

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

88. Sitzung

Berlin, den 18.06.2008, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden

BT-Drucksache 16/8375

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Krankenhäuser zukunftsfähig machen

BT-Drucksache 16/9008

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser

BT-Drucksache 16/9057

Anwesenheits-/Unterschriftenliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöllner, Wolfgang

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5,29	SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	5,8
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	5	SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG))	6,7,11,12,19
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	6,24	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG))	6,24,26
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7,23,25	SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV))	6,7,8,9,23,24,26
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	8	SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK))	8
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	9,27,28	SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK))	8,14,15,25
Abg. Eike Hovermann (SPD)	9	SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)	9,23
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	12,13,15	SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer (BÄK))	10,26,27
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	13,14,15	SV Alfred Dänzer (Deutscher Städte- u. Gemeindebund e. V. (DStGB))	11
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	16,17,18,19	SV Prof. Dr. Günther Neubauer	12,13,14
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19,20	SV Gerald Oestreich	13,15,27,28
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	21,22	SV Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF))	15
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	22	SV Sebastian Klinke	16
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	25	SV Moritz Naujack	17,18
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	26	SV Klaus-Peter Murawski	18,20
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	27	SVe Ellen Paschke (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V. (ver.di))	18,27
		SVe Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig	19,20
		SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD))	21,22,25
		SV Prof. Dr. Jürgen Wasem	22,28
		SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR))	23,27
		SV Dr. Andreas Köhler (KBV)	23
		SVe Dr. Annette Busley (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS))	25

Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Die Vorsitzende, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich eröffne die 88. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Einziger Tagesordnungspunkt ist die Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen: 1. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden“ auf BT-Drucksache 16/8375, 2. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ auf BT-Drucksache 16/9008 und 3. Antrag der Fraktion der FDP „Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser“ auf BT-Drucksache 16/9057.

Ich begrüße Sie als Sachverständige und Verbandsvertreter ganz herzlich und heiße auch die Vertreter der Bundesregierung, insbesondere die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Marion Caspers-Merk, sowie die Vertreter des Bundesrates willkommen. Ich möchte zunächst für diejenigen, die noch an keiner Anhörung teilgenommen haben, kurz den Ablauf der Sitzung erläutern. Die Fraktionen werden Ihnen Fragen stellen. Auf meine Aufforderung hin haben Sie dann Gelegenheit zu einer möglichst kurzen Antwort. Ich bitte Sie, soweit ich das nicht bereits getan habe, Ihren Namen und die von Ihnen vertretene Institution zu nennen, das Mikrofon zu benutzen und dies am Ende Ihres Wortbeitrages wieder auszuschalten. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Henke. Die aktuelle Ausgabe des „Krankenhaus-Barometers 2007“ des Deutschen Krankenhausinstituts enthält unter anderem eine Aussage, derzufolge fast zwei Drittel der deutschen Krankenhäuser ein positives bzw. ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis im Jahre 2006 erzielt haben, und mehr als 60 Prozent auch für das Jahr 2007 ein solches erwarten. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland, und welche Unterschiede können Sie dabei zwischen den unterschiedlichen Krankenhausbetreibern feststellen?

Meine zweite Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Es reicht mir auch eine Antwort, wenn beide Verbände mit dem Inhalt übereinstimmen. Es wird häufig

geschildert, dass es Probleme gibt, eine flächendeckende Versorgung durch die Krankenhäuser aufrecht zu erhalten. Es gibt eine Regelung im § 17b KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, die die Möglichkeit eröffnet, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren, um die Versorgung, insbesondere dort, wo sie nicht kostendeckend finanzierbar ist, zu gewährleisten. Mich würde interessieren, wie häufig von dieser Möglichkeit bisher Gebrauch gemacht worden ist, und – falls bisher noch keine entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind – weshalb dies aus Ihrer Sicht nicht geschehen ist?

SV **Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke**: Ich weiß, dass die Zeit knapp ist und ich daher auch nur zwei oder drei Schlaglichter setzen kann. Sie kennen sicher alle dieses Barometer, dessen Zahlenangaben zuverlässig sind. Ich sehe diese Angaben im Zusammenhang mit dem RWI-Gutachten, in dem ebenfalls Zahlen zur Finanzlage genannt werden, die von vielen der anwesenden Sachverständigen zitiert worden sind. Die Situation wird hier zwar korrekt wiedergegeben, sie stellt sich aber weniger positiv dar, wenn man auch das Jahr 2008 einbezieht. Denn im Jahre 2008 befinden sich 40 Prozent der Krankenhäuser in finanziellen Nöten. Dies zeigt, dass das Aquisitionspotenzial des Marktes generell an Bedeutung gewonnen hat. Dies berührt auch die Frage nach den Trägerstrukturen, die sich im Zeitablauf zu Gunsten der Freigemeinnützigen und der Privaten verschoben haben. Das steigende Aquisitionspotenzial deutet auch auf das zunehmende Interesse der kommunalen Häuser hin, eben doch in den Markt einzutreten.

Das zweite Schlaglicht, das ich setzen möchte, bezieht sich noch einmal auf die Ausgangslage. Wir können, auch im OECD-Vergleich, feststellen, dass in Bezug auf die Bettendichte Überkapazitäten vorhanden sind. Wir haben mit Ausnahme von Südkorea und Japan die höchste Bettendichte unter den OECD-Ländern. Auch im Vergleich mit ähnlichen Industrieländern liegen wir mit 6,4 Betten auf 1.000 Einwohner weit über dem Durchschnitt; häufig ist die Bettendichte sogar doppelt so hoch. Dies ist möglicherweise mit Entwicklungen in der Vergangenheit zu erklären. Damit bin ich bei meinem dritten Schlaglicht, nämlich bei der Krankenhausbedarfsplanung, nach der eventuell später noch einmal gesondert gefragt wird. Sie ist dringend reformbedürftig.

Denn durch die Krankenhausbedarfsplanung, wie sie in den sogenannten goldenen achtziger und beginnenden neunziger Jahren praktiziert wurde, sind die Überkapazitäten entstanden, die es jetzt abzubauen gilt. Damit bin ich beim letzten Punkt meiner kurzen Stellungnahme, nämlich bei der Wirtschaftslage, nach der hier auch gefragt worden ist. Ich denke, hier geht es nicht nur um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, sondern auch um die Wirtschaftslage Deutschlands insgesamt. Denn diese hat sich in den vergangenen 20 bis 30 Jahren grundlegend verändert. Dies ist der Grund dafür, dass wir die Überkapazitäten, die wir uns früher einmal leisten konnten, jetzt abbauen müssen. Das kann meines Erachtens nur durch mehr Wettbewerb erfolgen. Damit gebe ich sozusagen auch schon die Antwort auf weitere Fragen, die noch kommen werden.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich möchte mich zu der Frage der geringen Inanspruchnahme der Sicherstellungszuschläge äußern. Uns ist bekannt, dass in zwei Fällen darüber verhandelt worden ist. Wir haben aber leider nicht mitgeteilt bekommen, ob es auch zu einem Abschluss gekommen ist. Insgesamt sind sehr wenige Anträge gestellt worden, weil die Krankenkassen bereits im Vorfeld eine ganz außerordentlich rigide Haltung zu dem Sicherstellungszuschlag eingenommen haben. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „Einöd-Krankenhauses“ geprägt worden. Damit ist gemeint, dass die Krankenkassen die Lage eher unter dem regionalen und weniger unter dem Versorgungsgesichtspunkt betrachten. Deshalb fehlte den Krankenhäusern auch der Mut, sich hier auf den langen Weg der gerichtlichen Auseinandersetzung zu begeben. Nach meiner Wahrnehmung enthält der § 17b außerdem Regelungen, in denen verschiedene unbestimmte Rechtsbegriffe enthalten sind, die nicht unmittelbar anwendbar sind, wie etwa „geringer Versorgungsbedarf“ oder „nicht kostendeckend finanzierbar“. Hier stellt sich die Frage, ob damit das gesamte Haus gemeint ist oder nur einzelne Teile bzw. nur Schwerpunkte in Abteilungen etc. Wenn man wirklich ernsthaft ins Auge fasst, auch weiterhin mit solchen Sicherstellungszuschlägen zu arbeiten und diese in Gang zu bringen, dann müsste dieser Paragraph wesentlich klarer formuliert werden. Das wäre unser Anliegen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich möchte dazu noch

eines ergänzen. Ein voll ausgelastetes Krankenhaus würde niemals einen Sicherstellungszuschlag erhalten, selbst wenn es sich in der Unterdeckung befindet. Der Auslöser für den Zuschlag ist eine Unterauslastung; daher ist der Sicherstellungszuschlag kein Instrument, das eine Antwort auf die Unterfinanzierungsprobleme der Krankenhäuser geben kann.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Der Sicherstellungszuschlag soll greifen, wenn der Sicherstellungsauftrag der Länder versagt hat. Wenn man sich die Begründung zu der Gesetzespassage anschaut, dann erfährt man, dass dieser Sicherstellungszuschlag für die Krankenhäuser in den ländlichen Gebieten gedacht war. Denn dort besitzen die Häuser in der Regel eine geringere Versorgungsstufe. Von der Einführung des DRG-Systems haben gerade diese Krankenhäuser profitiert. Insofern herrschte die wirtschaftliche Not weniger in den ländlichen, als vielmehr in den urbanen Gebieten, in denen es Wettbewerb, gleichzeitig aber auch Überversorgung gab. Dadurch erklärt sich, dass wir nur in einigen speziellen Gebieten – das heißt in Bayern und Schleswig-Holstein – diese Sicherstellungszuschläge vereinbart haben.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bislang sollten die gedeckelten Budgets Anreize zum wirtschaftlichen Umgang mit den Versichertengeldern geben. Auch der Übergang zu dem DRG-System sollte dazu beitragen, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Sieht die DKG noch Möglichkeiten, die aktuellen Kostensteigerungen aufzufangen, ohne dass der ordnungspolitische Rahmen durch Gesetz geändert wird? Wo bestehen aus Sicht der DKG noch Reserven?

Meine zweite Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Mit welchen Ausgabenzuwächsen rechnen die gesetzlichen Krankenkassen für den Krankenhausbereich im laufenden Jahr und – wenn alles so bleibt – vielleicht auch für das nächste Jahr auf Grundlage des geltenden Rechts? Besonders interessiert mich, wieso die Ausgabensteigerungen bei den Krankenhäusern regelmäßig über der Grundlohnrate gelegen haben?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die wirtschaftlichen Reserven, von denen jetzt schon seit 1993 regelmäßig die Rede ist, sind – nach so langer Deckelungszeit der Budgets der Krankenhäuser – mittlerweile endgültig erschöpft. Das heißt nicht, dass nicht – wie bei einem ganz normalen Unternehmen auch – durch Effizienzfortschritte noch die eine oder andere Verbesserung erreicht werden könnte, aber die Spielräume werden dadurch auf keinen Fall so groß werden, dass sie den Niveausprung, den wir derzeit durch die neuen Tarifverträge und im Übrigen auch durch die Sachkostensteigerungen erleben, kompensieren könnten. Ich erinnere daran, dass schon seit 2003/2004 im Rahmen des DRG-Systems solche Reserven regelmäßig abgeschöpft werden. Es gibt im § 10 des Entgeltgesetzes hierzu eine Vorschrift, derzufolge bei den Verhandlungen über die Landesbasisfallwerte Rationalisierungsreserven mit berücksichtigt und in Ansatz gebracht werden müssen. Man kann jetzt nicht noch zusätzlich mit einer sozusagen ewigen Effizienzreserve argumentieren und damit den Handlungsbedarf, der durch die Tarifverträge und die Sachkostensteigerungen entstanden ist, kleinzureden versuchen. Von daher lautet meine Antwort eindeutig, dass wir keine Spielräume mehr haben, um diese Entwicklungen zu kompensieren.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Zunächst zu der Schätzung der Ausgaben im Krankenhausbereich. Wir gehen für das Jahr 2008 von einer Steigerungsrate von 3,5 Prozent und für 2009 von 5,4 Prozent aus. Die Ausgaben der Krankenkassen für den Krankenhaussektor haben in den letzten Jahren deshalb kontinuierlich über der Grundlohnsumme gelegen, weil es keine stringente Grundlohnanbindung an die Rate nach § 71 SGB V gegeben hat. Vielmehr hatten wir es mit Ausnahmetatbeständen zu tun, und wir mussten in den letzten Jahren eine Öffnung bei Fallzahlsteigerungen erleben und auch finanzieren. Rationalisierungsinvestitionen hat es in der Vergangenheit gegeben, und diese sind auch von den Krankenhäusern ausgeschöpft worden. Das bedeutet: Rationalisierungsreserven waren da und sind auch immer noch da. Wir haben meines Erachtens im Krankenhausbereich kein Betriebskosten-, sondern ein Gesamtkostenproblem. Ich möchte kurz erläutern, warum das so ist. Wenn man sich die Krankenhausaussgaben seit 1972 anschaut, dann sieht man, dass

sich die Ausgaben ähnlich entwickelt haben wie das Bruttoinlandsprodukt. Insofern kann man eigentlich sagen, dass die Krankenkassen bei den Betriebsausgaben ihre Pflicht und Schuldigkeit getan haben. Wenn man sich aber die Förderquote seit Einführung der dualen Finanzierung anschaut, die von einem Anteil an den Gesamtkosten in Höhe von 20 Prozent auf unter 5 Prozent zurückgegangen sind, dann sieht man, wie die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven vor sich gegangen ist. Die Kliniken verwenden diese Gelder, um den Investitionsstau aufzulösen. Wenn bei einem von der DKG geschätzten Investitionsstau in Höhe von 50 Mrd. Euro tatsächlich keine Investitionen vorgenommen worden wären, dann hätten wir jetzt baufällige Ruinen. Das ist aber nicht der Fall. Die Krankenhäuser sind von der Bausubstanz her in keinem schlechten Zustand, wenn man dies im internationalen Vergleich sieht. Die Finanzmittel sind letztlich aus Einsparungen bei den Betriebskosten bzw. durch eine schleichende Monistik entstanden. Das bedeutet, die Krankenhäuser haben ihre Investitionskosten einfach über die Betriebsausgaben finanziert. Deshalb handelt es sich hier nicht um ein Betriebs-, sondern um ein Gesamtkostenproblem. Im Rahmen der dualen Finanzierung resultiert dieses Problem ausschließlich aus der fehlenden Förderbereitschaft der Länder. Wenn man dieses Problem seinerzeit gelöst hätte, würden wir heute nicht über die Finanznot sprechen. Denn in der Tat ist es so, dass dieser Tarifabschluss in den Krankenhäusern unterschiedlich wirkt, weil es tarifgebundene und nicht tarifgebundene Krankenhäuser gibt. Die tarifgebundenen Krankenhäuser haben jetzt nicht mehr die Möglichkeit, diesen Tarifabschluss zu kompensieren, weil sie die Mittel, die ihnen aufgrund von Einsparungen zur Verfügung stehen, einfach für die Investitionsfinanzierung benötigen. Das ist im Grunde das Problem.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Henke zur Anbindung der gerade schon diskutierten Steigerungsraten im Krankenhausbereich an die Grundlohnsumme. Wie bewerten Sie diese Systematik? Ist auch für die Zukunft eine Budgetanbindung notwendig und wie könnte man sie gegebenenfalls anders ausgestalten? Zusätzlich richte ich eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wie beurteilen Sie den Vorschlag, der zum Teil auch in den Stellungnahmen enthalten ist, eine andere Methodik als die Grundlohnsummenanbindung zu wählen?

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: Ich denke, eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ist für das Gesundheitswesen insgesamt kontraproduktiv. Das sehen wir schon bei dem trügerischen Ziel der Beitragssatzstabilität. Wenn die Konjunktur gut und die Wachstumsrate hoch ist, dann haben wir viel Geld für das Gesundheitssystem zur Verfügung. Dagegen haben wir in Situationen, in denen wir mehr Geld bräuchten, nicht genügend Mittel. Diese Aussage kann man auf die Grundlohnsumme übertragen, weil diese natürlich auch Schwankungen unterliegt und daher als Bezugsgröße dafür, was an Ausgaben benötigt wird, ungeeignet ist. Hier besteht also ein dringender Reformbedarf.

Sie fragten auch nach Möglichkeiten, wie man dies verändern könnte. Mein konkreter Vorschlag wäre ein Warenkorbkonzept. Denn damit hätte man ein Maß, um von der Seite der Ausgaben, der Leistungen bzw. des Bedarfs her objektiv festzustellen, auf welcher Grundlage die Ausgaben im stationären Bereich gestaltet werden sollen. Darüber hinaus würde ich ein solches Warenkorbkonzept in die Verantwortung eines neutralen Gremiums geben, und dies kann eigentlich nur das Statistische Bundesamt sein. Wenn das Amt auch für andere Bereiche Warenkörbe ermittelt, dann sehe ich keinen Grund, weshalb es dies nicht auch für das Gesundheitswesen können sollte. Mit der Warenkorbmethode wäre man weg von der Einnahmeorientierung und hätte ein Gremium, das sozusagen neutral vorgeben würde, wie die Entwicklung der Einnahmensituation auf längere Sicht hin aussieht. Mein Votum ist also ganz klar: Abschaffung der Orientierung an der Grundlohnsumme und stattdessen Zugrundelegung der Leistungs- bzw. der Bedarfsseite. Ich füge noch hinzu, dass dies auch ein übergreifendes Konzept für das Gesundheitswesen insgesamt sein könnte.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Wenn man einen neuen Indikator einführen möchte, dann sollte man sich darüber im Klaren sein, dass dieser nach kurzer Zeit ähnliche Schwächen aufweisen wird wie der derzeit angewandte Indikator. Letztendlich geht es doch um die Frage, ob man mehr Geld in das System fließen lassen möchte oder nicht. Zudem muss man entscheiden, ob die zusätzlichen Gelder aus Steuer- oder aus Beitragsmitteln kommen sollen. Wenn sie aus Beitragsmitteln kommen sollen, dann wäre uns als Krankenkassen daran gelegen, dass dieser Indikator bei

der Berechnung des Fonds und des allgemeinen Beitragssatzes ab 2009 berücksichtigt wird. Denn sonst wird dieser neue Indikator ausschließlich über den Zusatzbeitrag finanziert.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich möchte, ausgehend von der Aussage von Herrn Prof. Henke, an den Verband der Leitenden Krankenhausärzte und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken folgende Nachfrage richten: Wie bewerten Sie den Vorschlag zur Einführung eines Krankenhauswarenkorb, wer sollte aus Ihrer Sicht dessen Inhalte definieren und welchen zeitlichen Vorlauf würden Sie veranschlagen, wenn es zu einer solchen Umstellung käme?

SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK)): Aus unserer Sicht ist die Einführung eines Krankenhauswarenkorb eindeutig zu befürworten. Wir treten entschieden dafür ein, dass den Krankenhäusern ein Ausgleich für die Kostensteigerungen gewährt wird, die sie selbst nicht zu verantworten haben. Wir müssen uns dabei vor Augen halten, dass die Personalkosten in den Krankenhäusern etwa 60 Prozent und die Sachkosten 40 Prozent – und hiervon allein die Kosten des medizinischen Bedarfs etwa die Hälfte – ausmachen. Die Steigerung der Energiekosten, die Anhebung der Mehrwertsteuer und die Tarifsteigerungen sind alles Dinge, die den Krankenhäusern in irgendeiner sachgerechten Form ausgeglichen werden müssen. Deshalb sagen wir ja zum Warenkorb oder zum Preisindex. Wir sind auch der Ansicht, dass das Statistische Bundesamt die geeignete Institution ist, um den Warenkorb zu berechnen. Als Alternative käme auch noch das DKI in Betracht, aber meiner Ansicht nach wäre das Statistische Bundesamt dafür besser geeignet, zumal es über entsprechende Erfahrungen in anderen Bereichen verfügt.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Prof. Henke hat es auf den Punkt gebracht. In Bezug auf das gesamte Gesundheitswesen muss die Einnahmenorientierung für die Kosten wegfallen. Wir benötigen tatsächlich einen Kostenindex, in den die Kostenentwicklung bei Personal, Energie, Lebensmitteln und Mehrwertsteuer Eingang finden muss. Denn all das sind exogene Faktoren, auf die die Krankenhäuser

keinen Einfluss haben. Einen längeren Vorlauf für eine solche Umstellung halten wir nicht für erforderlich. Man muss sie nur wollen und auch umsetzen. Dann wäre auch die Frage, wer den Warenkorb berechnet, letztlich unbedeutend. Die Berechnung muss nur fair und sachgerecht erfolgen. Das ist die entscheidende Frage.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe an Herrn Dr. Heimig eine Frage zu den Fallpauschalen. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE wird dazu etwas ausgeführt. Ich zitiere: „Durch die zunehmende Schwere der Krankenfälle steigen die Kosten pro Behandlungsfall, ohne dass dafür die Entgelte entsprechend steigen.“ Teilen Sie diese Auffassung oder ist es nicht vielmehr so, dass die komplexeren, schwereren Fälle durch die jährliche Anpassung auch eine höhere Vergütung auslösen, während standardisierbare Krankenhausfälle mit leichteren Erkrankungen niedrigere Vergütungen nach sich ziehen?

SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Das Ziel der Weiterentwicklung der DRGs in den letzten Jahren hat im Wesentlichen darin bestanden, zwischen den von Ihnen zitierten hoch aufwändigen Fällen und den hinsichtlich der Behandlung im Krankenhaus weniger aufwändigen Fällen zu differenzieren. Ich glaube, dass es grundsätzlich gelungen ist, die DRGs dahingehend weiterzuentwickeln, dass nun die aufwändigen Fälle mit den zunehmenden Kosten tendenziell besser vergütet werden. Da die Aufgabe des InEK darin besteht, zwischen den bestehenden Kosten und Relativgewichten zu verteilen, ist es auch nur dafür verantwortlich, dass es beim Teilen des Kuchens gerecht zugeht. Wir haben aber keinen Einfluss darauf, ob die Gesamtentgelte ausreichend sind. Dies kann ich auch nicht beurteilen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ich richte meine Frage an den VdAK, den Marburger Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Deutschen Städte- und Gemeindebund. Ich möchte zunächst darauf hinweisen, dass mir hier in der Diskussion und auch in den Anträgen eine sprachliche Ungenauigkeit aufgefallen ist, die darin besteht, dass man vielfach von *den* Krankenhäusern spricht. Ich möchte daher darum bitten, dass Sie bei der Beantwortung meiner Frage, wie Sie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser einschätzen, auch die

unterschiedlichen Trägerschaften und die Tatsache berücksichtigen, dass nicht alle Krankenhäuser rote Zahlen schreiben. Denn es gibt durchaus Krankenhäuser, die schwarze Zahlen schreiben. Daher muss es möglicherweise in manchen Häusern doch noch Effizienzreserven geben. Hier wäre meine Frage, ob die wirtschaftliche Situation auch davon abhängt, ob sich ein Haus in kommunaler oder kirchlicher Trägerschaft befindet. Des Weiteren würde mich interessieren, ob wir überhaupt so viele Krankenhäuser brauchen. Wäre eine Zahl von 400 Krankenhäusern, wie sie zum Beispiel vom RWI oder von anderen genannt wird, nicht genug? Wäre es nicht auch aus Ihrer Sicht denkbar, dass die Versorgung im stationären Bereich auch mit 1.800 Krankenhäusern sicherzustellen ist? Vom Deutschen Städte- und Gemeindebund hätte ich hierzu gern eine Antwort, die auch den Aspekt Ballungszentren versus ländlicher Raum berücksichtigt.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Sicherlich ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser differenziert zu betrachten. Die kommunalen Häuser werden Umsatzrenditen von 6 Prozent, wie sie die meisten privaten Krankenhäuser aufzuweisen haben, sicherlich nicht erreichen können. Ein Grund besteht darin, dass diese Häuser an den TVÖD gebunden sind und keine Haustarifverträge haben. Die Situation der freigemeinnützigen Krankenhäuser dürfte nach meinem Kenntnisstand irgendwo in der Mitte zwischen den kommunalen bzw. öffentlichen und den privaten Häusern liegen. Wir müssen zwischen den Häusern, die in einem urbanen und denen, die in einem ländlichen Gebiet liegen, unterscheiden. Der Wettbewerb ist, wie ich eingangs schon erwähnte, in den städtischen Gebieten größer. Wir haben in den letzten Jahren, bedingt durch die Einführung der DRGs, einen Konzentrationsprozess erlebt. Verschiedene Krankenhäuser haben fusioniert. Ich glaube aber, dass dabei nicht Kapazitäten abgebaut, sondern nur zusammengelegt worden sind. Insofern darf man den wirtschaftlichen Gewinn eines solchen Konzentrationsprozesses nicht überbewerten. Wir benötigen natürlich auch eine Versorgung mit stationären Einheiten in den ländlichen Gebieten, wenn auch sicherlich nicht in jeder Versorgungsstufe. Ein Abbau von Kapazitäten wird in den ländlichen Gebieten dazu führen, dass diese, wenn erst einmal Krankenhäuser vom Markt verschwunden sind, später wieder aufgebaut werden müssen. Und die Beseiti-

gung von Unterversorgung auf dem Land wird wahrscheinlich mehr zusätzliche Ausgaben bewirken als die Beseitigung von Überversorgung in den städtischen Gebieten. Man sollte also bei dieser Kapazitätsdebatte nicht in die falsche Richtung marschieren. Denn man muss berücksichtigen, dass wir vom Selbstkostendeckungsprinzip zu einem Preissystem übergegangen sind. Wenn ich künftig mehr Wettbewerb wünsche, dann kann ich nicht in einem Umfeld von Unterversorgung Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, um so zu einer Reduzierung der Ausgaben zu kommen. Deshalb sollte man diese Diskussion über den Abbau von Kapazitäten und eine Verringerung der Zahl der Krankenhäuser allmählich beenden. Das ist nicht mehr zeitgemäß; das war im Zeitalter des Selbstkostendeckungsprinzips, das bis 2003 galt, sicherlich angemessen, aber heute nicht mehr.

SV Rudolf Henke (Marburger Bund): Ich beantworte zuerst die Frage nach der Kapazität. Es wird immer davon gesprochen, dass 25 Prozent der Betten im Durchschnitt der Belegung leer stehen, also nicht genutzt werden. Aus der Belegung von rund 75 Prozent wird dann umgekehrt der Schluss gezogen, man könne ohne weiteres auf ein Viertel der Bettenkapazität verzichten. Die Bettenzahl ist aber wirklich nicht unsere Hauptsorge. Für den Marburger Bund ist entscheidend, dass den Patienten die Leistungen zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden und nicht die Frage, in wie vielen Betten die Patienten versorgt werden. Auf eines möchte ich aber aufmerksam machen: Die Einführung des DRG-Systems und die Unterfinanzierung, die seit der Einführung der gedeckelten Budgets im Jahre 1993 entstanden ist, haben natürlich einen sehr starken Anreiz ausgelöst, die Verweildauer zu verkürzen, um auch die Kontaktzeit des Produktionsfaktors Mensch zum Patienten zu minimieren. Das ist eine der Wirtschaftlichkeitsreserven gewesen, auf die man zurückgegriffen hat. Als Folge davon ist die durchschnittliche Verweildauer stark gesunken. Zudem haben wir nun insbesondere an den Tagen, die bei den Patienten für elektive Eingriffe unpopulär sind – nämlich Samstag und Sonntag – eine reduzierte Belegungsquote. Ich finde es jedoch falsch, wenn man nun die Tatsache, dass etwa 25 Prozent der Betten im Durchschnitt nicht belegt sind, zum Anlass nähme zu behaupten, dass man auf diese 25 Prozent verzichten könnte. Hier möchte ich deutlich widersprechen. Es ist vielmehr entscheidend, ob die Kapazitäten in der Zeit des Vollbetriebs von Montag bis Freitag

ausgelastet sind oder nicht. Ich warne davor, jetzt einfach die 25 Prozent der Bettenkapazität einzusparen, weil dies unweigerlich zu Wartelisten führen würde. Die Patienten begeben sich eben lieber von Montag bis Donnerstag oder von Dienstag bis Freitag zu elektiven Eingriffen von kurzer Dauer ins Krankenhaus. Soviel zur Frage nach den Quantitäten.

Bei der zweiten Frage, nämlich der nach den Refinanzierungskosten des Produktionsfaktors Personal, spielt natürlich die Höhe der Entlohnung die entscheidende Rolle. Dazu muss man sagen, dass die Tarifbedingungen für die Krankenhäuser derzeit sehr unterschiedlich sind. Wir haben jetzt für die kommunalen Träger eine Tarifentwicklung vorgezeichnet. Und ich glaube, Ähnliches gilt für die Kollegen von ver.di. Eine derartige Regelung gibt es jedoch für den Bereich der kirchlichen Träger bis heute nicht. Vielmehr ist dort seit 2004 ein Stillstand in Bezug auf Entscheidungen über die Lohnentwicklung zu verzeichnen. Dies wirkt sich auf die entsprechenden Krankenhäuser jedoch negativ aus, was die Chancen zur Rekrutierung von Personal angeht. Die Folge davon ist, dass sie unter Umständen empfindliche wirtschaftliche Einbußen erleiden, weil sie in dem Leistungsfeld schwächer werden. Nach meinen Informationen, für die ich aber nicht garantieren kann, weil wir in diesem Fall nicht Tarifpartei sind, bereitet man derzeit bei den katholischen Krankenhausträgern eine Entscheidung vor, die dort eine Veränderung auslösen wird. Bis heute gibt es eine entsprechende Veränderung nur im Bereich der Diakonie für die Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland, Westfalen und Lippe.

Nun zu der Frage nach den Trägern. Unser Eindruck ist – knapp zusammengefasst und viel zu pauschal formuliert – folgendermaßen: Die fortgesetzte Deckelung von Budgets über inzwischen länger als 15 Jahre und die Einführung des DRG-Systems haben zu einer Privatisierung der Methoden und der Krankenhausbetriebsprozesse quer über die Trägergruppen hinweg geführt. Unabhängig von der Frage der Trägerschaft hat die Fortdauer der Unterfinanzierung zur Folge gehabt, dass der Vorsprung, den private Träger zu Beginn der Einführung von gedeckelten Budgets einmal hatten, inzwischen weitgehend von den anderen Trägern aufgeholt worden ist und dass die kommunalen und die kirchlichen Träger mittlerweile mit den gleichen Rationalisierungsinstrumenten arbeiten. Der fortgesetzte Wirtschaftlichkeitsdruck führt wiederum dazu, dass sich die Profile der Krankenhäuser, unabhängig von der Trägerschaft, immer mehr angleichen und die Krankenhäuser rein ökonomisch gesteuerten Unter-

nehmen immer ähnlicher werden. Das halten wir als Ärzte für ein Problem, weil wir die medizinische Orientierung der Häuser für wichtiger halten als die ökonomische Orientierung. Auf jeden Fall sind die Unterschiede zwischen den Trägergruppen heute wesentlich kleiner, als sie bei der Einführung der gedeckelten Budgets 1993 waren.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das ist sicherlich kein einfaches Terrain für uns. Es ist schon so, wie Herr Henke gerade dargelegt hat, dass der Rationalisierungsdruck auf allen Trägergruppen gleichermaßen lastet. Das liegt auch daran, dass letztlich für alle Bereiche die in etwa gleiche Lohnhöhe verbindlich ist, wenn sich auch in dem einen oder anderen Fall eine Verzögerung bei der Umsetzung ergibt. Im kirchlichen Bereich hat es strukturelle Änderungen des Lohnfindungsprozesses gegeben, die erst neu einzuüben sind, was seine Zeit braucht. Wir wissen alle, dass wir bzgl. der Lohnhöhe bestimmte Marken nicht unterschreiten dürfen, weil wir sonst die Rekrutierungsprobleme bekommen, von denen schon die Rede war. Es mag auf den ersten Blick so scheinen, als wenn die Trägergruppen mit dieser Situation unterschiedlich gut umgehen könnten, aber auf den zweiten Blick stellt man fest, dass es auch bei den privaten Trägern schwere Belastungen und Lohnverzichte gibt. Genaue Zahlen sind allerdings nicht verfügbar. Ich kann nur sagen, dass wir hier alle gleichermaßen unter einen enormen Druck geraten sind.

Im Hinblick auf die Kapazitätsdebatte bin ich Herrn Wöhrmann, der sie eben eröffnet hat, außerordentlich dankbar, dass er hierzu mit so viel Augenmaß Stellung genommen hat. In meinen Augen ist dies tatsächlich eine Debatte der Vergangenheit, weil schon jetzt nicht mehr nach belegten Betten bezahlt wird, sondern nach den Leistungen, die die Krankenhäuser tatsächlich erbracht haben. Unabhängig davon, in welchem Krankenhaus eine Geburt stattfindet, wird sie, zumindest innerhalb eines Bundeslandes, in Zukunft mit dem gleichen Preis vergütet. Daher glaube ich, dass dieses Thema tatsächlich ein Stück weit an Bedeutung verliert. Natürlich spielt es nach wie vor eine Rolle bei der Finanzierung der Investitionskosten. Ich möchte die Dinge aber auch gern einmal von einer anderen Seite beleuchten. Die Tatsache, dass wir in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen europäischen und außereuropäischen OECD-Ländern eine so gute Versorgungslage haben, die sich unter anderem in

sehr geringen Wartezeiten niederschlägt, ist auch auf die ausreichende Kapazitätsausstattung zurückzuführen. Wir arbeiten eben nicht immer kapazitätsmäßig am Anschlag, sondern haben ausreichende Kapazitäten zur Verfügung, um die Patienten auch in bestimmten angespannten Phasen im Jahr ordentlich versorgen zu können und sie nicht in eine lange Warteschleife, die sich – wie zum Beispiel selbst in den skandinavischen Ländern – gelegentlich über Monate hinziehen kann, verweisen zu müssen. Ich möchte Sie auffordern, auch einmal die Vorteile einer gewissen Überkapazität, die wir heute haben, wahrzunehmen und diese nicht immer nur von der negativen Seite her zu betrachten. Ich glaube, das täte der Debatte insgesamt gut.

SV Alfred Dänzer (Deutscher Städtetag und Deutscher Städte- u. Gemeindebund e. V. (DSt/DStGB)): Ich möchte zunächst auf die zentrale Frage eingehen, ob es Unterschiede zwischen den einzelnen Trägern und Krankenhäusern gibt. Selbstverständlich gibt es Unterschiede zwischen den Trägern, etwa im Vergleich zwischen Non-Profit-Bereich und Profit-Bereich, die ganz unterschiedliche Ausrichtungen haben. Auch bei jedem einzelnen Träger gibt es nicht *das* Krankenhaus, sondern am Ende immer nur gut oder schlecht geführte Krankenhäuser. Zudem gibt es Krankenhäuser, die sich auf bestimmte Leistungen konzentrieren, die eine bestimmte Vernetzung haben oder nicht. Das heißt, die Krankenhauslandschaft ist über sämtliche Trägergruppen hinweg sehr vielfältig. Unterschiede mögen darin bestehen, dass ein Träger etwa in einem Non-Profit-Umfeld einen Versorgungsauftrag hat oder den Zugang zu den Versorgungsleistungen einer Region oder eines Ortes anders beurteilt als ein privater Träger. Aber diese Unterschiede sind nicht grundsätzlicher Natur, sondern wir haben es hier nur mit der einen oder anderen Nuance zu tun. Mit der Frage nach den Effizienzsteigerungen schlägt sich der Krankenhaussektor seit vielen Jahren herum. Man kann die Frage neutral beantworten und sagen: Man kann immer besser werden im Leben. Dem würde ich nicht widersprechen. Nur wäre es verfehlt anzunehmen, dass die Gesamtprobleme dieses Bereichs noch durch Effizienzsteigerungen zu beheben sind. Das halte ich angesichts dessen, dass wir seit Anfang der 90er Jahre mit Deckelungsgeboten umgehen müssen und dass die Kosten in den Krankenhäusern letztlich stärker gestiegen sind als die Erlöse, für ausgeschlossen. Es haben über alle Trägergruppen hinweg Rationalisierungen stattgefunden, die in einem mit über

60 Prozent Personalkosten belasteten Bereich eine sehr starke Arbeitsverdichtung zur Folge hatten. Aus dieser Arbeitsverdichtung resultieren auch die Probleme, über die jetzt im öffentlichen Raum diskutiert wird. Außerdem waren von dieser Rationalisierung einzelne Berufsgruppen stärker betroffen als andere. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die politische Diskussion über die Pflegekräfte, aber auch über die Mindestlöhne für Reinigungskräfte. Die Bereiche der Reinigung sind outgesourct worden. Das muss man einfach klar sagen.

Zu der Frage, wie viele Krankenhäuser notwendig sind, ist zu sagen, dass wir es seit vielen Jahren mit Prüfungen zu tun haben, erst mit Fehlbelegungsprüfungen – das war vor der Einführung der DRGs – und danach mit MDK-Prüfungen. Trotz all dieser Prüfungen – das hat auch Herr Wöhrmann in seinem Statement ausgeführt –, mussten die Krankenkassen zunehmend mehr Fälle finanzieren. Das heißt: Es gibt eine Fallzahlsteigerung, die letztlich dazu führt, dass wir am Ende die Kapazitäten nicht in dem Ausmaß werden abbauen können, wie man sich das vielleicht vorgestellt hat, weil die Alterspyramide ihren Aufbau verändert und ältere Menschen eben öfter krank werden als jüngere. In einigen Verdichtungsräumen mag es in der Tat Überkapazitäten geben, aber dieses Problem wird sich am Ende durch den Qualitätswettbewerb von selbst lösen. Das ist unsere Auffassung, die wir auch intern vertreten. Auf jeden Fall wird man nicht einfach linear – welchen Prozentsatz man auch immer zugrunde legt – die Kapazitäten reduzieren können, um damit in eine bessere Ausgangsposition zu gelangen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Diese Anhörung bezieht sich auf die Anträge der drei Oppositionsfraktionen, die sich unter anderem mit den Belastungen befassen, die die letzte Gesundheitsreform für die Krankenhäuser mit sich gebracht hat. Ich erinnere daran, dass den Krankenhäusern durch die letzte Gesundheitsreform der Großen Koalition ein sogenannter Sanierungsbeitrag auferlegt worden ist, dem zufolge von jeder Rechnung 0,5 Prozent abgezogen werden, obwohl man bereits bei der Verabschiedung der Reform wusste, dass die Mehrwertsteuererhöhung, die neue Arbeitszeitregelung, die Tarifierhöhungen, die DRG-Konvergenzphase, die Energiekostensteigerungen und einige andere Faktoren die Krankenhäuser stark belasten werden. Deswegen möchte ich die DKG, Herrn Dr. Kösters, und auch Herrn Prof. Neubauer fragen, wie sie die-

sen Sanierungsbeitrag im Nachhinein beurteilen. Erstens: Ist er vor dem Hintergrund der Belastungen für die Krankenhäuser gerechtfertigt? Und zweitens: Was sagt es über die Verlässlichkeit der Politik aus, wenn wir erleben, dass den Krankenhäusern durch die Gesundheitsreform von vor zwei Jahren zunächst Geld weggenommen wurde, obwohl man die Belastungen kannte, und nun plötzlich von der Bundesregierung Signale ausgesendet werden, dass man den Krankenhäusern künftig doch wieder zusätzliches Geld zur Verfügung stellen will?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Sie können sich vorstellen, dass mein Urteil hierzu sehr deutlich ausfällt. Der Sanierungsbeitrag war von Anfang an eine Fehlkonstruktion. Er beruhte auf einer völligen Fehleinschätzung der Situation, in der sich die deutschen Krankenhäuser schon im Jahre 2007 befunden haben. Er war von Anfang an völlig unberechtigt. Wir sehen uns in dieser Auffassung auch dadurch bestätigt, dass wir im letzten Jahr bei den deutschen Krankenhäusern eine Ausgaberate von plus 0,56 Prozent hatten. Das zeigt, dass die Politik hier nicht mit Augenmaß gehandelt hat, sondern lediglich das Interesse verfolgte, den Gesundheitsfonds umzusetzen. Dafür benötigte sie eine Sanierung der Krankenkassen. Sie hat sich aber nicht ausreichend darum gekümmert, woher man dieses Geld, ohne Schaden anzurichten, nehmen kann. Die Regelung ist dann nachträglich im parlamentarischen Verfahren ein wenig geglättet worden; das war aber völlig unzureichend. Wir fordern daher heute dieses Geld, das wir in den Jahren seit der Einführung des Sanierungsbeitrages abgeführt haben, wieder zurück. Denn der Sanierungsbeitrag hat zu der schlechten Situation, in der sich die deutschen Krankenhäuser heute befinden, beigetragen. Daher lautet unser Anliegen: Sofortiger Stopp dieses Sanierungsbeitrages und Rückzahlung der Mittel noch in diesem Jahr.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Das Gute an dem Sanierungsbeitrag ist, dass man ihn rasch wieder abschaffen kann. Er ist kurzfristig eingeführt worden, und ebenso schnell kann man ihn auch wieder aufheben. Ich glaube, das wäre eine zweckmäßige Maßnahme. Aber ich denke auch, dass man ein Stück weiterdenken muss. Der Sanierungsbeitrag lag immer zwischen einem halben und einem Prozent. Wenn man ihn jetzt wieder zurücknehmen würde, wäre das ein weiteres Beispiel dafür, dass wir mit dem Krankenhaussektor sehr interventio-

nistisch umgehen und dass wir letztlich kein Konzept für die Krankenhausfinanzierung und -versorgung insgesamt haben. Wahrscheinlich werden wir weiterhin auf ähnliche Weise intervenieren und Geld hin und her schieben, je nach dem, wo gerade etwas in der Kasse fehlt. Ich rege daher an, einmal darüber nachzudenken, wie die Krankenhausfinanzierung generell auf andere Beine gestellt werden kann. Eine solche Neuorientierung oder Neuordnung der Krankenhausfinanzierung steht ja nach der Konvergenzphase ohnehin an. Was die kurzfristige Orientierung anbelangt, kann ich Herrn Kösters nur zustimmen. Der Sanierungsbeitrag hat sich ein Stück weit überholt, weil die Kassen eigentlich saniert sind. Es gibt nicht ohne Grund Klagen der Krankenhäuser gegen diesen Sanierungsbeitrag, weil er für einen Tatbestand eingefordert wird – nämlich den Sanierungsbedarf der Krankenkassen –, der so gar nicht mehr besteht. Ich meine daher, dass wir jetzt eine andere Lage haben. Deswegen noch einmal: Man muss das Ganze in eine längerfristige Strategie einbetten, aber die sehe ich derzeit nicht.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Oestreich, den Vorstandsvorsitzenden der Mühlenkreiskliniken in Minden. Wie sieht die finanzielle Situation Ihrer Krankenhäuser, also in der Praxis vor Ort, aus?

SV Gerald Oestreich: Wir gehören zu einer Trägergruppe, die häufig im Fokus der Öffentlichkeit steht, nämlich zu den kommunalen Trägern, denen oft der Ruf vorausgeht, nicht leistungsfähig zu sein. Ich kann jedoch für die fünf Häuser, die ich vertrete, sagen, dass in den Jahren 2006 und 2007 vier der fünf Häuser noch ein knapp ausgeglichenes Betriebsergebnis erzielt haben. Aber die Entwicklungen, die danach eingesetzt haben, holen uns jetzt massiv ein. Ich sage immer: Alle reden vom Wettbewerb, aber Wettbewerb setzt Marktwirtschaft voraus. Wir erleben Marktwirtschaft jedoch nur auf der Kostenseite. Wir haben Mehrkosten von 1,8 Mio. Euro durch die Mehrwertsteuererhöhung, über eine halbe Mio. Euro durch die gestiegenen Energiekosten und weitere Kosten durch die Tarifsteigerungen. Auf dieser Seite müssen wir sehen, wie wir klar kommen. Auf der anderen Seite haben wir eine „nackte“ Planwirtschaft, nämlich eine Grundlohnsummenanbindung, die sich auf einen anderthalb Jahre zurückliegenden Zeitpunkt bezieht. Kurz gesagt: Die Energiekosten

und die Mehrwertsteuer fallen heute an, die Grundlohnsumme bezieht sich aber auf vorgestern. Unter diesen Bedingungen kann man kein Krankenhaus kaufmännisch führen. In den vergangenen zwei Jahren – dazu werde ich Ihnen noch die Originaldaten liefern – sind wir auf 13,8 Mio. Euro Mehrkosten gekommen, während die Budgeterhöhung und die Einsparungen bei den Sozialabgaben nur eine Entlastung in Höhe von 2,6 Mio. Euro gebracht haben. Es bleibt also eine Differenz von 11,2 Mio. Euro. Nun könnte ich es mir einfach machen – das ist noch gar nicht angesprochen worden – und sagen, dass es ungleiche Voraussetzungen bei der Refinanzierung gibt. Wenn ich die Mühlenkreiskliniken nach Rheinland-Pfalz verlegen würde, hätte ich ein um 17,8 Mio. Euro höheres Budget; das heißt, ich hätte sozusagen über Nacht einen Überschuss. Dahinter verbirgt sich das Problem „Landesbasisfallwert versus Bundesbasisfallwert“. Ich will Ihnen deutlich machen, was es heißt, im Praxisbetrieb 11,2 Mio. Euro einzusparen. Nur um Ihnen eine Vorstellung von den Dimensionen zu vermitteln: 225 Pflegekräfte sind damit nicht mehr refinanziert, das entspricht der Ausstattung von 17 Stationen. Wenn ich diese 17 Stationen nicht betreibe, dann sind davon 22.000 Patienten betroffen. Das heißt: Zwischen Theorie und Praxis klafft eine große Lücke. Ich bin seit 34 Jahren im Krankenhausgeschehen und habe vielfach ein Auf und Ab erlebt. Die Krankenhäuser standen unter dem Zwang zu sanieren, und das haben sie auch getan. Wir haben auch in den Mühlenkreiskliniken einen Zusammenschluss vollzogen. Vor acht Wochen haben wir den neuesten Neubau in der Bundesrepublik in Betrieb genommen. Mit dieser Rationalisierungsinvestition fungieren wir als Maximalversorger mit 864 Betten. Aber irgendwann ist das Ende der Fahnenstange erreicht, und das ist aus meiner Sicht jetzt der Fall.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Es wurde schon einige Male von Effizienzreserven gesprochen. Ich möchte deshalb Prof. Neubauer und den BDPK fragen: Wie beurteilen Sie die aktuelle Finanzsituation der Krankenhäuser unter Berücksichtigung eventuell noch vorhandener Effizienzreserven?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Zunächst muss man feststellen: Effizienzreserven sind eine Fata Morgana; jeder meint sie zu kennen, aber niemand hat sie gesehen, geschweige denn ausgeschöpft. Alle laufen zur Quelle und

wenn man hinkommt, ist da nur Wüste. Effizienzreserven sind nicht so leicht zu fassen, man kann aber fragen, ob Effizienzreserven im Vergleich verschiedener Häuser bestehen. Das würde ich bejahen. Dabei stellt sich die Frage: Wie ist die Versorgungsqualität, die Personalintensität und wie sind die Kosten anzusetzen? Es ist dennoch richtig zu sagen: Wir haben Effizienzreserven im Gesundheitssystem und auch in den Krankenhäusern. Ich fürchte nur, mit den Mitteln, die wir jetzt zur Verfügung haben, werden wir keine Effizienzsteigerung erreichen. Im Augenblick machen wir eine klassische Preis- und Lohnstopp-Politik; das heißt, wir haben die Preise gestoppt, aber nicht die Löhne. Jeder weiß: Wenn man die Preise für Leistungen festsetzt, aber zugleich die Kosten laufen lässt, dann kollabiert das System irgendwann. Die Effizienz sollte vielmehr durch ein flexibles Wettbewerbssystem, aber auch durch flexible Preise gesteigert werden. Das bedeutet, dass der einzelne Anbieter seine Preise unter Wettbewerbsbedingungen frei festlegen können sollte. Wer sich behauptet, der zieht eben den Vorteil aus dem Wettbewerb, und wer es nicht kann, der muss die Konsequenzen ziehen. Ich glaube, die Erfahrung hat gezeigt, dass es nie gelungen ist, Effizienzdefizite durch bürokratische Maßnahmen abzubauen. Wir müssen vielmehr den Mut haben, den Wettbewerb – auch den Preiswettbewerb – dafür einzusetzen. Dafür fehlen im Augenblick aber die geeigneten Rahmenbedingungen.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Vorhin ist schon sehr eindrucksvoll beschrieben worden, dass die finanzielle Situation der Krankenhäuser nicht von der Trägerschaft, sondern davon abhängt, ob ein Krankenhaus gut oder schlecht geführt wird, ob es wirtschaftlich erfolgreich oder nicht erfolgreich ist. Das gilt durchgängig für alle Trägergruppen. Was die finanzielle Situation angeht, stimme ich – zumindest teilweise – mit Prof. Neubauer überein. Es gibt sicher gewisse Möglichkeiten, Rationalisierungsreserven im Krankenhaus noch weiter auszuschöpfen, aber man muss dabei auf die Hauptkostenblöcke achten, und das sind natürlich die Personalkosten, insbesondere in den patientennahen Bereichen. Irgendwann ist aber das Ende der Fahnenstange erreicht, und ich glaube, wir sind nahe an diesem Punkt. Wenn man über Effizienzreserven bei der Behandlung von Patienten generell nachdenkt, dann gelangt man rasch zu der heute vorhandenen sektoralen Trennung. Wenn man diese aufhe-

ben würde, dann würden sich auch Möglichkeiten eröffnen, die Versorgung effizienter und besser zu machen. Aber Sie wissen ja, wie schwierig in unserem System die Zulassung von ambulanten Leistungen im Krankenhaussektor ist.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich möchte an das anknüpfen, was Prof. Neubauer und Herr Bublitz zu der Frage von Herrn Bahr ausgeführt haben: Was könnte man Ihrer Meinung nach kurzfristig tun, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in der gegenwärtigen Situation zu bewahren oder zu fördern?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Es ist sicher kein Geheimnis: Wer Kosten senken will, muss auch in rationellere Abläufe und Strukturen investieren können. Deswegen glaube ich, dass man, wenn man durch einen Wettbewerbsprozess Effizienzreserven mobilisieren möchte, den Krankenhäusern unbedingt auch mehr Autonomie im Bereich der Investitionen geben und die erforderlichen Finanzvolumina zur Verfügung stellen müsste. Wenn Herr Oestreich sagt, er hat ein neues Krankenhaus gebaut, dann hat er auch effizientere Strukturen geschaffen, aber die müssen zunächst einmal finanziert werden. Darin liegt aus meiner Sicht der Hauptgrund, weshalb die privaten Krankenhäuser noch investieren können. Die Privaten haben nämlich noch andere Möglichkeiten zur Finanzierung als die staatliche Förderung, und sie sind auch insgesamt effizienter, weil sie in die Effizienz ohne politische Vorgaben investieren können. Deswegen müssen wir unbedingt in diese Richtung weiterdenken. Wir sind dann bei der Frage: Wie soll die Investitionsförderung weiter vorangebracht werden? In den Krankenhäusern beträgt die Investitionssumme derzeit etwa 3 Prozent vom gesamten Umsatz, während es in der deutschen Industrie etwa 18 Prozent sind. Allein an diesen Zahlen kann man ablesen, dass wir trotz aller gegenteiligen Behauptungen auf dem besten Wege sind, morgen veraltete Krankenhäuser zu haben, weil nicht genügend investiert wird. Veraltete Häuser können aber wiederum nicht effizient sein. Deswegen, so meine ich, muss man hier ansetzen und über neue Strukturen und eine weitergreifende Reform nachdenken. Kurzfristig gäbe es die Möglichkeit – über die wir auch schon einmal diskutiert haben –, die Mehrwertsteuer für verschreibungspflichtige Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent abzusenken, wie es in 23 von 27 EU-Ländern bereits der Fall ist. Dies würde sozusagen von einem

Tag auf den anderen zu einer Verdoppelung der Investitionsmittel führen, die dann in Form eines entsprechenden Mehrwertsteuerausfalls hälftig vom Bund und von den Ländern bezahlt würden. Das wäre eine Maßnahme, die relativ schnell greifen würde und die auch fairer wäre, als wenn der Bund den Ländern vorschreiben würde, mehr Mittel einzusetzen. Aber dazu bedarf es politischen Mutes.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Langfristig ist es sicherlich notwendig, einen funktionierenden und fair ausgestalteten Rahmen für den Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenhäusern einerseits und zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen andererseits zu schaffen. Dafür bedarf es aber nicht der kurzfristigen Implementierung eines unkontrollierten Preiswettbewerbs. Vielmehr müsste man zunächst das Augenmerk auf die wesentliche Frage richten, wie eine vernünftige Wettbewerbsbeziehung zwischen den Krankenhäusern und zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aussehen sollte. Das halten wir für sehr wichtig. Auch die sozusagen staatsnahen Investitionskostenprogramme sind enorm problematisch. Denn man kann ein Unternehmen nicht mit einer mangelverwaltenden Investitionskostenfinanzierung führen und darauf warten, dass irgendwann eine Behörde sagt: „Ihr bekommt das Geld.“ oder „Ihr bekommt es nicht.“ oder „Ihr bekommt es nicht dafür, sondern für etwas anderes.“ Das kann man, so glaube ich, von funktionierenden Unternehmen nicht verlangen. Kurzfristig müssen sicherlich die vom Gesetzgeber verursachten Probleme beseitigt, also der Sanierungsbeitrag, die Anschubfinanzierung für die Investitionskostenfinanzierung und die nicht mit der Kostenentwicklung mithaltende Bindung an die Grundlohnsumme aufgehoben werden, denn diese Maßnahmen passen im Grunde nicht in diesen Bereich und weisen auch keinen Zusammenhang von Ursache und Wirkung auf. Deshalb richte ich den dringenden Appell an den Gesetzgeber: Machen Sie die Lage nicht noch schlimmer mit permanenten sachfremden Eingriffen, die an der problematischen Situation der Krankenhäuser im Grunde nichts ändern.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch eine Frage an Herrn Oestreich. Sie haben soeben geschildert, wie sich die geltenden Regelungen auf Ihre fünf Krankenhäuser in der Praxis auswirken. Was würde es für diese Krankenhäuser bedeuten, wenn die kurzfristig

wirksamen Maßnahmen, die Prof. Neubauer oder Herr Bublitz vorgeschlagen haben, umgesetzt würden? Würde dies einen ausreichenden Ausgleich schaffen?

SV Gerald Oestreich: Es sind zwei Themen angesprochen worden. Das eine betrifft den investiven Bereich. Hierzu ist zu sagen, dass die Krankenhäuser in der Tat langsam in die Monistik abdriften. Auch unser Neubau in Minden ist weitgehend mit Eigenmitteln finanziert worden, weil die Länderfinanzierung nur minimal war. Dies war die einzige Möglichkeit, den Bau zu finanzieren. Damit geschieht aber genau das, was vorhin geschildert worden ist, dass nämlich aus dem Betriebsbereich in den investiven Bereich quersubventioniert wird. Wenn der investive Bereich besser ausgestattet würde – was man in Nordrhein-Westfalen zurzeit mit den Baupauschalen, die mit der Casemix-Entwicklung gekoppelt werden, versucht –, dann würde dies für die Krankenhäuser eine deutliche Entlastung beinhalten. Ich bin der festen Überzeugung – und das zeigt auch unser Projekt –, dass die Krankenhäuser gerade in den alten Bundesländern die Zukunft nur dann werden meistern können, wenn sie in der Lage sind zu investieren. Wir haben aber zurzeit aus meiner Sicht keine „Waffengleichheit“ zwischen den neuen und den alten Bundesländern, weil es sehr unterschiedliche Förderquoten der einzelnen Länder bei der Investitionsfinanzierung gibt. Das zweite Thema betrifft die Betriebskosten. Dazu muss ich sagen: Angesichts der massiven Tarifsteigerungen aus dem TVöD und dem Tarifvertrag der Ärzte wird man ohne eine entsprechende Aufstockung nicht auskommen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich richte meine Frage an Prof. Gaebel von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme auf zwei Problembereiche hin. Erstens: Nach ihrer Darstellung hat der wachsende ökonomische Druck zur Folge, dass die klinische Forschung und die Weiterbildung leiden werden. Zweitens: Sie konstatieren, dass die Probleme der Psychiatrie und Psychotherapie bezüglich der Psychiatrie-Personalverordnung nur noch auf dem Papier bestehen bleiben würden. Haben Sie Vorschläge, wie sich diese Probleme bewältigen lassen?

SV Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizini-

schen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Klinische Forschung ist eine Voraussetzung für Innovation. Sie muss durch Versorgungsforschung ergänzt werden. Versorgungsforschung findet auch an nichtuniversitären Einrichtungen statt. Die AWMF beobachtet mit Sorge, dass diese Art von Forschung unter den gegenwärtigen ökonomischen Bedingungen nicht in dem Maße zum Zuge kommt, wie das wünschenswert wäre. Die AWMF vertritt daher die Auffassung, dass die Politik sich zu dieser Forschungsrichtung zunächst einmal bekennen sollte, um dann gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen.

Zur zweiten Frage, die sich auf die Psychiatrie bezieht. Die Psychiatrie-Personalverordnung stellt die personelle Versorgung in psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungen sicher. Durch die Budgetdeckelung in den vergangenen Jahren und alle anderen Maßnahmen, die damit zusammenhängen, ist es zu einer Aushöhlung der Psychiatrie-Personalverordnung gekommen. Hierzu vertrete ich die Auffassung, dass eine Refinanzierung nötig ist, die es ermöglicht, wieder ein akzeptables Ausgangsniveau zu erreichen. Psychiatrie und Psychotherapie sind sprechende Disziplinen. Dazu sind Veränderungen der Bundespflegeverordnung erforderlich, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass in Kürze ein adaptiertes Entgeltsystem in der Psychiatrie zu erwarten ist, das an die Psychiatrie-Personalverordnung anknüpft. Das heißt, wenn die Psychiatrie-Personalverordnung nicht wieder auf ein normales Ausgangsniveau angehoben wird, dann ist mit erheblichen weiteren Verschlechterungen in der Personalsituation zu rechnen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich finde es sehr gut, dass wir heute auf Initiative der Opposition Gelegenheit haben, uns mit der Finanzsituation der Krankenhäuser zu befassen und damit zu einem umfassenden Informationsaustausch und einer Meinungsbildung zu kommen, gerade auch in Anbetracht dessen, was im kommenden Jahr an Neuregelungen ansteht. Wir haben die Absicht, die Regierung bei diesem Thema kritisch und konstruktiv zu begleiten. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Klinke vom Wissenschaftszentrum Berlin. Herr Klinke, Sie sind in Ihrer wissenschaftlichen Arbeit mit der Entwicklung des DRG-Systems befasst. Welche Auswirkungen hat aus Ihrer Sicht die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern? Und welche Unterschiede haben sich dabei bei den unterschiedlichen Berufsgruppen gezeigt?

SV **Sebastian Klinke**: Nach unseren Forschungsergebnissen hat die Einführung der Fallpauschalen zu einer Beschleunigung der Prozesse in den Krankenhäusern und dies wiederum zu Arbeitszeitverdichtungen über alle Berufsgruppen hinweg geführt. Zudem mussten im Kontext der Fallpauschalen zusätzliche administrative Aufgaben übernommen werden; dadurch haben auch die Dokumentationspflichten zugenommen. Dies hatte umgekehrt zur Folge, dass die Zeit, die für die Patientenversorgung unmittelbar zur Verfügung steht, tendenziell abgenommen hat. Was die verschiedenen Berufsgruppen angeht, ist festzustellen, dass in den letzten Jahren vor allem im Bereich der Pflege ein Personalabbau stattgefunden hat. Zudem sind hier eine Zunahme von Teilzeit und befristeten Beschäftigungen sowie die vermehrte Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle zu verzeichnen. Demgegenüber musste die Ärzteschaft vor allem zusätzliche administrative Aufgaben im Rahmen der DRG-Kodierung übernehmen. Zugenommen haben auch ihre Dokumentationspflichten bei der Qualitätssicherung. Im Zuge der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie sind neue Arbeitszeitmodelle eingeführt worden, aufgrund derer die Bereitschaftsdienste zur regulären Arbeitszeit geworden sind. Es ist kaum möglich, die zusätzlichen Aufgaben durch eine weitere Ausweitung der Arbeitszeit zu kompensieren, weil dies gegen die Arbeitszeitrichtlinie verstoßen würde.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Auch meine nächste Frage richtet sich an Herrn Klinke. Wie gehen die Beschäftigten nach Ihren Erkenntnissen mit der gestiegenen Arbeitsverdichtung um und welche Folgen hat die Entwicklung der Verweildauer in den Krankenhäusern für die Beschäftigten? Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht erforderlich, um einerseits die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und andererseits zu einer bedarfsgerechten Versorgung in den Krankenhäusern zu kommen?

SV **Sebastian Klinke**: Das ist eine recht komplexe Fragestellung. Dazu kann ich nur stichwortartig antworten. Wie gehen die Beschäftigten mit der Arbeitszeitverdichtung um? Hier ist einerseits eine Anpassung an die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse einer DRG-konformen Aufnahme und Entlassung von Patienten zu beobachten, andererseits aber auch Widerstand gegen die Berücksichtigung medizinfremder Erwägungen bei der Behand-

lung von Patienten. Insgesamt zeichnet sich ab, dass – wenn man dies quantifizieren würde – der Anteil der Beschäftigten, die sich gezwungen sehen, sich betriebswirtschaftlichen Erfordernissen anzupassen, größer ist als der Anteil derjenigen, die sich in der Lage sehen, ihre medizinischen oder pflegerischen Ansprüche weiterhin durchzusetzen. Daher kann man sagen, dass sich als Reaktion auf die DRG-Einführung, aber auch im Kontext der seit langem geltenden Budgetierungen, eine Tendenz abzeichnet, die Versorgungsbedarfe von Patienten aufgrund von Erlöserwägungen zu relativieren. Dabei gibt es natürlich Unterschiede je nach ökonomischer Lage des Krankenhauses. In den Häusern, in denen die Beschäftigten davon ausgehen, dass ihr Haus von Schließung bedroht ist, ist die Bereitschaft, die Interessen oder Versorgungsbedarfe der Patienten zu relativieren, größer als in den Häusern, in denen noch Spielräume bestehen.

Was die Verweildauer angeht, gab es – das ist aus allen Statistiken ersichtlich – schon vorher einen lang anhaltenden Trend, der sicherlich primär durch die Budgetierung ausgelöst worden ist. Die Reduzierung der Verweildauer hat sich dann unter DRG-Bedingungen relativ linear fortentwickelt. Ich gebe allerdings zu bedenken, dass unter DRG-Bedingungen die stationären Behandlungsfälle, die von der amtlichen Statistik erfasst werden, anders definiert sind, weil zugleich eine strikte Trennung zwischen stationärer Behandlungsbedürftigkeit und ambulanter Behandlungsmöglichkeit durchgesetzt wurde. Deswegen gehen nun andere Fälle mit anderen Schweregraden in die Statistik ein als vor der Einführung des DRG-Systems.

Was könnte man nun unternehmen, um den genannten Problemen zu begegnen? Im Bereich der Pflege wäre es sicherlich denkbar, eine weitere Personalreduzierung zum Beispiel durch die Einführung von Mindeststandards für die Personalausstattung und die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals im Krankenhaus zu verhindern. Dies wäre ein Mittel, um es nicht allein dem Wettbewerb zu überlassen, welche Qualifikationsstrukturen sich in den einzelnen Krankenhäusern herausbilden. Denn andernfalls würde man das ordnungspolitische Ziel einer gleichwertigen flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden.

Ich denke, dass im Bereich der Ärzteschaft die vermehrte Einstellung von Kodierfachkräften eine gewisse Abhilfe schaffen würde. Außerdem wäre zu überlegen, wie man die Belastung der ärztlichen Arbeitszeit durch MDK-Kontrollen vermindern könnte und ob man nicht wieder zu einer klaren Trennung zwischen

medizinischen und ökonomischen Entscheidungen kommen sollte. Außerdem sollte die Sinnhaftigkeit von Dokumentationen noch einmal überprüft werden, weil sich gezeigt hat, dass verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente gerade unter DRG-Bedingungen zu kurz greifen. Die Verweildauer ist mittlerweile so kurz, dass sich im Krankenhausbereich Qualität eigentlich nicht mehr messen lässt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Naujack, den Betriebsratsvorsitzenden von Vivantes. Können Sie mir sagen, inwiefern die Vergütungen der Beschäftigten in Ihrem Unternehmen, aber auch in anderen Unternehmen, durch die Einführung der DRGs beeinflusst worden sind?

SV **Moritz Naujack**: Die Einführung der DRGs war natürlich maßgebend, wenn man sie als Symbol für die Krankenhausfinanzierung generell ansieht. Denn die Deckelung der Budgets hat auch eine Deckelung der Personalkostensteigerungen bewirkt. Da sich in den letzten Jahren zudem die Sachkosten erhöht haben – ganz konkret auch in unserem Unternehmen –, war am Ende eine Absenkung der Lohnkosten über einen Notlagentarifvertrag erforderlich. Da die Rationalisierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der DRG-Einführung stehen und bei denen es sich wie im Falle der Verweildauerreduzierung und der Behandlungspfade sozusagen um definierte Produktionsprozesse handelt, im Wesentlichen ausgeschöpft waren, gibt es hier schon einen kausalen Zusammenhang, auch im Hinblick auf das Verhalten der Tarifpartner.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich wiederum an Herrn Naujack. Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen auf die Patientinnen und Patienten?

SV **Moritz Naujack**: Der Zwang zu Effizienzsteigerungen durch die Festpreise für DRGs wird natürlich dadurch beeinflusst, welche Aufwendungen man hat. Auf die Reduzierung der Verweildauer ist bereits hingewiesen worden. Sicherlich hat der Personalabbau, den wir in den letzten Jahren insbesondere im Pflegebereich erleben, auch mit der Preisgestaltung der medizinischen Diagnosen zu tun. Da derzeit nur noch nach der medizinischen oder

ärztlichen Diagnose bezahlt wird, ist es natürlich auch zu Einschränkungen in der Servicequalität der Pflege gekommen. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die kompensatorischen Einrichtungen für Patientinnen und Patienten hinweisen, die heute oft nach kurzer Verweildauer aus dem Krankenhaus entlassen werden. So macht uns zum Beispiel die Finanzierung von Hospizen zunehmend Probleme. Man muss nur einmal mit den Nachsorgeeinrichtungen, etwa mit den Sozialdiensten im Krankenhaus, reden, um zu erkennen, wie schwierig es ist, einen sterbenden Patienten in eine adäquate Umgebung zu verlegen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine weitere Frage an Herrn Naujack, die ich gleichzeitig an Herrn Murawski, den Bürgermeister von Stuttgart, richten möchte. Wie wird der Bundesbasisfallwert, der perspektivisch angestrebt wird, in Ihren Häusern ausgestaltet sein?

SV **Moritz Naujack**: Wenn wir davon ausgehen, dass es nur einen Einheitspreis pro DRG in der gesamten Bundesrepublik gibt, dann stellt sich die Frage, welche hochpreisigen DRGs ein Krankenhaus erbringen kann. Durch den Preis wird es sicherlich eine Fokussierung auf bestimmte Leistungen geben, um andere Leistungen, die nicht kostendeckend zu erbringen sind, querzufinanzieren. Wir werden auch weiterhin über einen Kapazitätsabbau bzw. über einen weiteren Rationalisierungsprozess reden müssen. Das alles gilt natürlich vor allem dann, wenn das Problem der Budgetdeckung nicht gelöst wird. Dies betrifft zugleich das schon oft angesprochene Problem der Leistungsausweitungen, das heißt die Option, die Fallzahlen über die Patientenzahlen zu steigern.

SV **Klaus-Peter Murawski**: Die Frage kann man aus der Sicht Baden-Württembergs, also eines südlichen Bundeslandes, sehr eindeutig beantworten. Die Einführung eines bundesweiten Basisfallwertes würde unsere Situation dramatisch verschlechtern, insbesondere weil wir ein Maximalversorger sind. Wir streben derzeit mit einigem Erfolg an, unseren Basisfallwert um 600 Euro zu reduzieren, um an den Landesbasisfallwert Anschluss zu finden. Jeder, der ein Krankenhaus der Maximalversorgung betreibt, weiß, wo hier die Kernproblematik liegt, und dass es harter Anstrengungen bedarf, um dieses Ziel zu erreichen. Wenn man

die Unterschiede zwischen den Einkommens- und Preisverhältnissen der einzelnen Bundesländer in Zukunft nicht mehr berücksichtigt und alles auf einen Basisfallwert zurückführen möchte, dann werden eindeutig diejenigen Bundesländer und ihre Krankenhausversorgungssysteme benachteiligt, die sich aufgrund ihrer hohen Lebenshaltungskosten auf einem hohen Lohn- und Preisniveau bewegen und bewähren müssen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächsten beiden Fragen richten sich an die Gewerkschaft ver.di. In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie davon, dass es in den zurückliegenden Jahren zu einem Anstieg des Belastungsindex für Pflegekräfte von 100 auf 123,7 Prozent gekommen sei. Können Sie das bitte erläutern? Weiter führen Sie aus, dass die Probleme im Krankensektor auf der Einnahmenseite und nicht auf der Ausgabenseite gelöst werden müssten. Könnten Sie auch dazu eine Erläuterung geben?

SVe **Ellen Paschke** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V. (ver.di)): Es ist schon mehrfach gesagt worden, dass die Belastungen in den Krankenhäusern gestiegen sind. Das Pflegepersonal ist abgebaut worden, insgesamt 52.000 Pflegekräfte, und zugleich sind die Fallzahlen in den letzten Jahren um 670.000 gestiegen. Das heißt, die Verweildauer ist gesunken und der Pflegebelastungsindex ist von 100 auf 123,7 Prozent gestiegen, weil die Personaldichte sich vermindert hat und jede einzelne Pflegekraft wesentlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen muss.

Des Weiteren vertreten wir die Auffassung – und dieses Argument ist hier auch schon öfter genannt worden –, dass wir die Einnahmenseite verbessern müssen und nicht nur auf die Ausgabenseite sehen dürfen. Worüber noch nicht gesprochen worden ist – und das vermisse ich auch an den Statements –, ist die Tatsache, dass wir in den Krankenhäusern keine gute Pflegequalität mehr haben. Auch die meisten Krankenträger scheuen davor zurück, dies offen auszusprechen. Insofern ist es wichtig zu betonen, dass wir die Einnahmensituation verbessern und eine gute Krankenhausversorgung in Deutschland gewährleisten müssen. Darum lautet unsere Forderung: Der Deckel wegmuss, wir müssen mehr Geld ins Krankenhaussystem stecken. Außerdem ist ver.di der Ansicht, dass man, um zu anderen Indices und Bemessungen zu kommen, notfalls auch eine Anhebung der Krankenkassenbeiträge

ge in Kauf nehmen muss. In dieser Frage stehen wir auf der Seite der Krankenkassen und sagen, dass sich dies auch im Gesundheitsfonds niederschlagen muss.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine letzte Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Welche Auswirkungen erwarten Sie von einer Fortdauer der bisherigen Unterfinanzierungspraxis? Sie sprechen an anderer Stelle auch von einer kalten Rationierung, die über eine Rationalisierung hinausgeht. Könnten Sie hierzu einige Aussagen machen?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): In der Tat ist die Grenze zwischen Rationalisierung und Rationierung fließend geworden. Es hat umfangreiche Rationalisierungen gegeben. Aber wenn jetzt keine durchschlagende Hilfe für die Budgets der Krankenhäuser kommt, dann haben wir die große Sorge, dass wir in einen schleichenden Prozess der verdeckten Rationierung hineingeraten. Natürlich will dies niemand gerne öffentlich sagen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass man beim Personalabbau im Bereich Pflege über das Ziel hinausgeschossen ist. Wir haben in den letzten zehn Jahren etwa 55.000 Pflegekräfte verloren. Dies hat eine enorm große Auswirkung auf die Versorgungslage auf den Stationen, insbesondere auf den Intensivstationen, gehabt. Wenn wir jetzt eine kräftige Hilfe zur Kompensation der hohen Tarifsteigerungen bekämen, dann wären wir immerhin in der Lage, den Status quo zu halten und müssten nicht noch weiter Personal abbauen. Aber wir könnten keine Verbesserungen in der Pflege, die ich für notwendig erachte, erreichen. Wir brauchen also eine deutliche Kompensation für die Tarif- und die Sachkostensteigerungen. Wir müssen darüber hinaus aber auch den Mut haben, offen auszusprechen, dass wir mehr Pflegekräfte und auch zusätzliche Finanzmittel brauchen. Ob wir alle 50.000 oder 55.000 Pflegekräfte benötigen, die wir abgebaut haben, möchte ich dahin gestellt sein lassen. Der Rückgang der Verweildauer hat einen gewissen kompensatorischen Effekt, einen Verlust an Pflergetagen und damit auch an Pflegeleistungen zur Folge gehabt. Zugleich hat sich aber die Arbeit für die Pflege enorm verdichtet, und wir bekommen immer kränkere Patienten. Durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist zugleich vieles möglich geworden, gerade bei alten multimorbiden Patienten mit einem hohen Grad der Pflegebedürftigkeit.

Deswegen gibt es hier wenig Spielraum für eine Gegenrechnung. Ich glaube daher, wir müssen den Mut haben, die Pflege schrittweise wieder in den Stand zu versetzen, der ihr vom Bedarf her zukommt. Ich rechne Ihnen das gerne einmal vor: Eine durchschnittliche Pflegekraft im Krankenhaus kostet heute rd. 50.000 Euro, wenn man die Bruttoperpersonalkosten zugrunde legt. Wenn man diese Summe mit 50.000 multipliziert, dann kommt man auf Zusatzkosten in Höhe von 2,5 Mrd. Euro.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Wöhrmann und Herr Oestreich hatten in ihren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass die prekäre Finanzierungssituation, gerade bei den Betriebskosten, teilweise damit zusammenhängt, dass eine Quersubventionierung in Richtung Investitionskosten erfolgt ist und dass im Grunde das Ende der Fahnenstange erreicht ist. Deswegen möchte ich zunächst eine Frage an Frau Prof. Schmidt-Rettig richten: Glauben Sie, dass durch einen Systemwechsel zur Monistik die aktuellen Probleme der Krankenhausfinanzierung gelöst werden können?

SVe Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig: Die Probleme der Krankenhausfinanzierung sind heute bereits in unterschiedlichen Zusammenhängen angesprochen worden. Die entscheidende Frage ist sicherlich, ob es gelingt, genügend Investitionsmittel aufzubringen und die Investitionsquote zu erhöhen. Die Krankenhäuser benötigen einen gewissen Spielraum, um in die Lage zu kommen, strategische Leistungsangebote in ihrer Region platzieren zu können. Dieser Effekt hat auch mit dem DRG-System zu tun. Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Bezugsgröße. Wir haben heute verschiedentlich gehört, dass die Bettenzahl nicht diese Größe sein kann. Wir müssen vielmehr anknüpfen an die Frage der Verteilungsgerechtigkeit bei Investitionsmitteln. Anknüpfungspunkt kann die Leistung sein, besser wäre jedoch die medizinische und weitere Infrastruktur. Das große Defizit – auch das ist angesprochen worden – liegt darin, dass die Einheit der betriebswirtschaftlichen Entscheidung über Investitions- und Betriebskosten aufgrund der dualen Finanzierung nicht gegeben ist. Diese Probleme können durch einen Systemwechsel allein nicht gelöst werden. Im Hinblick auf die Größenordnungen muss sicherlich eine eigenständige Grundentscheidung getroffen werden. Die Frage nach den Gestaltungsspielräumen betrifft zunächst die Krankenhausplanung und

nicht die Alternative zwischen Monistik und Dualistik. Die Frage der Bezugsgröße muss ebenfalls systemunabhängig entschieden werden. Das Problem der Verbindung von Investitions- und Betriebskostenentscheidung ist sicherlich sowohl durch eine monistische als auch durch eine duale Finanzierung zu lösen, weil es darauf ankommt, den Betrag insgesamt zur Verfügung zu haben. Das heißt, man muss den Krankenhäusern die Möglichkeit geben, aus dem Leistungsentgelt Betriebs- und Investitionskosten zu finanzieren.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Prof. Schmidt-Rettig, Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme für eine modifizierte duale Finanzierung aus. Dabei soll die Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten weiterhin über die Kassen bzw. über die Länder erfolgen, während die Investitionsmittel an die Fallpauschalen angebunden werden sollen. Welche Vorteile hätte Ihrer Ansicht nach diese Art von Preismonistik?

Sve Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig: Es geht darum, die betriebswirtschaftlichen Entscheidungen über die Investitions- und die Folgekosten zusammenzuführen. Insofern würde ein Zuschlag auf das Leistungsentgelt den Krankenhäusern die Möglichkeit bieten, eine Finanzierung aus einem Betrag vorzunehmen. Dies wäre mit Blick auf die Effektivität und Effizienz von Investitionsentscheidungen sicherlich von Vorteil. Zugleich hätte die Entscheidung, es grundsätzlich bei dem dualen System der Finanzierung zu belassen, den Vorteil, dass die Länder weiterhin die Krankenhausplanung und die Sicherstellung vornehmen könnten. Dabei müsste man die Krankenhausplanung so ausgestalten, dass den Krankenhäusern ein möglichst großer Gestaltungsspielraum verbleibt.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Murawski. Bislang schreibt das Klinikum Stuttgart, das ein Eigenbetrieb in kommunaler Trägerschaft ist, rote Zahlen. Dem Geschäftsbericht 2006 zufolge strebt das Klinikum an, ab dem Jahr 2010 ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen. Halten Sie dieses Ziel unter den gegebenen Bedingungen der Krankenhausfinanzierung für realistisch? Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, damit sich der in Rede stehende Wettbewerb auch fair gestaltet? Und sehen Sie den kommunalen

Krankenhaussektor prinzipiell in Gefahr, wenn es bei der derzeitigen Ausgestaltung des Wettbewerbs bleibt?

SV Klaus-Peter Murawski: Unsere Ausgangsposition war dergestalt, dass wir ausgehend von einem umfassenden Sanierungsprogramm ein ausgeglichenes Ergebnis für das Jahr 2010 angestrebt haben. Wir waren insofern erfolgreich, als wir seit dem Jahr 2003 unser Betriebsergebnis um über 22 Mio. Euro verbessert haben. Auf der anderen Seite kommt man sich angesichts der externen Faktoren, die man nicht beeinflussen kann, vor wie bei dem Hase-und-Igel-Spiel. Immer wieder wird man von den Kosten, die man mit der Veränderungsrate niemals abdecken kann, eingeholt. Im Jahre 2007 haben wir beispielsweise nach Erscheinen des Geschäftsberichtes noch Zusatzbelastungen in Höhe von 13 Mio. Euro zu verzeichnen gehabt. Davon sind drei Mio. Euro allein auf die Mehrwertsteuererhöhung und 7,2 Mio. Euro auf die Tarifsteigerungen zurückzuführen. Im Jahre 2008 setzte sich diese Entwicklung fort, so dass heute – wenn man die Werte für die Jahre 2007 bis 2009 kumuliert –, den vier Mio. Euro Budgetsteigerungen über die Veränderungsrate über 30 Mio. Euro Kostensteigerungen durch Tarifierhöhungen sowie Steigerungen von Energie- und Lebensmittelpreisen etc. gegenüberstehen. Ich habe vorhin schon darauf hingewiesen, dass diese zusätzlichen Belastungen für einen Maximalversorger kaum zu bewältigen sind. Wir müssen uns auf der einen Seite auf den Landesbasisfallwert hinunterbegeben und auf der anderen Seite aber auch die Umsetzung der DRGs zum Ende der Konvergenzphase bewältigen. Dies alles können wir grundsätzlich leisten. Allerdings sehen wir uns nicht in der Lage, Preis- und Lohnsteigerungen, die wir nur bedingt oder gar nicht beeinflussen können, mit völlig an den tatsächlichen Entwicklungen vorbeigehenden Veränderungsraten auszugleichen. Während die geschilderten Probleme keineswegs die Folge von marktwirtschaftlichen Prinzipien, sondern eher von zentraler Lenkung sind, wird von uns erwartet, dass wir als Krankenhausträger zusammen mit unserem Management eine solche Situation gewissermaßen mit Zauberhand verbessern. Was muss sich ändern? Nach meiner Meinung – und wiederum aus der Sicht des Maximalversorgers – müssen die Extremkostenfälle besser bezahlt werden. Ich habe hierzu konkrete Beispiele in meiner ausführlichen schriftlichen Stellungnahme aufgeführt: Wir brauchen eine Regelung der ärztlichen Weiterbildung. Jedermann

weiß, dass die derzeitige Art der Finanzierung so nicht weiterbetrieben werden kann. Außerdem ist eine Abkoppelung der Veränderungsrate von der Grundlohnrate erforderlich. Hier stimme ich den Ausführungen meiner Vorredner zu. Ich befürworte eine Ankoppelung entweder an die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes oder, was ich persönlich für besser hielte, an ein Indexsystem, das einen krankenhausspezifischen Warenkorb mit einem branchenübergreifenden Lohnsteigerungskoeffizienten addiert. Dies wäre dann keine Wiedereinführung der Kostenerstattung, sondern eine vernünftige Abbildung der tatsächlichen Kostenentwicklung.

Zur Auflösung des Investitionsstaus möchte ich etwas vielleicht ungewöhnlich Erscheinendes sagen. Da gefällt mir der Vorschlag von Prof. Neubauer entschieden am besten. Im Falle seiner Umsetzung würden außerordentlich schnell die notwendigen Mittel ins System fließen und damit eine Verbesserung der Investitionssituation herbeiführen, was ja wiederum eine wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Situation wäre. Nötig ist allerdings ein klarer politischer Wille, diesen effektiven und einfachen Weg auch zu gehen. So, wie die Investitionsförderung im Moment gestaltet ist, kann sie jedenfalls nicht bleiben. Wir können in den südlichen Bundesländern noch von Glück sagen, was die Investitionsförderung der Länder betrifft. Aber auch hier werden nicht die Voraussetzungen geschaffen, um die Krankenhäuser überlebensfähig zu machen. Natürlich bin ich der Ansicht – im Gegensatz zu dem, was vielfach diskutiert wird –, dass man den Kontrahierungszwang beibehalten und von den selektiven Einkaufsmodellen der Kassen Abstand nehmen sollte.

Zur Zukunft der kommunalen Krankenhäuser ist Folgendes zu sagen: Wenn es uns nicht gelingt, eine nachhaltige Finanzierung des Systems zu schaffen, wenn nicht anerkannt wird, welche Effizienzreserven in den kommunalen Häusern durch große Anstrengungen bereits mobilisiert worden sind, dann werden wir eine Entkommunalisierung dieses Bereiches erleben. Ich halte jedoch die bestehende Mischung aus freigemeinnützigen, privaten, kommunalen und Landeskrankenhäusern letztlich auch aus Sicht der Patienten für ideal. Und ich sehe mit großer Sorge den ständig abnehmenden Anteil der kommunalen Häuser. Aber insgesamt betrachtet, kann ich mich denen anschließen, die für die privaten Häuser gesprochen haben. Die genannten Probleme betreffen uns alle gleichermaßen, und eine Verbesserung der Situation käme allen Trägern zu Gute.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Verband der Universitätsklinika. Ihr Verband beklagt Kostensteigerungen in seinem Bereich von 10 Prozent und mehr. Gleichzeitig schreiben zwei Drittel der Universitätskliniken keine roten Zahlen. Wie ist das zu erklären?

SV **Rüdiger Strehl** (Verband der Universitätsklinika Deutschland e. V. (VUD)): Die Situation in den Universitätsklinika ist ähnlich wie in den anderen Krankenhäusern. Zwei Drittel der Häuser sind bis zum Jahre 2007, also vor den Preisschocks im Jahre 2008, mit den durch die Budgetierung gesetzten Rahmenbedingungen fertig geworden. Dies ist im Wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen; zumindest aus der Sicht derjenigen, die dort die Verantwortung tragen. Erstens: In den nicht-medizinischen Bereichen hat man ein radikales Outsourcing betrieben. Dies ist letztlich auf Tariffucht hinausgelaufen. Wir zahlen durch Kooperation mit den neuen Partnern in vielen Bereichen, wie etwa Reinigung, Küche und dergleichen, faktisch weniger als den Mindestlohn. Das ist einer der Erfolgsfaktoren gewesen, darüber muss man sich im Klaren sein. Wir stehen jetzt an einem Punkt, wo diese Outsourcing-Politik auf den medizinischen Bereich ausgeweitet werden muss. Anders wird man sich an die durch die Gesundheitspolitik geschaffenen Rahmenbedingungen nicht anpassen können.

Der zweite Erfolgsfaktor aus der Sicht der Praxis ist die Erhöhung der Produktivität. Die Häuser, die nicht in die roten Zahlen geraten sind, haben ein enormes Fallwachstum realisieren können und dies ohne entsprechenden Personalaufbau. Was sind die nicht intendierten Folgen dieser in betriebswirtschaftlicher Hinsicht erfolgreichen Politik? Erstens: Es ist zu der Leistungsverdichtung gekommen, die hier schon mehrfach angesprochen wurde. Zweitens: Wir haben es vermehrt mit Überlastanzeigen in einzelnen Bereichen zu tun, weil Leistungsverdichtungen in großem Ausmaß bei der gegebenen Personal-, Kosten- und Finanzierungslage nicht ohne weiteres bzw. nicht widerstandslos durchzusetzen sind. Drittens: Wenn die Ärzte immer mehr Krankenversorgung zu bewältigen haben, bleibt ihnen immer weniger Zeit für Forschung und Lehre.

Der dritte Erfolgsfaktor der erfolgreichen Universitätsklinika waren – neben radikalem Outsourcing und Leistungsvermehrung – rechtzeitige und umfängliche Investitionen in eine moderne Infrastruktur. Ich glaube, diejenigen, die letztlich die Verantwortung für die Investitio-

nen tragen, erlauben nicht, wofür diese Investitionen in einem modernen Hochleistungs-Krankenhaus erforderlich sind. Dies betrifft nicht nur die Bauten und die Betriebstechnik, sondern vor allem auch die in ihrer Bedeutung enorm gestiegenen Bereiche Medizin- und Informationstechnik. Jedes moderne Groß-Krankenhaus muss alle fünf Jahre Investitionen in Höhe von 30 Mio. Euro im IT-Bereich tätigen. Dafür hat es von Seiten der Länder oder der Hochschulbauförderung nie eine hinreichende Vorsorge gegeben. Sie sehen also: Erfolgreiche Universitätsklinika haben im Prinzip etwas Ähnliches getan wie erfolgreiche private Häuser. Ich glaube aber, dass diese Politik jetzt an Grenzen bzw. auf Widerstände stößt, weil die neuen Preisschübe, die wir im Jahre 2008 bereits hatten und die wir auch für 2009 erwarten, nicht mehr aufzufangen sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Prof. Wasem. Sie sind als Befürworter der monistischen Krankenhausfinanzierung bekannt. Gegen einen derartigen Systemwechsel gibt es aber bekanntlich erhebliche politische Widerstände. Halten Sie angesichts dieser Ausgangssituation ein Übergangsmodell für erforderlich und wie könnte das aussehen?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Zunächst einmal haben Sie zutreffend darauf hingewiesen, dass ich seit vielen Jahren die Auffassung verrete, dass der Übergang zur Monistik der richtige Weg wäre und dass man diesen mit weitergehenden Deregulierungen verknüpfen müsste. Es wäre erstrebenswert, das ganze System stärker im Sinne eines Wettbewerbsmodells auszugestalten, in dem die Monistik ein wesentlicher Baustein wäre, weil sie es dem Management der Krankenhäuser ermöglichen würde, Investitionskosten und laufende Kosten als Einheit zu behandeln und betriebswirtschaftlich rationale Entscheidungen zu treffen. Das ist gegenwärtig nicht möglich. Nun haben wir aber leider die Situation, dass die beteiligten Akteure auf ihren unterschiedlichen Positionen beharren, was es relativ unwahrscheinlich macht, dass ein monistisches Modell, dessen Realisierung aus meiner Sicht dringend erforderlich wäre, in absehbarer Zeit umgesetzt wird. Daher muss man überlegen, welche Übergangsmöglichkeiten es gibt. Das von Ihnen vorgeschlagene Übergangsmodell ist sicherlich ein gangbarer Weg. Es hat aber den Nachteil, dass der Vorschlag von Ihnen stammt, was die Wahrscheinlichkeit, dass es

auch beschlossen wird, nicht gerade erhöht. Aber von der Tendenz her kann dieses Modell zumindest dazu beitragen, die Akteure zu einer Diskussion anzuregen und bislang unverrückbar erscheinende Positionen aufzuweichen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte eine weitere Frage an den Verband der Universitätsklinika richten: Die Selbstverwaltung kommt mit der Begleitforschung zum DRG-System nicht voran. Woran liegt das?

SV **Rüdiger Strehl** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Wir stellen sie uns auch, weil wir in den Spitzengesprächen leider registrieren müssen, dass die Interessenlagen aus uns nicht erklärlichen Gründen unterschiedlich ausgeprägt ist. In unserem eigenen Lager, das heißt im Kreise der Deutschen Krankenhausgesellschaft, gibt es die Befürchtung, dass durch die Begleitforschung offenbar wird, wer die Gewinner und die Verlierer sind. Denn wir vermuten, dass es durch die Einführung des DRG-Systems innerhalb des Krankenhaussystems zu Verschiebungen zwischen Häusern der unterschiedlichen Versorgungsstufen gekommen ist. Nach unseren Beobachtungen hat es auch Verschiebungen zwischen dem stationären, dem vertragsärztlichen und dem, wie wir ihn nennen, dem neuen dritten Sektor (MVZ, IV, 116er-Leistung und dergleichen) gegeben. Hierzu liegen uns aber keine genauen Erkenntnisse vor. Ich glaube, die Interessenlage im Krankenhausbereich sieht im Allgemeinen so aus, dass man vorsichtig und diplomatisch an diese Fragen herangehen will, weil wegen der Geschlossenheit des Systems automatisch Gewinner und Verlierer produziert werden. Daher ist bisher außer der Erteilung von Aufträgen noch nichts geschehen. Wir können uns aber nicht erklären, weshalb die Krankenkassen dies nicht stärker forcieren, weil sie eigentlich ein Interesse daran haben müssten, transparent zu machen, wo die Leistungen nachgefragt und die Finanzmittel gebraucht werden.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat. Hat sich im Zusammenhang mit dem Personalabbau im Pflegebereich der Krankenhäuser das Verhältnis zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegekräfte verändert? Wenn ja, wie? Und halten Sie im Hin-

blick auf die veränderte Personalausstattung beim Aufgabenzuschnitt im Pflegebereich der Krankenhäuser Anpassungsmaßnahmen für notwendig? Wenn ja, welche?

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Natürlich ist durch Stresssituationen, wie sie heute den Alltag in den Krankenhäusern bestimmen, auch die Zusammenarbeit schwieriger geworden. Ich denke, es gibt generell eine hohe Unzufriedenheit bei den Pflegekräften, sowohl wegen der Überlastung als auch vor dem Hintergrund eher gegenläufiger Entwicklungen bei den Tarifen und bei der Personalausstattung. Angesichts des Abbaus von Planstellen in der Pflege und der gleichzeitigen Zunahme von Stellen im ärztlichen Bereich stellt man sich die Frage, welche Rolle die Pflege künftig innerhalb des Gesamtbetriebes Krankenhaus einnehmen und welchen Beitrag sie zur Versorgung leisten soll. Verschärft wird die Situation derzeit durch die Diskussion über eine Neuverteilung von Aufgaben, vor allem über die Delegation von Aufgaben, die heute von Ärzten wahrgenommen werden, an die Pflege. Hierzu möchte ich ganz klar sagen: Ohne eine deutliche Personalausweitung und ohne eine Absicherung der Versorgungskapazitäten, die die Pflege für die Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgaben braucht, ist überhaupt nicht an die Übernahme weiterer Aufgaben zu denken. Wenn neue Aufgaben übernommen werden sollen, dann müssen auch die Personalkapazitäten entsprechend ausgeweitet werden. Ich sehe wenige Möglichkeiten, die Pflege selbst noch zu entlasten. Vielleicht gibt es in der einen oder anderen Klinik noch Ansätze dafür, den Organisationsaufwand in bestimmten Bereichen, auch bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, zu vermindern. Wenn man sich jedoch klar macht, dass die Spätschicht in vielen Kliniken mit nur einer qualifizierten Pflegefachkraft, unterstützt vielleicht von einer Pflegeschülerin, besetzt ist, dann sehe ich keine Möglichkeit zu weiteren Einschränkungen. Weniger als eine Pflegekraft geht nicht. Deshalb müssen wir verhindern, dass es durch Einführung neuer Berufsgruppen zu einem neuen Taylorismus, das heißt zur Aufteilung in immer kleinere Arbeitseinheiten, kommt und dass nur noch das Ziel verfolgt wird, dass Arbeiten möglichst preisgünstig erledigt werden. Vielmehr müssen wir den Fokus stärker darauf richten, wie Zusammenhänge hergestellt und Arbeitsabläufe verbessert werden können. Dafür brauchen wir als erstes mehr Pflegepersonal, das ist eindeutig. Wir brauchen des Weiteren eine Gesamtperspektive und wechselseitig

ges Verständnis. Ich glaube, alle beteiligten Berufsgruppen sollten sich bemühen, weniger in den eigenen Kategorien zu denken, sondern ein gegenseitiges Verständnis für die Aufgaben, die Belastungen und die Kompetenzen der jeweils anderen zu entwickeln. Gerade in den Bereichen Bildung und Fortbildung müssten mehr Ansätze für ein gemeinsames Lernen entwickelt werden.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an das InEK. Ist es zutreffend, dass bei der Kalkulation von Fallpauschalen keine Bemessung der Personalkosten erfolgt? Wenn dies nicht der Fall ist, wie werden dann Personalkosten in der Kalkulation überhaupt berücksichtigt? Darüber hinaus habe ich noch eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen darüber vor, dass es zu den viel zitierten „blutigen Entlassungen“ kommt? Gibt es dazu, abgesehen von Einzelfallberichten, seriöse Daten?

SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Das InEK kalkuliert grundsätzlich im laufenden Kalenderjahr die Ist-Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Vorjahres. Das heißt, im Jahre 2008 berücksichtigten wir in der Kalkulation die tatsächlichen Ist-Personalkosten der rund 250 Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Mit der Gefahr der „blutigen“ Entlassungen haben sich die Partner der Selbstverwaltung Anfang des Jahrtausends beschäftigt. Damals wurde in den Katalog für die einzelnen Leistungskomplexe eine untere Grenzverweildauer mit aufgenommen. Diese ist ein sehr effektiver Schutz gegen „blutige Entlassungen“. Insofern können wir über dieses Problem auch nicht berichten, weil es einfach nicht mehr vorhanden ist.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Das kann ich nur bestätigen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe noch eine Zusatzfrage an die DKG. Nach dem, was wir gerade vom InEK gehört haben, interessiert mich, welche Probleme sich daraus erge-

ben, dass die Kalkulation immer auf den Daten des Vorjahres basiert. Dazu hätte ich gerne eine Erläuterung.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Herr Dr. Heimig hat ausgeführt, dass die Kalkulationen auf Basis der Zahlen des Vorjahres durchgeführt werden. Dazu muss man ergänzen, dass die Kostengrößen, das heißt der Kostenzuwachs, nur in den Relationen des DRG-Systems berücksichtigt werden. Das heißt, die Steigerung der Tariflöhne für Ärzte aus dem letzten Jahr liegt jetzt beim Kostenfaktor Arzt vor. Insofern wird dann eine Blinddarmoperation zwar mit einem leicht erhöhten Kostenanteil für die Ärzte kalkuliert, aber der relative Anteil der Blinddarmoperation bleibt im Verhältnis zu anderen Kosten gleich, weil die Kosten für alle Ärzte bei allen Leistungen gestiegen sind. Die Geldversorgung wird nicht durch die DRG-Kalkulation ermittelt. Das heißt, das zusätzliche Geld, das gebraucht wird, um die höheren Personalkosten zu finanzieren, ergibt sich nicht aus den DRG-Kalkulationen, sondern muss über den Basisfallwert eingespeist werden, für den eine Zuwachsbegrenzung durch die Grundlohnrate gilt. Das bedeutet für dieses Jahr 0,64 minus 0,5 Sanierungsbeitrag. Gleichzeitig müssen aber Lohnkosten in einer Größenordnung finanziert werden, die ein Mehrfaches davon beträgt. Insofern speist der InEK-Kalkulationsprozess nicht die benötigten Finanzmittel in das System, sondern er definiert nur das Verhältnis der Blinddarm- zur Herzoperation; er beziffert also relative Kosten und nicht absolute Geldbeträge.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Wir diskutieren heute über Anträge der Oppositionsfraktionen. Ich möchte auf den Antrag der Fraktion DIE LINKE. zurückkommen, die im Begründungsteil die Behauptung aufstellt, dass es für Patienten bei stationärer Aufnahme zu erheblichen Wartezeiten und zu einer dramatischen Zunahme von nosokomialen Infektionen im Krankenhaus gekommen sei. Dazu meine Frage an die DKG und an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen: Haben die Wartezeiten für die Patienten tatsächlich zugenommen? Außerdem eine Frage an den MDK: Gibt es Hinweise auf eine dramatische Zunahme von Infektionen?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Über eine dramatische

Zunahme von Krankenhausinfektionen kann ich nicht berichten. In jedem Krankenhausbetrieb, überall auf der Welt, entsteht das Problem von Infektionen. Aber man kann nicht sagen, dass es eine dramatische Zunahme von Krankenhausinfektionen in Deutschland gibt. Es ist zwar erkennbar, dass die Infektionen insgesamt zunehmen, dies liegt aber vor allem an der veränderten gesellschaftlichen Struktur. Praktiker vor Ort berichten, dass die Population in den Krankenhäusern entsprechend der Bevölkerungsstruktur zunehmend international wird. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich auch das Infektionsspektrum in den Krankenhäusern verändert. Und dies steht zunächst einmal in keinem Zusammenhang mit der Vorsorge gegen Infektionen.

Die Frage nach den Wartezeiten muss für einzelne Regionen und Versorgungsbereiche unterschiedlich beantwortet werden. Es gibt Fälle – und darüber berichten auch die Medien gelegentlich –, in denen Patienten einmal einen Tag auf dem Gang liegen oder auch eine Woche auf eine Behandlung warten müssen, zumindest wenn sie den Wunsch haben, in einem ganz bestimmten Krankenhaus behandelt zu werden. Es gibt also durchaus Engpässe. Deshalb muss auch die Diskussion über einen Kapazitätsabbau sehr vorsichtig geführt werden. Ich glaube, wenn man der Bevölkerung deutlich vor Augen führen würde, dass bei einer Überkapazität von etwa 10 Prozent jeder die Gewähr hat, rechtzeitig und sicher versorgt zu werden, dann würde sie einem solchen Modell den Vorzug geben gegenüber einer anderen Variante, bei der die Kapazitäten bis an die Grenzen ausgelastet sind und bei der nicht einmal mehr genügend Spielraum besteht, etwa einen dementen Patienten etwas länger zu behandeln, als es nach der Planung vorgesehen ist. Diese Zusammenhänge muss man bei der Diskussion über Kapazitäten berücksichtigen.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): In Bezug auf das Infektionsrisiko ist festzustellen, dass die Verweildauer seit der Einführung der DRGs mit ihrer fallbezogenen Vergütung stark zurückgegangen ist. Vor der Einführung lag sie im Bundesdurchschnitt bei über zwölf Tagen, und jetzt liegt sie bei unter sieben Tagen. Dadurch hat sich auch das Infektionsrisiko vermindert.

In Hinblick auf die Wartezeiten muss man – und darauf hat auch Herr Baum schon hingewiesen – eine differenzierte Sichtweise an den Tag legen. Mir ist nichts über Wartezeiten

bei Notfällen bekannt. Aber bei den planbaren Fällen mag es Wartezeiten geben; das hängt auch mit den Steuerungsprozessen in den Kliniken zusammen. Man kann aber eindeutig sagen, dass die Wartezeiten seit der DRG-Einführung nicht länger geworden sind. Insofern hat sich die Situation dadurch weder verbessert noch verschlechtert.

SVe Dr. Annette Busley (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS)): Es gibt sicher keine dramatische Zunahme von Infektionen in den deutschen Krankenhäusern. Es gibt aber in einigen Bereichen – ich erinnere in diesem Zusammenhang an MRSA – eine gewisse Zunahme von Infektionen. Diese gibt es aber in unterschiedlichem Ausmaß in ganz Europa. Das ist ein Qualitätsproblem, das ebenso wie andere Qualitätsprobleme in Krankenhäusern eindeutig zu beklagen ist. Allerdings möchte ich betonen, dass sich Qualitätsprobleme nicht allein und auch nicht in erster Linie mit Geld lösen lassen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Verbände der Universitätsklinik und der Deutschen Privatkliniken. Es interessiert mich, ob die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Kliniken hat? Falls dies so ist, worin sehen Sie die Ursachen dafür?

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinik Deutschlands e. V. (VUD)): In den vergangenen Jahren hat man durch die Schaffung mehrerer neuer Instrumente versucht, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen. Das zuletzt eingeführte Instrument ist der § 116b, daneben hat es die Einrichtung von MVZ, integrierter Versorgung und Spezialambulanzen gegeben. Im Vordergrund stand dabei jeweils das Ziel, die Versorgungsorganisation für die Patienten zu verbessern. Patienten, die über längere Zeit im Wechsel teils stationär, teils ambulant behandelt werden müssen, sollten nicht dazu gezwungen sein, den Arzt zu wechseln. Wir können feststellen, dass diese Öffnung nur sehr zögerlich vonstatten gegangen ist, quantitativ bislang keine große Rolle spielt und sich deshalb finanziell auch nicht in relevantem Umfang niedergeschlagen hat.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Ich komme zu dem gleichen Schluss. Die Öffnung ist jetzt theoretisch möglich, sie ist aber in der Praxis nicht oder kaum vollzogen worden. Wenn sich die Krankenhäuser tatsächlich öffnen würden, dann könnte dies durchaus Synergieeffekte sowohl für die Patienten als auch für die Krankenhäuser haben, weil man das vorhandene Wissen und die vorhandenen Kapazitäten – genau wie Herr Strehl dies beschrieben hat – besser nutzen könnte. Die zusätzlichen Einnahmen im ambulanten Bereich würden aber nach meiner Einschätzung kaum dazu beitragen, ein Krankenhaus finanziell zu stabilisieren, weil die entsprechenden Preise dafür nicht ausreichen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Ich habe noch eine Nachfrage. Könnten Sie vielleicht erläutern, weshalb die Patienten oder die einweisenden Ärzte von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Man kann nicht sagen, dass die Patienten oder die Einweisenden keinen Gebrauch von der neuen Möglichkeit machen. Vielmehr scheitert die Öffnung der Krankenhäuser an Blockaden im System. Derzeit läuft eine Klage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegen Zulassungen nach dem § 116b. Die unterschiedlichen Interessen prallen aber auch an anderer Stelle systembedingt aufeinander. Dadurch wird verhindert, dass Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet werden. Das ist einfach auf die sektorale Orientierung und Vergütung unseres Gesundheitswesens zurückzuführen. Hier geht es nicht um sinnvolle Patientenversorgung, sondern um Besitzstandswahrung.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich richte meine Fragen an die DKG, den Marburger Bund und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wir haben zur Umsetzung sowohl des Arbeitszeitgesetzes, das aktuell wieder in der Diskussion ist, als auch der Abschaffung des AiP auf unterschiedliche Weise zusätzliche Gelder zur Verfügung gestellt. Ich möchte erfahren, wie bei den Krankenhäusern der Stand der Umsetzung von Maßnahmen der Arbeitszeitvorgaben ist und in welchem Umfang die finanziellen Mittel, die für die beiden genannten Bereiche zur Verfügung gestellt wurden, abgerufen worden sind. Man würde erwarten, dass diese

Mittel angesichts der finanziellen Situation der Krankenhäuser vollständig in Anspruch genommen werden.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Sie können davon ausgehen, dass die Mittel, die man abrufen kann, auch abgerufen werden. Wenn ein einzelnes Haus darauf verzichtet, die Mittel abzurufen, dann gibt es aus seiner Sicht auch keine Grundlage für eine Inanspruchnahmemöglichkeit. Es ist völlig unzutreffend anzunehmen, es gäbe bei der Bundesregierung einen Topf von 100 Mio. Euro jährlich, aus dem auf Antrag Mittel in der benötigten Höhe zugewiesen würden. Es besteht lediglich die Möglichkeit, Mittel in Höhe eines Budgetanteils von maximal 0,2 Prozent für die Veränderung der Arbeitsorganisation zu erhalten. Aber dafür gibt es bekanntlich Grenzen. Nicht jede Klinik kann Schichtmodelle einführen. Es wird immer wieder die These vertreten, die Kliniken würden das Geld gar nicht benötigen, weil sie nicht alle diese 0,2 Prozent in Anspruch nehmen. In Wahrheit hängt die Inanspruchnahme aber von den betrieblichen Bedingungen ab. Man könnte auch sagen, die Hürden für das Programm sind zu hoch.

Die Frage nach der Ausschöpfung der Mittel für die Abschaffung des AiP lässt sich arithmetisch beantworten. Man ist ursprünglich davon ausgegangen, dass es etwa 300 Mio. Euro kostet, wenn Assistenzärzte nicht mehr die für das AiP vorgesehene Vergütung in Höhe von damals 2.000 DM, sondern das reguläre BAT-Gehalt erhalten. Dieses Gehalt ist in jeder Klinik, in der eine solche Situation vorlag, ausgezahlt worden. Dies hat dazu geführt, dass das geschehen ist, was zu Beginn schon einmal diskutiert worden ist, dass die Krankenhäuser nämlich auch jenseits der Grundlohnrate Erlöse erzielen. Das waren aber Erlöse, denen Kosten in gleicher Höhe gegenüber standen. Wenn man sich vor Augen hält, dass die Grundlohnrate sich in den letzten fünf Jahren immer um die null Prozent bewegt hat, dann wird klar, dass dies – ein wenig übertrieben – allenfalls ausreichte, um die Stromrechnung zu bezahlen. Wenn die Grundlohnrate nicht überschritten worden wäre, dann wäre es um die Versorgung in Deutschland schlecht bestellt gewesen. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Kosten haben dazu geführt, dass die Grundlohnrate etwas überschritten wurde. Aber es waren keine frei verfügbaren Erlöse, sondern solche, die gezielt für bestimmte Kostenkomponenten ausgegeben werden mussten.

SV Rudolf Henke (Marburger Bund): Der Marburger Bund hat es damals sehr begrüßt, dass diese 700 Mio. Euro, verteilt über sechs Jahre, zur Verfügung gestellt worden sind. Er hat aber gleichzeitig betont, dass die Summe zu gering ist und die Maßnahme zu spät und zu verzerrt erfolgt. Es sind also insgesamt 700 Mio. Euro zusätzlich für bessere Arbeitszeitmodelle zur Verfügung gestellt worden. Nach Berechnungen der DKG sind den Krankenhäusern jedoch Mehrkosten in Höhe von 1,3 Mrd. Euro entstanden. Wir haben das nicht nachgerechnet, aber es spricht manches dafür, dass das so ist. Ein Teil der Häuser verhält sich wirklich zögerlich bei der Einrichtung der neuen Arbeitszeitmodelle. Anders ist es nicht zu erklären, weshalb es, angefangen von den Universitätskliniken bis hin zu kleinen ländlichen Krankenhäusern, zur Zahlung von Bußgeldern gekommen ist. Alles in allem ist das Arbeitszeitgesetz jetzt aber mit Hilfe dieser 700 Mio. Euro weitgehend umgesetzt worden. Es gibt jedoch Nachzügler, die immer noch Probleme bereiten. Insgesamt sind wir aber ein erhebliches Stück vorangekommen.

Die 300 Mio. Euro für die Abschaffung des AiP sind abgerufen und auch verwendet worden, so wie Herr Baum das dargestellt hat. Das kann ich bestätigen. Es bereitet uns aber Sorge, dass dieses Geld jetzt in die Fallpauschalenberechnung eingeht. Denn dadurch entsteht das Problem, das Herr Baum ebenfalls schon geschildert hat, dass nämlich die InEK-Kalkulation nicht den Basisfallwert beeinflusst, sondern lediglich die Aufteilung.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Herr Baum hat es richtig dargestellt, dass die Zahlung an bestimmte Voraussetzungen gekoppelt ist. Nach unseren Berechnungen ist nur etwa die Hälfte des Geldes tatsächlich geflossen, das maximal zur Verfügung gestanden hätte.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage richtet sich an den Marburger Bund und an ver.di. Im Laufe der Anhörung haben wir gehört, dass die Fallzahlen steigen, die Krankheitsbilder komplexer und die Liegezeiten kürzer werden. Außerdem ist das Pflegepersonal stark abgebaut worden, es kommt zur Arbeitsverdichtung und womöglich sinkt auch die Qualität. Ich würde gern erfahren, wie Sie angesichts dessen die Gefahr von Drehtüreffekten einschätzen und wie sich die geschilderten

Entwicklungen auf die Kosten bzw. Folgekosten auswirken.

SV Rudolf Henke (Marburger Bund): Die Gefahr von Drehtüreffekten erhöht sich deutlich, wenn Patienten zu einem zu frühen Zeitpunkt – jedenfalls gemessen daran, was man während meines Studiums noch für angemessen gehalten hat – entlassen werden. Als ich 1979 mein Examen gemacht habe, gab es immer wieder Patienten, die gefragt haben, warum sie so lange im Krankenhaus bleiben müssen. Das war noch zu Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips. Heute stellen Patienten eher die Frage, weshalb sie schon so zeitig entlassen werden, weil sie den Eindruck haben, sie seien eigentlich noch nicht so weit. Wir haben ein großes Problem in der komplementären Anschlussversorgung, weil die Menschen in einer veränderten sozialen Umgebung leben, die vermehrt durch Vereinzelung – in den Städten leben immer mehr Singles – und brüchige Familienstrukturen gekennzeichnet ist. Das bedeutet natürlich – und so etwas erlebe ich praktisch jede Woche –, dass Menschen zu Hause nicht klarkommen und sich deshalb ein paar Tage später wieder im Krankenhaus befinden. Ich kann also Ihre Annahme objektiv bestätigen.

Sve Ellen Paschke (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V. (ver.di)): Ich kann das ebenfalls bestätigen. Es gibt diesen Drehtüreffekt. Wir sprechen nach wie vor von „blutigen Entlassungen“. Die kurze Verweildauer macht sich insbesondere bemerkbar, wenn Patientinnen und Patienten in nachgelagerte Versorgungsbereiche kommen. Zum Beispiel wissen wir aus vielen Reha-Einrichtungen, dass sie aus Krankenhäusern Patientinnen und Patienten überwiesen bekommen, die die Beschäftigten der Reha-Einrichtungen eigentlich gar nicht behandeln und betreuen dürften, weil ihnen die Qualifikation dafür fehlt. Das ist ein großer Problemkomplex, um den wir uns einmal kümmern müssten. Ich glaube, dass viel Geld eingespart werden könnte, wenn es diesen Drehtüreffekt nicht gäbe. Ich habe vorhin schon darauf hingewiesen, dass wir eigentlich noch gar nicht über Qualität in den deutschen Krankenhäusern gesprochen haben. Ich kann berichten, dass die Beschäftigten zum Teil zu ihrem eigenen Schutz Überlastungsanzeigen an die Arbeitgeber schreiben. Wir haben den Beschäftigten auch dazu geraten, aufgrund der Leistungsverdichtung, der Arbeitsbelastung und der gesamten Situation in den Kranken-

häusern so zu handeln. Es gibt mittlerweile Tausende solcher Überlastungsanzeigen. Wir anonymisieren diese Anzeigen und stellen sie ins Internet. Das ist keine Panikmache, sondern nur der Versuch, darauf aufmerksam zu machen, dass die Qualität leidet. Wenn man solche Überlastungsanzeigen liest, dann wird einem vor Augen geführt, was Pflegekräfte – vor allem nachts – mit Patienten erleben und wo sie an ihre Grenzen geraten sind. Dann erkennt man, wie die Situation tatsächlich ist und dass die Qualität leidet. Es kommt also sehr wohl zu Drehtüreffekten. Und wenn man diese abstellen würde, könnte dies durchaus zu Einsparungen führen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich greife noch einmal den Bereich Pflege auf und richte eine Frage an den Deutschen Pflegerat. Erstens: Hat sich durch den Personalabbau im Pflegebereich der Krankenhäuser das Verhältnis zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegekräfte verändert? Zweitens: Welche Maßnahmen halten Sie im Hinblick auf die veränderte Personalausstattung beim Aufgabenzuschnitt im Pflegebereich der Krankenhäuser für notwendig? Drittens: Gibt es weitere Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegekräfte, etwa durch andere Berufsgruppen?

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Ich hatte das Thema vorhin schon angeschnitten. Was die Zusammenarbeit angeht, geraten wir sicherlich oft in schwierige Situationen, weil alle Berufsgruppen im Krankenhaus einem starken Druck ausgesetzt sind. Nach unserem Eindruck ist jedoch der Druck, der auf der Pflege lastet, am stärksten, weil die Pflege häufig am dichtesten am Patienten arbeitet und dabei auch Defizite kompensieren muss, die an anderer Stelle entstanden sind. Deswegen können Pflegekräfte mit allen anderen Berufsgruppen gelegentlich in Konflikt geraten. Vom Aufgabenzuschnitt her müsste man zu einem mehrstufigen Verfahren übergehen. Zunächst brauchen wir aber erst einmal wieder eine vernünftige Basis, um das pflegerische Kerngeschäft in guter Qualität für die Patienten erledigen zu können. Dafür ist eine Ausstattung erforderlich, die verhindert, dass das Pflegepersonal durch die Arbeit krank gemacht wird, vorzeitig ausscheidet oder, um den Arbeitsdruck etwas abzumildern, in Teilzeitarbeit geht. Ausgehend von dieser Basis können wir gerne darüber diskutieren, welche zusätzlichen Aufgaben die Pflege im gesamten Versorgungsprozess übernehmen könnte, zum

Beispiel im Bereich des Case-Managements, aber auch bei der Beratung von Patienten sowie bei der Versorgung in spezialisierten Bereichen, etwa im Zusammenhang mit chronischen Wunden oder Brustkrebs. Es müsste dann aber auch sichergestellt sein, dass die erforderliche Qualifizierung für den jeweiligen Spezialbereich vorliegt, dass die nötige Personalausstattung vorgehalten oder zusätzlich geschaffen wird. Umgekehrt sind die Entlastungsmöglichkeiten im Moment sicher begrenzt. Denkbar sind sie allenfalls noch in Bereichen wie Dokumentation und Hauswirtschaft. Aber auch hier sind die Spielräume eher marginal. Auf den Stationen bewegen sich immer mehr Berufsgruppen. Daher müsste man sorgfältig prüfen, wie man durch Zusammenarbeit aller Betroffenen zu einer Verbesserung der Arbeitssituation gelangen kann. Insgesamt gibt es aber nur noch wenige Bereiche, in denen Pflegekräfte größere, zeitaufwändige Aufgabenkomplexe abgeben könnten.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Nachfrage zu den Ausführungen von Herrn Oestreich. Sie haben berichtet, dass sie auf die gestiegenen Herausforderungen mit einem Neubau reagiert haben. Ihrer Stellungnahme ist weiterhin zu entnehmen, dass Sie vom Land Niedersachsen eine Landesförderung in Höhe von etwa 10 Prozent erhalten haben. Ist mein Eindruck richtig, dass Sie somit ein 800-Bettenhaus überwiegend aus dem laufenden Betrieb finanziert haben?

SV Gerald Oestreich: Noch haben wir es nicht finanziert, das wäre schön. Es ist richtig, dass hier im Land Nordrhein-Westfalen die Investitionsprogramme eingestellt worden sind. In den Jahren 2006 und 2007 hat es keine Förderung gegeben. Die Gesamtförderquote aus den Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen beträgt für das 210-Mio.-Euro-Projekt genau 10 Prozent. Der Träger selbst hat 20 Prozent aus Eigenmitteln, das heißt konkret aus dem Verkauf von Energieaktien, eingebracht. Die restliche Summe reinvestieren wir durch die Entscheidung, aus zwei Standorten einen Standort zu machen. Wir hatten bisher in Minden zwei Standorte mit sehr alten, maroden Gebäuden. Vor einigen Jahren haben wir uns die Frage gestellt, ob wir weiter sozusagen Instandsanierung betreiben oder das Geld für die Refinanzierung nutzen wollen. Ich glaube, mit dem Neubau haben wir die richtige Entscheidung getroffen. Allerdings muss man bedenken, dass diese Refinanzierung erst durch

einen enormen Personalabbau von 120 Stellen möglich wird.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe noch eine Frage an Prof. Wasem. Wir wissen, dass Sie ein Anhänger der Monistik sind. Welche Möglichkeiten gibt es aus Ihrer Sicht, die Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung, die stationäre Versorgung, die Krankenhausplanung und die Finanzierung der Investitionskosten auf Länder und Krankenkassen aufzuteilen?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich denke, man sollte sich zunächst einmal klarmachen, dass wir im Moment keineswegs gesicherte Regelungen haben. So haben wir heute schon erfahren, dass die Investitionsfinanzierung überwiegend in der Luft hängt. Was Herr Oestreich gerade gesagt hat, verdeutlicht dies exemplarisch. Ähnliches gilt für die Sicherstellung. Die DKG hat vorhin zu Recht die Auffassung vertreten, dass die Sicherstellungsregelung, die für den Fall vorgesehen ist, dass die DRG-Entgelte nicht auskömmlich sind, ebenfalls in der Luft hängt. Das heißt, wir befinden uns im Moment in einer Situation, in der bei zwei von drei wichtigen Regelungsbereichen, die die Sicherstellung betreffen, große Unklarheiten bestehen. Das muss man sich immer vor Augen halten, wenn man über Neuordnungsmodelle spricht. Neuordnungsmodelle können an unterschiedlichen Punkten ansetzen. Im Hinblick auf die Investitionskosten neigt die Mehrzahl der Ökonomen zu der Lösung, diese – wie auch immer im Einzelnen ausgestaltet – mit einer Übergangsregelung letztlich in die DRGs mit einzukalkulieren. Insoweit wäre dann das einzelne Krankenhaus autonom in seiner Entscheidung, wie es die Mittel verwenden will. Vor diesem Hintergrund sind unterschiedliche Modelle der Finanzierung denkbar. Was die Sicherstellung der Krankenhauskapazitäten angeht, lautet die Kernfrage, ob man es wagt, einen Schritt weiter in Richtung auf Selektivverträge zu gehen. Damit steht und fällt die Frage der Neuorganisation der Sicherstellung; wobei allerdings auch all diejenigen, die für einen mehr oder weniger großen Schritt in Richtung auf Selektivverträge plädieren, für eine staatliche Letztverantwortung eintreten. Das stellt niemand in Frage. Auch in all den Modellen, die in den letzten Jahren vorgelegt worden sind – angefangen von dem Gutachten zum Vertragswettbewerb, das wir im Jahre 2003 vorlegt haben, bis hin zu den Modellen des Kollegen Neubauer – wird auf die Not-

wendigkeit einer Letztverantwortung des Staates hingewiesen. Diese Modelle gehen jedoch davon aus – und ihre Urheber sind mit gutem Grund zuversichtlich, dass dieses Ziel realisiert werden kann –, dass der staatliche Eingriff auf die Fälle beschränkt wird, in denen die wettbewerbliche Lösung nicht funktioniert. Das wird in einigen Regionen möglicherweise der Fall sein. Man muss dann darüber nachdenken, wie man diese letzte Interventionsmöglichkeit des Staates ausgestalten will. Dafür gibt es unterschiedliche Vorschläge. Auf jeden Fall läuft ein stärker wettbewerblich orientierter Ansatz im Kern auf folgenden Vorschlag hinaus: Dort, wo es möglich ist – das heißt in weiten Teilen der Versorgung in Deutschland – soll sich die Sicherstellung über Angebots- und Nachfrageprozesse zwischen Krankenhäusern und Kassen sozusagen automatisch regeln, und nur dort, wo dies nicht funktioniert, brauchen wir eine Letztintervention des Staates. In den meisten Modellen wird diese wie folgt ausgestaltet: Zum einen soll es bundesweite Vorgaben für die Sicherstellung geben und zum anderen sollen die Länder den Prozess beobachten und Instrumente zur Verfügung gestellt bekommen, um dort intervenieren zu können, wo die Sicherstellung nicht funktioniert. Diese würde dann auf unterschiedliche Weise, über Kassen- oder Steuermittel, gewährleistet.

Vorsitzende: Wir haben die Anhörung pünktlich abgeschlossen. Ich möchte mich bei allen Teilnehmern bedanken, unabhängig davon, ob sie bei der heutigen Anhörung zu Wort gekommen sind oder nicht. Sie haben uns Ihre schriftlichen Stellungnahmen zukommen lassen. Ich wünsche allen, auch den Gästen und meinen Kolleginnen und Kollegen einen schönen Nachmittag. Auf Wiedersehen.

Ende der Sitzung: 16.15 Uhr