



Wortprotokoll der 72. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. April 2016, 16.30 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren

BT-Drucksache 18/6326

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

**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)

Mittwoch, 13. April 2016, 16:30 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	

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
 Mittwoch, 13. April 2016, 16:30 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	

of.



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 13. April 2016, 16:30 Uhr

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

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Jörg Saushut	Grüne	J.S.
U. Resine-Stiel	LINKE	U.R.
Th. Braun	CDU/CSU	Th.B.
Auregut Nimbs	SPD	A.N.
Dr. Manfred Lang	CDU/CSU	M.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (bitte in Druckschrift)

Fraktion

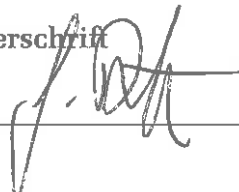
Unterschrift

Roman Pfiffner
Kleinritz, Sonja

SPD
LINKE



Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	Richter		
Bayern			
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgender Vorlage

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren
BT-Drucksache 18/6326

am Mittwoch, dem 13. April 2016,
in der Zeit von 16.30 Uhr bis 17.30 Uhr,
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

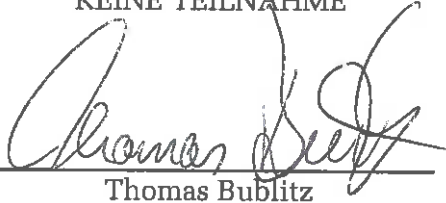
Verbände

AOK-Bundesverband



Jürgen Malzahn

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien
Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)

KEINE TEILNAHME


Thomas Bublitz

Bundesverband Deutscher Privatkliniken
e. V. (BDPK)



Norbert Groß

Christliche Krankenhäuser in Deutschland
(CKiD)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
(DKG)



Georg Baum

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

durch DPR vertreten

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



Andrea Lemke

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



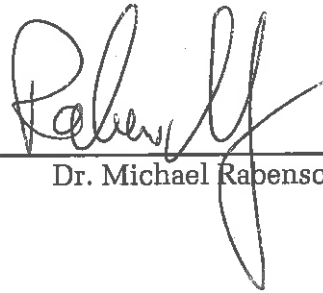
Jochen Scheel

GKV-Spitzenverband



Dr. Wulf-Dietrich Leber

Institut für das Entgeltsystem im
Krankenhaus GmbH (InEK)



Dr. Michael Rabenschlag

Interessenverband kommunaler
Krankenhäuser e. V. (IVKK)



Dr. Uwe Alschner

ver.di – Vereinte
Dienstleistungsgewerkschaft



Niko Stumpfögger

Verband der Privaten
Krankenversicherung e. V. (PKV)



Constantin Wilde

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e. V. (VUD)



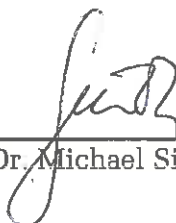
Ralf Heyder

Einzelverständige


Prof. Dr. Boris Augurzky


Dr. Bernard Braun


Hartmut Reiners


Prof. Dr. Michael Simon


Prof. Dr. Jonas Schreyögg



Beginn der Sitzung: 16.30 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Sachverständige, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Medien. Ich begrüße Sie heute zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Linken begrüße ich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich. In der Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/6326: Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren. Ich möchte wie immer einige Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die einzelnen Fraktionen ihre Fragen abwechselnd stellen. In der ersten Frageunde beginnt die CDU/CSU-Fraktion, dann folgen die SPD-Fraktion und wieder die CDU/CSU-Fraktion, dann die Fraktion DIE LINKE. Abgeschlossen wird die Fragerunde durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde ist die Reihenfolge gleich, lediglich die SPD-Fraktion erhält zweimal das Wort. Runde eins und Runde zwei erfolgen im Wechsel. Ich möchte daran erinnern: Jeder und jede Fragende stellt ausschließlich eine Frage an einen Sachverständigen. Nach 60 Minuten ist die Anhörung beendet. Ich bitte die Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich immer mit Namen und Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung und zum anderen können die Zuschauer, die sich nur Teile der Anhörung im Internet anschauen, die jeweiligen Interessenvertreter den Verbänden zuordnen. Ich bitte Sie, die Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragesteller und Sachverständige zu Wort kommen. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Sie ist auch im Internet abrufbar. Es gibt ein Wortprotokoll, das ebenfalls auf der Homepage des Bundestages veröffentlicht wird. Der eine oder andere schaut sich das im Nachhinein nochmal an. Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir beginnen und die erste Fragestellerin ist Frau Michalk, die Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage ist grundsätzlicher Art und richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Forderungen im Antrag der Fraktion DIE LINKE. in Bezug auf eine sektorübergreifende Bedarfsplanung und im Grunde genommen auch in Bezug auf die Abschaffung des DRG-Systems, die Personalbemessung dezidiert einzuführen und seitens des Bundes eine 50-prozentige Anschubfinanzierung für die Investitionen der Krankenhäuser zu leisten? Wir wären sehr daran interessiert, dass Sie dies im genannten Kontext beantworten.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wenn es Probleme mit Autoabgasen gibt, ist die richtige Antwort nicht die Wiedereinführung von Pferdefuhrwerken. Wir müssen intelligente Lösungen finden, um die Probleme zu lösen. Von den DRG zum alten, selbstkostenbasierten System mit Tagespflegesätzen zurückzukehren, scheint uns der völlig falsche Weg zu sein. Das damalige System war intransparent, freiheitsberaubend und gnadenlos ineffizient. Es gibt aus unserer Sicht keinen Grund, das Rad zurückzudrehen. Natürlich muss das DRG-System von qualitätssichernden Maßnahmen vor allen Dingen im Pflegebereich flankiert werden. Das darf aber nicht dazu führen, dass man lediglich sehr hohe Maßzahlen je Bett einführt. Allerdings sollten wir in qualitätskritischen Bereichen versuchen, entsprechende Vorschriften zu finden. Ich möchte versuchen, unseren Denkansatz mit einer Cockpit-Metapher dazustellen. Wenn man die Sicherheit im Luftverkehr erhöhen will, dann nützt es nichts, den Fluggesellschaften mehrere Millionen Euro zu geben. Es nützt auch nichts, für Fluggesellschaften insgesamt eine Personalanzahlziffer zu formulieren. Aber dass bei jedem Abheben neben dem Piloten ein Copilot sitzt, halten wir für eine kluge Regelung. Solche Regelungen fehlen noch im Krankenhaus. Stellen wir uns zum Beispiel eine Regelung vor: Keine Schwester ist um Mitternacht alleine auf der Station. Solche Regelungen benötigen wir, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Es scheint uns der richtige Weg, das DRG-System qualitativ so zu flankieren, dass es gleichermaßen für Patientensicherheit und Effizienz sorgt. Die Bedarfsplanungsansätze sind im Augenblick weder im ambulanten noch im stationären Bereich besonders erfolgreich. Wir wissen deshalb auch nicht, ob sie erfolgreich wären, wenn man sie



zusammenführen würde. Das Geheimnis der Bedarfsplanung ist, dass man an der einen Stelle Überkapazitäten verhindert, um an anderer Stelle zu hohe Auslastungen auszugleichen. Dieser Abbau von Überkapazitäten funktioniert weder im stationären noch im ambulanten Bereich. Das KHSG (Krankenhausstrukturgesetz) ist zum Teil hilfreich, weil es durch den Strukturfonds eine Hilfe zum Abbau von Überkapazitäten bietet. Im ambulanten Bereich ist aber die Vererbung von Arztsitzen ein großes Hindernis. Das größte Problem aber, die mangelnde Investitionsfinanzierung, bleibt. Wir gehen davon aus, dass es am Ende dieses Jahrzehnts weder vom Land noch vom Bund eine nennenswerte staatliche Finanzierung geben wird. Was wir im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe beobachtet haben, war nichts anderes als ein Griff der Länder in den Gesundheitsfonds. Das ist der falsche Weg. Es ist eine Art Nebenhaushalt entstanden, den man bedient, an dem sich aber zum Beispiel die private Krankenversicherung nicht beteiligt. Uns kommt es nicht so sehr darauf an, wer die Investitionen finanziert, sondern dass in vernünftige Strukturen investiert wird. Dazu müssen wir die Planungssysteme ändern.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an das InEK (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH). Im vorliegenden Antrag wird die Personalsituation in Krankenhäusern thematisiert. Dr. Heimig wird im Ärzteblatt im Rahmen der Berichterstattung über das DRG-Forum zitiert, dass das InEK Vorschläge für den Umbau des DRG-Systems vorlegen wird, wodurch DRG mit hohen Personalkosten besser vergütet werden. Wie sehen diese Vorschläge aus und können Sie diese näher erläutern?

SV **Dr. Michael Rabenschlag** (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Die Vorschläge von Herrn Dr. Heimig gehen auf eine Vorgabe im Krankenhausstrukturgesetz zurück, wonach innerhalb der DRG-Fallpauschalen die Sachkostenvergütung reduziert werden soll. Unter der Annahme, dass wir insgesamt nicht mehr Geld ausgeben wollen, wird dann im Umkehrschluss mehr Geld für die Refinanzierung von Personalkosten zu Verfügung gestellt. Das ist eine Umgewichtung der Sach- und Personalkosten innerhalb der DRG-Fall-

pauschalen, sodass Leistungen, die personalintensiv sind, höher vergütet werden könnten als im aktuellen DRG-System.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Professor Augurzky. Wäre es für die notwendigen Strukturverbesserungen im stationären Sektor hilfreich, wenn das Finanzierungssystem wieder stärker vom Selbstkostendeckungsprinzip bestimmt würde, oder würden diese Anpassungsprozesse eher behindern?

ESV **Prof. Dr. Boris Augurzky**: Sie sprechen das Selbstkostendeckungsprinzip an und fragen, ob wir damit die vorhandenen Strukturprobleme besser angehen könnten. Ich glaube nicht. Sie werden, wenn Sie die Kosten ersetzen, auch wenn Sie auf Wirtschaftlichkeit achten, ein Krankenhaus nicht grundsätzlich in Frage stellen. Wenn Sie Strukturen zum Beispiel optimieren wollen, indem Sie sagen, dass aus drei kleineren Häusern zwei mittelgroße werden sollen, dann gibt es immer ein Krankenhaus, das sich verändern, sich vielleicht sogar aufgeben muss. Wenn das Selbstkostenprinzip gilt, können Sie die Kosten dieses Krankenhauses immer finanzieren. Damit wird nie der Bedarf oder der Druck entstehen, überhaupt zu Veränderungen zu kommen. In der Bundesrepublik macht man sich im Moment in vielen Regionen Gedanken, wie es zu schaffen ist, durch Strukturverbesserungen vorhandene Defizite abzubauen. Ich glaube, hier liegt durchaus eine Lösung. Hier helfen die DRG, obwohl sie andere Probleme schaffen. Das DRG-System sollte man nicht für Strukturoptimierungen aufgeben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich zitiere aus einer Stellungnahme der Ärztekammer Berlin, die wir gerade erhalten haben: „Wären DRG ein Medikament, so müssten Sie sofort vom Markt genommen werden. Fast alle Nebenwirkungen sind eingetreten, praktisch alle Wirkungen sind ausgeblieben.“ Ich stelle meine Frage an Professor Simon. Würden Sie bitte erläutern, weshalb das DRG-System, also die Bezahlung der Krankenhäuser über Fallpauschalen, kein sinnvolles Finanzierungssystem ist, sondern mitunter die Erreichung zentraler Ziele staatlicher Krankenhauspolitik verhindert? Vielleicht können Sie in diesem Zusammenhang auf die Argumente eingehen, die gegen das Selbstkostenprinzip vorgebracht wurden.



ESV Prof. Dr. Michael Simon: Es ist angebracht, einen etwas größeren Rahmen zu ziehen. Man muss sich die Normenhierarchien im Krankenhausbereich vergegenwärtigen und den Blick darauf richten, dass die Krankenhausfinanzierung, je nachdem wie sie geregelt ist, in ein Gesamtsystem eingebettet ist. Dieses ist so strukturiert, dass ausgehend vom Sozialstaatsprinzip die Länder einen Sicherstellungsauftrag haben. Im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge müssen sie dafür sorgen, dass in ihrem Land eine ausreichende Krankenhausversorgung vorhanden ist. Sie sind seit dem KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) von 1972 verpflichtet, eine Krankenhausplanung durchzuführen und alle Kliniken, die für die Deckung des Versorgungsbedarfs notwendig und leistungsfähig sind, in die Planung aufzunehmen. Jetzt kommt der entscheidende Punkt, die Ausgestaltung des Finanzierungssystems. Sie hatten in ihrem Antrag das Selbstkostendeckungsprinzip angesprochen und darauf wurde bereits Bezug genommen. Dieses war in der Logik des Systems des KHG von 1972 so eingeordnet, dass der Staat bzw. die Länder ihren Sicherstellungsauftrag nur erfüllen können, wenn die Kliniken, die als bedarfsgerecht und leistungsfähig in den Krankenhausplan aufgenommen worden waren, auch ausreichend wirtschaftlich gesichert wurden. Entsprechend hieß das Gesetz auch „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“. Hier sehe ich das große Problem. Wenn man sich die vielen Phänomene und Entwicklungen anschaut, wenn man sich mehr Zeit nehmen würde, das Ganze ausgiebiger zu diskutieren, dann würde man an den Punkt kommen, dass seit Einführung des DRG-Systems – und auch schon vorher – insbesondere die DRG-Kliniken zunehmend Schwierigkeiten haben, ihre Betriebskosten zu decken und Verluste abzuschreiben. Das wird zum Beispiel in der Stellungnahme des Verbands der kommunalen Krankenhäuser angesprochen. Die Kliniken reagieren entsprechend und bauen die Defizite zum Beispiel über einen Stellenabbau im Pflegedienst ab. Deshalb ist es meines Erachtens notwendig, in eine grundsätzlichere Diskussion einzusteigen. Ich weiß, das ist eine Randposition. Aber ich kann mir als Wissenschaftlicher erlauben, darüber zu reden, inwieweit die Prinzipien oder die Ziele der staatlichen Krankenhausplanung mit dem DRG-System vereinbar sind. Ich sehe hier erhebliche Probleme. Denn allein auf Grund der Konstruktion bzw. der Kalkulationslogik kann bei einer Gleichverteilung

die Orientierung an den Durchschnittskosten bedeuten, dass ungefähr die Hälfte der Kliniken ihre Betriebskosten nicht gedeckt bekommt. Das könnte wiederum bedeuten, dass ein erheblicher Teil der Kliniken schließen muss. Das ist bisher nicht eingetreten, weil die Kliniken die Kosten gesenkt haben. Aber das Risiko ist weiterhin gegeben und der Druck auf die Krankenhäuser ist vorhanden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Sachverständigen Hartmut Reiners. Wie bewerten Sie die Forderung des Antrags, die DRG abzuschaffen und den Krankenhäusern ein Gewinnverbot aufzuerlegen? Könnte ein Gewinnverbot bestehende Fehlanreize aufheben bzw. müsste man das DRG-System weiterentwickeln?

ESV Hartmut Reiners: Ich war als Beamter, Herr Baum wird sich daran erinnern, an der Installation der DRG mitbeteiligt. Ich möchte es relativ einfach machen. Im Unterschied zu meinem Vordredner Herrn Simon bin ich der Auffassung, dass es kein Vergütungssystem ohne Fehlanreize gibt. Das ist einfach so. Vor 25 Jahren hat Brian Abel Smith, der Doyen der europäischen Gesundheitsökonomie, in einer Diskussion auf die Frage nach dem perfekten Vergütungssystem ironisch geantwortet: „Alle paar Jahre ein Neues, damit es sich niemand darin bequem machen kann“. Also jedes System hat seine Fehlanreize und so hat auch das DRG-System unvermeidlich bestimmte Fehlanreize, die man unter Kontrolle haben muss. Dadurch, dass es auf Durchschnittsgrößen beruht – hier habe ich eine andere Auffassung als Prof. Simon, denn Preise sind immer Durchschnittsgrößen –, gibt es immer Krankenhäuser, die damit zurechtkommen und Krankenhäuser, die nicht damit zurechtkommen. Größere Krankenhäuser haben mehr Möglichkeiten zur Kompensation. Kleinere Krankenhäuser haben das nicht. Ich glaube, hier liegt das Problem. Das ist aber ein Strukturproblem des Krankenhauswesens und der Krankenhausplanung und kein Problem der Vergütungssysteme. Meine langjährige Überzeugung und meine langjährige Beschäftigung mit diesem Thema sagt mir, dass der Versuch, alles nur über Vergütungssysteme zu steuern, an der Sache vorbeigeht. Hinsichtlich der Gewinnerorientierung mache ich aus meiner Überzeugung keinen Hehl, dass es ein politischer Fehler war und ist, Einrich-



tungen der öffentlichen Infrastruktur zu privatisieren. Der kürzlich verstorbene SPD-Politiker Peter Conradi hat das auf den Punkt gebracht: Die Bahn gehört auf die Schiene und nicht an die Börse. Allerdings sehe ich kaum eine juristische Möglichkeit, das in den Griff zu bekommen. Jeder Betrieb muss Gewinne und Überschüsse erwirtschaften. Wo ist hier die Grenze zwischen unzulässigem und zulässigem Profit? Ich halte das für ein schon juristisch nicht lösbares Problem. Deshalb sollte man auch politisch die Finger davon lassen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Löst nach Ihrer Auffassung der Antrag der Fraktion DIE LINKE. das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Länder oder haben Sie bessere Vorschläge?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir hatten große Hoffnung auf die Bund-Länder-Arbeitsgruppe gesetzt, weil das der Kreis gewesen wäre, der dieses Problem hätte lösen können. Das Ergebnis ist aber nichts anderes gewesen als der besagte Griff in den Gesundheitsfonds. Ich gehe davon aus, dass in ein paar Jahren die gesamten Investitionen über die Beitragsmittel, also über DRG finanziert werden. Wichtig ist nur, dass wir keine Investitionen finanzieren, die es gar nicht mehr geben sollte. Deswegen muss man einen Blick auf die Planung werfen. Man muss sich die Frage stellen, ob es im Augenblick überhaupt noch eine gestaltende Krankenhausplanung gibt oder ob wir nicht eher so etwas wie eine inspirationslose Fortschreibung des Status quo haben. Definitiv hat es keinen Abbau von Überkapazitäten gegeben. Die Planung in der bisherigen Form wird, wenn sie in der Hand der Länder bleibt, nie zum Abbau von Überkapazitäten führen, weil die positiven Versorgungs- und die positiven Arbeitsmarkteffekte jeweils dem einzelnen Land zu Gute kommen, die Kosten aber bundesweit umgelegt werden. Deshalb muss man irgendwann darüber nachdenken, ob nicht andere Regeln die Landesplanung ersetzen können. Das KHSG ist einen wesentlichen Schritt weiter gegangen. Es hat nämlich gesagt, dass die Normen für die Erreichbarkeit und die Qualität, die Sicherstellungszuschläge und ähnliches, künftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss definiert werden. Damit wird der Gemeinsame Bundesausschuss zu einer Art Regulierungsbehörde. Das Ganze folgt dem

Paradigmenwechsel Marktregulierung statt Landesplanung. Dieses scheint im Grundsatz der richtige Weg zu sein.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an das InEK. Bis zum Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes war die Teilnahme der Krankenhäuser an der Kalkulation freiwillig. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes wurde dem InEK die Möglichkeit eingeräumt, Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation zu verpflichten. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme im Hinblick auf die exakte Abbildung der tatsächlichen Kosten?

SV **Dr. Michael Rabenschlag** (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Die freiwillig Teilnahme der Krankenhäuser an der Stichprobe ist natürlich ein hohes Gut. Sie hat dazu geführt, dass wir international die größte und schnellste Kalkulationsstichprobe haben. Darum beneiden uns viele Länder. Gleichwohl hat das einen kleinen Nebeneffekt. Wenn Sie eine Stichprobe nach repräsentativen Gesichtspunkten zusammensetzen würden, sähe sie anders aus. Insofern begrüßen wir den Ansatz im Krankenhausstrukturgesetz, dass wir die Möglichkeit erhalten, vorhandene Lücken zu schließen, um die Repräsentativität der Stichprobe besser darzustellen, als dies aktuell möglich ist. Wir sind mit der Selbstverwaltung gerade dabei zu diskutieren, wie dies in Zukunft umgesetzt werden soll. Wir begrüßen den Ansatz, weil wir durch diese Verpflichtung eine stabilere Kalkulation erhalten werden. Es werden mehr relevante Fälle für die Kalkulation zur Verfügung gestellt werden können. Wir können so ein noch besseres Abbild des tatsächlichen Geschehens zur Bewertung der DRG verwenden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie beurteilen sie den Antrag der Fraktion DIE LINKE. vor dem Hintergrund der Maßnahmen, die wir im KHSG beschlossen haben? Gehen Sie bitte sowohl beim KHSG als auch beim Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf die Themen Qualitätssicherung und Versorgung ein.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Zunächst könnte man natürlich



der verheißungsvollen Botschaft, den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern nehmen zu wollen, willfährig folgen. Aber ich denke über den Weg, der in dem Antrag beschrieben wird, würde es nicht funktionieren, weil überall dort, wo gemeinwohlorientiertere Refinanzierungselemente im Spiel sind, sprich Investitionen, eine bedarfsgerechte Finanzierung fehlt. Deshalb glaube ich, dass der ökonomische Druck, den es im Krankenhausbereich gibt und den keiner leugnet, im KHSG gesehen und mit Maßnahmen adressiert wurde. Maßnahmen wie Personalaufbau im Pflegebereich, eine besser abgesicherte Finanzierung der Tariflasten oder Tarifkosten, die Befreiung der Regelfinanzierung von Degressionen sind wichtige Veränderungen, um den Kostendruck von den Krankenhäusern zu nehmen. Diese Perspektive, die das KHSG eröffnet, muss in die Praxis überführt werden. In Verbindung mit den Maßnahmen, bei denen Qualitätsanforderungen zu Vergütungsanpassungen führen, ist es zumindest ein hoffnungsvoller Ansatz, um an dieser Stelle den Kostendruck von der normalen Betriebskostenfinanzierung zu nehmen. Es wurden Mechanismen installiert, durch die man insgesamt, wie ich bereits sagte, darauf hoffen kann, dass die Kostendrucksituation besser wird. Den Krankenhäusern Gewinn- und Verlustmöglichkeiten und damit auch die Erlösorientierung zu nehmen und Selbstkostenfinanzierung zu versprechen, wird selbst von den Krankenhäusern skeptisch gesehen. Wir hatten bereits Selbstkostenelemente, zum Beispiel die PPR (Pflegepersonal-Regelung) oder die Personalanzahlzahlen, d. h. die Vorgabe von Personal, die am Ende nicht funktioniert haben. Aber was nützt die Vorgabe von Personalzahlen, wenn die Refinanzierung nicht eins zu eins mithält. Deshalb denke ich, müssen sich die Krankenhäuser der Situation, auch Erlöse erwirtschaften zu müssen, stellen, weil das Versprechen einer Selbstkostendeckungsfinanzierung am Ende vom Gemeinwesen nicht eingehalten werden dürfte. Das ist unsere Einschätzung. Wir hoffen also auf eine gute Umsetzung der KHSG-Maßnahmen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Lemke vom Deutschen Pflegerat. In ihrer Stellungnahme schlagen Sie vor, pflegespezifische Faktoren oder Pflegebedarfsfaktoren in das DRG-System zu integrieren, um den Pflegebedarf besser berücksichtigen zu können. Es wäre nett,

wenn Sie diesen Vorschlag näher erläutern könnten.

SVe **Andrea Lemke** (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)): Der Deutsche Pflegerat schlägt neben Maßnahmen wie z. B. einer einheitlichen Personalbemessung, die sich an Struktur- und Qualitätskriterien orientiert, die Integration der Pflegebedarfsfaktoren in das derzeit bestehende DRG-System vor. Das heißt, der Deutsche Pflegerat stützt damit maßgeblich die Abbildung pflegerischer Leistung im derzeitigen System und sieht hier auch künftig keinen Systembruch. Es gibt bestimmte Marker im System, die durch die Kalkulation des InEK bereits berücksichtigt werden und die später unbürokratisch zu einem Mehrerlös innerhalb des Systems führen könnten. Der Deutsche Pflegerat lehnt es ab, eine detaillierte Dokumentation, wie wir sie heute zum Teil zur Generierung bestimmter Erlöse haben, für die Zukunft zu verankern. Die wirklich wenigen Fachkräfte sollten am Patientenbett sein. Es sollten deshalb keine weiteren Dokumentationsaufwände vorgeschrieben werden.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Prof. Simon und knüpft an die Ausführungen von Herrn Reiners an. Wir fordern in unserem Antrag, dass der auf Kapitalrendite und Gewinn ausgerichtete Betrieb eines Krankenhauses ausgeschlossen werden soll. Hier gibt es verfassungsrechtliche Bedenken. Wir sagen, dass dadurch zum einen Versicherungsgelder verschwendet und zum anderen Gewinne oder Erlöse nicht zum Nutzen der Patientinnen und Patienten oder des Krankenhauses eingesetzt werden. Könnten Sie bitte die rechtlichen und insbesondere verfassungsrechtlichen Möglichkeiten, diesen Vorschlag umzusetzen, erläutern?

ESV **Prof. Dr. Michael Simon**: Ich schließe mich der Einschätzung von Herrn Reiners an. Ich hatte in meiner schriftlichen Stellungnahme dargelegt, dass meines Wissens und soweit mir die Fachdiskussion und die Rechtsprechung bekannt sind – ich muss vorsichtig sein, da ich kein Verfassungsrechtler bin –, der Betrieb eines Krankenhauses gemäß Artikel 12 des Grundgesetzes als freie Berufstätigkeit geschützt wird. Daher würde ein gesetzliches Verbot für private Eigentümer wahrscheinlich, selbst wenn es beschlossen würde, vor dem Verfassungs-



gericht scheitern. Eine andere Frage ist die Intension, die ich aus diesem Vorschlag herauslese, die durchaus eine breitere Zustimmung erfahren hat oder erfahren wird. Die Frage ist, inwieweit es in Deutschland möglich sein sollte, private Krankenhäuser gewinnorientiert zu betreiben. Ich finde es wichtig zu unterscheiden, ob privat oder gemeinnützig, denn es sind die privaten, gewinnorientierten Träger gemeint. Aber wie gesagt, ich denke, das ist nicht auszuschließen. Wenn man es politisch wollte, darauf hatte ich auch hingewiesen, kann ein Blick in die Vergangenheit hilfreich sein. In den Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips waren Krankenhäuser als Anlageobjekte für private Investoren nicht interessant, weil ein Kosten-Leistungs-Nachweis vorgelegt werden musste. Überschüsse in einem Budgetjahr wurden in der Regel im nächsten Jahr ausgeglichen. Man kann auch an den Zahlen ablesen, dass die Privatisierung öffentlicher Kliniken oder großer Allgemeinkrankenhäuser erst in den 1990er Jahren als Folge der Budgetdeckung langsam begann. Sie hat im Vorfeld des DRG-Systems deutlich zugenommen. Wenn man die Interviews mit führenden Managern aus dem Bereich liest und ihnen zuhört, dann orientieren diese sich sehr stark daran, wie sich die Krankenhausfinanzierung und die Finanzlage der Kommunen zukünftig entwickelt, d. h. ob in Zukunft weitere, insbesondere kommunale Krankenhäuser privatisiert werden können. Deshalb denke ich, wenn man diesen Weg gehen wollte, wäre es sinnvoll, bei der Krankenhausfinanzierung anzusetzen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den Sachverständigen Hartmut Reiners. Welche Strukturprobleme sehen Sie in der Gesundheitsversorgung in Deutschland und wie bewerten Sie den Reformbedarf im Hinblick auf die Versorgungsplanung und die Investitionsfinanzierung?

ESV Hartmut Reiners: Ich habe es in meiner Stellungnahme deutlich gemacht. Die Strukturprobleme sind bekannt. Es wird schon seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten darüber diskutiert, dass wir eine strikte Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung haben, die den Anforderungen in der Medizin schon lange nicht mehr gerecht wird. Das ist auch eines der Probleme der Krankenhäuser. Als Betriebe werden ihnen kaum angemessene Mög-

lichkeiten bereitgestellt, um sich diesen neuen Verhältnissen anzupassen. Der Gesetzgeber hat durch eine Reihe von Maßnahmen, auch im Bereich der Vergütung, versucht, die Durchlässigkeit zu erhöhen. Ich nenne hier das Stichwort § 116b SGB V, also ambulantes Operieren bzw. hochspezialisierte Leistungen und so weiter. Ich verweise auf den Krankenhausreport des wissenschaftlichen Institutes der AOK, in dem in einem wirklich sehr lesenswerten Beitrag von Jürgen Wasem und von Herrn Leber sehr deutlich gemacht wird, dass mittlerweile ein völlig intransparentes Vergütungssystem entstanden ist. Daraus resultiert meine Position: Es ist falsch zu glauben, man regelt alles über finanzielle Anreize und Vergütungen. Wir brauchen eine neue Form des Sicherstellungsauftrages und der Bedarfsplanung und zwar in der Form, wie es bereits vor fünf Jahren in einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz gefordert wurde. Weshalb daraus nichts geworden ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Ich bin seit der Zeit pensioniert.

Abg. Heiko Schmelzle (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Das DRG-System ist ein sogenanntes lernendes System. Das heißt, Veränderungen in den Leistungs- und Kostenstrukturen der Krankenhäuser werden empirisch erfasst und in der Kalkulation abgebildet. Zusätzlich gibt es flexible Instrumente, um Behandlungskosten abzubilden, die mit einheitlichen Bewertungsrelationen nicht sachgerecht abgebildet werden können. Beispiele sind Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte oder das mit dem Krankenhausstrukturgesetz erweiterte System von Zu- und Abschlägen. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Forderung, das DRG-System abzuschaffen und das Selbstkostendeckungsprinzips durch Erstattung krankenhausindividueller Kosten wieder einzuführen?

SV Jürgen Malzahn (AOK-Bundesverband): Die Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips würde die aufgeworfenen Fragestellungen, wie zum Beispiel das Thema Investitionskostenfinanzierung, die in dem Antrag behandelt werden, in keiner Weise lösen. Das DRG-System hat als lernendes System zahlreiche Möglichkeiten, wie es mit den Herausforderungen, die bereits vielfach von meinen Vorrednern beschrieben wurden, zum Beispiel die Pflegepersonal-Themen und ähnliches, umgehen kann. Ich glaube ganz sicher, dass wir die



Transparenz, die durch das DRG-System geschaffen wird, benötigen, um, soweit wir uns auf Einzelhausebene bewegen, strukturellen Problemen in der stationären Versorgung nachzugehen. Aber auch für die Planung muss man genau wissen, welche Leistungen an welchem Ort erbracht werden. Die Grundlage für beides ist eine exakte Codierung dessen, was man tut, damit man weiß, welche Leistungen in welchem Umfang zu welchen Preisen erbracht werden können. Wenn man durch ein pauschales Selbstkostendeckungsprinzip die Preise verwischt, wird die Codierung relativ schnell nicht mehr den hohen qualitativen Anforderungen entsprechen. All diese Dinge, also Qualitätssicherung, Planung, aber auch bestimmte strukturelle Probleme in einzelnen Bereichen der Klinikführung, werden dann nicht mehr exakt adressierbar sein, sondern verwässert. Das sehe ich als eine große Gefahr an.

Abg. **Sabine Dittmer** (SPD): Meine Frage richtet sich wieder an das InEK. Bei der Einführung des DRG-Systems wurden konkrete Ziele gesetzt. Ich würde Sie bitten, diese noch einmal zu erläutern und zudem zu berichten, welche Erkenntnisse Sie aus Ihrer parallel stattfindenden Begleitforschung gewonnen haben und wie Sie diese gewonnen haben.

SV **Dr. Michael Rabenschlag** (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Ich möchte meine Antwort auf zwei oder drei Kernpunkte beschränken. Ich glaube, der allerwichtigste oder mit einer der zentralen Aspekte, das hat im Prinzip mein Vorredner vom AOK-Bundesverband schon angesprochen, ist die Transparenz. Das DRG-System hat einen wahnsinnigen Erkenntnissschub bei der Frage gebracht, welche Leistungen in deutschen Krankenhäusern erbracht werden und wo diese erbracht werden. Dadurch kann man genau erkennen, worüber wir eigentlich reden. Wir haben eine Vergleichbarkeit geschaffen. Das ist eine Basis, auf der man dann auch andere Maßnahmen wie Unternehmenssteuerung, Qualitätssicherung oder Krankenhausplanung aufsetzen kann. Das sind alle Instrumente, die letztendlich davon abhängig sind, dass die Leistungsbezeichner vernünftig definiert sind, damit nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden, sondern immer einheitliche Leistungen an den verschiedenen Stellen und in den verschiede-

nen Krankenhäusern. Transparenz ist eines der großen Ziele bei der Einführung des DRG-Systems gewesen. Das haben wir ganz sicher auch erreicht. An diesem Punkt möchte ich meine Ausführungen beschließen, damit noch weitere Fragen zugelassen werden können.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Dr. Rabenschlag. Wie unterscheiden sich aus Ihrer Sicht DRG-System und krankenhausindividuelle Entgelte nach dem Selbstkostendeckungsprinzip hinsichtlich Transparenz und Qualitätssicherung?

SV **Dr. Michael Rabenschlag** (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Den Unterschied kann man relativ einfach darstellen: Wenn Sie ein Entgelt haben, das sich im Prinzip am Tag orientiert, ist es vollkommen unerheblich, welche Leistung das Krankenhaus an diesem Tag erbringt. Der Patient war da und es gibt Geld dafür. So ist es früher bei den tagesgleichen Pflegesätzen gewesen. Vielleicht war es ein bisschen differenzierter. Ich habe das jetzt sehr pointiert dargestellt. Aber das ist im Prinzip der zentrale Unterschied. Wenn Sie ein DRG-System haben, haben Sie Transparenz über das Leistungsgeschehen. Sie wissen, wofür Krankenhäuser Geld bekommen haben und wie sich die Strukturen zusammensetzen. Sie haben damit auch eine Möglichkeit, innerhalb der einzelnen Krankenhäuser unterschiedliche Schweregrade der Patienten zu identifizieren und entsprechende Budgetanteile auf die Krankenhäuser zu allozieren. Sie können die Allokation der begrenzten Mittel sachgerechter nach dem Aufwand, der entsteht, um die unterschiedlichen Patienten in den Krankenhäusern zu behandeln, gestalten. Das ginge mit individuellen Entgelten nicht, weil die Leistungstransparenz fehlen würde. Das schlägt auf die Qualitätssicherung zurück. Qualitätssicherung hat auch den Fokus, dass sich der Patient informieren will. Er will sich im Vorfeld erkundigen, in welches Krankenhaus er gehen und behandelt werden will und wo er sich am besten aufgehoben fühlt. Dafür muss er zunächst wissen, was er hat, d. h. worüber er reden möchte, worüber er sich in diesem Moment informieren muss. Hierfür benötigt er entsprechende Informationen. Das muss funktionieren. Dafür benötigt man entsprechende Leistungsbezeichner. Diese stellt das DRG-System zur Verfügung. Individuelle Entgelte können das nicht



und brauchen es im Grunde genommen auch gar nicht. Wir würden einen massiven Transparenzverlust erleiden, würde man auf individuelle, tagesbezogenen Pflegesätze zurückfallen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Braun. Von Ihnen würde ich gerne wissen, ob nach den vielen Erfahrungen, die wir bislang mit DRG gemacht haben, diese abgeschafft werden sollten. Welche Maßnahmen würden Sie vorschlagen, um eine patientengerechte Versorgung in den Krankenhäusern zu erreichen?

ESV **Dr. Bernhard Braun**: Das, was ich Ihnen jetzt sage, stützt sich auf meine eigene empirische Forschung seit Anfang der Nuller-Jahre, also noch vor Einführung der DRG, bis in die letzten Jahre. Ich stütze mich vor allen Dingen auf die sozialwissenschaftliche Forschung, d. h. auf die schriftliche und mündliche Befragung von Beschäftigten, z. B. von Pflegekräften, Ärzten oder Verwaltungsangehörigen. Wir haben ihnen teilweise identische Fragen gestellt, damit wir die Veränderungen abbilden konnten. Nach meinem Eindruck haben sich in diesem Zeitraum vier Phänomene oder vier Prozesse in eine eher unerwünschte Richtung entwickelt. Das erste Phänomen im Krankenhaus ist, dass über den gesamten betrachteten Zeitraum die Unter- und Überversorgung in den unterschiedlichen Fachgebieten zugenommen hat – über Knie- und Hüftimplantationen ist bereits vor einiger Zeit öffentlich diskutiert worden. Aus der Unter- bzw. Überversorgung resultieren ökonomische Nachteile, aber auch Nachteile für Patienten und Beschäftigte. Letztere sagen, sie hätten den Eindruck, dass sie aus ökonomischen Gründen, also auf Grund von Anreizen des DRG-Systems, Unter- oder Überversorgung betreiben würden. Ich erinnere an die Erhebung von Prof. Wasem. Er hat Chefärzte und Oberärzte, aber keine Assistenzärzte, befragt und diese haben im Prinzip die genannte Entwicklung bestätigt. Das zweite Phänomen, das mindestens zweimal empirisch festgestellt wurde, ist die Verschiebung der Versorgung. Eigentlich akut behandlungsbedürftige Patienten wurden in Einrichtungen der Rehabilitation verlegt, erhielten aber keine REHA-Maßnahmen, weil sie weiterhin akut behandlungsbedürftig waren. Das wurde durch die REDIA-Studie belegt. Ob das Phänomen noch existiert bzw. sich weiterentwickelt hat, wissen wir mangels empirischer

Studien nicht. Aber vermutlich ist es nicht vollkommen verschwunden. Ein dritter Punkt, den ich als DRG-assoziiert einstufe, ob er kausal ist, kann ich Ihnen nicht sagen, weil es in diesem Bereich keine Kausalanalysen gibt, ist, dass der Anteil der Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten permanent zunahm. Das heißt, wir haben im Moment die Situation, dass hochqualifizierte Beschäftigte nach eigenem Bekunden ungefähr 50 Prozent ihrer Arbeitszeit für patientenferne Tätigkeiten aufwenden. Wie gesagt, es gibt hier eine ansteigende Tendenz seit Einführung der DRG. Als ein weiteres Phänomen haben wir mehrfach festgestellt, dass die Diskrepanz zwischen den professionellen Standards und dem Selbstverständnis der Beschäftigten, also der Ärzte und Pflegekräfte, und der Wirklichkeit wächst. Diese Diskrepanz oder Dissonanz, je nachdem, wie man das Phänomen beschreiben will, hält kein Beschäftigter ewig aus. Es gibt für ihn dann nur zwei Optionen: Exit oder Anpassung an die Wirklichkeit. Der letzte Punkt: Seit 1999 wird den Beschäftigten immer wieder die Frage nach der Rationierung gestellt – zum Beispiel auch von Herrn Busse. Es stellt sich heraus: Der Anteil der Beschäftigten, die sagen, dass sie implizierte Rationierung betreiben und gesundheitlich notwendige Leistungen nicht mehr erbringen, nimmt zu. 70 Prozent sagen, dass sie mit Patienten und Angehörigen nicht mehr reden können. 40 Prozent sagen, dass die evidenzbasierte notwendige Aktivierung von Patienten oder die Überwachung von vulnerablen Patienten nicht mehr funktioniert. Das alles hängt mit den DRG zusammen. Sicherlich ist es auch durch andere Faktoren erklärbar. Ich möchte nicht über Prozente streiten, aber die DRG sind ein starker Erklärungsbeitrag. Alternativ ist klar, dass die Forderung, DRG müssen abgeschafft werden, nicht ausreicht. Es muss auf jeden Fall, insbesondere im Bereich der Pflege, eine ganze andere quantitative und qualitative Personalausstattung vorhanden sein. Die Strukturveränderung, die Herr Reiners aufgezeigt hat, nämlich das prinzipielle Problem des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung, muss ebenso geklärt werden, wie das ewige und leidige Thema der Investitionsfinanzierung. Ich komme aus Bremen. Dort wird für Baumaßnahmen eine halbe Milliarde Euro überwiegend nicht aus Investitionsmitteln des Landes zur Verfügung gestellt, sondern aus der laufenden Behandlung abgezweigt. Dieses Geld fehlt bei der Behandlung von Patienten. Deshalb muss über diese



Dinge gesprochen werden. Das habe ich in meiner Stellungnahme dargelegt.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Verband der Universitätsklinika. Welchen Bedarf zur Weiterentwicklung oder Veränderung oder Abschaffung des DRG-Systems sehen Sie?

SV **Ralf Heyder** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Im Wesentlichen sehen wir fünf Punkte, an denen man konkret arbeiten kann. Der erste Punkt ist, dass man das DRG-System um eine Investitionskomponente ergänzt. Das heißt, in die Teil- oder Vollmonistik in der Form einzusteigen, dass für die Krankenkassen das, was sie heute bereits indirekt tun, nämlich mit Kassenn Mitteln die vorhandenen Investitionslücken schließen, formal nachgezogen wird. Der zweite Punkt ist, das ist heute bereits mehrfach geäußert worden, dass aus unserer Sicht das DRG-System dringend einer aktiven krankenhauspolitischen und krankenhauplanerischen Flankierung bedarf. Es ist nicht möglich, Strukturen ausschließlich über das Finanzierungssystem zu steuern und zu organisieren. Sie benötigen an einer Stelle im System jemanden, der den Prozess normativ und gesellschaftlich begleitet. Das Instrument ist die Planung, wenn es um Themen wie die Bildung von Zentren, Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern oder die Sicherstellung der Notfallversorgung geht. Drittens muss nach unserer Einschätzung perspektivisch der Blick des Vergütungssystems im Krankenhausbereich auch um die Frage der sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen und damit zu koppeln den Vergütungsmodellen erweitert werden. Diese Diskussion wird auf uns zukommen. Wir haben zunehmend das Problem, dass wir in der Vor- und Nachsorge von Patienten ambulant tätig sind, wenn deren Krankheitsepisoden von sektorenübergreifender Natur sind. Wir müssen deshalb perspektivisch die Weiterentwicklung des Vergütungssystems um sektorenübergreifende Elemente in den Blick nehmen. Der vierte Punkt ist die Lösung des Extremkostenproblems. Wir wissen, dass wir nach wie vor zwischen großen Krankenhäusern, Universitätskliniken und großen Maximalversorgern auf der einen Seite und dem Rest der Krankenhäuser auf der anderen Seite eine Verwerfung im Vergütungssystem haben. Letztere werden im DRG-System besser finanziert, während Universitätskliniken und Maximalversorger extreme Kostendefizite haben. Für die Unikliniken können wir das auch quantifizieren. Es

sind, hochgerechnet auf Basis dessen, was im letzten Extremkostenbericht berechnet worden ist, rund 100 Millionen Euro, die hier fehlen. An dieser Stelle besteht Handlungsbedarf. Ich komme zum fünften und letzten Punkt. Wir benötigen im DRG-System eine bessere Finanzierung der Vorhaltung. Derzeit wird die Vorhaltung nur in Ausnahmefällen finanziert. Das DRG-System finanziert ausschließlich Leistungen. Warum ist das ein Problem? Weil wir nicht das eine Krankenhaus haben. Es gibt vielmehr eine große Zahl sehr unterschiedlicher Krankenhausstrukturen und Rollen von Krankenhäusern im Versorgungssystem. Wir haben hochspezialisierte kleine Fachkliniken, die auf elektive Leistungen ohne Notfallversorgungsauftrag spezialisiert sind. Wir haben kleinere Grund- und Regelversorger auf dem Lande, die maximal breit arbeiten und auch die Notfallversorgung für die ansässige Bevölkerung organisieren müssen. Wir haben große, kommunale Maximalversorger mit einem maximalen Behandlungsangebot und wir haben Universitätskliniken, die zusätzlich noch Forschung und Lehre sicherstellen müssen. Aus unserer Sicht wird es zwischen diesen Strukturen immer eine unterschiedliche Belastung mit Vorhaltekosten geben, die im DRG-System nicht perfekt ausgeglichen werden können. Diesem Umstand hat das KHSG über Instrumente wie den Sicherstellungszuschlag, den Notfallzuschlag oder die Zentrumszuschläge Rechnung getragen. Inwieweit diese Maßnahmen greifen, bleibt abzuwarten. Sie werden derzeit von der Selbstverwaltung umgesetzt. Wir sind unabhängig davon der Auffassung, dass man in jedem Fall die Diskussion weiterführen und weiter analysieren muss, ob die unterschiedlichen Arten von Krankenhäusern, über die ich gesprochen habe, im DRG-System perfekt abgebildet werden können oder ob wir nicht eine stärkere Differenzierung nach den unterschiedlichen Krankenhaustypen benötigen. Damit meine ich nicht eine Türschildfinanzierung, sondern die Finanzierung der unterschiedlichen Rollen im Versorgungssystem.

Abg. **Dr. Katja Leikert** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken zum Thema Pflegepersonal. Durch das Krankenhausstrukturgesetz werden langfristig 830 Millionen Euro für mehr Pflegepersonal zur Verfügung gestellt. Weitere Gelder werden durch die Verlängerung des Hygieneförderprogramms bereitgestellt. Zudem trägt der anteilige Tarifaussgleich im Pflegebereich zur Entlastung der Krankenhausbudgets bei. Wie beurteilen Sie vor



diesem Hintergrund die pauschale Forderung nach einer erheblichen Steigerung der Zahl der Pflegekräfte?

SV **Thomas Bublitz** (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Ich glaube, man kann die pauschale Forderung einer erheblichen Aufwertung oder Steigerung der Zahl der Pflegekräfte nicht sinnvoll begründen. Warum? Die Krankenhausversorgung ändert sich. Sie ist heute nicht mehr so wie vor 30 Jahren, sondern sie passt sich an. Wir haben einen medizinischen Fortschritt, eine massive Verkürzung der Verweildauer und neue Berufsbilder. Wir haben eine Aufgabenteilung im Gesundheitswesen oder in der Krankenhausversorgung, die wir in dieser Form nicht kennen. Das hat Auswirkungen auf die Pflege. Das heißt, die pauschale Vermutung, dass mehr Personal hilfreich ist, kann man nicht aufrechterhalten, weil dies nicht dem Veränderungsprozess entspricht. Wir sehen das auch in anderen Berufsbildern. In allen Bereichen nimmt die Arbeitsverdichtung zu. Wir tun die Dinge heute nicht mehr so, wie wir sie vor 20 Jahren getan haben. Das ist einfach so. Das merken Sie im Büro und das merkt man eben auch in der Pflege. Noch einmal zusammengefasst: Die Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern, auch in der Patientenversorgung, sind so unterschiedlich, dass man mit dieser pauschalen Forderung nichts Ernsthaftes und nichts Sinnvolles erreichen kann.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage möchte ich gerne an ver.di richten. Mit dem Pflegestellenförderprogramm, dem Hygienestellenförderprogramm, dem Pflegezuschlag und der Einrichtung der Expertenkommission Pflege im Krankenhaus hat der Bundesgesetzgeber im Krankenhausstrukturgesetz auf den dringenden Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals reagiert. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie darüber hinaus?

SV **Nico Stumpfögger** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir denken, dass die genannten Maßnahmen in die richtige Richtung gehen, aber überhaupt nicht ausreichend sind. Das Pflegeförderprogramm ist halb so umfangreich wie das Programm, das wir vor etlichen Jahren hatten. Inzwischen hat sich die Situation erheblich verschlechtert. Wie man auf die Idee kommen kann,

dass es ausreicht, erschließt sich uns nicht. Außerdem ist es als Anreizprogramm ausgestattet. Das hat bereits 2009 dazu geführt, dass es nicht ausgeschöpft worden ist. Deshalb benötigen wir weitergehende Maßnahmen. Das ist für uns die gesetzliche Personalbemessung. In der Psychiatrie funktioniert die gesetzliche Personalbemessung im Interesse der Patienten und ist finanzierbar. Sie ist dringend notwendig, um die schädlichen Folgen des Wettbewerbs und des Personalabbaus zu reduzieren und um die Konkurrenzfähigkeit der Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber zu erreichen. In Zeiten von Fachkräftemangel ist es dramatisch, wie durch die Arbeitsbedingungen die Motivation der jungen Auszubildenden zerstört wird. Wir schaffen damit selbst einen Fachkräftemangel, der sich verstärkt. Wenn sie mich nach einer Idee fragen, wie man die Gewinne der privaten Krankenhäuser sinnstiftend für Patientinnen und Patienten und für Beschäftigte begrenzen und wie man Mittel umlenken kann, dann ist das die Erfindung der gesetzlichen Personalbemessung.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Baum, die zur Antwort von ver.di passt. Was halten Sie von der Einführung verbindlicher Bedarfsbemessungszahlen in den Krankenhäusern? Berücksichtigen Sie dabei bitte auch die Tatsache, dass wir einen wachsenden Mangel an Pflegekräften haben.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sind hinsichtlich der Möglichkeit, mit universalen Personalanhaltszahlen den Kliniken zu einer vernünftigen Personalausstattung zu verhelfen, sehr skeptisch. Jede Klinik, jede Abteilung, jede Station hat, selbst wenn das gleiche Türschild ist, unterschiedliche patientenbedingte und unterschiedliche organisatorische Konstellationen. Das beginnt bei der Art des Gebäudes und endet beim Personalmix. Ein System hat mehr Hilfskräfte, das andere hat mehr Ärzte. Es ist, wie gesagt, auch patientenabhängig. Insofern würden wir den Krankenhäusern damit einen absolut inflexiblen Personalbemessungsmaßstab vorgeben, der die direkte Situation nicht trifft, sondern nur in hohem Maße Inflexibilität erzeugt – ganz abgesehen von Ihrem Hinweis, dass wir eine so definierte, idealtypische Personalausstattung wahrscheinlich nicht erreichen könnten, weil das benötigte Perso-



nal nicht zur Verfügung steht. Ich möchte daran erinnern, dass in den deutschen Krankenhäusern 7.000 bis 10.000 Stellen frei sind, nicht weil diese nicht besetzt werden sollen, sondern weil das Personal nicht zur Verfügung steht. In den spezifischen Bereichen, z. B. in der Neonatologie, wo wir diesen Ansatz haben, sieht man, wie problematisch es ist, einerseits qualifizierte Personalvorgaben zu machen und andererseits entsprechendes Personal zu rekrutieren. Im G-BA wurde in einer Korrekturrunde mit den Stimmen der Kassen eine Senkung der Personalanforderungen beschlossen, weil es objektiv nicht möglich war, die entsprechende Personalausstattung zu stellen. Die Personalbemessung kann in einzelnen kleinen Segmenten hilfreich sein. Es muss aber immer sichergestellt sein, dass das Personal auch bezahlt wird. Denn eine Anforderung ohne Bezahlung geht nicht. Als universales Instrument dürfte die Personalbemessung aber völlig unbrauchbar sein. Aus diesem Grund wurde bereits in den 90-igern Jahren die PPR (Pflegepersonal-Regelung) nicht weiter verfolgt.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich bleibe bei der Personalbemessung im Pflegebereich und richte die gleiche Frage an den Deutschen Pflegerat. Würden Sie uns Ihre Einschätzung zu der Frage einer verbindlichen Personalbemessung und der Erhöhung der Vorgaben im Personalbereich erläutern?

SVe **Andrea Lemke** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Der Deutsche Pflegerat befürwortet eine vom Gesetzgeber erlassene Personalbemessung. Jedoch sollte sie nicht für alle Kliniken gleich sein. Wir stehen nicht für die Quote am Bett. Ich hatte es eingangs bereits gesagt, wir würden dafür werben, die Personalausstattung an Qualitäts- und Strukturkriterien zu knüpfen. Wir wissen die Qualitätsoffensive des Gesetzgebers zu schätzen. Aber eine Qualitätsoffensive ohne Leistungserbringer wird ins Abseits führen. Deshalb haben wir den dringenden Wunsch, die Personalausstattung an bestimmte Qualitäts- und Strukturvorgaben zu binden. Auch wenn wir in der Vergangenheit gesehen haben, dass bestimmte Vorgaben im Bereich der Neonatologie derzeit wieder zurückgeschraubt werden, weil das Personal nicht am Markt verfügbar ist. Nichtsdestotrotz sind von allen Kliniken Anstrengungen zur Neubesetzung und Qualifizierung unternommen worden. Gerade der Bereich der Neonatologie

zeigt, dass die Vorgaben zur Qualität und zur Qualifikation sinnvoll und zielführend für eine bessere Ausstattung sind.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Vertreter von ver.di, die an die letzte Frage der SPD anknüpft. Ich habe Ihrer Antwort entnommen, dass sie mitnichten die Einschätzung teilen, dass sich das Problem durch Veränderungsprozesse im Krankenhaus und in der Pflege von selbst lösen wird. Sie haben bereits gesagt, dass es eine gesetzliche Personalbemessung geben müsste und dass die bisherigen Fördermaßnahmen eigentlich nicht ausgereicht hätten. Ich würde Sie bitten, diese Aussage an Hand von Zahlen und konkreten Beispielen aus der Versorgungsrealität, die durch den verstärkten Wettbewerb entstanden ist, zu untermauern.

SV **Nico Stumpfögger** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgesellschaft): Wir sind tatsächlich europäisches Schlusslicht, d. h. wir sind bei der Personalausstattung im Pflegebereich unter den letzten. Wir fahren nachts genau dieses Modell, das Herr Leber eingangs beschrieben hat. Wir fahren ohne Co-Pilot. Wir sind nachts in 240 Krankenhäuser gegangen und haben 3.800 Stationen besucht und dabei festgestellt, dass es für mehr als die Hälfte der Beschäftigten normal ist, dass sie in der Nacht allein arbeiten und dabei nicht zehn Patienten, auch nicht 20, sondern durchschnittlich 26 Patienten betreuen. Viele sind nachts mit 30 Patienten allein. Das ist dramatisch. Wir haben auch nach der Hygiene gefragt, dazu sage ich gleich noch etwas. Wir waren auf Intensivstationen und können sagen, die Empfehlung der Fachgesellschaften, dass in der Nacht ein Verhältnis von eins zu zwei gegeben sein sollte, wird im Prinzip flächendeckend nicht eingehalten. Uns ist rätselhaft, wie man mit der Personalsituation, die wir vorgefunden haben, Intensivstationen einigermaßen sicher betreiben will. Wir haben zum Teil ein Verhältnis von Pflegekraft zu Patienten von eins zu sechs vorgefunden. Im Schnitt kommen 3,4 Patienten auf eine Pflegekraft. Das ist weit von der Empfehlung der Fachgesellschaften entfernt. Wir haben nach Sachverhalten gefragt, die Herr Braun implizierte Rationierung genannt hat. Diese gibt es. Über 50 Prozent der Pflegekräfte sagen, dass sie im Nachtdienst notwendige Leistungen weglassen müssen, weil zu wenig Personal an Bord ist. Das sind nicht irgendwelche



Leistungen, sondern Leistungen, die für die Pflege notwendig sind. Eine erschreckende Zahl von 27 Prozent antwortet auf die Frage, ob die Händedesinfektion vernachlässigt wird, mit: „Ja, wir glauben, dass wegen des Personalmangels nachts die Händedesinfektion vernachlässigt wird.“ Wir haben das Personal gefragt, ob es in den letzten vier Wochen gefährliche Situationen gegeben hat, die es selber erlebt hat. 58 Prozent haben bestätigt, dass sie in den letzten vier Wochen eine für Patienten gefährliche Situation erlebt haben. Das sind dramatische Ergebnisse für die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patienten, ganz abgesehen davon, was dies für die Beschäftigten bedeutet. Darauf bin ich bereits eingegangen. Das alles ist dramatisch, aber legal. Es darf auch noch weniger sein. Es gibt keine Grenze nach unten.

Der **Vorsitzende**: Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Sachverständige. Ich darf mich herzlich bedanken. Die Themen Personalbemessung, teimonistische Finanzierung, DRG, sektorenüber-

greifende Versorgung, Zuschlagsystem im Krankenhausstrukturgesetz und wie sich das in der Praxis darstellen wird, werden nicht nur im Gesundheitsausschuss und nicht nur im Rahmen von Anhörungen, sondern auch in der gesundheitspolitischen Diskussion zu beraten sein. Diese Themen werden uns wahrscheinlich immer beschäftigen, weil das Krankenhaus ein sozialpolitisches Thema schlechthin ist. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag, kommen Sie gut nach Hause.

Schluss der Sitzung: 17.33 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender