



Wortprotokoll der 14. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 21. Mai 2014, 16: 30 Uhr
10557 Berlin
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Zu den Änderungsanträgen auf den A.-Drns. 18(14)30.2, 18(14)30.3 und 18(14)30.5 zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzli- chen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterent- wicklungsgesetz - GKV-FQWG)

BT-Drucksache 18/1307

Hierzu wurde/wird verteilt:

18(14)29(1-3) Stellungnahme
18(14)30.2 Änderungsantrag
18(14)30.3 Änderungsantrag
18(14)30.5 Änderungsantrag

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Berichterstatter/in:

Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]



Nur zur dienstlichen Verwendung

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Nur zur dienstlichen Verwendung



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Beginn der Sitzung: 16:30 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne die 14. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Das ist heute bereits unsere dritte Sitzung und ich begrüße die Vertreter der Bundesregierung und die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz. Ich begrüße auch die Sachverständigen und die Vertreter der Medien und natürlich auch Sie, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer zur öffentlichen Anhörung zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)30.2, 18(14)30.3 und 18(14)30.5 zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- FQWG). Die Änderungsanträge beziehen sich auf die Impfstoffversorgung, auf die Versorgung mit Hebammenhilfe sowie auf den Schlichtungsausschuss auf Landesebene und die Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems.

Uns stehen 60 Minuten zur Verfügung. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit insgesamt 26 Minuten Fragezeit. Dann folgt die SPD mit 18 Minuten. Anschließend fragt die Fraktion DIE LINKE. acht Minuten und last but not least die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Auch sie hat acht Minuten Gelegenheit, Sie, meine sehr verehrten Sachverständigen, zu befragen. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet. Die Bildaufzeichnung und das Wortprotokoll werden auf den Ausschusseiten im Internet veröffentlicht. Meine sehr verehrten Damen und Herren, die CDU/CSU fängt an und mein sehr verehrter Kollege Jens Spahn hat das Wort.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte mit Fragen zum Themenkomplex Impfstoffausschreibung beginnen. Das Thema bewegt uns spätestens zur Grippesaison immer wieder, deshalb eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Terhardt und den Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa): Welche Auswirkung haben aus Ihrer Sicht die Ausschreibungen und wie bewerten Sie den vorliegenden Änderungsantrag mit den zwei Losen? Und

eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband und die AOK. Wie hoch sind die finanziellen Einsparvolumina, die durch Impfstoffausschreibungen erzielt werden?

ESV **Dr. Martin Terhardt**: Generell sind wir impfenden Ärzte – ich bin Kinder- und Jugendarzt in der Praxis und STIKO-Mitglied – durch die Rabattverträge bei den Influenzaimpfstoffen schon in Konfusion gestürzt worden, weil die Umsetzung regional sehr unterschiedlich erfolgte. Dadurch kam es für die einzelnen Praxen bei der Impfstoffbeschaffung zu zahlreichen Verwerfungen. Diese Konfusion wurde dann an die Patienten weitergegeben und das hat sicherlich zu einer Verringerung der Impfquoten geführt. Das war bei Influenza in der Saison 2012/2013 besonders schwierig, weil es damals Lieferschwierigkeiten bei der Firma Novartis gab. In der letzten Saison war es wiederum schwierig, weil es sich für viele Krankenversicherungen um Neuland handelte und es darüber hinaus eine große Katastrophe mit dem neuen nasalen Impfstoff für Kinder gab, da dieser in vielen Bezirken in Deutschland nicht verfügbar war. Generell müssen wir sagen, dass das Instrument der Lieferverträge bei Impfstoffen ein Gebiet ist, auf dem wir in Deutschland noch üben. In anderen Ländern, die das schon länger machen, sind damit sehr viele andere Konzepte verbunden, nämlich Versorgungssicherheit, Impfquotenziele, generell nationale Impfziele und damit verbunden garantierte Abnahmemengen, die für den Hersteller attraktiver sind. Ich befürchte, dass die Veränderungen, die Sie jetzt planen, zwar zu einer leichten Verbesserung führen, dadurch dass es einen Reserveanbieter in der Hinterhand gibt. Die Umsetzung in der Praxis kann ich mir aber nicht vorstellen, da die Hersteller Verträge abschließend planen wollen werden. Wenn dann etwas ausfällt, gibt es wieder eine Katastrophe. Generell würde ich eher dafür plädieren, den Markt dem Wettbewerb zu überlassen. Es gibt genügend andere Möglichkeiten, die Preise zu senken. Das wäre in unserem Sinne, da das vorher besser funktioniert hat. Außerdem spielt auch die therapeutische Freiheit der Impfenden eine Rolle, denn



Nur zur dienstlichen Verwendung

die Impfstoffe haben sich wesentlich mehr unterschieden, als das ein Liefervertrag oder eine Ausschreibung vermuten ließen.

SV Dr. Markus Frick (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Wir begrüßen grundsätzlich den Versuch, dieses manifeste Problem zu lösen, denken allerdings, dass der vorliegende Vorschlag in der Tat das Problem nicht nachhaltig lösen wird, also etwas zu kurz greift. Grund dafür ist Folgender: Seit drei Jahren ist der freie Markt bei den Impfstoffen umgestellt worden auf einen weitgehend regulierten Markt. Wir haben gesehen, dass es selbst zu der Zeit, als die Regulation nur in einigen Regionen griff, bereits Lieferengpassprobleme gab. Das haben alle noch in guter Erinnerung. Jetzt ist die Situation grundsätzlich noch schwieriger, weil nicht aus anderen Regionen substituiert werden kann, da es jetzt eine flächendeckende Regelung gibt. Deshalb glauben wir auch nicht, dass ein weiterer Hersteller, der dann zum Zuge käme, das Problem nachhaltig lösen kann. Dieser hat keine Volumengarantie für eine Vollversorgung. Sie wissen, Impfstoffe sind sehr besonders, sie haben eine lange Produktionsdauer, die zwischen einem halben Jahr und zwei Jahren liegt und sie sind nicht ohne weiteres austauschbar. Das heißt auch, ein zweiter Hersteller wird einen Komplettausfall eines anderen Herstellers in einer Region nicht kompensieren können. Die Nachteile, die das mit sich bringt, sind schon angesprochen worden: Impfziele, die nicht oder schwieriger erreicht werden oder die Austauschbarkeit, die nicht ohne weiteres gegeben ist. Ich verweise auf das Papier des Paul-Ehrlich-Instituts und vor allen Dingen auf das Problem der Versorgungssicherheit. Wir haben die Probleme alle gesehen. Was die Einsparziele angeht, so müssen diese auch im Verhältnis stehen zu dem, was damit erreicht werden kann. Wir haben jetzt eine Anpassung auf EU-Preisniveau. Das spart nach unserer Schätzung im Jahr ungefähr 130 Mio. Euro. Dem gegenüber liegen die zusätzlichen Einsparungen durch Rabattausschreibungen nach unserer Einschätzung im Bereich von 15 Mio. Euro pro Jahr. Das heißt, sie betragen nur zehn Prozent der genannten Summe. Deshalb bezweifeln wir, dass diese sehr geringen Einsparungen im Verhältnis stehen zu den damit verbundenen Unsicherheiten. Ich nenne hier nur die Stichworte, wie Versorgungssicherheit, die Versorgung spezieller Gruppen wie Kinder oder Ältere mit den für sie geeigneten

Impfstoffen und letztlich das Problem der Erreichung der avisierten Impfquoten. Denn wir sind in Deutschland, was die Impfquoten angeht, eher Nachzügler und haben hier ein Problem.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Aus meiner Sicht stellt sich der Markt so dar, dass es für die überwiegende Zahl der Impfstoffe, dies sind ca. 30, nur einen relevanten Markt gibt, nämlich den der Grippeimpfstoffe. Hier wiederum gibt es nur eine relevante Anzahl von Originalherstellern, elf Stück an der Zahl. In allen anderen Impfstoffbereichen ist der Markt geprägt durch zwei, manchmal auch drei Hersteller. Das muss man einfach wissen. Weiterhin haben wir bei uns im Hause aufstellen lassen, wo denn eigentlich der Grund für die Lieferprobleme gelegen hat.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Entschuldigung, Herr von Stackelberg. Ich höre Ihnen gern zu, aber meine Frage war eigentlich: Wie hoch ist das Einsparvolumen der Krankenkassen durch Impfstoffausschreibungen? Wieviel Millionen Euro wurden gespart?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Da muss ich leider passen, denn diese Ersparnisse werden mit Rabattverträgen erzielt, die aus Gründen des Wettbewerbs nicht veröffentlicht werden. Ich bitte Sie, dazu die hier anwesenden Wettbewerbsverbände zu fragen.

Sve Dr. Sabine Richard (AOK-Bundesverband): Die Einsparungen, die wir als gesetzliche Krankenversicherung aus den Grippeimpfstoff-Rabattverträgen erzielt haben, betragen, so die uns vorliegenden Zahlen, ungefähr 50 Mio. Euro pro Saison. Diese würden fehlen, wenn die jetzt geplanten Änderungen in Kraft gesetzt würden. Wir gehen davon aus, dass die Vorgabe von zwei Zuschlägen die Ausschreibungsmöglichkeiten sehr stark schwächt. Da wir die Referenzpreisabschläge als nicht befriedigend umgesetzt ansehen, weil nur 40 Prozent des Marktes überhaupt davon betroffen sind, haben wir einen weitgehenden Bereich von Arzneimitteln, die im Gegensatz zu den üblichen Arzneimitteln, von keinerlei Preisregulierung betroffen sind. Es fallen keine Herstellerrabatte, kein Preismoratorium und auch keine Rabatte nach § 130b SGB V an. Nach jetzigem Stand haben wir keine Preismechanismen, die es auf dem Arzneimittelmarkt sonst durchaus



Nur zur dienstlichen Verwendung

gibt. Das heißt, der Impfstoffmarkt wäre hier deutlich privilegiert und das möchten wir noch einmal zu bedenken geben.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich habe Fragen, einmal an den BKK-Dachverband, an den Deutschen Hebammenverband, den Bund freiberuflicher Hebammen und das Netzwerk der Geburtshäuser. Die Fragen beziehen sich auf den Sicherstellungszuschlag. Es geht um die Versorgung mit Hebammenhilfe. Im Konzept ist jetzt ein Sicherstellungszuschlag vorgesehen, der an die Erfüllung von Qualitätskriterien geknüpft werden soll. Damit verbunden ist die Überlegung, dass sich alle Haftungsrisiken immer nur im Falle von Fehlverhalten realisieren. Bei der Erfüllung von Qualitätskriterien ist das ein vernünftiges Ziel. Ich wüsste gerne von Ihnen, welche Maßnahmen Sie für erforderlich halten, damit die hierfür notwendigen Qualitätsanforderungen zügig vereinbart und umgesetzt werden können?

SV **Franz Knieps** (BKK-Dachverband e.V.): Wir sind der Meinung, dass das Konzept der Zuschläge suboptimal ist und würden stattdessen ein Ausgleichssystem vorschlagen. Details finden Sie in unserer schriftlichen Stellungnahme. Wenn man an den Zuschlägen festhält, dann würden wir die primäre Orientierung an Mengen auch nur als Soll-Vorschrift ansehen, weil wir die Frage als äußerst komplex ansehen.

Sve **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Grundsätzlich begrüßen wir den Sicherstellungszuschlag über alle Maßen, denn er ist ein schnelles und probates Mittel, um den Hebammen auch kurzfristig finanziell zur Seite zu springen. Unser Problem ist kein Qualitätsproblem. Wir haben keine steigenden Schadenszahlen im Bereich der Hebammenschaft, sondern wir haben sinkende Schadenszahlen, aber wir haben steigende Regulierungs- und dadurch steigende Haftpflichtkosten. Hebammen machen seit Jahr und Tag qualitätssichernde Maßnahmen. Wir haben für unsere Hebammen ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001, das angelehnt ist an die im Aufbau befindliche G-BA-Richtlinie für die niedergelassenen Ärzte. Sie machen Qualitätssicherung über die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG) und wir wissen, dass die Zahlen im außerklinischen Bereich nicht schlechter sind als im klinischen Bereich. Das hat

selbst der GKV-Spitzenverband in einer Pilotstudie deutlich zeigen können. Wir sind gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband dabei, die Nachweiskriterien zu verabschieden. Dazu haben wir den Auftrag von der Schiedsstelle. Wir sind sehr weit fortgeschritten und wir gehen davon aus, dass wir die Frist der Schiedsstelle, Ende Januar 2015, einhalten können. Wir bitten insbesondere jetzt, beim Sicherstellungszuschlag darum, dass die Schiedsstellenfrist die Frist aus der Schiedsstelle nicht aufhebt, denn daran ist eine weitere Vergütungserhöhung für die Hebammen, die sie zum Ausgleich der Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen erhalten sollen, geknüpft. Diese sollte nicht verloren gehen.

SV **Bernd Uhlmann** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD)): Ich kann mich in weiten Teilen den Ausführungen des Deutschen Hebammenverbandes anschließen. Ich möchte aber noch auf einen weiteren Aspekt hinweisen. Der Sicherstellungszuschlag hat zur Grundlage, dass überhaupt ein Versicherungsvertrag zur Berufshaftpflicht besteht. Für die im BfHD organisierten Hebammen läuft das Konsortium Mitte 2015 aus, so dass dann kein Versicherungsschutz mehr besteht. Also die an sich gut gemeinten Regelungen zum Sicherstellungszuschlag führen oder greifen für die im BfHD organisierten Hebammen auf jeden Fall ins Leere.

Sve **Myriam Mittingly-Krewer** (Netzwerk der Geburtshäuser e. V.): Ich kann mich Herrn Uhlmann und auch Frau Jeschke anschließen, was die Qualität betrifft. Für uns ist es wichtig anzumerken, dass die durch Hebammen geleiteten Einrichtungen auch in dem Sicherheitszuschlag berücksichtigt werden müssen. Eine hebammengeleitete Einrichtung trägt auch eine Organisationshaftpflichtversicherung. Die ist noch nicht berücksichtigt, bzw. genannt worden. Die Hebammen arbeiten in den Geburtshäusern einzeln und müssen deswegen auch in dem Sicherstellungszuschlag einzeln berücksichtigt werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Eine Frage an den Deutschen Hebammenverband. Es stand, ich glaube es war in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ), geschrieben, es gäbe für den Deutschen Hebammenverband Provisionen in Millionenhöhe für die Vermittlung solcher Haftpflichtversicherungen. Ist es so, dass entsprechende Zahlungen fließen?



Nur zur dienstlichen Verwendung

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Es ist sehr betrüblich. Man sollte nicht glauben, auch nicht, was in der FAZ steht. Natürlich bekommen wir kein Geld für die Vermittlung von Versicherungen. Viel mehr sind wir froh, dass wir einen Makler haben, der für uns unterwegs ist und den deutschen und europäischen Markt nach einer entsprechenden Haftpflichtversicherungslösung für uns abgesucht und der jetzt eine Versicherung mit ganz vielen Minianteilen bis ins Jahr 2016 gefunden hat. Danach haben auch wir vom Deutschen Hebammenverband definitiv keine Haftpflichtversicherung mehr für unsere Kolleginnen. Das gilt nicht nur für die Geburtshilfe. Das gilt auch für jene Hebammen, die ausschließlich Wochenbettbetreuung, Schwangerenvorsorge oder Kursleistungen anbieten oder durchführen. Das ist das komplette aus für Versicherungen und von irgendwelchen Kick-Back-Geschäften oder Ähnlichem kann nicht die Rede sein. Ich bin entsetzt und wir behalten uns auch rechtliche Schritte gegen diese Verleumdung vor.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Dann noch eine Nachfrage an den GKV-Spitzenverband, Hebammen für Deutschland, den Deutschen Hebammenverband und den Fachverband für Hausgeburten zu dem begünstigten Personenkreis. Halten Sie die Abgrenzung nach unserem Änderungsantrag für geeignet und zielführend? Was würde Ihnen zusätzlich helfen oder womit könnten wir Sie zusätzlich unterstützen?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die Frage der Einbeziehung der Beleg-Hebammen für schwierig, ansonsten ist die Personenabgrenzung in Ordnung. Allgemeine Ausführungen darf ich nach der Rüge von Herrn Spahn ja nicht machen.

SVe **Mila Korn** (Verein Hebammen für Deutschland e. V.): Ich denke, dass alle Hebammengruppen einbezogen sein müssen. Und auch wir sprechen uns ganz klar dagegen aus, der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands muss auf jeden Fall in einer Regelung auch bestehen können.

SVe **Cordula Exner** (Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e. V. (DFH)): Aus unserer Sicht stellt es sich so dar, dass der Zuschlag in zwei Schritten erfolgt. Der erste Schritt ist ein Zuschlag, der durchschnittlich pro Geburt bezahlt wird. Wir

haben aber die Situation, dass die Haftpflichtversicherung pro Hebamme bezahlt werden muss, so dass regelmäßig die Hebammen profitieren, die überdurchschnittlich viele Geburten begleiten und diejenigen, die unterdurchschnittlich viele Geburten begleiten die Steigerung trotz des Zuschlags nicht kompensieren können. Das führt zu einer absoluten Verdichtung. Die Kolleginnen, die noch Hausgeburten anbieten, bieten immer mehr an. Aber Kolleginnen, die zum Beispiel halbtags Hausgeburtshilfe betreiben oder nicht so dicht arbeiten wollen und die Kolleginnen, die beispielsweise für Vertretungen in Frage kommen, die geben die Geburtshilfe dann auf. Von daher ist das nächste Jahr für uns wiederum sehr lang. Erst der nächste Schritt ist ja gekoppelt an eine Zahl pro Geburt und die Höhe der Haftpflichtversicherung. Das kommt uns sehr viel mehr entgegen. Unser Verband hat gefordert, eine Versicherungspauschale pro Geburt zu erwägen. Das würde unserer Ansicht nach mehrere Aspekte abdecken. Zum einen würde es den Kolleginnen mit einer geringen Geburtenzahl helfen und dadurch auch die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gewährleisten.

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Wir haben explizit zur Problematik der Beleghebammen nachträglich noch eine Stellungnahme geschrieben. Denn das ist ein bisschen unklar. Da widersprechen sich die Paragraphenbeschreibung und der hauptsächliche Sicherstellungszuschlag mit der kurzfristigen Lösung. Wir bitten darum, dies auf jeden Fall zu berücksichtigen. Der Sicherstellungszuschlag begünstigt im Moment ausschließlich die Eins-zu-eins-Geburtshilfe. Von der Haftpflichtsteigerung betroffen ist aber die komplette Hebammenleistung, unabhängig davon, ob die Hebamme Geburtshilfe im Eins-zu-eins-System leistet oder ob sie Wochenbettbetreuung macht. Das heißt, über kurz oder lang müssen alle begünstigt werden. Der Unterschied zwischen Schicht- und Beleghebamme ist, glaube ich, ein Verständnisproblem. Beleghebamme eins-zu-eins und Schichthebamme arbeiten beide im Kreißaal, versorgen dort beide die Frauen, die ein Kind gebären. Das hat zunächst nichts damit zu tun, wie viele Frauen betreut werden. Voraussetzung für die Eins-zu-eins-Vergütungsposition ist aber, dass ein Behandlungsvertrag mit der schwangeren Frau geschlossen wurde. Der Behandlungsvertrag muss rechtzeitig vor der Geburt gemacht werden, damit er überhaupt besteht. Das heißt, die Kopplung an



Nur zur dienstlichen Verwendung

die Vergütungsposition ist nicht zielführend, denn das hat nichts damit zu tun, ob eine Hebamme eine oder viele Frauen zur gleichen Zeit betreut. Das betrifft es nicht unmittelbar und hat auch nicht unmittelbar mit der Schichtsystematik zu tun. Wir bitten Sie, das wirklich nochmal zu überdenken. Wenn es so ausgeschlossen ist, wie es aktuell aussieht, bedeutet es vor allem für Bayern ein großes Versorgungsproblem. Dort bieten 119 Kliniken Geburtshilfe an, davon arbeiten 89 im Belegsystem, von 104.500 Geburten in Bayern werden 62.857 von freiberuflichen Hebammen begleitet, die häufig in kleinen Kliniken die Versorgung in der Fläche gewährleisten. Und die arbeiten im Schichtsystem und nicht mit Eins-zu-eins-Verträgen.

Abg. **Thomas Stritzl** (CDU/CSU): Themenwechsel zur Krankenhausabrechnungsprüfung. Die Regelungen sehen vor, dass im Zusammenhang damit erweiterte Möglichkeiten zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene zwecks Vermeidung eines zunehmenden Staus bei den Sozialgerichten ermöglicht werden. Wie beurteilen Sie das, auch vor dem Hintergrund, dass dort, trotz bestehender gesetzlicher Fristsetzung von Landeschlichtungsausschüssen, kaum eine Bewegung festzustellen ist? Die Frage geht einmal an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und einmal an den GKV-Spitzenverband.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Die Vorgabe aus dem Beitragsschuldengesetz konnte aus schwerwiegenden Gründen nicht umgesetzt werden. Bitte werten Sie die Tatsache, dass wir gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband darum bitten, diese Regelung aus dem Gesetz zu nehmen, obwohl die Krankenkassen die Krankenhäuser jährlich mit zwei Millionen MDK-Prüfungen heimsuchen, wirklich als die Existenz eines objektiven Umsetzungsproblems. Wir haben Schiedssysteme, die sich mit grundsätzlichen Fragen, mit Strukturfragen, beschäftigen. Wenn ein Teil der 2.000 Krankenhäuser wegen des Jahresbudgets vor Landesschiedsstellen geht, dann ist das etwas ganz anderes als die Diskussion um zwei Millionen strittige Rechnungen, bei denen der Einzelfall des Patienten und der Einzelfall des Krankenhauses mit der einzelnen Kasse aufeinanderprallen und dies in einem landesweiten Schiedsverfahren geklärt werden soll. Die große Zahl der potenziellen Fälle, die bei einer Landesschieds-

stelle anlandet, macht deutlich, welcher organisatorische Aufwand erforderlich ist, um ein solches Schiedssystem, das wahrscheinlich von Montag bis Freitag täglich arbeiten müsste, zu errichten. Und dabei geht es nicht nur um einen Schiedsstellenvorsitzenden mit einem links und rechts sitzenden Unparteiischen, sondern das sind immer ganze Bänke. Das heißt, das ganze System wäre das ganze Jahr über mit einer großen Zahl von Beteiligten an der Abarbeitung dieser Schlichtungsverfahren beteiligt. Und am Ende wird das Recht der Streitenden vor das Sozialgericht zu gehen, nicht beschnitten. Was ja auch richtig ist. So kann man davon ausgehen, dass die Schlichtung sehr viel absorbiert, aber am Ende die Probleme nicht löst. Die Sozialgerichte werden nicht entlastet, bei der beiderseitigen Neigung am Ende auch vor Gericht zu klagen. Das, was Sie in Ihrem Änderungsantrag vorschlagen, macht einerseits deutlich, dass Sie das Problem aufnehmen, aber es ist nicht die Lösung, die wir brauchen. Dass wir dann, wenn wir uns über die Einrichtung der Schlichtungsstellen auf Landesebene nicht einigen können, die bestehende Landesschiedsstelle als Schiedsrichter nutzen können, ist der eine Teil des Antrags. Der andere Teil ist, wenn wir diese nicht errichten, die bestehenden Landesstellen, die, wie gesagt, Budgetfragen aber keine Einzelabrechnungsfragen klären, diese Aufgabe ersatzweise übernehmen sollen. Dafür sind die Schiedsstellen aber überhaupt nicht eingerichtet. Ich erinnere daran, dass wir ein ganzes Bündel an Maßnahmen neu ins Feld genommen haben: Wir haben die Bundeschlichtungsstelle, die in Zukunft Kodierfragen abarbeitet. Daraus kann sich viel Streitbefriedigung auf Bundesebene ergeben. Wir sind dabei, das Verfahren für die klassischen Prüfungen im Rahmen eines Vertrages zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband neu zu regeln. Die neuimplantierten Elemente müssen mit Leben gefüllt werden. Deshalb die Bitte, das Schlichtungsverfahren aus dem Gesetz zu nehmen.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Sie werden sich wundern, aber es gibt Fälle bei denen die DKG und der GKV-Spitzenverband in der Beurteilung einig sind. Deswegen haben wir auch einen gemeinsamen Brief an den Bundesminister geschrieben. Nicht einig sind wir uns in der Ursache. Und da bitte ich Sie nach wie vor, das ernsthaft anzugehen. Das meinen auch der Bundesrechnungshof und der Rechnungsprüfungsausschuss. Solange für Falschabrechnungen falsche



Nur zur dienstlichen Verwendung

Anreize gesetzt werden, muss man sich nicht wundern, dass bei den Krankenhausprüfungen, so sie durchgeführt werden, 50 Prozent auffallen. Und das liegt, wie ich bereits in der letzten Legislaturperiode erläutert habe, an Folgendem: Wenn Sie Jemanden mit einer U-Bahn-Kurzstreckenfahrkarte erwischen und sagen er sei aber eine Langstrecke gefahren, dann ist es im Krankenhauswesen so geregelt, dass er nur den Betrag zur vollen korrekten Abrechnung nachzahlen muss. Es besteht keine Möglichkeit, hier eine höhere Gebühr zu verlangen, während die Krankenkassen, wenn sie ein Krankenhaus fälschlicherweise geprüft haben, eine Strafgebühr zahlen müssen. Diese Anreizwirkung ist abenteuerlich. Solange die besteht, werden Sie an die Wurzel des Problems nicht herankommen. Und die Landesprüfungsstelle ist nicht, da sind wir uns mit der DKG einig, die Lösung des Problems. Gehen Sie bitte an die Wurzel. Machen Sie es so, wie es der Bundesrechnungshof von Ihnen erwartet und gefordert hat, schaffen Sie eine richtige Anreizwirkung für eine korrekte Abrechnung.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage zum Themenbereich PEPP geht an den Vertreter der Aktion Psychisch Kranke (APK) und die Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die gemeinsame Selbstverwaltung ist vom Gesetzgeber aufgefördert, eine Nachfolgeregelung für die Psych-PV bis Ende 2016 zu finden. Zum einen würde mich interessieren, was diese Nachfolgeregelung Ihrer Meinung nach im Kern beinhalten sollte, und zum anderen, ob es aus Ihrer Sicht ausreicht, dass das eine Empfehlung ist oder ob es einer anderen Form von Verbindlichkeit bedarf.

SV **Prof. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Das ist unseres Erachtens ein zentraler und wichtiger Bereich. Es ist sehr notwendig, dass es sich um eine verbindliche Richtlinie und nicht um eine unverbindliche Empfehlung handelt. Das ist ein bisschen so, als wenn man überlegen würde, bei den Chirurgen das Sterilisieren der Instrumente als Soll-Regelung einzuführen. Das geht aus zwei Gründen nicht. Das eine ist, dass die Patienten ein Recht auf eine minimale Betreuung haben. Ich war auch bei der Diskussion des neuen Betreuungsrechts hier anwesend, als es darum ging, dass man vermitteln und verhandeln muss, bevor eine Zwangsbehandlung möglich sein darf. Und da-

für brauchen Sie einen Mindestbestand an Personal. Und das Zweite ist natürlich die therapeutische Qualität. Patienten bestehen heute zu Recht darauf, dass mit ihnen gesprochen wird und nicht nur Medikamente verabreicht werden. Für beides ist die Personalbemessung essentiell. Und die würde ersatzlos wegfallen. Das hieße, es wäre gar nicht mehr klar, in welchem Umfang das zur Verfügung gestellt werden muss.

Sve **Dr. Iris Hauth** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)): Grundsätzlich halten wir es auch für wichtig, das festzulegen, im Sinne von Betreuung, im Sinne einer sehr engmaschigen Begleitung, aber auch darüber hinaus. Die alte Psych-PV, die wir alle so geschätzt haben, ist 20 Jahre alt und es hat sich über diese Werte auch eine ganze Menge verändert. Therapien, Psychotherapien und psycho-soziale Therapien sind damals gar nicht gemessen worden, teilweise gab es sie auch noch nicht. Und die neu entstandenen Therapieformen sind noch gar nicht eingepreist. Wenn man eine Richtlinie oder Empfehlung erarbeitet, muss darauf geachtet werden, dass das, was heute State of Art ist, was die Patienten verlangen können, darin verbucht ist. Zu dem Thema Richtlinie oder Empfehlung: Natürlich wäre es gut, wenn es Verbindlichkeit gäbe, so wie die Psych-PV auch verbindlich war. Aber die Psych-PV hatte den Vorteil, dass die Finanzierung des Personals auch verbindlich war. Und es kann nicht sein, dass es eine verbindliche Richtlinie gibt, aber die Finanzierung nicht verbindlich ist. Dann wird es so gehen, wie bei den Neugeborenenstationen, dass die Kliniken geschlossen werden, weil sie das Personal, was sie brauchen, nicht finanziert bekommen. Da wäre der Wunsch an die Politik, ja, es kann durchaus verbindlich sein im Sinne einer Richtlinie, aber es muss deutlich werden, dass das, was für die Patienten gefordert wird, auch refinanziert wird.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich möchte nochmal zurückkommen auf die Haftpflichtproblematik bei den Hebammen und habe eine Frage an den DHV und an den GKV-Spitzenverband. Frau Jeschke, Sie haben vorhin gesagt, Sie hätten kein Qualitätsproblem. Haben denn die Hebammenverbände bereits versucht, die Kosten der Haftpflichtversicherung über die Festlegung verbindlicher Qualitätsindikatoren zu begrenzen? Und wenn ja, wie sehen diese



Nur zur dienstlichen Verwendung

Indikatoren aus? Hat der GKV-Spitzenverband ergänzende Vorschläge für solche Qualitätsindikatoren?

Sve **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Ich versuche gerade zu verstehen, meinen Sie Qualitätsindikatoren im Sinne des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut), wo dann die Out-come-Ergebnisse gewertet werden, wie zum Beispiel der Apgar-Score des Kindes, die Dammrissrate, die Blutungsqualität usw.? Das haben wir selbstverständlich, für die außerklinische Geburtshilfe bei QUAG und bei der klinischen, freiberuflichen Tätigkeit bei AQUA, denn dort werden die klinischen Geburten auch der freiberuflich Tätigen mit erfasst. Das andere ist: Es gibt wunderbare Gesetze, da ist das Hebammengesetz und die entsprechende Berufsverordnung der Länder, die die Kompetenz der Hebammen regeln. Hebammen sind zuständig für physiologische Geburten aus Schädellage. Sie brauchen einen Arzt oder eine klinische Versorgung, wenn das nicht der Fall ist. Daran halten sich Hebammen. Es gibt Ausschlusskriterien zur Betreuung in den Haftpflichtverträgen. Das hat die Haftpflichtverträge aber auch nicht günstiger gemacht, denn es handelt sich eben nicht um ein Problem der Qualität oder des Outcome, sondern es geht um die wenigen Schadensfälle, die es gibt. Denn wo Menschen sind werden Fehler gemacht. Was wir brauchen, ist ein Notfallmanagement. Und das ist teuer. Das wird von Seiten der Hebammen durchgeführt, um Notfälle zu beherrschen. Hier haben Kliniken wie Hebammen große Schwierigkeiten bei der Finanzierung und wir hoffen, dass wir von Seiten des GKV-Spitzenverbandes und von anderer Seite finanzielle Unterstützung dafür erhalten.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich hätte jetzt eine Rückfrage, und zwar, ob Sie der Auffassung sind, dass die Anzahl der Geburten auch in die Qualitätserwägung mit einzubeziehen ist, und ob das Rückschlüsse darauf zulässt, wie sich die Qualität der Geburt und der Versorgung darstellt?

Sve **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Da gibt es tatsächlich Zahlen. Ich glaube, man kann sich das ganz einfach vorstellen, wenn man sich überlegt, dass eine Geburt normalerweise ohne Komplikationen verläuft. Wir ha-

ben Todesfälle im Promillebereich, d. h. 1,4 Promille pro Jahr. Das bedeutet, theoretisch muss eine Hebamme 1.000 Geburten betreuen, um einmal reanimieren zu müssen. Das sind Notfälle, die so selten sind, dass sie sich nicht über Mindestmengen regeln lassen, sondern nur, indem man diese Notfälle tatsächlich übt. Eine klinische Hebamme hat 120 Geburten pro Jahr, das wissen wir. Das sind veraltete Zahlen für eine Vollzeitstelle. Das sind zu viele Geburten, die kann sie gar nicht betreuen. Und auch da hat sie so wenige Notfälle, dass sie eine Reanimation nicht beherrschen kann. Auch da gibt es keine Mindestzahlen. Das mit der Qualität zu verknüpfen, ist zu kurz gegriffen. Wir sind dabei, Ihnen diese Zahlen zusammenzustellen. Wir machen dafür noch eine weitere schriftliche Stellungnahme, die Ihnen dann zur Verfügung steht.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Zunächst weise ich darauf hin, dass die Teilnahme der außerklinisch entbindenden Hebammen an der QUAG-Studie freiwillig ist. Für uns wäre es selbstverständlich, dass diese Freiwilligkeit zu einer Pflicht würde. Es ist aus Sicht der Gebärenden, der werdenden Mutter, wenn sie vergleichen will, natürlich extrem wichtig, dass sie Gleiches mit Gleichem vergleichen kann. Wir haben im klinischen Bereich festgelegte Daten. Das ist, ich muss es vorlesen, Dammriss Grad III und IV und derartige Qualitätskriterien. Wichtig wäre, dass die Qualitätskriterien, klinisch und außerklinisch, dieselben sind, sodass man direkt vergleichen kann, und dass die freiwillige Teilnahme zu einer Verpflichtung wird. Und jetzt ganz generell, wenn Sie erlauben: Wir haben die Situation, dass hier von einem Sicherstellungszuschlag die Rede ist, der aber die Versorgung keineswegs sicherstellt. Das ist im Endeffekt ein Haftpflichtbonus für Gelegenheitshebammen. Eine Hebamme hat innerhalb der Ausbildung 30 Geburten selbst durchzuführen und bei 20 mitzuhelfen und zu betreuen. Das heißt, mit 50 Geburten ist sie ausgebildete Hebamme. Und dann legt uns der Gesetzgeber auf, dass wir die Haftpflichtprämien mit jeder Zusatzgeburt pro Jahr ausgleichen sollen. Und zwar so ausgleichen sollen, dass diejenigen Hebammen, die nach dem momentanen System – das ist ja unbestritten – viele Geburten betreuen, aufgrund des Haftpflichtausgleiches, ökonomisch gesehen, einen Windfall-Profit machen. Die Sicherstellung ist überhaupt nicht das, was wir unter ärztlicher Sicherstellung betreuen. Übrigens muss ein Geburtshelfer 200 Geburten



Nur zur dienstlichen Verwendung

während der Ausbildung gemacht haben, nur einmal zum Vergleich. Die Sicherstellung der Versorgung steht hier nicht im Vordergrund. Sie locken damit keine einzige Hebamme aus einem überversorgten städtischen in ein ländliches Gebiet, wo sie dringend benötigt würde. Im Übrigen ist die Frage der Sicherstellung ganz klar gekoppelt an eine Frage, die wir Sie dringend bitten, festzulegen. Es gibt natürliche Grenzen der Selbstbestimmung der gebärenden Frau. Die liegen darin, dass auch bei einer gewissen Entfernung in Notfällen das Krankenhaus erreichbar sein muss. Das heißt, auf einer deutschen Hallig werden sie heute kaum verantwortungsgemäß ein Kind gebären können, weil das Krankenhaus sehr weit entfernt ist. Wir bitten Sie deshalb dringend festzulegen, wie groß die Entfernung sein darf oder muss, oder entsprechende Kriterien dazu zu finden. Das fehlt uns. Dazu gibt es natürlich Anhaltspunkte. Aus Fachkreisen hören wir, dass eine Klinik innerhalb von 20 Minuten erreichbar sein muss. Darüber wird man sich bestens austauschen können. Aber bitte machen Sie sich klar, wir haben niemanden, der die Zahl der Geburten zählt. Das heißt, wenn uns nach dem Sicherstellungszuschlag jetzt Rechnungen geschickt werden, können wir das überhaupt nicht überprüfen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Hermann. Sie haben in Ihrer Stellungnahme zum Änderungsantrag 2 zum doppelten Vertragsabschluss bei Impfstoffen einen Vorschlag zur stärkeren Inpflichtnahme der Impfstoffhersteller unterbreitet. Würden Sie uns Ihren Vorschlag dazu bitte einmal erläutern?

ESV **Dr. Christopher Hermann**: Die Situation ist die folgende: Der Änderungsantrag hat nach der Begründung, und das ist wohl unser aller Anliegen, das Ziel, Versorgungssicherheit bei Impfstoffen herzustellen, bei der Impfstoffversorgung der Menschen, den Versicherten. Aber er adressiert das in Wahrheit nicht. Denn das, was gesetzlich geregelt wird, hat damit nichts zu tun. Wir bekommen keinen Einzigen der wenigen Impfstoffhersteller mehr, wenn wir in Deutschland jetzt von der Exklusivität auf ein Zweipartnermodell umsteigen, was im Übrigen EU-vorgaberechtlich überhaupt nicht statthaft ist – das aber nur nebenbei. Wir kommen in der Versorgungssicherheit, die Krankenkassen in diesem Zusammenhang zu garantieren haben, nicht weiter. Die extrem enge Oligopolisierung durch

diese Regelung – wir haben, das wurde schon gesagt, in fast allen Impfstoffbereichen in Deutschland lediglich noch zwei Anbieter, wäre das Aus für die Rabattverträge. Dann müssen wir, wenn einer ausfällt, eine Sicherheit haben. Der Hersteller fällt ja dann nicht nur für ein Versorgungsgebiet, sondern durch die europaweite Produktion, für ganz große Bereiche aus. Dann müssen wir eine Versorgungssicherheit durch eine gesetzliche Regelung haben, die eine adäquate Vorratshaltung beinhaltet. Das ist bei Impfstoffen nicht ganz so einfach, das ist klar. Das ist ein Stückweit anders als bei vielen Arzneimitteln, aber gleichwohl kein Ding der Unmöglichkeit. Wer wirklich Versorgungssicherheit bei diesem engen oligopolisierten Markt haben will, der muss darauf setzen, dass er die wenigen, die hier am Markt sind, dazu verpflichtet, dass sie die Versorgungssicherheit wahrzunehmen haben. Der Änderungsantrag, der hier behandelt wird, führt vom Inhalt her überhaupt nicht in die Richtung, die adressiert werden soll.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir hatten vorhin bereits das Thema Schlichtungs- und Schiedsstellen. Meine Frage dazu geht an Herrn Dr. Hermann. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von Problemen bei der Schaffung von Schlichtungsstellen bei den verantwortlichen Akteuren auf Landesebene und verweisen auf Abstimmungsprobleme in höchst komplexen Verfahrensfragen. Worüber konnte man sich denn noch nicht einigen?

ESV **Dr. Christopher Hermann**: Es ist insbesondere von Herrn Baum schon dargestellt worden, dass es sich hier um wirklich höchst komplexe Dinge handelt. Wir haben es mit einer unbestimmten Vielzahl von Prüfverfahren zu tun. Die Ausgestaltung dieser Prüfverfahren ist zu klären. Es muss die technische Durchführung festgelegt werden. Das geht nicht ohne EDV. Es geht um Tausende von Verfahren. Dann brauchen Sie eine Ausschreibung. Sie müssen sich auf einen Verfahrensablauf einigen und Sie müssen schließlich die Besetzung klären. Insbesondere auch die Frage, ob es ein Kammersystem geben soll, denn hier werden Fälle von Einzelkassen und keine einheitlichen, gemeinsamen Themen behandelt. Auch dies sind umstrittene Fragen. Des Weiteren enthält der jetzt geltende Gesetzestext keine Übergangsregelungen. Das führt dazu, dass völlig unklar ist – ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen – wie mit Fällen vor und nach dem 1. August umzugehen ist, ob



Nur zur dienstlichen Verwendung

es sich um Fälle handelt, die erst nach dem 1. August entstehen oder ob es sich um Fälle handelt, die am 1. August über die entsprechende Bewertung schon auf die Schlichtungsausschüsse zulaufen. Die Folge dieser Unklarheit ist, dass wir sozusagen das Nadelöhr schon zu haben, bevor es überhaupt aufgemacht wurde, denn bislang wurden diese Schlichtungsausschüsse in keinem der Länder gebildet. Ich will noch etwas aus den Zahlen einer großen Krankenkasse hinzufügen. Die letztlich vor den Sozialgerichten landenden Abrechnungsfälle mit Krankenhäusern bewegen sich bei der AOK Baden-Württemberg im Bereich von 0,038 Prozent. Das sind 300 Fälle im Jahr bei 850.000 stationären Behandlungsfällen, die zu Lasten der AOK Baden-Württemberg abgerechnet werden. Wenn Sie jetzt durch diesen Landesausschuss die Schwelle enorm senken, um hier in die konfliktäre Auseinandersetzung zu gehen, schnellt die Zahl von 300 natürlich extrem nach oben. Wir haben ca. 13.000 Widersprüche von Krankenhäusern im Jahr, 7.800 davon gehen zu Gunsten der AOK Baden-Württemberg aus. Das heißt, in diesen Schlichtungsausschüssen landen, wir gehen mal für die AOK Baden-Württemberg von 2.000 aus, zwischen 300 und 7.800 Widersprüche. In diesem Rahmen bewegen Sie sich bei einer großen Krankenkasse, die etwa die Hälfte der Krankenhausfälle in Baden-Württemberg hat. Weiter müssen Sie eine riesige neue Bürokratie aufbauen, da die Aufgabe ansonsten gar nicht gestemmt werden kann. Darauf hat Herr Baum bereits im Einzelnen hingewiesen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und wenn Sie es kurz machen würden, Herr Dr. Hermann, auch an Sie. Ich würde gerne wissen, wie Sie denn die Lieferengpässe bei Impfstoffen beheben wollen? Denn in § 132e SGB V heißt es ja bereits, es sind Vereinbarungen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen zur Schutzimpfung vorzusehen. Da würde es mich interessieren, wie Sie es denn machen wollen.

ESV **Dr. Christopher Hermann**: In unseren Verträgen halten wir fest, dass von den Firmen im Vergabeverfahren eine hundertprozentige Lieferfähigkeit nachgewiesen werden muss. Wenn diese Verpflichtung nicht eingehalten wird, gibt es Vertragsstrafen und entsprechende andere Maßnahmen. Aber wir können als Kasse nicht mehr als den Nachweis der hundertprozentigen Lieferfähigkeit verlangen.

Mehr ist rechtlich nicht drin.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Frau Abgeordnete, es gab bisher acht Lieferengpässe. Die große Diskussion gab es bei einem Lieferengpass für Begripal im Norden Deutschlands im Jahre 2012/2013. Hier muss man sagen, dass die Kassen bei den Rabattverträgen seitdem schlauer geworden sind. Und die anderen sieben Lieferengpässe sind weitgehend ohne Rabattverträge gelaufen, das heißt, der Rabattvertrag als Ursache scheidet weitgehend aus. In zwei Fällen wurde der Rabattvertrag aufgehoben. Im Prinzip hängen wir uns mit unserer Sorge um die Versorgungssicherheit an diesem einen großen Fall auf. Mittlerweile beschreiben die Verträge die Lieferfähigkeit und die Lieferbereitschaft sehr genau. Ich habe hier, mit Erlaubnis einer einzelnen großen Kasse aus der Mitte Deutschlands, einen entsprechenden Vertrag: Darin steht, dass bis zum 2. Oktober 2014 mindestens 60 Prozent des Impfstoffes geliefert worden sein müssen, bis zum 17. Oktober 2014 75 Prozent. Die Lieferung wird also gestaffelt. Im Nordvertrag gab es damals keine derart exakten Angaben. Insofern ist man heute bei der Sicherstellung bzw. bei der Frage, ob die Firma lieferfähig ist, weiter, denn dann ist der nächste Hersteller einzuschalten. Deshalb: Die Lieferfähigkeit ist nicht das große Problem. Und wenn es auftritt, kann man reagieren. Die Kassen haben in ihren neuen Verträgen auf diese Erfahrungen bereits reagiert. Insofern bitte ich Sie darüber nachzudenken. Mit der Vorgabe von zwei Herstellern decken sie bis auf die Grippe den gesamten Markt ab. Die Kasse kann aber keine exakten Mengen zusagen. Das wird dann extrem schwierig. Der Wegfall der Rabattverträge, die 50 Mio. Euro Einsparungen erbringen, würde die Ersparnisse sehr runterfahren. Ich glaube, man muss überlegen, ob man durch diese Regelung nicht die Profite der Pharmaindustrie grundlos unterstützt.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich habe eine erste Frage an den Deutschen Hebammenverband. Sie sehen in den beabsichtigten Regelungen eine kurzfristige Hilfestellung für die in der Geburtshilfe tätigen Hebammen. Welche Probleme müssen darüber hinaus noch gelöst werden? Und eine zweite Frage: Wie bewerten sie die Kopplung der Sicherstellungszuschlages an das Qualitätsnachweisverfahren? Und wie sehen Sie die von Herrn von Stackelberg geforderte verpflichtende Teilnahme aller,



Nur zur dienstlichen Verwendung

d. h. auch der freiberuflichen Hebammen, an diesem ergänzenden Qualitätsnachweis? Und eine Frage habe ich an Herrn Knieps, die die Problematik der Haftpflichtprämien betrifft. Werden diese nach Ihrer Meinung durch die jetzt eingeleiteten Sofortmaßnahmen gelöst? Ich frage das vor dem Hintergrund, dass es noch einen offenen Prüfauftrag zur Schaffung eines Haftungsfonds aus der Diskussion zum Patientenrechtgesetz gibt. Wie ist Ihre Meinung dazu?

SV Katharina Jeschke (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Ich möchte tatsächlich noch ein Wort zu den Äußerungen von Herrn von Stackelberg sagen. Das Wort Gelegenheitshebamme ist sehr despektierlich und ich denke, dass er sich zu gegebener Zeit dafür auch entschuldigen wird, denn die Geburtshilfe umfasst elf bis 15 Stunden Betreuungszeit im Rahmen einer insgesamt anderthalbjährigen Betreuung einer Frau, die Mutter wird. Die kurzfristige Lösung fängt die steigenden Kosten für die Hebamme auf. Was nicht behoben wird, ist die Ursache für die steigenden Kosten im Bereich der Haftpflichtversicherung. Wir sehen diese aber nicht durch mangelhafte Qualität oder steigende Fehler verursacht, sondern es liegt vielmehr an der Kalkulationsgrundlage, an der im Schadensfall bei Regressen notwendigen Leistung. Die Preistreiber sind unter anderem die Sozialversicherungsträger, die 30 Prozent der Summe mit ihren Regressforderungen ausmachen. Das hat natürlich aber noch andere Gründe: Die geschädigten Kinder werden heute deutlich älter – das freut uns sehr – und die Kosten müssen selbstverständlich ersetzt werden. Auch wenn die Kosten aufgefangen werden, ist die Kostensteigerung als solche nicht behoben. Insofern mahnen wir an, dass eine langfristige strukturelle Lösung gefunden wird. Es gibt verschiedene Modelle auf dem Markt. Das eine ist ein Exzedentenfonds, das andere wird Herr Knieps vorstellen. Das muss gründlich geprüft werden und braucht Zeit, das wissen wir. Wir mahnen trotzdem die Bundesregierung dringend an, eine langfristige Lösung zu finden. Sonst wird das Problem, dass es keine Versorgung mehr gibt, generell weiter bestehen. Die Koppelung an das Qualitätsmanagement halten wir nicht für zielführend. Hebammen nehmen aktuell – wir haben einen Erfassungsgrad von über 80 Prozent – freiwillig an QUAG teil. Wir sind mit dem GKV-Spitzenverband in Verhandlungen und selbstverständlich wird am Ende stehen, dass außerklinische Hebammen verpflichtend an QUAG

teilnehmen. Das weiß Herr von Stackelberg bestimmt. Da gibt es von unserer Seite überhaupt keine Einschränkungen und kein Problem. Wenn wir das verpflichtend machen, muss es aber auch verpflichtend vergütet werden.

SV Franz Knieps (BKK-Dachverband e. V.): Ich kann unmittelbar an meine Vorrednerin anschließen. Ich halte das Problem in der Tat damit nicht für gelöst. Ich halte das auch nicht für ein hebammenspezifisches Problem. Ich habe mit der früheren Gesundheitsministerin Reisen in die USA unternommen, wo uns die Krankenhäuser die Situation in den USA beschrieben haben. Und dann kam die Reaktion der Ministerin: Ja, was machen wir denn, wenn diese Entwicklung nach Deutschland schwappt. Eine Überlegung war, die Haftpflicht institutionell anders zu verankern. Und da fragt man sehr schnell, wo sind solche Fälle ähnlich – nicht gleich – geregelt. Das ist in der gesetzlichen Unfallversicherung der Fall. Und das hat uns dazu veranlasst zu fragen, ob nicht die Strukturprinzipien der gesetzlichen Unfallversicherung mit einem Schwerpunkt auf dem Gebiet von Prävention und Unfallverhütung, mit objektiven und subjektiven Gefahrenklassen, mit einer gesetzlichen Regelung für Entschädigungsansprüche unter dem Regelausschluss des Schmerzensgeldes, mit Verzahnung von Fehlermeldesystemen etc., nicht eine Lösungsvariante sein könnte, um die heutige privatrechtliche Haftpflicht abzulösen. Die Enthftung der Berufsgruppen und der Institutionen im Gesundheitswesen wäre meiner Ansicht nach der zentrale Vorteil einer solchen Lösung. Und Kompetenz ist vorhanden. Ich erinnere an die Berufsgenossenschaft für Gesundheit- und Wohlfahrtspflege in Hamburg, die viele dieser Einrichtungen in Sachen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit heute schon betreut.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich möchte kurz auf das Thema PEPP kommen und eine Frage an Frau Paternoga stellen. Wir begrüßen die Änderungsanträge auf Verlängerung der Optionsphase und denken, dass wir mit unserem Antrag auch einen Beitrag dazu geleistet haben. Worin sehen Sie die grundsätzliche Unzulänglichkeit und Kritikpunkte? Was müsste ein Entgeltsystem leisten, das den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen gerecht wird?

ESV Dagmar Paternoga: Die grundsätzliche Kritik



Nur zur dienstlichen Verwendung

am PEPP-System ist, dass es keine bessere Verzahnung von stationär und teilstationär leistet. Wir wollen nicht zurück zum alten System – um Gottes Willen, im Gegenteil. Wir müssen den Bedürfnissen der Patienten, die eine regionale, wohnortnahe Versorgung, die nicht nur den stationären Bereich beinhaltet, sondern vor allen Dingen auch diese anderen Komplexleistungen beinhaltet, gerecht werden. Es geht um Verbundkooperation, die in die sektorenübergreifende Behandlung übergeht. Das wäre der eigentliche Weg in die Zukunft. Für die Weiterentwicklung des PEPP wäre es wichtig – wir haben immerhin zwei Jahre gewonnen, in denen noch daran gearbeitet werden kann – dass zunächst eine Expertenkommission von Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen psychisch Kranker gegründet wird, die das Bundesministerium für Gesundheit und die Selbstverwaltungspartner berät. Wichtig wäre auch, dass die Psych-PV so lange erhalten bleibt, bis man Besseres gefunden hat. Diese muss, wie die Kollegin vorhin sagte, modernisiert werden, weil es heute ganz andere Leistungen gibt. Aber das darf keine Empfehlung sein, denn dann sehen wir die Gefahr, dass Personal abgebaut wird. Ich möchte auch kurz auf die im vorhandenen PEPP-System enthaltenen Fehlanreize, weniger kranke Menschen zu versorgen und die Versorgung der schwerstkranken Menschen den Pflichtversorgern zu überlassen, zu sprechen kommen. Ich hatte die Leitung von zwei Modellprojekten, bei denen es um Verbundkooperation und Arbeit in der integrierten Versorgung ging. Beide Projekte wurden, obwohl sie gute Ergebnisse vorweisen konnten, nach der Modellphase eingestellt. Ich höre auch von Kollegen, dass es immer wieder so läuft. Die Begleitforschung zu den Modellprojekten muss systematisiert werden um zu gucken, was für den individuellen Patienten, der eine individuelle Behandlung braucht und natürlich kein DIN-Patient ist, tatsächlich erforderlich ist. Man kann anhand der Diagnose nicht absehen, wie lange eine Erkrankung dauert oder wie sie verläuft. Deshalb halte ich es auch für gefährlich, von der Diagnose auszugehen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den DHV e. V. und an den GKV-Spitzenverband und sie betrifft den Sicherstellungszuschlag. Mich würde interessieren, mit welchen Regelungen man dem Dilemma begegnen könnte, dass dieser Sicherstellungszuschlag einerseits keine Fehlanreize setzen soll, zum Beispiel den, dass es sich lohnt weniger Geburten

zu betreuen, andererseits aber dennoch die Kosten der Hebammen mit wenigen Geburten für die Haftpflichtprämie ausgeglichen werden.

SVe **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Das ist ein gewisses Dilemma, das man immer hat, ein Schwellenproblem, wenn man die finanzielle Unterstützung in einem Bereich regelt. Nichtsdestotrotz stellt sich diese Frage bei Hebammen nicht. Denn Hebammen haben ein sehr hohes berufliches Ethos und einen hohen beruflichen Anspruch und keine Hebamme würde eine Geburtsbetreuung ablehnen oder nicht durchführen, um noch in den Sicherstellungszuschlagsbereich zu fallen. Hinzu kommt, dass Hebammen deutlich mehr Kosten haben als nur die Haftpflichtversicherung, die im Moment sehr ernst genommen wird, weil es dort große Steigerungsraten gibt. Trotzdem ist sie eine relative Marginalie und man wird auf jeden Fall Geburtshilfe leisten müssen, so viel man leisten kann und so viel es Nachfrage in dem Bereich, in dem man arbeitet, gibt. Ich halte den Sicherstellungszuschlag nicht für einen Anreiz, weniger zu arbeiten.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Der Sicherstellungszuschlag heißt Sicherstellungszuschlag, stellt aber die Versorgung nicht sicher, um das noch einmal ganz klar zu sagen. Die Versorgung für die Geburtshilfe wird heute über die vollstationäre Planung sichergestellt. Die Krankenhausplanung deckt 100 Prozent Geburten ab. Davon finden bekanntermaßen 2 Prozent nicht in Krankenhäusern und 0,5 Prozent außerhalb der Geburtshäuser statt. Wir halten es für wichtig, den Gesetzgeber dazu anzuhalten eine Mindestmenge festzulegen, denn sonst unterstützen Sie nicht Erfahrungen, sondern das, was ich gerade ein bisschen als Horrorgemälde dargestellt habe. Nach 50 Geburten in der Ausbildung braucht es nur eine Geburt pro Jahr und das wird unterstützt. Das ist noch nicht einmal Erfahrungsunterstützung. Wir wissen über die Zahlen, und hier sieht der Gesetzentwurf erfreulicherweise die Datenlieferung vor, überhaupt nicht Bescheid. Wir haben zurzeit bei der Konstruktion extreme Schwierigkeiten, weil wir als Spitzenverband nicht wissen, wie viele Geburten überhaupt außerhalb der Geburtshäuser und der stationären Einrichtungen durchgeführt werden. Wir müssten erst einmal die Erlaubnis erhalten, alle Kassendaten zusammenzuführen. Das sind ausschließlich die GKV-Daten, die PKV-Daten bleiben



Nur zur dienstlichen Verwendung

außen vor. Wir haben keine Zählstelle. Wir bitten Sie also dringend, sich darüber Gedanken zu machen, eine gesetzliche Mindestmenge festzuschreiben und einen Anhaltspunkt zu geben. Eine Geburt pro Monat finde ich nicht zu viel.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage geht wiederum an den DHV und zwar nochmals zum Sicherstellungszuschlag. Er soll unter anderem für Geburten durch Beleghebammen in einer Eins-zu-eins-Betreuung ohne Schichtdienst und nicht für freiberufliche Beleghebammen in Kliniken, die den Schichtdienst organisieren, gelten. Sie haben zu dieser Problematik bereits kurz Stellung genommen. Handelt es sich dabei auch um Hebammen mit geringen Geburtenzahlen und wie viele Hebammen sind davon betroffen? Wie könnten sie in die Regelung der Sicherstellung oder des Sicherstellungszuschlages mit einbezogen werden?

Sve **Katharina Jeschke** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Sie könnten mit einem einzigen klarstellenden Wort einbezogen werden, indem nicht mehr der Eins-zu-eins-Betreuungsbezug hergestellt wird, sondern generell der geburtshilfliche Bezug. Dann ist das völlig klar, dass alle mit einbezogen sind. Und da klar definiert ist, dass die Menge der Geburten und die Höhe der Haftpflichtkosten in die Berechnung einfließt, wird es immer Hebammen geben, die den Sicherstellungszuschlag nicht erhalten, da sie mehr Geburten haben als diese Bezugsgröße als Differenz aufweisen würde. Das sehe ich grundsätzlich nicht als Problem. Nichtsdestotrotz haben Frauen es verdient, dass ihnen die Besonderheit der außerklinischen Geburt erhalten bleibt, aber wir haben auch über 23 Prozent der Geburten in den Kliniken, die von freiberuflichen Hebammen betreut werden. Von einer Sicherstellung der Geburtshilfe kann in Deutschland nicht die Rede sein, wenn die freiberufliche Geburtshilfe der Beleghebammen im Schichtdienst und in der Eins-zu-eins-Betreuung aufgrund der Haftpflichtkosten nicht mehr bestehen kann.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine dritte Frage geht an Herrn Knieps vom BKK-Dachverband. Ich bitte um eine kurze Antwort, da ich noch eine kurze Frage an den Bund freiberuflicher Hebammen (BfHD) hätte. Herr Knieps Sie wollen die Berufshaftpflichtversiche-

rung für Gesundheitsberufe in die Unfallversicherung integrieren und wir haben vorgeschlagen die Regelungsprinzipien der Unfallversicherung auf eine Haftpflichtversicherung für Gesundheitsberufe zu übertragen. Welche Regelung halten Sie denn für zielführender und aus welchen Gründen?

SV **Franz Knieps** (BKK-Dachverband e. V.): Es geht beides. Für eine Verankerung bei der Unfallversicherung spricht, dass dort eine organisatorische Hülle, dass dort Erfahrung vorhanden ist und dass eine Verzahnung mit den Arbeitsplatzsicherheitsaktivitäten, Hygieneaktivitäten, etc. organisatorisch leicht zu machen ist.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Bund freiberuflicher Hebammen. Die Mitglieder des BfHD, also freiberufliche Hebammen, werden nicht vom Sicherstellungszuschlag profitieren, weil deren Gruppenversicherung 2015 ausläuft. Wie schätzen Sie denn den von Bundesminister Gröhe ins Spiel gebrachten Regressverzicht zur Lösung des Problems ein? Und wie schätzen Sie ein, dass die Versicherungsanbieter überhaupt keine Haftpflichtversicherung mehr anbieten wollen?

SV **Bernd Uhlmann** (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD)): Die Frage lässt sich im Augenblick nur ganz schwer beurteilen. In der Tat ist es so, dass ab Mitte 2015 keine im BfHD organisierte Hebamme mehr Geburtshilfe anbieten kann und der Sicherstellungszuschlag ins Leere läuft. Man muss jetzt einmal abwarten, welche weiteren ergänzenden und langfristigen Maßnahmen Bundesminister Gröhe plant, um den Gesamtkomplex Geburtshilfe in ruhigeres Fahrwasser zu bringen. Der Regressverzicht der Sozialversicherungsträger wäre sicherlich eine geeignete Maßnahme. Man schätzt, dass etwa ein Drittel aller Entschädigungsleistungen auf diesen Punkt entfallen. Diese Regelung muss erst im Gesetzblatt stehen. Bis sich dann Angebote der Versicherer angleichen, kann eine geraume Zeit ins Land gehen. Ob der Atem der Hebammen, die im BfHD organisiert sind, ausreicht, um so lange zu warten, vermag ich nicht zu sagen.

Der **Vorsitzende**, Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken und wünsche Ihnen noch einen schönen Abend.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Schluss der Sitzung: 17:41 Uhr