

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
33. Sitzung

Berlin, den 13.11.2006, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil IV Medizinische Versorgung, Block B: Krankenhaus) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

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

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

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

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

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

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

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.

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

FDP

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

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

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

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7,9,10,12,14,16,17,19,22,25,27,29	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	7,10,13,15,25,28
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	7,9	SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	8,11,12,13,21,27
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	10	SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	9
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	12,25	SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	11,14,19
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	12	SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.)	11,12,13,18,26
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	13	SV Dr. Stephan Schmitz (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.)	12
Abg. Peter Friedrich (SPD)	14	SV Klaus Focke (BKK Bundesverband)	14,16
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	16,19	SV Prof. Dr. Peter Schröder	14,29
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	17,18	SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.)	15,19
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	19,20,21,22	SV Dr. Wulf Leber (AOK-Bundesverband)	15,19,28
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22,23	SV Prof. Dr. Günther Neubauer	16
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23,24	SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.)	17
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	26	SV Dr. Hansjörg Hermes (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.)	18
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	27	SV Norbert Groß (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.)	18,23
Abg. Jella Teuchner (SPD)	28	SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände)	19
		SV Dr. Hermann Schulte-Sasse	20
		SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.)	20,22
		SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	21,22,24
		SV Klaus-Peter Murawski	22,23
		SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer)	24,25
		SV Ralf Michels	25
		SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e.V.)	27
		SV Dirk Völpe-Haus (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.)	29

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Tagesordnungspunkt 2

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Tagesordnungspunkt 3

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

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Tagesordnungspunkt 4

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

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

(Beginn: 14.00 Uhr)

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“

BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

„Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“

BT-Drucksache 16/1928 –

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

“Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“

BT-Drucksache 16/1997

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

„Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben“

BT-Drucksache 16/3096

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine Damen und Herren! Ich möchte hiermit den zweiten Teil der heutigen 33. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit eröffnen. Einige von uns haben schon gemeinsam den Vormittag bestritten. Wir sind in der Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ und zu drei Anträgen der Oppositionsfraktionen. Sie haben alle Unterlagen dazu.

Ich darf die neu Dazugekommenen recht herzlich begrüßen und freue mich auch, dass weiterhin Gäste an unserer Beratung teilnehmen, auch Medienvertreter. Ich begrüße wiederum die Vertreter der Bundesregierung, speziell des Bundesministeriums für Gesundheit, voran Staatssekretär Dr. Schröder, und die Vertreterinnen und Vertreter des Bundesrates, die anwesend sind. Ich danke an dieser Stelle auch dem Stenografischen Dienst, dass er dem Ausschuss mit dem Protokoll unter die Arme greift.

Wir haben vereinbart, den zweiten Teil des heutigen Tages der Krankenhausversorgung zu widmen. Genug der Vorrede; die meisten, die hier sind, kennen das Verfahren. Wir starten mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine ersten Fragen richten sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Zum einen gehen Sie, insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft, in Ihrer Stellungnahme darauf ein, dass die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser durch die Bindung an die Grundlohnrate stark eingegrenzt sind. Wie sehen denn die tatsächlichen Steigerungsraten bei den Ausgaben der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren aus? Welche Budgetvereinbarungen wurden abgeschlossen? Wie sieht dies wiederum im Verhältnis zu den entsprechenden Grundlohnsummensteigerungen aus? Wie erklären Sie sich mögliche Abweichungen?

Zum Zweiten: Wir haben jetzt einen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent oder 500 Millionen Euro vorge-

sehen. Davon werden 0,2 Prozentpunkte durch die Absenkung der Mindererlösausgleiche von 40 auf 20 Prozent erbracht. Können Sie uns darstellen, wie hoch die Ausgleiche für die Mindererlöse im Jahr 2005 bundesweit waren? In welchem Umfang erwarten Sie Mindererlösausgleiche im Jahr 2007? Ist die in diesem Zusammenhang in der Begründung des Gesetzentwurfs genannte Summe realistisch, so dass die erwarteten Einsparungen in Höhe von 0,2 Prozent der Krankenhausaussgaben auch erreicht werden?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Lassen Sie mich vorwegschicken, dass das Krankenhausfinanzierungssystem seit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz eine enge Bindung der Krankenhäuser, des einzelnen Hauses wie auch der Gesamtausgaben, an die Grundlohnrate technisch nicht mehr vorsieht. Das einzelne Haus hat keine Grundlohnratenzuwachsbegrenzung. Insofern finden die Budgetverhandlungen auf der örtlichen Ebene nach dem DRG- und Leistungsprinzip statt. Das heißt: Hat ein Krankenhaus 10 Prozent mehr Leistungen, dann ergibt sich aus der Multiplikation mit den jeweiligen Fallpauschalen ein höherer Budgetabschlussanspruch. Es geht ja um Ihre Frage, wieso es zu einem Auseinanderklaffen zwischen Budgetabschlüssen und Grundlohnraten kommt. Das einzelne Haus unterliegt keiner Grundlohnratensteuerung, wie der Gesetzgeber es mit der politischen Zielsetzung der Entbudgetierung wollte, um auch den Fluss zwischen Krankenhäusern - Geld folgt der Leistung - zu ermöglichen.

Auf der Ebene der Landesbasisfallwerte, dort, wo definiert wird, wie viel Geld in einem Lande für die Krankenhäuser in der prospektiven Phase zur Verfügung stehen soll, wirkt die Grundlohnrate relativ stark schneidend. Das ist die prospektive Phase, wo der Preis der Fallpauschalen auf der Landesebene definiert wird. Dann werden im System die Leistungen betrachtet und je nach Ergebnis kommt es auf der Ebene des einzelnen Hauses zu Mehrerlösen oder Mindererlösen, die über diese Mechanismen ausgeglichen werden. Das zur Systematik.

Es zeigt sich, dass die Krankenhausaussgaben in den letzten fünf Jahren sehr moderat gestiegen sind. Der durchschnittliche Ausgabenanstieg für alle Krankenhausleistungen in den

letzten fünf Jahren betrug 2 Prozent. Seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 waren es 2003 1,8 Prozent, 2004 1,5 Prozent, 2005 3,3 Prozent. Jetzt, im Jahr 2006, gibt es im ersten Halbjahr einen Anstieg von 4,4 Prozent. Alle Zahlenreihen seit Einführung des DRG-Systems zeigen, dass sich vom ersten bis zum vierten Quartal der Zuwachs immer weiter abgeflacht hat. Das heißt, die 4,4 Prozent, die derzeit für das Jahr 2006 von der Statistik angezeigt werden, werden sich nach dieser Regel im Laufe des Jahres weiter abflachen.

Aus der Finanzierungssystematik heraus, die ich dargestellt habe, kann diese Zahl logischerweise oberhalb der Grundlohnrate liegen. Die Grundlohnrate für das laufende Jahr beträgt 0,65. Der Bundesgesetzgeber gibt den Krankenhäusern vor, dass sie jedes Jahr 0,2 mehr für Anpassungen im Zusammenhang mit dem Bereitschaftsdienst ausgeben sollen, dass sie die AIPler voll bezahlen sollen. Das heißt, es gibt gesetzliche Regelungen, die von vornherein die Krankenhausaussgaben erhöhen. Wir schätzen das Volumen, um das die gesetzlichen Regelungen die Krankenhausaussgaben erhöhen, auf 1 Prozent, sodass ein ganzer Prozentpunkt auf die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben entfällt und von vornherein die Grundlohnrate von den Krankenhäusern gar nicht eingehalten werden kann, weil die gesetzlichen Verpflichtungen höher sind, als es die Grundlohnrate von 0,65 ermöglicht.

Noch krasser wird die Situation im nächsten Jahr, wenn die Krankenhäuser aufgrund des AVWG in den alten Bundesländern nur 0,28 als Steigerungsrate zur Verfügung haben. Allein das 0,2-Programm zur Verbesserung des Bereitschaftsdienstes zehrt schon die ganze Grundlohnrate auf, sodass die Grundlohnrate kein Maßstab dafür kann, ob es zulässige oder unzulässige Entwicklungen bei den Krankenhausaussgaben gibt. Dahinter steht eine Leistungsentwicklung, die vom Gesetzgeber mit der Entdeckung durch das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz in dieser Form akzeptiert wurde und diesen ordnungspolitischen Grundsätzen auch entspricht.

Zu der Frage, ob die Mindererlöse jetzt im Gesetzentwurf richtig taxiert sind, meinen wir, dass die Mindererlöskürzungen, die jetzt dadurch entstehen, dass man von 40 auf 20 Prozent reduziert, mit 100 Millionen in der Einsparliste zu niedrig angesetzt sind. Nach unse-

ren Schätzungen lag das Volumen für die Mindererlöse im Jahr 2005 bei oberhalb 400 Millionen, sodass eine Reduktion von 40 auf 20, also eine Halbierung, eher 200 Millionen ergeben müsste. Wie hoch die Mindererlöse im für die Abrechnung im Jahr 2008 relevanten Jahr 2007 sein werden, kann natürlich nicht antizipiert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass seit Einführung der DRGs das grundsätzliche Auseinanderklaffen von Budgetabschlüssen und Enderlössituation, auch aufgrund des gestiegenen Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern, weiter eher eine hohe Summe ergibt, sodass die Kürzung mit entsprechenden Volumina zu Buche schlägt.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK)AEV: Wenn man die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung der Krankenkassen in den letzten zehn Jahren betrachtet, kann man feststellen, dass die Ausgaben bei den Krankenhäusern in der Regel sehr viel höher lagen als die Einnahmen der Krankenkassen. Die Ausgaben bei den Krankenhäusern waren in der Regel 2,3-mal so hoch wie die Einnahmen der Krankenkassen. Besonders gravierend ist die letzte Zeit; ich nenne die Zahl aus dem Jahr 2005. Im Jahr 2005 lag die Grundlohnentwicklung bei 1 Prozent und die Ausgabenentwicklung bei 3,3 Prozent, die Ausgabenentwicklung war also 2,3 Prozentpunkte höher. Im ersten Halbjahr 2006 ist diese Schere noch weiter auseinander gegangen. Die Grundlohnentwicklung lag nämlich bei 0,5 Prozent und die Ausgabenentwicklung bei 4,4 Prozent.

Das heißt, eine Bindung an die Grundlohnrate haben wir im Krankenhausbereich nicht. Wir haben sie tatsächlich, aber auch gesetzlich nicht, denn der Gesetzgeber hat zugelassen, dass der oft zitierte Deckel auf die Krankenhausaussgaben sehr viele Löcher hat. Dagegen ist ein Schweizer Käse eine durchgehende Masse. Im Krankenhausbereich ist dieser Deckel sehr durchlöchert. Ein Beispiel hat Herr Baum gerade schon genannt. Allmählich geht das Mengenrisiko auf die Krankenversicherung über. Dann gibt es zusätzliche ausgabenwirksame Neuerungen wie die Einführung von Arbeitszeitmodellen. Auch das neue GKV-WSG bringt einen neuen Ausgabenschub - ich nehme an, wir kommen noch zu diesem Thema -, nämlich über die Neugestaltung des § 116 b SGB V.

Was den Solidarbeitrag der Krankenhäuser anbelangt, sprechen die Zahlen, die ich gerade genannt habe, meiner Meinung nach dafür, dass dieser Solidarbeitrag unbedingt notwendig ist. Die erste Frage ist eigentlich: Warum nur 500 Millionen? Nach den Zahlen, die ich Ihnen genannt habe, gibt es dort eine sehr viel größere Lücke.

Was die Regelung des Mindererlösausgleichsatzes betrifft, der von 40 auf 20 Prozent gesenkt werden soll, glauben wir, dass dieses Instrumentarium völlig ins Leere läuft. Die Größenordnung, die damit erreicht werden soll, wird nicht erreicht. Denn entscheidend ist nicht, wie sich die Fallzahlen in der Vergangenheit entwickelt haben, sondern entscheidend ist, wie die Zukunft aussehen wird. Im Jahr 2006 haben wir - so sind die Meldungen unserer Kassen - Fallzahlsteigerungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Mindererlösausgleich zum Tragen kommt, ist also außerordentlich gering. Im Gegensatz zu Herrn Baum würde ich sagen: Der Betrag von 100 Millionen ist viel zu niedrig angesetzt. Er ist einfach unrealistisch.

Wenn man den Solidarbeitrag wirklich erfüllt sehen will, kann man nur eines machen, nämlich die vorgesehene Rechnerkürzung von 0,7 auf 1 Prozent oder sogar höher aufstocken.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine zweite Frage geht an Herrn Professor Dr. Henke. Herr Professor Dr. Henke, wie können sich Kliniken auch vor dem Hintergrund der vorzusehenden Einsparungen im Wettbewerb aufstellen? Gibt es Beispiele, auch unter Berücksichtigung von Vertragsoptionen? Wie werden sich diese Veränderungen voraussichtlich auf die Krankenhauslandschaft auswirken?

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: Frau Widmann-Mauz, bevor ich Ihre beiden Fragen mit drei Thesen beantworte, wollte ich nur sagen: Ich bin jetzt hier. Denn ich hörte vom Kollegen Neubauer, dass ich heute Morgen auch schon einmal gefragt worden bin. Das muss ein Versehen gewesen sein, denn ich bin erst morgen dran, von 8 bis 14 Uhr. Dann bin ich auch zur Stelle.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Die Abgeordneten haben fast immer alles, aber nicht immer alles im Blick. Reden Sie jetzt; jetzt sind Sie gefragt.

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: Das will ich gerne tun. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass ich meine Termine schon einhalte.

Zu den zwei Fragen würde ich angesichts der Kürze der Zeit auf drei Punkte eingehen. Ich würde sie anhand der Unterlage beantworten, die ich habe austreten lassen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht kann ich ein wenig allgemeiner und mittelfristiger argumentieren und bin der Meinung, dass die Krankenhäuser sich in Zukunft weiter spezialisieren werden und dass sie auf diesem Wege der Spezialisierung neue Formen der Arbeitsteilung finden, und zwar nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern auch innerhalb der Krankenhäuser. Damit verbinde ich den Hinweis, dass sich der Sicherstellungsauftrag für den stationären Bereich an dieser neuen, erwarteten Entwicklung orientieren und sich darauf einstellen muss. Damit wird deutlich, dass der Sicherstellungsauftrag für den stationären Bereich und auch für den ambulanten Bereich neu überdacht werden muss, denn in dieser Trennung hat das wenig Sinn. Das wäre der erste Punkt.

Der zweite Punkt bezieht sich auf die vorhandenen Überkapazitäten im stationären Bereich, die es sicherlich erlauben, in Zukunft mehr zu selektiven Kontrahierungen und damit zu neuen Formen des Vertragsgeschäfts zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern überzuleiten. Ich möchte auf die Dissertation von Frau Cobbers verweisen, die über die Fragen der selektiven Kontrahierung geschrieben hat. Aus deren Arbeit ist eine ganze Reihe von Anregungen aus dem internationalen Vergleich zu entnehmen.

In diesem Zusammenhang gewinnt meines Erachtens die Navigation von Patienten mehr und mehr an Bedeutung. Das heißt, die Krankenkassen werden sich durch Qualitätsvergleiche zunehmend transparent machen - das tun sie jetzt auch schon - und werden sich mehr und mehr ihre Qualität zertifizieren lassen. Die Navigation der Patienten wird sicherlich aus der Sicht der Krankenkassen, aber auch aus der Sicht der Krankenhäuser, die sich

zukünftig in einer neuen Arbeitsteilung aufstellen werden, zunehmen.

Der dritte Punkt bezieht sich - wie meist, wenn die Ökonomen zum Krankenhaussektor Stellung nehmen - auf die immer noch gängige dualistische Krankenhausfinanzierung, die natürlich zur wirtschaftlichen Krankenhausführung im Gegensatz steht, bei der man sich Betriebs- und Investitionsausgaben in einer Hand wünscht. Ich habe gesehen, dass die monistische Krankenhausfinanzierung in dem Reformwerk angesprochen ist, aber nicht in einer Weise, dass man erkennen könnte, dass sie nun wirklich kommt. Vor dem Hintergrund der sinkenden Fördermittel der Bundesländer verzichten immer mehr Häuser, vor allem die mit privaten Trägern, auf die bestehende duale Finanzierung mit der Trennung von Investitionskosten und laufenden Betriebsausgaben.

Diese drei Dinge - die neue Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern und innerhalb der Krankenhäuser, die Patientennavigation und die selektive Kontrahierung sowie die monistische Krankenhausfinanzierung - stellen drei Entwicklungslinien dar, die dazu beitragen werden, die finanzielle Stabilität nicht zu unterlaufen, sondern in diesem Bereich auf mittlere Sicht zu stärken.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Herr Gerdemann hat eben schon § 116 b angesprochen; auf diesen beziehe ich mich jetzt. Meine Fragen gehen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der Universitätsklinika Deutschlands und an den Bundesverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland. In dem neu formulierten § 116 b ist die Krankenhausplanung des Landes dazu ausersehen worden, die §-116-b-Strukturen festzulegen. Darin steht, dass eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten anzustreben ist.

Dann stellt sich die Frage: Ist diese Abstimmung zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich ausreichend? In der Begründung wird auf die Rolle der KVen in den Landesplanungsausschüssen verwiesen, aber nach meinem Kenntnisstand sind die KVen nicht in allen Bundesländern in diesen

Gremien vertreten. Weiterhin ist eine Sonderrolle der Onkologie in dem Katalog in § 116 b vorgesehen.

Dann habe ich noch eine spezielle Frage zu den Hochschulambulanzen, also zu § 117. Könnte man in diesem Bereich auch eine Lösung für die Hochschulen vorsehen?

Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir kommen damit aber heftig in die Zeit der zweiten Runde.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Wenn die Antworten sich auf das Wesentliche beschränken, wird das sicher vertretbar sein.

Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Gut. Wir haben allerdings nur noch eine Minute. - Die Krankenhausgesellschaft beginnt.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Wir halten es für zielführend und richtig, dass die Regelung jetzt in dieser Form vorgesehen ist, das heißt, dass die Länder den Krankenhäusern diese Möglichkeit der ambulanten Behandlung zusprechen können sollen. Wir sind der Meinung, dass die Länder ihre Verantwortung, die sie zum Beispiel bei anderen Dingen haben - Erhebung des Sicherstellungszuschlages oder Intervention bei Mindestmengen -, überall sehr verantwortlich wahrnehmen. Es ist davon auszugehen, dass die Länder die Anforderung des Gesetzgebers, die Situation im niedergelassenen Bereich zu berücksichtigen, verantwortungsvoll ausfüllen werden, auch wenn nicht in allen Ländern die kassenärztlichen Vereinigungen in den Planungsausschüssen vertreten sein werden.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die §-116-b-Leistungen fast statistisch detailliert im Gemeinsamen Bundesausschuss nachdefiniert werden. Da steht genau, was wann wo gemacht werden darf, sodass auch die Onkologie dieser exakten Steuerung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unterliegt. Daher sehen wir nicht die Gefahr, dass Leistungen, die aus einem Guss sind und wegen ihrer Bedeutung auch aus einem Guss erbracht werden sollen, entgegen der Intention des Gesetzge-

bers das Verhältnis von ambulantem und stationärem Bereich in der Onkologie stark tangieren würden. Wir meinen also, dass die Regelung in dieser Form ausreichend ist.

SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich darf direkt daran anknüpfen. Ich glaube, dass der Begriff „Onkologie“, der anders als die anderen spezialisierten Krankheiten, die im Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt worden sind und festgelegt werden müssen, eher unbestimmt ist, hier sehr viel Anlass für unnötige Diskussionen und Debatten gibt. Die onkologische Versorgung wird in der Regel nach wie vor ambulant stattfinden. Auch die Patienten wünschen ja, ambulant behandelt zu werden, wenn es geht. Somit besteht eigentlich kein Grund, die Regelung zu lockern, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss abschließend und enumerativ festgelegt wird, für welche Erkrankungen § 116 b und die Öffnung der Krankenhäuser zutreffen. Das ist der erste Aspekt.

Das zweite Aspekt ist, wer diese Bestimmung für die Krankenhäuser trifft und ob das wirklich die Krankenhausträger sind. Das erinnert einen ein bisschen an die Geschichte mit den Fröschen und dem Sumpf. Insofern würde ich empfehlen, davon Abstand zu nehmen,

Auf die Überleitung und das Management werden wir vielleicht noch zu sprechen kommen. Ich glaube, dass wir schon erreichen können, dass Patienten aus ambulanten in stationäre Bereiche und umgekehrt übergeleitet werden können. Hier gibt es bereits gute Ansätze. Ich glaube, das ist kein Grund, an dieser Stelle zu ändern.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Vorab möchte ich betonen, dass sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung immer für den Grundgedanken des § 116 b ausgesprochen haben, also ambulante, hoch spezialisierte Leistungen auch in Krankenhäusern zuzulassen. Dass es dennoch nicht zu einer Vielzahl von Verträgen gekommen ist, liegt einzig und allein daran, dass der Gesetzgeber vergessen hat, hier eine Finanzierungsregelung zu schaffen. Denn diese Leistungen werden aus dem Bereich niedergelassener Vertragsärzte ins Krankenhaus verlagert. Insofern hätte der Gesetzgeber bei der Schaffung des

§ 116 b auch die Finanzströme umlenken müssen, in dem Sinne, dass Gelder den Leistungen folgen, wenn diese von dem ambulanten, vertragsärztlichen Bereich auf die Krankenhäuser verlagert werden.

Insofern hilft die Neuregelung des § 116 b nicht, dieses elementare Problem zu lösen, das bisher verhindert hat, dass die Möglichkeiten des § 116 b in größerem Maße in Anspruch genommen werden.

Die Zulassung durch die Planungsbehörden ist aus unserer Sicht eine Katastrophe. Ich sage das so platt. Denn die Zulassung wird sehr wahrscheinlich nach dem Gießkannenprinzip erfolgen. Es wird boomen. Denn diejenigen, die die Zulassung aussprechen, sind nicht diejenigen, die die Leistungen dann auch bezahlen müssen, sodass wir davon ausgehen, dass Zulassungen nach § 116 b ein sehr hohes Maß erreichen werden. Damit wird eine Verteuerung eintreten, insbesondere dann, wenn keine Finanzierungsregelung in dem Sinne getroffen wird, wie ich es eingangs gesagt habe.

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Wir haben in den Hochschulkliniken die größte Erfahrung mit der Versorgung von ambulanten Patienten in diesem hoch spezialisierten Bereich. Wir machen das seit 50 Jahren in den Hochschulambulanzen und vorher in den Polikliniken. Es sind insbesondere Patienten im Bereich der Onkologie, der Transplantationsvorbereitung und -nachsorge und mit seltenen Erkrankungen, etwa Kinder - Mukoviszidose und dergleichen. Hier besteht eine Sicherstellungslücke des niedergelassenen Bereichs. Es ist völlig klar, dass ein solcher Bereich geregelt werden muss. Bisher ist er aber schlecht geregelt worden.

Ich widerspreche Herrn Gerdemann selten, aber in diesem Punkt muss ich klar sagen: Der alte § 116 b, der gut gemeint war, ist völlig ins Leere gelaufen. Es gibt nur einen einzigen Vertrag. Auch der neue § 116 b wird das nicht leisten, was die Bevölkerung und die schwerkranken Patienten brauchen, weil die Landesplanung gar nicht in der Lage ist, diese hoch komplizierten medizinischen Fragestellungen, die sehr oft auch mit innovativen diagnostischen und therapeutischen Verfahren verbunden sind, zu beurteilen. Deshalb wird es per

Gießkanne oder nach sonstigen sachfremden Gesichtspunkten so genannte Bestellungen geben. Aber Leistungen von den Einrichtungen, die es können, werden weiter nachgefragt werden, ohne anständig bezahlt zu werden.

Deshalb haben wir uns erlaubt, in der schriftlichen Stellungnahme, die wir zu dem Gesetzgebungsverfahren abgeben, anzuregen, dass für die Universitätsklinika § 117 mit Blick auf die Hochschulambulanzen verändert wird.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Wir würden uns mit der Antwort bis hierhin schon zufrieden geben. Danke schön. Die Stellungnahme haben wir ja.

SV **Rüdiger Strehl** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Gut.

SV **Dr. Stephan Schmitz** (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.): Ich nehme zur Sonderrolle der Onkologie in § 116 b Stellung. Die Onkologie ist als einziges Fachgebiet in § 116 b im Katalog aufgeführt. Aus unserer Sicht stellt das eine nicht zu rechtfertigende Besserstellung von Krankenhäusern gegenüber niedergelassenen Onkologen dar. Wir sehen keine diesen Eingriff rechtfertigende Begründung. Die Onkologie bezieht sich nicht auf seltene Erkrankungen - es gibt 350 000 Neuerkrankungen pro Jahr in der Bundesrepublik und 5 Millionen Menschen, die die Diagnose Krebs hatten oder haben. Die Erkrankungen sind in der Regel nicht so speziell, dass sie nicht in Vertragsarztpraxen ambulant medikamentös behandelt werden können. Besondere Krankheitsverläufe in der Onkologie sehen wir auch nicht. Für das gesamte Fachgebiet der Onkologie werden eigentlich die Kriterien des § 116 b - selten, besonderer Krankheitsverlauf, hoch spezialisiert - nicht erfüllt.

Wir sehen auch die Problematik, dass es durch das Zulassungsverfahren nach dem Gießkannenprinzip eine sehr große Öffnung vieler Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung nach § 116 b gibt. Diese flächendeckende Öffnung der Krankenhäuser konterkariert geradezu Ihren politischen Willen, die Qualität der Versorgung für besondere Erkrankungen zu verbessern.

Die Krankenhausambulanz unterliegt, nachdem sie durch einen einmaligen Verwaltungsakt zugelassen ist, keiner fortlaufenden Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitskontrolle. Sie kann die Leistungen im Gegensatz zu den niedergelassenen Onkologen unbudgetiert, ohne Wirtschaftlichkeitskontrolle durch die Krankenkassen und ohne Anwendung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Allein dies stellt eine krasse Ungleichbehandlung von Krankenhaus- und Vertragsärzten dar.

Nicht weiter ausführen möchte ich Auswirkungen auf die Bedarfsplanung.

Wir schlagen daher eine nur minimalinvasive, mikrochirurgische Änderung an § 116 b vor. Ohne § 116 b in seiner grundsätzlichen Konstruktion anzutasten, soll die Onkologie als Ganzes aus dem Katalog des § 116 b herausgenommen werden und die Definition der onkologischen Leistungen, die die Kriterien des § 116 b erfüllen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Abs. 4 übertragen werden.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Runde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zum Sanierungsbeitrag. Da wir über die Ausgabenentwicklung schon einiges gehört haben, möchte ich nun die Spitzenverbände der Krankenkassen fragen: Halten Sie den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für erforderlich? Sehen Sie noch Einsparmöglichkeiten im Krankenhausbereich? Wenn ja, lassen sich diese quantifizieren?

SV **Dr. Werner Gerdemann** (VdAK/AEV): Die Verhältnisse hatte ich vorhin schon dargestellt. Ich hatte auch gesagt, dass man, wenn man diese Verhältnisse sachlich wertet, eigentlich zu dem Schluss kommen muss, dass der Sanierungsbeitrag nicht nur erforderlich ist, sondern zu gering ist.

Natürlich gibt es andere Möglichkeiten oder Notwendigkeiten, im Krankenhausbereich zu einer Stabilisierung beizutragen - diese sind

allerdings sehr unpopulär -: Die Krankenhausplanung sollte in eine wirklich strikte Rahmenplanung geändert werden. Der Kontrahierungszwang muss aufgelöst werden. Ambulantes Operieren sollte stärker gefördert werden - in den deutschen Krankenhäusern wird im Vergleich zu anderen Ländern viel zu wenig ambulant operiert - und die Ausgabenentwicklung muss strikt an die Grundlohnentwicklung gebunden sein.

Quantifizieren kann ich diese Maßnahmen nicht. Ich glaube, dass das niemand kann. Denn hier werden Entwicklungen in Gang gesetzt, die man nicht heute schon auf Heller und Pfennig beziffern kann.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich komme auf § 116 b zurück und frage die DKG, den Verband der Universitätsklinika Deutschlands, den VKD, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV: Erwarten Sie, dass die Neuregelung zu einer erheblichen Ausweitung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser führen wird? Ist eine solche Ausweitung aus Ihrer Sicht sinnvoll? Wie wird sich danach der Wettbewerb zwischen Fachärzten und Krankenhäusern entwickeln?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Frau Spielmann, wir sind der Meinung, dass viele Leistungen, die heute in einem schwierigen Umfeld stattfinden - auch abrechnungstechnisch -, über die Regelung des § 116 b auf eine gute, sichere Grundlage gestellt werden. Ich meine damit die Leistungen, die über ermächtigte, ambulante Krankenhausarztleistungen oder über die Polikliniken der Universitäten erbracht werden. Das heißt, die Sorge, dass Krankenhäuser sich Leistungen einverleiben, die bislang niedergelassene Ärzte erbracht haben, muss man an dieser Stelle nicht haben. Aids- oder Mukoviszidose-Ambulanzen in den Krankenhäusern würden endlich auf eine gefestigte Grundlage gestellt, während sie heute oft nur eine bedarfsplanungsbedingte Zulassung haben, die - was immer wieder passiert - von heute auf morgen entzogen werden kann. Die Hauptrichtung ist die Absicherung dieser Leistungen.

Daneben steht der Fall, dass zukünftig bei gewissen Krankheitsbildern Versorgungsbedarfe

so organisiert werden, dass eine Verkürzung von stationären Leistungen durch ambulante Behandlungsepisoden erfolgt. Aber auch da wird den niedergelassenen Ärzten nichts weggenommen. Es ist nicht die Interessenlage der Krankenhäuser, die fachärztliche medizinische Versorgung in die Krankenhäuser hineinzuziehen, sondern es geht darum, den Bedarf der schwerkranken Patienten - um die geht es ja - nach einer Versorgung aus einem Guss organisieren zu können.

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Wir erwarten keine Ausweitung bei den Fallzahlen, weil unsere Kapazitäten sowieso gedeckt oder überlastet sind. Was aber mit § 116 b oder mit einem revidierten § 117 beendet werden kann, sind der Missbrauch und die Unterfinanzierung der Hochschulambulanzen, die wir derzeit registrieren müssen. Gerade in den neuen Bundesländern werden für hoch spezialisierte diagnostische und therapeutische Leistungen pro Fall oft nur 30 Euro im Quartal bezahlt. Das muss unseres Erachtens beendet werden, weil mit der Scharfstellung des DRG-Systems eine Querfinanzierung nicht mehr möglich ist.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Aus unserer Sicht wird es eine Ausweitung der Leistungen geben. Denn fast jedes Krankenhaus wird natürlich schon aus Imagegründen bemüht sein, die Zulassung für Leistungen nach dem § 116 b zu erhalten. Wir gehen davon aus, dass diese Zulassung auch erteilt wird. Denn wenn das Land nicht die kostenmäßigen Konsequenzen tragen muss, wird schließlich politisch entschieden werden, ob eine Zulassung erteilt wird oder nicht.

Und ich wiederhole, was ich schon auf eine entsprechende Frage aus den Reihen der CDU gesagt habe: Dadurch, dass diese Leistungen vom ambulanten vertragsärztlichen Bereich in den Krankenhausbereich verlagert werden, aber keine Abschmelzung der Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich zustande kommt, werden die Leistungen nach § 116 b von den Krankenkassen zusätzlich finanziert werden müssen. Das wird teuer!

Die Integration der Hochschulambulanzen in § 116 halte ich nicht für zielführend.

SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es geht ja nicht darum, dass den niedergelassenen Ärzten etwas weggenommen wird. Ich glaube, das ist eine falsche Diskussion. Es geht darum, wie man die Patienten mit den Krankheiten, die selten sind und die eine hoch spezialisierte Behandlung brauchen, am besten behandeln kann. Dafür brauchen wir die Öffnung im Sinne des § 116 b. Da gibt es gar kein Vertun.

Allerdings: Je spezialisierter und spezifischer die Beschreibung ist - das ist die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses -, umso geringer ist die Gefahr der Ausweitung. Denn die seltenen Erkrankungen heißen ja deswegen „seltene Erkrankungen“, weil sie selten sind. Insofern besteht dann auch nicht die Gefahr einer Massenausweitung.

Wir haben eben gehört, dass es in der Onkologie 350 000 Neuerkrankungen pro Jahr gibt. Das ist dann keine seltene Erkrankung. Da wird natürlich die Möglichkeit einer Ausweitung bestehen, die zudem relativ unspezifisch ist. Es würde auch eine Überforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedeuten, das gesamte Feld der Onkologie zu durchforschen, um eventuell Missbrauch zu begegnen.

Insofern plädiere ich dafür - ausgehend von der Notwendigkeit der Behandlung der Schwerkranken mit den seltenen Erkrankungen -, die Anwendung des § 116 b grundsätzlich zu bejahen, aber eine Ausweitung in Richtung Onkologie zu vermeiden.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Der Verband der Krankenhausdirektoren ist nicht vertreten. Dafür möchte der der BKK-Bundesverband noch etwas ergänzen.

SV Klaus Focke: (BKK Bundesverband): Ich möchte ergänzend zu Herrn Gerdemann sagen: In der Begründung wird explizit darauf hingewiesen, dass in diesem Bereich keine Bedarfsplanung durch die Länder stattfinden soll. Das macht deutlich, wie groß die Gefahr einer unkontrollierten Mengenausweitung an dieser Stelle ist.

Aus unserer Sicht sollten vertragliche, wettbewerbliche Lösungen das Mittel der Wahl sein

und nur im Ausnahmefall staatliche Planungsvorgaben zum Zuge kommen.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DKG, Herrn Professor Schröder, den Marburger Bund und die Spitzenverbände. Die Krankenhäuser und deren Ärzte klagen über hohen bürokratischen Aufwand, unter anderem verursacht durch die übermäßigen Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den MDK. Halten Sie die Vorgaben des neuen § 275 Abs. 1 c, nach dem die Krankenkassen bei erfolglos verlaufenen Prüfungen eine Aufwandspauschale von 100 Euro zahlen sollen, für geeignet, um die Krankenkassen zu zielgerichteten Prüfungen zu veranlassen und bei Krankenhäusern Bürokratieaufwand zu vermeiden?

SV Prof. Dr. Peter Schröder: Über das DRG-System existieren jetzt Zahlen aus ungefähr vier Jahren. Wir wissen, dass etwa 40 Prozent der geprüften Krankenhäuser vom MDK beanstandet werden. Das heißt, 40 Prozent der Fälle werden vom MDK anders gesehen, als vom Krankenhaus im Vorfeld codiert wurde. Wenn man sich dann die Relation anschaut, in wie vielen die Änderung zugunsten des Krankenhauses oder zugunsten der Krankenkasse ausfällt, kommt man auf ein Verhältnis von etwa 8 : 1 zugunsten der Krankenkasse. Das macht pro Fall eine Rechnungsminderung von ungefähr 30 Prozent aus, ausgehend von einer hohen dreistelligen Summe.

Wenn man sich den Verlauf der Jahre anschaut, sieht man, dass die Quote der Auffälligkeiten in den Jahren 2003, 2004, 2005 und nach ersten Erfahrungen 2006 in etwa gleich geblieben ist; sie lag jeweils bei etwa 40 Prozent, obwohl in dieser Zeit ein erheblicher Aufwand betrieben worden ist, insbesondere von den Krankenkassen, im Vorfeld Filter einzubauen, um diese Erfolgsquote zu erhöhen. Das heißt, eine Erfolgsquote von mehr als 40 Prozent werden wir wahrscheinlich nicht erreichen. Solange die Krankenkassen eine Gebühr bezahlen müssen und nicht auf die Einnahmen verzichten können, die ich eben geschildert habe, werden sie ihre Prüfaufträge wahrscheinlich sogar noch erhöhen. Das ist nicht in unserem Interesse. Die Krankenkassen selbst haben ein hohes Interesse daran, den Prüfaufwand möglichst erfolgreich laufen zu

lassen, weil sie den MDK ja per Umlage bezahlen. Aus diesem Grund würde ich empfehlen, den Weg, wie er jetzt eingeschlagen wurde, in diesem System so zu belassen, ohne dass man diese 100 Euro einführt.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Wir begrüßen es außerordentlich, wenn die politisch Verantwortlichen anerkennen, dass es in den letzten Jahren zu einem Übermaß an Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und damit zu einer hohen Belastung für qualifiziertes ärztliches Personal gekommen ist. Die Schwelle, ab der Prüfungen eingeleitet werden, wird immer weiter reduziert, beobachten die Krankenhäuser. Das geht nahezu vollständig maschinell: Ein auf Auffälligkeitsdaten getrimmter Computer lässt die Rechnungen durchlaufen und schmeißt dann hinten den Prüfauftrag an das Krankenhaus aus. Bis dahin hat sich noch kein qualifizierter Arbeitnehmer damit beschäftigt. Aber im Krankenhaus geht es dann los: Der Oberarzt muss die Unterlagen aufarbeiten, der Chefarzt muss den Brief freigeben usw. - und das alles in einem Übermaß, das wegen der Bürokratie zu diesem Protest geführt hat.

Gott sei Dank hat man das in diesem Gesetz aufgegriffen: zum einen über die Regelung, dass die Prüfung innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss des Falles eingeleitet sein muss - das ist sehr wichtig -, und zum anderen insofern, als die Krankenkassen im Falle des Nichterfolges den genannten Beitrag zahlen müssen, auch wenn die der ser nicht mehr als eine kleine Aufwandsentschädigung ist. Wir haben die Sorge, dass im Rahmen örtlicher Rechthabereien diese Fälle möglicherweise so lange durchdekliniert werden, bis in der dritten Instanz irgendwo auf bundesgerichtlicher Ebene klar ist, dass die 100 Euro in diesem einen Falle nicht zu zahlen sind. Deshalb wäre es besser, sie würden immer bezahlt werden.

SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.): Auch wir begrüßen die Einführung dieser Pauschale. Ich kann mich Herrn Baums Auffassung anschließen, dass man sie eigentlich in jedem Fall zahlen müsste. Wichtig ist aber auch die Verkürzung der Zeit, innerhalb der das ganze Prüfverfahren abläuft. Denn

viele in den Krankenhäusern - nur so kann ich mir die Zahlen, die eben von Herrn Professor Schröder dargestellt wurden, erklären - akzeptieren mindere Prüfungsansinnen der Krankenkassen deswegen, weil sie schlicht und einfach mit der Liquidität am Anschlag sind und keinen langen Rechtsstreit mit weiterer Verzögerung der Bezahlung durch die Krankenkassen riskieren können. Das ist der einzige Grund, aus dem heraus ich mir vorstellen kann, dass solche Zahlen zustande kommen, die Herr Schröder sicherlich belegen kann. Ich habe da ganz andere Wahrnehmungen, aber das mag an meiner Subjektivität und seiner sicherlich gegebenen Objektivität liegen.

Es wäre also sehr sinnvoll, in diesem Fall dafür zu sorgen, dass auch die Zahlungsziele für die Krankenkassen verschärft werden. Es ist für Krankenhäuser, die in ihrer Finanzierungsbasis wirklich gefährdet sind, wichtig, dass sie auch zeitnah über das Geld verfügen, das die Krankenkassen ihnen schulden. Dieses Instrument wird momentan missbraucht, um möglichst lange Zahlungsziele für die Krankenkassen zu erreichen. Wir bekommen im Moment keine Rechnung in weniger als 90 Tagen bezahlt. Das ist für Krankenhäuser ein Riesenproblem. Deswegen reichen mir die 100 Euro nicht.

Ich wäre sehr froh, wenn Sie darüber hinaus noch eine Verkürzung des Prüfungszeitraums in das Gesetz schreiben könnten.

SV Dr. Wulf Leber (AOK-Bundesverband): In einem DRG-System bedeutet Codierung bares Geld. Deswegen gibt es aus guten Gründen ein Prüfsystem. Damit diese Regelung zur finanziellen Abmahnung einen Sinn hat, müsste sie eigentlich genau anders herum ausgestaltet werden: Wenn ein Krankenhaus unverantwortlich hoch codiert hat, muss es über den Absenkungsbetrag hinaus 100 Euro bezahlen. In U-Bahnen finden Sie Schilder, dass Schwarzfahrer mit 40 Euro „bedacht“ werden; da bekommt auch nicht jeder, der bei einer Kontrolle ein gültiges Ticket hat, 1 Euro für den Aufwand, dass er es aus der Tasche geholt hat. Wenn man eine solche Regelung vorsieht, muss sie symmetrisch ausgestaltet werden, damit es auch zu einer entsprechenden Zahlungspflicht für das Krankenhaus kommt.

Man muss allerdings sehen, dass man sich im Augenblick über die meisten Fälle unterhalb

des MDK-Niveaus einigt. Über 60 Prozent werden am Telefon zwischen Krankenhaus und Krankenkasse geregelt. Wenn man eine solche Neuregelung macht, schafft man im Grunde einen Anreiz, das Ganze immer in das MDK-Verfahren hineinzutreiben. Das ist meiner Ansicht nach nicht das, was alle wollen. Also: Entweder weg mit der Regelung oder aber symmetrisch ausgestalten!

SV Klaus Focke (BKK Bundesverband): Ich möchte kurz etwas ergänzen, weil die Liquidität angesprochen wurde. Es ist bereits geltendes Recht, Herr Dr. Montgomery, dass die Krankenkassen zügig zu zahlen haben.

(Lachen)

Das ist BSG-Rechtsprechung, die durchgehend gegen die Krankenkassen ergangen ist. Das, was Sie fordern, ist gar nicht notwendig. Das ist bereits geltendes Recht.

Im Übrigen möchte ich Herrn Dr. Schröder vom MDS ergänzen, der darauf hingewiesen hat, dass die Krankenkassen selbst ein Interesse daran haben, den MDK vernünftig einzusetzen und ihn nicht mit falschen Fällen zu belasten. Diese Motivation wird künftig aufgrund der Nutzerfinanzierung der einzelnen Krankenkasse, die das BSG verlangt hat, noch zunehmen. Das ist ein zusätzliches Argument dafür, dass diese Regelung wirklich überflüssig ist.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Nun geht das Fragerecht auf die FDP über.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich möchte gerne Herrn Professor Dr. Neubauer befragen. Herr Professor Neubauer, in Ihrer Stellungnahme legen Sie dar, dass bei dem jetzt zur Rede stehenden Wettbewerbsstärkungsgesetz eine konsistente Wettbewerbsordnung nicht erkennbar sei. Könnten Sie diese Auffassung bitte erläutern und könnten Sie bitte kurz skizzieren, was Ihres Erachtens erforderlich wäre, um im Krankenhausbereich eine solche konsistente Wettbewerbsordnung zu schaffen?

SV Prof. Dr. Günther Neubauer: Das ist eher eine grundsätzliche Frage. Wir haben gera-

de Fragen diskutiert wie: Soll ein Gesetzgeber 100 Euro Gebühr festlegen oder nicht? Soll für die hoch spezialisierten Leistungen die Bedarfsplanung der Länder fortgesetzt werden oder nicht? Soll es im Budget abgebildet werden oder nicht? Dazu behaupte ich: Wir kurieren an Symptomen eines Systems. Das ist so, als wenn Sie ein Haus sanieren wollen und ihm eine andere Farbe geben.

Allein dieses Gesetz - 230 Seiten mit etwa fünf Veränderungen pro Seite - enthält rund 1000 Änderungen, nach 2000 und 2004 bereits zum dritten Mal innerhalb kurzer Zeit. Bei einem Haus hätte jeder längst kapiert, dass dieses Reparieren teurer ist als eine Grundsanierung. Deswegen müssen wir darüber nachdenken, ob wir nicht einen neuen Systemansatz brauchen. Dieser Systemansatz kann aus meiner Sicht nur heißen, dass wir uns stärker wettbewerblich orientieren.

Wer behauptet, dass Wettbewerb im Gesundheitssektor nicht geht, hat entweder nicht darüber nachgedacht oder der Wettbewerb ist ihm zu unbequem. Beides kann vorkommen. Ich behaupte, wir können Wettbewerb durchsetzen. Das heißt nicht zwangsläufig, wie manche sagen, dass mit dem Ellbogen geschubst werden muss. Ich meine, wir könnten das System mit wenigen Strichen auf neue Beine stellen.

Wir brauchen im Krankenhaussektor genauso wenig wie in der kassenärztlichen Versorgung, die wir heute Morgen diskutiert haben, eine Bedarfsplanung, schon gar nicht die Bedarfsplanung, wie wir sie heute haben. Heute Morgen habe ich gesagt - ich betone es wieder -, wir haben in Deutschland zu viele Krankenhausbetten. Das sind alles Planbetten - Planungsfehler! Wir haben in Deutschland im Durchschnitt doppelt so viele Patienten pro hundert Einwohner im Krankenhausbett liegen wie anderswo. Das sind Planungsfehler und typische Fehler unserer Sektoralisierung: Die Bedarfsplanung lässt es nicht zu, dass auch die niedergelassenen Ärzte Krankenhausbetten aufstellen oder sich mit 20 Betten an der Krankenhausversorgung beteiligen.

Aus meiner Sicht bedeutet das: Erstens sollten wir die Bedarfsplanung einreißen. Wir Deutschen denken bloß, es ginge nicht; dabei zeigen andere Länder, dass es ohne Bedarfsplanung genauso gut geht. Als Zweites können

Sie die gesamten Budgets einstampfen. Drittens wäre statt des Kontrahierungszwangs für die Krankenkassen ein selektives Kontrahieren mit den Versorgern sinnvoll. Viertens sollte man es natürlich den Patienten erlauben, die für sich optimalen Tarife zu wählen, also Kostenbeteiligungstarife für gesetzlich Versicherte im Krankenhausfall usw. Denn wenn es Ihnen nicht gelingt, die Menschen für das kostengünstigste Verfahren zu interessieren, werden Sie eine Kostensenkung nie erreichen.

Ein schönes Beispiel sind auch die ambulanten Operationen. Wir müssen in Deutschland die Krankenhäuser zwingen, ambulant zu operieren, während es in der gesamten Welt freiwillig geschieht. Warum ist das so? Weil die Vergütung wiederum administriert ist und dem Krankenhaus keinen Profit lässt. Die Vorstellung, dass man dem Krankenhaus seinen Profit lässt und trotzdem das Richtige gemacht wird, nämlich freiwillig ambulant zu operieren, hat sich bei uns noch nicht durchgesetzt. Also wird ein Katalog an Operationen aufgestellt, bei denen die Krankenhäuser ambulant operieren müssen, und hinterher kommt der Medizinische Dienst und kontrolliert, ob es auch geschieht. So entstehen genau die Streitigkeiten, über die wir gesprochen haben.

Dieses System bindet wertvolle Ressourcen von uns allen. Wir sitzen hier schon viel zu lange zusammen, meine Damen und Herren, anstatt produktiv zu sein. Wir müssen deshalb darüber nachdenken, das System neu zu justieren und eine neue Ordnung zu entwickeln. Das kann aus meiner Sicht, wie gesagt, nur eine Wettbewerbsordnung sein. Diese kann durchaus sozial austariert sein. Die CDU hat im Wahlkampf gute Ideen geäußert; aber bei den Ideen ist es dann auch geblieben. Eine kluge Politikerin in Deutschland hat einmal gesagt: Wir haben eine bessere Regierung verdient als die, die wir haben. - Ich behaupte, diese Frau hat immer noch Recht.

(Vereinzelt Zustimmung)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Professor Neubauer, wir haben uns gefreut, dass wir uns 26 Stunden lang intensiv damit beschäftigen können. Davor haben manche viel, viel länger an diesem Gesetz gegessen. Also lassen Sie bitte den Abgeordneten diese selbst verordnete Zeit.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Wir haben nicht viel Zeit; deswegen bitte ich die nachfolgend Gefragten um kurze Antworten. Die SPD hat zum Sparbeitrag der Krankenhäuser eben lediglich die Krankenkassen befragt. Ich möchte diese Frage nun an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken, den Interessenverband kommunaler Krankenhäuser, den Verband der Universitätsklinika und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband stellen: Wie sehen Sie den Sparbeitrag der Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Krankenhäuser zurzeit einen Übergang auf das neue Vergütungssystem erleben, die Mehrwertsteuererhöhung nicht weitergeben können, die neuen Arbeitszeitregelungen umsetzen müssen, mit einem neuen Tarifvertrag klarkommen müssen und auch noch erleben, dass sich die Länder immer mehr aus ihren Investitionsverpflichtungen zurückziehen? Welche Folgen wird der Sanierungsbeitrag für die Krankenhaussituation haben? Haben Sie vielleicht Vorschläge für Alternativen, wo man Einsparungen vornehmen könnte?

SV **Thomas Bublitz** (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.): Der Sparbeitrag für die Krankenhäuser ist vor dem Hintergrund der genannten Belastungen in der Tat eine Katastrophe. Wir halten ihn zudem für verfassungsrechtlich bedenklich. Was die Alternativen angeht, sind wir der Auffassung, dass es zwingend notwendig ist, dass die Bundesregierung angesichts sprudelnder Steuereinnahmen ihre im Zuge der Tabaksteuererhöhung den Krankenkassen gegebene Zusage einlöst. Die versprochenen Finanzmittel würden die Verschuldungssituation der Krankenkassen massiv mildern, sodass man den verfassungsrechtlichen Eingriff mit dem Sanierungsbeitrag nicht bräuchte.

Man muss eines auf den Punkt bringen: Die Belastungen für die Krankenhäuser werden nicht ohne Folgen für die Patienten bleiben. Wer heute Defizite bei der Patientenorientierung oder ein leicht kühles Versorgungssystem beklagt, darf sich nicht wundern, wenn das nachher noch ein Stück weit schlimmer wird.

SV Dr. Hansjörg Hermes (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners nur anschließen. Gerade für die großen Schwerpunktversorger wird es dramatisch werden. Wir werden nur mit massiven Stellenkürzungen reagieren können. Nach ersten Recherchen gehen wir davon aus, dass wir zwischen 50 000 und 80 000 Stellen reduzieren werden, um mit den Kosten klarzukommen.

Ich habe noch eine ganz kurze Ergänzung zur Frage der Liquidität. Es ist ein Irrglaube, anzunehmen, dass die Krankenkassen die Rechnungen der Krankenhäuser zeitlich ordnungsgemäß bearbeiten. Die Liquiditätsspanne ist sicher mehr als 90 Tage; oftmals können wir die Begleichung unserer Kosten nur mit massiven Rechtsmitteln durchsetzen.

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Herr Abgeordneter Bahr, die Rechnung für den Wirtschaftsplan 2007 ist klar: 4 bis 6,5 Prozent Tarifsteigerung, 1 Prozent Mehrwertsteuer, 2 Prozent Energie, Dokumentation, Qualitätssicherung, 1 Prozent integrierte Versorgung und dazu dieses Prozent. Dies alleine wäre nicht das Problem. Aber Steuerpolitik, Tarifpolitik und Gesundheitspolitik sind nicht aufeinander abgestimmt; alles kommt zusammen bei uns an. Neben den Stellenkürzungen - bei großen Kliniken sind es ungefähr 100 Stellen pro Standort - wird es zu einer dramatischen Verengung der finanziellen Spielräume durch teure Innovationen kommen.

SV Norbert Groß (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.): Ich brauche die Zahlen, die genannt worden sind, nicht zu wiederholen. Aber ich möchte darauf hinweisen, dass die Sparmaßnahmen, die hier verordnet werden, in besonderem Maße die Krankenhäuser treffen, die Sie sich eigentlich für die Zukunft wünschen, nämlich diejenigen, die wirtschaftlich arbeiten, und das schon seit vielen Jahren, die zum Beispiel bereits in den 90er-Jahren mit sehr geringen Tagessätzen in die Phase der Budgetierung gegangen sind und die auf niedrigem Niveau mit all den Sparbeiträgen und dem Kostendruck konfrontiert wurden. Das sind in überdurchschnittlichem Maße die freigemeinnützigen und die kirchlichen

Krankenhäuser, die noch immer ein Drittel des deutschen Versorgungsbedarfs decken.

Wenn dann der Punkt erreicht ist, an dem man eigentlich seine Einsparpotenziale ausgereizt hat oder an dem man sie nicht mehr in dem Tempo weiter ausschöpfen kann, wie das vielleicht ein Krankenhaus machen kann, das auf einem anderen Ausgangsniveau gestartet ist, tut das richtig weh. Dann kommt es zu Betriebskostendefiziten, die gerade die freigemeinnützigen Krankenhäuser nicht aus Steuermitteln ausgleichen können. Sie können sich nicht Kapital an der Börse beschaffen und es zur Befriedigung bestimmter Interessen einsetzen. Dann muss man sehen, ob man das Krankenhaus noch fortführen kann.

Wenn Sie in der Bevölkerung nachfragen, werden Sie erfahren, dass nicht zuletzt kirchliche Krankenhäuser wegen der Qualität ein gutes Standing haben. Wir haben uns in der Vergangenheit gerade bei den Qualitätssicherungsprojekten für die Zertifizierung eingesetzt. Nun erleben wir, dass wir für das, was wir in der Vergangenheit gemacht haben, bestraft werden. Ich denke, das sollten Sie sich noch einmal überlegen.

Wenn Sie schon Sparbeiträge von Krankenhäusern verlangen, ob sie nun begründet sind oder nicht - Herr Baum hat dargelegt, dass der Krankenhausbereich eigentlich ganz gut abgeschnitten hat; man darf auch nicht vergessen, dass hier im Grunde sehr viel mehr getan wird als im gesamten niedergelassenen Bereich -, warum kommen Sie dann nicht zu Lösungen, die die Häuser, die in der Vergangenheit unwirtschaftlich gearbeitet haben, ein bisschen stärker belasten als diejenigen, die ihre Hausaufgaben gemacht haben?

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine nächste Frage geht an die GFB, den AOK Bundesverband und die KBV. Durch § 116 b Abs. 3, 5 und 6 SGB V wird die Zulassung für Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung und zur Erbringung hoch spezialisierter Leistungen nicht mehr von einem Vertrag zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern abhängig sein. Vielmehr erfolgt sie durch Ausweisung im Landeskrankenhausplan. Wie beurteilen Sie diese Öffnung der Krankenhäuser?

SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände): Ich glaube, dass diese Frage schon mehrfach beantwortet wurde. Es geht hier um die Wettbewerbsfähigkeit der niedergelassenen Fachärzte und der Krankenhausfachärzte. Das betrifft insbesondere die Schnittstelle. Es ist für die niedergelassenen Fachärzte im Grunde unzumutbar, dass die Bedarfsplanung in dieser Form verändert wird, zumal die Vorteile für die Krankenhausfachärzte und die niedergelassenen Fachärzte nicht zum Tragen kommen. Wir bedauern, dass das in dieser Form gemacht wird. Im Übrigen denke ich, dass die anderen Verbände diese Frage hinlänglich beantwortet haben.

SV Dr. Wulf Leber (AOK-Bundesverband): In der Tat glauben wir, dass das Land in diesem Fall kein fairer Zulasser ist. Die Zulassung ist aber nur eines von zwei Problemen. Das zweite Problem ist das Mengenproblem. Wir haben im Krankenhausbereich Mengenbeschränkungen und im Bereich der niedergelassenen Ärzte Beschränkungen bei den morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina. Wir haben also in allen Bereichen Beschränkungen. Aber hier besteht eine völlig ungezügelter Abrechnungsgarantie für beliebig viele Leistungen. Das kann keine vernünftige Steuerung sein. Das ist so, als ob jeder Bauunternehmer Deutschlands beliebig viele Straßen bauen könnte und Bund, Länder und Gemeinden zur Refinanzierung verpflichtet wären. Das Fehlen eines Steuerungselements in § 116 b ist - es gibt keine Mengenvereinbarung - der eigentlich schwierige Punkt. Im Übrigen glauben wir, dass dann sowieso fast alle Krankenhäuser zugelassen werden.

SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Das Land damit zu beauftragen, kann in gewisser Weise eine Überforderung für die entsprechenden Gremien bedeuten, die nach sachlichen Erwägungen ihre Entscheidungen treffen sollen, die sie dann aber vielleicht nach anderen Erwägungen treffen müssen. Insofern kann es eigentlich nicht sein, dass hier aus relativ leicht nachvollziehbaren Gründen die Öffnung der Krankenhäuser durch die Länder ermöglicht wird. Unter Wettbewerbsgesichtspunkten gibt es gar kein Vertun. Für die vertragsärztliche Versorgung und die Krankenhäuser müssen die gleichen Bedin-

gungen gelten, wenn es um konkurrierende Leistungen geht.

Diese Bedarfsplanung muss wahrscheinlich genauso wie die andere Bedarfsplanung, über die wir heute Morgen gesprochen haben, mittelfristig geändert werden. Aber ich glaube, dass der Weg der unkontrollierten Öffnung nicht möglich ist. In der Tat besteht auch bei uns der schwerwiegende Verdacht, dass wir im Grunde genommen dann alle pauschal zulassen könnten.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich habe die Frage, wie der Marburger Bund die veränderte Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere für die Fortbildung sieht.

SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.): Das kann nur ein Irrtum sein. Wer glaubt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss demnächst die Inhalte der Fortbildung von Ärzten festlegt, der glaubt auch, dass ein Zitronenfalter Zitronen faltet. Das kann der Gemeinsame Bundesausschuss von der Kompetenz her nicht. Deswegen bitte ich Sie, diesen Unsinn aus dem Gesetz zu streichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann sich von mir aus über Erhebungsprinzipien oder die Abrechnung von Punkten Gedanken machen, aber auf keinen Fall über den Inhalt der Fortbildung. Dies ist ein Frontalangriff auf die Politik der Ärztekammern, die das übrigens bislang hervorragend regeln.

Vorsitzende **Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir jetzt zur Frage der Fraktion Die Linke.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Herr Dr. Schulte-Sasse, ich habe zwei Fragen. Die erste betrifft den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von 500 Millionen. Können Sie uns bitte am Beispiel der Berliner Krankenhäuser schildern, welche Folgen das möglicherweise hat?

Zweitens. Sehen Sie die Gefahr, dass die Privatisierungstendenzen durch das GKV-WSG verstärkt werden?

SV Dr. Hermann Schulte-Sasse: Eine Vorbemerkung: Ich möchte unterstreichen, welche Argumente bereits angeführt wurden. Der Sanierungsbeitrag funktioniert wie eine Hecke, völlig unabhängig davon, wie die wirtschaftlichen Ausgangsbedingungen und die finanzielle Situation der einzelnen Krankenhäuser sind. Das kann nicht vernünftig sein und führt im Einzelfall zu einer ungerechten Belastung der Krankenhäuser.

Im Übrigen ist es mir an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Begründung für diesen Sanierungsbeitrag schwer nachvollziehbar ist. Angenommen werden Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich, die es in der Vergangenheit zweifelsfrei gegeben hat und vielleicht in vielen Krankenhäusern heute noch gibt. Aber bereits mit der Festlegung der Systematik der Landesbasisfallwerte sollen die Wirtschaftlichkeitsreserven auf Landesebene im Krankenhausbereich berücksichtigt werden. Insoweit ist eine doppelte Berücksichtigung nur schwer zu begründen.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir in Berlin - übrigens anders als bei der Mehrheit der anderen Bundesländer - eine Absenkung des Landesbasisfallwertes für drei Jahre haben. Das führt bis 2009 zu einer Reduzierung der Ausgaben in Höhe von 125 Millionen Euro. Um die Auswirkungen dieses Sanierungsbeitrages auf die Berliner Kliniken, vor allem auf das große kommunale Krankenhausunternehmen Vivantes, darzulegen: Es ist in den letzten drei Jahren gelungen, ein hochdefizitäres Unternehmen in die schwarzen Zahlen zu führen. Die Überschüsse liegen zurzeit bei 5 Millionen bis 6 Millionen Euro pro Jahr. Die gesamte Kostenbelastung, die auf das Unternehmen Vivantes zukommt - der Sanierungsbeitrag hat dabei einen Anteil von ungefähr 6,3 Millionen Euro -, liegt bei ungefähr 19 Millionen Euro, also deutlich höher als das, was in den letzten Jahren an Überschuss erwirtschaftet werden konnte. Wir prognostizieren auch für dieses Jahr, dass der Betrag ungefähr in dieser Größenordnung liegt.

Daraus folgt, dass ein erfolgreich geführtes Unternehmen, das auf einem guten Kurs in

eine stabile Zukunft ist, aufgrund politischer Entscheidungen, die von außen kommen und die es nicht zu verantworten hat, in eine kritische Schieflage gerät. Ich will es einmal überspitzt so formulieren: Wenn diese Politik tatsächlich fortgesetzt wird, wird es schließlich für öffentlich-rechtliche Unternehmen, für kommunale Krankenhausunternehmen, unmöglich sein, auf dem Krankenhausmarkt weiter zu bestehen. Dies ist aus meiner Sicht eine Gefährdung der Trägerpluralität.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Ich habe ein Frage an Verdi. Wir haben Eindrucksvolles über die Gesamtbelastung der Krankenhäuser gehört. Können Sie bitte im Kontext Ihrer Stellungnahme einmal die Auswirkungen der finanziellen Entwicklung auf die Krankenhäuser sowie insbesondere auf Patienten und Beschäftigte darstellen?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.): Rund zwei Drittel der Krankenausgaben sind Personalkosten. Das bedeutet, dass dadurch ein weiterer Personalabbau induziert ist. Wir haben schon in den letzten Jahren einen Personalabbau in fast allen Bereichen mit Ausnahme des ärztlichen Bereichs. Wir meinen, dass es eine widersinnige Regelung ist, auf der einen Seite in freien Verhandlungen einen Landesbasisfallwert auf der Grundlage tatsächlicher Ausgaben zu vereinbaren und auf der anderen Seite einen Sanierungsbeitrag zu erheben. Das muss eigentlich immer zulasten des Personals und der Patienten gehen.

Die Krankenhäuser leiden auf der einen Seite unter der mangelnden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder und auf der anderen Seite darunter, dass sie nicht auf andere Geschäftsfelder ausweichen können. Die ambulante Versorgung wird nicht ausreichend geöffnet; hier wird kein Wettbewerb zugelassen. Insofern haben sie nur die Möglichkeit, beim Personal Einsparungen zulasten der Patienten vorzunehmen. Das ist die Situation.

Wir können uns durchaus vorstellen, dass es an anderer Stelle zu Einsparungen im Gesamtsystem kommt, wenn man zum Beispiel den gesetzlich Krankenversicherten genauso wie den Privatversicherten den Zugang zum Facharzt im Krankenhaus zugesteht. Dann hätten wir

die doppelte Facharztschiene nicht; das wäre eine gute Einsparmöglichkeit. Der Sanierungsbeitrag ist aber eine schlechte Sache.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE). Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wir haben vom Deutschen Krankenhausinstitut erfahren - dies war Gegenstand einer Kleinen Anfrage und wurde im Kern bestätigt -, dass die deutschen Krankenhäuser unter einem Investitionsstau in Höhe von circa 50 Milliarden Euro leiden. Im Zusammenhang mit der beabsichtigten monistischen Finanzierung wäre es interessant, zu erfahren, wie nach Ihrer Meinung der Investitionsstau abzubauen ist und in welchem Zeitraum dies erforderlich ist. Das ist die Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Noch die Konkretisierung an die Spitzenverbände: Welche finanziellen Folgen wird das für die gesetzliche Krankenversicherung haben?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Zum Abbau des Investitionsstaus: Wenn wir gedanklich schon so weit wären! Wir sind derzeit noch immer dabei, den Investitionsstau zu vergrößern. Leider sind die Investitionsmittel insgesamt auf 2,7 Milliarden Euro zurückgegangen. Wir bräuchten etwa 8 Milliarden Euro jährlich. Wenn dies so weitergeht, haben wir bald einen Investitionsstau mit einem Umfang von 60 Milliarden Euro. Es ist aber keine Besserung in Sicht. Es ist ein schweres Manko, dass im Gesetzentwurf zu dieser Thematik lapidar erklärt wird, dass derzeit kein Handlungsbedarf besteht. Das halte ich für schlimm und ist nichts anderes als Schönfärberei.

Wenn man über weitere Einsparungen in den Krankenhäusern - vielleicht auch über einen Solidarbeitrag und anderen Belastungen sowie eine Neuorganisationen - nachdenkt, dann kommt man zu dem Schluss, dass wir unbedingt eine auskömmliche Investitionskostenfinanzierung als Grundlage brauchen. Diese ist aber hinten und vorne nicht mehr stimmig. Daher entbehren die von verschiedenen Seiten erhobenen Forderungen - so schön sie auch sein mögen - jeglicher Grundlage. Wenn wir die bestehende Lücke nicht schließen und re-

ben den Betriebskosten nicht die Investitionskosten in unsere Überlegungen einbeziehen, dann steht alles, was wir heute gehört haben, auf tönernen Füßen. Ich appelliere an den Gesetzgeber und insbesondere an die Bundesregierung, sich dieser Thematik bald zuzuwenden; denn die Regelungen, die wir diesbezüglich haben, sind nicht landesspezifisch, sondern basieren auf Bundesrecht.

SV Dr. Werner Gerdelman (VdAK/AEV): Die Länder haben sich bekanntlich bei der Investitionskostenfinanzierung zurückgehalten. Das Volumen hat sich immer - wenn ich richtig informiert bin - um 5 Milliarden Euro bewegt. Wenn ich nun höre, dass der wirkliche Bedarf bei 50 Milliarden Euro liegt, und gefragt werde, welche Auswirkungen es habe, wenn die Krankenkassen den Stau auflösen müssten, antworte ich Ihnen: 50 Milliarden Euro entsprechen fünf Beitragssatzpunkten. Das heißt, der heutige Beitragssatz, der im Schnitt bei 14 Komma etwas liegt, würde allein durch diese Maßnahme auf 19 Komma etwas steigen.

(Frank Spieth (DIE LINKE): Das würde natürlich niemand machen! Verteilt über zehn Jahre!)

- Es müsste aber jetzt finanziert werden. Wir reden darüber, wie sich der Beitragssatz verändern würde. Wenn wir 50 Milliarden Euro finanzieren müssten, wäre das die Auswirkung. Insofern ist das, was hier gefordert wird, für alle Beteiligten unrealistisch.

Wir sind in der Vergangenheit - das will ich nicht verhehlen - für den Monismus eingetreten, aber immer unter der Bedingung, dass der von den Ländern verursachte Investitionsstau auch von den Ländern aufgelöst wird.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Ich habe noch eine Zusatzfrage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Uns wurde mitgeteilt, dass am 8. März 2007 eine Sondergesundheitsministerkonferenz zur Deckung der Investitionskosten und zum Problem des Investitionsstaus stattfindet. Halten Sie es im Kontext des zu beschließenden Gesetzentwurfs für akzeptabel, dass diese Konferenz erst dann stattfindet?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Ihre Frage hat die Antwort sozusagen schon eingeschlossen. Das ist absolut nicht akzeptabel. Angesichts des engen Zusammenhangs zwischen den Betriebskosten eines Krankenhauses und den Investitionskosten kann man das nicht so auseinander dividieren. Das alles muss verstärkt im Zusammenhang bedacht werden. Es ist zwar gut, dass endlich auch die Länder dies zum Thema machen. Aber das kommt zu spät. Das muss man mit dieser Reform synchronisieren.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Ich habe noch eine Frage an Verdi. Sie haben vorhin davon gesprochen, dass Sie weitere Vorschläge machen werden, die darauf abzielen, finanzielle Ressourcen für einen qualifizierten Krankenhausbetrieb zu erschließen. Können Sie das noch konkretisieren?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.): Wir meinen, dass es nicht sinnvoll ist, in den Krankenhäusern Einsparungen vorzunehmen. Wir müssen vielmehr über den Tellerrand blicken und integrierte Versorgungssysteme finden. Ich glaube, in der Anhörung heute Morgen wurde von Herrn Hildebrandt deutlich dargelegt, dass zum Beispiel bevölkerungsbezogene, integrierte Versorgungssysteme zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit führen. Wir müssen vor allem mit dem Unsinn aufhören, uns als einziges Land in Europa eine doppelte Facharztschiene zu leisten. Wir verbrauchen dadurch viele ärztliche Ressourcen und haben eine unbefriedigende Versorgung. An dieser Stelle könnte man sehr gut einsparen. Hier hat der Gesetzgeber allerdings nicht den Mut gehabt, zu Regelungen zu kommen.

Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Dann kommen wir zur Fragerunde der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an den Einzelsachverständigen Murawski. Ungefähr ein Drittel aller Krankenhäuser ist derzeit in öffentlicher bzw. kommunaler Trägerschaft.

Können Sie uns bitte am Beispiel des Klinikums Stuttgart konkret schildern, welche Folgen der geplante Sanierungsbeitrag für ein kommunales Krankenhaus der Maximalversorgung haben wird?

SV Klaus-Peter Murawski: Frau Abgeordnete Bender, ich danke Ihnen außerordentlich, dass Sie mir Gelegenheit geben, das konkret darzulegen; denn für diejenigen, die Krankenhäuser betreiben, stellt die statistische, globale Sicht derjenigen, die Gesetzentwürfe verabschieden, per se ein Grundproblem dar. Die Wahrheit ist immer konkret. Das bedeutet für die Krankenhäuser in Stuttgart - trägerunabhängig betrachtet - bei 5 500 Betten und einem Erlösbudget in Höhe von rund 630 Millionen Euro im Jahr, dass sie insgesamt mit 27 Millionen Euro Mehrbelastung rechnen müssen. Bei einem 70-prozentigen Personalkostenanteil rechnen wir damit, dass die Stuttgarter Krankenhäuser mindestens 600 Stellen streichen.

Bezogen auf das Klinikum der Stadt Stuttgart, ein Krankenhaus der Maximalversorgung und das größte kommunale in Baden-Württemberg, haben wir zunächst einmal dasselbe festzustellen, was Sie schon mehrfach gehört haben: Der Sonderbeitrag mit einer Auswirkung von 1,8 Millionen Euro alleine wäre nicht das Erschreckende. Er steht aber in einer Gesamtsituation, deren Belastungen - Tarifierhöhungen durch den Marburger Bund 4,3 Millionen Euro und durch Verdi 2,9 Millionen Euro - sich auf 12,6 Millionen Euro für dieses Haus belaufen. Wenn die Krankenhäuser darauf hinweisen, dass die Tarifierhöhungen irgendwo ausgeglichen werden müssen, dann werden sie von Ihrer Kollegin Caspers-Merk, Herr Staatssekretär Schröder, mit der Bemerkung abgeschmettert, die Krankenhäuser könnten nicht zulasten Dritter Tarifierhöhungen beschließen. Ich habe das schon zu Zeiten von Andrea Fischer gesagt: Ich halte es für einen Witz, dass man uns dies vorwirft, die wir qua bundesgesetzlicher Regelung nicht die Möglichkeit haben, Tarifsteigerungen in unsere Preise einzukalkulieren.

Zusammengefasst: Wir müssen aufgrund der Gesamtsituation jährlich 17 Millionen Euro Mehrbelastung für unser kommunales Krankenhaus tragen. Für einen Sonderbeitrag sehe ich nicht nur keine rationale Begründung.

Vielmehr geht man hier pauschal nach der Rasenmähermethode vor und verkennt dabei völlig, dass wir - genauso wie die Universitätskliniken - das Angebot an medizinischer Spitzenleistung für jedermann zurückfahren müssen und dass wir durch die Verringerung des Personals, die wir bei unserem Haus in einer Größenordnung von 350 Stellen vornehmen müssen, die elektiven Leistungen nicht mehr so zeitnah erbringen können, wie das die Patienten in Deutschland normalerweise gewohnt sind.

Das Ganze wird, ob Sie es wollen oder nicht, ob Sie diese Perspektive akzeptieren oder nicht, zur Rationierung der medizinischen Spitzenleistung für jedermann führen. Wir haben im Rahmen unserer Unternehmensstrategie Kooperationshäuser in Dubai und drei in Indien in der Absicht, in Deutschland Arbeitsplätze durch Know-how-Transfer zu schaffen. Angesichts der Politik, die hier betrieben wird, werden wir in Zukunft nicht nur Kanadier, Engländer und Amerikaner in unseren ausländischen Häusern vorfinden, sondern auch Stuttgarter, die ihre Wartezeiten verkürzen wollen. Das ist das Ergebnis dieser auf Rationierung hinauslaufenden Politik.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Nachfrage an Herrn Murawski. Der Sanierungsbeitrag wird mit dem Argument gerechtfertigt, bei den Krankenhäusern sei noch Luft drin und hier solle ein Anreiz zur Effizienzsteigerung gesetzt werden. Wie stehen Sie zu diesem Argument?

SV Klaus-Peter Murawski: Ich denke, der stärkste Anreiz zur Effizienzsteigerung ist durch die DRGs und die Konvergenzphase gesetzt worden. Wenn man sich etwa die Reduzierung der Zahl der Stellen und der Planbetten, insbesondere der Zahl der tatsächlich belegten Betten, im deutschen Krankenhauswesen anschaut, kann man nicht davon sprechen, dass wir noch große Effizienzreserven haben. Bei Gesprächen mit Eingeweihten auf Bundesebene wird immer auf Herrn Strehlau-Schwoil und sein berühmtes Interview in der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ Bezug genommen, in dem er leider Gottes von einem Volumen von 3 Millionen bis 5 Millionen Euro sprach. Das ist ein Aussage - einmal in die Welt gesetzt -, auf die sich jeder

bezieht. Die Realität ist aber, dass gesetzliche Krankenversicherte im Großraum Stuttgart schon heutzutage sechs Monate auf eine Hüftgelenkersatzoperation warten müssen.

Elektive Eingriffe werden bei dieser Vorgehensweise noch länger auf die Warteliste geschoben. Wenn ein bedeutender privater Krankenhausträgerkonzern heute seinen Kunden anbietet, dass sie eine von ihm organisierte private Zusatzversicherung zur GKV abschließen können mit der einzigen Gegenleistung, dass sie dann in den Häusern dieses Konzerns bei elektiven Leistungen nicht mehr auf der Warteliste stehen, sondern sofort drankommen, dann spricht im Sinne von Professor Neubauer die Marktwirtschaft, wenn auch auf kuriosen Wege.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne noch einmal den Kollegen vom Deutschen Evangelischen Krankenhausverband befragen. Sie haben vorhin in Ihrer Antwort gesagt, dass Sie voraussehen, dass die Trägervielfalt durch den Sanierungsbeitrag eingeschränkt wird, und zwar vor allen Dingen zulasten der kirchlichen, der gemeinnützigen und der kommunalen Träger, wie uns eben von Herrn Murawski eindrucksvoll dargelegt wurde. Sie kritisieren, dass der Sanierungsbeitrag enteignungsgleich in kirchliches Vermögen eingreife. Können Sie das einmal kurz begründen?

Dann interessiert mich noch Ihre Ansicht zur monistischen und zur dualen Krankenhausinvestitionsfinanzierung.

SV Norbert Groß (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.): Herr Schulte-Sasse hat darauf hingewiesen, dass die gegenwärtigen Regelungen die Trägervielfalt bedrohen. Bei uns im kirchlichen Bereich ist Folgendes eingetreten: In den 90er-Jahren sind viele Häuser mit sehr niedrigen Sätzen in die Budgetierung gegangen und dann mit Sachkosten- und Personalkostensteigerungen konfrontiert gewesen, die sich nicht an den normalen Entwicklungen orientiert haben; das haben wir an vielen Stellen hier gehört. Daraufhin mussten sie mit ihren eigenen Mitteln die Betriebskostendefizite decken. Das haben sie in der Regel auch getan. Ich weiß, dass kommunale Krankenhäuser in prosperierenden Großstädten zum

Teil andere Möglichkeiten haben, weil der Steuerzahler dafür eintritt. Diese Möglichkeit hatten wir aber nicht. Das ist ein Substanzverzehr, der sich für einzelne Häuser auf mehr als 25 Prozent summieren kann; wir haben das in einem Gutachten einmal nachweisen lassen. Das ist eigentlich nicht im Sinne der verfassungsmäßigen Regelungen.

Wir sind nun in einer Situation, in der Häuser auch andere übernehmen können, wenn sie sich Kapital beschaffen wollen und die Möglichkeit haben, Prozesse zu optimieren. Wir erleben, dass private Träger etwa kommunale Häuser übernehmen, die vorher nicht so gut gelaufen sind, und dann Einsparungen realisieren. Wir würden das als Frei-Gemeinnützige ebenfalls gerne machen. Aber wir wurden in der Vergangenheit durch steuerrechtliche Regelungen daran gehindert, entsprechende Rücklagen zu bilden, mit denen wir einsteigen könnten. Auch das benachteiligt im Augenblick einzelne Trägergruppen. Wenn der Wettbewerb einfach freigegeben würde, Herr Neubauer, profitierten einzelne Gruppen übermäßig. Das wäre sicherlich nicht im Sinne der Patienten. Wir müssen daher eine Übergangsphase schaffen.

Zur monistischen Finanzierung: Wir schlagen vor, dass der Bundesgesetzgeber - hier möchte ich an die Ausführungen von Herrn Dr. Kösters anknüpfen - eine gesetzliche Regelung beschließt, die den Ländern eine verbindliche Investitionsquote vorgibt. Wir haben in der Vergangenheit eine Quote gehabt, die man bemessen kann. Sie wurde in den letzten Jahren halbiert. Man könnte nun eine Vorgabe machen, die die Länder verpflichtet, den Häusern Mittel zur Verfügung zu stellen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Bundesärztekammer: Welche Perspektive sehen Sie für Forschung und Lehre an deutschen Universitätskliniken unter den neuen finanziellen Rahmenbedingungen einschließlich des Sanierungsbeitrags?

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer): Ich möchte ergänzen, dass zu den Unwägbarkeiten, die in Zukunft nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch für anderen Bereiche des Gesundheitswesens, insbe-

sondere auf der Leistungserbringerseite, bei der Finanzierung bestehen, die mögliche Insolvenz von Krankenkassen und dadurch das Ausbleiben von Geldern, die an die Krankenkassen fließen, kommen. Das ist ein zusätzlicher Punkt, der die Finanzausstattung gefährdet. Das kann bedeuten, dass die Universitätskliniken - weil sie die Patientenversorgung prioritär sehen müssen - entgegen den mit den Neugliederungen in den letzten Jahren verbundenen Absichten Mittel aus den Etats für Forschung und Lehre in die Patientenversorgung pumpen müssen, obwohl das mit der Rechtslage nicht so ganz vereinbar ist, und dabei möglicherweise Personal, das für Forschung und Lehre angestellt wurde, in die Patientenversorgung hinübernehmen müssen, damit die Patientenversorgung sichergestellt wird, weil die Gelder der Krankenkassen nicht ausreichen. Hier ist also tatsächlich eine Gefährdung der Qualität von Forschung und Lehre, insbesondere der klinischen Forschung, gegeben. Das können wir natürlich nicht gutheißen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Bitte um eine kurze Antwort. Es geht um die Finanzierung von Ausbildungsstätten. Meinen Sie, dass das mit § 17 b KHG sichergestellt ist, oder müssten noch Änderungen erfolgen?

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Ich halte diese Regelung in § 17 b für nicht zielführend. Das, was dort versucht wird, nämlich durch Richtlinien des Bundes sozusagen zu landeseinheitlichen Preisen zu kommen, wird nicht klappen. Die Voraussetzungen für einen solchen gleichmachenden Schnitt sind in der Republik nicht vorhanden. Wir haben uns seit gut zwei Jahren zusammen mit den Krankenkassen mit dieser Thematik intensiv befasst. Ich glaube, wir beschädigen die Ausbildungssituation an den Krankenhäusern, wenn wir es tatsächlich so umsetzen, wie es dort vorgesehen ist. Es ist ein hochsensibler Bereich. Ich kann nur davor warnen, hier einen gleichmachenden Schnitt vorzunehmen.

Wir sollten - so wurde bislang verfahren - die Finanzierung der Krankenpfleeinrichtungen an den Krankenhäusern individuell betrachten und an dieser Stelle nicht zu einem einheitli-

chen Preissystem kommen. Das heißt, die örtlichen Budgets sollten individuell ausgehandelt werden. Sollte dies nicht der Fall sein und es zu einer Preissetzung auch bei Schulen kommen, dann habe ich die große Sorge, dass viele Krankenhäuser das Interesse daran verlieren, eine Ausbildung - zumindest in ausreichendem Maße - anzubieten. Ich glaube, wir beschädigen vieles, wenn wir es so durchführen, wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Ich plädiere sehr dafür, hier dem individuellen Aspekt Vorrang zu geben.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Spahn eröffnet die zweite Runde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Michels. Bitte schildern Sie aus Sicht eines privaten Klinikunternehmens die Auswirkungen der geplanten Einsparungen im Krankenhausbereich in Höhe von 500 Millionen Euro im nächsten Jahr. Welche Managementmaßnahmen müssten Ihres Erachtens zur Bewältigung dieser Aufgaben ergriffen werden? Welche Rolle spielt dabei die Einführung des neuen Entgeltsystems?

SV **Ralf Michels**: Der Gesamtkontext der Kostensteigerung wurde schon mehrfach erörtert. Ich glaube, dass die meisten deutschen Krankenhäuser diese Kostensteigerungen nicht durch Einsparungen kompensieren werden; denn sie sind schlichtweg zu hoch.

Vom Management her hat man zwei Möglichkeiten. Man kann gemeinsam mit den Mitarbeitern die Prozesse verschlanken, indem der Patient schneller durch das stationäre System geführt wird. Das sind Erfolge im Detail. Die großen Erfolge, die wir in den letzten Jahren erzielt haben, kommen aber daher, dass wir die Strukturen in den Krankenhäusern durch Investitionen deutlich verbessert haben und dass es bei unwirtschaftlichen Strukturen - wir haben kleine Stationen, verstreute OP-Säle oder mehrere Funktionsabteilungen zentralisiert - zu erheblichen Einsparungen gekommen ist. Hier ist die entscheidende Frage: Inwieweit ist Kapital für solche Investitionen vorhanden?

Die DRGs haben den Prozess, den Patienten schneller durch das System zu bringen, letztendlich beschleunigt. Das heißt, die Krankenhäuser haben bereits den Anreiz, den Patienten so schnell und effizient, wie es irgendwie geht, durch den stationären Aufenthalt zu führen, sodass weitere wirtschaftliche Maßnahmen hier sicherlich nicht hilfreich sind. Was uns im Unternehmen sehr stark geholfen hat, wirtschaftliche Maßnahmen durchzuführen, war, dass wir es mit medizinischen Ergebnisqualitäten flankiert haben. Wir haben Transparenz bei der Qualität der Behandlung unserer Patienten geschaffen und haben das im Benchmark der mehr als 50 Kliniken, die zum Unternehmen gehören, allen Chefarzten zur Verfügung gestellt, sodass man sich immer bestmöglich orientieren kann.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage betreffend die Qualitätssicherung an die Bundesärztekammer und die DKG mit der Bitte um kurze Antwort. Trotz der insbesondere von der Leistungserbringerseite vorgebrachten Kritik an der Mindestmengenregelung sieht der Gesetzentwurf eine Beibehaltung derselben für den stationären Sektor vor. Welche Probleme ergeben sich hieraus aus Sicht der Bundesärztekammer?

Durch die Neufassung des § 137 Abs. 2 SGB V sind sektorbezogene Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nur noch in besonderen Fällen vorgesehen. Weiterhin bestimmt § 137 Abs. 3 SGB V im letzten Satz, dass Qualitätssicherungsvorgaben der Landeskrankenhausplanung nur noch ergänzend möglich sein sollen. Wie beurteilen Sie diese Neuregelungen? Diese Frage geht an die DKG.

SV **Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** (Bundesärztekammer): Mindestmengen sind nach wie vor umstritten. Die Studienlage ist nicht eindeutig. Insofern sind wir da skeptisch. Ich nenne zwei konkrete Beispiele, die alles erhellen. Ein Krankenhaus führte etwa 100 TEPs, Toiletoprothesen, durch und hatte in 15 Prozent der Fälle Komplikationen, während das benachbarte Krankenhaus nur 35 TEPs durchführte und in keinem einzigen Fall Komplikationen hatte. Nun wurde dem benachbarten Krankenhaus verboten, solche Eingriffe vorzunehmen; sie mussten verlagert werden. Jetzt

sind die 35 zu 15 Prozent von Komplikationen bedroht.

Der andere Fall bezieht sich auf einen Chefarztwechsel. Ein Krankenhaus hat 26 TEPs, das andere 105 durchgeführt. Der Arzt, der in dem Krankenhaus mit 105 TEPs tätig war, wechselt nun zum Krankenhaus, in dem 26 TEPs durchgeführt wurden. Dieses Krankenhaus wird aber ausgeschlossen, weil die Zahl der Eingriffe zu niedrig ist. Das heißt, der neue Arzt von dem Krankenhaus mit 100 TEPs hat plötzlich keine Möglichkeit mehr, solche Operationen durchzuführen. Er muss jetzt kämpfen, um dieses Privileg wieder zu erlangen. Allerdings kann er darauf verweisen, dass am anderen Krankenhaus 100 TEPs und damit das Doppelte von dem erreicht wurde, was zum Beispiel bei Knieoperationen als Mindestvoraussetzung gilt.

Das Ganze ist unseres Erachtens so wenig stringent, dass man darüber noch einmal gründlich nachdenken sollte. Ich glaube, dass sich der Gesetzgeber noch einmal überlegen sollte, ob er nicht etwas vorgeschrieben hat, was manchem Patienten möglicherweise sogar mehr schadet als nutzt.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Wir wurden zur Mindestmenge nicht gefragt, hätten aber gerne gesehen, wenn das nicht als Ausschlusskriterium, sondern als Transparenzkriterium eingeführt worden wäre. Das heißt, es wird ein Katalog von Mindestmengenpositionen aufgestellt und jedes Krankenhaus muss berichten, welche Mengen es hat. Dann könnte der Patient selbst entscheiden, ob er in dieses Krankenhaus geht oder nicht. Dann müsste man nicht solche Alles-oder-nichts-Regelungen - eine Leistung ist erlaubt oder nicht - einführen.

Ihre Frage bezog sich auf die geplante sektorübergreifende Organisation der Qualitätssicherung in der Konstruktion des neuen Gemeinsamen Bundesausschusses. Angesichts der Konsequenzen des Gesetzes gibt es sicherlich Begründungen, die eine sektorübergreifende Organisation der Qualitätssicherung in der Medizin rechtfertigen, und zwar insbesondere dort, wo eine Langzeitbeobachtung nach der Behandlungsphase erforderlich ist. Wenn man das will, muss man aber den Krankenhäusern Nachuntersuchungsmöglichkeiten, auch ambu-

lante, geben. Wenn man versucht, das nur in einem Gremium sektorübergreifend zu machen, springt man an dieser Stelle sicherlich zu kurz. Wir sehen nicht die Notwendigkeit und die sachliche Begründung, warum in Zukunft in dem neuen Gemeinsamen Bundesausschuss nicht fachgebietsbezogene Personen, zum Beispiel ein Vertreter der Zahnärzte oder ein Vertreter aus dem ambulanten Bereich, in den Bereichen des stationären Versorgungsspektrums, die dort nicht von Relevanz sind, die Qualitätssicherung mitbestimmen sollen. Auf den Punkt gebracht: Warum soll die Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin von einem Vertreter der Zahnärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden? Es gibt noch andere Punkte. Zum Beispiel kann die DKG bei den Festbeträgen für Arzneimittel nicht kompetent mitsprechen. Man darf die sektorübergreifende Organisation nicht zum dominanten Kriterium machen. Anderenfalls gefährdet man die Organisation und die Institutionen der Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung in Form von Mindestmengen oder von dezidierten Strukturvorgaben - das heißt, genau zu definieren, wann jemand etwas machen darf - gerät schnell in Konflikt mit der Landeskrankenhausplanung, weil die Länder Krankenhäuser für bestimmte Aufgaben vorsehen, während die SGB-Regelungen zur Qualitätssicherung vorsehen, Krankenhäuser aus diesem Spektrum wieder herauszunehmen. Insofern wäre es wichtig, die Regelungen betreffend die Mindestmengen mit der jeweiligen Landesplanung abzugleichen und die Mengenvorgaben nur zu einem Transparenzinstrument zu machen.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Mit der Neuausrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses werden in § 137 auch die Regelungen zur Zweitmeinung bei Eingriffen auf eine neue Grundlage gestellt. Außerdem sieht der Gesetzentwurf in § 73 d für den ambulanten Bereich bei der Anwendung von Arzneimittelinnovationen die Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens vor. Wie bewerten Sie dies?

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Von der Zielsetzung her ist das ein richtiger Ansatz. Bei der

Umsetzung haben wir zum jetzigen Zeitpunkt erhebliche Probleme. Man muss sich fragen, warum die bisherige Bestimmung in § 137 betreffend die Zweitmeinung nicht funktioniert hat. Es hat erhebliche juristische Probleme gegeben: Wie verbindlich ist das? Wer haftet, wenn eine Zweitmeinung einen richtigen Ersteingriff verhindert? Des Weiteren hat es finanzielle Probleme gegeben. Wenn etwa ein Radiologe 60 oder 70 Einzelbilder einer CT- oder MR-Aufnahme in einer Zweitdiagnostik beurteilen muss, ist das zeitaufwendig und teuer. Wir schlagen deshalb vor, sich der Lösung dieses Problems mit Übergangsregelungen anzunähern und für Zweitmeinungen Organisationsregelungen zu finden, die etwa vorsehen, dass man sich krankenhausintern vor bestimmten Maßnahmen interdisziplinär abstimmen muss, oder bestimmte Methoden zu entwickeln. Wir können uns schlecht vorstellen, dass sich renommierte Universitätsmediziner von anderen Zweitmeinungen einholen, wenn sie besondere Therapien oder diagnostische Verfahren einsetzen. Unser Vorschlag ist, eine Übergangsregelung für drei Jahre zu schaffen und in diesem Zeitraum ein hieb- und stichfestes methodisches Instrumentarium zu entwickeln.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur letzten Runde der SPD-Fraktion.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an Professor Kunze sowie die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DKG. Wie wird sich der Sanierungsbeitrag auf die psychiatrischen Kliniken auswirken?

Ich habe eine Zusatzanfrage an den Vertreter von Verdi. Alle haben unisono über den geplanten Sanierungsbeitrag geklagt. Gibt es nach Ihrer Auffassung wettbewerbliche Unterschiede zwischen den Privatkliniken und den öffentlichen Trägern, was den Sanierungsbeitrag angeht?

SV **Prof. Dr. Heinrich Kunze** (Aktion Psychisch Kranke e.V.): Ich spreche für die Aktion Psychisch Kranke, die insofern etwas Besonderes ist, als sie seit der Psychiatrie-Enquete Lobby für psychisch kranke Menschen und nicht für Krankenhäuser oder Insti-

tutionen betreibt. - So viel als Hintergrundinformation, um meine Aussagen zu bewerten.

Es gibt einen entscheidenden Unterschied zwischen somatisch Kranken und psychisch Kranken. Je schwerer die Erkrankung ist, desto weniger bereit sind psychisch Kranke, sich in Behandlung zu geben. Das heißt, je schwerer die Erkrankung, desto unwahrscheinlicher ist eine Überversorgung. Die Unterlassung einer Behandlung führt zu Folgekosten im sonstigen Sozialsystem, bis zum Anstieg der Zahl der forensischen Patienten. Hier funktioniert die Methode „Sparen bis zur Schmerzgrenze, bis Patienten politischen Gegendruck erzeugen“ nicht. Deswegen brauchen psychisch Kranke eine besondere Lobby.

Ich möchte die Bundesregierung daran erinnern, dass der jetzige Effizienzsteigerungsauftrag schon durch die Psychiatrie-Personalverordnung von 1990 begründet wurde. Ich will Ihnen die Ergebnisse anhand von ein paar Kennzahlen darlegen; Näheres finden Sie in der Stellungnahme. Ausweislich der Krankenhausstatistik ist von 1991 bis 2004 die Zahl der Pflgeetage und der Betten um jeweils 33 Prozent zurückgegangen und hat die Verweildauer um 63 Prozent abgenommen, während die Fallzahl um 80 Prozent gestiegen ist. Das heißt, dieser Bereich hat allein durch Effizienzsteigerung sowie durch die Deckelung - seit zehn Jahren praktisch jedes Jahr 1 Prozent - einen enormen Sanierungsbeitrag geleistet. Nun kommt neben den schon genannten allgemeinen Belastungen für die Krankenhäuser eine Besonderheit hinzu, nämlich die integrierte Versorgung. 1 Prozent wird uns jedes Jahr abgezogen; aber es kommt kein Rückfluss. Das heißt, die Psychiatrie leistet eine Quersubventionierung der Somatik.

Angesichts dieser Belastungen und der Tatsache, dass wir einen Personalkostenanteil von über 80 Prozent haben, führt der Sanierungsbeitrag zu einer gefährlichen Erosion der Psychiatrie-Personalverordnung, die damals zum Ziel hatte - hoffentlich gilt das heute noch -, zum Schutz dieses besonders vulnerablen Personenkreises einen Qualitätsstrukturstandard festzuschreiben.

SV **Dr. Werner Gerdemann** (VdAK/AEV): Der Sanierungsbeitrag ist nach dem Gießkannenprinzip gestaltet: Alle werden gleich be-

handelt. Das muss natürlich zu Ungerechtigkeiten führen. Beispiel Krankenhäuser: Wenn Sie die Geschäftsberichte der privaten Krankenhausketten durchlesen oder die Aktienkursentwicklung beobachten, sehen Sie, dass es diesen privaten Trägerketten sehr gut geht. Aber andere, kleine Krankenhäuser - die freigemeinnützigen Krankenhäuser wurden schon als Beispiel genannt - werden natürlich besonders betroffen sein. Wie sich das speziell auf die psychiatrischen Einrichtungen auswirkt, kann ich nicht beurteilen. Hier habe ich nicht genügend Einblick.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Es ist zutreffend, dass die Situation der psychiatrischen Krankenhäuser wegen des Wechselverhältnisses in der Psych-PV besonders schwierig ist. Aus der Psych-PV ergibt sich ein Anspruch auf einen bestimmten Personalbestand. Das betreffende Krankenhaus hat aber keine Möglichkeit, das Personal zu bezahlen, auf das es Anspruch hat, weil das Auseinanderlaufen von BAT-Lohnentwicklung und Mittelzufluss, also der Grundlohnrentenentwicklung, so eklatant ist, dass dem Krankenhaus der Anspruch aus der Psych-PV wenig dabei hilft, den entsprechenden Personalschlüssel zu bilden. Das ist eine Folge des Sanierungsbeitrags nach der Rasenmähermethode, wobei noch hinzukommt, dass die Krankenhäuser durch das erst im letzten Jahr verabschiedete AVWG und die Reduzierung der Grundlohnrate im Jahr 2007 weitere 330 Millionen Euro weniger haben. Gerade bei den psychiatrischen Krankenhäusern greift im Wesentlichen - sie sind von der Konvergenzphase des DRG-Systems ausgenommen - die Grundlohnrate als Budgetentwicklungsinstrument, sodass diese Krankenhäuser nach einem Beitrag zugunsten des Gesundheitsfonds und nach einem Abzug nach AVWG bei einer Grundlohnrentensteigerung von 0,28 Prozent in den alten Bundesländern mit dem Problem fertig werden zu müssen.

Abg. **Jella Teuchner** (SPD): Ich habe eine Frage zu § 17 b KHG an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie eine Frage zu § 17 c KHG an Herrn Professor Schröder.

§ 17 b KHG soll ergänzt werden, sodass bei der Entwicklung des DRG-Systems die zu-

ständigen Selbstverwaltungspartner die Aufgabe erhalten, Vergütungsformen bei Patienten zu prüfen, deren Behandlungen mit dem pauschalen Vergütungssystem bis lang nicht sachgerecht finanziert werden konnten, also die so genannten Kostenausreißer. Halten Sie diese Regelung für sinnvoll und vor allem für ausreichend?

§ 17 c KHG gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, die Abrechnungen von Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Wie beurteilen Sie die bisherige Regelung? Welche Auswirkungen werden die Neuregelungen des § 17 c haben?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Wir begrüßen es, dass anerkannt wird, dass es Kostenausreißer, beispielsweise besonders komplizierte Fälle mit mehrfachen Operationen, gibt, die im Rahmen der Pauschalierung des DRG-Systems nach wie vor nicht sachgerecht abgebildet werden können, und dass der Gesetzgeber nun der Selbstverwaltung den Auftrag erteilt, sich um diese Dinge forciert zu kümmern. Man hätte sich natürlich vorstellen können, dass der Gesetzgeber das Problem konkreter angeht als nur mit einem Auftrag an die Selbstverwaltungspartner. Aber es ist begrüßenswert, dass es ein Problembewusstsein gibt und dass damit ein Bewusstsein dafür geschaffen wird, dass es auf Dauer Ausnahmeregelungen im DRG-System geben muss, weil man sonst solche Fälle niemals richtig abbilden kann. Dieser Ansatz ist richtig.

Bei § 17 c geht es um das Stichprobenprüfverfahren durch den Medizinischen Dienst. Das steht im Kontext dessen, was wir eben zum Medizinischen Dienst ausgeführt haben.

SV Dr. Wulf Leber (AOK-Bundesverband): Kostenausreißer können ein Problem sein. Deswegen haben ausländische Systeme entsprechende Regelungen. Aber Vorfahrt muss natürlich die Weiterentwicklung des DRG-Systems haben. Wir befinden uns im Augenblick noch mitten in der Weiterentwicklungsphase und halten es deshalb für verfrüht, schon jetzt Kostenausreißerregelungen zu erlassen. Wir sind noch dabei, Lösungen im DRG-System zu finden, und sollten, wenn die Konvergenzphase abgeschlossen ist, darüber nach-

denken, ob noch immer Kostenausreißerprobleme existieren.

SV Prof. Dr. Peter Schröder: Die Prüfungen nach § 17 c sind verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen - das ist ein Unterschied zu dem, worüber wir vorhin gesprochen haben -, die drei Punkte klären sollen: Fehlbelegung, Fehlcodierung und zu frühe Entlassung. Es gab 2004 ein Ergebnis auf Bundesebene, das deutlich macht, wie dieses Verfahren ablaufen sollte. Das hat unter Einbeziehung der Selbstverwaltungspartner, aber auch der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und des Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschland ein sehr gutes Verfahren generiert. Insgesamt ist das natürlich ein Instrument, das neben der Stichprobenprüfung eine andere Zielorientierung hat; denn man bekommt damit einen ungefähren Überblick über das Codierverhalten und das Entlassverhalten eines Krankenhauses. Die Korrekturquote liegt bei einem verdachtsunabhängigen Stichprobenverfahren zur Codierqualität bei etwa 20 bis 25 Prozent, während sie bei dem anderen Verfahren, bei dem schon Vorprüfungen stattgefunden haben, bei etwa 40 Prozent liegt.

Ich sehe das Hauptproblem im Moment darin, dass wir zwar zu Ergebnissen kommen - bei einer Stichprobe muss man auch die Erlaubnis haben, entsprechend hochzurechnen; sonst ist eine Stichprobe wenig sinnvoll -, dass aber die Umsetzung der Ergebnisse erst im folgenden Jahr im Rahmen der Budgets erfolgt. Das heißt, das Verfahren selbst steht. Die Prüfung wird funktionieren. Sie wird von den Krankenhäusern akzeptiert werden und sicherlich vom MDK gut durchgeführt werden. Die Ergebnisse lassen sich aber im Moment sehr schwer umsetzen.

SV Dirk Völpe-Haus (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.): Wir sind der Mei-

nung, dass sich der geplante Sanierungsbeitrag sehr unterschiedlich auf private und öffentliche Häuser auswirkt. Die Auswirkungen hat Herr Michels als Vertreter eines der führenden Konzerne bereits dargelegt. Bei den privaten Konzernen werden die Gewinne neu justiert werden müssen bzw. wird der Sanierungsbeitrag einfach zu einer Verringerung führen. Bei den öffentlichen Häusern stellen wir fest - wir verhandeln sowohl mit Privaten als auch mit Öffentlichen über Tarifverträge; wir machen hier generell keinen Unterschied -, dass angesichts des Sanierungsbeitrags reflexartig mit der Weitergabe des Kostendrucks an die Beschäftigten argumentiert wird. Dies führt in der Tat dazu, dass öffentliche Häuser in Zukunft vermehrt verkauft werden sollen und dass leider erste Teilverkäufe, Outsourcing und andere aus unserer Sicht unliebsame Effekte eintreten. Der Sanierungsbeitrag wird diese Entwicklung beschleunigen. Wir sehen dadurch letztendlich ein erhebliches Problem auf die öffentlichen Häuser zukommen. Die Daseinsvorsorge, wie wir sie aus den letzten zehn bis 15 Jahren kennen, wird durch den Sanierungsbeitrag sicherlich eine ganz andere Bedeutung haben.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich darf Block IV, Teil B am heutigen Nachmittag beenden. Sie, die Sachverständigen, haben zwei Stunden die Fragen der Abgeordneten beantwortet. Recht herzlichen Dank.

Wer nach Hause fährt, dem wünsche ich eine gute Heimfahrt. Denjenigen, die ich um 16.30 Uhr wiedersehe, wünsche ich eine schöne Pause.

Ich danke für Ihr Erscheinen.

(Sitzungsende: 15.58 Uhr)