

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

100. Sitzung

Berlin, den 24.11.2008, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans-Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu folgender Vorlage:

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

BT-Drucksache 16/10807 und 16/10868

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

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

SPD

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

FDP

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

DIE LINKE.

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

B90/GRUENE

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

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

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

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

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende , Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	6, 28, 29, 32, 35	SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG))	6, 10, 11, 14, 29
Stellvertretender Vorsitzender Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	30	SV Johann-Magnus von Stackelberg (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	7, 14, 31, 34
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	6, 28	SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	7
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	8, 27	SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	8, 11, 32, 34
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	9	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	8, 27, 29, 30, 32, 33
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	10, 34	SV Prof. Dr. Jörg F. Debatin	9
Abg. Eike Hovermann (SPD)	13	SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK))	10, 19
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	15, 16, 17, 18	SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV))	11
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	17, 19	SV Jürgen Malzahn (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	11
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	19, 20, 21, 22, 28	SV Klaus Focke (BKK Bundesverband (BKK BV))	11
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23, 24, 25, 26	SV Dirk Sonnenberg (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	11
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	26	SV Peter Löbus (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD))	12, 30
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	28	SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR))	12
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	29	SV Niko Stumpfögger (ver.di Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.)	13
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	30	SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD))	15, 18, 25
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	30	SV Prof. Dr. Günther Neubauer	15, 16, 17
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	31	SV Prof. Dr. Karl-Heinz Beine	17
Abg. Peter Friedrich (SPD)	32	SV Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN))	18
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	33	SV Prof. Dr. Hugo Van Aken (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF))	19
		SV Prof. Dr. Michael Simon	19, 20, 21, 26
		SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	22

		SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	23
		SV Prof. Dr. Jürgen Wasem	23, 24, 25
		SV Reinhard Fuß	23, 24
		SVe Andrea Mrazek (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK))	26
		SV Olaf Winkler (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed))	26
		SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen	27
		SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	27
		SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	28
		SV Dr. Klaus Schalkhäuser (Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB))	28
		SV Edgar J. Schmitt (Deutsche Tagesklinikgesellschaft (DTKG) e.V.)	30
		SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK))	31
		SV Dr. Martin Albrecht	32
		SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)	33
		SV Benno Bolz	33
		SV Dr. Boris Augurzky	34

Beginn der Sitzung: 11.00 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Sie herzlich begrüßen und eröffne hiermit die 100. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit in dieser Legislaturperiode. Der einzige Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)“ auf BT-Drucksachen 16/10807 und 16/10868. Der Ausschuss für Gesundheit hat diesen Gesetzentwurf eingeführt und setzt heute die Beratung mit einer Anhörung fort. Ich begrüße ganz herzlich die Sachverständigen und die Vertreter von Verbänden, die in großer Anzahl unserer Einladung gefolgt sind. Ich begrüße auch ganz herzlich die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, allen voran Frau PStSn Marion Caspers-Merk und Herrn StS Dr. Klaus Theo Schröder, sowie die Vertreterinnen und Vertreter des Bundesrates. Ich freue mich außerdem, dass dieses Thema auch in der Öffentlichkeit Interesse findet und hier eine Reihe von Gästen der Anhörung beiwohnt.

Die heutige Anhörung vollzieht sich nach dem üblichen Muster, das ich kurz erläutern möchte: Nachdem die Abgeordneten ihre Fragen gestellt haben, werde ich Sie auffordern zu antworten. Sofern ich Sie nicht bereits mit Ihrem Namen angesprochen habe, möchte ich Sie bitten, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Zudem bitte ich Sie, die Mikrofone zu benutzen und diese am Ende Ihres Wortbeitrages wieder auszuschalten. Wir beginnen die Anhörung mit den Fragen der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll der ordnungspolitische Rahmen der Krankenhausfinanzierung geregelt werden. Regelungsinhalte sind unter anderem Investitionsfinanzierungen, die Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen, der Bundesbasisfallwertkorridor, das Vergütungssystem für die Psychiatrie und das Sonderprogramm Pflegepersonal. Werden aus Ih-

rer Sicht die jeweiligen Inhalte sachgerecht geregelt? Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Henke. Wie beurteilen Sie die derzeitige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser? Lassen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhausbetreibern feststellen und wenn ja, warum?

SV **Dr. Rudolf Kösters** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das waren sehr viele Fragen auf einmal. Ich will dennoch versuchen, zu den einzelnen Punkten Stellung zu nehmen. Insgesamt betrachtet, halten wir es für erfreulich, dass ein so wichtiger Punkt wie die Investitionsfinanzierung einen erheblichen Stellenwert im Gesetz bekommen hat. Allerdings ist dies nicht in der Weise geschehen, wie wir uns das gewünscht hätten. Nach unserem Dafürhalten hätte man die Länder in die Pflicht nehmen müssen, in Zukunft mehr Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen. Gleichwohl bewerten wir den Ansatz, der hier gewählt wird, nämlich die Einführung einer Investitionspauschale, durchaus positiv. Im Hinblick auf die Zukunft würden wir uns allerdings – und zwar durchaus auch im Interesse der Länder – wünschen, dass es zu einer Mischfinanzierung aus Einzelfallförderung und Investitionspauschale kommt. In den ersten Entwürfen zu dem Gesetz ist ja ein Weg in diese Richtung eingeschlagen worden. Wir bedauern es daher, dass der vorliegende Gesetzentwurf nun von diesem Weg abgewichen ist und dass er zu nichts mehr verpflichtet. Aus unserer Sicht beinhaltet der Entwurf aber zumindest einen ersten richtigen Schritt.

Die Regelungen zum Problem der Finanzausstattung halten wir für nicht ausreichend. Die Hilfen, die im Gesetz vorgesehen sind, belaufen sich, netto betrachtet, auf etwa 1,5 Mrd. Euro. Wir wissen alle, dass wir allein zur Finanzierung unserer Mitarbeiter mindestens das Doppelte an Hilfen bräuchten, um einigermaßen klarzukommen, das heißt, um den Rationalisierungsprozess mit einer Reduktion weiterer Stellen in den Krankenhäusern nicht weiter fortsetzen zu müssen. Sie wissen, dass in den letzten Jahren 100.000 Stellen in den Krankenhäusern verlorengegangen sind, davon allein etwa die Hälfte in der Pflege. Ich glaube, dieser Gesetzentwurf ist nicht geeignet, einen weiteren Stellenabbau zu verhindern. Vielmehr wird es zu einem weiteren Personalabbau kommen, weil die vorgesehenen Hilfen nicht ausreichend sind. Diese Einschätzung bezieht

sich auch auf die Psych-PV und das Pflegepersonal, zu dessen Aufstockung eine anteilige Finanzierung von lediglich 70 Prozent vorgesehen ist.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Das Gesetz nennt sich Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, das ist ein großes Wort. Wenn Sie vor ein oder zwei Jahren Fachleute gefragt hätten, was in diesem Gesetz geregelt werden sollte, dann hätte man Ihnen sicher geantwortet, dass bei der Investitionsfinanzierung die Länder auf eine bestimmte Investitionssumme verpflichtet werden sollten. Dazu ist es aus den uns wohlbekannten Gründen nicht gekommen. Wir bedauern das sehr. Das vorgesehene System der Pauschalförderung stellt nicht sicher, dass die Länder auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Trend der sinkenden Länderfördermaßnahmen fortschreiben, dann haben wir auf der Länderebene bald die Null-Linie erreicht.

Weiterhin hätten wir uns als Vertreter der Krankenkassen von einem Reformgesetz dringend einen Einstieg in den Wettbewerb gewünscht. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz, das bei einer früheren Anhörung diskutiert worden ist, hätte hier wunderbar komplettiert werden können. Es gibt genügend Ansätze für eine Intensivierung des Wettbewerbs, die wir Ihnen gerne erläutern können. Des Weiteren erkennen wir an, dass die für die Psychiatrie vorgesehenen Lösungen durchaus innovativ sind. Dazu hätte es aber aus unserer Sicht keines Gesetzes bedurft. Vielmehr hätte hier eine Vereinbarung des BMG mit der Selbstverwaltung ausgereicht. Wir stellen mit Bedauern fest, dass der Gesetzgeber der GKV sehr detailliert Belastungen auferlegt. Aus unserer Sicht hätte es zum Beispiel bei der Pflege keines speziellen Förderungsprogramms bedurft. Die Strategie, wonach die ambulante Versorgung Vorrang vor der stationären haben soll, sowie die Strategie zur Vermeidung von Fehlbelegungen haben dafür gesorgt, dass im stationären Sektor weniger Belegungstage auftreten. Daher wäre aus unserer Sicht ein Sonderpflegeprogramm nicht unbedingt notwendig gewesen. Insgesamt betrachtet haben wir es hier mit einem Reformgesetz zu tun, das auf halber Strecke stehen bleibt. Wir würden uns freuen, wenn wir mit Ihnen die gesamte Strecke zurücklegen und noch weiter in Richtung auf mehr Wettbewerb gehen und zu einer Festle-

gung von Investitionsfinanzierungsmitteln der Länder kommen könnten.

SV Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke: Ich habe eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, deren erster Satz wie folgt lautet: „Aus dem vorliegenden Regierungsentwurf ist eine nachhaltige Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die ihren Namen verdient, nicht zu erkennen.“ Des Weiteren wurde ich gebeten, mich zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu äußern. Es wird Sie nicht überraschen, wenn ich darauf hinweise, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren abhängig ist. Es ist sicherlich nicht allein die Rechtsform, die über den wirtschaftlichen Erfolg entscheidet. Hinzu kommen vielmehr lokale und regionale Besonderheiten, die Managementqualitäten in den einzelnen Häusern, das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte, die Höhe des Basisfallwertes, die Umsetzung einer integrierten Versorgung sowie die Krankenhausbedarfsplanung der Länder und die Krankenhausträger. Gleichwohl lässt sich feststellen, dass die Kliniken in privater Trägerschaft, also etwa ein Drittel aller Krankenhäuser, ihren Investitionsbedarf besser als andere Krankenhäuser bewältigen. Sie arbeiten offenbar in der Regel wirtschaftlicher, weil die Investitionen der Schlüssel zum Erfolg sind.

Weiterhin möchte ich darauf hinweisen, dass es wenig zukunftssträchtig wäre, wenn man den Krankenhäusern automatisch sämtliche Lohn- und Gehaltserhöhungen, die sich aus den Tarifentscheidungen ergeben, erstatten würde. Das würde meines Erachtens die falschen Anreize im Hinblick auf die immer vorhandenen Rationalisierungsreserven setzen. Vielmehr muss es das Ziel sein, durch neue Formen der integrierten Versorgung, vor allem durch medizinische Versorgungszentren und selektive Kontrahierung – das wurde auch von Herrn von Stackelberg schon erwähnt –, vorhandene Einsparpotentiale zu mobilisieren. Dazu gehört auch, dass neue Formen der medizinischen und organisatorischen Arbeitsteilung mit veränderter Schwerpunktbildung erforderlich sind und vielleicht auch neuen Arbeitsteilungen zwischen den medizinischen Heil- und Hilfsberufen. Hier gibt es eine Menge zu tun. Leider kann ich in dem vorliegenden Gesetzentwurf kein Konzept erkennen, das dem Anspruch genügen würde, einen neuen Ordnungsrahmen zu schaffen. Darunter stelle ich mir etwas anderes

vor. Ich verweise hierzu auch auf die meiner Stellungnahme beigelegten Aufsätze.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Mit welchen Ausgabenzuwächsen rechnen Sie infolge des vorliegenden Gesetzentwurfes? Könnten Sie auch etwas zu der Problematik sagen, die sich aus dem letzten Konvergenzschritt ergibt, also zu dem Unterschied in der Berechnung der hausindividuellen Basisfallwerte und der Landesbasisfallwerte?

SV. Dr. Wulf-Dietrich Leber (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die zusätzlichen Ausgabebelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung resultieren nicht nur aus dem neuen Gesetz, sondern bereits aus den bestehenden Regelungen. Unsere Ausgaben steigen durch das Gesetz, durch die Tariflohnsteigerungen und durch das Sonderprogramm Pflegepersonal um rund 2 Mrd. Euro. Hinzu kommen Ausgabensteigerungen auf Grund der Grundlohnsteigerung, des Wegfalls der IV-Anschubfinanzierung, der Mehrleistungsfinanzierung und der Konvergenzschritte. Nach Einschätzung der Kassen wird es somit insgesamt zu einer Kostenmehrbelastung in Höhe von rund 4,6 Mrd. Euro kommen. Dieser Wert liegt eindeutig über der Summe, die mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent finanziert werden kann. Diese Problematik resultiert im Wesentlichen aus der überraschend aufgetretenen Divergenz zwischen dem durchschnittlichen Basisfallwert und den Landes-Basisfallwerten. Denn der Durchschnitt der Basisfallwerte liegt unter dem Landes-Basisfallwert. Wenn im letzten Konvergenzschritt nun auf einmal alle Krankenhäuser auf das Niveau dieses Landes-Basisfallwerts gelangen, dann kommt es zu einer zusätzlichen Belastung in einer Größenordnung von 800 Mio. Euro. Diese Summe ist nicht vorgesehen gewesen, und für deren Abdeckung gibt es auch keine politische Zusage. Insofern setzen wir uns als GKV-Spitzenverband für Korrekturen ein, durch die die gesetzlichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf 3,5 Mrd. Euro beschränkt werden. Dazu bedarf es einer Neujustierung der Landes-Basisfallwerte und einer Beschränkung der Mehrleistungsfinanzierung auf die variablen Kosten. Andernfalls kann

dem gesetzlichen Gebot des Paragraphen 220 nicht entsprochen werden, demzufolge die Festsetzung des Beitragssatzes im Gesundheitsfonds im ersten Jahr ausgabendeckend sein soll.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Krankenhäuser haben eine Kostenbelastung aus Tarifen und Sachkosten für die Jahre 2008 und 2009 in Höhe von insgesamt 8 Mrd. Euro. Wenn das, was im Gesetzentwurf steht, so umgesetzt wird, dann könnte es tatsächlich so kommen, wie es der Schätzerkreis der Bundesregierung angenommen hat, dass nämlich die Ausgaben für die Krankenhäuser um 3,5 Mrd. Euro steigen werden. Dass die Ausgaben um 4,6 Mrd. Euro steigen, wie die Kassen dies annehmen, ist hingegen reine Spekulation. Dahinter stehen Annahmen in Bezug auf Fallzahlentwicklung und Fallschwere, die wir nicht nachvollziehen können. Die Kassen gehen davon aus, dass der Gesamteffekt aus Fallschwere und Fallzahl etwa 3 Prozent ausmacht. Von diesem Wert sind die Kassen auch schon für das Jahr 2007 ausgegangen. Tatsächlich sind aber die Krankenhausaussgaben in diesem Jahr nur um 0,7 Prozent gestiegen. Diese Werte machen somit deutlich, dass es keine Regel gibt. Es muss vielmehr abgewartet werden, ob es tatsächlich so viele neue Krankheitsfälle geben wird. Ich halte es jedenfalls für unwahrscheinlich, dass die Zahl der Krankenhausfälle von Jahr zu Jahr in dieser Form ansteigen wird und die Bewertungen in dieser Weise zunehmen werden. Dann bleibt offen, mit welcher Summe dieses Volumen letztlich bei den Krankenhausaussgaben zu Buche schlägt. Wir warnen jedenfalls eindringlich davor, sich jetzt auf 3,5 Mrd. Euro als zu plafondierende Größe für die Krankenhausaussgaben festzulegen. Wir wären der einzige Leistungsbereich, der aufgrund des Fonds nun sektorspezifisch behandelt und dem eine Zuwachsbegrenzung auferlegt würde. Es gibt überhaupt keinen Grund zu dieser Vorsichtsmaßnahme, zumal selbst dann, wenn die Ausgaben um 4,6 Mrd. Euro steigen würden, nicht garantiert wäre, dass die zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser auch abgedeckt wären. Denn höhere Leistungsausgaben der Krankenhäuser sind meist in hohem Maße auf Kostensteigerungen zurückzuführen. Das heißt, Mehrleistungen sind keine Lösung für das grundsätzliche Problem, dass für alle Krankenhäuser die Lohnkosten um 8 Prozent,

die Grundlohnrate aber gerade einmal um 2 Prozent im Zweijahresrhythmus steigen.

Die Frage, die von den Krankenkassen aufgeworfen wurde, ob der letzte Konvergenzschritt, das Ansteigen oder das Abfallen aller Häuser auf den Landes-Basisfallwert im jeweiligen Land, einen unerwarteten Ausgabenschub von 600 bis 800 Mio. Euro erzeugen wird, ist folgendermaßen zu beantworten: Erstens kommt so etwas nicht unerwartet. In keinem Gesetz wurde davon ausgegangen, dass die Summe der hausindividuellen Basisfallwerte deckungsgleich mit den Landes-Basisfallwerten ist. Im Gegenteil: Im Gesetz wurde ausgeführt, dass der Landes-Basisfallwert als Preisindikator nach den Regeln des Gesetzes fortentwickelt wird. Darin ist alles enthalten, von den zusätzlichen Kosten bis hin zu den Kappungen. Als die Grundlohnrate im Jahr 2007 0,28 Prozent betrug, durften auch die Kosten nur um bis zu 0,28 Prozent steigen. Umgekehrt sind Mengeneffekte und Wirtschaftlichkeitsreserven abgezogen worden. Das heißt also, der wahre, dem Willen des Gesetzes entsprechende Wert ist der Landeswert. Anders verhält es sich mit den hausindividuellen Basisfallwerten. Wir hören immer wieder, dass Krankenhäuser, die eine zusätzliche Menge aufgewiesen hatten, das Geld für diese Menge nicht eingestellt bekommen haben. Dies hatte zur Konsequenz, dass der hausindividuelle Basisfallwert zurückgeblieben ist, weil zwar die Punktzahl mit eingegangen ist, aber nicht das Geld. Das bedeutet, dass die hausindividuellen Werte verfälscht sind. Richtig sind vielmehr die Landes-Basisfallwerte. Wer heute die Krankenhäuser auf den Durchschnitt der hausindividuellen Basisfallwerte festlegen wollte, der würde den Häusern alles wieder wegnehmen, was berechtigterweise an Kostenpositionen in den Landes-Basisfallwert eingegangen ist. Lassen Sie es mich vereinfacht ausdrücken: Das wäre so, als wenn einem für Bundesschatzbriefe bei deren Auslaufen die gesetzlich garantierten Zinsen vorenthalten würden. Solche Ad-hoc-Maßnahmen sollte man von vornherein ausschließen. Es handelt sich hier um berechnete Ansprüche und nicht, wie es im Papier der Kassen heißt, um „Luftblasen“. Die Krankenhäuser wissen seit Jahren, wo der Endpunkt für die Konvergenz liegt, und deshalb kann nicht plötzlich kurz vor Kassenschluss der entsprechende Wert um einen ganzen Prozentpunkt abgesenkt werden.

Weiterhin sind zusätzliche Mengen immer so auszugestalten, dass sie die Landes-Basisfallwerte absenken. Deshalb wird eine 35-

Prozent-Quote für zusätzliche Mengen angenommen. Das bedeutet, dass die zusätzlichen Mengen, die einzelne Häuser in einzelnen Segmenten aufzuweisen haben – z. B. mehr Hüftoperationen – zu Preisabsenkungen bei allen Krankenhäusern im Lande führen. Das führt für eine Kreisklinik, die möglicherweise keine entsprechende Menge hat, dazu, dass ihr für Geburten weniger bezahlt wird. Dieser Degressionseffekt, der gleichzeitig ein Kollektivhaftungseffekt ist, würde massiv verstärkt werden, wenn man gesetzlich vorgeben würde, dass eine Quote von 35 Prozent einzurechnen ist und dann auch noch die „Fallschwere“ berücksichtigt werden müsste. Insgesamt würden die Krankenhäuser dadurch etwa die Summe an Geld verlieren, die sie durch das Hilfsprogramm für die Tarifierhöhungen gewinnen. Wir hätten also ein Gesetzgebungsverfahren, das mit einem Hilfsprogramm startet und mit Kürzungen endet. Wir bitten daher darum, davon Abstand zu nehmen.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Debatin, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Die Tariflohnsteigerungen der Jahre 2008/2009 sollen oberhalb der Grundlohnsummensteigerung zu 50 Prozent ausgeglichen werden. Halten Sie diese geplante Regelung für sachgerecht? Bitte begründen Sie Ihre Auffassung.

SV **Prof. Dr. Jörg F. Debatin**: Zunächst einmal ist es zu begrüßen, dass es überhaupt zu einem Ausgleich kommt. Wir haben in den vergangenen Jahren Tarifsteigerungen erlebt, die nicht oder nur in unverhältnismäßig niedrigem Maße ausgeglichen worden sind. Allerdings sind mit dem geplanten Ausgleich zwei Probleme verbunden. Zum einen bedeutet die 50-Prozent-Regel, dass die Tarifsteigerungen eben nur zur Hälfte ausgeglichen werden, und zum anderen kommt der Ausgleich relativ spät, weil wir im Grunde schon im Jahr 2008 durch die Tarifsteigerungen erhöhte Kosten hatten, die aber erst jetzt, also mit einem Jahr Verspätung, ausgeglichen werden. Hinzu kommt, dass wir im Jahre 2009 einige Sondereffekte haben werden. Zu nennen ist zunächst die Erhöhung der Krankenkassenbeiträge, aber darüber hinaus auch der Wegfall der AiP-Finanzierung, der gerade für größere Kliniken, für Kliniken der Maximalversorgung, zu erheblichen Belastungen führen wird. Unser Klinikum verliert

allein durch den Wegfall der AiP-Zulagen etwa 2 Mio. Euro. Wenn wir die Mehrbelastungen für den Bereich des Personals im Jahre 2009 zusammenziehen und dann die 50-prozentige Kompensation in Abzug bringen, bleibt immer noch eine Mehrbelastung, die etwa 60 bis 65 Prozent über dem Wert liegt, mit dem wir angefangen haben. Wenn man das in Eurobeträge umrechnet, dann haben wir Mehrbelastungen in Höhe von etwa 13 Mio. Euro, von denen aber nur 4,7 Mio. Euro kompensiert werden. Damit öffnet sich die Schere, die wir in den letzten Jahren bereits vielfach beklagt haben, weiter. Insgesamt betrachtet geht somit der Ansatz, der in dem Gesetzentwurf verfolgt wird, in die richtige Richtung, er geht aber leider noch nicht weit genug.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich hatte bereits ausgeführt, dass eine 50-prozentige Finanzierung der Tarifikostensteigerungen absolut unzureichend ist, insbesondere vor dem Hintergrund der seit 15 Jahren durch die Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung gedeckelten Krankenhausfinanzierung. Als diese Deckelung Anfang der neunziger Jahre eingeführt wurde, ging man davon aus, dass der Grundlohn zeitweise über und zeitweise unter der Tariflohnentwicklung liegen würde, so dass sich dies über die Jahre ausgleichen würde. Nach meiner Wahrnehmung hat es jedoch innerhalb dieser 15 Jahre nur ein einziges Jahr gegeben, in dem der Grundlohn tatsächlich über der tariflichen Entwicklung im Bereich des BAT gelegen hat. Ansonsten hat der Grundlohn immer dramatisch unterhalb der Tarifentwicklung gelegen. Daher stehen die Krankenhäuser seit 15 Jahren unter einem sehr großen Rationalisierungsdruck, und dieser würde durch die Hilfen, die jetzt vorgesehen sind, nicht gemindert. Sie würden vielmehr den Zwang zur Rationalisierung und zum Stellenabbau weiter aufrechterhalten, und deswegen ist das Gesetz in seiner derzeitigen Konzeption völlig unzureichend. Wir brauchen angesichts eines außerordentlich großen Schubes bei den Tarifen auch eine außerordentliche Erhöhung auf der Erlösseite. Die Belastungen sind andernfalls nicht zu bewältigen. Nach über 15 Jahren sind die Rationalisierungsreserven, von denen immer gesprochen wurde, zu einem großen Teil ausgeschöpft. Wenn man hier nicht gegensteuert, dann wird es mit dem Stellenabbau nicht nur im pflegerischen, sondern auch in allen anderen Bereichen weitergehen.

Dagegen können auch Sonderprogramme der Art, wie sie jetzt geplant sind, nichts ausrichten.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Zunächst einmal sind wir dankbar dafür, dass die Politik erkannt hat, dass die Krankenhäuser unter einer enormen finanziellen Belastung stehen, die sie aus eigener Anstrengung nicht mehr bewältigen können. Diese Belastung bleibt bis jetzt sozusagen im System hängen und macht die Arbeit der Krankenhäuser enorm schwierig. Dafür sind nicht zuletzt auch gesetzgeberische Entscheidungen mitverantwortlich. Ich erinnere hier vor allem an die Mehrwertsteuererhöhung, aber auch an die finanziellen Belastungen durch die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung oder an den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen. Es ist sehr sinnvoll, dass diese Maßnahmen nun zurückgenommen werden. Gleichwohl sind wir auch in diesem Jahr bzw. zu Beginn des Jahres 2009 mit enormen Personalkostensteigerungen konfrontiert. Problematisch ist, dass wir nur 50 Prozent der Kosten ausgeglichen bekommen, die oberhalb der Grundlohnrate liegen. Denn das bedeutet, dass die Steigerung in Höhe der Grundlohnrate, die die Krankenhäuser zur Entlastung erhalten, bereits zu 100 Prozent durch die gestiegenen Personal- und Energiekosten sowie durch weitere Kostensteigerungen aufgebraucht ist. Deshalb regen wir an, noch einmal darüber nachzudenken, ob die vorgesehene Kostenentlastung tatsächlich ausreichend ist.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ein wichtiges Element des Gesetzentwurfs ist das Pflegepersonalstellenprogramm. Dazu habe ich eine Frage an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG, den Verband der Krankenhausdirektoren, den Deutschen Pflegeverband und an ver.di. Sehen Sie bei der Personalsituation in der Krankenhauspflge Handlungsbedarf und wenn ja, ist das Programm dazu geeignet, eine Verbesserung herzustellen? Speziell möchte ich wissen, ob die vorgesehene anteilige Finanzierung in Höhe von 70 Prozent genügend Anreize bietet oder ob dazu ein Finanzierungsanteil etwa von 90 Prozent notwendig wäre?

SV. Dr. Wulf-Dietrich Leber (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Wir stehen dem Programm insgesamt kritisch gegenüber, weil wir eine Verlagerung der Pflege vom Krankenhaus in andere Bereiche registrieren, etwa in die ambulante Pflege oder in die stationären Pflegeheime. Hier finden sich all jene Pflegekräfte wieder, die inzwischen nicht mehr im Krankenhaus beschäftigt werden. Man muss auch zur Kenntnis nehmen, dass heute in den Krankenhäusern ungefähr 60.000 Belegungstage weniger als noch vor 7 Jahren zu verzeichnen sind. Dies hat trotz aller fallbezogenen Fixkosten und trotz allen fallbezogenen fixen Pflegeaufwands zu einer gewissen Reduktion des Pflegeaufwands geführt. Dennoch kann man sich mit guten Gründen für eine Verbesserung der Pflegesituation im Krankenhaus einsetzen. Wir halten das Programm allerdings für zu stark input-orientiert. Wir würden uns demgegenüber wünschen, dass es künftig ersetzt wird durch ein qualitäts- und ergebnisorientiertes Programm, das nicht so sehr auf die Zahl der Einstellungen, sondern auf die Ergebnisse der Pflegetätigkeit abstellt. Insgesamt hat das Programm mit seinen 200 Mio. Euro noch eine überschaubare Größenordnung. Allerdings hielten wir es für problematisch, wenn man den Förderanteil von 70 auf 90 Prozent steigern würde. Denn dies hätte zur Folge, dass auch dann, wenn kein zusätzlicher Pflegebedarf besteht, Krankenschwestern eingestellt und in pflegefremden Bereichen eingesetzt würden. Dies erschien uns wenig sinnvoll. Wenn man den Einsatz von Pflegekräften fördern will, dann sollte dies auch zu einer Verbesserung der Situation im Pflegebereich beitragen. Das wäre dann auch im Interesse der Krankenhäuser.

SV Stefan Wöhrmann (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)): Bei der Diskussion über die Förderquote – ob man also 70 oder 90 Prozent für angemessen hält – geht es auch um die Frage, ob die 21.000 Pflegekräfte derzeit am Arbeitsmarkt überhaupt zur Verfügung stehen oder ob wir nicht von einer geringeren Zahl ausgehen müssen. Wir haben schon in den neunziger Jahren bei den Pflegesatzverhandlungen Personalanhaltszahlen bewilligen müssen. Insofern handelt es sich nunmehr um eine Doppelfinanzierung, weil das Personal mit der Budgetfortschreibung seit dem Jahr 1995 eingestellt ist, danach

aber von den Kliniken abgebaut werden musste, einerseits auf Grund eines drastischen Rückgangs der Verweildauer von 12 auf 7 Tage und andererseits, um den Investitionsstau, den die Länder verursacht haben, zu kompensieren. Wenn es nun zu einer Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften kommen soll, ist uns daran gelegen, dass diese Besetzung dauerhaft erfolgt. Wenn die Förderung dieser Stellen nicht über mehrere Jahre hinweg aufrechterhalten wird, legen wir Wert darauf, dass dann eine Refinanzierung durch die Sozialleistungsträger erfolgt. Ansonsten würde der Effekt genauso verpuffen, wie dies bei den Anhaltszahlen in den neunziger Jahren der Fall war. Irgendwann würden dann die Krankenhausträger mit dem Geld wieder ihre Gewinne optimieren. Daran kann niemandem gelegen sein.

SV Jürgen Malzahn (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich möchte die von Herrn Wöhrmann und Herrn Dr. Leber bereits genannten Aspekte nicht wiederholen, sondern ich will auf ein weiteres Problem hinweisen, das im Zusammenhang mit dem Pflegesonderprogramm zu beachten ist. Es muss sichergestellt werden, dass am Ende, wenn das Programm in die Landes-Basisfallwerte eingepreist werden soll, nicht diejenigen Krankenhäuser die Gewinner sind, die gar keine Pflegekräfte eingestellt haben. Denn nach der Überleitung in den Landes-Basisfallwert profitieren alle Krankenhäuser von den Effekten des Programms, und zwar am meisten diejenigen, die keine Pflegekräfte eingestellt haben.

SV Klaus Focke (BKK Bundesverband (BKK BV)): Wir schließen uns den Ausführungen des Spitzenverbandes Bund an.

SV Dirk Sonnenberg (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Auch wir schließen uns den Ausführungen des Spitzenverbandes Bund an.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausesellschaft e. V. (DKG)): Es trifft sicherlich zu, dass in der Pflege eine große Zahl von Arbeitsplätzen abgebaut worden ist, und zwar etwa 50.000 bis 55.000. Und sicherlich hat dies auch zu dem Rückgang der Pflegeleistung beigetragen. Während aber auf der einen Seite die Anzahl der Pfl egetage rückläufig gewesen ist,

hat es auf der anderen Seite einen enormen Anstieg der Pflegeleistung gegeben, nämlich durch die zunehmende Zahl von Patienten, die mit höheren Schweregraden in die Krankenhäuser kommen. Es werden heute vermehrt multimorbide Patienten behandelt, darunter viele ältere Patienten – der Altersüberhang wird immer deutlicher –, was zu einer enormen Verdichtung der Pflegetätigkeit in den Krankenhäusern geführt hat. Deswegen ist es sicherlich angemessen, dass darüber nachgedacht wird, wie man der Pflege Hilfe zukommen lassen kann. Allerdings halte ich es für fraglich, ob mit dem geplanten Programm wirklich Ordnungspolitik betrieben wird. Eine Berufsgruppe im Krankenhaus herauszugreifen und gezielt zu fördern, ist vom ordnungspolitischen Ansatz her verkehrt; aber vielleicht sollte man das erst einmal so hinnehmen. Unserer Ansicht nach wird dieses Programm aber nur dann eine spürbare Wirkung entfalten, wenn die Finanzierung nicht anteilig erfolgt, sondern wenn es zu einer Vollfinanzierung zusätzlicher Stellen kommt. Andernfalls werden wir erleben, dass die Mittel gar nicht oder zumindest nicht in dem gewünschten Umfang abgerufen werden. Wir halten es daher für besser, eine kleinere Zahl von etwa 15.000 Stellen voll zu finanzieren, als die vorgesehene Zahl von 21.000 Stellen anteilig zu – wenn man genau rechnet – lediglich 65 Prozent zu fördern. Ich glaube, bei der letzteren Variante würde ein Großteil der Förderung ins Leere gehen. Unser dringender Rat wäre daher, nicht so zu verfahren. Insgesamt betrachtet wäre es eine ordnungspolitisch bessere Lösung, wenn der Personalbereich der Krankenhäuser allgemein stärker gefördert und das Programm nicht allein auf die Pflege fokussiert würde. Denn – wie ich eben schon erwähnt habe – haben wir schon seit Beginn der Deckelung vor 15 Jahren mit dem Problem zu kämpfen, dass die Personalkosten nie in dem erforderlichen Ausmaß refinanziert werden konnten und dass es deshalb zu den Rationalisierungen gekommen ist. Wenn wir das jetzt nicht abstellen, dann wird es trotz neuer Programme weitere Rationalisierungen geben. Davon muss die Politik ausgehen.

SV Peter Löbus (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)): Grundsätzlich begrüßen wir ein solches Pflegeprogramm. Gleichwohl ist den Ausführungen von Herrn Dr. Kösters zu folgen, der zu Recht gefragt hat, welchen Nutzen ein Programm mit

einem Förderungsanteil von nur 70 Prozent hat, wenn die Krankenhäuser ohnehin schon im defizitären Bereich liegen. Außerdem sehen wir erhebliche Probleme, die Stellen in dieser Berufsgruppe künftig fachgerecht zu besetzen. Es werden hier heute schon wesentlich mehr Hilfskräfte als früher eingesetzt. Ich vertrete ein Krankenhaus in den neuen Bundesländern, das seit Jahren mit einem Nottarifvertrag arbeitet. Mir persönlich hilft daher das Programm überhaupt nicht weiter. Nach meiner Vorstellung muss es nicht nur eine Vollfinanzierung geben, sondern es ist darüber hinaus auch zu fordern, dass die Organisationshoheit des Krankenhauses unangetastet bleibt. Das bedeutet: Wenn man ein Programm für die Pflege auflegen will, dann sollte der Förderungsanteil 100 Prozent betragen, und die Häuser sollten über den Einsatz der Pflegekräfte nach eigenem Ermessen entscheiden können. Anzustreben wäre also eher eine Vollfinanzierung von 15.000 Stellen, ähnlich wie es bereits Herr Dr. Kösters vorgeschlagen hat; ansonsten wäre das Programm für uns zwecklos.

SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)): Grundsätzlich begrüßen wir es zunächst einmal, dass die Bundesregierung sich mit dem Thema Pflege intensiv beschäftigt hat. Wir haben seit Jahren versucht, deutlich zu machen, dass wir aufgrund des permanenten Personalabbaus – wir sind heute bei nurmehr 50.000 Vollzeitkräften angelangt – die Patientensicherheit nicht mehr garantieren können. Wir haben mittlerweile erhebliche Probleme, die Organisation des Alltags auf den Stationen zufriedenstellend zu gestalten. Daher kann ich die Vorstellungen, die hier vom Spitzenverband Bund geäußert worden sind, keinesfalls teilen, weil er sich ausschließlich an den Fallzahlen orientiert und nicht erkennt, dass wir heute eine völlig veränderte Patientenstruktur in den Krankenhäusern vorfinden. Wenn künftig Kriterien wie zum Beispiel Alter, Hochaltrigkeit, Demenz oder Multimorbidität in Bezug auf die klinische Akutversorgung keine Rolle mehr spielen sollen, dann ist der eingeschlagene Weg der Kassen sicher der richtige.

Wir stehen aber schon heute im internationalen Vergleich, bezogen auf die Ausstattung mit Pflegepersonal in Relation zu den zu versorgenden Patienten, eher am Ende der Rangskala. Man muss den Bürgerinnen und Bürgern immer wieder klarmachen, dass eine gute medizinische Versorgung in den Krankenhäusern

ohne eine gute pflegerische Versorgung nicht zu gewährleisten ist. Aus diesem Grund stehen wir zu dem vorgelegten Sonder-Pflegeprogramm. Wir stimmen allerdings auch mit der Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft überein, wonach das Programm massiv gefährdet wäre, wenn es bei der sonstigen Krankenhausfinanzierung, zum Beispiel bei der lediglich 50-prozentigen Abdeckung der Tarifierhöhungen, bleiben sollte. Es bedarf unbedingt einer Gesamtbetrachtung der Finanzierung der Krankenhäuser. Nach unserer Auffassung ist es notwendig, die neuen Stellen zu 100 Prozent zu fördern. Dafür kann dann die Gesamtzahl der geförderten Stellen durchaus etwas niedriger ausfallen.

Im Hinblick auf die Frage, wie das Programm in den Krankenhäusern umgesetzt werden soll, würden wir uns eine Konkretisierung im § 4 Abs. 10 wünschen. Nach unserer Auffassung sollten hier folgende Formulierungen aufgenommen werden: „mindestens 3-jährig ausgebildetes Pflegepersonal“ und „Pflege am Bett“. Diese Hinweise sollen verhindern, dass es zu einer Situation kommt, wie sie sich infolge der Pflegepersonalregelung eingestellt hat, in der Personal in der Pflege eingesetzt wird, das keine 3-jährige Ausbildung aufweist. Wir sind des Weiteren daran interessiert, dass in dieses Programm Regelungen zur Arbeitsorganisation und Qualitätsindikatoren aufgenommen werden, damit nach dem Auslaufen des Sonderprogramms die Verbesserungen für die Patienten in den Krankenhäusern erhalten bleiben. Außerdem regen wir Verbesserungen im Hinblick auf die Berichtspflicht an, damit gegenüber den Krankenkassen, aber auch gegenüber der Regierung dokumentiert werden kann, wofür die Fördergelder eingesetzt worden sind. Denn wir möchten, dass das Geld für die Pflege sozusagen auch am Bett des Patienten ankommt und nicht für anderen Zwecke, etwa im Bereich der Hygiene, verausgabt wird. Das bedeutet, dass wir eine Konkretisierung für nötig halten, die genau bestimmt, wofür das Geld bzw. die Vollzeitkräfte eingesetzt werden. Wir hoffen, dass sich als Ergebnis aus der heutigen Diskussion eine entsprechende Klarstellung ergibt.

SV Niko Stumpfögger (ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.): Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind unerträglich geworden. Wir stehen am Beginn eines neuen Pflegenotstands. Aus diesem Grund sind auch die Ausbildungslehrgänge nicht mehr

ausgelastet. Den Unmut der Betroffenen über diese Situation haben Sie vor acht Wochen erlebt, als hier in Berlin 130.000 Menschen demonstriert haben. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden ganz wesentliche Weichen für die künftigen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus gestellt. Wir glauben, dass das Pflegestellenförderprogramm einen richtigen Ansatz verfolgt. Es muss allerdings schnell wirken. Die vorhandenen Lücken werden zwar auf relativ unspezifische Weise gefüllt, aber dies muss man anfangs wohl so machen. Offenbar geht die Bundesregierung selbst davon aus, dass nur etwa 1.200 von 2.000 Krankenhäusern die Förderung in Anspruch nehmen werden. Man erwartet also, dass die Krankenhäuser, die sich in den roten Zahlen befinden, von dem Programm nicht profitieren werden, weil sie die Kofinanzierung nicht aufbringen können. Deswegen halten auch wir es für notwendig, dass die Stellen, die mit dem Förderprogramm geschaffen werden sollen, zu 100 Prozent finanziert werden. Vor allem im ersten Jahr, in der Anlaufphase, ist gar keine Alternative zu der 100-Prozent-Förderung denkbar. Das Problem, das wir hier kurzfristig mit dem Förderprogramm lösen, muss aber auch nachhaltig gelöst werden. Innerhalb des DRG-Systems gibt es zurzeit eine dramatische Fehlsteuerung, die dadurch zustande kommt, dass das System blind ist für die Fälle, in denen die Diagnose identisch, aber der Pflegebedarf unterschiedlich ist. Wir begrüßen es daher, dass im Gesetzentwurf ein Auftrag an das I-NEK formuliert wird, diesem Sachverhalt in seinen Kalkulationen künftig stärker Rechnung zu tragen. Wir denken allerdings, dass dieser Auftrag präzisiert und der erhöhte pflegerische Aufwand erlösrelevant in die Fallpauschalen einkalkuliert werden muss. Deswegen enthält unsere nachgereichte Stellungnahme einen entsprechenden Vorschlag. Wenn wir keine solche Regelung treffen, werden wir diese prekäre Situation, die wir jetzt mit der Förderung von 21.000 Pflegestellen zu ändern versuchen, regelmäßig wieder produzieren. Wir werden zulassen, dass sich die dramatischen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus weiter verschlechtern und dass sich die Konflikte, die daraus im Krankenhaus entstehen, noch verschärfen. Außerdem wird es zu einer dauerhaften Unterversorgung der Patientinnen und Patienten kommen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ich möchte an einen Fragenkomplex aus der ersten Fragerun-

de zur Krankenhausfinanzierung anknüpfen und mich dabei auf eine Formulierung von Herrn Dr. Kösters beziehen, der in etwa Folgendes ausgeführt hat: „Es wäre uns angenehmer gewesen, es wäre ein vernünftiger ordnungspolitischer Ansatz vorgelegt worden, aber so etwas gibt es nun wohl nicht mehr“. Das hört sich wohlfeil an. Ich gebe aber zu bedenken, Herr Dr. Kösters, dass der Spitzenverband Bund hier deutlich andere ordnungspolitische Vorstellungen als Sie entwickelt hat. Ähnliches gilt für die Länder. Ich könnte nun auch noch alle anderen Akteure erwähnen, denn überall finden Sie ordnungspolitische Konzepte, die mit den anderen Konzepten nicht ohne weiteres kompatibel sind. Ich bitte Sie daher, zur Kenntnis zu nehmen, dass sowohl das Parlament als auch die Bundesregierung sich sehr wohl Gedanken um den ordnungspolitischen Ansatz machen. Dieses Bestreben sollte man sich nicht wechselseitig absprechen.

Ich möchte noch einmal einige Aussagen referieren. Da man es versäumt habe, die Länder zu verpflichten, in die Investitionsfinanzierung einzutreten, sei folglich der gesamte Gesetzentwurf unbrauchbar. Wenn ich mich recht erinnere, haben Sie, Herr von Stackelberg, geäußert, das sei ein Defizit des Gesetzes. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie nachweisen könnten, in welcher Weise Sie die Landesregierungen der 16 Bundesländer aufgefordert haben, hier tätig zu werden mit dem Ziel, zu angemessenen Landes-Basisfallwerten zu kommen. Es ist doch ein Versäumnis der Kassen, dass die Krankenhausverbände mit den Verbänden der Kassen auf Landesebene zusammenarbeiten, dass dann aber die einzelnen Krankenhäuser es nur noch mit den einzelnen Kassen zu tun haben. Denn dies führt zu Verwerfungen. Das heißt, Sie müssten einmal klären, wie Sie im Spitzenverband Bund oder an anderer Stelle zu einem einheitlichen Vorgehen kommen, damit auf Landesebene zwischen dem Landesverband der Kassen und der Landeskrankengesellschaft verhandelt wird. Denn nur so kann man verhindern, dass sich zwischen den einzelnen Krankenhäusern eine Schere im Hinblick auf die jeweiligen Werte auftut. Sie kennen sicher die Briefe der einzelnen Landesgesundheitsminister zu diesem Fall. Dass Herr Dr. Leber andere ordnungspolitische Vorstellungen hat, liegt daran, dass der Spitzenverband Bund den Beitragssatz von 15,5 Prozent für nicht ausreichend hält. Jetzt gehen alle Aussagen, die der Spitzenverband Bund zur Beitragsfrage macht, von einem Satz von 15,8 Prozent aus. Ich wäre Ihnen daher

sehr dankbar, wenn Sie noch einmal näher erläutern würden, wie Sie die Diskrepanzen zwischen Bundes-Basisfallwert, Landes-Basisfallwerten und hausindividuellen Fallwerten auflösen wollen. Denn es gehört zu den Aufgaben der Kassen, insbesondere des Spitzenverbandes Bund, sich darauf einzustellen. Zudem bitte ich den Spitzenverband Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Universitätsklinika um eine Stellungnahme zu der Frage, wie man die Länder verpflichten könnte, die entsprechenden Investitionsgelder wirklich zur Verfügung zu stellen. Denn dies geschieht bisher nicht, und das führt dazu, dass die DRGs auch zur Finanzierung von Investitionen verwendet werden.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die Vorstellungen des GKV Spitzenverbandes zum ordnungspolitischen Rahmen beinhalten mehrere Komponenten, die ich kurz benennen möchte. Erstens sollte der Investitionsanteil den Ländern verpflichtend vorgeschrieben werden, zweitens geht es darum, den Einstieg in den Wettbewerb zu ermöglichen – dazu gibt es bereits genügend Vorschläge – und drittens sollte nicht in Inputfaktoren investiert, sondern es sollten Anreize geschaffen werden. Was wir anstreben, ist ein Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser, auch und gerade im Bereich der Pflege. Hier bedarf es intelligenter Lösungen. Ich bin deshalb auch ein wenig verwundert, dass hier jetzt breit über die Selbstkostendeckung diskutiert wird. Das wollten wir doch eigentlich schon vor 10 Jahren nicht mehr haben. Eine Selbstkostendeckung nach der DRG-Einführung ist nicht das Ziel der damals eingeführten Regelungen gewesen. Daher wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, in einen Qualitätswettbewerb über Transparenz, auch und gerade bei der Pflege, einzutreten. Dazu würden wir Ihnen auch gerne Vorschläge unterbreiten bzw. haben wir Ihnen schon Vorschläge unterbreitet. Das ist der ordnungspolitische Rahmen, so wie wir ihn uns vorstellen. Im Übrigen, Herr Abgeordneter, ist dies hier sicher nicht die letzte Anhörung. Ich würde mir wünschen, dass wir beim nächsten Gesetz über diesen Rahmen diskutieren.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Herr Hovermann hat viele Fragen angesprochen. Zu einigen möchte ich Stellung nehmen. Zunächst

zum Verhältnis von Landes-Basisfallwert und Bundes-Basisfallwert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist nicht der Auffassung, dass ein DRG-System nur mit einem Bundes-Basisfallwert funktionieren kann. Wir würden vielmehr anregen, einmal zu untersuchen, wodurch die Differenzen zwischen den einzelnen Landes-Basisfallwerten bedingt sind. Wenn man für die Differenzen keine plausible Erklärung findet, dann müssen sie nivelliert werden. Wenn man aber die Differenzen stichhaltig begründen kann, dann müssen diese auch in Zukunft weiter bestehen bleiben können. Wir vertreten damit einen etwas anderen Ansatz als die Regierung, die in dem vorgelegten Gesetzentwurf einen Korridor vorsieht. Und wir plädieren dafür, diesen Korridor jetzt nicht einzuführen, sondern es zunächst bei den Landes-Basisfallwerten zu belassen und zu analysieren, wo es Unterschiede gibt. Dann kann man sich darüber verständigen, wie diese notwendigen Unterschiede in Zukunft berücksichtigt werden können, ob im Rahmen eines Korridors oder einer anderen Lösung.

Wir sind ebenso wie Herr Hovermann dafür, die Länder in die Pflicht zu nehmen. Das sagte ich bereits. In den einzelnen Ländern ist wegen der Verquickung dieser Frage mit der Krankenhausplanung viel zu wenig darauf gedrungen worden, dass das Notwendige tatsächlich finanziert wird. Wir wissen doch, dass sich solche Klagen, die man anhängig macht, unter Umständen wieder gegen einen richten können, weil man in anderen Bereichen von einer Landesregierung auch wieder abhängig ist. Deswegen ist zu überlegen, wie man einen vernünftigen Rechtsschutz für die Häuser schaffen kann, der sicherstellt, dass sie ihren Bedarf an Investitionen bei den Ländern auch tatsächlich einfordern können. Bei einigen Ländern soll jetzt schon ein Anfang gemacht worden sein. Das halte ich für sehr wichtig.

Was den ordnungspolitischen Rahmen angeht, spricht sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft nachdrücklich für Wettbewerb aus. Allerdings nicht für Preiswettbewerb, weil wir das Krankenhauswesen nicht für eine Branche wie jede andere halten. Es sei denn, Sie attestieren uns das und bestimmen, dass wir uns wie jede andere Branche verhalten sollen. Allerdings bitten wir dann darum zu bedenken, dass in allen anderen Branchen der Anbieter seine Preise selbst festlegt. Ein solcher Preiswettbewerb ist jedoch, so denke ich, in unserem Marktsegment nicht angezeigt. Deswegen sind wir zwar gegen einen Preiswettbewerb, aber umso entschiedener für einen

Qualitätswettbewerb und die dafür notwendige Transparenz. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen durch die BQS sowie die Einstellung von Qualitätsberichten ins Internet. Ich denke, hier verhalten wir uns ordnungspolitisch korrekt.

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinik Deutschlands e. V. (VUD)): Wir sehen natürlich auch, dass man verstärkt auf die Länder zugehen muss. Wir haben allerdings Zweifel, dass es gelingt, die Länder stärker in die Pflicht zu nehmen, und zwar nicht allein wegen der Unwilligkeit auf der Länderseite, sondern auch, weil die Länder auf absehbare Zeit kaum in der Lage sein werden, den Differenzbetrag von ca. 4 Mrd. Euro, der derzeit bundesweit bei der Investitionskostenfinanzierung fehlt, aufzubringen. Unser Vorschlag lautet daher, perspektivisch von einer dualistischen zu einer monistischen Finanzierung überzugehen, das heißt, die Krankenkassen bei der Investitionskostenfinanzierung stärker in die Pflicht zu nehmen. Dabei könnte man sich verschiedene Übergangsmodelle vorstellen, auf die ich jetzt im Detail nicht eingehen möchte. Dazu gibt es genügend Vorschläge. Jedenfalls wird aus unserer Sicht über kurz oder lang kein Weg an einem Übergang zur Monistik vorbeiführen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Neubauer. Herr Dr. Kösters hat sich vorhin zum Preiswettbewerb bei Krankenhäusern geäußert und gesagt, im Krankenhausbereich sei ein solcher Preiswettbewerb nicht sinnvoll, weil es eine ganz besondere Branche sei. Im Gesetzentwurf ist nun eine Vereinheitlichung der Preise für Krankenhausleistungen vorgesehen. Wie beurteilen Sie als namhafter Gesundheitsökonom den für die Landes-Basisfallwerte vorgesehenen Korridor?

SV Prof. Dr. Günther Neubauer: Ihr Frage reißt bei mir bildlich gesprochen eine Wunde auf. Zurzeit müssen wir feststellen, dass der gesamte Gesundheitsbereich mit Einheitspreisen überzogen wird. Ab dem 1. Januar 2009 wird der Beitragssatz zu den Kassen für alle Versicherten vereinheitlicht. Wir haben bereits einheitliche Apothekenabgabepreise, wir führen jetzt noch einheitliche Basisfallwerte ein,

und zwar bundesweit für alle Krankenhäuser, und wir haben auch einen einheitlichen Orientierungswert für die vertragsärztliche Versorgung geschaffen. Das alles tun wir unter dem Stichwort Wettbewerb. Für einen Ökonomen stellt dies die Theorie, die wir seit zweihundert Jahren betreiben, schlichtweg auf den Kopf. Wettbewerb wird immer auch ein Preiswettbewerb sein müssen. Wer Einheitspreise einführt, muss wissen, dass er dann über die Preise nicht mehr steuern kann, und die Einheitspreise sind nur zu gewährleisten, wenn sie vom Staat oder von vom Staat beauftragten Einrichtungen festgelegt und kontrolliert werden. Sie schaffen damit einen Kontrollaufwand und eine Administration ohne Ende, ohne an Steuerfähigkeit zu gewinnen. Anders als Herr Kösters bin ich der Meinung, dass wir selbstverständlich auch im Krankenhaussektor das Leistungsangebot über Preise steuern können. Diese Preise müssen ja nicht vom Patienten bezahlt werden, sondern es sind Preise für die Krankenkassen, die sie mit den Krankenhäusern aushandeln. Das ist allemal besser, als bundesweit einheitliche Preise administrativ festzulegen. Lassen Sie mich dies an einem Beispiel verdeutlichen, weil häufig gesagt wird: „Eine Blinddarmoperation muss doch in München ebenso viel kosten wie in Rostock. Das ist doch die gleiche Leistung.“ Diese Aussage ist ökonomisch schlichtweg falsch, und eine seit zweihundert Jahren bestehende Theorie hat bewiesen, dass sie falsch ist. Dies wird hier einfach ausgeblendet. Nun zu dem Beispiel: Wenn wir in München auf dem Oktoberfest eine Maß Bier kaufen, kostet sie 8 Euro. Ganz in der Nähe, auf dem Volksfest in Dachau, kostet sie nur 4 Euro. Der Durchschnittspreis wäre also 6 Euro. Für 6 Euro würde aber auf dem Oktoberfest kein Bier angeboten und in Dachau keines nachgefragt. Im einen Fall wäre das Bier zu preiswert und im anderen Fall zu teuer. Genau das wird aber im Krankenhaussektor gemacht. Ich halte fest: Sie verursachen eine gigantische Fehlsteuerung in dem System, nur dass man die nicht unmittelbar spürt oder erkennt. Davor muss man warnen, weil dies in die falsche Richtung geht. Noch einmal: Wer die Preissteuerung ausschaltet, der muss alle die Funktionen, die sonst die Preise haben, auf andere Weise erfüllen. Eine Möglichkeit besteht darin – und das machen Sie jetzt – zu versuchen, über die Mengen zu steuern, was sonst über die Preise gesteuert würde. Die Mengenregulierung ist für die Leistungserbringer aber letztlich viel unangenehmer als eine Preissteuerung. Sie, Herr Kösters, und ich

werden es möglicherweise noch als Zuschauer erleben, dass im Gesundheitssektor wieder die Preissteuerung eingeführt wird, weil man anders die Probleme nicht mehr in den Griff bekommt.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine nächste Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Prof. Neubauer. Die Absenkung bei der Mehrerlösregelung soll verhindern, dass die Menge der Krankenhausfälle zunimmt. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme unter Berücksichtigung des voraussichtlich am 1. Januar 2009 startenden Gesundheitsfonds?

SV **Prof. Dr. Günther Neubauer**: Meine Antwort schließt an das bereits Gesagte an. Eine Mehrerlössteuerung ist nichts anderes als eine Preissteuerung, aber auf administrativem Wege. Die Mehrmengen sollen durch den Preis unattraktiv gemacht werden. Das ist sicherlich eine gewisse Konsequenz der Einführung des Gesundheitsfonds. Allerdings muss man sich die Frage stellen, ob der Gesundheitsfonds unseren Problemen überhaupt gerecht wird. Ich halte es für eine Ironie, wenn jetzt erklärt wird: Wir schaffen erst einen großen Käfig, der Gesundheitsfonds heißt, in den treiben wir alle hinein und sagen dann: „Da drinnen seid ihr frei, jetzt könnt ihr Wettbewerb betreiben“. So kann man die Probleme nicht lösen. Was wir im Krankenhaussektor ebenso wie im Gesundheitssektor insgesamt brauchen, das ist eine Abkehr von den eingetretenen Pfaden. Mit dieser Reform setzen wir aber unsere Probleme einfach nur linear fort. Wir brauchen Strukturveränderungen im Krankenhausbereich. Wer einmal ins Ausland schaut, der erkennt, dass unsere Krankenhausversorgungsstrukturen sich von denen in Finnland, England oder den Niederlanden deutlich unterscheiden. Wenn man darüber nachdenkt, warum das so ist, dann kommt man zur Auffassung, dass bei uns vieles falsch bzw. fehlgeplant wird und dass wir damit immer weiter fortfahren. Das vorliegende Reformgesetz macht da keine Ausnahme. Der Mehrerlösenausgleich ist nichts anderes als ein in den Fonds eingebautes Instrument zur Mengenregulierung. Die niedergelassenen Ärzte nennen das Regelleistungsvolumina, das ist im Grunde das gleiche. Auch damit wird man die bestehenden Strukturprobleme nicht lösen. Man wird auch in diesem hohen Hause noch erkennen, dass wir ganz anders an die Probleme herangehen müssen. Das wird aber mögli-

cherweise erst bei der nächsten oder übernächsten Reform der Fall sein.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch eine weitere Frage an Herrn Prof. Neubauer. Wie stehen Sie zu der Art und Weise, wie den Krankenhäusern mehr Geld zur Verfügung gestellt werden soll? Ich denke an die drei Maßnahmen, die anteilige Finanzierung der Lohnerhöhung, die Einrichtung von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst und den speziellen Krankenhausindex.

SV **Prof. Dr. Günther Neubauer**: Das ist eben die Fortsetzung der bisherigen Politik. Hier würde ich den Kassen zustimmen. Das ist in gewisser Weise ein Rückfall in das Kostenerstattungsdenken. Es ist gut für diejenigen, die hohe Kosten und schlecht für diejenigen, die eher niedrige Kosten haben, und deshalb auch von vornherein falsch konstruiert. Eine anteilige Finanzierung der Lohnerhöhungen würde ich für vertretbar halten, wenn sie als Notmaßnahme für ein oder zwei Jahre konzipiert wäre. Aber diese Maßnahme zu einem System zu machen, bei dem im Nachhinein auch noch ein spezieller Krankenhauskostenindex aufgebaut wird, bedeutet, etwas zu schaffen, das möglicherweise unvereinbar mit unserem Kartellrecht ist. Man müsste die Krankenhausversorgung zu einer staatlichen Versorgung erklären, andernfalls würde man hier Probleme bekommen. Eine Vergütung auf einen Kostenindex aufzubauen, ist schlichtweg kartellgesetzwidrig. Jetzt geht man sogar noch einen Schritt weiter und greift in betriebliche Strukturen ein, indem man erklärt, dass Krankenhäuser zusätzliche Pflegestellen bekommen können, unabhängig davon, ob sie sie brauchen oder nicht. Betriebswirtschaftlich gesehen ist dies Nonsense, auch wenn man es politisch verstehen kann. Ich bin aber nicht hier, um Verständnis für politische Entscheidungen zu bekunden, sondern um als Sachverständiger zu beurteilen, was aus Sicht der Ökonomie richtig oder falsch ist. Und betriebswirtschaftlich ist es völlig falsch, in einen Betriebsprozess einzugreifen und bestimmte Kosten zu subventionieren. Das führt automatisch zu einer Verzerrung der gesamten Abläufe. Sie erreichen dadurch im Hinblick auf die Effizienz des Outcomes gar nichts, außer dass man im Nachhinein sagen kann, die Leistung ist zu teuer oder kann nicht verwendet werden. Wenn auch diese Stellen in den Kostenindex eingebaut werden, dann hat

dies die paradoxe Folge, dass derjenige, dem der Kostenindex entsprechend erhöht wird, der aber die Stellen nicht einrichtet, begünstigt wird. Dann muss man nur noch herausfinden, wer tatsächlich die Stellen besetzt. Denn wenn dies keiner tut, dann geht es in den Index auch nicht mit ein. Somit sind wir genau dort angelangt, wo wir schon einmal waren. Kostenerstattung ist betriebswirtschaftlicher Nonsense und führt weder zu einer Verbesserung der Ergebnisse noch zu einer Optimierung der Prozesse in den Krankenhäusern.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Prof. Beine. Wie stehen Sie zu der im Gesetzentwurf vorgesehenen Pauschalierung der Entgelte in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern? Welche Auswirkungen erwarten Sie von dieser Regelung und was sind Ihres Erachtens die Voraussetzungen für die Einführung eines solchen pauschalierten Systems. Und nun eine Frage an Herrn Prof. Gaebel. Mit einer Änderung des Paragraphen 6 der Bundespflegesatzverordnung erhalten die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik die Möglichkeit, eine Finanzierung der Stellenbesetzung bis zur Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV zu 90 Prozent nachzuverhandeln. Wie beurteilen Sie diese Regelung vor dem Hintergrund der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems?

SV **Prof. Dr. Karl-Heinz Beine**: Ich begrüße die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungssystems für die Behandlung von psychisch kranken Menschen im Krankenhaus, das als Pauschalierungseinheit ausdrücklich den Tagesbezug und nicht den Fallbezug festlegt. Wir sollten strikt darauf achten, dass nicht deshalb, weil die Reform des Entgeltsystems in der Psychiatrie zwangsläufig in die DRG-Finanzierung eingebettet sein muss, dieses System allzu anfällig wird für Konvergenzen. Denn wir wissen, dass der Diagnosebezug bei psychisch erkrankten Menschen sehr wenig, das heißt zu weit weniger als 20 Prozent, über den Ressourcenverbrauch aussagt. Die zu erwartenden Auswirkungen werden entscheidend davon abhängen, in welcher Weise die Selbstverwaltungspartner diesen Auftrag annehmen und von welchem Niveau sie bei ihren Bemühungen, ein neues Entgeltsystem zu schaffen, ausgehen. Dazu einige Bemerkungen. Sie alle wissen, dass die Qualitäts- und die Personal-

bemessung in der Psychiatrie seit 1991 auf der Grundlage der Personalverordnung Psychiatrie erfolgt. In Fachkreisen zweifelt niemand die Zweckmäßigkeit der Personalverordnung an, sie hat sich bewährt und sie ist mehrfach evaluiert worden. Aber diese Verordnung ist inzwischen 17 Jahre alt, und sie muss angepasst werden. Das hat im Wesentlichen drei Gründe. In den vergangenen 17 Jahren hat es neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie gegeben. Insbesondere entsprechen die Vorgaben der Psych-PV für die Psychotherapie nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand und die Personalverordnung bildet das reale Leistungsgeschehen in den Kliniken nicht mehr ab. Auch die Fallzahlen sind seit 1991 um 80 Prozent gestiegen, während die Verweildauern sich um mehr als 60 Prozent verkürzt haben. Außerdem ist ein erheblicher Bürokratieaufwand entstanden. Schließlich hat die hier mehrfach angesprochene 12-jährige Budgetdeckelung zu einer zusätzlichen Ausdünnung von Fachpersonal in allen Berufsgruppen geführt. Der entscheidende Wirkfaktor in der Psychiatrie und der Psychotherapie ist die gemeinsam verbrachte Zeit von Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Patienten. So sah die Psych-PV vor 17 Jahren vor – um ein Beispiel zu nennen –, dass ein Arzt im Durchschnitt 2,5 Wochenstunden mit einem Patienten zubringen sollte. Inzwischen stehen die Therapeuten allenfalls zu 50 Prozent ihrer Arbeitszeit in direktem Kontakt mit den Patienten. Im Vergleich mit anderen Ländern steht den Ärztinnen und Ärzten im deutschen Gesundheitssystem das geringste Zeitquantum für die Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung. Soweit zur Gegenwart. Würde nun, wie der Gesetzentwurf der Bundesregierung es vorsieht, ab dem 1. Januar 2009 die Umsetzung der Psych-PV zu 90 Prozent vereinbart, dann würden wir uns nicht nur mit dem Fehlbestand in der Gegenwart abfinden, sondern dies hätte auch unübersehbare Konsequenzen für die Zukunft. Denn das neue Entgeltsystem hat keine andere Möglichkeit, als an die derzeitigen Gegebenheiten in den Kliniken anzuknüpfen. Die vorgeschriebene budgetneutrale Umsetzung wird zwangsläufig dazu führen, dass ein defizitärer Istzustand im neuen Entgeltsystem zum Sollzustand erklärt wird. Ich bitte Sie eindringlich, dies zu verhindern und die 100-prozentige Auslastung der Psych-PV als verbindliche Vorgabe für das neue Entgeltsystem festzuschreiben. Wenn uns das gelingt, dann haben wir alle Chancen, ein leistungsgerechtes, innovatives und sektorübergreifendes Entgeltsys-

tem entstehen zu lassen, das durch Steuerungsmechanismen ergänzt werden kann und sollte, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang bringen.

SV Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie vertritt die Auffassung, dass die Begrenzung des Personal-Solls auf 90 Prozent nicht sachgerecht ist. Das Personal-Soll muss, wie in der Psych-PV 1991 definiert, auf 100 Prozent festgesetzt bleiben und auch finanziert werden. Der Personalbedarf ist über die Jahre – wir haben es gerade gehört – durch Leistungsverdichtung eher gestiegen, während die Personalausstattung durch Budgetdeckelungen im Durchschnitt aller Häuser nie über 90 Prozent hinausgekommen ist. Dies hat erhebliche Qualitätsprobleme zur Folge gehabt. Bei einer Beschränkung auf 90 Prozent würde in einem neuen tagespauschalierten Entgeltsystem eine unzureichende Personalsituation dauerhaft festgeschrieben. Deshalb erheben wir die Forderung, bei 100 Prozent zu bleiben.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine Frage richtet sich an den Verband der Universitätsklinika und an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. In Ihren Stellungnahmen zeigen Sie sich unzufrieden mit dem Entwicklungsauftrag für die Abbildung der Weiterbildung zum Facharzt im Krankenhausvergütungssystem. Weshalb kommen Sie zu diesem Schluss? Können Sie uns Gründe angeben, warum die Abbildung der Facharztweiterbildung bisher nicht angegangen wurde, obwohl dies nach bestehendem Recht schon möglich wäre?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Wir stehen heute vor dem Problem, dass die Weiterbildung zum Facharzt in den Krankenhäusern ohne eigenständige Finanzierungsregelung durchgeführt wird. Das heißt, die Krankenhäuser finanzieren diese Aufgabe allein über die Erlöse aus den DRGs. Dies wirft zwei Probleme auf. Zum einen ist die Weiterbildung zwischen den Krankenhäusern nicht gleich verteilt. Das heißt, es gibt Krankenhäuser, die mehr und andere, die weniger Ärzte ausbilden. Insofern stellt sich hier die Frage, inwieweit

eine einheitliche Vergütung der richtige Weg ist. Zum anderen setzt die DRG-Fallpauschalenvergütung den Anreiz, sich aus der Weiterbildung zurückzuziehen, um die daraus resultierenden Kosten zu vermeiden. Dieses Problem muss aus unserer Sicht durch die Einführung einer eigenständigen Finanzierungsregelung für die Weiterbildung gelöst werden.

Wo liegen nun unsere Schwierigkeiten mit dem Auftrag des Gesetzes? Zunächst finden wir es richtig und wichtig, dass sich die Bundesregierung um dieses Thema kümmert. Sie tut dies schon seit einiger Zeit. Es gibt auch entsprechende Arbeitsaufträge an die Selbstverwaltung, die bisher allerdings noch nicht umgesetzt worden sind. Dies liegt zum Teil an technischen Schwierigkeiten, aber auch an den unterschiedlichen Interessenlagen. Daher würden wir vorschlagen, diesen Arbeitsauftrag dahingehend zu konkretisieren, dass eine Ersatzvornahmemöglichkeit für den Fall vorgesehen wird, dass innerhalb des nächsten halben Jahres erneut nichts geschieht.

SV Prof. Dr. Hugo Van Aken (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Auch die AWMF und ihre 153 Mitgliedsgesellschaften begrüßen die Bereitschaft des Gesetzgebers, die ärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen. Angesichts der Unattraktivität ärztlicher Arbeit im Krankenhaus sowie des drohenden Nachwuchsmangels in allen Fachgebieten ist eine strukturelle und qualitative Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung dringend erforderlich, die unter den derzeitigen Finanzierungsbedingungen, wie gerade erwähnt, nicht gewährleistet ist. Angesichts des relativen Ärztemangels im Krankenhaus ist Eile geboten. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der AWMF befürworten deshalb eine Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung außerhalb des DRG-Systems, z. B. durch eine Fondslösung, wie sie in den Niederlanden seit 2006 und seit mehreren Jahren auch in der Schweiz mit Erfolg praktiziert wird. Die im Gesetzentwurf ebenfalls enthaltene Forderung nach der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung als Voraussetzung für eine Vergütung wird auch von den Fachgesellschaften ausdrücklich befürwortet. Hier bedarf es aus unserer Sicht keiner Neuentwicklung, sondern einer zügigen Umsetzung des von der Bundesärztekammer bereits beschlossenen E-

valuationssystems nach dem Schweizer Modell.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken: Wie bewerten Sie die Streichung der Regelungen zum selektiven, kontrahierenden Krankenhausbereich aus dem Gesetzentwurf und welche Einschätzung haben Sie perspektivisch dazu?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)): Wir begrüßen die Streichung der Regelung für das selektive Kontrahieren, wir sehen aber zugleich das Problem auf uns zukommen, dass die Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und vorhandenen finanziellen Mitteln künftig zu einem selektiven Kontrahieren führen wird. Deshalb würden wir es für wünschenswert halten, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einen funktionierenden Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Krankenkassen sicherstellen. Wir brauchen Rahmenbedingungen, die ein faires Miteinander zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ermöglichen. Das ist derzeit selbst in Ansätzen noch nicht zu erkennen, es wäre aber aus unserer Sicht eine wichtige Aufgabe für das gesetzgeberische Handeln in der Zukunft.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Wir haben hier gerade einiges zu den gesetzlichen Aufträgen im Zusammenhang mit dem Fallpauschalengesetz gehört. Deshalb richtet sich meine erste Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Simon. Was wäre aus Ihrer Sicht erforderlich gewesen, um eine Fortschreibung des Fallpauschalengesetzes vornehmen zu können?

SV Prof. Dr. Michael Simon: Ich möchte in diesem Zusammenhang daran erinnern, dass der Gesetzgeber im Jahre 2002 in das Fallpauschalengesetz den Auftrag an die Spitzenverbände aufgenommen hat, eine Begleitforschung durchzuführen. Die Spitzenverbände wurden aufgefordert, bis zum Jahre 2005 Ergebnisse vorzulegen, und dies, denke ich, aus gutem Grund, weil bekannt ist, dass die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhausbereich mit Risiken insbesondere für die Qualität der Patientenversorgung verbunden ist. Dies

ist auch so auch begründet worden. Der Auftrag wurde aber leider nicht erfüllt. Daher verfügen wir heute über relativ wenig gesichertes Wissen darüber, wie sich das DRG-System auf die Strukturen der Krankenhausversorgung und auf die Qualität ausgewirkt hat. Es wäre meines Erachtens vor einer Weiterführung des DRG-Systems erforderlich gewesen, sich darüber mehr Klarheit zu verschaffen, als wir sie zurzeit haben. Nun ist die Entscheidung so gefallen, und dies wird man auch nicht korrigieren können. Dennoch halte ich es für wichtig, auf dieses Problem hinzuweisen, zumal das DRG-System auf die Psychiatrie ausgedehnt werden soll. Dort ist jetzt schon eine Begleitforschung vorgesehen. Ich appelliere an den Gesetzgeber und auch an das Ministerium, nicht noch einmal hinzunehmen, dass der Gesetzesauftrag nicht erfüllt wird. Wir haben die Ausschreibung erst in diesem Jahr bekommen. Es wäre jedoch notwendig gewesen, sich vor einer Weiterführung des Systems mehr Kenntnisse über dessen Auswirkungen zu verschaffen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Prof. Simon. Was ist aus Ihrer Sicht von einem einheitlichen Bundes-Basisfallwert mit oder ohne Korridor zu halten?

SV Prof. Dr. Michael Simon: Ich kann mich dem, was Herr Prof. Neubauer dazu gesagt hat, in einigen Punkten durchaus anschließen. Denn wenn jetzt ein Bundes-Basisfallwert eingeführt wird – zunächst soll es erst einmal ein Korridor sein –, dann ist das aus meiner Sicht eine politische Kompromissformel. Die Entscheidung für den Korridor hat letztlich nur einen Sinn, wenn am Ende ein punktgenauer Bundes-Basisfallwert steht. Das wird dann aber, wie Sie wissen, dazu führen, dass circa die Hälfte der Bundesländer über dem Bundes-Basisfallwert liegt, und das bedeutet wiederum, dass in Bundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg und anderen die Krankenhausvergütung abgesenkt werden muss. Im Unterschied zur Konvergenz auf Landesebene, die bisher gegolten hat und bei der es Gewinner und Verlierer gab – also Krankenhäuser, die mehr bekommen haben, und solche, deren Budgets abgesenkt wurden –, wird die Bundeskonvergenz dazu führen, dass die Fallwerte für alle Krankenhäuser in dem Bundesland, in dem der Landes-Basisfallwert über dem Bun-

desdurchschnitt liegt, abgesenkt werden. Ich weiß nicht, ob den Landespolitikern bereits klar geworden ist, welche Konsequenzen das für die Landespolitik hat. Ich finde es schon ein wenig – bitte entschuldigen Sie diesen Begriff – absurd, dass man in der Phase der Landeskonvergenz Krankenhausbudgets erhöht und damit einzelne Krankenhäuser zu Gewinnern gemacht hat, deren Fallwerte jetzt im Rahmen der Bundeskonvergenz wieder abgesenkt werden. Ich bin gespannt, wie man das sachlich begründen will. Ich kann derzeit keine plausible Begründung dafür erkennen. Das ist eine rein politische Entscheidung, die meines Erachtens von dem Anliegen getragen ist, auch auf Bundesebene ein Einheits- bzw. ein Festpreissystem zu haben. Diese Entscheidung hat aber problematische Folgen. Sie wird wieder zu einer starken Verunsicherung des Krankenhaussektors in den nächsten Jahren beitragen, und dies, nachdem sich dieser Sektor – so mein Eindruck – gerade einigermaßen konsolidiert hat.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Noch eine direkte Nachfrage dazu: Sie haben in Ihrer Stellungnahme darüber geschrieben und dabei auch noch einmal bezogen auf das Gutachten der AOK Schleswig-Holstein Ausführungen gemacht. Sie sprachen dort davon, dass es nicht nur Gewinner- und Verliererkliniken, sondern auch Gewinner- und Verliererkassen gebe. Können Sie das noch einmal erläutern?

SV Prof. Dr. Michael Simon: Man kann es, denke ich, vereinfacht so ausdrücken: In den Ländern, die die Gewinner sein werden, das heißt, deren Landes-Basisfallwerte, zum Beispiel in Schleswig-Holstein, angehoben werden, zählen die auf Landesebene organisierten Krankenkassen zu den Verlierern, weil sie die Differenz bezahlen müssen. Nicht von ungefähr hat sich – meines Wissens – Schleswig-Holstein sehr vehement für eine Bundeskonvergenz ausgesprochen, weil dann nämlich dort die Budgets der Krankenhäuser angehoben werden. Man kann also sagen, dass es auch auf der Kassenseite Gewinner und Verlierer geben wird. Daher nehme ich an, dass die AOK Schleswig-Holstein dieses Gutachten in Auftrag gegeben hat, weil sie befürchtet, dass sie zu den Verlierern gehören, also mehr zu zahlen haben wird. Was dies unter den Bedingungen eines einheitlichen Beitragssatzes be-

deutet, können die Vertreter der Krankenkassen sicherlich besser erklären als ich.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe noch eine weitere Frage zum Thema Qualität der Patientenversorgung. Auch dazu haben Sie in Ihrem Gutachten einige Ausführungen gemacht. Mich würde Folgendes interessieren: Sie haben sehr differenziert dargelegt, dass es verkürzt wäre, wenn man im Zusammenhang mit Qualität nur über den Aspekt der menschlichen Zuwendung sprechen würde. Ihrer Ansicht nach geht es hier um wesentlich mehr. Könnten Sie diese Auffassung näher erläutern?

SV Prof. Dr. Michael Simon: Es handelt sich hier um einen Diskussionsbeitrag von mir zum Sonderprogramm für die Pflege. Ich denke, es ist sinnvoll, sich angesichts der Beratungen über den vorliegenden Gesetzentwurf und auch angesichts der unterschiedlichen Auffassungen, was die Notwendigkeit eines solchen Programms anbelangt, einmal den internationalen Forschungsstand zu vergegenwärtigen. In mehreren Diskussionsbeiträgen aus neuerer Zeit wird nach meinem Eindruck die Auffassung vertreten, dass Personalmangel im Pflegedienst in erster Linie negative Auswirkungen auf die menschliche Zuwendung hat. Dies zeugt, wie ich finde, von einem – zugespitzt formuliert – vormodernen Pflegeverständnis und wird der komplexen Aufgabe der Pflege im Krankenhaus nicht gerecht. Es gibt, anders als in Deutschland, international zahlreiche Studien – insbesondere in den USA mit ihrem spezifischen DRG-System, aber auch in Großbritannien oder Kanada –, die belegen, dass Personalmangel, also geringe Personalausstattung bei der Pflege im Krankenhaus, verschiedenste schwere Komplikationen oder auch ein zu spätes Erkennen von Komplikationen zur Folge haben kann. Das entsprechende Risiko steigt umso mehr, je geringer die Personalausstattung im Pflegedienst ist. Die Folgen reichen vom Dekubitus bis hin zum Versterben. Es erhöht sich sogar das Mortalitätsrisiko, das wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Die Pflege hat also im Krankenhaus mehr als nur menschliche Zuwendung zu leisten. Zu ihren Aufgaben gehört auch etwa die Krankenbeobachtung, die dazu dient, Komplikationen, die sich entwickeln, frühzeitig zu erkennen und den Arzt darauf aufmerksam zu machen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe hierzu eine Nachfrage. Wir haben gehört, dass 21.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden sollen. Was halten sie von dieser Anzahl und welchen quantitativen Bedarf sehen Sie als notwendig an?

SV Prof. Dr. Michael Simon: Wir haben heute schon mehrere Stellungnahmen und auch unterschiedliche Positionen zu dem Förderprogramm gehört. Es sind auch schon neue Zahlen genannt worden. Offenbar scheint daran gedacht zu sein, den Förderanteil auf 90 Prozent anzuheben. Wenn aber das finanzielle Volumen von ca. 220 Mio. Euro unverändert bleibt, dann kann man damit nicht mehr 21.000 Stellen fördern, sondern nur noch etwa 14.000 bei einer 100-Prozent-Förderung oder 15.000 bis 16.000 bei einer 90-Prozent-Förderung. Es sind auch schon generelle Zweifel an der Notwendigkeit des Programms geäußert worden. So verweisen die Krankenkassen etwa auf den Rückgang der Verweildauer und der Zahl der Pflgetage. Ich vertrete in meiner Stellungnahme die Auffassung, dass dies alles wenig geeignete Kennzahlen sind. In der Fachdiskussion und auch beim Statistischen Bundesamt schaut man eher auf die Entwicklung der Fallzahlen. Ich möchte jetzt nicht noch einmal wiederholen, was in diesem Zusammenhang bereits zum Stichwort demographische Entwicklung, wenn auch vielleicht verkürzt, gesagt worden ist. Aber ich habe hierzu eine Modellrechnung durchgeführt: Wenn man den Versorgungsstandard von Mitte der neunziger Jahre, also nach der Umsetzung der Pflegepersonalregelung, mit der Fallzahlregelung, die wir heute haben, auf die Gegenwart hochrechnen würde, dann käme man auf einen zusätzlichen Bedarf von ca. 70.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser. Das mag vielen unrealistisch erscheinen. Ich habe deshalb in meiner Stellungnahme auch einen internationalen Vergleich vorgenommen und dabei eine sehr interessante und sehr aussagekräftige Kennzahl der OECD aufgeführt, die leider nicht für alle Länder, aber zumindest für mehrere EU-Länder, die USA und die Schweiz verfügbar ist. Daran kann man ablesen, dass die USA, die Schweiz, Frankreich und andere Länder im Vergleich zu Deutschland 50 bis 60 Prozent mehr Krankenhauspersonal bezogen auf die Bevölkerung beschäftigen. Wenn wir das umrechnen würden, dann ergäbe sich für Deutschland ein zusätzlicher Bedarf von 400.000 Vollzeitkräften für das Krankenhaus-

personal insgesamt oder, wenn man einen gleich hohen Anteil des Pflegedienstes an der Gesamtzahl der Beschäftigten unterstellt, 150.000 zusätzlichen Stellen für den Pflegedienst. Wenn jetzt 15.000 zusätzliche Stellen eingerichtet werden, dann ist das, wie ich finde, zumindest ein sehr begrüßenswerter erster Schritt, er reicht aber nicht aus, zumal die Pflege ab 2012 in das DRG-System hineingerechnet werden soll. Dieses Problem wurde hier bereits im Zusammenhang mit der Psych-PV angesprochen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Wir haben bisher schon einiges zum Thema Tariferhöhung und anteilige Kostenübernahme gehört. Mich würde nun interessieren, welche Gefahren Sie bei einer Finanzierung, wie sie hier im Gesetz vorgeschlagen wird, für die Tarifbindung der verschiedenen Krankenhäuser sehen und welche Fehlanreize von einer pauschalierten Förderung möglicherweise ausgehen.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir halten es grundsätzlich für gerechtfertigt, dass Tarifsteigerungen mitberücksichtigt werden. Dies ist in der aktuellen Situation geboten. Hierzu hat auch die Krankenhausgesellschaft schon Ausführungen gemacht, die wir durchaus unterstreichen können. Wir meinen allerdings, dass die Tariferhöhungen nicht Jahr für Jahr ausgeglichen werden können, sondern dass sie künftig auch in einem höheren Maße in einen Orientierungswert Eingang finden müssten. Wir halten es allerdings keinesfalls für sachgerecht, die ermittelte Erhöhungsrates dem Landes-Basisfallwert zuzuschlagen. Denn dadurch würden auch die Krankenhäuser ohne Tarifbindung oder mit niedrigeren Tariferhöhungen von den nach dem Gießkannenprinzip verteilten Mitteln profitieren. Zum Ausgleich halten wir es deswegen für notwendig, einen Zuschlag außerhalb des Erlösbudgets vorzusehen und diesen auch auf die tatsächlichen Tariferhöhungen zu begrenzen. Aus den Stellungnahmen der Krankenkassen ist zu entnehmen, dass dies durchaus realisierbar ist. Damit werden sowohl Mitnahmeeffekte als auch Anreize zur Tarifflicht, die im DRG-System bestehen, gemindert. Die Beiträge der Versicherten können so gezielt für Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturqualität eingesetzt werden.

Durch die zielgenauere Verteilung könnten mit dem Betrag von 1,35 Mrd. Euro, der im Gesetzentwurf genannt ist, die Tariferhöhungen zu einem wesentlich höheren Teil ausgeglichen werden. Damit könnten auch die Krankenhäuser besser gestellt werden, die sich tarifkonform verhalten.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): In der letzten Zeit ist ein wesentlicher Teil der Investitionsmittel aus den Personalbudgets abgezweigt worden. Das ist allgemein bekannt und vielfach diskutiert worden. Wie soll nach den Vorstellungen von ver.di die Investitionslücke in den Krankenhäusern geschlossen werden? Mich würde auch interessieren, welche Vorschläge der DGB dazu macht. Offenbar hat man beim DGB hierzu neue Ideen entwickelt.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir halten es für dringend erforderlich, dass die Investitionsförderung der Länder verbessert wird. Nach Meinung von Experten deckt die Investitionsförderung durch die Länder derzeit nur etwa die Hälfte dessen ab, was eigentlich notwendig wäre. Der Umfang der Förderung beträgt 2,6 Mrd. Euro, nötig wären jedoch 5 bis 6 Mrd. Euro. Die unzureichende Investitionsförderung der Länder hat dazu geführt, dass die Krankenhäuser mittlerweile rund 1 Mrd. Euro aus den Betriebsmitteln abzweigen und für Investitionen verwenden. Diese Mittel stehen damit nicht mehr für den Betrieb der Krankenhäuser zur Verfügung. Wir halten es deshalb für nicht sachgerecht, dass die Länder zunächst ausgeklammert, das heißt nicht stärker in die Förderung eingebunden werden. Genau dies wäre jedoch notwendig angesichts des Investitionsstaus, der je nach Schätzung auf 30 bis 50 Mrd. Euro beziffert wird. Es ist ersichtlich, dass die Länder die gesamte Summe nicht aufbringen können. Deshalb schlagen wir vor, den Krankenhäusern im Rahmen eines Konjunkturprogramms Gelder zur Verfügung zu stellen, darunter auch Bundesmittel, die rasch in Investitionen umgesetzt werden können. Dies wäre auch eine wirksame Maßnahme zur regionalen Wirtschaftsförderung und insbesondere zur Förderung der Bauindustrie und der Medizintechnik. Entsprechende Anträge liegen den Ländern bereits vor. Es könnte hier also eine schnelle Wirkung erzielt werden.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Unser Vorschlag lautet, den Investitionsstau, der nach verschiedenen Schätzungen immer eine unterschiedliche Größe annimmt, tatsächlich einmal zu beziffern, und dies bevor Bund und Länder in ein Dialog darüber eintreten, wie die zukünftige Investitionsförderung ausgestaltet werden soll. Wir befürchten andernfalls eine weitere Verschiebung der Kosten auf die Versicherten, wie sie auch bei der schleichenden Monistik stattfindet. Des Weiteren sollte bei einer zukünftigen Investitionsförderung sichergestellt werden, dass die Investitionsfinanzierung sich an weiteren Kriterien wie Tariftreue orientiert. Es darf nicht sein, dass bei Krankenhausneubauten Bauunternehmen, die Lohndumping betreiben, aufgrund eines preisgünstigen Angebots den Zuschlag für den Auftrag erhalten. Der Gesetzgeber hat sicherzustellen, dass durch Gesundheitspolitik nicht Lohndumping und Tariffucht befördert werden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Prof. Wasem und Reinhard Fuß. Es geht mir noch einmal um den Korridor für den Bundes-Basisfallwert. Dazu sind schon Fragen an Prof. Neubauer und Prof. Simon gestellt worden. Schließen Sie sich im Wesentlichen diesen Einschätzungen an oder setzen Sie hier besondere Akzente?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Bekanntlich bin ich grundsätzlich eher skeptisch, ob wir im Gesundheitswesen immer mehr zu einer Vereinheitlichung kommen sollten. Ich hätte mir daher gewünscht, dass der Gesetzgeber den Mut gehabt hätte, auch Einzelverträge zuzulassen, um mehr Heterogenität bei der Vergütung zu erreichen. Natürlich hat auch Herr Kollege Neubauer Recht, wenn er darauf hinweist, dass die Kosten unterschiedlich sind. Solche Unterschiede treten aber nicht in erster Linie zwischen den Bundesländern auf. Zumindest vermute ich das angesichts der Erfahrungen, die wir im ambulanten Bereich gemacht haben. Wir haben diese Frage für den ambulanten Bereich in diesem Jahr vom InBA untersuchen lassen, weil wir entscheiden mussten, ob wir eine regionale Differenzierung von Punktwerten auf Grund von Kostenstrukturunterschieden würden beschließen wollen. Das Ergebnis des InBA war, dass die Kostenunterschiede eher innerhalb der Bundesländer, also etwa im

Vergleich zwischen dem Bayerischen Wald und München, aber weniger zwischen den Bundesländern auftreten. Daher ist es, wenn man ehrlich ist, nicht sehr sachgerecht, die Aggregationsebene Bundesland zur Grundlage für die Ermittlung eines Basisfallwertes zu nehmen. Deswegen bin ich eben grundsätzlich skeptisch, ob man diesen Weg der Bildung eines einheitlichen Fallwertes überhaupt gehen sollte. Wenn man aber entscheidet, ihn zu gehen, dann hat der Weg der Bildung eines Bundes-Basisfallwertes angesichts der Fakten, die mit dem Gesundheitsfonds geschaffen worden sind, natürlich eine gewisse Berechtigung. Die regionalen Kassen in Regionen mit überdurchschnittlichen Landes-Basisfallwerten, die sie faktisch kaum steuern können, werden kaum nachvollziehen können, weshalb sie ihren Versicherten eher eine Zusatzprämie abverlangen müssen als andere regionale Kassen in Bundesländern mit unterdurchschnittlichen Landes-Basisfallwerten. Zudem gibt es ceteris paribus in den Regionen Wettbewerbsvor- oder Wettbewerbsnachteile von regionalen im Vergleich zu bundesweiten Kassen, was die ungleichen Basisfallwerte angeht, weil das für die bundesweiten Kassen dann dem Mischbeitragssatz entspricht. Daher ist meine Haltung in der Frage insgesamt offengestanden ambivalent. Da der Landes-Basisfallwert nicht der Logik des Gesundheitsfonds entspricht, macht die Einführung des Bundes-Basisfallwertes dann letztlich schon Sinn. Besser wäre es jedoch, wenn wir den Mut haben, viel mehr Heterogenität zu ermöglichen, indem wir eben auch Preiswettbewerb durch Einzelverträge zulassen.

SV Reinhard Fuß: Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Wasem anschließen, möchte aber noch einen weiteren Aspekt nennen. Es wäre sinnvoll, einen differenzierten Basisfallwert zu konstruieren, weil wir in den verschiedenen Versorgungsregionen bei den verschiedenen Trägern und je nach Versorgungsstufe unterschiedliche Kostenstrukturen vorfinden. Wenn man einen einheitlichen Basisfallwert einführt, dann muss man auch das Problem der Unterschiedlichkeit der Kosten auf Grund von unterschiedlichen Versorgungsaufträgen lösen. Ich möchte hier zwei Beispiele anführen: Zum einen haben wir besondere Vorhaltekosten in den Krankenhäusern der Maximalversorgung, weil diese 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine Notfallversorgung bereithalten müssen. Die im Gesetz vorgesehenen Abschläge haben nur dann Sinn,

wenn wir gewährleisten, dass die Krankenhäuser, die faktisch nicht an der Notfallversorgung beteiligt sind, solche Abschläge auch auferlegt bekommen. Besser wäre jedoch ein System von Zuschlägen – wie es derzeit in der Diskussion ist – für die Häuser, die tatsächlich an der Notfallversorgung teilnehmen. Die Notfallversorgung gerade von Maximalversorgungskrankenhäusern wird derzeit bei der Finanzierung nicht angemessen berücksichtigt. Zum anderen haben die Häuser der Maximalversorgung aufgrund des Angebotes der Notfallversorgung mehr Extremfälle als andere Häuser zu versorgen. Die Kosten für diese Extremfälle werden aber wegen der Eigenarten des Finanzierungssystems nicht adäquat erfasst. Mir liegt eine Kalkulation aus dem Klinikum Nürnberg vor, derzufolge 7,5 Mio. Euro Kosten für Extremfälle nicht abgedeckt sind. Nur dann, wenn wir die unterschiedlichen Kostenstrukturen der verschiedenen Versorgungsstufen berücksichtigen würden, wäre auch ein einheitlicher Bundes-Basisfallwert sinnvoll.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die gleichen Sachverständigen. Es geht mir auch noch einmal um die Krankenhausvergütung, also um die Alternative zwischen Grundlohnsummenraten und Index. Wie beurteilen Sie diese Regelung? Und als Zusatzfrage: Werden sich Krankenhauspreise dauerhaft von der Einkommensentwicklung abkoppeln lassen?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich muss gestehen, dass ich in dieser Frage eine unentschiedene Haltung einnehme. Die Grundlohnentwicklung ist sicherlich kein geeigneter Indikator für die Ausgabenentwicklung im Krankenhaus. Sie spiegelt aber die Tatsache wider, dass wir noch keine grundlegende Reform der Krankenkassenfinanzierung durchgeführt haben. Gerade weil die Grundlohnbindung als Basis der Finanzierung eigentlich ungeeignet ist, gibt es die Diskussion über eine Finanzreform. Aber diese hat die Große Koalition nicht vorgenommen. Daher wäre es sachgerecht, mit der Abkopplung von der Grundlohnsumme zu warten und erst dann zu einem neuen Indikator überzugehen, wenn eine sinnvolle Finanzierungsreform umgesetzt worden ist. Das ist in dieser Wahlperiode nicht möglich gewesen. Ich möchte aber noch einen weiteren Punkt ansprechen: Ich finde es problematisch, dass der Gesetzentwurf das BMG im Grunde in die La-

ge versetzt, allein zu entscheiden, wann und in welcher Höhe der Wechsel geschehen soll. Hier hätte ich mir eine stärkere Bindung durch das Gesetz gewünscht. Die Bestimmung gehört in die lange Reihe von Regelungen, durch die das BMG sich selbst ermächtigt, und dagegen habe ich erhebliche Bedenken.

SV Reinhard Fuß: Die Anbindung der Finanzierung an die Grundlohnsummensteigerung ist eine Maßnahme, die den Krankenkassen entgegenkommt. Sie hat überhaupt nichts mit der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu tun. Wenn man aber einerseits hinnimmt, dass sich permanent eine Schere zwischen Kosten und Erlösen öffnet, dann müsste man andererseits zumindest feststellen können, wie hoch denn die Wirtschaftlichkeitsreserven der Krankenhäuser tatsächlich sind. Mir ist nicht bekannt, dass das in irgendeiner Weise getan wird. Insofern wäre eine krankenhausspezifische Orientierung der angemessene Weg, weil das in etwa der Kostenentwicklung Rechnung tragen würde. Wenn man allerdings, wie hier im Gesetz vorgesehen, das Bundesgesundheitsministerium zur Festlegung ermächtigt, dann kann ich nicht erkennen, welchen Vorteil dies gegenüber der bisherigen Lösung haben soll, weil diese Festlegung dann nach arbeitsmarktpolitischen Kriterien und nicht nach den Kriterien erfolgen wird, die die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern abbilden. Die vorgesehene vorübergehende Regelung, wonach die Tarifsteigerungen zumindest zu 50 Prozent ausgeglichen werden, stellt natürlich erst einmal eine finanzielle Entlastung für die Krankenhäuser dar. Aber die Einheitlichkeit der Regelung hat auch Nachteile zumindest für die Krankenhäuser – der Kollege von ver.di hat dies gerade angesprochen –, die an den TVöD und den TVöA gebunden sind. Dagegen hat diese Regelung für die Krankenhäuser, die gesonderte Tarifverträge haben oder die Tochtergesellschaften mit speziellen Branchentarifen gegründet haben, eher Vorteile.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Wasem, sehen Sie Spielräume für weitere Produktivitätssteigerungen in den Krankenhäusern? In welchen Bereichen könnten diese liegen?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Lassen Sie mich kurz noch einen Satz zu dem vorherigen Thema sagen. Denn von der Regierungsbank wurde mir die Frage zugerufen, welches Bundesland mir meine Antwort nahegelegt habe. Dazu möchte ich sagen: Die Parlamentarische Staatssekretärin unterschätzt meine eigenständige Analysefähigkeit. Ich bin seit vielen Jahren der Auffassung, dass wir den Mut haben sollten, dort, wo es geht, die Akteure frei gestalten zu lassen. Daher sind Ersatzvornahmen und Ermächtigungen an die Bundesregierung, so denke ich, oft genug der falsche Weg. Ich würde mir daher wirklich mehr Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung wünschen, denn ich bin nicht davon überzeugt, dass das BMG weiß, was für 70 Mio. Versicherte das Richtige ist. Nun zu der Frage des Abg. Terpe: Ich denke, ein wesentlicher Punkt ist, dass in vielen Krankenhäusern noch nicht ernsthaft damit begonnen worden ist, Clinical Pathways zu implementieren. Einige Krankenhäuser sind durchaus schon auf dem richtigen Weg, aber sehr viele sind es eben noch nicht. Clinical Pathways sind nach allem, was wir wissen, ein Instrument, mit dem man nicht nur Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen, sondern auch – das zeigen große internationale Studien – die Qualität der Versorgung verbessern kann. Deswegen würde ich mir wünschen, dass die Häuser mutig auf diesem Weg voranschreiten. Was die Abläufe und die Strukturen angeht, die man im Zuge des Organisierens von Clinical Pathways dann modifiziert, ist sicher noch nicht alles getan. Im Übrigen hat Herr Kollege Henke vorhin völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass man den Blick auch verstärkt auf die Organisationsform vernetzter Versorgung etc. richten muss. Durch Maßnahmen im Umfeld der Krankenhausversorgung, wie etwa eine bessere Abstimmung zwischen den Sektoren etc., können sicherlich – über die Steigerung der Produktivität im Krankenhaus selbst hinaus – noch weitere Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den Verband der Universitätsklinika. Was halten Sie von der aktuellen Kasseninitiative, Mehrleistungen nur noch zu 35 Prozent bei der Fortschreibung des Landes-Basis-Fallwertes zu berücksichtigen?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)): Es ist heute bereits im Gesetz geregelt, dass die Selbstverwaltungspartner bei den Verhandlungen zur Fortschreibung des Landes-Basisfallwertes auf Landesebene Mehrleistungen berücksichtigen können. Das heißt, soweit Mehrleistungen anfallen, besteht die Möglichkeit, den Landes-Basisfallwert um den Teil der Mehrleistungen abzusenken, der die Fixkosten abdeckt. Es ist aber bisher kein konkreter Anteil festgeschrieben worden. Das hat einen guten Grund, nämlich den, dass die Frage, ob die Krankenhäuser Effizienzgewinne durch die Mehrleistungen realisieren, sehr stark davon abhängt, wo diese Mehrleistungen anfallen. Deshalb soll im Einzelfall auf Landesebene genau geprüft werden, woher die Mehrleistungen kommen und inwieweit darin Effizienzpotentiale enthalten sind. Das Ziel der Kassen besteht jetzt darin, diesen Wert, um den der Landes-Basisfallwert abzusenken ist, auf 65 Prozent der Mehrleistungen festzuschreiben. Dazu kann man nur Folgendes sagen: Erstens wird nicht begründet, wie man auf diesen Wert gekommen ist, und zweitens ist er schlicht nicht realistisch. Vielmehr gibt es in vielen Bereichen – da spreche ich insbesondere für die Hochleistungsmedizin – Mehrleistungen, die extrem hohe Mehrkosten verursachen. Dies gilt beispielsweise für teure Implantate oder auch für zusätzliches Personal, das man einstellen muss, um die zusätzlichen Patienten versorgen zu können. Insofern sind diese 65 Prozent schlicht aus der Luft und aus unserer Sicht auch viel zu hoch gegriffen. Wenn man dies umsetzen würde, dann wäre dies ein Schritt in ein System floatender Punktwerte, wie man es im niedergelassenen Bereich gerade abgeschafft hat. Man würde also auf Landesebene eine Art Budget einführen, wonach dann, wenn die einzelnen Häuser Mehrleistungen erbringen, der entsprechende Preis in Form des Landes-Basisfallwertes sinken würde. Dies hätte letztlich einen Hamster-radeffekt zur Folge, wie man ihn im niedergelassenen Bereich gerade abgeschafft hat, und dies kann aus unserer Sicht nicht das Ziel sein. Umgekehrt wäre die Frage zu stellen, ob das Gesetz nicht so geändert werden sollte, dass dann, wenn auf Landesebene die Fallzahlen sinken, der Landes-Basisfallwert steigt. Das wäre ein konsequenter Gegenvorschlag. Dass dies heute so nicht im Gesetz steht, halten wir für ein Defizit.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Simon. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass nach Auslaufen des Programms zur Förderung von Neueinstellungen von Pflegepersonal im Jahre 2011 die Personalmehrkosten in die DRG-Kalkulation einfließen sollen. Könnten Sie bitte kurz erörtern, welche Fehlanreize davon ausgehen?

SV **Prof. Dr. Michael Simon**: Wenn so verfahren wird, wie es jetzt im Gesetz geregelt ist, dann ist die Finanzierung für die Krankenhäuser, wie auch immer die konkreten Bedingungen aussehen, bis Ende 2011 garantiert. Die Krankenhäuser, die keine Stellen schaffen, bekommen jetzt kein Geld. Wenn man jedoch dazu übergeht, diese Summe in die Kalkulation einzubeziehen, wird dies dazu führen, dass auch die Krankenhäuser, die keine Stellen geschaffen haben, entsprechend mehr Geld bekommen. Ich denke, es kann nicht die Intention des Gesetzgebers sein, Krankenhäuser zu belohnen, die von dem Programm keinen Gebrauch gemacht haben. Daher scheint mir hier ein Nachregelungsbedarf zu bestehen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer. Im Gesetzentwurf sind Änderungen bei der Finanzierung von Ausbildungsvergütungen unter anderem in der Krankenpflege vorgesehen. Psychotherapeuten sollen von den Regelungen aber nicht erfasst werden. Welchen Regelungsbedarf sehen Sie?

SVe **Andrea Mrazek** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht hier einen dringenden Regelungsbedarf, nämlich im Hinblick auf die fehlende bzw. völlig unzureichende Vergütung der Tätigkeiten von Psychotherapeuten im Bereich der Ausbildung. Psychotherapeuten durchlaufen im Anschluss an ihr abgeschlossenes Hochschulstudium eine mindestens drei Jahre dauernde vollzeitliche Ausbildung. Das Gesetz schreibt ausdrücklich eine praktische Tätigkeit von mindestens 1.800 Stunden, davon 1200 Stunden im Krankenhaus, vor. Dies entspricht eineinhalb Jahren bzw. einem Jahr Arbeitstätigkeit. In dieser Zeit werden die Ausbildungsteilnehmer vollwertig entsprechend ihrer Hochschulqualifikationen einge-

setzt. Eine angemessene Vergütung erhalten sie dafür allerdings nicht. Nach unseren Informationen erhält über die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer in den Krankenhäusern überhaupt keine Vergütung. Wir haben nichts gegen ehrenamtliche Tätigkeit für gemeinnützige Zwecke, aber hier ist sie sozusagen gesetzlich vorgeschrieben. Wir sind der Ansicht, dass die Ausbildung nicht zu Lasten der jungen Kolleginnen und Kollegen gehen sollte.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich komme nun zum Thema Innovationszugang im Krankenhaus und habe dazu eine Frage an den BVMed und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Innovationen im Gesundheitsbereich werden überwiegend über den Krankenhausbereich in das System eingeführt. Die Finanzierung läuft heute über Einzelverträge. Bis eine Finanzierung über das DRG-System erfolgt, vergehen noch mindestens zwei Jahre. Ist das Verfahren zur Einführung von Innovationen im Krankenhausbereich sachgerecht oder gibt es Verbesserungsvorschläge?

SV **Olaf Winkler** (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)): Innovationen sind für die medizintechnische Industrie in Deutschland von vitalem Interesse. Ein Drittel der Medizintechnologien, die zurzeit in die deutschen Kliniken geliefert wird, ist nicht älter als drei Jahre. Neun Prozent des Umsatzes der Unternehmen werden in Forschung und Entwicklung investiert. Das heißt, es ist ganz wichtig, dass diese Innovationen schnell in das DRG-System eingepflegt werden. Dafür hat man auch eine spezielle Regelung gefunden, nämlich die sogenannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethodikklausel, die es den Kliniken erlaubt, in einem gesonderten Antragsverfahren Innovationen schnell in die Vergütung einzubauen. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass dieses Verfahren sehr bürokratisch ist. Sie müssen sich das so vorstellen: Nach den aktuellen Zahlen des Institutes sind zur Kalkulation der DRGs über 10.000 Einzelanträge von den Kliniken an das Institut geschickt worden. Diese Anträge müssen jetzt von den Kollegen abgearbeitet werden. Da stellt sich schon einmal die Frage der Praktikabilität. Zudem gibt es ein weiteres Problem: Wenn die Innovationen vom Institut positiv bewertet worden sind – und diese Liste wird immer Ende Januar veröffentlicht –, dann ist damit noch nicht garantiert, dass die Innovati-

on auch den Patienten zugutekommt. Denn erst wenn die Budgetverhandlungen erfolgreich abgeschlossen worden sind, können die Patienten von der Innovation profitieren. Erfahrungsgemäß werden diese Verhandlungen aber nicht am 31. Januar abgeschlossen, sondern erst unterjährig. Das heißt, dass diese Innovationen erst dann abgerechnet werden können, wenn die Verhandlungen positiv verlaufen sind, und das ist meistens erst in den Herbstmonaten der Fall. Deshalb ist hier auch eine Ungerechtigkeit bei der Versorgung der Patienten mit Innovationen entstanden, weil sie nur den Patienten zugutekommen, die das Glück hatten, nicht schon am Jahresanfang, sondern erst im Herbst in diesen Kliniken behandelt zu werden. Zudem gibt es ein Problem beim Wettbewerb zwischen den Kliniken. Durch die Ortsverhandlungen können Wettbewerbsnachteile für diejenigen Kliniken entstehen, die keine Genehmigung von den Krankenkassen bekommen haben. Daher plädieren wir für eine Flexibilisierung des Innovationsantragsverfahrens und ein Fortbestehen der Gültigkeit bis zur Aufnahme in den regulären DRG-Katalog.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir sehen das ähnlich. Es ist grundsätzlich sinnvoll, dass es für Innovationen eine Öffnung im System gibt. Abfragen bei den Krankenhäusern zeigen, dass von 100 Krankenhäusern, die eine Innovationsregelung beantragen, letztlich nur 25 Erfolg damit haben. Es wird also deutlich, dass zwischen dem berechtigten Wunsch nach Einführung von Innovation und dem, was anerkannt wird und letztlich Eingang in die Vergütung auf Ortsebene findet, eine große Diskrepanz besteht. Deshalb wäre es wünschenswert, diese Verfahren zu entschlacken und zu beschleunigen. Es ist nämlich widersinnig, dass auch für die Innovationen, die im System allgemein zugänglich sind, immer wieder ein neuer Antrag gestellt werden muss. Wenn man sich das ersparen und die Fortführung von Innovationsregelungen ermöglichen würde, würde man auf diese Art und Weise auch mehr Sicherheit für die Häuser schaffen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich möchte drei Fragen stellen. Die erste richtet sich an Prof. Ebsen: Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung, die die Grundlohnsummenanbindung ablösen soll? Herr Prof. Wasem hat sich dazu schon relativ deutlich geäußert.

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Fritze. Ich beziehe mich dabei auf das GKV-WSG, in dem eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung vorgeschlagen wurde. Welche Auswirkungen hat diese auf die private Krankenversicherung? Schließlich habe ich eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Was spricht dafür, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis erhalten, pseudonymisierte Arzneverordnungsdaten und Abrechnungsdaten auch KV-bereichsübergreifend zusammenzuführen?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Es ist unstrittig, dass die Grundlohnsummenorientierung als Indikator für die Krankenhäuser genauso wenig geeignet ist wie für alle anderen Bereiche, die davon betroffen sind. Insofern wird man über Alternativen nachdenken müssen. Das derzeit geplante Modell der Schaffung eines Orientierungswertes, der sich an bestimmten Kosten orientiert, hat erstens den Nachteil, dass man auf eine Lösung zurückkommt, die wie das Selbstkostendeckungsprinzip wirkt. Zweitens darf man nicht vergessen, dass die Kosten nicht im luftleeren Raum entstehen. Die Kosten werden auch beeinflusst von den Machtverhältnissen zwischen den Akteuren, die an den Verhandlungen über die Kosten beteiligt sind. Drittens: Wenn das Modell so funktioniert, wie es jetzt funktioniert, dann entscheidet letztlich die Politik darüber, wie es umgesetzt wird. Allerdings täuscht die Politik sich selbst, wenn sie meint, die vielen Schwierigkeiten, die immer wieder auftreten, auch wirklich selbst lösen zu können.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Mit der Ablösung der früher geltenden, sogenannten externen Qualitätssicherungen im Krankenhaus durch die sektorübergreifende Qualitätssicherung ist die Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen weggefallen. Der Wechsel des Qualitätssicherungssystems ist sinnvoll, der Wegfall der Beteiligung der privaten Krankenversicherung hingegen nicht. Denn daraus wird auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses derzeit gefolgert, dass nicht mehr alle Nutzer des Krankenhauses in die Qualitätssicherung einzubeziehen seien, also nicht mehr die Selbstzahler und auch nicht mehr die privat Versicherten. Deshalb regt der Verband der privaten Krankenversicherung an, in § 137 Abs. 2 das Prinzip, dass die Qualitäts-

sicherung für alle Nutzer des Hauses gilt, erneut aufzunehmen.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Aus Sicht der KBV ist die Zusammenführung der pseudonymisierten Arzneiverordnungsdaten mit den Abrechnungsdaten notwendig wegen der Vergütungsreform sowie zur Überwachung der Arzneimittelwirtschaftlichkeit. Zur Vergütungsreform ist Folgendes zu sagen: Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sich nun positionieren, um mit den Kassen den morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarf vereinbaren zu können. Wegen der Standardisierung des Behandlungsbedarfs durch das Klassifikationssystem sind KV-bereichsübergreifend vergleichende Analysen notwendig, um regionale Unterschiede erklären und den jeweiligen Behandlungsbedarf begründen zu können. Dafür ist es nötig, dass wir die Daten in der gleichen Weise wie die Kassen zusammenführen und auswerten können.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine erste Frage bezieht sich auf das Thema Belegarztwesen. Sie richtet sich an den Bundesverband der Belegärzte und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Was spricht aus Ihrer Sicht dafür, für belegärztliche Leistungen in Zukunft sogenannte Honorarvereinbarungen zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt zu ermöglichen, anstatt die ärztlichen Leistungen ausschließlich durch die Beleg-DRGs im Krankenhaus über die KV abzurechnen? Welche Auswirkungen hätte das auf die belegärztlichen Leistungen? Was bedeutet dies in finanzieller Hinsicht? Meine zweite Frage richtet sich an den Bundesverband der Heilmittelbringer und an den Spitzenverband Bund. In § 125 SGB V ist keine Schiedsregelung vorgesehen. Was halten Sie von einer Schiedslösung für Vertragspreise im Heilmittelbereich? Meine dritte Frage bezieht sich auf den Themenkomplex Nichtzahlerproblematik im Krankenhaus. Wir hören immer wieder, dass in bestimmten Regionen die Ausfallquote bei der Zuzahlung besonders hoch ist. Die Frage richtet sich an den Spitzenverband Bund und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Durch welche Maßnahmen könnte aus Ihrer Sicht dieses Risiko verringert werden? Sehen Sie geeignete Maßnahmen für die GKV, an ihr Geld zu kommen?

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich sehe eine Meldung zur Geschäftsordnung.

Abg. Heinz Lanfermann (FDP): Entschuldigen Sie bitte, Frau Vorsitzende. Wir verstehen das Verfahren nicht. Die gestellten Fragen beziehen sich nach unserer Wahrnehmung nicht auf den vorliegenden Gesetzentwurf.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Es ist unverkennbar, dass es uns bei dem Gesetzentwurf insbesondere auch auf die Frage der Finanzierung ankommt. Da hier der konzentrierte Sachverstand anwesend ist, wollen wir die Gelegenheit nutzen, um zu erfahren, an welchen Stellen wir die bestehenden Möglichkeiten noch besser ausschöpfen können. Deshalb ist es im Zusammenhang mit diesem Gesetzentwurf wichtig, genau diese Fragen zu stellen.

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte Sie, Frau Kollegin Widmann-Mauz, drauf hinweisen, dass Ihre zweite Frage, mit der Sie die Schiedsregelung ansprechen, keinen Bezug zu den Gegenständen des Gesetzentwurfes aufweist. Ich schlage daher vor, dass Sie alle Fragen, denen dieser Bezug fehlt, zurückziehen. Ich möchte diese Fragen hier heute nicht behandeln lassen. Ich bitte daher zunächst Herrn Dr. Schalkhäuser um eine Antwort auf die Frage zu den Belegärzten.

SV Dr. Klaus Schalkhäuser (Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)): In der Tat enthält der Gesetzentwurf, zu dem wir hier befragt werden sollen, keine Regelungen zum Belegarztwesen und seiner Finanzierung. Allerdings haben wir dieser Tage Änderungsanträge der beiden Koalitionsfraktionen übermittelt bekommen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Frau Vorsitzende, ich stelle einen Geschäftsordnungsantrag. Das Verfahren ist nicht akzeptabel.

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich konnte nicht davon ausgehen, dass die Antwort von Herrn Dr. Schalk-

häuser sich auf Änderungsanträge bezieht, die noch nicht in den Ausschuss eingebracht worden sind. Da sich auch die anderen Fragen, die die Abg. Widmann-Mauz gestellt hat, auf diese Änderungsanträge beziehen, schlage ich vor, dass wir die Anhörung jetzt kurz unterbrechen und eine Obleuteberatung durchführen.

Unterbrechung der Sitzung: 13.04 Uhr

Wiederaufnahme der Sitzung: 13.13 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte Sie bitten, wieder Platz zu nehmen. Die Obleute haben sich darauf verständigt, im Interesse der Chancengleichheit von Opposition und Koalition im weiteren Verlauf der Anhörung auf Fragen zu den Änderungsanträgen, die nicht allen Abgeordneten vorliegen, zu verzichten und sich auf Fragen zu dem vorliegenden Gesetzestext zu beschränken.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Im Zusammenhang mit dem Bundes-Basisfallwert bzw. mit dem Korridor wird in der Öffentlichkeit darüber diskutiert, dass es vielleicht sinnvoll wäre, den Korridor von minus 1,5 auf minus 1,0 oder minus 0,5, bei Belastung der Obergrenze von 2,5, anzuheben. Ich bitte um eine Bewertung dieser Überlegungen und wäre Ihnen dankbar, wenn Sie in Ihrer Antwort auch auf die länderspezifischen Auswirkungen eingehen und vielleicht auch das berücksichtigen würden, was Prof. Simon, Prof. Wasem und Herr Fuß dazu gesagt haben.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Für die Anpassung an die bundesweiten Basisfallwerte ist im Gesetzentwurf keine symmetrische Regelung vorgesehen, und es gibt auch keinen Grund, die nicht gegebene Symmetrie auf andere Weise zu regeln. Insofern regt die Krankenhausgesellschaft, die die Interessen auch all der Krankenhäuser vertritt, die von niedrigen Landes-Basisfallwerten betroffen sind, eine andere Regelung mit dem Ziel an, die Häuser, die unter dem Durchschnitt des Bundes-Basisfallwertes

liegen, unmittelbar an den Bundes-Basisfallwert heranzuführen und die anderen Häuser, die eine massive Absenkung ihrer Vergütungen zu erwarten haben, auf dem Weg zu einem Bundes-Basisfallwert zu schützen und in einer Konvergenzphase in der vorgesehenen Weise laufen zu lassen. Man muss sich vor Augen halten, dass ein Land wie Rheinland-Pfalz auf dem Weg zu der Obergrenze von 2,5 Prozent im ersten Jahr immerhin 14 Mio. Euro weniger Geld für Kranke in Krankenhäusern zur Verfügung hat. Umgekehrt bedeutet natürlich ein schnelleres Herangehen zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen auch eine schnellere Bereitstellung von Geld überall dort, wo unterdurchschnittlich bezahlt wird. Insofern wäre es durchaus nachvollziehbar und logisch, ein schnelleres Herangehen und eine kleinere Quote vorzusehen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich ebenfalls an die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie an den Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands. Ich möchte wissen, ob Sie die derzeitige Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in den Kliniken für ausreichend halten. Falls Sie Handlungsbedarf sehen, erläutern Sie dies bitte. Des Weiteren möchte ich erfahren, ob Ihrer Auffassung nach ein Handlungsbedarf bei anderen Spezialambulanzen an Krankenhäusern, z. B. für Diabetiker, für Parkinsonkranke oder Patienten mit Parkinson-ähnlichen Erkrankungen usw. besteht.

SV **Dr. Rudolf Kösters** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): In der Tat gibt es einige Spezialambulanzen, die chronisch unterfinanziert sind, wie zum Beispiel die Spezialambulanzen für Kinder mit besonderen Erkrankungen. Hier sind die Erlöse so gering, dass ein entsprechendes Angebot für kein Haus attraktiv ist. Selbst wenn man bereit ist, sich hier grundsätzlich finanziell stark zu beteiligen, hat die Unterfinanzierung mittlerweile ein Ausmaß angenommen, das wir nicht mehr akzeptieren können. Wir müssen dringend zu einer finanziellen Besserstellung dieser Spezialambulanzen zum Beispiel in der Pädiatrie kommen, so wie im niedergelassenen Bereich auch. Damit wäre uns sehr geholfen. Ähnlich sieht es in anderen Bereichen aus. Mit Ihrer Frage berühren Sie aber auch noch eine andere, generelle Thematik, nämlich die Zulassung der Krankenhäuser nach § 116 b. Hier geht es un-

ter anderem um solche Spezialbereiche, die auch einzeln benannt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist der Ansicht, dass die Fragen, die der Abg. Zylajew aufgeworfen hat, sinnvoll über den § 116b zu regeln wären. Der Katalog müsste allerdings, nach der derzeitigen gesetzlichen Grundlage durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erweitert werden. Dafür gibt es derzeit aber eher keine Mehrheit. Es würde daher viel dafür sprechen, wenn der Gesetzgeber entsprechende Vorgaben machen würde, insbesondere für den Bereich der Neurologie, das heißt für Morbus Parkinson, MS-Behandlungen, aber auch für das Massenphänomen der Diabetologie. Wir würden es für sehr vernünftig halten, darüber nachzudenken, diese Bereiche in die Versorgung nach § 116b einzubeziehen.

SV Peter Löbus (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)): Zum Thema Spezialambulanzen, insbesondere im Bereich Pädiatrie, kann ich nur das bestätigen, was Herr Dr. Kösters bereits dazu ausgeführt hat. Das wird von unseren Kollegen und Mitarbeitern in den Häusern ebenso gesehen. Zum § 116 b ist zu sagen, dass die Genehmigungen in unserer Krankenhauslandschaft nur sehr schleppend anlaufen, und dies trotz der rechtlichen Rahmenbedingungen, die uns der Gesetzgeber gegeben hat. Bisher sind nur sehr wenige Anträge genehmigt worden. Deshalb fordern wir eine Gleichstellung der Ambulanzen nach § 116 b bei der Vergütung mit dem niedergelassenen Bereich. In Ergänzung zu den Spezialambulanzen ist der Bereich der Neurologie, insbesondere Epilepsie und Parkinson, ebenfalls in den Gesetzestext mit aufzunehmen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die DKG. Wie werden sich der neue ordnungspolitische Rahmen und die Finanzierungsentwicklung, die der Gesetzentwurf vorzeichnet, auf die belegärztliche Situation in den Krankenhäusern auswirken? Haben Sie dazu Vorschläge zu machen?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die belegärztlichen Abteilungen in den Krankenhäusern stehen vor Problemen, weil zwischenzeitlich durch die erweiterten Instrumente des Vertragsarztänderungsgesetzes alternative Formen der Organisation sowie der Zusammenarbeit von nieder-

gelassenen Ärzten und Krankenhäusern eingeführt wurden, die grundsätzlich sinnvoll sind. Insofern steht die Frage nach der Zukunft der Belegabteilungen im Zusammenhang mit den Gesamtvergütungsbedingungen, wie sie jetzt durch das DRG-System, aber auch durch die EBM-Entwicklungen definiert sind. Es könnte jedoch sinnvoll sein, es den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten – auch solchen Krankenhäusern, die Belegabteilungen betreiben – selbst zu überlassen zu definieren, nach welchen Mechanismen sie abrechnen wollen. Die DKG hat in diesem Zusammenhang ein Konzept entwickelt, das dem Krankenhaus die Möglichkeit geben würde, die Hauptabteilungs-DRGs abzurechnen und mit dem Belegarzt oder einem anderweitig an das Krankenhaus vertraglich gebundenen Arzt ein Innenverhältnis herzustellen. Dieses System würde erheblich mehr Flexibilität schaffen und das Nebeneinander von unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten – die Finanzierung im einen Fall aus dem KV-Topf, im anderen Fall aus dem Kassentopf – beseitigen. Das System würde auch in die Gesamtlogik der gesetzlichen Bedingungen zum Verhältnis von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern besser passen als die Vorgaben zum Belegsystem.

Der stellvertretende Vorsitzende, Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU), übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Neben den Belegabteilungen spielen auch die Praxiskliniken eine immer größere Rolle in der Versorgung. Diese Kliniken werden aber in den Finanzierungsregelungen des Gesetzentwurfs nicht explizit erwähnt. Ich stelle daher an die Deutsche Tagesklinikgesellschaft und den GKV-Spitzenverband Bund folgende Frage: Halten Sie es für notwendig, dass wir nicht nur für die Belegabteilungen, sondern auch für den Bereich der Praxiskliniken entsprechende Regelungen in das Gesetz aufnehmen?

SV Edgar J. Schmitt (Deutsche Tagesklinikgesellschaft (DTKG) e.V.): Wir begrüßen solche Überlegungen natürlich uneingeschränkt. Man muss dazu sagen, die Praxisklinik ist eine relativ wenig bekannte Institution, obwohl sie seit 20 Jahren im § 115 fixiert und dort auch als förderungspflichtig ausgewiesen ist. Bei den Praxiskliniken handelt es sich zum großen

Teil um ambulante Operationszentren, in denen etwa doppelt so viele ambulante Operationen durchgeführt werden wie in den Krankenhäusern. Dennoch bleibt die Entwicklung des ambulanten Operierens in Deutschland weit hinter dem entsprechenden Niveau der übrigen Industrieländer zurück, was letzten Endes daran liegt, dass die drei Verhandlungspartner ihrem Auftrag, die Praxiskliniken zu fördern, bis heute nicht in angemessener Weise nachkommen. Für die Krankenhäuser sind zahlreiche Möglichkeiten geschaffen worden, in den vertragsärztlichen Bereich hineinzuwirken. Wie wir gerade gehört haben, schafft etwa der § 116 b entsprechende Möglichkeiten. Demgegenüber ist die Sektorengrenze von der anderen Seite her praktisch undurchlässig. Daher würden wir es sehr begrüßen, wenn die Möglichkeit zu einer echten sektorenübergreifenden Versorgung geschaffen würde. Praxiskliniken wären dafür nach wie vor ein äußerst förderungswürdiger Partner.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Zunächst können wir als Krankenkassen nicht unbedingt eine Unterversorgung mit Betten in Deutschland feststellen. Wir lehnen es daher ab, jetzt noch weitere Bettenkapazitäten aufzubauen und dies als Anspruchsleistung zu konzipieren. Wenn man die Möglichkeit schaffen würde, Einzelverträge abzuschließen, dann wäre das allerdings etwas ganz anderes. Den Wettbewerb zu erweitern, halten wir durchaus für vernünftig. Dagegen würde man durch Schaffung neuer Ansprüche eine weitere Zersplitterung der Landschaft bewirken. Derzeit wird schon wieder – wie ja auch schon mehrfach in der heutigen Anhörung – über einen Katalog auf Bundesebene diskutiert. Der richtige Weg ist also ein selektives Kontrahieren und die Erweiterung des Kataloges von Möglichkeiten, nicht aber eine Ausweitung der Ansprüche der Leistungserbringer. Im Übrigen verweise ich darauf, dass wir vor einigen Jahren eine Anhörung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hatten, das Sie dann dankenswerter Weise auch verabschiedet haben. Damit sind schon sehr viele Möglichkeiten geschaffen worden. Daher wiederhole ich es noch einmal: Weitere Möglichkeit auf freiwilliger Basis zu schaffen, ist ein vernünftiger Weg, die Verankerung eines Anspruchs für Leistungserbringer hingegen nicht.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an die Aktion Psychisch Kranke, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ich möchte noch einmal auf die Frage eingehen, die Herr Dr. Schily schon unter anderem an Herrn Prof. Gaebel gestellt hat. Ich würde gern von Ihnen wissen, wie Sie die Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation der Psychiatrie bewerten und ob Sie die Befürchtung haben, dass die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen, um die tatsächlichen Durchschnittsverdienste zu finanzieren.

SV Prof. Dr. Heinrich Kunze (Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)): Was Prof. Beine und Prof. Gaebel gesagt haben, kann ich voll unterstreichen. Ich möchte zunächst darauf hinweisen, dass die Psych-PV insbesondere Versorgungs- und Qualitätsziele definiert. Sie soll in den Kliniken die personellen Voraussetzungen dafür schaffen, die regionale Versorgungsverpflichtung zu erfüllen und Therapien zu realisieren, die die Patienten befähigen, ihr Leben außerhalb von stationären Einrichtungen möglichst selbstständig zu gestalten. Wenn jetzt die Psych-PV-Kliniken über ein pauschalierendes System finanziert werden sollen, dann haben wir dagegen grundsätzlich nichts einzuwenden. Das ist ein guter Weg in die Zukunft. Die Eingangsbedingung muss aber ein Niveau von 100 Prozent der Psych-PV sein, denn in die Ermittlung des Basis-Tageswertes im neuen Entgeltsystem gehen die nicht erbrachten Leistungen nicht ein. Deswegen würde mit dem KHRG, das die bisherige Unterfinanzierung fortsetzt, das strukturelle Defizit zwischen Psych-PV und Bundespflegesatzverordnung dauerhaft rechtlich zementiert. Auf diese Folgen hat auch der Bundesrat am 7. November hingewiesen, und zwar unter Bezugnahme auf die Empfehlung der Länder vom November 2007, in der darauf hingewiesen wird, dass Einsparungen in diesem Bereich zu Qualitätsabsenkungen und Kostenverlagerungen in andere Bereiche wie Sozialhilfe, Jugendhilfe, Maßregelvollzug usw. führen würden. Ich möchte auch an die Gesundheitsberichte der großen Krankenkassen erinnern, die zeigen, dass die Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen ebenso wie die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage zunimmt und dass wir bei der Frühverrentung schon Spitzenzahlen erreicht haben. Vor diesem Hintergrund ist eine Investition in die Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenhausbehand-

lung gut investiertes Geld. Deswegen halten wir auch die Forderung nach 100 Prozent, wie meine Vorredner, aufrecht. Falls die Politik aber unsere Forderung für überzogen hält, möchten wir auf den bei der Einführung der Psych-PV gewählten Modus zurückkommen, nämlich auf die jährliche Anpassung, und als Kompromiss vorschlagen, die Modellrechnung des Gesundheitsministeriums als jährliche Stufenfolge zu betrachten. Das wären dann für 2009 90 Prozent Nachverhandlung mit Mehrausgaben von 60 Mio. Euro, für 2010 95 Prozent Nachverhandlung mit Mehrausgaben von 50 Mio. Euro und für 2011 100 Prozent, was noch einmal ein Plus von 70 Mio. Euro ausmachen würde. Abschließend möchte ich auf Folgendes hinweisen: Die Möglichkeit der Begleitforschung nach § 17d Abs. 8 hat entscheidende Bedeutung auch für die Prüfung der Frage, ob die Eingangsbedingungen erfüllt sind und was aus den Versorgungszielen der Psych-PV geworden ist. Deswegen schlage ich vor, mit der Begleitforschung bereits im Jahre 2009 zu beginnen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Insgesamt sieht der Gesetzentwurf für die psychiatrischen Krankenhäuser deutliche Verbesserungen vor, aber die Psych-PV-Regelung mit der Festlegung auf 90 Prozent ist aus der Sicht der Häuser natürlich zu wenig. Man muss sich immer klarmachen, was die Psych-PV beinhaltet. Es handelt sich um eine Verordnung, die mehr oder weniger genau definiert, wie viel Personal man vorhalten soll, die aber zugleich bestimmt, dass man dieses Personal nur zu 90 Prozent vergütet bekommt. Damit erhebt sich die Frage, wer die übrigen 10 Prozent bezahlt. Wer genaue Vorgaben für den Personalbestand macht, der muss auch akzeptieren, dass mit der Erhöhung des Tariflohns die Vergütungen steigen müssen, damit man das Personal auch bezahlen kann. Deshalb würde der Wert von 100 Prozent der Logik des Systems entsprechen. Es ist begrüßenswert, dass Tarifsteigerungen in Zukunft weitergegeben werden können, dass die Leistungsmengen als solche entdeckt worden sind und nicht mehr automatisch durch die Grundlohnrate beschnitten werden. Aber die wichtigste Forderung wäre eben aus der Sicht der Häuser eine Aufstockung zu 100 Prozent.

Die Vorsitzende, Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.), übernimmt wieder den Vorsitz.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Auch wir sind der Meinung, dass das Gesetz zahlreiche Verbesserungen für die psychiatrische Versorgung und deren Finanzierung vorsieht. Weitergehende Dinge sollten im Rahmen der nächsten Vergütungsreform geregelt werden. Wir halten aber in diesem Zusammenhang die Bezugnahme auf die Psych-PV nicht für sachgerecht. Die Psych-PV ist ein antiquiertes, input-orientiertes Instrument. All das, was moderne Konzepte auszeichnet, Evidenzbasierung, Ergebnisqualitätsmessungen und ähnliche Dinge, suchen Sie dort vergebens. Insofern sollte man hier die Selbstverwaltung nicht durch Rückbezug auf ein letztlich veraltetes Instrumentarium binden, sondern neue Vergütungsoptionen schaffen.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Albrecht, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich würde gerne wissen, wie Sie den Entwicklungsauftrag für die Investitionspauschalen an die Länder dem Grundsatz nach beurteilen? Halten Sie die vorgesehenen Regelungen für sachgerecht und geeignet, um auch in zeitlicher Hinsicht diesem Entwicklungsauftrag nachkommen zu können? Wie beurteilen Sie den Umfang der vorgesehenen technischen Zuarbeit der Selbstverwaltungspartner und des DRG-Instituts?

SV Dr. Martin Albrecht: Grundsätzlich ist zu sagen, dass der Anspruch, die Investitionsfördermittel nach Leistungskriterien zu verteilen, nur halbherzig realisiert wird. Besonders problematisch finde ich die Trennung zwischen dem landesspezifischen Investitions-Fallwert, der uns quasi das absolute Preisniveau vorgeben soll und der bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelation, die die Preisstruktur vorgibt. Ich denke, dass hier ähnlich wie bei den Landes-Basisfallwerten Unterschiede auftreten werden, die wir nur schwer begründen können. Insbesondere dann, wenn – worauf vorhin schon hingewiesen wurde – die Unterschiede innerhalb eines Bundeslandes größer sind, als zwischen den Bundesländern. Es ist daher von der Aufgabenherstellung her auch kritisch zu beurteilen, dass es diese Zweiteilung in die Grundstrukturen und die Bewertungsrelationen, die bundeseinheitlich bestimmt werden, auf der einen Seite und den

landesspezifischen Investitions-Fallwert auf der anderen Seite geben soll. Im Übrigen halte ich die dem DRG-Institut übertragene Aufgabe für durchaus lösbar. Allerdings ist der Zeitplan relativ ehrgeizig, denn man muss bedenken, dass hier noch Kalkulationshandbücher erstellt und die Kalkulationen in den Krankenhäusern durchgeführt werden müssen.

SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Ich kann mich teilweise den Worten meines Vordrängers anschließen. Was die Umsetzbarkeit betrifft, muss man zwischen der Kalkulation der Investitionspauschalen und der Einführung des DRG-Systems nach § 17b KHRG unterscheiden. Beim DRG-System haben wir im Wesentlichen auf die Ist-Situation in den Krankenhäusern, das heißt, auf die tatsächlich verursachten Kosten und die Leistungserbringung, Bezug nehmen können. Das ist bei den Investitionspauschalen sicher nicht so einfach möglich. Die Verfahrensweise kann nicht einfach kopiert werden. Insofern bedarf es im Voraus einer grundlegenden Überarbeitung der Herangehensweise. Aus diesem Grunde halte ich den gesetzten Zeitrahmen für sehr eng bemessen, gleichwohl ist seine Einhaltung nicht grundsätzlich unmöglich. Der Erfolg wird im Wesentlichen davon abhängen, wie viele dieser Grundlagen man rechtzeitig, das heißt, bevor man an die Krankenhäuser herantritt und ihnen weitere Daten abverlangt, klar und eindeutig klären kann.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir sehen das genauso. DRGs werden nach den Ist-Kosten kalkuliert, aber bei den Investitionen gibt es keine Ist-Kosten in der Form, wie sie bei der DRGs haben. Insofern muss man hier eine völlig neue Kalkulationsmethodik erarbeiten, und das spricht dafür, dass der Zeitrahmen zu eng ist. Wenn man das Ergebnis hat, nämlich den kalkulierten Investitionsanteil, dann ist das natürlich hilfreich, weil er eine Referenzgröße bildet, mit deren Hilfe man Investitionen von wenig investitionswilligen Ländern einfordern kann. Insofern ist das Grundkonzept, einen solchen Kostenanteil vorzusehen und transparent zu machen, ein richtiger Schritt, um mehr Mittel für Investitionen zu bekommen. Dies Mittel reichen aber natürlich noch nicht aus.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Der Bundesrat hat sich in seiner Sitzung am 7. November 2008 zu dem Gesetzentwurf geäußert. Deshalb halte ich es für legitim, einige Fragen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die dort aufgeworfen worden sind, auch hier zu stellen. Ich frage Herrn Bolze und den Spitzenverband der Krankenkassen, welche Maßnahmen sie für erforderlich halten, um in den stationären Hospizen eine palliativmedizinische Versorgung auf dem Niveau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sicherzustellen. Und weiter: Teilen Sie die Auffassung, die von Vertretern der stationären Hospize vorgetragen wird, dass auch für Patienten in stationären Hospizen die spezielle ambulante Palliativversorgung teilweise zur Anwendung kommen muss, das heißt, ob die Leistungen in den stationären Hospizen nicht heute bereits vorgehalten wird?

SV Benno Bolze: Versicherte in stationären Hospizen, die die gleichen Voraussetzungen erfüllen wie Versicherte, die zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung betreut werden, müssen die Möglichkeit haben, im Rahmen dieser Regelung die Teilleistung – ich betone das ausdrücklich – die Teilleistung der ärztlichen Versorgung in stationären Hospizen in Anspruch zu nehmen. Wir haben im Bereich der Pflege in den stationären Hospizen ein sehr hohes qualitatives Niveau. Die Leistungen der ärztlichen Versorgung sind Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Dies ist auch heute schon so. Das heißt, die ärztliche Versorgungsleistung wird nicht vom Hospiz selbst erbracht. Das ist das eine. Das andere ist, dass die Hospize in ihrem Versorgungsvertrag gleichzeitig als Pflegeeinrichtungen nach SGB XI anerkannt sind. Daraus leiten wir ab, dass Versicherte in stationären Hospizen auch einen Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV haben. Dieser Anspruch wird aber vom GKV-Spitzenverband Bund abgelehnt. Wir sehen es daher als notwendig an, dass der Gesetzgeber hier eine Klärung herbeiführt. Denn Versicherte in stationären Hospizen dürfen in ihrem Leistungsanspruch bei der Versorgung nicht schlechter gestellt sein, als Betroffene in der Häuslichkeit bzw. in Pflegeeinrichtungen. Es wäre eine denkbare Regelung, § 37b Abs. 1 so zu ergänzen, dass auch Versicherte in stationären Hospizen den Anspruch auf die Teilleistung der spezialisierten ambulanten Palliativ-

versorgung haben, allerdings nur bezogen auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung. Wir sehen des Weiteren einen Klärungs- bzw. einen Klarstellungsbedarf im Hinblick auf Versicherte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Auch diese Versicherten sollten einen Anspruch auf die gesamten Leistungen des § 37b haben und dabei nicht schlechter gestellt sein als Versicherte in der Häuslichkeit oder in Pflegeeinrichtungen. Unser Vorschlag wäre, in § 37b den entsprechenden Absatz zu ergänzen, um die Versicherten hier gleichzustellen.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Hospize sind stationäre Einrichtungen mit einem palliativmedizinischen Versorgungsauftrag. Für eine Ergänzung um einen ambulanten Auftrag sehen wir keine Notwendigkeit und auch keinen Bedarf. Die ärztliche Behandlung der Hospizbewohner wird bereits durch § 28 SGB V sichergestellt. Insofern befürworten wir zwar sehr eine Kooperation der palliativmedizinisch erfahrenen Ärzte mit den Hospizen, sehen aber einen gesonderten Versorgungsauftrag dieser stationären Einrichtungen für einen ambulanten Bereich als nicht notwendig an.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Es ist heute verschiedentlich die Forderung nach mehr Finanzmitteln erhoben worden. Dies regt mich zu folgender Frage an: Sehen Sie im Krankenhausbereich in Deutschland noch Wirtschaftlichkeitsreserven und wenn ja, in welchen Bereichen und in welchem Umfang? Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Augurzky und an den Spitzenverband Bund.

SV Dr. Boris Augurzky: In der Tat müssen wir überlegen, wie wir mit zusätzlichen Gesundheitskosten umgehen wollen. Im Grunde kommen nur drei Gruppierungen in Frage, die diese Kosten tragen können: das sind die Beitragszahler, über die heute wenig gesprochen wurde, die Leistungserbringer, wo nach Effizienzreserven gesucht werden kann, und die Patienten, die man zu Zuzahlungen verpflichten kann. Wir halten es für durchaus akzeptabel, dass die Beitragszahler in diesem Jahr mit 3,2 Mrd. Euro zusätzlich belastet werden, weil dies den Krankenhäusern zugute kommt. Gleichwohl gibt es auch im Krankenhausbe-

reich noch Effizienzreserven, die man mobilisieren kann. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sehr heterogen ist. Sie hat sich zwar insgesamt in den letzten zwei Jahren verschlechtert, aber es gibt immer noch sowohl Häuser, die wirtschaftlich gut, als auch solche, die wirtschaftlich schlecht dastehen. Es ist angebracht, sich an den wirtschaftlich gesunden Häusern zu orientieren, denn dies würde zu weiteren Einsparungen führen. Wahrscheinlich ist das beste Mittel dafür, die Effizienzreserven zu mobilisieren, der Preiswettbewerb, wie es Herr Prof. Neubauer und andere schon ausgeführt haben. Weitere Effizienzgewinne ließen sich durch den Umstieg von der dualistischen auf die monistische Finanzierung erzielen. Damit könnten die knappen Investitionsmittel effizienter eingesetzt werden. Das wäre ein wichtiger Schritt. Schließlich wäre die Frage zu stellen, ob wir tatsächlich alle – je nach Zählweise kommt man da zu unterschiedlichen Ergebnissen – etwa 1.800 Krankenhäuser in den nächsten 10 Jahren erhalten sollten. Zumindest in den Ballungsgebieten haben wir in Deutschland eine hohe Krankenhausdichte. Daher könnte man hier sicher auf 10 bis 15 Prozent der Häuser verzichten. Gemeint sind damit die Häuser, die wirtschaftlich schwach und damit auch insgesamt zu teuer sind. Also würde eine Marktberreinigung nach wirtschaftlichen Kriterien – wohlgeerntet in Ballungsgebieten – Einsparpotentiale bieten. Wir arbeiten im Moment an einem Gutachten, in dem diese Potentiale beziffert werden sollen. Wir sind allerdings noch nicht soweit, um dies tatsächlich quantifizieren zu können.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die Tatsache, dass einige private Klinikträger durchaus beeindruckende Gewinne machen, zeigt, dass man durch Umstrukturierungen Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren kann. Aber dies gelingt nur, wenn man Strukturen verändert und auch Krankenhausstandorte zur Disposition stellt. Die derzeitige Krankenhausplanung der Länder ist offensichtlich nicht in der Lage, diese Strukturen zu verändern. Wir brauchen deshalb einen teilweisen Ersatz der Planung durch andere Steuerungsinstrumente, wie zum Beispiel die Ausschreibung von selektiven Krankenhausleistungen. Wir können uns dies vor allem in Ballungszentren vorstellen, und wir glauben, dass dies dann mit einem Gewinn an Qualität

verbunden sein kann. Denn die derzeitigen Strukturen sind nicht geeignet, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren.

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit sind wir am Ende dieser Anhörung. Ich danke allen, die uns ihren Sachverstand zur Verfügung gestellt haben, auch denjenigen, die hier heute nicht zu Wort gekommen sind und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Sitzungsende: 13:47 Uhr