



Wortprotokoll der 49. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 7. September 2015, 11:00 Uhr
Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

BT-Drucksache 18/5372

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Finanzausschuss
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Verteidigungsausschuss
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

- b) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Dr. Dietmar Bartsch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss



**Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in
den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte
Personalbemessung gesetzlich regeln**

BT-Drucksache 18/5369

- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

**Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zu-
kunftsfest machen**

BT-Drucksache 18/5381

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita 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 Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin 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



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
 Montag, 7. September 2015, 11:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	_____
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	_____
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	_____
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	_____
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	_____
Kühne Dr., Roy	_____	Nüßlein Dr., Georg	_____
Leikert Dr., Katja	_____	Pantel, Sylvia	_____
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	_____
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	_____
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	_____
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	_____
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	_____
Schmelzle, Heiko		Stracke, Stephan	_____
Sorge, Tino		Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi	_____	Zimmer Dr., Matthias	_____

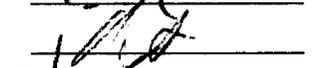
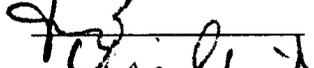
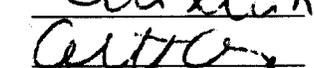
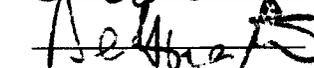
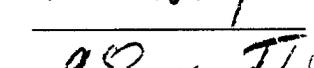
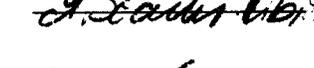
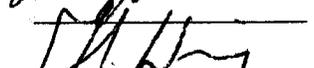
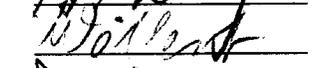
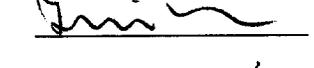
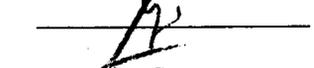
4a

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Montag, 7. September 2015, 11:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina		Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde		Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina		Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	Richter	J. Richter	Aug.
Bayern	Ehrlich	VELNICH	ORP/IN
Berlin			
Brandenburg	Weichbrodt	Weichbrodt	RL'in
Bremen			
Hamburg			
Hessen	KRÜGER	S-Krüger	REFL
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen	H. Liebetrau	H. Liebetrau	Soz R'in
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz	Neumann	Clemens	ORR
Saarland			
Sachsen	Piw	Piw	RR
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	LAUGE
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw.
 Dienststelle
 (bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-
 bezeichnung

BMG	Bayer-Helms	Bayer-Helms	Ref.
BMG	Ram	Ram	RL
BMG	Wilmik	Wilmik	Ref.
BMG	Peleens	Peleens	Ref.
BMG	GERLAFF	GERLAFF	Ref. Ref.
"	Orłowski	Orłowski	MD
"	Vieß	C. L. J.	MR
"	Assian	L. Assian	Ref.'s
RL	Chen-Wei	Chen-Wei	Ref.
BMG	A. Wickmann-Ganz	A. Wickmann-Ganz	Ref.
BMG	A. Gradowski	A. Gradowski	Ref.
BMF	J. Ehler	J. Ehler	Ref.
BMG	D. GERJAN	D. GERJAN	UAR
BMG	S. LUTERSTÄDT	S. LUTERSTÄDT	Ref. in
BMG	K. TERNICH	K. TERNICH	Ref.
BMG	A. Gradowski	A. Gradowski	CRR
BMG	Hilgermission	Hilgermission	MR
BMG	Falkner	Falkner	Ref. in



04.

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 7. September 2015, 11:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Be. Beal	SPD	
Roman Pfeiffer	"	
Regina Stosch	LINKE	
Nikola Amegret	SPD	
Udo Böhler	CDU/CSU	
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	
P. Barbara Neff	BSP/Grüne	
J. W. - [unclear]	SPD	
Stephan Witke	CDU/CSU	
Florian Schulte	Linke	

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu dem

Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)**

BT-Drucksache 18/5372

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern -
Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln**

BT-Drucksache 18/5369

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen

BT-Drucksache 18/5381

am Montag, dem 7. September 2015,

in der Zeit von 11:00 Uhr bis 13:30 Uhr,

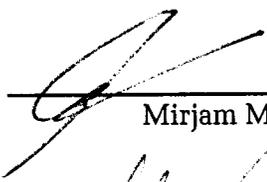
im Fraktionssitzungssaal der CDU/CSU-Fraktion 3 N 001, Reichstagsgebäude, Eingang:
Reichstagsgebäude West

Verbände

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

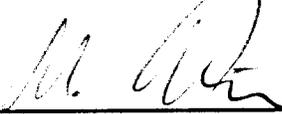
KEINE TEILNAHME

Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen ACHSE e.
V. c/o DRK-Kliniken Berlin Mitte



Mirjam Mann

AOK-Bundesverband

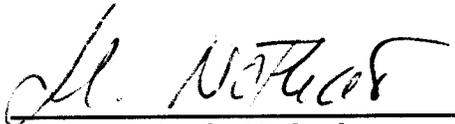


Martin Litsch

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)

KEINE TEILNAHME

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften e. V. (AWMF)



Dr. Monika Nothacker

Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser
(AKG)



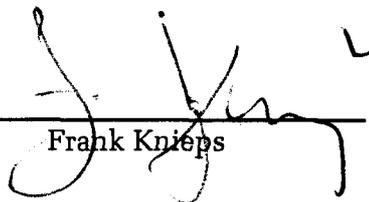
Helmut Schüttig

Berufsverband
der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)



Prof. Dr. Michael Radke

BKK Dachverband e. V.



Frank Knieps

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
und -Initiativen (BAGP)

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung und chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)



Dr. Martin Danner

Bundesärztekammer (BÄK)

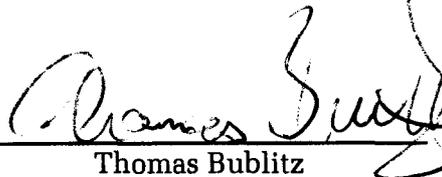


Markus Rudolphi

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

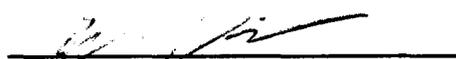
Dr. Dietrich Münz

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)



Thomas Bublitz

Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)



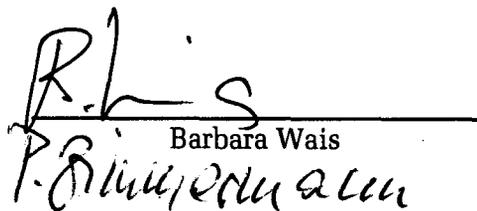
Olaf Winkler

Bundesvereinigung
der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)



Dr. Anne Scholz

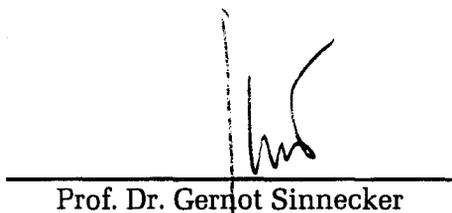
Dachverband anthroposophischer Medizin in
Deutschland e. V. (D.A.M.i.D)



Barbara Wais

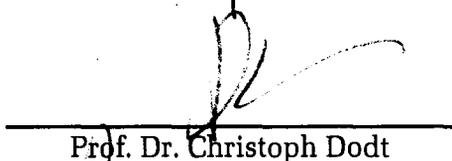
Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
e.V. (DGKJ)



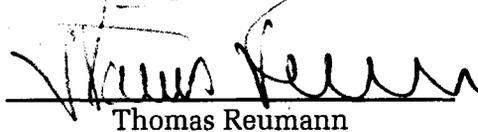
Prof. Dr. Gernot Sinnecker

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und
Akutmedizin e. V. (DGINA)



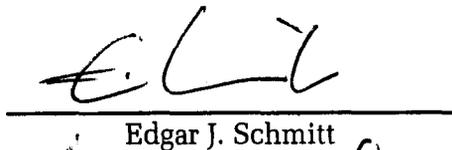
Prof. Dr. Christoph Dodt

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



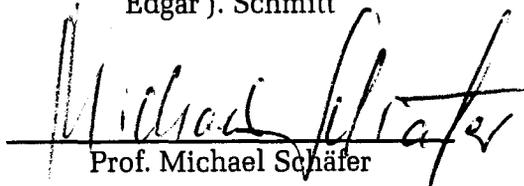
Thomas Reumann

Deutsche Praxisklinikgesellschaft e. V. (PKG)



Edgar J. Schmitt

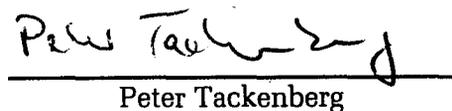
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)



Prof. Michael Schäfer

Deutscher Behindertenrat (DBR)
c/o Allgemeiner Behindertenverband
in Deutschland e. V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Bundesverband e. V. (DBfK)

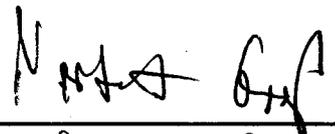


Peter Tackenberg

Deutscher Caritasverband e. V.


Elisabeth Fix

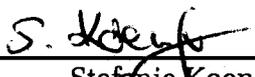
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.
(DEKV)


NORBERT GROSS

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)



Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
(DIHK)


Stefanie Koenig

Deutscher Landkreistag (DLT)


Jörg Freese

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Gesamtverband e. V. (DPWV)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

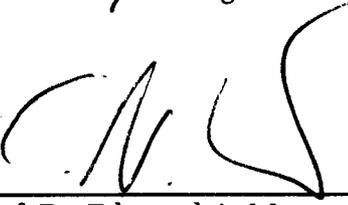

Andrea Lemke

Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB)

Deutscher Städtetag (DST)


Helmut Schüttig

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.
(DNVF)
c/o IMVR


Prof. Dr. Edmund A. M.
Neugebauer

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.
V.



Dr. Regina Klakow-Franck

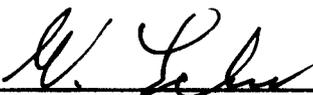
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und
Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD)



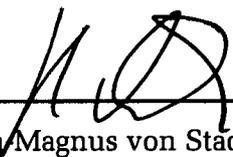
Dr. Nicola Lutterbüse

GKV-Spitzenverband



Dr. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband



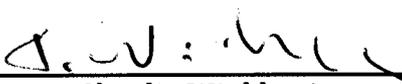
Johann Magnus von Stäckelberg

IKK e. V. - Gemeinsame Vertretung der
Innungskrankenkassen



Dr. Clemens Kuhne

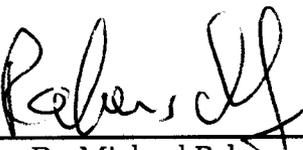
Initiative Qualitätsmedizin e. V. (IQM)



Dr. Claudia Winklmaier

Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
(InEK)



Dr. Michael Rabenschlag

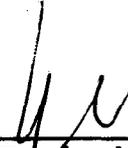
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen (IQTIG)



Dr. Christof Veit

Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V.
(IVKK)



Bernhard Ziegler

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Dr. Franziska Diel

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.
(KKVD)



Bernadette Rummelin

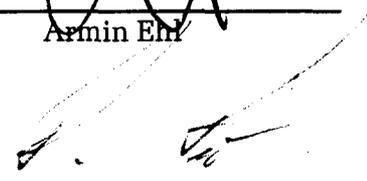
Malteser Hilfsdienst e. V.

Marburger Bund Bundesverband



Armin Ehrig

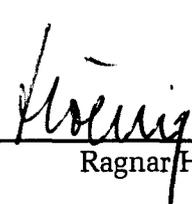
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e. V. (MDS)



Dr. Peter Pick

Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen
Erkrankungen (NAMSE)

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)



Ragnar Hoenig

Sozialverband VdK Deutschland e. V.



Achim Backendorf

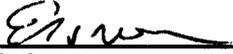
Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD
gemeinnützige GmbH

KEINE TEILNAHME

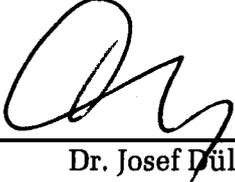
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft


Sylvia Bühler

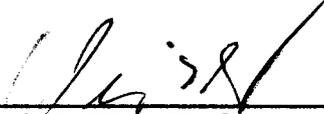
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)


Ulrike Elsner

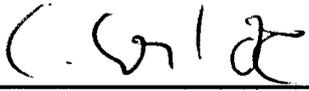
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.
V. (VKD)


Dr. Josef Düllings

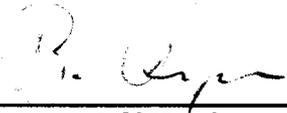
Verband der Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V. (VLK)


Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
(PKV)


Constantin Wilde

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.
(VUD)


Ralf Heyder

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)


Dr. Ilona Köster-Steinebach

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)

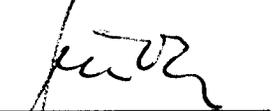

Dr. Peter Hoffmann

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände
(VKA)

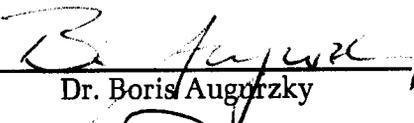

Dr. Thomas Jendges

Einzelverständige


Dr. Pia Wiateck


Prof. Dr. Michael Simon


Prof. Dr. Jonas Schreyögg


Dr. Boris Augorzy


Prof. Dr. Walter Popp

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)


Georg Baum



Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

BT-Drucksache 18/5372

b) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Dr. Dietmar Bartsch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalmessung gesetzlich regeln

BT-Drucksache 18/5369

c) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen

BT-Drucksache 18/5381

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Ich darf Sie herzlich zur 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit im Fraktionssaal der CDU/CSU begrüßen. Wir haben eine öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die, wie Sie sehen können, auf viel Interesse stößt. Zu meiner Linken begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz, die Vertreter der Bundesregierung und Sie alle, die Sachverständigen, die Vertreter der Medien und vor allen Dingen auch Sie, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. In dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD "Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung" auf BT-Drucksache 18/5372, ein Gesetz, das nicht nur in der Fachöffentlichkeit im Sommer intensiv diskutiert worden ist. Jeder Abgeordnete, der in der Sommerpause ein Krankenhaus betreten hat, kann sicherlich bestätigen, dass über die Zukunft der Krankenhäuser diskutiert wird. Wir haben ferner

einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern – Bedarfsgerechte Personalmessung“ auf BT-Drucksache 18/5369 sowie einen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen“ auf BT-Drucksache 18/5381. Ich möchte kurz einige Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen heute zweieinhalb Stunden für Fragen und Antworten zur Verfügung. Die Gesamtzeit wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt. Dabei hat die Fraktion der CDU/CSU neun Minuten und die Fraktion der SPD sieben Minuten ihrer jeweiligen Gesamtfragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Wir werden die Experten in zwei Runden befragen. Deshalb ergeben sich in der ersten Fragerunde folgende Fragezeiten: CDU/CSU 37 Minuten, SPD 23 Minuten und die Fraktionen DIE LINKE. sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 23 Minuten. In der zweiten Runde fragen nur noch die Fraktion der CDU/CSU 28 Minuten und die Fraktion der SPD 16 Minuten lang. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Frage nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich auch mit ihrem Namen und Verband vorzustellen, weil unsere Anhörung digital aufgezeichnet wird. Die Antworten sollten möglichst kurz gehalten sein, damit wir in der zur Verfügung stehenden Zeit viele Fragen stellen und auch beantworten können. Und ich bitte Sie wie immer, die Mobiltelefone auszuschalten. Es gibt im Anschluss ein Wortprotokoll, das auf der Homepage veröffentlicht wird.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen, Herrn Dr. Augurzky, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Halten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf grundsätzlich für geeignet, die Rahmenbedingungen für die notwendigen Strukturveränderungen zu schaffen, mit Blick vor allen Dingen auf die Aspekte der finanziellen Situation, der Erreichbarkeit, der Kapazitäten und auch der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich?

ESV **Dr. Boris Augurzky**: Zur Lage der Krankenhäuser allgemein: Sie ist tatsächlich aktuell schlechter als in den vergangenen Jahren und inso-



fern besteht durchaus Handlungsbedarf. Das Krankenhausstrukturgesetz geht meines Erachtens in einigen wichtigen Punkten darauf ein, indem es Rahmenbedingungen schafft, so dass wir damit zum Teil umgehen können. Zum einen befinden wir uns im Spannungsfeld Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit. Wir werden in den zwanziger Jahren definitiv damit umgehen müssen, dass wir die Ressourcen verstärkt effizient einsetzen müssen. Also ist die Frage, wo kann ich bei den drei Punkten, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit ansetzen?

Die Erreichbarkeit ist das erste. Wir haben im Moment eine ganz hervorragende Erreichbarkeit. 99 Prozent der Bevölkerung erreicht innerhalb von 30 Minuten einen Grundversorger. Da können wir ansetzen und das tut das Gesetz über Strukturveränderungen, die es anstrebt. Der Strukturfonds ist ein weiteres Thema. Die Qualität steht ebenfalls im Fokus. Wenn man alles zusammenrechnet, die zusätzlichen Ausgaben für Krankenhäuser, aber auch den Entzug verschiedener Ressourcen, dann wird das Krankenhausstrukturgesetz im Vergleich zum erwarteten Status quo in den nächsten fünf Jahren eine leichte Verbesserung bringen. Nichtsdestoweniger wird sich die Lage der Krankenhäuser bis 2020 vermutlich weiter verschlechtern. Es ist also eine milde Verbesserung, wenn man es rein finanziell betrachtet.

SV Johann Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich schätzen wir dieses Gesetz so ein, dass es in einigen Punkten wesentliche Neuerungen bringt, die wir sehr begrüßen, andere Fragen aber ungelöst lässt. Positiv ist auf jeden Fall die angestrebte Qualitätsorientierung. Endlich soll Qualität auch Konsequenzen haben. Das begrüßen wir sehr. Wir warnen allerdings davor, dass es bei Absichtserklärungen bleibt und hoffen auf eine schnellere Umsetzung als im Gesetz teilweise vorgesehen. Positiv ist auch, dass Sie als Gesetzgeber erkannt haben, dass es Handlungsbedarf in punkto Kapazitäten gibt. Einen Strukturfonds einzurichten halten wir für eine vernünftige Lösung, um einen Umstrukturierungsprozess voranzubringen.

Es erstaunt, dass die Investitionsfinanzierung der Länder ungelöst bleibt. Es erstaunt umso mehr,

wenn man sieht, wer alles an diesem Gesetzentwurf mitgewirkt hat. Das ist sehr betrüblich, weil die nicht ausreichende Investitionsfinanzierung der Länder direkt auf die Frage umschlägt, wie es mit den Betreiberkosten steht. Auch bei den Betreiberkosten hätte ich erwartet, dass endlich eine Entscheidung zwischen Landes- und Bundesbasisfallwert getroffen wird, aber auch das geschieht hier nicht. Schade, eine Gelegenheit ist verpasst. Aus unserer Sicht ist die Ausgabenbelastung der Krankenkassen erheblich und durchaus beitragsatzrelevant. Im ersten Jahr rechnen wir mit Mehrkosten von 800 Millionen Euro, in dem Zeitraum von 2016 bis 2018 mit 4,1 Milliarden Euro. Das ist umso bemerkenswerter, als dass im letzten Zehnjahreszeitraum von 2004 bis 2014 zusätzlich 21 Milliarden Euro an die Kliniken geflossen sind. Das ist eine Steigerungsrate um 44 Prozent in zehn Jahren. Da hätten wir uns ein bisschen mehr Augenmaß gewünscht und erwartet.

SV Thomas Reumann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Diese Krankenhausreform, so wie sie jetzt vorliegt, hat zunächst einmal positive Leitgedanken. Aus unserer Sicht wird anerkannt, dass die Krankenhäuser mehr gutes und motiviertes Personal benötigen. Personalförderprogramm sei als Stichwort genannt. Es wird gesehen, dass die medizinische Versorgung Daseinsvorsorge ist und deshalb nicht nur eine rein ökonomisch gesteuerte Kapazitätsentwicklung richtig sein kann. Der Sicherstellungszuschlag sei als Beispiel genannt. Es wird auch anerkannt, dass steigende Qualitätsanforderungen mit erforderlichen Ressourcen hinterlegt werden müssen und es wird angegangen, dass die Finanzierung der laufenden Kosten von Degressions- und Kollektivhaftungseffekten befreit werden muss.

Mit Blick auf die Mitarbeiter werben wir trotzdem dringend dafür, dass es Fortschreibungen und Änderungen gibt. Wir haben hohe Belastungen der Mitarbeiter und Personalengpässe. Wir haben aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und aktuell, darf ich auch hinzufügen, der Flüchtlingsproblematik einen steigenden Behandlungsbedarf. Wenn wir den Blick auf die Finanzen richten, gebe ich den Hinweis, dass sich die Personalkosten in den Jahren 2006 bis 2015 um 25 Prozent entwickelt haben, die Erlöse aber nur um 16 Prozent gestiegen sind. Wenn man



das in absolute Beträge umrechnet, haben wir ein Delta von fünf Milliarden Euro. Wenn man einen Blick auf die Ausgaben der Krankenkassen wirft, stellen wir fest, dass die Ausgaben der Krankenhäuser an den Gesamtausgaben der Kassen seit zehn Jahren stabil geblieben sind und dies, obwohl die Anzahl der Patienten von 16 Millionen auf 19 Millionen und der Personalkostenanteil in diesem Zeitraum deutlich gestiegen sind. Deshalb werben wir sehr dafür, mein Vorredner hat es angesprochen, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen müssen. Diese Investitionsmisere muss jetzt angegangen werden. Wir werben sehr dafür, dass die Finanzierung verbessert wird. Ansonsten wird es nicht gelingen, dass wir mehr Qualität und mehr Versorgung am Bett mit weniger Geld erreichen. Deshalb brauchen wir die Mittel aus dem Versorgungszuschlag. Diese müssen in den Landesbasisfallwert übertragen werden. Wir brauchen einen vollständigen Wegfall der Mengendegression, keine weiteren Absenkungstatbestände und einen fairen und leistungsorientierten Mehrleistungsabschlag.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zum Thema Betriebskostenfinanzierung. Meine Fragen richten sich an den GKV-Spitzenverband und Herrn Dr. Augurzky als Einzelsachverständigen. Wir haben die Mengenverlagerung von der Landes- auf die Hausebene. Wie bewerten Sie die Chancen, dass durch die ausschließlich verursacherbezogene Berücksichtigung von Mehrleistungen auf der Hausebene die Dynamik zu zusätzlichen Leistungen besser gebremst wird, als dies heute der Fall ist? Wie beurteilen Sie die Abschaffung des Versorgungszuschlages im Verbund mit den bisherigen Mehrleistungsabschlägen? Wie beurteilen Sie die vorgesehene gesetzliche Mindestabschlagsdauer des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) von fünf Jahren im Hinblick auf die Sachgerechtigkeit? Wie bewerten Sie den Vorschlag, den Vertragspartnern auf Ortsebene bei Dauer und Höhe der Fixkostendegressionsabschläge die Option zu eröffnen, niedrigere oder kürzere Abschläge zu vereinbaren?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Das führt sehr in technische Details, mit denen wir zum Teil unsere Schwierigkeiten haben. Nicht mit den technischen Details, sondern mit der Grund-

ausrichtung, die ganze Vergütung auf die Hausebene zu verlagern. Wir haben das DRG-System eingeführt, weil wir das Prinzip gleicher Preis für gleiche Leistung wollten. Dieses wird zunehmend verlassen, wenn wir die Verhandlungen künftig maßgeblich auf der Hausebene führen und allgemeine Produktivitätsentwicklungen nicht mehr auf der Landesebene berücksichtigt werden.

Der Mehrleistungsabschlag ist im Zusammenhang mit dem Versorgungszuschlag eingeführt worden. Beides ist als Einheit zu sehen. Wenn man das eine abschafft, muss man auch das andere abschaffen. Dieses funktioniert nur dann, wenn der Mehrleistungsabschlag in den nächsten beiden Jahren weiter zur Finanzierung des Versorgungszuschlages genutzt wird. Wir befürchten, dass es zu einer erneuten Divergenz zwischen der Haus- und der Landesebene kommt und wir mit demselben Thema in zwei, drei Jahren wieder beieinander sitzen.

Der Fixkostendegressionsabschlag ist im Prinzip ein richtiger Ansatz, um Mengen zu beschränken. Wenn er wirken soll, und das ist das Entscheidende, sollte er möglichst wenige Ausnahmen zulassen. Fast alle Ausnahmen, die im Gesetzentwurf genannt sind, schaffen Rechtsunsicherheit auf der Verhandlungsebene.

ESV **Dr. Boris Augurzky**: Fangen wir mit dem Thema Verlagerung der Mengensteuerung an. Ein hoher Fixkostendegressionsabschlag wird sehr wahrscheinlich die Mengenentwicklung bremsen. Die Frage ist, ob das so gewollt ist. Wir haben hier eine Inkonsistenz. Einerseits soll der Qualitätswettbewerb durch verschiedene Maßnahmen, die anderweitig auch genannt werden, stark gefördert werden. Gleichzeitig wird ein Krankenhaus, das Qualitätsführerschaft anstrebt – das Ziel ist es, dadurch mehr Patienten zu gewinnen –, über einen hohen FDA ausgebremst. Sowohl die guten als auch die schlechten Mengen sind in einem Topf und da müssen wir aufpassen, wie man das austariert. Null Prozent als Abschlag muss nicht sein, aber ob er sehr hoch sein muss, darüber sollte man nochmal nachdenken. Die Abschaffung des Versorgungszuschlages im Verbund mit der Abschaffung der bisherigen Mehrleistungsabschläge ist ein Paket, das zusammen eingeführt worden ist und auch gemeinsam ausläuft. An die Stelle des Mehrleistungsabschlages tritt dann dieser FDA. Da müsste



man noch einmal nachdenken, auch in Form einer gewissen Simulation, ob die Höhe, die im Moment geplant ist, nicht über das Ziel hinausschießt. Die Frage, welche Dauer man ansetzt, ist schwierig, denn wenn ich die Verlagerung von der Landes- auf die Hausebene mache, habe ich auf der Landes-ebene einen ewig laufenden Abschlag gehabt, der jetzt nur noch auf fünf Jahre läuft. Er sollte auch nicht zu scharf ausfallen, weil wir diesen Qualitäts-wettbewerb auch lokal attraktiv machen wollen. Wenn man später einmal nachdenkt, den Versor-gungszuschlag anderweitig zu verwenden, ist das bei einem milderen FDA gut angelegt.

Die letzte Frage war, ob die Vertragspartner vor Ort stärker verhandeln und von der Höhe und Länge des FDA abweichen können. Ich würde sagen, je dezentraler zwischen Anbieter und Nachfrager ver-handelt werden kann, desto befriedigender sind die Ergebnisse für die Parteien vor Ort. Insofern befür-worte ich die Öffnung der Verhandlungsmöglich-keiten, um die Gegebenheiten vor Ort besser abbil-den zu können.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Thema Qualität an die Deutsche Kran-kenhausgesellschaft, an das IQTIG und an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Rege-lung, dass für Leistung, die in außerordentlich guter Qualität erbracht wird, Zuschläge erbracht wer-den bzw. dass Qualitätsabschläge erhoben werden für Leistungen, die in unzureichender Qualität er-bracht werden? Bitte gehen Sie in Ihrer Antwort da-rauf ein, wie sich momentan die Qualität bzw. Qua-litätsmessung in der stationären Versorgung dar-stellt. Wir hätten von Ihnen auch gerne eine Bewer-tung der neuen Instrumente.

SV **Thomas Reumann** (Deutsche Krankenhausge-sellschaft (DKG)): Wir kommen, was die Qualitäts-sicherung angeht, von einer Vielzahl von externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das heißt, wir haben, was die Qualitätssicherung an-geht, in der stationären Versorgung ein hohes Ni-veau erreicht. Wir unterstützen gleichwohl, dass diese Krankenhausreform sich auf die Fahne ge-schrieben hat, das Thema Qualität weiter voranzu-bringen und nach Wegen zu suchen, wie die Quali-tät in den Krankenhäusern weiter verbessert wer-den kann. Wir unterstützen, dass die Qualitätsindi-katoren weiterentwickelt werden sollen und die

Qualitätskriterien auch in die Krankenhausplanung einbezogen werden.

Dem Thema Mindestmengenregelung werden wir uns sicher nicht verwehren. Das Thema Transpa-renz im Hinblick auf die Qualitätsberichte für die Patientinnen und Patienten kann verbessert wer-den. Die Qualitätsabschläge lehnen wir ab. Wir ha-ben Erfahrungen in anderen Ländern, in denen diese Qualitätsabschläge bereits seit vielen Jahren angewandt werden. Wir stellen fest, dass diese dort zu Verwerfungen geführt haben. Wir sind der Mei-nung, dass dies zu einem Übermaß an Bürokratie führen wird, dass Millionen von Datensätzen erho-ben werden müssen. Am Ende des Tages ist der Nutzen, der sich daraus ergibt, sicherlich sehr ge-ring. Es ist für uns keine Frage, dass ein Krank-enhaus, das dauerhaft schlechte Qualität abliefern, aus der Krankenhausversorgung ausgeschlossen wer-den muss. Diesem Kriterium stellen wir uns. Wir sind aber der Meinung, dass wir auch die Legitima-tion haben, uns gegen Qualitätsabschläge zu wen-den.

SV **Dr. Christof Veit** (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)): Es gibt in letzter Zeit sehr viele Publikationen, die zeigen, dass im Ausland flächendeckende Verfah-ren der leistungsorientierten Vergütung keine Er-folge haben, bzw. nicht die, die man sich verspro-chen hat. Wenn man sich die Studien anschaut, dann erkennt man relativ schnell, woran es liegt. Immer dann, wenn sie sehr unspezifisch auf eine große Fläche von medizinischen Versorgungsberei-chen angewandt werden, sind die Erfolge gering, während in kleineren Projekten, in denen das In-strumentarium der qualitätsorientierten Vergütung sehr spezifisch angewandt wird, sehr gute Ergeb-nisse vorzuweisen sind. Insofern gilt es, sich sehr klug zu überlegen, bei welchen Versorgungssituati-onen wir das Instrumentarium Pay for Performance einsetzen wollen und in welcher Form.

Wir haben in der Bundesrepublik, das können Sie im Qualitätsreport sehen, in den dort gemessenen Leistungsbereichen, eine gute bis sehr gute Versor-gungsqualität. Dennoch haben die Bundesfachgrup-pen für sechs Leistungsbereiche konstatiert, dass es flächendeckend Aufholbedarf gibt. Ein Beispiel sind die fehlenden Pädiater bei Frühgeburten. Dies



ist darauf zurückzuführen, dass einige Krankenhäuser die Mütter mit Problemschwangerschaften nicht rechtzeitig an ein kompetenteres Zentrum überweisen und diese Kinder damit einer Gefahr aussetzen, die nicht sein müsste. Grund ist der bestehende finanzielle Anreiz die Frühgeborenen intensivmedizinisch versorgen zu wollen. Der Qualitätsreport zeigt auch, dass es Einrichtungen gibt, die nur sehr wenige Fälle dieser Art der Neugeborenenversorgung haben. Man könnte den finanziellen Anreiz aussetzen, d. h. es kommt zu Abschlägen, wenn Risikoschwangerschaften nicht verlegt werden und keine Regionalisierung durchgeführt wird. Auf der anderen Seite bietet das Instrumentarium auch die Möglichkeit, Versorgungsbereiche, in denen mit mehr Ressourceneinsatz tatsächlich bessere Qualität erbracht werden kann, zum Beispiel bei der Patientensicherheit oder der Frührehabilitation, zu unterstützen. Wenn Sie die Verträge nach § 110 SGB V betrachten, wo versucht werden soll, durch besseren Ressourceneinsatz ein besseres Versorgungsniveau zu erreichen, wäre der Ansatz, das über eine leistungsorientierte Vergütung in die Routine zu überführen, damit das Geld dort hinkommt, wo mit den Ressourcen auch wirklich bessere Qualität nachgewiesen wird. Bei einem sehr spezifischen, sorgfältigen Einsatz der Instrumente kann das sehr positive Effekte haben.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV): Die Qualitätssicherung ist eine der wesentlichen Weichenstellungen dieses Gesetzes. Das gilt für die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), für Mindestmengen und für das Prinzip, dass gute Qualität besser finanziert wird als schlechte. Schlechte Leistungen werden zwar durch Abschläge nicht besser, aber sie werden seltener und tragen damit zu einer verbesserten Qualität bei. Wir haben Schwierigkeiten damit, dass unzureichende Leistungen mit Abschlägen versehen werden sollen. Unzureichende Leistungen sollten nicht von der GKV finanziert werden und die Krankenhäuser sollten vom Netz. Man kann sich vorstellen, dass mindere Qualität, ähnlich wie bei der Mietminderung, mit Abschlägen versehen wird, und dieses Geld dann nicht den Krankenkassen zugutekommt, sondern wieder in sehr gute Qualität investiert wird. Wir als Krankenkassen wollen nicht an schlechter Qualität verdienen.

Abg. Reiner Meier (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an den GKV-Spitzenverband und an den AOK-Bundesverband. Wie beurteilen Sie die Wirkung der vom Bundesrat geforderten Streichung des vorgesehenen Satzes zur Präzisierung des Verhandlungstatbestandes Wirtschaftlichkeitsreserven? Das heißt, die Streichung von Produktivitätsentwicklung, Ergebnissen von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zur Leistungsverlagerung, zum Beispiel in den ambulanten Bereich?

SV Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Generell sind wir der Auffassung, dass es unbedingt notwendig ist, dass die Versicherten der GKV von der allgemeinen Produktivitätssteigerung profitieren. Dieser Dreiklang ist kein neuer, sondern ein präzisierender Tatbestand. Die Präzisierung in Produktivität, Fehlbelegung und Verlagerungspotenzial sollte unbedingt erhalten bleiben. Eine faire Preisbildung bedeutet, nicht nur preiserhöhende, sondern auch preissenkende Diskussionspunkte in der Bestimmung des fairen Preises zuzulassen. Deswegen bitten wir, die Präzisierung im Gesetz bestehen zu lassen.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Das Bedauern, dass diese Präzisierung wegfallen soll, ist bei uns genauso ausgeprägt wie beim Spitzenverband. Der Gesetzentwurf verpflichtet die Vertragsparteien bei den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert die Produktivität, ambulantes Potenzial und Fehlbelegungsprüfungen zu berücksichtigen. Die Effizienzgewinne, die damit möglich sind, müssen wir auch den Versicherten, den Beitragszahlern, im Übrigen auch den Arbeitgebern, letztendlich wieder zuführen. Der Vorschlag des Bundesrates schwächt die Verhandlungsposition erheblich, weil damit der Verhandlungsgegenstand sehr geschmälert wird. Deswegen bedauern wir den Wegfall dieser Präzisierung.

Abg. Heiko Schmelzle (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und den Sachverständigen, Professor Schreyögg. Wie beurteilen Sie, dass Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung künftig eine größere Bedeutung haben sollen?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Die Qualitätsorientierung ist eine der wesentlichen



Weichenstellungen des Gesetzes. Ob diese Qualitätsorientierung sich allerdings in den dezentralen Entscheidungen der Bundesländer niederschlägt, bleibt abzuwarten. Wichtig ist, dass der G-BA einheitliche Richtlinien erlässt. Wir kommen damit weg von der Landesplanung hin zu einer allgemeinen Marktregulierung. Dieses scheint uns im Grundsatz der richtige Weg. Qualität sollte darüber entscheiden, wer in den Markt und wer aus dem Markt kommt. Das ist der richtige Weg.

SV Dr. Christof Veit (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)): Auch wir begrüßen, dass Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung eine große Rolle spielen sollen. Natürlich muss vor Ort entschieden werden, ob eine Abteilung tatsächlich aus einer Region herausgenommen werden kann. Für die Qualitätssicherung heißt das, dass wir künftig sehr stark von dem prospektiven Risiko, dass Patienten zu Schaden kommen, ausgehen müssen. Bisher haben wir dokumentiert, was jemand gemacht hat. Künftig wird man die historischen Daten über Instrumente berechnen und da wird ein Jahr nicht ausreichen, um einzuschätzen, wie hoch das Risiko für Patienten ist, keine ausreichende Versorgung zu erhalten. Das sind neue praktikable Instrumente, die wir der Landesebene im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Hand geben wollen.

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Ich halte diesen Teil des Gesetzes für den größten Fortschritt. Bisher war es so, dass wir nur die selbstberichteten Daten aus den Qualitätsberichten hatten. Die Qualität dieser Daten ist sehr variabel und für einen Qualitätswettbewerb und für eine Steuerung nicht so ohne Weiteres geeignet. Deswegen halte ich es für sehr zukunftsweisend, mit Routinedaten vor allen Dingen an die Qualitätssicherung heranzugehen. Diese Kombination von Zu- und Abschlägen und eine Verbesserung des Public Reporting, also der Veröffentlichung von Daten, ist im Sinne der Patienten. Wir wissen aus der internationalen Literatur, dass diese Kombination bei den Zu- und Abschlägen sehr effektiv sein kann. Ich halte die Abschläge aber ebenfalls für problematisch. Man könnte das relativ einfach lösen, indem man zum Beispiel für Krankenhäuser einen Vorabzug definiert. Das wird international auch praktiziert, zum Beispiel in den USA mit ObamaCare. Man definiert einen Vorab-

zug für die Krankenhäuser und die Guten bekommen zusätzlich etwas ausgeschüttet. Das heißt, wenn man sich dies praktisch am Beispiel eines Knie-TEP (totale Endoprothese des Kniegelenks) aus den QSR (Qualitätssicherung und Routine)-Daten veranschaulicht, könnte man für die Besten 20 Prozent Aufschlag geben. Die Besten machen bei der Knie-TEP derzeit ungefähr 20 Prozent aus. Dann hätte man einen Zuschlag von knapp 1.000 Euro, also 900 Euro und der Rest der Krankenhäuser würde einen Vorabzug von ca. 500 Euro erhalten. Dieses System wäre relativ einfach umzusetzen und würde die Problematik, die gerade von verschiedenen Verbänden angesprochen wurde und auch Konflikte bei der Umsetzung in der Selbstverwaltung vermeiden.

Abg. Tino Sorge (CDU/CSU): Ich habe Fragen zu den Mindestmengenregelungen, und zwar an den G-BA, den GKV-Spitzenverband und die DKG. Sind die im Entwurf vorgenommenen Konkretisierungen Ihrer Ansicht nach geeignet, um in Zukunft die Mindestmengenregelung rechtssicher umsetzen zu können? Wie sehen Sie zukünftig den Stellenwert der Mindestmengenregelung in der Qualitätssicherung?

SVe Dr. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Bei komplexen Leistungen halten wir Mindestmengen für ein geeignetes Instrument, um für mehr Patientensicherheit und Versorgungsqualität vorzusorgen. Bei der Ausgestaltung der Neuregelungen finde ich es hilfreich, dass der Passus „in besonderem Maße“ gestrichen wurde. Ich denke, das ist Ergebnis der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die festgestellt und uns für die Zukunft an die Hand gegeben hat, dass wir bei der Festlegung von Mindestmengen nicht mehr zwingend einen Kausalzusammenhang zwischen Menge und Qualität nachweisen müssen, sondern dass wir nach wissenschaftlichen Kriterien von einem wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ausgehen können. Die Streichung von „in besonderem Maße“ ist meines Erachtens zielführend. Allerdings sieht die Neuregelung auch vor, dass der G-BA einen Ausnahmetatbestand für Krankenhäuser schaffen soll, die nachgewiesen hohe Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge liefern. Diese Zusatzregelung halte ich aus zwei Gründen für problematisch. Das Bundessozialgericht hat gesagt, dass Mindestmengen



nur dann zum Einsatz kommen sollten, wenn alle anderen weniger eingreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgeschöpft sind und wenn ich eine hohe Qualität auch bei kleinen Fallzahlen nachweisen kann. Dann brauche ich eigentlich keine Mindestmengen mehr.

Der zweite Grund, warum ich diese Zusatzregelung kritisch sehe, ist, dass man hohe, aber auch schlechte Qualität bei zu kleinen Fallzahlen nach wissenschaftlichen Kriterien nicht nachweisen kann. Beides ist jeweils ein Zufallsergebnis. Deswegen würde ich darum bitten, dass Sie diese Zusatzregelung wieder streichen, weil diese schlussendlich nicht zu einer rechtssicheren Einführung von Mindestmengen beitragen wird.

SV Johann - Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Klakow-Franck weitgehend anschließen. Der Stellenwert der Mindestmengenregelung ist hoch. Übung macht den Meister gilt auch in der Medizin. Insofern ist es hochvernünftig, das Geschick des Arztes hier widerzuspiegeln. Es ist sinnvoll die Worte „in besonderem Maße“ zu streichen und wir bitten Sie genauso wie Frau Dr. Klakow-Franck, den Satz oder den Verweis zu streichen, dass eine nachgewiesene hohe Qualität unterhalb der Mindestmenge als Ausnahmetatbestand gelten soll. Ausnahmetatbestände machen die Sache immer weniger rechtssicher und statistisch lässt sich das niemals signifikant beweisen. Wenn fünf Prozent bei einer Leistungserbringung, die bei Tausend liegt, akzeptiert werden, wissen Sie genau, wie fünf Prozent zu bestimmen sind. Wenn die Leistungsmenge nur bei Hundert liegt, haben Sie schon größere Schwierigkeiten und Sie können die Zahl entsprechend heruntersetzen. Dann wissen Sie einfach nicht, ob ein Ausfall in diese fünf Prozent läuft, wenn Sie nur fünf Leistungen in dieser Leistung erbringen, oder ob das Krankenhaus zukünftig generell Probleme mit der Qualität hat. Insofern bitten wir Sie, diesen Ausnahmetatbestand zu streichen. Es macht die ganze Sache rechtssicher.

SV Thomas Reumann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Sinn der Mindestmengenregelung ist das Thema Qualität. Es ist nicht einzusehen, dass Krankenhäuser, die nach externer Qualitätssicherung Qualität sichern und gewährleisten,

ausnahmsweise nicht ebenfalls diese Leistungen erbringen können. Deshalb bitten wir, diese Ausnahmeregelung ausdrücklich zu belassen. Im Übrigen wird die rechtliche Grundlage jetzt eindeutiger formuliert.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Bei mir geht es um die ambulante Notfallversorgung. Wir diskutieren zum einen eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur und zum anderen im Hinblick auf die Vergütung, ob diese Leistung angemessen ist. Wir wollen jetzt im ersten Schritt den Investitionskostenanschlag auf fünf Prozent senken. Wie stellt sich die aktuelle Versorgungssituation bei der ambulanten Notfallversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhäuser dar? Welche weiteren Schritte halten Sie für notwendig, um die ambulante Notfallversorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen? Das möchte ich bitte von der DKG, vom GKV-Spitzenverband und auch von der KBV wissen.

SV Thomas Reumann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir stellen fest, dass die flächendeckende ambulante Notfallversorgung ohne die Krankenhäuser nicht mehr sichergestellt wäre. Über die Hälfte der ambulanten Notfälle wird bereits in den Krankenhäusern versorgt. Demgegenüber stellen wir fest, dass sich dieses Leistungsgeschehen nicht in der Vergütung abbildet. Wir haben durch ein Gutachten nachgewiesen, dass wir eine Deckungslücke von einer Milliarde Euro haben, die die Krankenhäuser nicht erstattet bekommen. Hier muss etwas geschehen. Es wäre das Beste, einen zweiseitigen Vertrag zwischen der DKG und den Kassen über das Leistungsgeschehen und eine entsprechende auskömmliche Vergütung abzuschließen. Wir sehen, dass diese Situation sich eher noch zuspitzen wird. Ich kenne die Zahlen aus Baden-Württemberg. Dort ist die Zahl der Patienten in der ambulanten Notfallversorgung betrifft, im vergangenen Jahr deutlich auf über fünf Prozent gestiegen. Deshalb muss hier dringend etwas geschehen. Die Minderung des Investitionskostenanschlages reicht definitiv nicht aus.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Die Notfallversorgung ist ein schwieriges Thema, das wahrscheinlich im Rahmen dieser Reform nicht abschließend gelöst wird. Notfallversorgung ist derzeit noch Teil des Sicherstellungsauftrages



der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Wir beobachten aber, dass die Krankenhausambulanzen zunehmend eine Rolle übernehmen. Das muss auf Dauer zu einem gemeinsamen Ordnungsrahmen für Praxen und Ambulanzen führen. Das ist ein großes Unterfangen, das wir im Rahmen dieser Gesetzgebung voraussichtlich nicht hinbekommen. Es gibt Anzeichen für eine Unterbewertung bestimmter ambulanter Notfälle. Wenn Sie aber die Krankenhäuser fragen, ob sie ihre Krankenhausambulanzen lieber schließen würden, stoßen Sie auf große Ablehnung. Offensichtlich ist die angeblich verlustbringende Ambulanz einfach auch eine Einrichtung der Akquise und der Einweisung. Als solche wird sie vom Krankenhaus subventioniert. Wir müssen auf Dauer überlegen, wie wir die Notwendigkeit der Einweisungen überprüfen. Wenn wir zu einem neuen Gesamtkonzept kommen, müssen wir sehen, wie die Notfallbehandlung konzentriert werden kann.

Dass in vielen Krankenhäusern unzureichend ausgebildete Fachkräfte am Werk sind, scheint uns keine richtige Lösung. Oft beginnt der Notfall, wenn Sie das Krankenhaus erreicht haben und deswegen ist es wichtig, dass an wenigen Stellen hochqualifizierte Notfallzentren eingerichtet werden. Das scheint uns ein würdiges Vorhaben für die nächste Legislaturperiode zu sein.

Sve Dr. Franziska Diel (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich kann mich dem GKV-Spitzenverband in den meisten Punkten anschließen. Zunächst möchte ich in Erinnerung rufen, dass es sich bei der Notfallversorgung zum einen tatsächlich um die Versorgung lebensbedrohlicher Zustände handelt. Bei dem, was der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung übernimmt, geht es um nichtlebensbedrohliche Zustände. Es ist sehr wichtig, die sogenannte Bagatellversorgung nicht miteinzuschließen. Bereits heute gibt es von den 500 Bereitschaftsdienstpraxen, die von den KVen unterhalten werden, 460, die sich an Krankenhäusern befinden. Es gibt eine gute Zusammenarbeit und die sollte weiter intensiviert werden.

Zur Frage, inwieweit möglicherweise Patienten über die Notfallversorgung stationär im Krankenhaus aufgenommen werden, gibt es Untersuchungen, zum Beispiel von Professor Busse, TU Berlin.

Er ist zu dem Ergebnis gekommen, dass ca. 40 Prozent der Krankenhaufälle über die Notaufnahmen kommen. Das Krankenhausstrukturgesetz geht aus unserer Sicht wichtige Schritte zu einer besseren Koordination und Abstimmung dieser Notfallversorgung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Wir begrüßen, dass jetzt auch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung möglich wird.

Zum Schluss noch ein kurzes Wort zur Vergütung. Krankenhausversorgung ist die teuerste Form der Versorgung. Aus unserer Sicht ist die Absenkung des Investitionskostenabschlages ein weitgehendes Zugeständnis. Wir schlagen vor, über eine gezielte, zweckgebundene, extrabudgetäre Aufstockung der Vergütung für die Bereitschaftsdienstversorgung durch die niedergelassenen Ärzte nachzudenken. Es wäre aus unserer Sicht effektiver und könnte mehr bewirken. Im Übrigen werden die Krankenhäuser bereits jetzt für die in dem Rahmen erbrachten Leistungen vergütet, aber eben zu den Bedingungen der vertragsärztlichen Versorgung.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich würde gerne intensiver auf den Themenkomplex Finanzierung eingehen. Anders als im Gesetz vorgesehen, wird in der Öffentlichkeit derzeit diskutiert, den Versorgungszuschlag mindestens teilweise zu erhalten. Meine Frage richte ich an ver.di, an den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und an die Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser. Wie bewerten Sie diese Diskussion und wie müsste eine mögliche Regelung aus Ihrer Sicht ausgestaltet sein, wenn man den Versorgungszuschlag in Teilen erhalten wollte? Wie würden Sie eine Zweckbindung des teilweise erhaltenen Versorgungszuschlages an zusätzliche Pflegepersonalstellen bewerten?

Sve Sylvia Bühler (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Statt den Versorgungszuschlag abzuschaffen, sollte er in der Tat dazu genutzt werden, die Personalausstattung zu verbessern. Besonders dramatisch ist die Situation in der Nacht und am Wochenende und hier braucht es ein gutes Miteinander zwischen der Geschäftsführung und den Interessensvertretungen, also Betriebsräten, Personalräten und Mitarbeitervertretungen, damit das zusätzliche Personal genau dorthin gelenkt wird, wo die Not am größten ist. Wir könnten uns vorstellen, dass das über die Dienstpläne passiert, weil damit der Personaleinsatz gesteuert wird. Hier gibt



es eine Mitbestimmung durch die Interessensvertretungen und wir sind bereit, mit der DKG gemeinsam eine Rahmenregelung zu entwickeln, die dann vor Ort in den Betrieben ausgefüllt werden kann.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich habe keine weiteren Ergänzungen zu machen zu dem, was unsere Mitgliedsgewerkschaft ver.di dazu geäußert hat.

SV Helmut Schüttig (Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)): Der Versorgungszuschlag ist 2013 mit 0,8 Prozent eingeführt worden, weil die Notlage der Krankenhäuser es erforderte. Wir haben den Orientierungswert nicht eins zu eins in die Landesbasisfallwerte und auch nicht in den TVöD (Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst) umgesetzt bekommen. Allein diese Lücke und die Mehrleistungen, die abwertend in den Landesbasisfallwert eingeflossen sind, haben die Notlage der Krankenhäuser wesentlich ausgemacht. Deswegen war der Versorgungszuschlag ein Teilausgleich für die eingetretene Notlage der Krankenhäuser. Ich halte es für zwingend notwendig, dass die 0,8 Prozent in vollem Umfang beibehalten werden, da die Notlage der Krankenhäuser weiterhin besteht. Ich halte eine Zweckbindung für nicht erforderlich. Das ist ein gesondertes Thema, das über das Pflegestellenförderprogramm abgedeckt werden muss. Der Versorgungszuschlag sollte in den Landesbasisfallwert überführt werden.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage zielt auf das Pflegestellenförderprogramm ab und ich möchte meine Frage an ver.di, an die Barmer GEK und an Professor Simon richten. Wie beurteilen Sie das im Gesetz vorgesehene Pflegestellenförderprogramm? Ist es aus Ihrer Sicht erforderlich, um schnelle Unterstützung für die Pflege am Bett zu schaffen? Ist der Umfang ausreichend und gibt es aus Ihrer Sicht noch Änderungsbedarf? Zum Beispiel sollen laut Gesetzentwurf Intensivstationen von dem Pflegestellenförderprogramm ausgenommen sein. Wie bewerten Sie dies?

Sve Sylvia Bühler (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Gut ist, dass das Pflegestellenförderprogramm deutlich macht, dass es eine schwierige Situation in den Kliniken gibt. Die finanzielle Ausgestaltung ist völlig unzureichend. Wenn man eine bessere Qualität in den Kliniken

wünscht, muss auch genug Geld zur Verfügung gestellt werden, damit genug Personal vorhanden ist. Weiter muss man dafür sorgen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich beim Personal ankommen.

Eine gute Qualität braucht ausreichend qualifiziertes und engagiertes Personal. Das Pflegeförderprogramm ist ein Tropfen auf den heißen Stein. Nur rund ein Zehntel der Stellen, die dringend gebraucht werden, ist damit zu finanzieren. Es muss darauf geachtet werden, dass der Einsatz dort ankommt, wo die Not am größten ist. Das gewährleistet das Programm bisher nicht. Die Situation ist so: Auf knapp 60 Prozent der Stationen arbeitet eine Fachkraft alleine und in über 28 Prozent der Fälle versorgt diese Fachkraft 30 und mehr Patientinnen und Patienten. Das macht deutlich, dass nichts dazwischenkommen darf, sonst ist die Not in der Tat groß. Das ist für Patientinnen und Patienten sehr gefährlich, aber auch die Belastung der Beschäftigten ist enorm. Ich finde es alarmierend, dass knapp ein Drittel, fast 30 Prozent der Auszubildenden während ihres praktischen Einsatzes auf Stationen keine strukturierte Betreuung durch Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter erhalten. Nur gut die Hälfte der Auszubildenden würde dem eigenen Freundeskreis empfehlen, die gleiche Ausbildung zu machen. Da haben wir ein großes Problem in unserer Gesellschaft. Wir brauchen eine gesetzliche Personalbemessung. Der Markt und der Wettbewerb werden es nicht regulieren.

Der **Vorsitzende**: Frau Kermer, Sie hatten die Barmer GEK angesprochen, aber es ist heute der vdek hier, der Verband der Ersatzkassen.

Sve Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Wir beobachten und die Statistiken zeigen, dass das Pflegepersonal in den letzten Jahren in den Krankenhäusern abgebaut worden ist, anders als die Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter, die durch ihre Tätigkeit konkret DRG-Erlöse nach sich ziehen. Auch das vorangegangene Pflegestellenförderprogramm hat für uns nicht die gewünschte Nachhaltigkeit erbracht. Das heißt, wir beobachten, dass aufgebaute Stellen einige Jahre später wieder verrechnet oder abgebaut worden sind. Wenn es jetzt ein neues Pflegestellenförderprogramm geben wird, ist das richtig. Wir müssen aber sehen, dass wir aus



den Fehlern der Vergangenheit lernen und das Pflegestellenförderprogramm mit einer Nachweispflicht oder einer stichprobenweisen Überprüfung kombinieren. Nur so lässt sich sicherstellen, dass das Pflegepersonal auch dort angekommen ist, wo es sein soll und ob es dort dauerhaft verbleibt. Wir können uns vorstellen, dass das eine Aufgabe ist, die die medizinischen Dienste übernehmen.

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Die erste Frage lautete, ob das Programm erforderlich ist. Die kann ich mit einem eindeutigen Ja beantworten. Das wird auch von den großen Akteuren der Gesundheitspolitik niemand mehr bestreiten. Wir haben einen erheblichen Stellenabbau seit Mitte der 90er Jahre gehabt. In den letzten Jahren gab es wieder einen leichten Aufbau. Wichtig finde ich, und das wäre dann die Frage des Umfangs, sich klarzumachen, dass der Umfang der Unterbesetzung, von der man mittlerweile ausgehen muss, deutlich höher liegt. Ich habe im Sommer dazu eine Schätzung vorgelegt und kam, auch zu meiner Überraschung, zu dem Ergebnis, dass wir zusätzlich mehr als 100.000 Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser benötigen. Das ist eine hohe Zahl, die Erstaunen und Ablehnung hervorrufen wird.

Wenn man international vergleicht, gibt es eine Studie, die vor ein paar Jahren von hochkarätigen Wissenschaftlern aus den USA und auch aus Deutschland publiziert wurde. Insbesondere zwei Zahlen gingen durch die öffentliche Diskussion. In Deutschland hat eine Pflegekraft pro Schicht 9,9 Patienten zu versorgen und in Norwegen, das war natürlich eine besonders gute Besetzung, 3,7. Wenn man die dort publizierten Zahlen umrechnet, zeigt sich eine deutliche Lücke im Vergleich Deutschlands mit anderen Staaten. Und das nicht nur mit Norwegen, sondern auch mit den Niederlanden, Schweiz, Großbritannien, Schweden usw. Wir haben dringenden Handlungsbedarf und benötigen mittelfristig mehr Stellen. Das wird sicherlich nicht kurzfristig möglich sein. Insofern halte ich das Pflegestellenförderprogramm als Erstmaßnahme für sehr sinnvoll.

Kurz noch zur Frage der Intensivstationen. Ich war etwas irritiert in der Begründung des Gesetzentwurfs zu lesen, dass Intensivstationen in den vergangenen Jahren profitiert hätten und ein Stellenaufbau zu verzeichnen sei. Ich habe daraufhin beim

Statistischen Bundesamt angefragt und von der zuständigen Mitarbeiterin die Auskunft erhalten, dass die Zahl der Beschäftigten auf den Intensivstationen gar nicht erfasst wird. Vielleicht gibt es eine andere Quelle, aber mir ist keine bekannt. Ich gehe davon aus, dass auch auf Intensivstationen ein erheblicher Personalbedarf besteht, wahrscheinlich weniger durch Stellenabbau als durch Rekrutierungsprobleme. Von daher mein Plädoyer, die Intensivstationen auch mit einzubeziehen.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Professor Simon und an ver.di und zwar geht es um die Expertenkommission. Mich würde interessieren, wie Sie die Beauftragung der Expertenkommission beurteilen, die bis 2017 Vorschläge erarbeiten soll, ob der Pflegebedarf im DRG-System sachgerecht abgebildet wird und wie die Mittel des Pflegestellenförderprogramms auch nach Ende der Förderphase erhalten bleiben und richtig verwendet werden können.

ESV Prof. Dr. Michael Simon: Sie fragen nach der Abbildbarkeit des Pflegebedarfs im DRG-System, insbesondere dem Auftrag der Expertenkommission. Hier plädiere ich für das, was jetzt im Gesetzentwurf und insbesondere in der Begründung des Gesetzentwurfs steht. Diese ist wichtig, wenn es Rechtsstreitigkeiten gibt. Man sollte von dem, was bisher vorgesehen ist, absehen und den Auftrag der Expertenkommission breiter fassen. Die Expertenkommission sollte die Möglichkeit erhalten auch das zu diskutieren und Vorschläge zu erarbeiten, für das, was schon seit einiger Zeit von einigen Akteuren gefordert wird, die Entwicklung von Personalmindeststandards. Diese Forderung ist auch im SPD Wahlprogramm enthalten. Das halte ich für einen wesentlich sinnvolleren und zweckdienlicheren Weg, als Wege zu suchen, den Pflegebedarf im DRG-System abzubilden. Ich habe auch schon mehrfach darauf hingewiesen, dass das systematisch gar nicht möglich ist. Im DRG-System muss die Kalkulation zwingend auf Grundlage tatsächlich erbrachter Leistungen und Ist-Kosten erfolgen. Wenn man den Bedarf ermitteln will, muss man Soll-Leistungen erfassen. Von daher dürfen Krankenhäuser die Daten nicht so erfassen, wie es notwendig wäre, um den Pflegebedarf zu erfassen. Daher mein Plädoyer, der Kommission einen breiteren und offeneren Auftrag zu geben.



SVe **Sylvia Bühler** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir begrüßen die Einrichtung einer Expertenkommission ausdrücklich. Diese wird dringend gebraucht. Wir begrüßen die Äußerung des Bundesgesundheitsministers, dass die Expertenkommission nach der Sommerpause ihre Arbeit aufnehmen soll. Jetzt wird es schon ein bisschen kühler und wir hoffen, dass es nun zügig vorangeht. Wir bieten an, in dieser Expertenkommission mitzuarbeiten. Wir vertreten als Gewerkschaften alle Beschäftigtengruppen im Krankenhaus und haben eine große Erfahrung und viel Wissen, was die Situation dort angeht. Wir sind davon überzeugt, dass es über die Pflege hinausgehen muss. Die Expertenkommission muss das gesamte Spektrum des Leistungsgeschehens im Krankenhaus und die Versorgungskette im Blick haben. Es hilft nicht, einerseits Not zu lindern und andererseits Löcher zu reißen. Es darf keinen Verschiebebahnhof innerhalb der Berufsgruppen geben. Arbeiten im Krankenhaus ist gute Teamarbeit und Voraussetzung für eine gute Qualität. Deshalb braucht die Kommission einen erweiterten Auftrag. Die Situation ist bedrohlich und Patienten sind heute akut gefährdet. Darüber hinaus macht die hohe Belastungssituation die Beschäftigten krank. Deshalb sollte die Kommission schnell eingerichtet und noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge vorlegt werden, wie etwas umgesetzt werden kann. Bis es soweit ist, brauchen wir eine Sofortlösung. Da setzt ver.di auf die Wiedereinsetzung der Pflegepersonalregelung, nicht weil wir diese für das Beste aller Instrumente halten, sondern weil es im Moment nichts Besseres gibt. Wir brauchen eine Sofortlösung.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DKG, an den GKV-Spitzenverband und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Im Krankenhausstrukturgesetz ist vorgesehen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) im Rahmen von unangemeldeten Kontrollen die Qualität von Krankenhäusern prüft. Wie bewerten Sie diese neue Regelung? Was kann der MDK konkret prüfen und gibt es weiteren Regelungsbedarf oder gegebenenfalls Alternativen?

SV **Thomas Reumann** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wenn ich über Qualität spreche, müssen wir uns zunächst ehrlich machen. Das heißt für mich, wenn ich mehr Pflege am Bett und

mehr Qualität möchte, muss ich das vorhandene Personal finanzieren und kann dann über eine Aufstockung nachdenken. Qualitätsprüfungen stehen wir sehr aufgeschlossen gegenüber. Allerdings gibt es bereits bewährte Strukturen in den Ländern, und zwar die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, die diese Aufgabe seit vielen Jahren allseits akzeptiert wahrnehmen. Dort sind mit Kassen, Ärzten und Krankenhäusern alle Beteiligten an einem Tisch. Die strukturierten Dialoge, die sich daraus in den vergangenen Jahren ergeben haben, zeigen, dass sich dieses Instrument bewährt hat. Wir können nicht akzeptieren, dass diese Qualitätssicherung auf den MDK übertragen werden soll. Der MDK ist nicht neutral. Er wird von den Kassen finanziert und deshalb keine Akzeptanz finden. Wir schlagen vor, dass diese Aufgabe an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung übergeben wird. Dort ist das Know-how vorhanden und die Struktur hat sich bewährt.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Es ist wichtig, dass diejenige Institution, die die Qualitätsvorgaben prüft, dieses mit Konsequenz tut. Das kann der MDK sein, weil er Erfahrung hat, aber das kann auch jede andere Institution sein, eine Finanzbehörde, der Bundesgrenzschutz, wer auch immer. Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung kommen dafür nicht in Frage. Ihre Prüfungen auf eher sozialpädagogischem Niveau entsprechen der Maxime, schön, dass wir darüber gesprochen haben. Konsequenzen hat es auf dieser Ebene nie gegeben und ich glaube, es ist der wesentliche Richtungswechsel dieses Gesetzes, dass wir es mit der Prüfung der Qualitätsvorgaben ernst meinen. Deswegen ist der MDK oder eine gleichwertige Organisation die richtige Wahl.

SV **Dr. Christof Veit** (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)): Zunächst einmal muss zwischen der Prüfung der Qualität und der Prüfung der Dokumentationsqualität unterschieden werden. Die Landesgeschäftsstellen überprüfen die Dokumentationsqualität. Hier gibt es tatsächlich Routineverfahren, die funktionieren. Ich könnte mir vorstellen, dass bei sehr existentiellen Fragestellungen, wie zum Beispiel dem Vorliegen einer Gefährdung von Patienten, die eventuell die Folge hat, dass eine Abteilung aus der Versorgung herausgenommen werden soll, die Beauftragung des MDK im besonderen Einzelfall eine



sinnvolle Sache ist.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Verbraucherzentralen, die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA soll nach § 136a SGB V Empfehlungen für die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken beschließen. Halten Sie diese Vorgehensweise für sinnvoll bzw. welche Veränderungen würden Sie vorschlagen?

Sve **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Grundsätzlich begrüßen wir es ausdrücklich, dass Personalvorgaben für die psychosomatische und psychiatrische Versorgung vorgegeben werden sollen. Derzeit sind wir noch in der Auslaufphase der alten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Nach den uns vorliegenden Informationen werden schon da die Personalvorgaben zum Teil nicht eingehalten, mit dem Effekt, dass das für Patienten, insbesondere schwerkranke Patienten, ein erhöhtes Maß an freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmaßen in der Behandlung nach sich zieht.

Vor diesem Hintergrund würden wir uns wünschen, dass es für die Zukunft eine nicht nur tragfähige und fachlich ausgewogene Regelung gibt, sondern auch eine Regelung, die nachgehalten wird und Konsequenzen nach sich zieht. Vor dem Hintergrund bitten wir dringend, in der derzeitigen Formulierung das Wort „Empfehlung“ durch „Vorgaben“ zu ersetzen oder mindestens das Wort „Vorgaben“ zu ergänzen. So wird deutlich, auch für die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, dass es sich um Mindeststandards, die vorgegeben werden sollen, handelt und nicht nur um unverbindliche Empfehlungen. Letztere können nicht in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden.

SV **Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Ich kann mich meiner Vorrednerin anschließen. Derzeit befinden wir uns in einer intensiven Diskussion, wie die Finanzierung des Bereichs Psychosomatik und Psychiatrie in Zukunft zu gestalten ist. Bevor Regelungen getroffen werden, muss im KHSG die Mindestausstattung für die Personalausstattung festgelegt werden. Die Mindestausstattung im Bereich der Psychiatrie und

Psychosomatik ist erforderlich, weil es sich um einen extrem personalintensiven Krankenhausbereich handelt und die Personalstandards über die Psych-PV nicht ausreichend sind. Eine gute Patientenversorgung gemäß den Leitlinien ist derzeit nicht mehr sichergestellt. Es muss eine Weiterentwicklung erfolgen und der G-BA sollte nicht nur, wie im Gesetz vorgeschlagen, Empfehlungen, sondern Mindestanforderungen formulieren. Deshalb plädieren wir für eine Ergänzung um den Begriff „Mindestanforderungen“ und gegebenenfalls „Empfehlungen“, aber „Mindestanforderungen“ müssen gesetzt werden und überprüfbar sein.

Sve **Dr. Regina Klakow-Franck** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Der G-BA erlässt typischerweise in seinen Strukturqualitätsrichtlinien Mindestanforderungen, die für die Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sind. Empfehlungen sind demgegenüber weicher und fallen hinter dem zurück, was durch die Psych-PV an Mindestpersonalanforderungen schon vorgegeben war. Summa summarum halte ich es für zielführender, nicht von Empfehlungen, sondern von Mindestanforderungen zu sprechen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich beginne mit einer Frage an Herrn Dr. Hoffmann vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Ist das Ziel der Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser im Rahmen des DRG-Systems zu erreichen?

SV **Dr. Peter Hoffmann** (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)): Die Frage lässt sich mit einem klaren Nein beantworten. Das Personalförderungsprogramm dient meines Erachtens nach als Feigenblatt. Dem DRG-System liegt eine ökonomische Zwangsgesetzlichkeit zugrunde, die mit dem Krankenhausstrukturgesetz fortgeschrieben werden soll. Einerseits sollen die Leistungen ausgeweitet, andererseits die pro Fallpauschale anfallenden Behandlungskosten minimiert werden. Der Druck der dahinter steht sind die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern, die unzureichenden Preise im DRG-System und die fehlenden Investitionsmittel. Diese müssen aus den eigentlichen Behandlungsmitteln im Krankenhaus zweckentfremdet werden, so dass wir viele gute Gründe haben, jede einzelne Fallpauschale zum geringstmöglichen



Preis zu erbringen. Das kann in einem personalintensiven Bereich, wie dem Krankenhaus, zu nichts anderem als zu einem beständigen Personalabbau führen. Das Personalstellenförderprogramm und die geforderten Umsetzungskontrollen werden daran nichts ändern. In dem Bereich, der kontrolliert wird, wird man den Abbau vermindern oder ganz stoppen und in dem Bereich, der nicht kontrolliert wird, wird der Personalabbau forciert, um mit der Konkurrenz gleichzuziehen, sie zu überbieten und die Behandlung billiger anzubieten.

Wenn Sie wie ich im Krankenhaus tätig sind, erleben Sie das täglich und es betrifft nicht nur den Bereich der Pflege. Wenn Sie sehen, wie die Sozialberatung im Krankenhaus, die therapeutischen Bereiche wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie zusammengestrichen werden, wissen Sie, wohin die Reise geht. Die Stellen, die es gab und durch die eine entsprechende Qualität möglich war, sind nicht mehr finanzierbar. Das Personalförderungsprogramm ist nicht nur zu klein dimensioniert, sondern es hat auch eine falsche Systematik. Wenn Sie Qualität im Krankenhaus wollen, müssen Sie in den Bereichen eine adäquate personelle Besetzung sicherstellen. Das geht nach meiner Überzeugung nur über eine gesetzliche Personalbemessung wie sie ver.di fordert.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland. Woran müssen sich die im Krankenhausstrukturgesetz vorgeschlagenen Maßnahmen messen lassen und erfüllt der Gesetzentwurf diese Ansprüche?

SV **Ragnar Hoenig** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Ziel des Gesetzentwurfs, und das halten wir für außerordentlich positiv, ist eine flächendeckende qualitativ hochwertige stationäre Versorgung. Der Gesetzentwurf enthält unserer Auffassung nach einige positive Regelungen, insbesondere die bessere Messung, Darstellung und Kontrolle von Qualität. Wir finden es positiv, dass es mehr Geld für zusätzliche Pflegekräfte geben soll. Schließlich halten wir die Sicherstellung der Krankenhausversorgung in strukturschwachen Gebieten für einen sehr guten Ansatz. Auf der anderen Seite haben wir aber auch einige Bedenken. Wenn man Qualität als Finanzierungsinstrument heranzieht, läuft man Gefahr, dass die Qualitätsunterschiede

verfestigt werden. Wir halten es für problematisch, dass die Bundesländer nicht stärker in die Pflicht genommen werden, was die Investitionskosten der Krankenhäuser angeht. Außerdem meinen wir, dass die private Krankenversicherung bei der Umstrukturierung finanziell stärker beteiligt werden sollte als es im Gesetzentwurf vorgeschlagen wird.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Professor Simon. Ich gehe auf einen anderen Gesetzentwurf ein. Im Gesetzentwurf für das Zweite Pflegestärkungsgesetz wird im neuen § 113c SGB XI ein Auftrag an die Spitzenverbände erteilt, einheitliche Verfahren der Personalbemessung – der Begriff wird explizit verwendet – von unabhängigen Wissenschaftlern entwickeln zu lassen. Wir haben in dem Gesetz die Gründung der Expertenkommission. Sehen Sie Gründe, warum es im KHSG einen entsprechenden Auftrag für eine Personalbemessung in Krankenhäusern nicht gibt?

ESV **Prof. Dr. Michael Simon**: Die Personalbesetzung in der Pflege ist ein Thema, das die Gesellschaft schon seit einiger Zeit beschäftigt. Probleme gibt es nicht nur im Krankenhausbereich, sondern bekanntermaßen auch in der ambulanten Pflege und vor allem im Heimbereich. Interessant finde ich an dem Ansatz im Pflegestärkungsgesetz, dass der Weg in Richtung Vorgaben zur Personalbesetzung geht. Das würde ich auch für den Krankenhausbereich als Auftrag für die Kommission befürworten. Allerdings bin ich sehr skeptisch und eher ablehnend gegenüber einem Auftrag an die Spitzenverbände, da die Interessengegensätze hier sehr, sehr stark sind. Ich halte den Weg der Regierungskoalition, eine Expertenkommission einzusetzen, für sinnvoller.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine Frage habe ich an den Vertreter der Kommunalen Großkrankenhäuser, Herrn Schüttig. Wir hatten gerade das Thema Versorgungszuschlag und den Wegfall des Versorgungszuschlages. Rechne ich richtig, wenn ich sage, dass mit dem Wegfall des Versorgungszuschlages etwa 500 Millionen Euro für die Krankenhäuser verloren gehen mit dem Pflegeförderprogramm gibt es 330 Millionen Euro im Jahr obendrauf? Am Ende finanzieren die Krankenhäuser das Pflegeförderstellenprogramm selber bzw. durch das Delta entsteht unter Umständen der



Druck, weiter Personal abzubauen.

SV **Helmut Schüttig** (Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)): Das sehe ich auch so, wobei in den 330 Millionen Euro der Zehnprozentanteil der Krankenhäuser schon enthalten ist.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Munz von der Bundespsychotherapeutenkammer. Was können Sie zu den Auswirkungen der geplanten Sanktionsmechanismen bezüglich der qualitätsorientierten Vergütung auf die innere Motivation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sagen, die eigentlich auch selbst an der Verbesserung der Qualität interessiert sind und daraufhin wirken?

SV **Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Die Frage der Qualitätssicherung und der Konsequenzen aus der Qualitätssicherung wurde ausführlich diskutiert. Ich möchte auf die von Ihnen gestellte Frage dahingehend eingehen, dass die Wirksamkeit aller Qualitätssicherungsmaßnahmen entscheidend von der Akzeptanz der Leistungserbringer abhängt. Deshalb sind Drohungen mit Sanktionen wenig wirkungsvoll bzw. nur einschüchternd und somit nicht zielführend. Wir schlagen vor, dass erweiterte Kontrollmöglichkeiten des MDK nicht in Erwägung gezogen werden, sondern dass die vorgesehenen konditionalen Regelungen gelten, sodass mögliche Konsequenzen über die Information Dritter bzw. über die Veröffentlichung der Qualitätsstandards, auch der personellen Qualitätsstandards, in den Qualitätsberichten gezogen werden. Diese müssen zwischen den Krankenhäusern diskutiert werden.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Trägt der Gesetzentwurf den Besonderheiten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen Rechnung und sind Kinder- und Jugendabteilungen durch die DRG-Erlöse ausreichend finanziert? Was schlagen Sie vor, damit es nicht zur Schließung solcher Abteilungen kommt?

SV **Dr. Nicola Lutterbüse** (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND)): Wir haben in Deutschland

für Kinder und Jugendliche nur 360 Standorte, davon 240 Abteilungen. 75 Prozent sind Akutufnahmen. In strukturschwachen Regionen mit geringem Versorgungsbedarf ist es notwendig, diese Einrichtungen zur Versorgungssicherung zu erhalten. Genauso ist es im Bereich der Rettungsdienste und der Notfallversorgung.

Der **Vorsitzende**: Entschuldigung, Sie sind nicht gefragt worden. Gefragt wurde die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

SV **Prof. Dr. Gernot Sinnecker** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): An einer Stelle im Gesetzentwurf werden die Besonderheiten der Erfordernisse für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen genannt. Das ist schon einmal gut, aber es ist natürlich überhaupt nicht ausreichend. Tatsache ist, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihrer Eltern, es ist immer die ganze Familie, die versorgt werden muss, ganz besondere Anforderungen stellt und in hohem Maße aufwendig ist. Dieser Aufwand bildet sich leider im DRG-System nicht ab, so dass die Finanzierung dieses Aufwands schon in gegenwärtigen Situationen nicht ausreichend gesichert ist. Deshalb ist es notwendig, und darum bitten wir als Kinder- und Jugendärzte, dass diese Besonderheiten abgebildet werden und der Gesetzentwurf auch an anderer Stelle, zum Beispiel im § 136 Absatz 1 SGB V um den Hinweis ergänzt wird, dass die Besonderheiten, die sich aus der altersabhängigen Anforderung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben, Berücksichtigung finden.

Es ist notwendig eine eigene Notfallversorgung mit einer eigenen Notfallabteilung für Kinder und Jugendliche vorzuhalten, weil von Anfang an die fachärztliche Kompetenz vorhanden sein muss und die Kinder auch in einem entsprechenden kindgerechten Umfeld versorgt werden sollten. Da jetzt schon die Notfalleinrichtungen für Kinder und Jugendliche in wesentlich kleinerer Zahl vorgehalten werden als im Bereich der Erwachsenenmedizin, würde eine weitere Reduktion bedeuten, dass erhebliche zusätzliche Wege in Anspruch genommen werden müssten. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Notfallversorgung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein soll. Das ist in der kinder- und jugendärztlichen Notfallversorgung schon jetzt nicht



gegeben. Deshalb bitten wir darum, dass zur Aufrechterhaltung einer altersgemäßen kinder- und jugendärztlichen Notfallversorgung für die Kliniken, die eine solche Versorgung vorhalten, entsprechende Zuschläge Berücksichtigung finden. Meine Damen und Herren, wir als Kinder- und Jugendärzte würden uns sehr freuen, wenn die Kinder und Jugendlichen und deren besondere Bedürfnisse in diesem Gesetzentwurf berücksichtigt würden und bitten um eine entsprechende Ergänzung.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Fix von der Caritas. Sie zeigen in Ihrer Stellungnahme auf, dass es im SGB V Gesetzeslücken gibt, und zwar für diejenigen Menschen, die nicht langfristig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, aber nach Krankenhausaufenthalt Hilfe bei der Körperpflege oder bei hauswirtschaftlicher Versorgung benötigen. Können Sie dazu an einem Beispiel erzählen, ob Sie dazu Lösungsmöglichkeiten haben?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband): In der Tat gibt es ein Problem der Versorgung von Menschen nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter OP oder auch während einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn sie sich zu Hause nicht selbst versorgen, sich nicht selbst waschen oder hauswirtschaftlich versorgen können. Klassisches Beispiel ist, wenn man sich beide Arme und Beine gebrochen hat. Dann kommt man nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause und ist im Sinne des SGB XI nicht langfristig pflegebedürftig. In solchen Fällen ist eine Verordnung von Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ohne medizinische Behandlungspflege nur möglich, wenn dadurch Krankenhausaufenthalte verkürzt oder vermieden werden können. Diese Regelung entstammt der Zeit vor Einführung der DRG und läuft heute ins Leere, so dass wir hier eine ambulante Versorgungslücke zu verzeichnen haben.

Der Deutsche Caritasverband zeigt drei Lösungswege auf, nämlich erstens die Schließung der Lücke im § 37 Absatz 1 SGB V durch Ergänzung, dass Leistungen der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung auch ohne Krankenhausvermeidungspflege in Anspruch genommen werden können. Zweitens die Etablierung einer Pflichtleistung der Haushaltshilfe für die ambulante Ver-

sorgung im § 38 Absatz 2 SGB V, so dass die hauswirtschaftliche Versorgung, zum Beispiel von älteren Patienten nach Krankenhausaufenthalt, möglich wird. Wir schlagen vor, die Pflichtleistung für die Dauer von vier Wochen zu etablieren, darüber hinaus auch bei Familien, wo die haushaltsführende Person längerfristig ausfällt, also bei schwersterkrankten Müttern mit schon langen chronischen Verläufen. Im progredienten Stadium sollte diese Leistung dann auf 52 Wochen verlängert sein. Drittens im § 38 Absatz 2 SGB V Einführung einer Pflichtleistung für den ambulanten Bereich. Wenn Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden muss, soll diese Leistung auch aus dem SGB V finanziert werden können. Auch hier ist es so, dass die Leistungen normalerweise nur aus dem SGB XI in Anspruch genommen werden können. Wenn jemand aber nicht langfristig pflegebedürftig ist, kann er Kurzzeitpflege als Krankenhaushilfe nicht in Anspruch nehmen und deswegen schlagen wir einen Rechtsanspruch aus dem SGB V vor. Für alles haben wir entsprechende Formulierungsvorschläge in unserer Stellungnahme vorgesehen.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Herrn Ziegler vom Interessenverband kommunaler Krankenhäuser. Herr Ziegler, Sie wenden sich in Ihrer Stellungnahme explizit gegen die marktwirtschaftliche Steuerung der Krankenhausversorgung. Das ist ein Punkt, der in der Diskussion eigentlich nur sehr knapp behandelt wird. Können Sie diese Position kurz erläutern?

SV Bernhard Ziegler (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK)): Wir wenden uns nicht gegen marktwirtschaftliche Positionen, sondern wir stellen nur fest, dass wir es im Krankenhausbereich nicht mit einem Markt zu tun haben. Wir haben Krankenhausplanung und fixe Preise und wir diskutieren heute schon in dieser Anhörung in vielfältiger Hinsicht über Qualität. Das tut man nicht, wenn es einen funktionierenden Markt gibt. Deswegen schlagen wir vor, dass man über den Krankenhausbegriff in § 2 KHG nachdenken und diskutieren und diesen auch präzisieren sollte.

Der Vorsitzende: Herr Weinberg, Sie haben vorhin zum Pflegestärkungsgesetz gefragt. Ich bitte darum,



sich hier auf das Krankenhausstrukturgesetz zu beziehen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Das war nur ein Ausflug in den Gesetzentwurf zum Pflegeheimgesetz, weil dort explizit etwas zur Personalbemessung drinsteht, was im Krankenhausstrukturgesetz nicht der Fall ist. Es geht um die Parallelität. Insofern Herr Vorsitzender, glaube ich, dass es zur Sache beigetragen hat. Eine Frage an ver.di. Frau Bühler, wie wirken sich Ihrer Meinung nach die Kosten des KHSG für die Versicherten aus und welche Alternative sieht ver.di für eine gerechte Finanzierung steigender Versorgungsbedarfe, einschließlich der erforderlichen Innovationen und Struktur-reformen?

SVe **Sylvia Bühler** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die paritätisch getragenen Beiträge werden zur Finanzierung nicht ausreichen, das ist absehbar. Das heißt, die Folge sind höhere Zusatzbeiträge der Versicherten. Die dynamische einseitige Steigerung der Kostenlast für die Versicherten ist absehbar. Mittelfristige Entwicklungen zeigen, dass bis zum Jahr 2020 auf der Versichertenseite mit einem Anstieg der Beitragssätze, nach vorsichtiger Schätzung, von vier bis fünf Prozent zu rechnen ist. Oder es wird Leistungseinschränkungen geben müssen. Beides halten wir für absolut inakzeptabel. Deswegen appelliert ver.di eindringlich, schnellstmöglich ein Gesetzesvorhaben zur Einführung der Bürgerversicherung auf den Weg zu bringen. Die Finanzierung muss gesichert werden. Wir brauchen auch in Zukunft eine gute und sichere Versorgung und die kann nicht ausschließlich durch Versicherte oder gar Patientinnen und Patienten gezahlt werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich gehe davon aus, dass gerade 0,4 bis 0,5 Prozent gemeint waren, weil vier bis fünf Prozent, das wäre in der Tat sehr schwer zu tragen. Ich habe noch eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss und zwar geht es um die Frage, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen Katalog von Leistungen und Leistungsbereichen erstellen soll, die sich für Zu- und Abschläge eignen. Wie ist Ihre Stellungnahme zu den geplanten Zu- und Abschlägen bezüglich der Qualität?

SVe **Dr. Regina Klakow-Franck** (Gemeinsamer

Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben Qualitätsentwicklung in der stationären Versorgung bisher ohne Pay for Performance erreicht. Fraglich ist, ob sich das beschleunigen lässt, was wir dort innerhalb unserer Leistungsbereiche über den strukturierten Dialog herbeiführen, wenn man jetzt noch finanzielle Anreize einführen würde. Ich plädiere dafür, die Einführung von Pay for Performance, die aus Gründen der Risikoadjustierung mit einem hohen Dokumentationsaufwand und noch vielem mehr verbunden ist, wegen des hohen Aufwandes allenfalls zu erproben. Meines Erachtens sind die neuen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V in diese Richtung hin entworfen, so dass man erproben könnte, das sofort in die stationäre Regelversorgung einzuführen. Davon würde ich dringend abraten, auch aus anderen grundsätzlichen Erwägungen, die das Nebeneinander von drei unterschiedlichen Qualitätsniveaus betreffen. Einmal unzureichende Qualität, dann die sogenannte normal gute Qualität und dann on top, die außerordentlich gute Qualität. Es steht im KHSG, dass unzureichende Qualität dauerhaft auf keinen Fall akzeptiert werden kann. Das ist zumindest etwas, aber ich finde es problematisch, dass im Rahmen des Kollektivvertrags ein supergutes Qualitätsniveau und die normal gute Qualität nebeneinander existieren sollen. Ich halte das mit dem Anspruch der Versicherten auf eine gleiche Versorgung nicht vereinbar. Exzellente Qualität, ich wiederhole es, ist meines Erachtens etwas, was man in einem Selektivvertrag anbieten könnte.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich hoffe, dass Herr Reumann von der DKG schnell antworten kann. Wie hoch ist aus Ihrer Sicht der derzeitige Verwaltungsaufwand mit den DRG und wie hoch würde er mit der qualitätsorientierten Vergütung Ihrer Meinung nach sein?

SV **Thomas Reumann** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Da erwischen Sie mich auf dem falschen Fuß. Ich kann Ihnen das nicht sagen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Wieteck. Es geht nochmal um das Pflegestellenförderprogramm. Wir haben schon vielfach Kritik gehört, ein Tropfen auf den heißen Stein, der viel zu klein ist. Ich möchte Sie fragen, wie schätzen Sie den zukünftigen Personalbedarf



ein und welche finanziellen Ressourcen wären dafür nötig?

ESVe **Dr. Pia Wieteck:** Der Personalbedarf ist deutlich höher. Wie Herr Professor Simon schon aufgezeigt hat, ist der europäische Durchschnitt der Patientenpflegepersonalrelation deutlich höher und auch ich komme zu ähnlichen Ergebnissen mit 100.000 fehlenden Pflegepersonen, eine Zahl, die erst einmal abschreckt. Aber ich denke, an der Stelle ist die Frage, wollen wir die Qualitätsdefizite, die wir derzeit in der klinischen Versorgung haben, beheben? Die sind nicht unerheblich.

Ich möchte auf die Registered Nurse Forecasting study (RN4CAST) verweisen, wo die Mitarbeiter angeben, dass sie in ihrer letzten Schicht 4,7 Leistungen nicht erbringen konnten, obwohl der Patient Bedarf hatte und es sich bei etwa 15 Prozent dieser Leistungen um behandlungspflegerische Prozeduren handelte. Es wäre wichtig zu wissen, was es für Auswirkungen auf das Outcome hat, wenn zum Beispiel Händedesinfektionen nicht eingehalten werden oder wenn Blasendauerkatheter als Konzept gelegt werden, weil es in der Versorgung schneller geht als aufwendiges Toilettentraining. Es wäre wichtig zu fragen, welche Auswirkungen die Minderversorgung derzeit hat. Wir wissen zum Beispiel aus anderen Studien, dass es eklatante Defizite gibt. Ich erinnere an die Studie vom Deutschen Institut für Pflegeforschung, wo nur für 23 Prozent der an Demenz erkrankten Personen in der Früh- schicht die Betreuung sichergestellt werden kann. Wie die Kollegin von ver.di schon sagte, ist die Versorgungssituation in der Nacht- und Spät- schicht noch deutlich schwieriger. Das ist ein wichtiger Punkt.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht auch an Frau Dr. Wieteck. Wir schlagen in unserem Antrag als kurzfristige Maßnahme vor, ein verbindliches Instrument zur objektiven Personalbemessung einzuführen und auch ein Pflegestellenprogramm aufzulegen, das sich mindestens an der Größenordnung der 1987 abgeschafften Personal- oder der Pflegepersonalregelung (PPR) orientiert. Außerdem sollen die DRG-Zuweisungen für den Pflegebereich eine Zweckbindung erhalten. Was halten Sie von diesen Vorschlägen? Halten Sie sie für zielführender als die von der Bundesregierung vorgeschlagenen?

Welche weiteren Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht kurzfristig notwendig?

ESVe **Dr. Pia Wieteck:** Grundsätzlich ist zunächst zu überlegen, was man tun kann, um die aktuelle Arbeitsbelastung der Pflegepersonen abzubauen und wie sichergestellt werden kann, dass das Personal, was aufgebaut wird, auch bleibt und am Bett ankommt. Die Zweckbindung ist sicher eine gute Möglichkeit, dass Kliniken aufgefördert werden, das Geld, das in der InEK-Kalkulation als Ist-Kosten ausgewiesen wird, auch genutzt werden muss, um Personal zu halten. Klar ist, dass das zu kurz greift, weil das die Ist-Kosten der letzten zwei Jahre sind. Die müssen nicht mit der Realität oder mit dem Personalbedarf der Patienten, die aktuell zu versorgen sind, im Zusammenhang stehen. Wenn die PPR wie ursprünglich gedacht angewendet und am Pflegebedarf festgemacht wird, werden wir von der Kalkulationsgröße auch auf in etwa 100.000 Stellen kommen. Die Einführung an sich ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Wenn Sie die aktuelle Studie der Krankenhäuser in Hessen, die 2014 durchgeführt wurde, anschauen, haben unter 50 Prozent der Kliniken noch die PPR. Das heißt, etwa 50 Prozent der Kliniken müssten die PPR neu einführen. Vor dem Hintergrund, dass die PPR kein Instrument ist, das den Entscheidungsfindungsprozess oder die Qualitätsverbesserung mit forcieren kann und auch vor dem Hintergrund der Instrumente, die Mängel haben, ist es sicher nicht die beste Lösung.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch diese Frage geht an Frau Dr. Wieteck. Wir halten in unserem Antrag mittelfristig die Entwicklung von leistungsbezogenen Pflegepau- schalen, sogenannten Nursing Related Groups (NRG) für denkbar. Wie bewerten Sie diesen An- satz, was sind die Vorteile dieses Modells und was gilt es dabei zu beachten? Gibt es andere Modelle, die Sie für ebenfalls geeignet halten?

ESVe **Dr. Pia Wieteck:** Grundsätzlich halte ich diesen Weg für nachhaltig und zwar aus verschie- denen Perspektiven. Dabei ist es wichtig, die DRG- Kalkulation und die Personalstellenentwicklung getrennt zu betrachten. Die NRG an sich können nicht dafür sorgen, dass der Personalstellenstand angehoben wird. Das muss durch andere Regelun- gen geschehen, aber sie können nachhaltig dafür



sorgen, dass sich die Versorgungsqualität verändert und dass sich die Vergütungsstrukturen im DRG-System bezogen auf Fehlanreize positiv entwickeln können und sich die Kompressionseffekte, die wir derzeit in der Kalkulation haben, durch die PPR als Kalkulationsgrundlage optimieren lassen. Was sind die besonderen Vorzüge des NRG-Konzeptes? Wir würden über die Einführung von einem einfachen Handlungsmodell der Entscheidungsfindung in der Pflegepraxis zu einer professionellen, systematischen, pflegeprozessorientierten Handlungslogik kommen. Dies ist die Grundlage, um eine gute, adäquate Entscheidungsfindung im Rahmen der Maßnahmenauswahl zu erreichen. Momentan gehen Pflegende ins Zimmer, sind intuitiv davon abhängig, was der Moment bietet und entscheiden. Sie müssen täglich darüber entscheiden, was sie rationalisieren.

Ich denke, dass wir über die zusätzlichen Aspekte die NRG fordern, nämlich die Einführung eines pflegediagnostischen Prozesses, womit sich Qualitätsaspekte deutlich verbessern lassen. Gleichzeitig würde eine Datengrundlage entstehen, um Qualitätsindikatoren aufzusetzen, die bundeseinheitlich mit den gleichen Instrumenten auswertbare und vergleichbare Zahlen produziert. In Zukunft möchte ich eine Personalstellendiskussion nicht ohne Outcome-Indikatoren führen müssen. Derzeit stochem wir absolut im Nebel. Wir wissen nicht wirklich, wie viel Personal wir brauchen, wie hoch der Bedarf tatsächlich ist und wie viel fehlt, damit man eine adäquate Pflege realisieren kann. Wir wissen nicht genau, welche Pflege wir eigentlich bezahlen wollen. Ich denke, da braucht es an der Stelle eine gesellschaftspolitische Diskussion. Zusammenfassend sei nochmal gesagt: NRG sind ein guter Lösungsansatz, weil sie DRG-konform wären. Schön wäre es, wenn wir auch die anderen nicht-medizinischen, therapeutischen Gruppen in die NRG als Kostenstruktur miteinbeziehen können, weil sie Fehlanreize im System regulieren können, das heißt, es kommt zu einem Aushandlungsprozess darüber, was der Patient wirklich braucht. Mehr Untersuchungen, therapeutische Leistungen und E-Health-Strategien des Bundes würden unterstützt werden. Das, was mich jetzt am meisten bewegt, ist, dass Pflege qualitativ auf ein anderes Niveau gehoben wird und damit die Attraktivität der Pflegeberufe auch deutlich verbessert werden kann.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den Verband der Universitätsklinika und die IKK. Wir haben schon gehört, dass der Gesetzentwurf die Investitionsfinanzierung nicht anpackt und meine Frage wäre: Wie könnte eine nachhaltige Lösung aussehen? Das scheint mit das größte Problem der Refinanzierung der Krankenhäuser zu sein, auch was die Dimensionen der Finanzmittel betrifft.

SV **Ralf Heyder** (Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD)): Im Bereich der Investitionsfinanzierung gibt es ein Problem von über drei Milliarden Euro, die nicht ins System kommen, wo sie hingehören, weil die Länder das Geld, das eigentlich nötig wäre, dafür nicht zur Verfügung stellen. Die Lösung kann aus meiner Sicht nur lauten, über kurz oder lang die Krankenkassen in die Mitfinanzierung für Investitionen einzubeziehen, das heißt nichts anderes als den Einstieg in eine zumindest teilweise monistische Finanzierung der Investitionskosten. Es könnte ein Weg sein, über eine Art Co-Finanzierung der Krankenkassen nachzudenken, das heißt, die Krankenkassen landesbezogen für das Geld, das die Länder aufwenden, mit in die Verantwortung zu nehmen. Künftig ausschließlich auf ein größeres Engagement der Länder zu setzen, halten wir für extrem unwahrscheinlich. Angesichts der Haushaltssituation und der vielen Lasten, die über kurz oder lang auf die Länder Haushalte zukommen, können wir davon ausgehen, dass dieses Problem dort nicht lösbar ist. Insofern ein klares Plädoyer dafür, über kurz oder lang die Krankenkassen in die Mitfinanzierung einzubeziehen. Unserer Einschätzung nach trägt der Gesetzentwurf dazu momentan nichts bei. Perspektivisch ist das aber sicherlich ein Thema, um das man sich kümmern muss.

SV **Dr. Clemens Kuhne** (IKK-Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen): Eine nachhaltige Lösung ist schwer zu präsentieren. Man muss konstatieren, dass es dem Gesetzgeber nicht gelungen ist, die Länder an ihre Co-Finanzierungspflicht zu erinnern. Das ist in unserem politischen System schwierig. Es geht einfach nicht, dass man jemanden nötig, etwas zu tun, was er nicht will. Jeder hier im Raum weiß, die Zahl wurde auch gerade genannt, dass die duale Finanzierung letztlich nur eine Worthülse ist. Wir hätten uns den Mut ge-



wünscht, dass man den Status quo, die Kassen zahlen die Investitionsfinanzierung schon heute mit, abbildet und ins Gesetz schreibt. Die duale Finanzierung, wie wir sie im Gesetz haben, funktioniert so nicht. Damit müsste ein höherer Finanzierungsbeitrag der Kassen einhergehen und die Länder müssten ein stückweit ihre Planungshoheit abgeben. Das soll nicht heißen, dass wir als Innungskrankenkassen die Planung an uns reißen wollen, das können und wollen wir nicht, aber wir wollen auf Landesebene eine einvernehmliche Lösung mit den Krankenhäusern über den Krankenhausplan, also auf Augenhöhe verhandeln und mehr Gestaltungsspielraum bekommen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die DGINA und zwar geht es um die Notfallversorgung. Die Fallzahlen in den Krankenhäusern steigen dort kontinuierlich an. Im vorliegenden Gesetzentwurf findet sich dazu keine Regelung, insbesondere im Hinblick auf die Vergütung der ambulanten Fälle. Sehen Sie hier Handlungsbedarf und wenn ja, welchen? Können Sie Vorschläge machen?

SV Prof. Dr. Christoph Dodt (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)): Die Frage ist korrekt gestellt. Wir haben 20 Millionen Patienten, die die Notaufnahmen aufsuchen. Dabei entsteht für die Krankenhäuser, gerade im Bereich der ambulanten Notfallversorgung, ein Defizit von ungefähr einer Milliarde Euro. In dem jetzigen Gesetzentwurf werden einige Themen der Notfallversorgung tatsächlich vernünftig angepackt. Es wird anerkannt, dass die Notfallversorgung an Krankenhäusern stattfindet. Es ist allerdings nicht so, dass dadurch eine Finanzierung absehbar wäre. Die Notaufnahmen stehen quasi in der Patientenversorgung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung und diese spezifische Aufgabe, die Patienten in die richtigen Kanäle zu bahnen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, wird nicht auskömmlich finanziert. Die DGINA schlägt vor, dass man eine Notfallpauschale für diese spezifische Aufgabe der nicht stationären, aber auch nicht kassenärztlichen Leistungen etabliert und zusätzlich einen § 115d SGB V.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an die Gesell-

schaft der Kinderkrankenhäuser und an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Da geht es nochmal um die vorgeschlagenen Sicherstellungszuschläge für die Notfallversorgung, insbesondere im pädiatrischen, also kinderärztlichen Bereich, und um die besonderen Belange der Versorgung von Kindern und wie man diesen gerecht werden kann.

Sve Dr. Nicola Lutterbüse (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)): Wir haben in Kinderkliniken nur 360 Standorte, wo diese Versorgung möglich ist. Die ist im stationären Bereich, aber auch in der Versorgung, in der Notfallversorgung und im Rettungsdienstbereich. Für die Sicherung dieser Standorte in der Fläche haben wir den Bedarf an einer ergänzenden Finanzierung durch eine Sicherstellung, wenn ein geringer Versorgungsbedarf da ist und die Vergütung aus den DRG nicht ausreicht. Die Klinikleitungen haben wenig Interesse, solche Abteilungen am Leben zu erhalten. Diese Querfinanzierung ist in der Regel nicht gewünscht. Deshalb beantragen wir für diese Gruppen einen Zuschlag für die Kindergesundheit im § 5 Krankenhausentgeltgesetz als zusätzlichen Absatz 2a: „...Für die Vorhaltung der Fachabteilung für Kinder und Jugendliche vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 ein Versorgungszuschlag Kindergesundheit, wenn und soweit die aufgrund des Versorgungsauftrags vorgehaltenen Leistungsangebote mit den Fallpauschalen und weiteren Entgelten nicht kostendeckend finanzierbar sind...“

Der zweite Bereich ist die Notfallversorgung an sich. Die klassische Notfallversorgung betrifft die Innere Medizin, die Chirurgie, aber eben auch die Pädiatrie. Es ist nicht so, dass Eltern mit Kindern im pädiatrischen Bereich überall innerhalb von 30 Minuten eine solche Versorgungsstruktur erreichen können. Es gibt durchaus Bereiche, wo die Anfahrtszeiten darüber hinausgehen. Aus Erfahrung befürchten wir, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen bei der Ausgestaltung des Stufensystems für die Notfallversorgung an entsprechenden Einrichtungen nicht angemessen berücksichtigt werden und bitten um eine ergänzende Klarstellung im § 136c Abs. 2 SGB V mit folgendem Satz: „...dass die besonderen Erfordernisse der Notfallversorgung von Kindern in Abstimmung mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften



zu berücksichtigen sind...“

SV Prof. Dr. Michael Radke (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)): In § 14, Seite 11 findet sich kein Hinweis auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern mit Notfallversorgungsbedarf. Das sehen wir sehr kritisch. Ich schließe mich meiner Vorrednerin in den Inhalten völlig an. Wir haben einen hohen Bedarf und einen hohen Aufwand an Versorgungsaufgaben, die in den Krankenhäusern durchgeführt werden. Notfallversorgung von Kindern findet de facto zu 100 Prozent in den Nacht- und Feiertagsstunden und an den Wochenenden in deutschen Krankenhäusern statt. Dazu gibt es keine spezifische Aussage und auch keine Aussage über erhöhten Aufwand bei der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern im Gesetzentwurf. Das vermissen wir. Wir hätten uns gewünscht, dass im Gesetzentwurf einige Hinweise zu der notwendigen Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen, die immer dringender wird, gemacht worden wären. Diese haben wir im Entwurf nicht ausreichend gesehen. So ein Hinweis wäre erforderlich, denn schon heute wären kleine Abteilungen in Flächenländern gut beraten, wenn sie für ambulante Aufgaben, sowohl für die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung, aber auch für Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, der in Deutschland bekanntermaßen unter Druck steht, geöffnet würden.

Die Krankenhäuser, gerade im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, sind in Deutschland hilfebedürftig. Wenn man die Perspektive 2020 nimmt und sich vor Augen führt, dass die spezielle pädiatrische Versorgung, das heißt die Chroniker-Behandlung für Kinder und Jugendliche fast ausschließlich im Krankenhaus stattfindet, gibt es hierzu keine Aussagen. Ich stelle mir oft die Frage, wer im Jahre 2020 noch Kinder mit spezifischen Endokrinopathien oder spezifischen chronischen Krankheiten betreuen soll, wenn das nicht die Krankenhäuser machen. Dafür gibt es keine Vorkehrungen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den DAMiD. Der Gesetzentwurf postuliert eine Qualitätsoffensive, macht aber so gut wie keine Aussagen über Qualitätsziele und -indikatoren. Wie muss die Qualitätssicherung zu-

künftig ausgestaltet werden, damit sie für Patientinnen und Patienten einen Nutzen erbringt?

SV Peter Zimmermann (Dachverband anthroposophischer Medizin in Deutschland (DAMiD)): Wenn Qualität ein solches Gewicht bekommen soll, dann kann unseres Erachtens nicht allein der Gemeinsame Bundesausschuss die Definition von Qualität vornehmen, weil dort die Position der Patienten viel zu schwach ist. Wir denken, es braucht politische Vorgaben an den G-BA, dass es Qualitätsindikatoren geben muss, die eine echte patientenzentrierte Krankenhausversorgung abbilden. Wir haben die internationale Diskussion zu diesem Thema in Deutschland, sie haben den Begriff jetzt in den Zielparagrafen eingeführt. Es werden aber daraus, bis auf die Patientenbefragungen und die Darstellung der Ergebnisse im Qualitätsbericht, keine weiteren Konsequenzen gezogen. Wir meinen, es muss spezifische Indikatoren für eine besondere patientengerechte Versorgung im Krankenhaus geben und es muss bei den sonstigen Indikatoren sichergestellt sein, dass das, was Patient-Centered Outcomes genannt wird, also die Ergebnisse aus Patientensicht, in den Indikatoren berücksichtigt werden. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die Stellung der Patientenbank im G-BA in dem Sinne gestärkt werden muss, dass sie für diese Fragen ein Stimmrecht bekommt und dass die anderen Bänke, wenn sie ablehnen, eine entsprechende Begründungspflicht haben. Letztlich sind wir der Überzeugung, dass jede derart top-down-gesteuerte Qualitätsentwicklung an ihre Grenzen stößt. Sie muss unseres Erachtens durch die Einbeziehung von Patientenvertretern vor Ort ergänzt werden. Dafür bietet dieses Gesetz überhaupt keinen Anhaltspunkt. Es wäre wichtig, die Kontrollbesuche, die jetzt dem MDK zugewiesen werden – ganz egal, wer sie letztlich durchführt – zu echten Visitationen zu entwickeln, wie wir sie zum Beispiel im Bereich der geschlossenen Unterbringung in der Psychiatrie kennen, indem man die Patientenführer kennen, die in den Krankenhäusern in einigen Bundesländern gesetzlich vorgesehen sind, einbezieht. Diese gehören meines Erachtens gesetzlich künftig überall vorgeschrieben.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): An die Bundesärztekammer die Frage, was sie auch aus ethischer Sicht von der Regelung hal-



ten, dass zukünftig für unzureichende Qualität Abschlüsse vorgesehen sind?

SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir würden uns der Einschätzung des Bundesausschusses anschließen. Die Regelung über Zu- und Abschlüsse in dieser Form würde im Moment keine Vorteile bringen. Die Gefahr, dass dadurch Patientenselektionsmechanismen neu ausgelöst werden, trägt erhebliche Risiken in sich. Wir haben gerade – vielen Dank an die Koalition – in den Chefarztverträgen Regelungen etabliert, um medizinische Unabhängigkeit sichern zu können. Der Pflegerat will sich dem anschließen. Wir haben genau aus diesen ethischen Gründen medizinische Indikation zur Thematik Ökonomisierung platziert. Das Ganze wird in die Ärzteschaft hineingegeben. Qualitätsbemühungen wären primär Personal, Personal, Personal, aber nicht Qualitätszu- und -abschlüsse.

Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU): Ich möchte nochmal zu dem Themenkomplex Krankenhausplanung, Verantwortung der Länder und Mitfinanzierung der Krankenkassen kommen. Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband und den BKK-Bundesverband. Bisher waren die Krankenkassen bei der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern eher zurückhaltend, auch dann, wenn es nicht um Plankrankenhäuser ging und die Krankenhäuser nicht bedarfsnotwendig waren. Worin sehen Sie die maßgeblichen Gründe hierfür und würde es Ihrer Auffassung nach zu einem Abbau von Überkapazitäten im Krankenhaussektor beitragen, wenn die Krankenkassen die Möglichkeit erhielten, sich an den Kosten der Schließung eines nicht mehr bedarfsgerechten Krankenhauses zu beteiligen?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Generell muss man sagen, dass unsere Erfahrungen mit Kündigungen von Versorgungsverträgen nicht besonders von Erfolg gekrönt sind. Deshalb sehen Sie hier eine gewisse Zurückhaltung. In all den Fällen, wo wir uns entschlossen haben, mit einem Krankenhaus, das nicht im Krankenhausplan ist, einen Vertrag zu schließen, waren jeweils qualitative Gründe dafür verantwortlich und deshalb wäre es nicht sinnvoll, solche Krankenhäuser sofort wieder vom Netz zu nehmen. Es fehlt die komplementäre Schließung anderer Häuser mit weniger Quali-

tät, die im Augenblick noch im Krankenhausbedarfsplan sind. Die GKV beteiligt sich an der Schließung von Krankenhäusern mit 500 Millionen Euro aus dem Strukturfonds. Wir erwarten noch den Beitrag der PKV zu diesem sehr sinnvollen Strukturansatz. Insofern werden wir irgendwann den Zeitpunkt haben, wo es der Vereinbarung von Versorgungsverträgen nicht mehr bedarf. Der Markt braucht eine gewisse Dynamik, das heißt, wir brauchen Krankenhäuser, die neu hinzukommen, aber wir brauchen auch andere, die aus dem Markt hinausgehen.

SV Frank Knieps (BKK Dachverband): Ich kann dem Kollegen Leber in der Tat nur beipflichten. Wer einmal ein Verfahren miterlebt hat, ein Krankenhaus oder gar mehrere zu kündigen, der sieht fast unüberwindliche Hindernisse, vor allem rechtlicher Art, da Sie einen klaren Kündigungsgrund brauchen. Sowohl die Unwirtschaftlichkeit als auch die schlechte Qualität rechtssicher nachzuweisen, ist eine Hürde, die kaum zu überspringen ist. Die Zahl der Häuser, die nicht im Plan sind, gleichwohl aber mit uns einen Versorgungsvertrag haben, ist äußerst gering. Es sind meistens die Häuser, die über besondere Qualität und/oder besondere technologische Fähigkeiten verfügen. Das sind gerade die, die wir nicht vom Netz nehmen, sondern wo wir eine Spezialisierung und Konzentration wollen. Es fehlt uns die Möglichkeit, Krankenhäuser, die Teil des Krankenhausplans sind, erleichtert zu kündigen. Wenn wir das tun, haben wir eben nicht nur die geschilderten juristischen Schwierigkeiten, sondern in der Regel auch den gesammelten Druck der örtlichen Politik gegen uns. Ich kann nur auf ein Beispiel, das schon 15 Jahre her ist, verweisen. Damals haben die Kollegen in Westfalen-Lippe versucht, insgesamt sieben Häuser vom Netz zu nehmen. In keinem Fall waren sie erfolgreich. Sowohl die Gerichte als auch die örtliche Politik haben das verhindert.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe Fragen zum Strukturfonds und zur Investitionskostenförderung der Länder. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird im Gesetz ein Strukturfonds eingerichtet und ich möchte die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und Professor Schreyögg befragen, ob sie diesen Weg für sinnvoll erachten und wie sie die praktische Wirkung dieses Strukturfonds einschätzen.



Dann die zweite Frage: Die Länder kommen ihrer Investitionskostenfinanzierung bei Weitem nicht in ausreichendem Maße nach. Wie sehen Sie mittel- und langfristig die Auswirkungen auf die Betriebsergebnisse der Krankenhäuser? Herr Professor Schreyögg hat einen Vorschlag gemacht zur Monistik. Wie sehen Sie dies auch angesichts steigender Zusatzbeiträge? Halten Sie das für realistisch?

SV Thomas Reumann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir begrüßen den Strukturfonds als ein Instrument zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, denn er kann im Einzelfall hilfreich sein, um bestimmte notwendige strukturelle Veränderungen zu unterstützen. Aber wir müssen uns darüber klar sein, dass dieser Strukturfonds nicht die grundsätzliche Problematik der fehlenden Investitionsmittelfinanzierung lösen kann. Wenn wir das Thema Investitionsfinanzierung anschauen, liegt die Verantwortung in erster Linie bei den Ländern, gar keine Frage. Vorhin ist die Frage gestellt worden, welche Möglichkeiten es gibt, ein Paket zu schnüren. Vielleicht wäre es wie bei der Daseinsvorsorge, ich spreche hier über das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz (GVFG), möglich, ein gemeinsames Paket zwischen Bund und Ländern zu schnüren. Vielleicht wäre das ein Weg, den man gehen könnte. An erster Stelle sehe ich die Länder gefordert, ihre Hausaufgaben zu machen. In Baden-Württemberg, Herr Riebsamen, das kennen Sie, schreiben 45 Prozent der Häuser rote Zahlen. Selbstverständlich ist dafür der Investitionsstau auch im Bereich der Investitionsfinanzierung ein ganz wesentlicher Grund.

SV Johann - Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Auch wir begrüßen den Strukturfonds als Startschuss. Er ist ein bisschen schmal ausgestattet. Hier hätte auch der Bund noch etwas geben können, aber immerhin. Aus unserer Sicht sollte klar sein, dass das vorrangige Ziel die Schließung oder die Umwandlung von kompletten Krankenhausstandorten ist. Man muss ausschließen, dass wir in einem Einzugsgebiet über den Strukturfonds eine Schließung oder Umwidmung mitfinanzieren und andererseits von demselben Träger in diesem Einzugsgebiet – womöglich noch gefördert durch die Landesregierung, wobei die Mittel nun äußerst schmal sind – neue Kapazitäten aufgebaut werden. Hier muss man einen kompensatorischen Aufbau abschließen. Der Aufbau von Kapazitäten im gleichen Einzugsgebiet ist nicht gewünscht. Der Kollege Leber hat schon gesagt, dass es verwunderlich ist, dass die PKV mitfinanzieren darf, aber nicht muss. Das ist sehr bedauerlich. Rein technisch gesehen verwundert uns, dass das Land für die förderungsfähigen Vorhaben zuständig sein und gleichzeitig die Mittelverwendung überprüfen soll. Das sind zwei Sachen aus einer Hand. Wir regen dringend an zu überlegen, ob das Bundesversicherungsamt die zweckentsprechende Mittelverwendung überprüfen sollte. Insgesamt ist das ein guter Einstieg, aber die PKV sollte verpflichtend dabei sein.

ESV Prof. Dr. Jonas Schreyögg: Meiner Einschätzung nach kann der Strukturfonds potenziell gute Impulse geben. Man darf allerdings nicht erwarten, dass reihenweise Krankenhäuser geschlossen werden. Dafür ist das Volumen des Strukturfonds obwohl er, wie gesagt, positive Impulse auslösen wird, nicht ausreichend. Der Strukturfonds konkurriert mit der Privatisierung und die Privatisierungserlöse sind derzeit im Markt sehr hoch, weil kaum mehr Krankenhäuser privatisiert werden. Das heißt, wir werden sehen, dass Krankenhäuser ihr Versorgungsspektrum verändern. Es wird eher zu Umwandlungen, zum Beispiel zu Stabilisierungseinheiten, so wie die Skandinavier das nennen, auf dem Land kommen. Ich erhoffe mir, dass es die Stadt- und Landarbeitsteilung befördert, das heißt, zwischen Krankenhäusern in Ballungszentren und auf dem Land. Es wird zu Umwandlungen in MVZs oder zu Krankenhäusern kommen, die sich verkleinern. Im Ergebnis gehe ich davon aus, dass der Fonds zu einer bedarfsgerechteren Versorgung und vor allen Dingen zu einer Umwandlung der Strukturen beiträgt. Ich glaube, das ist auch das Hauptziel des Fonds. Hinsichtlich eines Abbaus der Überkapazitäten wäre ich zurückhaltend. Hierzu wird er auch beitragen, aber ich glaube nicht primär.

Zur Monistik: Es ist zweifellos so, dass in den Krankenhäusern ein hoher Bedarf an Ersatzinvestitionen besteht. Die genannten Zahlen variieren sehr stark. Sie finden alles zwischen einstelligen Zahlen und dreistelligen Milliardenbeträgen. Ersatzinvestitionen bei Geräten und Gebäuden sind natürlich notwendig. Ersatzinvestitionen erhöhen die Leis-



tungsfähigkeit und reduzieren damit die Betriebskosten. Gerade der Neubau von Gebäuden reduziert die Betriebskosten mit am meisten, wenn die Prozesse verbessert werden. Es wurde gerade schon gesagt, dass sich die Haushaltslage der Länder nicht verbessern wird. In diesem Sinne würde ich, trotz der Gefahr der zumindest kurzfristig steigenden Beitragssätze, dazu raten, zumindest eine Teilmonistik einzuführen und die Kassen zu beteiligen, wenn die Länder ein Investitionsvorhaben anschließen. Mittelfristig wird das tatsächlich zu sinkenden Betriebskosten führen. Das kann man betriebswirtschaftlich berechnen. Deshalb würde ich zur Teilmonistik raten. Denn die Betriebskosten, die durch fehlende Ersatzinvestitionen steigen, steigen immer mehr, wenn keine Ersatzinvestitionen vorgenommen werden. Das ist ähnlich wie in der Infrastruktur bei Straßen oder Brücken. Deswegen halte ich es für dringend geboten, in Richtung Teilmonistik zu gehen, auch mit der Gefahr steigender Beitragssätze.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Zum Strukturfonds drängt sich die Frage an die PKV auf, wie viel Sie denn bereit sind, freiwillig zu zahlen?

SV Constantin Wilde (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)): Von den durch den Strukturfonds geförderten Maßnahmen, insbesondere von Marktaustritten durch Schließung oder Umwandlung, profitieren in erster Linie die betroffenen Krankenhausträger, die ohne Hilfen möglicherweise nicht aus dem Markt ausscheiden könnten. Es sind zudem auch die Länder betroffen, die ihren Krankenhausplan anpassen müssen und die für die betroffenen Krankenhäuser keine Investitionsmittel mehr bereitstellen müssen. Daher ist es sachgerecht, dass die Ausgestaltung des Strukturfonds eine finanzielle Beteiligung der Länder und der Krankenhausträger vorsieht. Die PKV-Unternehmen dagegen könnten allenfalls mittelbar von Standort-schließungen oder Umwandlungen betroffen sein, dadurch etwa, dass durch den Abbau von Überkapazitäten angebotsinduzierte Mengenentwicklungen zurückgehen.

Insofern nun die Erwartung geäußert wird, dass sich die PKV finanziell am Strukturfonds beteiligen soll, ist dem entgegenzuhalten, dass sich die PKV-Unternehmen und ihre Versicherten über steuerfi-

nanzierte Bundeszuschüsse, die seit gut zehn Jahren in einer Größenordnung von insgesamt ca. 100 Milliarden Euro in die gesetzliche Krankenversicherung bzw. in den Gesundheitsfonds geflossen sind, bereits in weit ausreichendem Maße an der Finanzierung der GKV und vergleichbarer Projekte beteiligt haben. Das heißt, die Privatversicherten haben in der Vergangenheit in einem Umfang von ca. 10 Milliarden Euro zur Stützung der GKV und des Gesundheitsfonds beigetragen. Sie werden das auch in der Zukunft tun. Rechnerisch zahlt jeder Privatversicherte in 2016 ca. 170 Euro in den Gesundheitsfonds ein. Zudem leistet die PKV nachweislich seit vielen Jahren einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag zugunsten der Krankenhäuser. Dieser Mehrumsatz betrug allein im Jahr 2013 580 Millionen Euro.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Die Frage ist eigentlich ausreichend beantwortet: Auf gut schwäbisch heißt das: Wir geben nix.

Der **Vorsitzende**: Herr Wilde, führen Sie Ihren Satz bitte noch kurz zu Ende.

SV Constantin Wilde (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)): Kurz der Hinweis auf die Mehrumsätze, die wir im Jahr 2013 in Höhe von 580 Millionen Euro geleistet haben und die für die betroffenen Krankenhäuser auch als Marktaustrittshilfen dienen könnten. Zudem der Hinweis, dass eine finanzielle Beteiligung der PKV auch rechtlich, versicherungsvertragsrechtlich...

Zwischenruf: Wir möchten noch weitere Fragen stellen.

Weiterer Zwischenruf: Die Frage ist beantwortet.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zur Pflege und zum Personal, und zwar an den GKV-Spitzenverband und an das InEK. Bildet die Vergütungssystematik den Pflegeaufwand in den Fallpauschalen ab? In Anlehnung an den Antrag der Linken, sollten Personalkosten außerhalb der DRG finanziert werden?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Das DRG-System hat einen konsequent empirischen Ansatz. Das heißt, wir versuchen mit sehr



viel Aufwand, in den Kalkulationskrankenhäusern den Ressourcenaufwand zu erfassen. Da fließen in vollem Ausmaß die Aufwendungen für die pflegerischen Leistungen ein. In dem Moment, wo mehr gepflegt wird, steigt auch das Relativgewicht von pflegeintensiven Leistungen. Was wir im DRG-System nicht haben, ist eine Art Verhandlungsbasar über die Angemessenheit der einzelnen Vergütungskomponenten. Wir setzen darauf, dass mit anderen Mitteln, zum Beispiel mit Mitteln der Qualitätssicherung und möglicherweise in personal- oder in qualitätskritischen Bereichen mit Anhaltzahlen für einen entsprechenden Ressourceneinsatz gesorgt wird. Dann spiegelt sich das auch in den entsprechenden Relativgewichten der DRG wider.

SV Dr. Michael Rabenschlag (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK)): Ich kann mich den Worten von Herrn Dr. Leber anschließen. Die Kosten, die in der Kalkulationsstichprobe für die Pflege anfallen, werden eins zu eins im DRG-System abgebildet. Es geht nichts verloren und es wird nichts hinzugenommen. Insofern ist die Pflege, die tatsächlich anfällt, eins zu eins abgebildet.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den G-BA, den GKV-SV und den MDS. Wir haben für die Durchsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung die Rechtsgrundlagen für den G-BA konkretisiert. Halten Sie diese für sinnvoll und gibt es Alternativen zur Beauftragung der MDK? Die letzte Frage richtet sich nur an den G-BA und den GKV-SV.

SVe Dr. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Das KHSG sieht eine Bündelung von Maßnahmen vor, die dem G-BA zur Verfügung stehen. Das heißt, er kann zum Beispiel Durchführungsbestimmungen dahingehend erlassen, dass Abschläge erhoben werden, wenn Qualitätsanforderungen nicht eingehalten worden sind, zum Beispiel in Sachen Datenlieferung, oder, dass Dritte informiert oder, dass entsprechende Qualitätsdefizite veröffentlicht werden. Trotzdem begrüßen wir diese Bündelung in dem neuen § 137 SGB V grundsätzlich. Ganz neu ist die Rolle, die dem MDK zukommen soll. Ich möchte darum bitten, zwischen Qualitätskontrolle, wie zum Beispiel der Einhaltung von Strukturansforderungen, auch was

die Qualifikation oder den Personalschlüssel anbelangt, und der Einhaltung von Mindestmengen zu unterscheiden. Ich sehe den MDK dazu prädestiniert, diese Qualitätskontrollen durchzuführen. Ich bitte aber, die Qualitätsentwicklung nach der Richtlinie zur externen stationären Qualitätssicherung davon zu trennen. Das ist im Zusammenspiel des IQTIG mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung eine etablierte Struktur, auf die wir zurückgreifen.

Im Rahmen dieser Richtlinie wird auch die Datenvalidierung durchgeführt. Es ist nicht bekannt, dass wir ein sehr stringentes Verfahren haben, das mehrstufig angelegt ist. Dieses sieht schon bei der Datenannahme einen sanktionsbewährten Soll-Ist-Vergleich und im weiteren Verlauf sowohl anlassbezogene als auch Zufallsstichproben der Dokumentationsqualität vor. Ich bitte Sie, sauber zu trennen zwischen der Überprüfung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben in Sachen Struktur- und Prozessqualität sowie Mindestmengen, die durch den MDK durchgeführt wird, und auf der anderen Seite der Überprüfung von Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit der externen stationären Qualitätssicherung durch bewährte Strukturen, also IQTIG und die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Der G-BA hat in der Tat eine ganz wichtige Funktion bei der Qualitätstransparenz und -sicherung. Es ist ihm allerdings noch nicht gelungen, eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung einzuführen. Nach wie vor haben wir zwei Qualitätsberichte, einen in hellblau über die stationäre Versorgung und einen magentafarbenen über die ambulante Versorgung von der KBV. Wir hoffen sehr, dass man in der nächsten Zeit mit dem neuen Institut zu einem einheitlichen übergreifenden Qualitätsbericht und Qualitätstransparenz kommen kann, so wie im Jahr 2007 vom Parlament beschlossen.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)): Wir halten die Rechtsvorgaben für den G-BA für sachgerecht. Es ist richtig, dass für die Krankenhausversorgung Standards gesetzt werden, gerade bei risikobehafteten Prozeduren. Wenn man Standards als Mindeststandards, die zu erfüllen sind,



setzt, spricht alles dafür zu prüfen, ob diese eingehalten werden. Von daher glauben wir, dass es in diesem Feld angemeldete und unangemeldete Prüfungen geben sollte. Dass wir den MDK als Institution für geeignet halten, das durchzuführen, ist klar. Wir weisen darauf hin, dass wir in Krankenhausfragen heute begutachtend tätig sind. Wir haben viele Ärzte, die vorher im Krankenhaus waren und wir wären in der Lage, die Arbeiten zügig aufzunehmen. Vielleicht eine Anregung zum Gesetzgebungsverfahren: Es wäre gut, wenn die Vorschriften deutlich machen, dass im Rahmen dieser Qualitätskontrollen auch die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Codes) und deren Einhaltung geprüft wird. In diesen Prozessen geht es um qualitätsrelevante Dinge, was die Strukturvorhaltung und die Ausrichtung der medizinischen Versorgung bei Komplexbehandlungen, insbesondere im Bereich der Palliativmedizin, anbelangt. Ansonsten halten wir die Vorschrift für sachgerecht.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft zum Themenkomplex Pflegepersonal und Demenz. Ist aus Ihrer Sicht die Kodierung bei der DRG-Kalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern so ausgerichtet, dass das Thema Demenz in der Pflege abgebildet wird?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir haben den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), spezifische Merkmale von besonders Pflegebedürftigen im System, wir haben ab dem nächsten Jahr eine Kodierung der Pflegestufen I, II, III als Marke für erhöhten Pflegebedarf und das schließt auch Demenz-Patienten ein. Wir haben auch spezifische Codes, die Demenz anzeigen und in den Fallpauschalen Niederschlag finden. Insofern glauben wir, dass wir das Problem mit den Instrumenten, die wir im System haben, weiter durchdringen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): An den VUD die Frage, gibt es einen Bedarf für die Weiterentwicklung des DRG-Systems im Hinblick auf Extremkosten?

SV **Ralf Heyder** (Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD)): Den Bedarf gibt es. Wir haben jetzt erstmals den Extremkostenbericht des InEK

vorliegen und der hatte die zentrale Frage zu klären, ob das Risiko, dass ein Krankenhaus einen nicht ausreichend finanzierten Behandlungsfall hat, zwischen den Krankenhäusern in Deutschland ungleich verteilt ist. Das war die Frage. Die Antwort war aus unserer Sicht eindeutig. Insbesondere Unikliniken und große Maximalversorger haben ein deutlich höheres Risiko an nicht ausreichend finanzierten Behandlungsfällen. Die entsprechenden Unterdeckungen konnten dann im Bericht auch dargelegt werden. Anders sieht es bei Häusern in der Grund- und Regelversorgung aus, die dieses Problem nicht haben. Also klare Antwort, es gibt ein ungleich verteiltes Risiko.

Bleibt die Frage, wie man damit umgeht, um dieses Problem zu lösen. Glaubt man, dass das im Fallpauschalenkatalog durch Anpassungen lösbar ist? Wir glauben das nicht. Der Fallpauschalenkatalog wird seit zehn Jahren sehr gut und sehr differenziert durch das InEK entwickelt. Das Thema kommt an methodische Grenzen. Wir wollen keinen noch kleinteiligeren, noch zerfaserteren DRG-Katalog. Wir glauben, dass es die bessere Lösung wäre, die Möglichkeit der Verhandlung eines Zuschlags für die betroffenen Häuser mit den Kassen vor Ort in das Gesetz aufzunehmen. Dort kann man das Problem pauschal lösen und muss dann nicht die nächsten zehn Jahre im DRG-System weiter versuchen, zu optimieren.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an die Verbraucherzentrale und eine Teilfrage an die Caritas. Uns ist die pflegerische Übergangsvorsorgung ein ganz wichtiges Anliegen und ich bitte die Verbraucherzentrale, uns für Patientinnen und Patienten die Wichtigkeit dieses zusätzlichen Leistungsangebotes zu dokumentieren. Wenn Sie beide bitte die Mehrausgaben einsortieren könnten, wäre das für uns sehr hilfreich.

Sve **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Die Bedeutung dieses Anspruchs ergibt sich im Augenblick vor allen Dingen aus der großen Unsicherheit für die betroffenen Patienten. Wir haben derzeit eine nicht geregelte pflegerische Anschlussversorgung, die im Einzelfall durch Satzungsleistungen geregelt werden kann, wenn sich Kinder im Haushalt befinden. Für die Mehrzahl der häufig betagten, betroffenen Patienten trifft das aber nicht zu. Das bedeutet, dass



wir derzeit Fälle haben, wo Menschen, die sich definitiv nicht selber versorgen können, die auch in ihrem Umfeld niemanden haben, der sie versorgen kann, nach Hause entlassen werden sollen. Diese werden möglicherweise, nach Aktenlage als pflegebedürftig eingestuft, in eine Pflegeeinrichtung kommen. Wenn sich dann bei einer konkreten Beurteilung herausstellt, dass diese Pflegebedürftigkeit eben nicht die Mindestzeit von sechs Monaten erreicht, gibt es keine SGB V-, aber auch keine SGB XI-Leistungen. Im schlimmsten Fall werden die entsprechenden Kosten im Nachhinein von den Verbrauchern zurückgefordert, obwohl sie in dem Augenblick, als sie die Verpflichtung eingegangen sind, im guten Glauben davon ausgegangen sind, dass diese Kosten von der sozialen Pflegeversicherung oder Krankenversicherung getragen werden.

Den zweiten Teil der Frage kann ich leider nicht beziffern, da wir derzeit keinen Leistungsanspruch haben. Wir wissen nicht, wie viele Patienten das tatsächlich betrifft. Wir wissen auch nicht hundertprozentig, wie hoch die derzeitigen Eigenanteile sind, da diese in den Statistiken nicht auftauchen. Es ist möglich, dass dann im Einzelfall Lösungen gefunden werden, die aber der Rechtssicherheit entbehren. Vor dem Hintergrund kann ich Ihnen leider keine Angaben zum Finanzbedarf machen.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritas-Verband): Ich war für den zweiten Teil der Frage gefragt. Ich muss leider gestehen, dass auch ich Ihnen die Mehrausgaben nicht beziffern kann. Auch an uns werden seit Jahren die Fälle, die Frau Köster-Steinebach genannt hat und die ich vorher auch schon versucht habe auszuführen, herangetragen. Ich bin aber nicht in der Lage zu quantifizieren, wie viele solcher Fälle es sind. Wir können damit rechnen, dass ein steigender Anteil hochbetagter älterer Menschen künftig allein leben wird. Wenn diese Fälle dann aus dem Krankenhaus kommen, können wir davon ausgehen, dass ein Teil in die Statistik der Patienten eingeht, die solche Mehrausgaben verursachen. So möchte ich antworten, ohne konkrete Zahlen nennen zu können.

Abg. Marina Kermer (SPD): Mit Blick auf die Qualität komme ich zum Infektionsschutz und möchte meine Frage an Prof. Dr. Popp (RKI) richten. Die

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention enthalten Vorschläge zu Eingang-Screenings von Risikopatientengruppen. Halten Sie die RKI-Empfehlungen zum Eingang-Screening für ausreichend oder sehen Sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf? Wenn ja, was würde das kosten und halten Sie eine Ausweitung der im Infektionsschutzgesetz geregelten Meldepflichten für sinnvoll, um eine lückenlose Erfassung aller Nachweise multiresistenter Erreger zu gewährleisten?

ESV Prof. Dr. Walter Popp: Ich halte die derzeitigen Screening-Empfehlungen für nicht ausreichend. Es gibt Empfehlungen vom RKI bzw. der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) und zu MRGN, das sind die gramnegativen Keime. Bezüglich MRSA gibt es bestimmte Risikokonstellationen, bei denen man screenen muss. Das würde in der Praxis bedeuten, dass die Krankenhäuser ungefähr 50 Prozent der Patienten screenen müssten. Das findet in der Praxis in den meisten Krankenhäusern nicht statt. Teilweise liegt der Anteil unter zehn Prozent. Das heißt, dieses risikobasierte Screening funktioniert nicht. Wir haben auf der anderen Seite zunehmend Krankenhäuser, die 100 Prozent der Aufnahmen screenen. Diese sind damit alle zufrieden. In Essen haben wir das seit 2010 gemacht. Die Patienten haben ein Benefit, da sie saniert werden können und fordern das inzwischen auch. Die Zahl der MRSA-Träger ist bei Weitem nicht so explodiert, wie wir gedacht haben. Es sind nur ungefähr 10 bis 20 Prozent mehr. Es spricht aus meiner Sicht alles dafür, dass man ein generelles Aufnahme-Screening auf MRSA für alle stationären Patienten macht. Bei MRGN haben wir im Moment die Empfehlung, dass Patienten, die im Gesundheitswesen im Ausland waren, gescreent werden. Das sollte man sicher auf ehemalige oder bekannte Träger und auch auf Kontaktpersonen und Familienmitglieder ausdehnen. Das prästationäre Screening wird realistisch nur über die Krankenhäuser funktionieren, weil bei niedergelassenen Ärzten die Kenntnisse fehlen und auch die Ablehnung teilweise erheblich ist. Viele Niedergelassene behandeln einfach keine Patienten mit multiresistenten Erregern.

Bei den Kosten muss man davon ausgehen, dass



ca. 1,5 Prozent der stationären Patienten MRSA-Träger sind, der größte Teil ist es also nicht. Das Screening kostet ungefähr drei Euro, wenn es negativ und ungefähr 30 bis 40 Euro, wenn es positiv ist. Wenn man 100 Prozent screenen will, kommen wir auf Mehrausgaben von etwa 30 Millionen Euro pro Jahr. Wenn man zugrunde legt, dass jedes Krankenhaus mit jedem multiresistenten Patienten durch längere Liegezeit, durch Isolierung usw. mindestens 8.000 Euro Verlust macht, dann würde es sich rechnen, wenn man 3.000 bis 4.000 nosokomiale Übertragungen verhindern könnte. Ein Krankenhaus mit 20.000 stationären Patienten pro Jahr müsste drei bis vier solcher Patienten verhindern, damit es sich rechnet. Von daher glaube ich, dass das relativ kostenneutral zu machen ist.

Was die Meldepflichten angeht, bin ich wie viele der Meinung, dass multiresistente Keime eines der größten Probleme für unser Gesundheitswesen und auch für unsere Gesellschaft sind und dass das Problem in der Zukunft noch größer werden wird. Es gehört auch in die Meldepflichten, denn das ist wirklich das größte Problem. Warum soll man Sachen melden, die heute nicht mehr so bedeutend sind? Daher glaube ich, dass Meldepflichten nach § 6 Infektionsschutzgesetz, also die Arztmeldepflicht der Infektion, erforderlich sind. Aus meiner Sicht sollten alle MRSA-Infektionen, alle VRE (Vancomycin Resistenter Enterokokkus)-Infektionen und auch die Toxin bildenden C. diff.-Infektionen (Clostridium difficile) gemeldet werden. Außerdem brauchen wir eine Labormeldepflicht nach § 7 Infektionsschutzgesetz für die ersten Nachweise von MRSA, für alle vier MRGN und auch für C. diff. Das würde uns endlich valide Daten liefern. Wir haben überhaupt keine dazu. Es gibt nur Schätzungen oder kleine Cluster-Auswertungen. Wir könnten die Situationen verfolgen und man würde Erkenntnisse darüber gewinnen, was politisch und an weiteren Maßnahmen erforderlich ist.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DKG, den Bundesverband Deutscher Privatkliniken und an die GKV. Im Gesetz ist vorgesehen, dass die Repräsentativität der DRG-Kalkulation eine Verbesserung erfahren soll. Dabei sollen bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation und auch zur Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten verpflichtet werden. Meine Frage ist, wie bewerten Sie dies und sehen

Sie weiteren Regelungsbedarf?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Um es vorweg zu sagen, wir sind für datengesteuerte Kalkulationsergebnisse. Die sollten im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten, private Krankenhäuser als private Institutionen zu verpflichten, so umfassend und repräsentativ wie nur möglich sein. Da kommt man an Grenzen. Ich glaube nicht, dass wir, nur weil es im Gesetz steht, private Krankenhäuser dazu verpflichten können, Kalkulationsdaten zu liefern. Das wird schwierig. Wir können aber alles im DRG-System tun und Lücken methodisch überbrücken. Damit haben wir begonnen. Wir können einzelne Krankenhäuser ansprechen, damit sie mitwirken. Ob es aber letztlich gelingt, sie auf der Grundlage des gesamten bestehenden Rechtsrahmens zu verpflichten, muss man bezweifeln. Aber ich bin zuversichtlich, dass es uns gelingt, die Lücken methodisch anderweitig zu schließen. Ein Beitrag wäre sicherlich auch, den Kliniken, die kalkulieren, besser zu helfen. Kalkulationen mitzumachen kostet viel Geld. Es gibt einen Kostenerstattungsansatz. Wir würden es begrüßen, wenn die Krankenkassen an dieser Stelle fördern würden. Aber da verweigern sie sich meistens.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): Auch wir glauben an die Kraft der Kalkulation durch repräsentative Beteiligung. Wir sind bereit, uns an einer nachvollziehbar repräsentativ ausgewählten Stichprobe zu beteiligen. Wenn man davon überzeugt ist, dass das nur über gesetzliche Regelungen funktioniert, dann werden wir das sicher tun.

SV Johann - Magnus Freiherr von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Das, was Herr Bublitz gesagt hat, haben wir mit Freude gehört. Wir erleben, dass bestimmte Krankenhäuser nicht teilnehmen. Da muss man sich schon fragen, ob das Strategie ist. Wenn einer der Partner sagt, nein, das ist keine Strategie, sondern wir nehmen gerne teil, sollten wir das aufgreifen. Was Herr Baum fordert, noch mehr Geld reinzugeben, macht keinen Sinn. Es muss eine Verpflichtung geben. Wir ermuntern Sie, diese Regelung beizubehalten. Ob man sie letztendlich verschärfen muss, wenn ein gewichtiger Partner sagt, er will daran mitwirken, bleibt abzuwarten. Ich halte diese Regelung zusammengefasst für



hochvernünftig, begrüße sie und kann Sie nur ermuntern, sie im Gesetz stehen zu lassen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an den GKV-Spitzenverband und an Professor Schreyögg. Ich will zurückkommen auf den Fixkostendegressionsabschlag. Es ist derzeit im Gesetz vorgesehen, dass dieser nur in halber Höhe anzuwenden ist, wenn es um die Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern geht. Ich möchte gerne wissen, wie Sie diese Regelung bewerten.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Der Fixkostendegressionsabschlag adressiert Fixkosten. Die höchsten Fixkosten entstehen in den Personalbereichen der Krankenhäuser. Insofern ist es wichtig, dass er nicht zu hoch ist, ansonsten werden die Möglichkeiten der Krankenhäuser, Personalkosten zu finanzieren, stark beschnitten. Wenn Krankenhausleistungen von einem Krankenhaus zum anderen wandern, reduziert sich nach der jetzigen Systematik der Preis dieser Leistung zu Gunsten der Krankenkassen. Insofern ist es richtig, dass der Gesetzentwurf festlegt, wann die Leistungen in dieser stringenten Form nicht zu kürzen sind. Das Problem an der Regelung ist, aus der Sicht des betroffenen Krankenhauses nachzuweisen, dass die Leistung eine gewanderte Leistung ist. Das Krankenhaus verfügt nicht über die Daten der anderen Krankenhäuser, z. B. der Pflegesatzabschlüsse, die die Krankenkassen mit anderen Krankenhäusern vereinbaren. Es gibt viele Ursachen, weshalb Leistungsveränderungen im einzelnen Krankenhaus auftreten. Das heißt, die Regelung wird in der Umsetzung sehr, sehr kompliziert. Wir würden deshalb dafür plädieren, davon auszugehen, dass ein Krankenhaus grundsätzlich demografische Lasten usw. hat und somit eine bestimmte Leistungsmenge degressionsfrei ist. Dann würde man diese Nachweise gar nicht führen müssen. Ansonsten bitten wir auch zu überlegen, in der Systematik der Mehrleistungsabschläge zu bleiben, die rechtlich erprobt sind und wo es Ausnahmeregelungen gibt. Auch dann könnte man die Regelung, die jetzt vorgesehen ist, besser überbrücken. Das wäre weniger kompliziert und alle Beteiligten könnten damit auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen gut leben.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband):

Wir sehen diese Halbierung ausgesprochen kritisch, nicht nur weil es eine Halbierung eines Abschlags ist, sondern weil es ganz prinzipielle Schwierigkeiten damit gibt. Erstens gibt es Mengenvorteile und damit Fixkostendegressionen, die ganz unabhängig davon sind, ob es sich um eine Verlagerungsleistung oder eine Mengenausweitung handelt. Das heißt, wir sehen es als schwierig an, denselben Tatbestand des Fixkostenvorteils unterschiedlich zu behandeln. Zum zweiten wird es Schwierigkeiten bei der Definition des Einzugsgebietes geben. Wenn Sie in Bochum ein Krankenhaus mit Leistungsrückgang haben, dann haben Sie mindestens 20 andere Krankenhäuser, die reklamieren, ihre Mehrleistung sei auf diesen Rückgang zurückzuführen. Das heißt, wir brauchen eine simultane Verhandlungsführung mit einem komplizierten mathematischen Modell. Das gibt es in der Republik nicht. Von daher wird diese Regelung nur Rechtsunsicherheiten schaffen und wir bitten, sie zu streichen.

ESV **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**: Ich halte diese Regelung der Verlagerung von Leistungen für problematisch. Es wird sehr komplex bei der Umsetzung. Vom Kontinuum kann das sehr weit auseinandergehen, wie wir auch gerade schon von der einen Seite des Kontinuums gehört haben, dass die Krankenhäuser überhaupt Schwierigkeiten haben, das nachzuweisen. Auf der anderen Seite des Kontinuums kann es aber auch sein, dass es virtuelle Börsen für Verlagerungen gibt. Mit dieser Umsetzung ist die große Unsicherheit behaftet, wie viel diese Kosten sind. Deswegen würde ich eher vorschlagen, die Fixkostendegression oder mögliches Geld, das man den Krankenhäusern zurückgeben möchte, anders zu investieren und elektive und stationäre Leistungen zu trennen. Eigentlich sind es nur die elektiven Leistungen, die wir für möglicherweise zu hohe Mengensteigerungen bestrafen möchten. Diese Separierung würde ich noch weitertreiben und sagen, wir schauen uns an, welche der elektiven Leistungen keine gute Indikationsqualität aufweisen. Das wäre der nächste Schritt. Aber das kann man kurzfristig nicht umsetzen. Das wäre ein mittelfristiger Schritt, um sicher sagen zu können, welche Mengen wir eigentlich wollen. Wenn es eine gute zusätzliche Menge ist, wollen wir die Krankenhäuser nicht dafür bestrafen. Derzeit bestrafen wir sie aber pauschal für jede Mengensteigerung. Das halte ich für problematisch. Deswegen



würde ich zumindest mittelfristig zu einer Differenzierung kommen und vorschlagen, den G-BA zu beauftragen, hier etwas vorzuschlagen. Wir haben selbst Vorschläge zur Differenzierung im Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung gemacht. Es gibt durchaus Möglichkeiten, so ein Spektrum zu identifizieren, um so zu einer differenzierteren Fixkostendegressionsregelung zu kommen.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie diese lange Anhörung so diszipliniert mit uns zusammen durchgeführt haben. Einen schönen Nachmittag wünsche ich Ihnen.

Schluss der Sitzung: 13:36 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender