kann? – Das Schlimmste ist die Verunsicherung der Ärzte- und Psy-

chotherapeutenschaft draußen. Das ist eine Verunsicherung, die sich bis in die Bevölkerung hinein durchzieht, und es ist wirklich überhaupt nicht gut, was da abgeht.

Zu den Rückmeldungen zum KV-Blatt, Herr Zander: Wir bekommen immer einmal wieder welche; das sind immer wieder positive Rückmeldungen. Wenn ich mir die Rückmeldungen aus anderen KV-Bereichen anhöre, habe ich immer das Gefühl, dass das Thema Long und Post-Covid nur hier in Berlin eine Rolle spielt und es bei den anderen kein so großes Problem ist. Das mag an der Großstadtstruktur liegen, oder auch daran, dass es im ländlichen Bereich mehr familiäre Strukturen gibt, die sich mehr um solche Menschen kümmern, als es hier im städtischen Bereich der Fall ist – ich weiß es nicht –, aber es ist sicherlich ein Thema, das vor allem Großstädte betrifft, denn ich kenne das von den Hamburger Kolleginnen und Kollegen, ich kenne es natürlich auch hier aus Berlin; in den Flächenländern ist das ein weniger gravierendes Versorgungsproblem. Es ist ein Versorgungsproblem, aber es brennt weniger unter den Nägeln als hier.

Ob sich mehr Praxen beteiligt haben, war die Frage. Ich habe das Gefühl, dass wir jetzt eine Art Steady State erreicht haben; es scheinen in den letzten Monaten nicht mehr geworden zu sein, obwohl wir trommeln. Aber das ist hier gar nicht der Punkt; sie müssen da nicht unbedingt mitarbeiten, denn das ist ja auch eine Sache, die man in seiner Freizeit machen kann. Mir reicht es schon, wenn sie sich unsere Informationen dazu durchlesen und sich fit machen, was die Versorgung angeht.

Zur Frage, wie es mit PAIS Care weitergehen soll: Das Wichtigste für mich ist, dass wir endlich ein Versorgungsmodell haben, das auch das tut, was darauf steht, nämlich versorgen. Es geht natürlich auch um Diagnose und Therapiefestlegung, aber es geht im Wesentlichen um Versorgung. Was wir brauchen, sind Versorgungsmodelle, die zum Äußersten greifen, nämlich dazu, die Menschen einmal anzufassen und da zu sein, und nicht einfach nur theoretisch darüber zu fachsimpeln, ob es sich nun um Long oder Post-Covid oder was auch immer handelt.

Nach der Art der Finanzierung ist gefragt worden. Der Weg über § 116b SGB V ist unserer Meinung nach der richtige, und wir sind auch dabei, als KV Berlin mit der KBV in Kontakt zu kommen. Ob es noch andere Finanzierungswege geben muss, kann ich nicht sagen; man müsste sehen, was man im Rahmen von § 116b SGB V verhandeln kann.

Jetzt weiß ich nicht, ob ich alles beantwortet habe. – Ach ja, Ihre Frage nach der Landespolitik, Frau Pieroth; sorry! Das ist die schwierigste Frage überhaupt. Sie wollen, dass ich jetzt die Arbeit von Frau Haußdörfer und Frau Czyborra übernehme. – [Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Sie können sich ja einmal in die Rolle versetzen. Am Mittwoch ist ja auch die Gesundheitsministerkonferenz. Wie können wir uns hier einbringen?] – Sie haben es im Bundesrat schon getan; dafür noch einmal ganz herzlichen Dank! Das war ein wichtiger Schritt. Wir sollten uns nicht alles kaputt hauen lassen, was wir in vielen Jahren aufgebaut haben, und wir sind gerade dabei, das alles kaputt zu machen. Denn das System lebt von vielen Menschen, die vor allem altruistisch sind und sehr viel mehr tun, als sie müssten. Wenn man diese Menschen permanent vor den Kopf stößt, ist das hinten heraus nicht gut. Dieses Gesetz, das gerade in Planung ist, tut genau das. Ich habe in einem Telefonat zu Frau Haußdörfer gesagt: Ich erwarte von meiner Landesregierung, dass sie für diese Sache einsteht, weil vor allen Dingen die Stadt Berlin davon profitiert. – Denn ich habe es in der Pressekonferenz gesagt: Wir ver-

sorgen 97 Prozent aller Patienten hier in dieser Stadt im ambulanten Bereich, und wenn es uns, also den Praxen, schlecht geht, dann geht es auch den Menschen schlecht. – Meine Bitte wäre, hier weiterzubohren und immer wieder den Finger in die Wunde zu legen.

Was die Möglichkeit der Förderung von Projekten betrifft, sind wir immer offen; ich kann aber nicht in Ihr Portemonnaie hineinschauen und weiß nicht, wie viel Geld darin ist und was Sie haben. Die Frage von Frau König war aber, glaube ich, auch eher an Sie gerichtet, dass Sie noch etwas dazu sagen. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Okay, vielen Dank! – Bevor Sie antworten, Frau Haußdörfer: Es haben sich zwei Abgeordnete gemeldet, und meine Erfahrung ist, dass das manchmal noch eine Reaktion der Staatssekretärin herbeiführt. Deswegen würde ich noch einmal Herrn Ubbelohde, Frau König und Herrn Schatz – aber diesmal nur für zwei Minuten, denn wir haben noch vier Tagesordnungspunkte – an die Reihe kommen lassen, und dann kommen wir zu Frau Haußdörfer. – Zwei Minuten, Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Wir haben hier oft über die Entlastung von Krankenhäusern, aber auch von Praxen gesprochen. Gerade wir als AfD haben einen Antrag zum Bürokratieabbau eingebracht. Einer der wesentlichen Punkte in den Praxen ist ja, dass man nicht nur bei einer budgetierten, gedeckelten Vergütung gleichzeitig in einem Flatrate-System unbegrenzte Leistungen einfordert und erwartet, was nicht funktionieren kann, sondern zugleich auch die Digitalisierung und die Telematikinfrastruktur – das wissen Sie, Herr Dr. Ruppert – die Praxen natürlich massiv belasten. An dieser Realität geht die Reaktion dieses Parlamentes leider oft genug vorbei.

Ein weiterer Punkt ist, dass natürlich, wenn man einmal die bundesweiten Zahlen für das Chronische Müdigkeitssyndrom bei 600 000 ansetzt, auf Berlin umgerechnet 30 000 Fälle existieren müssten, in der Abrechnung der KV aber nur 10 000 auftauchen. Die Frage ist, ob wir eine Untererfassung haben, oder ob viele Behandlungsfälle gar nicht in der ambulanten Versorgung erfasst und umgesetzt werden beziehungsweise diesen Menschen überhaupt nicht geholfen wird.

Ein dritter Punkt an meine Kollegen hier im Raum: Wenn wir über Finanzierungsdefizite sprechen, wenn wir über mangelhafte oder nicht erfolgte Förderung seitens des Senats sprechen, dann müssen wir auch einmal darüber reden, wofür die Gelder hier im Land Berlin ausgegeben werden. Sie wissen, als AfD haben wir uns in der Vergangenheit oft genug zu den 2,1 Milliarden Euro geäußert, die für Migration und für NGOs ausgegeben werden. Für die Förderung von Straßenfesten, so schön sie auch sein mögen, für Poller auf den Straßen und ähnliches ist Geld da, aber hier bei der Daseinsvorsorge, wo es um die Menschen dieser Stadt geht, da versagen Sie, und es kommt nichts weiter als fromme Wünsche und: Aha, ist ja erstaunlich, wie kommt das denn? – Aber wenn es darum geht, sich ehrlich zu machen – und das ist ein haushälterisches Thema, neben vielem anderen –, dann bleiben die meisten der Parteien, die hier in diesem Raum sitzen, eine Antwort schuldig.

Vorsitzende Silke Gebel: Ich möchte an der Stelle einmal kurz daran erinnern, dass der Tagesordnungspunkt sich heute mit der Aufgabe der KV zur Versorgung von Long-Covid-Betroffenen in Berlin befasst, und würde darum bitten, dass wir auch alle zu diesem Thema

sprechen. Sonst kommen wir nicht mehr zu den anderen Punkten, und der Ausschuss vereinbart ja die Themen, über die wir reden. – Dann Frau König!

Bettina König (SPD): Ich möchte nur kurz sagen, dass ich denke, dass die demokratischen Parteien hier im Haus alle eine sehr gute Vorstellung davon haben, was für Berlin wichtig und richtig ist, und vor allem Dinge auf den Weg bringen, ohne die Stadt zu spalten. Das halte ich für sehr wichtig.

Aber wir kommen jetzt zu Long Covid zurück. Mich würde nur noch einmal interessieren – Sie hatten gesagt, dass Sie auf die KBV zugegangen sind, damit ein Antrag beim G-BA wegen der Thematik des § 116b SGB V gestellt werden kann –, da ich mich damit nicht auskenne, was wir da jetzt erwarten können. Wird so etwas auf offene Ohren treffen? Wie lange dauert dann wiederum ein solcher Prozess beim G-BA? Wird das sehr umstritten sein? Können Sie uns einfach einen Erwartungshorizont aufzeigen, was wir uns da vorstellen können?

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Herr Dr. Ruppert! Ich wollte nur noch einmal an meine Frage nach dem Finanzbedarf erinnern, denn das finde ich schon wichtig. – Und wenn ich mir den Kommentar erlauben darf: Herr Ubbelohde! Ich finde Ihre Wortbeiträge einfach nur noch ermüdend.

Vorsitzende Silke Gebel: Okay. Herr Ruppert, könnten Sie auf die beiden Fragen vielleicht noch kurz antworten? – Ich will einmal kurz auf die Uhr schauen; mein Ziel ist es, dass wir mit diesem Tagesordnungspunkt spätestens um Viertel vor elf fertig sind, damit wir noch zur Krankenhausreform kommen. Wenn Sie also eher bei zwei bis drei Minuten blieben, wäre das toll. – Herr Ruppert!

Dr. Burkhard Ruppert (KV Berlin): Ich versuche es. – Zum Finanzbedarf hatte ich hier schon einmal berichtet. Ich habe die aktuellen Zahlen, die wir damals ausgerechnet haben, nicht im Kopf, kann sie Ihnen aber nachliefern. Das ist gar kein Problem.

Ja, die KBV hat offene Ohren. Was das am Ende für Prozesse nach sich zieht, weiß ich nicht, weil ich das auch zum ersten Mal mache. Es gibt immer Dinge, die man zum ersten Mal macht, und wir haben so etwas noch nie initiiert, aber wir machen es mit großer Freude. Unsere Abteilung ist jetzt dabei, und ich habe das Gefühl, dass wir bei der KBV auf eine sehr positive Reaktion gestoßen sind. Dort gibt es offensichtlich Menschen, die das ähnlich sehen wie wir.

Zur Frage der Untererfassung kann ich nichts sagen; ich kann mich nur auf die Daten beziehen, die ich habe. Vermutlich gibt es eine gewisse Untererfassung. Nicht jeder Mensch, der sich müde fühlt, so wie ich zum Beispiel heute Morgen, und sich chronisch müde fühlt, so wie ich die ganze Woche über, geht deswegen zum Arzt. Ich will das jetzt gar nicht negieren, sondern es gibt natürlich Menschen, die ein chronisches Müdigkeitsgefühl haben. Es gibt Menschen, die nicht jedes Quartal wegen chronischer Müdigkeit zum Arzt gehen oder sich damit ein Stück weit arrangiert haben; es gibt aber auch Menschen, die einfach so schwer krank sind, dass sie nicht regelhaft im System auftauchen und deshalb wahrscheinlich auch untererfasst sind. Insofern kann ich Ihre Frage nicht konkret beantworten.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank für die Möglichkeit, auch noch die an uns gestellten Fragen zu beantworten. – Ich kann sagen, dass der Senatsentwurf für das Haushaltsgesetz, der im Juli 2025 verabschiedet wurde, im Kapitel 0920 – Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung - Gesundheit –, Titel 68406 – Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen –, Teilansatz 26 – Aufbau Anlaufstellen für Betroffene von Long/Post Covid, Post Vac –, 550 000 Euro vorgesehen hat. Wie sind wir darauf gekommen? – Weil wir eine Beratungsstelle zum Thema Beratung und Hilfe bei postviralen Syndromen haben, die wir mit dem vorhergehenden Haushalt zum ersten Mal eingerichtet haben – ja, es hat ein bisschen gedauert, bis wir diese Zuwendung auf den Weg bringen konnten. Im Übrigen ist das sehr gut angenommen worden. Am 13. Mai letzten Jahres haben wir die Beratungsstelle ganz offiziell in der Zimmerstraße eröffnet, mit einer Außenstelle in Lichtenberg und einem vor allem digital genutzten Beratungsangebot. Für diese Beratungsstelle sind im jetzigen, von Ihnen beschlossenen Haushalt 350 000 Euro vorgesehen. Das heißt, die von uns geplanten 200 000 Euro, um bestimmte Modellprojekte zu finanzieren – – Dazu hatten wir aus der Anhörung die Anregung mitgenommen, zum Beispiel nach Rheinland-Pfalz zu schauen; es ging darum, ob und wie man für Praxen noch einen Koordinierungsaufwand geltend macht. Dazu habe ich mich auch mit der damaligen Staatssekretärin getroffen, und wir sind durchgegangen, wie das eigentlich angenommen wird und wie eine solche Finanzierung entsprechend aussieht, oder wie die Unterstützung von telemedizinischen Angeboten zur besseren Vermittlung angegangen werden kann.

Ich gebe aber auch ganz ehrlich zu: Einen Weg, wie man das finanziert – denn wir haben ja als Haus eine Rechtsaufsicht für die KV Berlin und dürfen gleichzeitig weder Versorgung noch Forschung direkt fördern – und wie man eine Zuwendung vergeben kann, hätten wir mit Sicherheit auf die Reihe bekommen; nichtsdestoweniger sind wir mit der Wegnahme der zusätzlichen Mittel im Rahmen der Änderungsanträge, die hier im Gesundheitsausschuss in der zweiten Lesung gekommen sind, diesen weiteren Projekten nicht mehr nachgegangen, sondern wir haben uns dann dem kompletten Ausrollen der verbliebenen 350 000 Euro im Teilansatz 26 gewidmet. Ich kann sagen: Dieses Projekt „Beratung und Hilfe bei postviralen Syndromen“ ist nicht nur gut angenommen worden, sondern trifft offensichtlich sowohl den Bereich der Richtlinien der Regierungspolitik als auch den entsprechenden Bedarf. Was es allerdings nicht ist, und das ist, glaube ich, hier auch gemeinsam adressiert worden: Es ist keine Art von Pflegebudget für Behandlungspflege, Langzeitpflege oder andere Dinge möglich. Die Frage nach der Umsetzbarkeit, und wie wir das darstellen können, ist sehr deutlich geworden.

Ich finde, man darf der KV und den organisierten Ärztinnen und Ärzten sehr deutlich machen: Es sind ja jetzt über 105 Praxen in diesem Netzwerk, das heißt, die reine Praxenanzahl ist gesteigert worden. Aus den Fachgesprächen der Koalitionsfraktionen haben auch wir als Verwaltung mitgenommen, dass es – darauf ist Dr. Ruppert schon eingegangen – für diese Praxen sehr herausfordernd ist und man eigentlich nicht mehr als zwei bis drei Patientinnen und Patienten versorgen kann, weil es einen erhöhten Beratungs- und Koordinierungsbedarf darstellt. Davon konnte ich mich auch selber überzeugen. Das bedeutet eben auch, dass man eine individuelle Zuweisung vornehmen beziehungsweise die Hausärztinnen und Hausärzte, die mit einem solchen Fall – vielleicht sogar zum ersten Mal – konfrontiert werden, im Hintergrund unterstützen muss, nämlich über die 116117, eine entsprechende Beratung, oder andere Stellen, an denen ich das noch stärker koordinieren kann.

Diese Diskussion über das Veröffentlichende und so weiter haben wir jetzt schon mehrfach geführt. Es war aber, glaube ich, ein wichtiger Impuls aus der Praxis, dass es schwierig ist, wenn ganz viele Menschen bei mir in der Praxis anrufen und ich gar nicht so viele Fälle versorgen kann, weder ressourcentechnisch noch über das Personal, gleichzeitig aber eben keine Verweisberatung auf irgendwann und irgendwo durchführen kann, sondern sehr konkret adressieren muss.

Deshalb, weil wir ja auch wissen, dass das eigentliche Thema nicht mehr unbedingt die Diagnostik ist, sondern wie ich zu Hause versorgt werden kann, dass ich dann auch ein Vertrauensverhältnis zu Arzt oder Ärztin oder zu den Pflegefachkräften habe, haben wir uns im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz – GMK –, die ja am Mittwoch und Donnerstag – wenn auch nicht explizit zu dem Thema – stattfindet, antragstechnisch schon den entsprechenden Initiativen, beispielsweise aus Niedersachsen, angeschlossen, weil auch hier gesehen wird, dass wir uns unabhängig davon, ob eine Coronapandemie für beendet erklärt ist oder nicht, mit der sehr differenzierten und auch sehr individualisierten Diagnose beziehungsweise den Feldern zu beschäftigen haben.

Deshalb ist es im Übrigen auch wichtig, dass wir uns auch nach der formalen Beendigung der Coronapandemie im Jahr 2023 weiter diesem Themenkomplex widmen, um wirklich langfristig und auch bundesweit gute Versorgungsstandards zu erhalten. Das bedeutet, dass wir eine viel stärkere Verschränkung zwischen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern hinbekommen müssen. Denn, wie gesagt, Langzeitpflege und eine Art Pflegebudget für den jeweiligen Fall mit den entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten helfen diesen Patientinnen und Patienten, weil eine Heilung zwar prioritär, aber de facto leider häufig schwer umsetzbar ist, weil viele Stoffwechsel- und andere Prozesse noch nicht so gut erforscht sind.

Deshalb ist es übrigens auch ein großer Erfolg, dass Frau Prof. Dr. Scheibenbogen mit der Hochschulambulanz diese Forschungsgelder mitvereinbaren kann, weil gerade in diesen Bereichen die Forschung für komplexe Behandlungsfälle ein ganzes Stück vorangeht. Wir haben – das haben wir letztes Jahr, glaube ich, auch berichtet – an manchen Stellen Forschungserfolge, zum Beispiel in der Rheumaforschung, bei denen wir gar nicht damit gerechnet hätten, dass sie auch für Long Covid zum Tragen kommen. Das ist nur damit verbunden, dass vom Bund die entsprechenden Forschungsgelder freigegeben werden können und uns als Berlinern – Wissenschaft und Forschung sind ja Teil unseres Hauses – dieser Erfolg möglich ist, dass Gelder akquiriert werden können, um an diesen komplexen Themenfeldern weiterzuarbeiten.

Trotz alledem müssen wir – das ist unser Auftrag, und ich nehme mit, dass von einem Großteil des Ausschusses hier Unterstützung dafür kommt – sowohl beim Bund als auch für unsere eigene Landesunterstützung konkrete Projekte, die wir initiiert und die ihre Wichtigkeit und Wirksamkeit bewiesen haben, auch langfristig darstellen. Denn ich glaube, dass wir auf der einen Seite mit den langfristigen Folgen auch langfristig umgehen müssen, und auf der anderen Seite sehr viel für ähnliche Situationen beziehungsweise für diese komplexen Fälle lernen können, welche die Grundlage brauchen, dass wir über die Grenzen der SGBs V, IX, XI und XII eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften sowie dem ambulanten und stationären medizinischen Sektor herstellen können. Dafür brauchen wir alle Unterstützung, derer wir habhaft werden können und die wir natürlich auch im Bund bei der GMK signalisieren, und auf der anderen Seite auch für die hier geschilderten Akteure, die wir schon mehrfach angehört haben. Das wird ein Auftrag für die nächsten Jahre und Jahrzehnte; das ist nicht im

Rahmen einzelner Legislaturen oder mit einzelnen Haushaltsscheiben zu lösen, sondern es geht darum, dass wir eine langfristige, gute, ressortübergreifende Versorgung sicherstellen können.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Noch eine – ganz kurze! – Wortmeldung von Frau König.

Bettina König (SPD): Ich hätte nur eine Nachfrage, wenn das möglich ist. – Frau Haußdörfer! Sie haben von der Initiative aus Niedersachsen bei der GMK gesprochen. Würden Sie sich anschließen, oder können Sie kurz erläutern, was für eine Initiative Niedersachsen da auf den Weg bringt?

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Das sind Anträge, die in Teilen schon mehrere GMKs alt sind, aber auch sehr neu adressiert werden. Niedersachsen ist ja das Land, das derzeit den GMK-Vorsitz innehat, und gerade zu dem Thema, wie mit weiteren Erkrankungsbildern umzugehen ist, beziehungsweise wie dieser ressortübergreifende Ansatz über die einzelnen Sozialgesetzbücher hinaus zu lösen ist, gibt es dort die Initiative, das viel stärker zu verzahnen. Das bedeutet auch, dass mehrere Akteure miteinander reden müssen, und sich das gegebenenfalls auch finanziell beziehungsweise ressourcentechnisch abspielen muss, weil es natürlich einen Mehraufwand für den jeweiligen Bereich bedeutet, den man adressiert.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar. – Jetzt sehe ich keine weiteren Wortmeldungen. – Dann bleibt mir nur noch zu sagen: Vielen Dank an Herrn Dr. Ruppert, dass Sie heute als unser Anzuhörender da waren! Ich wünsche Ihnen noch eine schöne Woche und alles Gute! – Die Besprechungen zu 3 a und 3 b werden vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann.

Dann kommen wir zu

Punkt 4 der Tagesordnung

- | | | |
|----|--|-----------------------------------|
| a) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Auswirkungen des
Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) auf die
Krankenhausplanung in Berlin
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der
Fraktion Die Linke) | 0378
GesPflieg |
| b) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Rolle von Vivantes und Charité im Berliner
Krankenhausplan
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der
Fraktion Die Linke) | 0325
GesPflieg |

- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0383](#)
**Auswirkungen des GKV-
Beitragsatzstabilisierungsgesetzes auf die finanzielle
Situation der Berliner Krankenhäuser und die stationäre
Versorgungssicherheit** GesPflieg
(auf Antrag der Fraktion Die Linke)

Hierzu: Anhörung

- d) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0326](#)
**Gesamtsituation der Beschäftigten und Patient*innen im
Zuge der Krankenhausreform** GesPflieg
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der
Fraktion Die Linke)

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 16. Juni 2025

- e) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0305](#)
**Wie wird das
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in Berlin
umgesetzt? Aktueller Stand und nächste Schritte** GesPflieg
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)

Hierzu: Auswertung der Anhörungen vom 31. März 2025 und 16. Juni 2025

- f) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0158](#)
Umsetzung des Green Hospital-Programms für Berlin GesPflieg
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 6. November 2023

Jetzt hat sich Herr Schreiner hingesetzt; dann kann ich ihn hier auch noch einmal herzlich willkommen heißen: Herr Marc Schreiner ist Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. – Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen!

Ich schaue in die Richtung des Ausschusses und gehe davon aus, dass auch hier die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Das ist der Fall. – Ich habe eben schon gesagt, dass es sich bei den Punkten 4 d bis f um die Auswertung von Anhörungen handelt, die wir im November 2023, März 2025 und Juni 2025 durchgeführt haben. Die Wortprotokolle der Anhörungen vom 6. November 2023, dem 31. März 2025 und dem 16. Juni 2025 liegen Ihnen vor; man sieht auch anhand der Themen die Veränderung des gesamten Policykomplexes durch die Bundesaktionen im Verlauf der Zeit.

Da es sich insgesamt um Besprechungspunkte der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke handelt, frage ich, ob sie den Besprechungsbedarf zu den Punkten 4 a, b und c begründen möchten. Für meine Fraktion würde ich das tun. – Ich schaue einmal zur

Linken. – Dann fängt Herr Schatz an, und danach komme ich für die Fraktion der Grünen. – Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Wie Sie vielleicht am Konvolut von Besprechungspunkten gesehen haben, neigt sich die Legislaturperiode dem Ende zu. Auch der Ausschuss ist bestrebt, das eine oder andere Thema zu Ende zu bringen. Mal schauen, ob es gelingt! Auf der anderen Seite war die Krankenhausplanung ein Thema, das uns schon sehr lange im Ausschuss beschäftigt hat. Nun hat uns die Bundesregierung mit dem – Herr Dr. Ruppert hat es zu Recht gesagt – sogenannten Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein Thema zugeworfen, das, wie ich finde, die Frage der Krankenhausplanung noch einmal schwer durcheinanderwirft, wenn Krankenhäuser, die sich jetzt beispielsweise auf bestimmte Leistungsgruppen beworben haben, plötzlich mitbekommen, dass noch einmal Geld verschwindet.

Wir wollen uns heute mit den konkreten Auswirkungen für Berlin beschäftigen und natürlich auch von Ihnen, Herr Schreiner, wissen: Welche konkreten Belastungen entstehen den Berliner Krankenhäusern durch das, was das sogenannte Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorsieht? Mit welchen personellen Auswirkungen haben wir zu rechnen? Sind bestimmte Fachbereiche in unseren Häusern von den Einsparungsmaßnahmen, die vorgesehen sind, betroffen?

Natürlich müssen wir hier auch alle miteinander darüber reden, welche Auswirkungen oder welche Erschwernis dieses Gesetzesprojekt gerade für die Umsetzung der Krankenhausreform und die daran anschließende neue Krankenhausplanung mit sich bringt. Deshalb wollten wir die Chance nutzen, das hier noch vor Ende der Legislaturperiode zu erörtern. Es ist ja leider auch ein bisschen schade, dass das jetzt in den Legislaturperiodenwechsel fällt. Ich habe die Befürchtung, dass große Teile der negativen Auswirkungen in der Zeit stattfinden, wo politisch nicht so sehr eingewirkt werden kann. Das fände ich schade und hoffe, wir kommen heute ein Stück in der Debatte voran. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Schatz! – Dann komme ich für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Silke Gebel (GRÜNE): Ich kann mich daran gut anschließen. In der Tat ist es, glaube ich, wichtig, dass wir als Parlament diesen Prozess der Krankenhausplanung gerade vor dem Hintergrund der sich verändernden bundesgesetzlichen Regelungen und Finanzierungsmöglichkeiten eng begleiten, um auch hier im Parlament im Sinne der Bürgerinnen und Bürger eine öffentliche Diskussion darüber zu haben.

Deswegen, Herr Schreiner, würde mich von Ihrer Seite interessieren, wie Sie als Berliner Krankenhausgesellschaft diesen gesamten Prozess begleiten und was Ihre Empfehlungen an uns als Parlament – Sie sind wahrscheinlich mit der Senatsverwaltung in engem Austausch, aber trotzdem – für die Planungssicherheit der weiteren Prozessschritte sind. Jetzt gab es ja die Verschiebung mit den Leistungsgruppen von 26 auf 28, wenn ich das richtig verstanden habe. Vielleicht können Sie noch einmal etwas dazu sagen, welche Aufgaben vor uns liegen, und was das, wiederum zurückgedacht, für die ganze Frage des Standes der Beantragung von Fördergeldern aus dem Transformationsfonds bedeutet. Dazu hatten Sie sich an der einen oder anderen Stelle geäußert. Wie sollte aus Ihrer Sicht das Verfahren sein? Wie sollte mit

anderen Akteuren wie den Krankenkassen zusammengearbeitet werden? Was sind da die weiteren Schritte? Was ist die Erwartungshaltung hinsichtlich des Fahrplans in Bezug auf die Frage nach den Fachkrankenhäusern und den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen? Das sind wahrscheinlich auch Fragen, die für die einzelnen Häuser und auch die Beschäftigten und Patientinnen und Patienten sehr relevant sind. Was ist da Ihrerseits für die Planungssicherheit relevant?

Vielleicht noch eine letzte Frage: Wir haben, dazu hatten wir auch schon einmal eine Anhörung, das ganze Thema der Gesamtsituation der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten im Zuge der Krankenhausreform. Jetzt sind ja, seit wir das diskutiert haben, Häuser geschlossen worden; vielleicht können Sie dazu auch etwas sagen. Unser politisches Ziel – im Zuge des Fachkräftemangels teilen Sie das wahrscheinlich auch – ist, dass die Beschäftigten im Gesundheitssektor bleiben. Nehmen Sie als Berliner Krankenhausgesellschaft dabei eine Rolle ein? Was ist Ihre Einschätzung und Empfehlung an uns als Politiker, wie wir es schaffen, dass wir gut durch diese Veränderungen kommen?

Vorsitzende Silke Gebel: Das wäre es erst einmal von meiner Seite. – Sie haben das Wort!

Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. – BKG –; Geschäftsführer): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Werte Mitglieder des Hohen Hauses! Frau Staatssekretärin! Vielen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, zu diesem wichtigen Thema sprechen zu können!

Die Krankenhausreform beschäftigt die Träger bereits seit Dezember 2022. Seitdem sind wir in der Diskussion zunächst um das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG – und in dessen Weiterentwicklung nun auch um das Krankenhausreformatpassungsgesetz – KHAG. Dieses ist seit April dieses Jahres in Kraft, und der Rechtsprozess ist damit noch nicht am Ende. Wir erwarten vom Bund noch verschiedene konkretisierende Rechtsverordnungen, zum einen zur konkreten Ausgestaltung der Leistungsgruppenvorgaben, zum Zweiten eine Liste für Krankenhäuser, die dann keine onkochirurgischen Leistungen mehr erbringen dürfen, und schließlich noch eine dritte Rechtsverordnung des Bundes, mit der für jede einzelne Leistungsgruppe sogenannte Mindestvorhaltezahlen festgelegt werden. Ohne dass diese drei Rechtsverordnungen des Bundes konkret vorliegen, ist es für das Land Berlin als Planungsbehörde schwer, eine verlässliche Planung aufzusetzen. Deswegen hängen wir hier ein Stück weit am Tropf des Bundes, der diesen Planungsprozess für das Land weiter verzögert.

Auf der anderen Seite haben wir natürlich auf der regionalen Ebene in Umsetzung der Krankenhausreform und neuen Krankenhausplanung Schritte zu gehen. So hatten die Berliner Kliniken auf eine Aufforderung des Landes Berlin bis zum 30. September des vergangenen Jahres ihre Anträge auf Zuweisung einer Leistungsgruppe zu stellen; es sind, damals noch auf der Rechtsgrundlage des KHVVG, derer 1 900 eingereicht worden. Zahlreiche dieser Anträge fallen weg, weil beantragte Leistungsgruppen mit dem KHAG im April dieses Jahres wieder weggenommen wurden. Dennoch prüft der Medizinische Dienst – MD – Berlin-Brandenburg zurzeit die verbleibenden Anträge der Berliner Krankenhäuser und hat auch noch zusätzliche Prüfarbeit zu bewältigen: Berlin hat ja eigene Qualitätskriterien in der bisherigen Krankenhausplanung ausgewiesen, und die Einhaltung dieser zusätzlichen Kriterien wird jetzt durch den Medizinischen Dienst ebenso geprüft, sodass wir eine Parallelentwicklung von Rechtssetzung und Feststellung auf Bundes- und Landesebene sehen.

Wir haben die Erwartung, dass in dem dafür zuständigen Gremium, dem Fachausschuss Krankenhausplanung, weitere Diskussionen geführt werden. Es sind noch eine ganze Reihe offener Fragen, die wir als Berliner Krankenhausgesellschaft immer wieder zur Diskussion anmahnen. Wir sehen aber, dass wir mit der Senatsverwaltung in gute Diskussionen kommen. Die Erwartung ist, dass bis zum Jahresende trotz der anstehenden Wahl und einer wahrscheinlichen Neukonstituierung des Senats die Planungsarbeit grob vollendet werden kann, sodass wir in das Jahr 2027 hinein eine neue Krankenhausplanung ermöglicht bekommen. Das ist für die Träger auch hoch notwendig; ich darf daran erinnern, dass wir seit Dezember 2022 zwischen Baum und Borke hängen und nicht verlässlich wissen, wohin die Reise strategisch gehen kann. Deswegen ist es gut, dass jetzt in das neue Jahr hinein die Feststellungsbescheide erfolgen. Ein Malus dabei ist, dass wir so spät sind, dass wir im neuen Jahr bei Ausnahmen, die das Land Berlin möglicherweise auch hier in der Stadt bei der Einhaltung von Leistungsgruppen aussprechen muss, das Einvernehmen mit den Krankenkassen benötigen. Ob das vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen Situation von den Kassen konstruktiv angegangen werden kann, will ich nicht in Frage stellen, aber es dürfte schwieriger werden.

Jetzt haben Sie, werte Frau Vorsitzende, und auch Herr Schatz schon das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angesprochen, welches sich ganz erheblich auf den beschriebenen Prozess auswirken kann. Die Krankenhäuser sind heute bereits stark unterfinanziert, was die Betriebskostenseite angeht. Wir haben beispielsweise mit dem KHAG nicht nur eine Feinjustierung von Vorhaltefinanzierung und Leistungsgruppenplanung gesehen, sondern auch, was das Pflegebudget angeht, gibt es mit dem KHAG die Anordnung, dass bestimmte pflegerische Tätigkeiten nicht mehr im Pflegebudget finanziert werden. Das ist eine recht erhebliche Einschränkung der Refinanzierung pflegerischer Tätigkeiten am Krankenhausbett, unabhängig davon, dass die Abgrenzung, die wir noch auf der Bundesebene verhandeln müssen, zusätzliche bürokratische Aufwände erfordern wird.

Aber mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz kommen zu der bislang erheblichen Unterfinanzierung – – Bitte erinnern Sie sich, es gibt bereits ein kleines Spargesetz von Frau Warzen aus dem Oktober des letzten Jahres, wo die Krankenhäuser schon 1,8 Milliarden Euro mitgebracht haben; es laufen zu Ende Oktober die Einmalzahlungen, dieser Rechnungszuschlag, aus; wir haben mit der Einführung von Hybrid Diagnosis Related Groups – Hybrid-DRGs – eine starke Einnahmenminderung, sodass wir auch ohne ein Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Jahr 2027 bereits knapp 300 Millionen Euro Defizit haben. Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz erhöht sich der Erlösausfall auf 487 Millionen Euro. Bitte bedenken Sie, dass die Rücklagen der Krankenhäuser heute schon aufgebraucht sind. Es ist keine Decke mehr da, mit der wir diese Erlösausfälle in irgendeiner Weise kompensieren können.

Jetzt haben wir bereits unter den aktuellen Bedingungen einige Insolvenzen in der Stadt gesehen: die Schlosspark-Kliniken mit der Auflösung eines Standorts und der Übernahme eines anderen Standorts; das Krankenhaus Waldfriede konnte sich selbst sanieren; für das Jüdische Krankenhaus ist die Zukunft ungewiss. Das ist bereits bei der aktuellen Lage der Fall. Jetzt bedenken Sie bitte, wenn im nächsten Jahr noch einmal 487 Millionen Euro an weiteren Erlöseinbußen dazukommen, weiß ich nicht, wie wir das stemmen können. So wächst das Risiko, dass wir in der Stadt keine Krankenhausplanung per Planungsentscheidung der Planungsbehörde sehen, sondern dass wir durch Insolvenzen Krankenhäuser vom Netz gehen sehen, die wir am Ende vielleicht sogar als bedarfsnotwendig für eine weitere Krankenhausversorgung vorsehen würden. Deswegen werden wir uns auch gegen dieses GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetz wehren. Wir werden zumindest einmal mit einer Kundgebung am Donnerstag dieser Woche von 10 bis 12 Uhr auf der Westseite des Brandenburger Tors, auf dem Platz des 18. März und der Straße des 17. Juni, mit vielen Tausenden von Beschäftigten gegen diese Abrissbirne der Krankenhausversorgung demonstrieren und hoffen, dass das Land Berlin uns dann im Bundesrat am 12. Juni, also am Freitag dieser Woche, mit einem entsprechenden Antrag unterstützt. Wir haben gesehen, dass der Gesundheitsausschuss des Bundesrates mit Unterstützung des Landes Berlin bereits eine entsprechende Vorvotierung vorgenommen hat, aber das muss auf der Bundesratsebene noch nachvollzogen werden. So weit erst einmal. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe bereits Wortmeldungen gesehen, allerdings nur von Herrn Ubbelohde und von mir. – Dann hat Herr Ubbelohde das Wort.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank, Herr Schreiner, für die Ausführungen! Können Sie sagen, welche Standorte und auch welche Leistungsgruppen als Angebotsrahmen durch das KHAG nach heutigem Stand in Ihrem Bestand gefährdet sind? Können Sie sagen, wie viele Stellen bei Vivantes und der Charité im Zuge der Reformen abgebaut oder durch Umstrukturierung mit Unsicherheit belastet werden? Welche Auswirkungen hätte die Zusage einer Angleichung an den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst – TVöD – bis 2029 auf die finanzielle Situation? Wie sind da die aktuellen Zahlen?

Was uns als AfD auch wichtig ist, ist die wohnortnahe Versorgung; auch das Halten der Beschäftigten in den Krankenhäusern ist ein ganz wesentlicher Punkt. Wie sehen Sie das? Ist durch die jetzige Novellierung oder Anpassung der Leistungsgruppen eine Facharztweiterbildung erleichtert? Sie war ja bisher erschwert durch die vielen einzelnen Leistungsgruppen; Herr Dr. Bobbert von der Ärztekammer hat hier darüber berichtet. Wie sehen Sie die Zunahme der Bürokratie durch die gesetzlichen Regelungen, die das Arbeiten in den Krankenhäusern weiter erschwert? Auch die Ambulantisierung, die ein wichtiger Schritt wäre, ist durch die Gesetzgebung erschwert, was uns im Gesundheitswesen im Weiteren auf die Füße fallen würde. Ein weiterer Punkt, der mir wichtig wäre: Wie ist die Regelung, wenn Berliner Krankenhäuser Patienten aus dem Umland behandeln? Gibt es da Ihrerseits noch offene Fragen?

Zum Abschluss ein sehr bedeutsamer Punkt für uns alle hier, glaube ich: Wie läuft die Kommunikation mit dem Personal in unseren Krankenhäusern, damit die Beschäftigten Sicherheit darüber haben, was auf sie zukommt und welche Chancen, aber auch Probleme es gibt, und vor allem auch mit den Patienten in dieser Stadt, damit sie wissen, worauf sie sich einstellen müssen? Das ist, glaube ich, ein wichtiger Punkt, der in dieser ohnehin schwierigen Zeit sehr viel Vertrauen erfordert. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann habe ich mich noch einmal gemeldet.

Silke Gebel (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Darstellungen! Gut, dass Sie sich, wenn ich es richtig gesehen habe, auch mit den Gewerkschaften zusammengetan haben, um auf Bundesebene Druck auszuüben und am Donnerstag bei dieser Demonstration deutlich zu machen, was das für Auswirkungen hier bei uns vor Ort hat.

Sie haben eben gesagt, dass die Gutachten vom MD aktuell erstellt werden. Können Sie noch einmal sagen, auf welcher rechtlichen Grundlage, also dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

– KHG – oder dem KHVVG, das stattfindet, und ob das anzupassen ist? Sie haben ja gezeigt, dass diese Veränderung, die vom Bund wahrscheinlich guten Willens, aber schlecht – – So ist es eben immer, wenn man eine Reform im laufenden Prozess anpasst, dass das dann, glaube ich, zu sehr viel Planungsunsicherheit führt. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen, und auch dazu, was das bedeutet, wenn jetzt noch einmal etwas verändert werden sollte.

Sie hatten meine Frage, was Ihre Erwartungshaltung zu den Fachkrankenhäusern und den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist, noch nicht beantwortet, aber vielleicht ist das ja noch zu früh. Beim Transformationsfonds hatten Sie den Punkt mit dem Einvernehmen der Krankenkassen angesprochen. Wir haben schon an vielen anderen Stellen darüber gesprochen, dass das Land Berlin finanzpolitisch gerade nicht optimal dasteht, und Sie haben jetzt auch noch einmal deutlich gemacht, was da auf die Krankenhäuser durch das Beitragsstabilisierungsgesetz zukommt. Vielleicht können Sie aus Ihrer Sicht etwas zum notwendigen Zeitverlauf sagen, bis wann das Einvernehmen mit den Krankenkassen hergestellt werden muss.

Sie haben angesprochen, dass es einen Legislaturwechsel gibt, und dass wahrscheinlich der Koalitionsvertrag zwischen welchen Farben auch immer in eine Phase fällt, in der für die Krankenhausplanung sehr viele wichtige Weichenstellungen getroffen werden müssen. Vielleicht können Sie den Fraktionen, die hier im Raum sind, eine Empfehlung mitgeben, was Sie sich da erhoffen und wünschen.

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt hat sich Herr Schatz gemeldet.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank, Herr Schreiner! – Ich will einmal an das anknüpfen, was Sie gesagt haben, Frau Gebel, denn wir müssen uns vor Augen führen: Wir tagen hier als Gesundheitsausschuss dieser Legislaturperiode im September das letzte Mal. Dann wird gewählt; dann wird eine neue Regierung gebildet, die dann irgendwann vielleicht, wenn alles gut läuft, im Dezember ins Amt kommt. Dann konstituieren sich vielleicht im Januar nächsten Jahres die Ausschüsse neu. Das heißt, im Oktober, November und Dezember findet kein Ausschuss statt. Dann wird hier parlamentarisch nichts erörtert. Das ist genau die Zeit, wenn ich richtig zugehört habe, in der die Krankenhausplanung faktisch finalisiert wird, die dann irgendwann Anfang nächsten Jahres hinausgeht. Das finde ich ehrlich gesagt ein bisschen misslich, weil, wie gesagt, keine Debatte im Ausschuss vor der Entscheidung des Senats stattfindet, sondern danach. Nun ja, wer das gut findet, soll es gut finden; ich finde das nicht gut.

Das Ganze geschieht vor dem Hintergrund dessen, dass die Bundesregierung offensichtlich mehrfach ihre Ansicht geändert hat. Herr Schreiner hat darauf hingewiesen: Erst gab es das Gesetz, das die Krankenhausreform auf den Weg gebracht hat, dann gab es Änderungen dazu, jetzt gibt es mit dem sogenannten Beitragssatzstabilisierungsgesetz noch einmal einen richtigen Griff in die Tasche der Krankenhäuser, und wenn Herr Schreiner sagt, dass am Ende den Berliner Krankenhäusern eine halbe Milliarde Euro fehlt, dann ist das richtig viel Geld. Das ist der Hintergrund.

Er hat zu Recht angesprochen, dass wir in den letzten Jahren gesehen haben, wie hier ein Krankenhaus nach dem anderen in die Knie gegangen ist, und das, bevor all das in Kraft getreten ist. Das muss man sich einmal vor Augen führen, und ich glaube, das macht ein Stück weit die Verunsicherung in der Bevölkerung aus: Haben wir hier eine stationäre Versorgung, auf die wir uns am Schluss verlassen können? Ich glaube, das macht die Größe der Aufgabe aus, die wir hier zu leisten haben, nämlich irgendwie zu vermitteln und Interessen zu transportieren. Deshalb finde ich es, wie gesagt, eher misslich, dass es zeitlich jetzt so läuft, dass der neue Gesundheitsausschuss dann mit einer Planung konfrontiert wird, die mehr oder weniger fertig ist.

Mich interessiert der Zeitplan des Senats in der Tat noch einmal, und wie Sie jenseits von Bundesratsinitiativen versuchen, die Interessen Berlins in den politischen Prozess einzubringen, weil ich glaube, dass wir nicht einfach so hinnehmen können, was die Pläne von Frau Warken sind, die massive Auswirkungen haben, wie wir gehört haben – nicht nur im stationären Bereich, aber das ist im Moment unser Thema, und ich glaube, wir sollten alle gemeinsam versuchen, etwas zu tun, damit das so, wie es jetzt geplant ist, nicht in Kraft tritt. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir kommen zu Herrn Zander.

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Ich habe drei Fragen. Die eine Frage ist: Wie wirkt sich das Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die Häuser aus? Wirkt sich das auf alle Häuser gleich aus, oder sind bestimmte Krankenhäuser mit bestimmten fachlichen Schwerpunkten und Ausrichtungen stärker davon betroffen als andere? Ist das quasi ein Rasenmäher, oder wird irgendwo stärker gemäht, um diese schlechte Metapher einmal zu benutzen?

Das Zweite ist: Einige Krankenhäuser haben gesagt, wenn die Tarifsteigerungen nicht kompensiert werden, müsse Personal abgebaut werden, jedenfalls dort, wo es geht. Wegen bestimmter Vorgaben geht das ja nicht überall. In welchen Bereichen würde es denn gehen, wo würde es erfolgen, oder wo erwarten Sie, dass Personal abgebaut würde, und wo nicht? Wo würde vielleicht eine Einschränkung und ein Abbau in der Versorgung damit einhergehen können?

Die letzte Frage – vielleicht an den Senat und an Herrn Schreiner – ist: Wie greifen der Start der Gültigkeit des Krankenhausplans und die Zuteilung der Leistungsgruppen auf die Krankenhäuser zeitlich ineinander? Herr Schreiner hat ja gesagt, man müsse wohl am Ende ein Einvernehmen mit den Krankenkassen herstellen, oder nur ein Benehmen, ich weiß es nicht genau. Wenn man es nicht schaffen würde, den Krankenhausplan zum 1. Januar 2027 starten zu lassen, dann würde es nur die Möglichkeit geben, wie es, glaube ich, auch in Brandenburg besprochen wird, das zum 1. Januar 2028 zu machen. Hätte das eine Auswirkung auf die Zuteilung der Leistungsgruppen und den Start der Neuaufstellung, Neuausrichtung und Finanzierung der Krankenhäuser?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir noch zu Frau König.

Bettina König (SPD): Vielen Dank, Herr Schreiner, für die umfangreiche Präsentation! Ich muss sagen, dass ich Ihre Kritik an dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in weiten Teilen teile – das wissen Sie ja schon – und große Probleme auf das Land und auf Berlin zukommen sehe. Ich will trotzdem noch einmal fragen, was für Sie der maßgebliche Punkt ist, wo für die Krankenhäuser eine Verbesserung erzielt werden müsste, damit wir das entsprechend mit Nachdruck an unsere Bundestagsmitglieder weitergeben können.

Den Senat würde ich gern fragen: Herr Schatz hat sehr deutlich gemacht, dass die Zeitabläufe dieses Jahr wegen der Wahl etwas ungünstig liegen. Können Sie uns vielleicht einen kurzen Überblick geben, wo Sie eigentlich genau stehen, wie der Ist-Stand ist, und wann wir damit rechnen können, dass verbindliche Aussagen zur Krankenhausplanung möglich sind?

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt kommen wir noch einmal zu Herrn Schreiner zur Beantwortung der Fragen, und dann zum Senat.

Marc Schreiner (BKG): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank, werte Mitglieder des Hohen Hauses, für die zahlreichen Fragen! Ich versuche, sie teilweise etwas zu bündeln, arbeite sie aber ansonsten ab.

Es wurde zum Beispiel nach dem Stellenabbau nach der Reform gefragt, wo und in welchen Abteilungen an welchen Standorten das erforderlich sei. Durch die Krankenhausreform an sich ist Stellenabbau nur dort notwendig, wo ein Träger eine Leistungsgruppe, die er bislang hat, nicht mehr zugewiesen bekommt. Dann wird der Träger schauen müssen, dass er die Abteilung rückabwickelt und das Personal in anderen Bereichen des Krankenhauses einsetzt. Das ist also eher eine Umverteilung, sofern das mit den Beschäftigten herstellbar ist, innerhalb der Trägerschaft oder möglicherweise auch über Standorte hinweg. Ein Stellenabbau durch die Krankenhausreform, durch die neue Planung und die Zuweisung von Leistungsgruppen ist also nicht zwingend.

Es liegt näher, Stellenabbau durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu betreiben. Die Zahlen, die wir Ihnen präsentiert haben, und die Erlöseinbußen müssen in irgendeiner Weise kompensiert werden, und allein für das nächste Jahr wäre diese Zahl durch den Abbau von etwa 3 500 Vollzeitkräften in der Pflege zu kompensieren. Wir beschäftigen aktuell 19 000 Vollzeitkräfte in der Pflege in den Berliner Krankenhäusern; 3 500 müssten wir rein rechnerisch abbauen, um diese Erlöseinbuße zu kompensieren. Dass das so nicht denkbar ist, weil dadurch die Versorgung stark verschlechtert würde, und weil es insbesondere in der Pflege Untergrenzen gibt, die gesetzlich festlegen, wie viel Pflegepersonal wir haben müssen, dass das so nicht herstellbar ist, liegt auf der Hand.

Die Krankenhausträger befinden sich damit in einer ganz schweren Situation: Wie sollen sie, etwa durch Personalabbau, diese großen Erlöseinbußen kompensieren? Und das sind ja nur die Zahlen für 2027; mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz baut sich das bis ins Jahr 2030 weiter auf. Wir reden hier nur über das nächste Jahr. Da sehen wir wirklich das Risiko, dass Krankenhäuser, die gesetzlich verpflichtet sind, Prozesse, Personal und Apparate vorzuhalten, gar keine Möglichkeit haben, an diesen kostentreibenden Strukturvorgaben zu arbeiten, weil der Bundesgesetzgeber oder der G-BA das nicht möglich machen, und dass sie nur noch den Weg in die Insolvenz finden. Das ist die Antwort zur Frage nach dem Stellenabbau.

Es wurde die Facharztweiterbildung angesprochen, die mit einer klugen Krankenhausplanung weiterhin möglich sein kann. Wir werden aber eventuell das Risiko haben, dass Krankenhäuser nicht mehr die volle Weiterbildungsbefugnis haben, weil ihnen wichtige Leistungsgruppen aus dem Fachbereich nicht mehr zugewiesen werden. Es ist aber, hätte ich gesagt, Sache der Ärztekammer, das so zu organisieren, dass das durch Kooperationen und durch Rotieren von auszubildenden Ärzten abgefangen werden kann.

Die Umlandversorgung, Herr Ubbelohde, wird auch nach der Reform wie üblich im Rahmen der Bedarfsplanung ermittelt und eingepreist. Da ergibt sich mit der Krankenhausreform kein neuer Ansatz.

Zur Ambulantisierung: Das ist nicht zwingend Sache der Krankenhausreform, höchstens im Zuge der Krankenhausplanung bei der Übermittlung der Bedarfe, wie man die bisher erbrachten stationäre Fälle möglicherweise ambulant erbringen kann. Mit der Ausweitung des Katalogs für ambulantes Operieren und mit der starken Ausweitung von Hybrid-DRGs müssen wir seit diesem Jahr 1 Million Fälle bundesweit ambulant erbringen, die wir in den Krankenhäusern vorher stationär erbracht haben. Da gibt es schon eine Dynamik, die in den Krankenhäusern in die Praxis umgesetzt wird. Durch die Krankenhausreform selbst gibt es da keine Schwierigkeit, aber die Hybridisierung, beispielsweise dass wir vormals stationäre Leistungen jetzt einfach in Hybrid-DRGs umbenennen und nur noch einen Teil der ehemals stationären Erlöse dafür bekommen, ist eine weitere Budgetkürzung für die Krankenhäuser bundesweit. Etwa 400 Millionen Euro, habe ich da in Erinnerung, ist allein dieser Schritt wert.

Zur Kommunikation der Krankenhausreform: Wir wissen jetzt im Augenblick noch gar nicht, welche Leistungsgruppen wir am Ende zugeteilt bekommen. Es gibt Vorgespräche mit der Planungsbehörde, sodass ein Träger eine grobe Idee haben kann, wie sich das für ihn ausgeben könnte, und natürlich kommunizieren die Krankenhausträger mit ihren Beschäftigten. Das ist zum Beispiel beim Umzug des Standorts Mitte der DRK-Schwesternschaft geschehen, der

in großen Teilen an den Standort im Westend kommt. Auch das funktioniert natürlich nur mit einer umfassenden Kommunikation und mit der Einbeziehung der Beschäftigten und der Betriebsräte, und das findet dort auch statt.

Frau Gebel! Sie haben nach der Rechtsgrundlage für die MD-Prüfungen gefragt. Als die Krankenhäuser am 30. September des vergangenen Jahres ihre Anträge gestellt haben, galt noch das KHVVG, das 65 Leistungsgruppen beinhaltet. Vier davon sind jetzt mit dem KHAG gestrichen worden. Kinder- und Jugend, Notfall und Infektiologie – diese Leistungsgruppen sind gestrichen worden. Dementsprechend sind diese Anträge, weil das KHAG seit April die aktuelle Rechtsgrundlage ist, gegenstandslos. Mit dem Medizinischen Dienst unterhalten wir einen guten Kontakt. Wir wurden informiert, dass die Prüfung schon anlief – noch auf der Rechtsgrundlage des KHVVG –, dass man aber die sich abzeichnenden Rechtsänderungen durch das KHAG schon einbezogen hat, und dass man das jetzt nach Rechtskraft auch auf dieser Rechtsgrundlage prüft. Der MD ist da sehr konstruktiv und hat die Planungsbehörde, glaube ich, gut unterstützt.

Zu den Fachkrankenhäusern kann ich Ihnen noch nichts sagen, wie das für die Krankenhäuser ausgehen wird. Das ist eine Sache der Planungsentscheidung, dass man die bestehenden Fachkrankenhäuser auch wieder so ausweist. Ich denke, da sind die Kriterien aus dem Gesetz klar. Was die sektorenübergreifenden Versorger angeht, zeichnet sich aber ab, dass das für die Träger kein Weg sein kann. Wie sollen sie denn als Träger in ein neues Konstrukt investieren, sich engagieren, Personal akquirieren und sich platzieren, wenn sie von vornherein wissen, dass die Betriebskostenfinanzierung für diese Einrichtung, den sektorenübergreifenden Versorger, nicht tragfähig ist? Das ist eine Totgeburt im Gesetz. Sofern die Vergütung noch nicht einmal kostendeckend ist, wird sich kein Träger da einbringen können.

Zum Legislaturwechsel: Sie, Frau Gebel, und auch Herr Schatz haben angesprochen, wie sich das auf die Planung auswirkt. Wir haben die Erwartung, dass die wesentlichen Fragen im Fachausschuss Krankenhausplanung zu einem Zielbild zum Umgang mit den Ausnahmen, zur Ausweisung von Notfallkrankenhäusern, und zu den Auswirkungen der noch ausstehenden Rechtsverordnungen des Bundes weiter im konstruktiven Miteinander abgearbeitet werden. Wir haben auch die Hoffnung oder Erwartung, dass das Land Berlin bis zum Jahresende ein Gesamtbild zeichnet, ein Zielbild, mit dem wir dann auch mit einer neuen Regierung – ich will da niemandem zu nahe treten – im nächsten Jahr die Feststellungsbescheide erwarten dürfen. Das Land Berlin muss, glaube ich, bis Ende Oktober 2027 die Leistungsgruppen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK – übermittelt haben, damit das InEK ausrechnen kann, wie die einzelnen Vorhalte und Kostenzuteilungen für die einzelnen Träger aussehen. Bis dahin haben wir noch Zeit, und ich bin zuversichtlich, dass wir das schaffen.

Zu den Fragen von Herrn Zander: Was die Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf spezielle Krankenhäuser betrifft, kann man einen gewissen Unterschied zwischen öffentlichen und nicht öffentlichen, also freigemeinnützigen und privaten Trägern machen, weil der öffentliche Träger grundsätzlich die Möglichkeit hat, ein durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entstehendes Defizit vom Steuerzahler ausgeglichen zu bekommen. Diese Möglichkeit ist den freigemeinnützigen oder privaten Trägern nicht gegeben. Insofern ist das der einzige trägerspezifische Unterschied, den ich im Grundsatz ausmachen kann. Wir haben auch einmal gerechnet: Der Defizitenausgleich, der sich im Augenblick für das

Land Berlin für die beiden öffentlichen Häuser auf etwa 180 Millionen Euro summiert, würde sich mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf 300 Millionen Euro belaufen. Das heißt, das Land Berlin zahlt für die schlechte Betriebskostenpolitik des Bundes einen noch höheren Preis. Der Bund ist für die Betriebskostenfinanzierung zuständig, finanziert die Häuser nicht anständig, und der Steuerzahler in Berlin muss zumindest zum Teil dafür aufkommen. Deswegen fordern wir das Land Berlin auf, sich aktiv im Bundesrat einzubringen, und ich habe die Erwartung, dass das auch weiter passiert.

Zum möglichen Personalabbau habe ich ja schon Ausführungen gemacht. Den Prozess zur Zuweisung – – – Das war Ihre dritte Frage, Herr Zander; Entschuldigung, ich habe mir nur „Prozess zur Zuweisung“ aufgeschrieben.

Christian Zander (CDU): Die Frage war, was es für Konsequenzen hätte, wenn der Krankenhausplan erst ein Jahr später zum 1. Januar 2028 hinausgeht, und wie die Zuweisung der Leistungsgruppen und die Gültigkeit des Krankenhausplans zeitlich ineinandergreifen, also ob man das eine überhaupt vorwegnehmen kann.

Marc Schreiner (BKG): Es gibt Überlegungen; der Freistaat Bayern hat beispielsweise ein Modell entwickelt, dass man eine grundsätzliche Zuweisung bereits jetzt macht, die finale, trägerindividuelle Zuweisung dann allerdings erst im nächsten Jahr. Ob das tragfähig ist – es ist ein bayerisches Modell –, weiß ich nicht. Für das Land Berlin würde das bedeuten, dass sich mit dem Jahreswechsel der Status bei der Zuweisung von Ausnahmen bei der Zuteilung von Leistungsgruppen ändert: Bis zum 1. Januar 2027 reicht das Benehmen mit den Kassen, das heißt, das Land Berlin würde den Kassen anzeigen: Für die Anträge dieses Trägers mit Leistungsgruppe 10, 11 und 12 brauchen wir Ausnahmen, weil der Träger die Voraussetzungen nicht erfüllt, aber wir brauchen den Träger mit diesen Leistungsgruppen an diesem Ort. – Dafür würde eine Information an die Kassen ausreichen. Ab dem 1. Januar 2027 muss dann das Einvernehmen mit den Kassen hergestellt werden, das heißt, dann können die Kassen sagen: Das wollen wir so nicht. – Dann muss das Land Berlin sich noch einmal Gedanken dazu machen.

Abschließend noch, Frau König, welche Änderungen am GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wir uns wünschen: Das ist ganz klar; das Eintrittsticket für die Bundesregierung, dieses Sparpaket überhaupt zu verlangen, ist, dass der Bund seine Finanzverpflichtungen selbst erst einmal bewältigt. Stellen Sie sich bitte vor, der Finanzminister ist dafür verantwortlich, dass er die Kosten für die Bürgergeldempfänger, immerhin 12 Milliarden Euro, an den Fonds der GKV überweist. Das macht er nicht und trägt damit zu etwa vier Fünfteln – 12 von 15 Milliarden Euro, die zu stopfen sind – dazu bei, dass diese Finanzmisere überhaupt erst entsteht. Dann ist es fast schon unverschämt – ich weiß gar nicht, was ich dazu sagen soll –, dann ist es krass, dass der Bund, wo er seine Verpflichtungen selbst nicht erfüllt, den Leistungserbringern und den Versicherten tief in die Tasche greift. Und das ist die zweite Forderung – –

Vorsitzende Silke Gebel: Ich will nur einmal kurz auf die Uhr hinweisen, denn Sie reden seit 15 Minuten. Ich weiß, dass das ein sehr komplexes Thema ist, aber wir haben noch ein paar andere Themen.

Marc Schreiner (BKG): Entschuldigen Sie, Frau Gebel! Ich bin sofort fertig. – Der zweite und letzte Punkt: Preissenkungen mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorzunehmen, ohne den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, die tatsächlichen Kostenstrukturen zu reduzieren, geht gar nicht. Das heißt – ich habe es vorhin mit den Personalanhaltszahlen dargestellt –, wir bleiben im Korsett enger gesetzlicher Vorgaben, haben die dadurch entstehenden Kosten, können sie nicht abbauen und müssen zugleich eine Preisreduktion hinnehmen. Das geht nicht, und deswegen sind wir am Donnerstag wieder öffentlich.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Dann Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank, auch für die vielen Fragen, die an uns als Verwaltung gestellt worden sind! Ich war 2011 und 2016 Teil dieses Hauses; damals ist quasi in letzter Minute der Legislatur noch der damals neue Krankenhausplan verabschiedet worden. – Anders als damals, Herr Schatz, ist das, glaube ich, ein Thema, das wir nicht einfach mit einem Pinselstrich für beendet erklären können, selbst wenn der Ausschuss die Planung zur Kenntnis nimmt. Denn das ist die Aufgabe des Ausschusses: eine Krankenhausplanung zur Kenntnis zu nehmen.

Ich glaube, Teil dieser Diskussion, die wir hier – zu Recht – mehrfach im Jahr führen, ist, dass wir hier über die größte Veränderung im Krankenhauswesen seit vielen Jahrzehnten sprechen. Ich habe mir auch nicht vorgestellt, als ich am ersten Arbeitstag, am 2. Mai 2023, zur Gesundheitsministerkonferenz gefahren bin, dass ich noch in diesem Jahr darüber reden muss, wie einzelne Leistungsgruppen zugewiesen werden, weil die Reform sich auch da immer wieder verzögert hat, und wir selbst nach der Neuwahl der Bundesregierung über ein Jahr gebraucht haben, bis die entsprechende gesetzliche Regelung, das KHAG, hier aufzufinden war. Seit Mitte April haben wir die Rechtsgrundlage, über die wir sprechen. Das ist nicht nur in den Ländern, in denen gewählt wird – da geht es Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt genauso wie uns –, eine schwierige Ausgangssituation, sondern das stellt auch alle anderen Bundesländer vor eine große Herausforderung. Ich glaube, diese beiden Reformen eint, dass es um eine stärker qualitätsorientierte Krankenhausplanung mit bundesweit einheitlichen Qualitätsvorhaben geht.

Ich mache ja zur Freude aller Krankenhaustouren; von 49 Krankenhausträgern an 61 Standorten fehlen mir noch ganze vier. Da weiß man auch, dass man mit gutem Wissen, aber vor allem mit einem geraden Rücken genau diese Planung zur Kenntnis nehmen kann. Das ist für uns alle deshalb herausfordernd, weil wir beim Inkrafttreten des KHAG Mitte April noch großflächige Änderungserfordernisse gesehen haben, insbesondere bei den Qualitätsanforderungen.

Ich muss einmal sagen, Herr Schatz, aus diesem Ausschuss, nicht nur heute, sollte die Losung herausgehen, dass wir uns vor, während und nach einer Krankenhausreform auf die stationäre Versorgung in diesem Bundesland absolut verlassen können. Es ist absolut wichtig, dass wir eine gewisse Zuversicht und Ruhe hineinbringen, denn diese mehrjährige Reformdiskussion hat auch dazu beigetragen, dass es sehr viel Unruhe gibt. Wir haben leistungsfähige Krankenhausträger, die genau diese stationäre Versorgung für unser Land und für unsere Bürgerinnen und Bürger erbringen können. Wir haben eine sehr vielfältige Trägerlandschaft in Berlin, und – das, finde ich, ist wichtig – sie wird es auch nach der Reform geben. Sie hat dem Land Ber-

lin immer gut getan, und ich glaube, es ist wichtig, dass wir uns auch weiterhin darauf verlassen können, dass diese Leistung erbracht wird.

Aber das, was Herr Schreiner sehr deutlich hier mitgeteilt hat, dass sowohl der rechtliche als auch der finanzielle und der Ressourcenrahmen benötigt werden, eint uns in den entsprechenden Stellungnahmen – nicht nur auf Bundesebene, sondern auch darüber hinaus. Deshalb haben wir die entsprechenden Gespräche geführt; es wurden mit allen Krankenhausträgern bis zum Februar 2026 sogenannte Orientierungsgespräche geführt, um den Träger einfach einmal vorzustellen. Nicht alle Träger haben alle Leistungsgruppen beantragt, sondern sie sind sehr wohl in ihr Portfolio gegangen und haben unter den Maßgaben entschieden, welche Leistungsgruppen sie beantragen. Es sind insgesamt 1 063 Leistungsgruppen. Daraus ergeben sich die schon genannten über 1 900 Prüfaufträge für den Medizinischen Dienst, und dieser hat bis zum 31. Juli dieses Jahres die Möglichkeit und auch die Pflicht, uns entsprechende Gutachten auszustellen. Diese Zeitschiene ist übrigens auch bundesgesetzlich vorgegeben. Dementsprechend haben wir gut daran getan, auch wenn das letztes Jahr etwas anders hier diskutiert wurde, dass wir an unseren Medizinischen Dienst, den wir mit dem Land Brandenburg teilen, auf Grundlage des KHAG die entsprechenden Prüfaufträge vergeben haben.

Wir wissen aber auch, dass mit diesen über 1 900 Prüfaufträgen und -bitten über 35 Prozent mehr Bedarf prognostiziert wird und Anträge laufen, als festgestellt wurde. Das heißt, dass die Krankenhausträger deutlich mehr beantragen, als sie derzeit durchführen. Deshalb ist es uns sehr wichtig, dass wir die entsprechenden Auswahl- und Konzentrationsentscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung sehr fundiert durchführen. Ich sage es einmal so: Ich schaue nach Brandenburg oder Baden-Württemberg; dort reden wir von 2 Prozent mehr. Nun ist nicht nur heute ein Tag, wo vielleicht eine gerichtliche Entscheidung ansteht, aber Sie können sich vorstellen, dass wir uns natürlich dafür wappnen. Das haben wir hier übrigens auch schon im Rahmen der Haushaltsberatungen festgestellt, dass diese Auswahlentscheidungen rechtssicher sein, aber natürlich der Versorgung dienen und auch abgebildet werden müssen. Dementsprechend werden die Gutachten des Medizinischen Dienstes benötigt, um diesen Teil abzubilden. Dazu kommt noch ein IT-System, das über 30 Millionen Rechenvorgänge abbilden muss; das wird derzeit zum Beispiel schon in Brandenburg eingesetzt, und wir haben uns angeschlossen, damit wir diese Daten ohne Fehler bearbeiten können. Dank Ihrer Mithilfe haben wir auch das Landeskrankenhausgesetz schon angepasst; das war sehr schnell möglich, dass wir die Planung nicht mehr über Betten, sondern über Leistungsgruppen vornehmen konnten.

Der Fachausschuss für Krankenhausplanung tagt regelmäßig, und es gibt auch einen regelmäßigen Austausch unter den Bundesländern, um diese zahlreichen Fragestellungen auch wirklich zu klären. Der Fachausschuss, Herr Ubbelohde, beschäftigt sich auch mit dem Thema Entbürokratisierung, und auch hier gibt es weitreichende Verabredungen, wie wir in diesen Themenbereichen weiter vorangehen.

Ich kann Ihnen auch sagen, dass unser ursprüngliches Ziel, ein gemeinsames Inkrafttreten der Krankenhauspläne von Berlin und Brandenburg zum 1. Januar 2027, angestrebt wird. Es wird immer noch angestrebt, dass wir einen möglichst zügigen Abschluss des Berliner Planungsverfahrens abbilden können. Wir wissen aber auch, dass es aufgrund der besonders hohen Krankenhausedichte in Berlin ein besonders hohes Interesse an einer frühzeitigen Planungssicherheit und auch an einer zeitnahen Umsetzung der Reform gibt; Herr Schreiner hat dazu schon einiges ausgeführt. Das ist natürlich immer noch Teil unserer Handlungsmotivation; gleichzeitig wissen wir aber auch um die Schwierigkeiten, wenn die entsprechenden rechtlichen Grundlagen erst im April dieses Jahres und erst bis zum 31. Juli die Guthaben des Medizinischen Dienstes zur Verfügung stehen. Deshalb bestehen derzeit natürlich zeitliche Unwägbarkeiten; sie lassen sich nicht ausblenden, aber ich glaube, in dem Moment, wo man sie transparent darstellt und abbildet, ist schon einmal der Weg aufgezeigt.

Wir können die Fertigstellung für 2026 nicht garantieren, aber wie gesagt, unser Ziel ist es, die Grundlagen so festzuschreiben und fortzuführen, dass auch ein neu konstituierter Ausschuss – – Es kommt ja zwangsläufig zu einer Neukonstituierung des Abgeordnetenhauses am 29. Oktober und zu einer wie auch immer gearteten Koalition beziehungsweise Regierung. Deshalb haben wir auch schon zur Kenntnis genommen, dass einzelne Bundesländer wie Brandenburg ihre Planungsverfahren bereits um ein Jahr verschoben haben beziehungsweise ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2028 anstreben. Deshalb will ich, weil die Frage nach dem Zeitplan hier aufgekommen ist, ausführen: Sollte das Verfahren nicht zum Jahresende 2026 abgeschlossen werden, kann der neue Krankenhausplan auch nicht zum 1. Januar 2027 in Kraft treten. In der Folge kann er frühestens zum 1. Januar 2028 in Kraft treten; ein halbjährliches Inkrafttreten, also zum 31. Juli oder zum 30. Juni 2027, hat der Bund ausgeschlossen. Das heißt, es geht nur um ganze Jahresscheiben zum jeweiligen 1. Januar. Sollten wir aber 2026 diesen Plan nicht mehr fertigstellen können, werden wir den Krankenhäusern dennoch nicht nur die Inhalte und das Versorgungskonzept bereits vor dem 1. Januar 2028 ankündigen, sondern ihnen auch die notwendige Transparenz und Planungssicherheit verschaffen.

Im Übrigen müssten wir sowieso das Einvernehmen, selbst wenn danach – – Nehmen wir einmal an, wir würden es 2026 mit dem sogenannten Benehmen schaffen, dann müssten wir trotzdem alle zwei Jahre das Einvernehmen mit den Krankenkassen und Kostenträgern herstellen. Das ist per se immanent. Ich bin aber auch zuversichtlich, nicht nur, weil auch dort natürlich Gespräche laufen. Auch Kostenträger lesen Zeitung, hören dem Ausschuss zu und wissen natürlich auch um die Versorgungsdichte in dieser Stadt Berlin. Es ist also nicht so, dass sie zu allem Nein sagen, sondern es gibt dort auch einen Verhandlungsprozess. Es ist bürokratisch vielleicht einfacher; nichtsdestoweniger muss auch in den Folgejahren das entsprechende Einvernehmen hergestellt werden, und das ist im Übrigen auch mit den Akteuren und dem Land Brandenburg abgesprochen.

Es kamen noch einige Fragen zur Charité und zu Vivantes, die ich auch beantworten will, weil Charité und Vivantes natürlich tragende Säulen der stationären Versorgung in Berlin darstellen. Die Charité nimmt im Rahmen ihrer Rolle als Universitätsklinik eine besondere Stellung in Forschung, Lehre und hochspezialisierter Versorgung ein; das wird im Übrigen auch in der Krankenhausplanung berücksichtigt. Aufgrund der neuen Bundesvorgaben wird die Charité aber in das ganz reguläre Planungsverfahren integriert, wie im Übrigen auch Vivantes. Die Bundesvorgaben der neuen Krankenhausplanung gelten rechtlich vollumfänglich für alle Träger gleichermaßen, und damit auch für die Universitätskliniken. Es ist aber auch

so, dass beispielsweise bei dem jetzt schon mehrfach benannten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auch die Universitätsmedizin eine Rolle spielt, sodass wir das in unseren Beratungen im Rahmen des Bundesrates noch einmal extra thematisiert haben.

Die Rolle der Kommunikation finde ich besonders wichtig in diesem Bereich. Deshalb gab es, wie gesagt, mit allen Trägern die Orientierungsgespräche. Wie gesagt, ich habe mir bis auf vier Standorte jetzt auch schon alle anschauen können. Wir haben auch zusammen mit der Berliner Patientenbeauftragten alle Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher am 22. Mai dieses Jahres zu einem Informationstermin gebeten; da nahm eine gute Anzahl teil, weil es eben auch wichtig ist, für Anliegen dort gewappnet zu sein und einige Informationen zu bekommen. Das wurde, glaube ich, sehr gut angenommen.

Ich glaube, gerade diese Schnittmenge zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich – – Herr Schreiner hat es ein bisschen angeteasert; an vielen Stellen wollen wir ja versuchen, genau diese Synergien zu schaffen. Es gibt im Übrigen im Land Berlin keinen einzigen Antrag für diesen sogenannten süV, den sektorenübergreifenden Versorger. Selbst in den anderen Bundesländern ist es eine sehr kleine Zahl von Anträgen – ich würde schon fast behaupten, ich könnte sie an einer Hand abzählen – für eine solche Versorgungsform. Es wird im Rahmen der Klärung der einzelnen rechtlichen Bedingungen und Rahmenvorgaben sicher möglich sein, dass man vielleicht im mittelbaren Bereich zeitlich dazu kommt. Nichtsdestoweniger geht es ja darum, Expertise, Erfahrung und Ressourcen zu bündeln, und dementsprechend, will ich nur sagen, ist das sicherlich ein Punkt, der uns alle angeht. Denn in verschiedenen Teilbereichen, ob das jetzt der hebammengeleitete Kreißsaal oder die Frage nach Entlassmanagement ist, benötigt der stationäre Bereich eine Sicherheit, aber es braucht eben auch den ambulanten Anschluss.

Deshalb ist es so wichtig, dass wir gerade diese Bereiche – ambulant und stationär – zusammen denken und die entsprechenden Positionierungen für das Land Berlin darstellen. Das ist an vielen Stellen – – Dieser Begriff ist sehr schockierend, nichtsdestoweniger wollen wir genau diesen Schulterschluss an der Stelle suchen, denn es geht eben darum, wie Patientinnen und Patienten die beste Versorgung erhalten. Dem soll ja diese Reform auch Rechnung tragen, aber es braucht eben den entsprechenden Anschluss daran im ambulanten Bereich, um hier wirklich zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu kommen. Dementsprechend wollen wir uns positionieren und unterstützen natürlich auch die Bestrebungen der einzelnen Akteure, egal ob bei Demonstrationen oder an Positionierungen, weil das wirklich wichtig ist, dass wir hier auch sektorenübergreifend für die beste medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten im Land Berlin zusammenarbeiten.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe jetzt drei weitere Nachfragen gesehen: von Herrn Ubbelohde, Herrn Schatz und Frau Gebel. – Dann Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Herr Schreiner, habe ich das richtig verstanden, dass der Übergang von den DRGs im Krankenhaus zu den Hybrid-DRGs bundesweit Einsparungen von 400 Millionen Euro bringen würde, mit anderen Worten also den Krankenhäusern durch diese sektorenübergreifende Versorgung 400 Millionen Euro abhandenkommen? Das kann ich mir kaum vorstellen. Ist das vielleicht auch ein Grund, warum die Bereitschaft zu einer stärkeren Ambulantisierung und sektorenübergreifenden Versorgung relativ moderat, um nicht zu sagen gering ist?

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank, Frau Staatssekretärin, für die Darstellung des Zeitplans! Ich würde einmal versuchen, das für mich zusammenzufassen, und dann können Sie ja sagen, ob ich das richtig verstanden habe oder nicht; das fiel mir ein bisschen schwer, aber das mag an mir liegen.

Sie wollen bis Ende Juli die Gutachten vom Medizinischen Dienst haben, und dann wäre Ihr Ziel, zum 1. Januar 2027 irgendetwas für Berlin hinzubekommen, aber wenn Sie es nicht hinkommen, wird es der 1. Januar 2028. Sie sagten aber vorher, Sie wollten gern, dass das synchron mit Brandenburg in Kraft tritt, aber in Brandenburg tritt es zum 1. Januar 2028 in Kraft. Das wissen wir schon. Wäre es dann nicht okay, zu sagen, in Berlin auch? Dann hätten wir ja vielleicht auch das Erörterungsproblem im Ausschuss geklärt; dann kann nämlich der neue Ausschuss in der neuen Legislaturperiode sich in aller Ruhe vorweg, wie auch die Träger, mit dem Entwurf der Planung beschäftigen. Ich fände das prima. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt habe ich mich noch einmal gemeldet.

Silke Gebel (GRÜNE): Mich würde auch noch einmal der Zeitplan interessieren. Nach meiner Erinnerung ist es ja so, dass das Abgeordnetenhaus sich mindestens mit den Eckpunkten des Krankenhausplans beschäftigen soll, und zwar auch, wenn klar ist, wohin die Reise geht. Vielleicht können Sie auch etwas zu diesen Fachkrankenhäusern und Versorgungszentren, also den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, sagen. Dazu hat Herr Schreiner ja eben eine Einschätzung gegeben, die, sage ich einmal, sehr fundamental war: dass das nicht funktioniert. Vielleicht können Sie ja noch einmal etwas dazu sagen, was Ihr Zielbild ist, wie Sie sich das vorstellen, welche Aufgaben welche Krankenhäuser haben und so weiter, und wenn Sie sagen, Sie wollen das Ziel 1. Januar 2027 erreichen, wie wollen Sie dann eine parlamentarische Befassung über diese Eckpunkte machen? Ich finde es sehr wichtig, dass das alles mit den Trägern und Akteuren aus der Krankenhauslandschaft besprochen wird, aber ich sage einmal, die größte Gruppe im Krankenhaus sind ja die Patientinnen und Patienten. Das sind die Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt, und die sind ja durchaus über das Parlament am stärksten repräsentiert. Deswegen würde mich noch einmal interessieren, was Sie sich da als Fahrplan vorstellen.

Vielleicht können Sie auch noch etwas zu dem Stand bezüglich der Beantragung von Fördergeldern aus dem Transformationsfonds sagen, wie sich das darstellt, gerade auch mit Blick auf die haushälterische Situation. Sie hatten eben auch gesagt, dass das mit den Krankenkassen – – Das bezog sich, glaube ich, auf den Krankenhausplan, aber vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt würde ich noch einmal kurz Herrn Schreiner – es gab ja noch einmal die Nachfrage von Herrn Ubbelohde – und dann zum Abschluss der Senatsverwaltung das Wort geben. – Herr Schreiner!

Marc Schreiner (BKG): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Danke für die Frage, Herr Ubbelohde! – Die Einführung der Hybrid-DRGs ist gesetzlich verpflichtend. Insofern braucht es da gar keine Bereitschaft der Häuser; wir müssen das so machen. Das InEK hat eine ganze Reihe an Prozeduren festgelegt oder herausgefunden, die vormals stationär und jetzt ambulant als

Leistung zu erbringen sind. Weil die unter dem Mantel der Hybrid-DRGs fließende Vergütung deutlich geringer ist, ist das in der Tat einfach nur eine Umbenennung vormals stationär erbrachter Leistungen mit einer damit verbundenen Reduktion des Erlösaufkommens. In dem Gesetz ist auch angelegt, dass die Zahl von bisher 1 Million Fälle sich 2028 und 2030 um 500 000 Fälle auf 2 Millionen Fälle bis 2030 erhöht. Insofern ist das für die Krankenhäuser eine Entwicklung, die wir eigentlich konstruktiv angehen könnten. Aber was braucht es, um einen vormals stationär aufgestellten Prozess schließlich ambulant erbringen zu können? – Es braucht Investitionen in eine Umstellung der Prozesse, die leider nicht geflossen sind. Insofern ist das einfach nur eine reine Budgetkürzung. So weit erst einmal. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar! – Dann Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Herzlichen Dank! – Die Frage von Herrn Schatz – – Ach so, jetzt ist er gar nicht da. – [Elke Breitenbach (LINKE): Ich werde es ihm sagen!] – Gut, Entschuldigung, Sie sagen es ihm. – Natürlich ist das, wie gesagt, ein Wunsch, dass wir möglichst schnell zum großen Fahrplan kommen; das hat nämlich auch etwas damit zu tun, was Herr Schreiner jetzt wirklich sehr gut ausgeführt hat, nämlich dass, je später es wird, die finanzielle und wirtschaftliche Not der Krankenhäuser und auch die Planungsunsicherheit, mit welcher Leistungsgruppe man planen kann, umso größer werden. Das hat natürlich durchaus große, charmante Punkte.

Ich sage es einmal so, das inhaltliche Zielbild kann nicht heißen: Wir machen jetzt 35 Prozent mehr Herzinfarkte, 35 Prozent mehr von diesem und jenem, Leistungsgruppe XY. – Sondern die Frage wird sein, wie genau hier welche Leistungsgruppe gut ausgeführt werden kann. Es kann natürlich auch sein – ich hatte das schon ausgeführt –, dass Träger auch Leistungsgruppen beantragt haben, die nach jetzigem Stand beziehungsweise nach dem Stand des Krankenhausplanes, der jetzt gerade in Funktion ist, an bestimmten Orten überhaupt nicht ausgeführt waren, und gleichzeitig Träger gesagt haben, sie seien in sich gegangen und hätten für sich eine Umplanung wahrgenommen, wenn auch keine allzu große. Dementsprechend haben wir natürlich ein großes Interesse daran, dass nicht nur die Planungsbehörde diesen großen Fahrplan hat, sondern dass auch die Träger eine Orientierung haben, selbst wenn die reine Festsetzung sich nach hinten schieben würde.

Nach § 6 Absatz 1 LKG wird diesem Ausschuss, „dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss“, die Möglichkeit oder – hier steht es richtig – „Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben“. Das soll auch so sein, aber es ist nicht so, dass Sie als Ausschuss die Möglichkeit haben, zu sagen: Okay, Ort XY bekommt noch zwei andere Leistungsgruppen, die sie entweder beantragt und nicht bekommen haben, oder die sie jetzt einfach neu haben wollen, weil sie alle einmal einen Linksherzkatheter besuchen wollen. – Das wird nicht passieren, sondern es geht darum, Stellung zu nehmen. Im Übrigen nehmen auch wir jetzt schon die Besprechungen, die hier im Ausschuss getätigt werden, aber auch Schriftliche Anfragen und andere Stellungnahmen sehr wohl zur Kenntnis und lassen sie auch in unseren Abwägungsprozess einfließen. Das gehört sich nicht nur so, sondern das ist auch schon in Vorwegnahme, wie auch hier schon bestimmte Fragen im Vorfeld erahnt werden können, um diese Fragen dann auch im Stellungnahmeverfahren zu beantworten, und nicht nur dort, sondern auch schon hier.

Zu dem Transformationsfonds will ich nur sagen, das haben wir auch damals in den Haushaltslesungen ausgeführt: Wir hatten eine sehr hohe Anzahl von Anträgen, die eingegangen

sind, und aufgrund der Tatsache, dass wir jetzt noch keine Festschreibung der Krankenhausplanung über diese bewilligten Anträge geben, haben wir – und wir mussten sie ja in sehr kurzer Zeit an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückmelden; das haben wir auch bis zum 31. Dezember 2025 gemacht – einfach alle zurückgemeldet, um auf der sicheren Seite zu sein, um noch keine Vorfestlegung zu machen und gleichzeitig aber genügend Raum zu haben, damit der Transformationsfonds dann bestimmte Maßnahmen flankieren kann, beispielsweise Digitalisierung und andere. Diese sind im Regelfall etwas schneller herstellbar als der Bau eines ganzen Anbaus oder Neubaus. Dementsprechend sind auch jetzt schon die Prüfaufträge, wie man den Transformationsfonds umsetzen kann, mit den Tranchen, die hier auch zur Kenntnis gegeben worden sind – nicht nur im Ausschuss, sondern auch im Hauptausschuss –, in Arbeit, sodass wir dann zumindest hier in den Bereichen diesen Transformationsfonds nutzen beziehungsweise über das Sondervermögen des Bundes sicherlich die eine oder andere Grundlage legen können, damit wir dann auch in eine zügige Umsetzung kommen. Denn das ist es, glaube ich, was jetzt alle Akteure brauchen: einen Plan und die zügige Umsetzungsmöglichkeit, damit wir die Herausforderungen, die ja nicht erst seit gestern bestehen, von denen wir aber zumindest gefühlt mehrfach neue bekommen, entsprechend abbilden.

Vorsitzende Silke Gebel: Alles klar, vielen Dank! – Dann habe ich keine weitere Wortmeldung mehr. Wir vertagen die Besprechungen zu 4 a bis c, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann, und die Besprechungen zu Punkt 4 d bis f, würde ich vorschlagen, werden abgeschlossen. – Dann machen wir das so. – Ich bedanke mich bei Herrn Schreiner für Ihre Zeit und Ihre Expertise! Schön, dass Sie heute da waren! Eine schöne Woche noch!

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD Drucksache 19/3194 Situation des Konzerns und der Beschäftigten bei Vivantes – Integration der Tochterunternehmen	0387 GesPflieg ArbSoz Haupt(f)
---	---

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

- | | |
|---|-----------------------------------|
| a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Fast-Track Cities Initiative: Kampf gegen AIDS in Berlin
(auf Antrag der Fraktion Die Linke) | 0314
GesPflieg |
| b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Gesundheit für alle – Wie Berlin das Ziel 2030 im Rahmen
der Fast-Track-Cities-Initiative erreichen kann
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) | 0359
GesPflieg |

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 8. Dezember 2025

- c) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke
Drucksache 19/2974
AIDS bis 2030 beenden – Berlin braucht einen Aktionsplan zur Bekämpfung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen
- [0372](#)
GesPflieg

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 7 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.