

Beschlußempfehlung und Bericht **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)**

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.**
– Drucksache 13/3061 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996

- b) **zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Klaus Kirschner,**
Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 13/3039 –

Entwurf eines Gesundheitsstruktur-Konsolidierungsgesetzes

A. Problem

- a) Die Ausgaben im Krankenhausbereich sind in den Jahren von 1993 bis 1995 deutlich stärker gestiegen als die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen, in den alten Bundesländern nahezu doppelt so stark. Ein großer Teil des Defizits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im ersten Halbjahr 1995 in Höhe von 5,4 Mrd. DM ist auf die Ausgabenentwicklung in der stationären Versorgung zurückzuführen. Für 1996 ist wieder mit einer überproportionalen Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor zu rechnen. Deshalb müssen die Krankenhausausgaben des Jahres 1996 durch den Gesetzgeber stabilisiert werden.
- b) Mit dem Ende des Jahres 1995 läuft die sektorale Budgetierung der Krankenhausausgaben aus. Die strukturellen Reformmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 sind bisher nicht in vollem Umfang von der Bundesregierung umgesetzt worden. Mit einem spürbaren Ausgabendefizit der Krankenkassen in Höhe von bis zu 8 Mrd. DM und mit einem nahezu flächendeckenden Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb im Jahre 1996 zu rechnen. Die Folge ist eine abermalige Steigerung der Lohnnebenkosten.

B. Lösung

Als auf ein Jahr befristete Sofortmaßnahme werden die Erlöse der Krankenhäuser im Jahre 1996 höchstens um die lineare Steigerungsrate der Vergütung nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag erhöht. Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen können berücksichtigt werden.

Mehrheitsentscheidung**C. Alternative**

Der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD verlängert die sektorale Budgetierung der Krankenhausaufgaben um ein weiteres Jahr, wobei die Budgetierungsmaßnahmen im Krankenhaussektor strikt begrenzt werden. Entsprechend der Rechtsprechung werden die Instandhaltungskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz für das Jahr 1996 den Krankenkassen übertragen.

Der Zeitrahmen von einem Jahr, um den die sektorale Budgetierung der Krankenkassenaufgaben verlängert wird, ist ausreichend bemessen, um die strukturellen Reformmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes umzusetzen und durch weitere Strukturreformen zu ergänzen.

D. Kosten

Keine. Absehbare finanzielle Belastungen der GKV in erheblichem Umfang werden vermieden.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksache 13/3061 – anzunehmen
und
2. den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache
13/3039 – abzulehnen.

Bonn, den 17. Januar 1996

Der Ausschuß für Gesundheit

Dr. Dieter Thomae
Vorsitzender

Eva-Maria Kors
Berichterstatterin

Bericht der Abgeordneten Eva-Maria Kors

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/3061 – und den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 13/3039 – in seiner 71. Sitzung am 23. Oktober 1995 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur alleinigen Beratung überwiesen. Der Ausschuß für Gesundheit hat in seiner 34. Sitzung am 24. Oktober 1995 beschlossen, am 6. Dezember 1995 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Zu dieser Anhörung waren der Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO), der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK), der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), der IKK-Bundesverband, der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. (BDPK), der Deutsche Landkreistag, der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DSTGB), Der Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, das Kommissariat der Deutschen Bischöfe, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Hartmannbund, der Marburger Bund, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Deutsche-Angestellten-Gewerkschaft, die Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) als sachverständige Verbände und Dr. Ottmar Dietz, Eugen Münch, Herwig Schirmer, Prof. Dr. Johanna Taubert, Dr. Eckhard Westphal und Prof. Dr. Detlef Zöllner als Einzelsachverständige geladen. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten schriftlichen Stellungnahmen der Sachverständigen und das Wortprotokoll der Anhörung wird Bezug genommen. Der Ausschuß hat die Beratung in seiner 38. Sitzung am 17. Januar 1996 abgeschlossen und dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der Opposition zugestimmt und den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD abgelehnt.

2. Zum Inhalt der Gesetzentwürfe

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Zur Stabilisierung der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Krankenkassen ist es notwendig, den Krankenhäusern im Jahre 1996 eine Zuwachsobergrenze vorzugeben. Wie schon in den Jahren 1993 bis 1995 stehen damit auch im Jahre 1995 den Krankenhäusern wachsende finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Zuwachsrate richtet sich nach den Tarifabschlüssen im öffentlichen Dienst. Die Einführung des neuen leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystems ab dem 1. Januar 1996 mit Fallpauschalen, Sonderentgelten und differenzierten Pflegesätzen erfolgt unabhängig von der Begrenzung der Zuwachsraten für die Krankenhäuser. Ab 1997 sollen die Ausgaben für die stationäre Versorgung in eine von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene eigenverantwortlich zu vereinbarende Gesamtvergütungsregelung einbezogen werden.

b) Gesetzentwurf der Fraktion der SPD

Die sektorale Budgetierung, die das Gesundheitsstrukturgesetz auf den Zeitraum bis Ende 1995 begrenzt hatte, wird zeitlich befristet für ein weiteres Jahr bis Ende 1996 verlängert. Gleichzeitig werden besonders ausgabenwirksame Ausnahmetatbestände der bisherigen sektoralen Budgetierung nicht wie bisher fortgeführt. Auf diese Weise wird zum einen ein sofortiger Stopp der defizitären Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht. Zum anderen wird damit für den Gesetzgeber der notwendige Zeitrahmen eröffnet, um die strukturellen Reformen des Gesundheitsstrukturgesetzes in den einzelnen Leistungsbereichen umfassend auszubauen und um gleichzeitig Steuerungsinstrumente einzuführen, die langfristig sowohl Beitragssatzstabilität als auch flexible, innovationsfreundliche Versorgungsstrukturen fördern. Während der Budgetierungsphase 1996 sollen jedoch die Krankenhäuser, die wirtschaftlich gearbeitet haben, nicht benachteiligt werden. Hierzu können von den Vertragspartnern Zu- und Abschläge vereinbart werden. Die Pflegepersonalregelung wird aufrechterhalten. Die noch umzusetzende Stufe der Pflegepersonalregelung wird auf zwei Jahre aufgeteilt.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. stellten folgendes fest:

Das ungebrochene Wachstum der Krankenhausaussgaben und damit des größten Ausgabenblocks der Krankenversicherungen mit jährlichen Steigerungsraten der Ausgaben, die deutlich über dem Wachs-

tum der Einnahmen liegen, seien nicht länger akzeptabel, wenn man wirklich noch ernsthaft von Beitragssatzstabilität in der Krankenversicherung sprechen wolle. Stabile Beitragssätze seien jedoch vor dem Hintergrund der Probleme in allen anderen Zweigen der Sozialversicherung unverzichtbar.

In der Konzierten Aktion habe man gemeinsam ohne Gegenstimme den Beschluß gefaßt, daß, nachdem die prozentualen Ausgabesteigerungen im Krankenhausbereich in den Jahren 1993 bis 1995 weit über der Entwicklung der Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung gelegen haben, die Ausgaben im Bereich des Krankenhauses nicht stärker steigen sollen als die Löhne und Gehälter der Versicherten. Dies sei an die Voraussetzung geknüpft, daß die gesetzlichen Ausnahmeregelungen beendet würden und die Finanzierung der Erhaltungsinvestitionen geregelt werde. Deshalb werde der Gesetzentwurf vorgelegt.

Die finanziellen Mittel für die stationäre Versorgung sind in den Jahren der festen Budgetierung in den alten Bundesländern um ca. 18% und in den neuen Bundesländern um ca. 40% gestiegen. Zudem sind den Krankenhäusern die in den Jahren 1993 bis einschließlich 1995 realisierten Einsparungen vollständig verblieben.

Auch in 1996 erhalten die Krankenhäuser wieder einen Zuwachs, der durch den Gesetzentwurf in Einklang mit den gesamtwirtschaftlichen Möglichkeiten gebracht wird. Zusätzlich werden die Folgekosten erweiterter medizinischer Kapazitäten, die 1996 aufgrund der Krankenhausplanung erstmals anfallen, berücksichtigt. Angesichts des erreichten hohen finanziellen Niveaus und der vielfältigen Einsparmöglichkeiten in der stationären Versorgung halten die Koalitionsfraktionen weitere Ausnahmen für zusätzliche finanzielle Mittel für nicht erforderlich.

Nach wie vor gibt es noch nicht oder zu wenig genutzte Möglichkeiten für Einsparungen. Das betrifft z. B. den Einkauf von Materialien oder die interne Organisation einschließlich Anpassung des Leistungsspektrums.

Ein weiterer großer und bislang unzureichend genutzter Bereich für Einsparungen im Krankenhaus kann und muß erschlossen werden, indem die klaren Vorgaben des § 39 SGB V konsequent eingehalten werden. Die gesetzlich ausdrücklich vorgeschriebene Vorrangigkeit der ambulanten Behandlung muß konsequent befolgt werden. In die Krankenhäuser dürfen keine Patienten aufgenommen werden, die ambulant behandelt werden können. Die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. erwarten, daß die niedergelassenen Ärzte ihren Versorgungsauftrag konsequent ausfüllen und die ambulanten Versorgungsstrukturen optimiert werden. Soweit Leistungen, die im Katalog der ambulanten Operationen aufgeführt sind, weiterhin von den Krankenhäusern stationär erbracht werden, müssen diese Krankenhäuser in eine besondere Rechtfertigungspflicht und Überprüfung genommen werden. Die Möglichkeiten zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer durch vor- und nachstationäre Behandlung müssen ebenfalls konsequent genutzt werden.

Darüber hinaus ermöglicht die neue Pflegeversicherung den Krankenhäusern, Pflegepatienten früher zu entlassen oder nicht aufzunehmen und damit Fehlbelegungen und Verweildauer abzubauen. Die im Gesetzentwurf zur Pflegeversicherung vorgesehene Entlastung des Krankenhausbereichs in einer Größenordnung von 2,7 Mrd. DM muß realisiert werden. Die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. erwarten, daß erste spürbare Entlastungen bereits 1996 eintreten und diese gemäß § 17 KHG in den Pflegevereinbarungen ihren Niederschlag finden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. stellten fest, daß nach dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD die Ausgaben im Krankenhausbereich ebenfalls für 1996 budgetiert werden sollen, wobei das Budget allerdings an die gesamte Lohnentwicklung angebunden werden solle und nicht an die Tarife im öffentlichen Dienst, wie es die Koalition vorschläge. Weiter solle eine Budgetierung für alle Sektoren erfolgen. Hierzu sei zu sagen, daß die Budgetierung im Arzneimittelbereich ohnehin weiterlaufe.

Im Bereich der Fahrtkosten und Kuren habe die Budgetierung in den vergangenen Jahren nicht gewirkt, weil die Länder, die Kommunen und die Krankenkassen die Budgetierung nicht eingehalten hätten. Sie hielten es für nicht sehr sinnvoll, eine Budgetierung fortzuschreiben, die nicht gewirkt habe. Hier seien andere Maßnahmen notwendig.

Die Honorare der Vertragsärzte wie auch die der Vertragszahnärzte hätten sich in den vergangenen Jahren innerhalb der allgemeinen Einkommensentwicklung bewegt. Beide Gruppen hätten in der Konzierten Aktion Beschlüsse gefaßt, von denen kein Druck auf die Beitragssätze ausgehe. Jetzt müsse man sich einmal daran gewöhnen, daß dann, wenn etwas freiwillig und im Wege der Selbstverantwortung funktioniere, die Politik kein Recht habe, die Beteiligten noch mit Paragraphen zu überziehen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD erklärten, der Gesetzentwurf enthalte die auch von ihnen vorgeschlagene Budgetierung der Ausgaben im Krankenhausbereich. Die Koalition mache hier etwas, was die Fraktion der SPD schon seit geraumer Zeit gefordert habe. Wenn die Koalition aber diesen Weg einschläge, dann müsse sie auch konsequent sein und die Budgetverlängerung auf die anderen Sektoren ausdehnen.

Die beitragszahlenden Versicherten müßten vor einer neuen Welle der Erhöhung ihrer Krankenversicherungsbeiträge und die Unternehmen vor abermals gestiegenen Lohnnebenkosten bewahrt werden. Was für den Krankenhausbereich mit einer Verlängerung des Budgets grundsätzlich gut und richtig sei, könne für die anderen Sektoren nicht grundsätzlich falsch sein, zumal das für die vergangenen Jahre gut funktioniert habe. Ihre Fraktion habe immer wieder warnend darauf hingewiesen, daß die Blockade der vollen Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes ab Januar 1996 eine neue Kostenwelle provoziere.

Es werde von seiten der Koalition darauf hingewiesen, daß eine Verlängerung des Budgets im ambulanten Bereich überflüssig sei, weil dort vertragliche Vereinbarungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen getroffen worden seien. Wenn diese einnahmeorientierte Ausgabenbegrenzung vertraglich vereinbart worden sei, dann sei zu fragen, was dagegen spreche, diese Vereinbarungen in eine gesetzliche Regelung aufzunehmen. An den Tatsachen würde sich dadurch nichts ändern. Es sei zu befürchten, daß das vertraglich vereinbarte Budget nicht eingehalten werde.

Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stelle der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. einen weiteren Mosaikstein der Entwicklung dar, die in eine völlig falsche Richtung gehe. Als letztes Ziel werde eine Amerikanisierung des Gesundheitswesens angestrebt, was sie entschieden ablehnten. In zehn Jahren werde man die deutsche Krankenhauslandschaft nicht mehr wiedererkennen können.

Die Qualität der stationären Versorgung laufe Gefahr abzusinken. Den Krankenhäusern werde mehr und mehr die Möglichkeit genommen, entsprechend ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilzunehmen. Dies gehe ganz eindeutig zu Lasten der Versicherten.

Das Mitglied der Gruppe der PDS erklärte, der vorliegende wie auch andere in Hektik erstellte Gesetzentwürfe der Koalition zeige, daß sie weder willens noch fähig sei, sachgerecht zu handeln. Die Koalition stecke im Sumpf einer engstirnigen Klientel- und Interessenvertretungspolitik. Diesen Umständen habe man es zu verdanken, daß die seit langem mit nicht geringem Pathos angekündigte Gesundheitsreform nur noch scheinbar präsentiert werde.

B. Besonderer Teil

Klarstellungen zu Sondertatbeständen

1. Krankenhausplanung

Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 sind zugunsten des Krankenhauses im Budget Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen zu berücksichtigen, soweit diese aufgrund der Krankenhausplanung des Landes erstmals für das Jahr 1996 wirksam

und nicht durch einen anderweitigen Kapazitätsabbau ausgeglichen werden. Aus der Bezugnahme auf die „Krankenhausplanung“ folgt, daß der Sondertatbestand auch erfüllt sein kann, wenn der Krankenhausplan selbst nicht geändert worden ist. Auf diese Weise wird der unterschiedlichen Handhabung der Krankenhausplanung in den einzelnen Ländern Rechnung getragen. Während manche Länder in ihren Krankenhausplänen äußerst detaillierte Festlegungen vorsehen, beschränken sich andere Länder auf Aussagen im Krankenhausplan zur Bettenkapazität, zum Fachrichtungsspektrum sowie zur Versorgungsstufe eines Krankenhauses. Nach Auffassung des Ausschusses wäre es nicht sachgerecht, wenn den Krankenhäusern in den Ländern, die auf Detailvorgaben im Krankenhausplan verzichten, daraus finanzielle Nachteile entstünden. Ausreichend ist es, wenn die zusätzlichen Kapazitäten für medizinische Leistungen in Übereinstimmung mit den krankenhaushausplanerischen Festlegungen des Landes genutzt werden.

Darüber hinaus hat der Ausschuss das Verhältnis dieses Sondertatbestandes zur Investitionsförderung des Landes erörtert. Der Ausschuss stellte einhellig fest, daß die Krankenhausplanung des Landes ein dynamischer Prozeß ist, der nicht nur im eigentlichen Krankenhausplan zum Ausdruck kommt, sondern z. B. auch in einem Förderbescheid des Landes auf der Grundlage des Investitionsprogrammes, da dieses in einem engen Zusammenhang mit dem Krankenhausplan selbst steht. Finanziert werden allerdings nur die änderungsbedingten laufenden Mehrkosten.

Die Regelung gilt entsprechend für Hochschulkliniken, an deren Planung und Investitionsförderung neben dem jeweiligen Bundesland auch der Bund beteiligt ist.

2. Pflege-Personalregelung

Folgekosten von Veränderungen des Leistungsangebots nach Maßgabe der Krankenhausplanung, die 1995 erst im Laufe des Jahres umgesetzt worden sind und somit 1996 erstmals ganzjährig anfallen, führen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 zu einer entsprechenden Erhöhung des Budgets für 1996. Entsprechendes muß nach Auffassung des Ausschusses auch für das erst im Laufe des Jahres 1995 aufgrund der Pflege-Personalregelung eingestellte Personal gelten; derartige Stellen müssen 1996 ganzjährig finanziert werden.

Bonn, den 17. Januar 1996

Eva-Maria Kors

Berichterstatlerin

