

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
96. Sitzung

Berlin, den 28.01.2013, 11:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung

zu den Änderungsanträgen 2 und 3 auf A.-Drs. 17(14)367 zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG)

BT-Drucksache 17/11267

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sitzungsbeginn: 11:01 Uhr

Die **Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich darf Sie herzlich zu unserer 96. Sitzung begrüßen. Gegenstand der einstündigen Anhörung sind die Änderungsanträge 2 und 3 zum Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz. Es geht um Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Zielvereinbarungen. Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU, die 23 Minuten Fragezeit hat, dann folgt die Fraktion der SPD mit 14 Minuten und die Fraktion der FDP mit neun Minuten, die Fraktion DIE LINKE. schließt sich mit sieben Minuten an. Den Abschluss macht die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit sieben Minuten Fragezeit.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Für wie wünschenswert halten Sie eine Regelung zu den Bonusverträgen für Ärzte, insbesondere für Chefärzte? Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband, die DKG und die Bundesärztekammer.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Menge und Mengenentwicklung sind im Augenblick tatsächlich ein Problem. Ein Drittel davon ist demografisch zu erklären. Es gibt drei Gründe für eine solche Entwicklung. Erstens: Überkapazitäten, zweitens: überhöhte Preise und drittens: ein leistungsorientiertes Vergütungssystem. Die Bonizahlungen sind eher ein Symptom dieser drei Faktoren. Es war schon immer so, dass Ärzte unabhängige Entscheidungen treffen sollten, viele kümmerten sich aber im Wesentlichen um die Privatliquidationen und den Golfplatz. Das heißt in Case-Mix-orientierten Bonizahlungen müssen wir zunächst einen sozialen Fortschritt sehen. Wie geht man damit in nächster Zeit um? Es muss angestrebt werden, dass Bonuszahlungen patientenorientiert sind. Die Gestaltung kann nicht allein der DKG und der Bundesärztekammer überlassen werden. Es sollte eine

Art ministerielle Verordnung geben. Das Wichtigste allerdings bleibt die Veränderung der Kapazitätsentwicklung. Das wird erst zu Beginn der nächsten Legislaturperiode geschehen können. Außerdem sollte im Wahljahr am Preis – vor allen Dingen am Landesbasisfallwert – nichts verändert werden. Schließlich bleibt eine behutsame Überprüfung der Anreize. Ähnlich wie im Kreditwesen sollten diese Vereinbarungen einer ministeriellen Genehmigung unterliegen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sehen keine Notwendigkeit für einen solchen Eingriff des Gesetzgebers. Hinter dem Ansatz steht die Annahme, der Krankenhausarzt indiziere gegen seine ärztliche Verantwortung nicht erforderliche medizinische Leistungen. Dann wäre jedoch das ganze System in Misskredit zu nehmen. Diese seitens des Gesetzgebers ausgesprochene Vermutung, dass das Geld die Leistung steuert, ist in anderen Bereichen zu 100 Prozent verwirklicht: Das ganze Einzel Leistungsvergütungssystem des niedergelassenen Bereiches oder das damit eng verbundene System der Belegärzte, die ihre Patienten in den Krankenhäusern operieren. Wenn die o.g. Vermutung besteht, muss breiter angesetzt werden und nicht nur bei dem kleinen Bereich der Krankenhausärzte, bei denen die Leistungserbringung nach Einweisung durch niedergelassene Ärzte, nach dem Mehraugenprinzip und mit vielen Sicherheitsmargen erfolgt. Wir haben Qualitäts sicherungsmaßnahmen, gerade im Bereich Hüft- und Knieoperationen, die die Indikationsstellung abfragen. Dort gibt es keinerlei Erkenntnisse, dass Bonusverträge Anreize in sich tragen, in die Menge zu gehen. Wir sehen gleichwohl die gesamtgesellschaftlich problematische Diskussion an dieser Stelle. Aus dieser Diskussion heraus und vor dem Hintergrund der Transplantationsdiskussion, nicht aber aus der Überzeugung, dass dadurch Fehlanreize entstünden, haben wir unseren Krankenhäusern empfohlen, Art und

Anzahl von Leistungen nicht zum Gegenstand solcher Verträge zu machen. Im März soll unser Vertragssystem dahingehend angepasst werden. Dass die DKG und die Bundesärztekammer vom Gesetzgeber verpflichtet werden, einvernehmlich ein Serviceangebot der DKG an die Krankenhäuser zu vereinbaren, sehen wir als Systembruch im SGB V. Mir ist keine einzige Regelung im gesamten Bereich der Qualitätssicherung des G-BA bekannt, wo es eine einvernehmliche Einbeziehung gibt. Es gibt nur die Beteiligung, d. h. am Ende entscheiden die Verantwortlichen. Hier in diesem Bereich ist eine einvernehmliche Einbeziehung natürlich nicht unproblematisch. Der Gesetzgeber setzt aber mit seinen Formulierungen nur bei Art und Anzahl der Leistungen an. Ich interpretiere Ihren Gesetzentwurf daher so, dass die Einbeziehung von leitenden Ärzten in die Mitsteuerung von Personalkosten, Sachkosten und gesamtwirtschaftlichen Größen weiterhin gewünscht wird. Wenn Krankenhäuser unterschiedlich verfahren, hätte ich Bedenken, dass der einzelne Arzt schnell identifiziert ist. Ein Handchirurg ist nur einer und wenn das im Qualitätsbericht veröffentlicht wird, dann ist jede Form von Datenschutz für diesen Mitarbeiter aufgehoben. Das ist ein Problem, das ich bei der Regelung sehe.

Sve Dr. med. Annette Güntert (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer begrüßt diese Regelung – entgegen den Vorstellungen meines Vorredners – außerordentlich. Wir haben vor 2002 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft derartige Chefarztverträge empfohlen und auch ausformuliert. Seit 2002/2003 hat die DKG die Bonizahlungen an der Einhaltung von ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen formuliert. Wir haben uns seitdem sehr deutlich dagegen ausgesprochen und haben aufgrund der aktuellen Entwicklung im letzten Jahr aus eigener Kraft versucht, diese Verträge und diese Empfehlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ändern. Wir haben entsprechende Kriterien entwickelt und sie der Deutschen Krankenhaus-

sellschaft mitgeteilt. Wir sind der Auffassung, dass durch diese Gesetzesmaßnahme der Ökonomisierung der Medizin entgegengewirkt wird und die Ärzte medizinische Entscheidungen zukünftig unabhängiger treffen können. Die Bundesärztekammer hat sich schon mit den ärztlichen Verbänden zusammengetan und entsprechende Kriterien entwickelt und formuliert. Wir sind der Meinung, dass wir das bis Ende April durchaus hinbekommen können. Herr Baum äußerte vorhin, dass er bis März entsprechende Vertragsformulierungen vorlegen könne. Wir sind allerdings der Meinung, dass in § 136a SGB V der Satz „... Empfehlung zu denjenigen Zielvereinbarungen abzugeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen ...“ missverständlich sein kann. Wir sind für eine Verdeutlichung dieses Gesetzestexts dahingehend, dass es keinen Anreiz für einzelne Leistungen geben sollte und empfehlen die folgende Formulierung: „... Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellende Zielvereinbarungen abgeschlossen sind“.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich wende mich an die Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie bewerten sie das Ziel, die Chefarztverträge in ihrer derzeitigen Gestaltung abzulösen, um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu stärken und damit die Qualität der Versorgung zu fördern?

Sve Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Auch wir begrüßen den Ansatz, die problematischen Zielvereinbarungen zu adressieren. Wir wünschen uns allerdings noch mehr Nachhaltigkeit bei der Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben. Dazu gehört, dass nicht nur die DKG und die Ärztekammer in die Ausarbeitung der Vorlagen für entsprechende Verträge einbezogen werden, sondern auch Verbraucher- und Patientenorganisationen. Vor allen Dingen wünschen wir uns aber, dass

es eine Stelle gibt, die nachhält, ob dies so eingehalten wird. Dahin könnten sich dann auch Verbraucher mit Beschwerden wenden. Wir schlagen dafür eine Clearingstelle bei der Bundesärztekammer vor, die auch problematische Vertragskonstellationen auf die Einhaltung der Vorgaben überprüfen sollte. Das Fazit ist: Es ist ein richtiger Ansatz, dem noch Nachhaltigkeit verliehen werden kann.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Dieselbe Frage – wie wünschenswert eine solche Regelung ist – richte ich an die Leitenden Krankenhausärzte. Die zweite Frage richtet sich an Herrn Spoerr. Es wird immer wieder die Forderung erhoben, man sollte diese Verträge verbieten. Aus unserer Sicht ist das verfassungsrechtlich schwierig. Wie bewerten Sie dies und wie die vorgeschlagene Regelung?

SV **Prof. Dr. Hans-Fred Weiser** (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK)): Wir begrüßen die Stoßrichtung dieser Änderungsanträge außerordentlich und sehen uns in unserem bereits 2003 begonnenen Bemühen, diese Verträge abzuschaffen oder anders zu formulieren, bestätigt. Insofern gibt es ein positives Votum des VLK. Wir haben allerdings einige Probleme mit den Formulierungen. Wie die Bundesärztekammer empfehlen auch wir für § 136a eine Präzisierung, um die Interpretationsspielräume zu verringern. Wir empfehlen ausdrücklich so zu formulieren, dass Zielvereinbarungen, die eine Qualitätssteigerung der Medizin zum Ziel haben, von den ökonomisch motivierten Zielvereinbarungen zu trennen. Des Weiteren ist uns die Empfehlung, dass Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft zu einer Vereinbarung kommen sollen, zu weich. Was passiert, wenn beide Seiten sich nicht einigen und bis April keine entsprechende Empfehlung vorlegen können. Ist dann eine Ersatzvornahme geplant?

ESV **Wolfgang Spoerr**: Wenn der Gesetzgeber für ein allgemein befürwortetes, wichtiges Anliegen in die private Vertragsfreiheit eingreift, sollte er zunächst genauso vorgehen, wie es im Änderungsantrag vorgesehen ist. Dies entspricht dem Verhältnismäßigkeitsprinzip. Mit dem vorliegenden ausgewogenen Konzept wird eine Regelung geschaffen, die bessere Chancen hat, zu praktischer Wirksamkeit zu kommen als hoheitlich regulierende Alternativvorschläge. Warum? Es geht darum, ein nur vordergründig sehr einfaches allgemeines Ziel in die Wirklichkeit umzusetzen. Versorgungspolitische und volkswirtschaftliche Ziele sind typischerweise sehr einfach. Die Realität ist allerdings außerordentlich kompliziert. Hier würden gesetzesunmittelbare Verbote das Ziel eher verfehlen. Wo liegt – am Beispiel der aktuellen Regelung – die Kompliziertheit der Realität? Wie ist es mit indirekten Steuerungswirkungen? Es gibt nicht nur die Steuerungswirkung, die jeder sofort erkennt, sondern es gibt viel intelligentere Steuerungssysteme, die indirekt arbeiten. Wie ist es mit multifinalen Steuerungsanreizen, die mit demselben Steuerungsinstrument sowohl unerwünschte als auch erwünschte Wirkungen haben? Hier bedarf es einer sorgfältigen Abgrenzung zwischen dem Zulässigen und dem Unzulässigen. Dies ist dem aktuellen Thema der Korruptionsbekämpfung ähnlich. In einer Situation, in der komplizierte Realität den klaren politischen Zielen begegnet, ist die Übertragung auf einen sachnahen, mit den Fragestellungen vertrauten und rundum vertrauenswürdigen Systemteilnehmer der erfolgversprechendste Weg. Das ist vor allem dann der Fall, wenn er mit unverbindlichen Handlungsformen und transparent arbeitet. Natürlich bedarf es eines engen Monitorings um zu überprüfen, ob die Regelung ihr Ziel wirksam erreicht. Damit knüpft der Gesetzgeber an vergleichbare Steuerungsmechanismen. Einer davon ist beispielsweise der Deutsche Corporate Governance Kodex der großen börsennotierten Aktiengesellschaften. Als abschreckendes Gegenbeispiel ist die direkt hoheitliche Regulierung der Vergütungs-

systeme im Finanzsektor nach einer Rechtsverordnung zu nennen, die zu äußerst komplexen Abgrenzungsproblemen führt. Es ist vorzugswürdiger und wirksamer, zunächst die beteiligten Kreise zur Selbstverantwortung aufzurufen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Entgegen dem, was gerade gesagt wurde, gibt es einen Konfliktlösungsmechanismus, wenn bis zum 30. April keine Einigung zustande kommt. Dann gilt, dass jedes Haus anzeigen muss, ob es für bestimmte Indikationen entsprechende Verträge hat. Wir meinen, dass damit für die Beteiligten bereits ein gewisser Druck besteht, sich zu einigen. Wie bewerten der Marburger Bund und die Bundesärztekammer diesen Mechanismus? Ist es aus Ihrer Sicht machbar, bis zum 30. April zu einer Einigung zu kommen?

SV **Armin Ehl** (Marburger Bund Bundesverband): Diese Zeitvorgabe ist zunächst einmal gut, um eine Lösung zu forcieren. Nach den bisherigen Äußerungen der DKG sind wir jedoch skeptisch, ob es einen tatsächlichen Willen zur Einigung gibt. Die DKG hat am 4. September 2012 in einem Schreiben an die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass künftig zwar auf Einzelfallregelungen verzichtet werden sollte, die grundsätzliche ökonomische Ausrichtung aber Bestandteil der Arbeitsverträge von Chefärzten bleibe. Das halten wir für problematisch. Ich möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, dass der Marburger Bund 70 bis 80 Prozent der Oberärzte vertritt und die gesamten Arbeitsverträge zur Prüfung erhält. Wir haben gemeinsam mit der Bundesärztekammer und den leitenden Ärzten bereits 1996 und 2003 auf die Problematik der Bonusverträge hingewiesen. In § 23 der Musterberufsordnung heißt es, auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis dürfe eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizi-

nischen Entscheidungen beeinträchtigt. Das bedeutet aus unserer Sicht den vollständigen Verzicht auf ökonomisch orientierte Anreizmechanismen.

SVe **Dr. med. Annette Güntert** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir halten die jetzigen gesetzlichen Vorgaben für maßvoll und adäquat. Wir haben im vergangenen Jahr schon sehr ausführlich über die Thematik diskutiert. Deshalb sehe ich, wie auch Herr Baum bereits sagte, eine gute Chance, zu einer Einigung zu kommen. Durch den gesetzlichen Druck werden die Parteien dazu gezwungen und – das hat Herr Spoerr sehr deutlich ausgedrückt – es wird eine Nachhaltigkeit implementiert, die wir im Vorfeld durchaus schon wahrnehmen. Die Vertreterin der Verbraucherzentrale hat eine Clearingstelle gefordert. Eine solche gibt es, nicht mit überprüfender Funktion, sondern als Beratungsstelle und wir werden diese, sehr basisnah, in allen Landesärztekammern einrichten. Es muss zunächst geklärt werden, welche Art von Verträgen es derzeit gibt und in einem zweiten Schritt, wie diese künftig aussehen müssen, wenn die Maßnahmen nicht greifen. Wir werden unsere Kollegen beraten und auf problematische Formulierungen hinweisen. Zweimal im Jahr trifft der sogenannte kleine Ärztetag mit allen ärztlichen Verbänden bei der Bundesärztekammer zusammen. In diesem Kreis wurden die Bonusverträge bereits diskutiert. Wir werden dort, auf der Grundlage der schon existierenden Kriterien, die mit dem Chefarztverband und dem Marburger Bund eng abgestimmt wurden, kurzfristig entsprechende Empfehlungen implementieren können. Diese werden einen großen Verbreitungsgrad innerhalb der Ärzteschaft haben. Ich bin mir sicher, dass Chefärzte und Oberärzte ihre Verträge künftig nicht unterschreiben werden, ohne sich vorab beraten lassen oder Empfehlungen der eigenen Standesorganisation zugrunde gelegt zu haben.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich bitte Herrn Spoerr um eine Einschätzung des Konfliktlösungsmechanismus.

ESV **Wolfgang Spoerr**: In der ersten Stufe ist er richtig angelegt. Wenn es so nicht funktionieren sollte, wäre es schon überraschend. Von Seiten der DKG bestand eine gewisse Zurückhaltung, die Aufgabe zu übernehmen. Es ist ehrenvoll, sich nicht nach einer Aufgabe zu drängen, aber das ist bei Behörden nach verwaltungswissenschaftlichen Erkenntnissen nicht der Fall. Man kann aber wohl trotzdem darauf vertrauen, dass es funktioniert. Wenn nicht, muss im nächsten Gesetzgebungsvorhaben nachgesteuert werden.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Herr Baum, ist es aus Ihrer Erfahrung so, dass die meisten Verträge schon jetzt sehr allgemein gefasst sind und es darin nicht um Einzelleistungen, sondern um das Leistungsvolumen einer Abteilung geht? Meines Wissens meidet man die Nennung von einzelnen Eingriffen schon seit langer Zeit. Wenn dem so wäre, ließe sich mit der gesetzlichen Maßgabe kaum etwas erreichen.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich hatte deutlich gemacht, dass hinter dem Bonusvertrag ein Zielvereinbarungssystem steht. Diese Zielvereinbarungen orientieren sich schwerpunktmäßig an der Übernahme eines Teils der ökonomischen Gesamtverantwortung, die der Gesetzgeber mit der deutlich intensivierten ökonomischen Art des Vergütungssystems in die Krankenhäuser hereingetragen hat. Er erwartet von den Krankenhäusern ein durchdrungenes ökonomisches Verhalten. Deshalb beinhalten die meisten Zielvereinbarungen einen Hinweis auf die Einhaltung von Personal- und Sachkostenbudgets innerhalb einer Abteilung und verweisen auf die Beteiligung am Erfolg des gesamten Krankenhauses. Das ist ganz im Sinne der

vom Gesetzgeber in das System implantierten Anreizmechanismen.

Dass Art und Anzahl einzelner Leistungen – wie Knie- oder Hüftoperationen – Gegenstand solcher Vereinbarungen sind, können wir nicht gehäuft beobachten. Bei der Gelegenheit möchte ich folgende Korrektur anbringen: Es hat kein von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund, der Bundesärztekammer oder dem VLK erarbeitetes Serviceangebot für die Krankenhäuser gegeben und dementsprechend auch keinen Ausstieg im Jahr 2002. Wir haben diese Serviceleistung in eigener Verantwortung angeboten. Nach unserer Beobachtung geht es im Wesentlichen um Gesamtgrößenordnungen. Der Gesetzgeber will, dass das Mitsteuern der verantwortlich leitenden Ärzte im ökonomischen Bereich erhalten bleibt und konzentriert seine Regelung deshalb nur auf Art und Anzahl einzelner Leistungen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Es besteht Einvernehmen, dass es gesetzlicher Regelungen bedarf. Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Uwe Deh. Wie beurteilen Sie die Vorschläge in den Änderungsanträgen? Sind diese Regelungen ausreichend und wenn nein, was schlagen Sie stattdessen vor?

ESV **Uwe Deh**: Die Diskussion zeigt, dass es bei der Zielsetzung, Patienten und leitende Angestellte vor Zielkonflikten zu schützen, relativ wenig Dissens gibt. Gesetzlichen Regelungsbedarf zu adressieren, geht auf jeden Fall in die richtige Richtung. Allerdings sind wir der Ansicht, dass das Ziel des wirksamen Schutzes sowohl für leitende Angestellte als auch für Patienten, mit dem Vorschlag noch nicht erreicht werden kann. Wir haben zum einen eine Situation, in der durch das Vergütungssystem betriebswirtschaftliche Anreize zur Leistungsvermehrung existieren. Zum anderen sind durch die Produktivitätsentwicklung der letzten Jahre zusätzliche variable Kapazitäten in den Krankenhäusern entstanden. Ich möchte

das nicht Überkapazitäten nennen, aber die Produktivitätsentwicklung hat nicht zu einer entsprechenden Reduzierung oder Umwidmung von Krankenhauskapazitäten geführt. Gleichzeitig begleitet die Krankenhausplanung das Vergütungssystem nicht adäquat und setzt keine entsprechenden Rahmenbedingungen. Auf diese Weise konnte überhaupt der Raum entstehen, in dem sich Mengenanreize mit den beschriebenen negativen Auswirkungen ausbreiten konnten. Nur ein Drittel des Mengenanstiegs ist demografisch zu erklären und dies zeigt die Größe des Problems. Man muss versuchen, den Konflikt zwischen rein ökonomischen Anreizen, medizinischen Grundsätzen und den Anforderungen des Patientenschutzes aufzulösen, wenn man nicht nur primär die Patienten, sondern auch Ärztinnen und Ärzte und leitende Angestellte schützen möchte. Die vorgeschlagene Lösung geht aus meiner Sicht nicht weit genug. Es ist schon deutlich geworden, dass die als freiwillig bezeichnete Serviceleistung nicht die notwendige Bindungswirkung entfaltet. Deshalb sollte man nach Möglichkeiten suchen, diese zu erhöhen. Der gesetzliche Handlungsbedarf ist unbestritten. Zielvereinbarungen von leitenden Angestellten in Krankenhäusern sollten von ökonomischen Anreizen frei sein. Wir schlagen vor, sich an einer Regelung zu orientieren, die sich im Kreditwesengesetz bewährt hat. Das ist § 25a. Hier hat der Gesetzgeber vor nicht allzu langer Zeit in einer ähnlichen Konstellation einen Lösungsvorschlag erarbeitet, der die Vergütungssysteme für leitende Angestellte im Blick hatte. Der Weg dorthin wäre eine Verordnungsermächtigung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates. Hier würde sich gegebenenfalls ein neuer § 29 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) anbieten. Einmal, weil dieser gerade frei ist und zum anderen, weil es an dieser Stelle im KHG um allgemeine Regelungen für die Krankenhausfinanzierung geht. Das KHG ist ein adäquater Ort für den Regelungssachverhalt und die betrieblichen Prozesse, d. h. die Krankenhausfinanzierung in ihren Auswirkungen. Eine solche Rechtsverordnung im KHG müsste das

Ziel haben, Details zur Vermeidung medizinisch nicht angemessener Vergütungsregelungen in den Krankenhäusern für leitende Angestellte zu regeln. § 25a Kreditwesengesetz nenne ich deswegen, weil gerade vor diesem Hintergrund die berufsrechtliche Einordnung in die verschiedenen Rechtsgefüge diskutiert worden ist und auch die Frage beantwortet wurde, ob es ein vertretbarer und angemessener Eingriff ist. Es stellt sich also die Frage, ob dieser etwas andere Lösungsweg, das Ziel, vor falsch anreizenden Zielvereinbarungen zu schützen, bei einem Sachverhalt, in dem es um leitende Mitarbeiter in Krankenhäusern und letztlich um die körperliche Unversehrtheit der Patienten geht, nachhaltig erreichen kann.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Herr Deh, Sie haben zu Recht die Bindungswirkung angesprochen. Nun wird darüber gesprochen, ob die größte Bindungswirkung durch ein gesetzliches Verbot solcher Verträge erreicht werden kann. Einige halten dies für verfassungsrechtlich zulässig, andere aber nicht, weil es sich um einen weitreichenden Eingriff in die Vertragsfreiheit handeln würde. Was ist Ihre Meinung dazu?

ESV **Uwe Deh**: Damit diese ungewollten Zielvereinbarungen verschwinden, braucht es nicht zwingend eine Verbotsnorm. Vielmehr bedarf es eines Vorgehens, das dieses Ziel erreicht. Das wäre mit einer Verordnung, die sich an § 25a Kreditwesengesetz orientiert, der Fall. Das wäre ein besserer Weg, als der juristische, der zu vielen Diskussionen führen würde. Bei der Neuregelung im Kreditwesengesetz wurde die Frage der Verhältnismäßigkeit und Eingriffsmöglichkeit geprüft. Wenn das im Finanzbereich möglich ist, sollte es beim Patientenschutz und beim Schutz leitender Angestellter in Krankenhäusern erst recht möglich sein. Ich habe eine einfache, nicht juristische Formel: Zielvereinbarungen von Ärzten sollten Zielvereinbarungen für Patienten sein.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Herr Prof. Sodan, ausgehend von dem bisher Gehörten frage ich Sie zum einen, ob die vorgeschlagenen Regelungen aus Ihrer Sicht geeignet sind, die angestrebten Ziele zu erreichen, ob Sie weitergehenden Bedarf oder andere Regelungen sehen, die man noch einfügen oder verändern sollte? Könnte es eine Verbotsdiskussion geben oder gibt es verfassungsrechtliche Gründe, die ein Verbot solcher Verträge untersagen würden?

ESV Prof. Helge Sodan: Die in Satz 2 der geplanten neuen Regelung des § 136a SGB V enthaltene Verpflichtung zur Abgabe bestimmter Empfehlungen könnte zu Grundrechtseingriffen führen. Nach Artikel 19 Absatz 4 des Grundgesetzes (GG) gelten die Grundrechte auch für inländische juristische Personen, soweit sie ihrem Wesen nach auf diese anwendbar sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist als eingetragener Verein eine mit Rechtsfähigkeit ausgestattete juristische Person des Privatrechts und kann damit Trägerin von Grundrechten sein. Die Tätigkeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird zumindest durch Artikel 2 Absatz 1 GG, also das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit als allgemeine Handlungsfreiheit, geschützt. Eine Verpflichtung zur Abgabe von Empfehlungen im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer greift in die allgemeine Handlungsfreiheit ein. Der Grundrechtseingriff könnte sich aber über die Schranke der verfassungsmäßigen Ordnung rechtfertigen lassen. Darunter ist die allgemeine Rechtsordnung zu verstehen, zu der alle Normen gehören, die formell und materiell der Verfassung gemäß sind. Zu wahren ist dabei insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Das in § 136a Satz 3 SGB V ausdrücklich genannte Ziel, durch die Empfehlungen die Unabhängigkeit medizinischer Einrichtungen zu sichern, stellt zweifellos einen legitimen Zweck dar. Für die Eignung des Mittels genügt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass mit seiner Hilfe der

gewünschte Erfolg gefördert werden kann. Das Mittel muss also nicht optimal, sondern nur zur Zweckerreichung dienlich sein. Dazu muss der Gesetzgeber nicht den Nachweis führen, dass es in der Vergangenheit durch Bonusversprechen etwa zu unnötigen Operationen gekommen ist, denn der Gesetzgeber darf auch bereits dann handeln, wenn das Ausmaß eventueller Gefahren noch nicht verlässlich abgeschätzt werden kann, selbst wenn sich die Einschätzung später als unzutreffend herausstellen sollte. Auch die Erforderlichkeit des Mittels lässt sich hier nicht bestreiten, denn ein mildereres, aber gleichzeitig effektiveres Mittel als die Verpflichtung zur Abgabe bloßer Empfehlungen kommt nicht in Betracht. Zumal auch insoweit ein grundsätzlich nicht nachprüfbarer Prognosespielraum des Gesetzgebers besteht. Die Zumutbarkeit der geplanten Regelung lässt sich schon insofern nicht verneinen, als die Deutsche Krankenhausgesellschaft bereits über Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten verfügt und die Nichtabgabe der nunmehr geforderten Empfehlungen jedenfalls für die Deutsche Krankenhausgesellschaft keine Sanktionen auslöst. Etwas missverständlich ist allerdings die in § 136a Satz 2 SGB V vorgesehene Formulierung, ich zitiere: „... Empfehlungen zu denjenigen Zielvereinbarungen abzugeben, bei denen sich finanzielle Anreize auf einzelne Leistungen beziehen.“ Im Interesse gesetzlicher Klarheit und zur Wahrung des rechtstaatlichen Bestimmtheitsprinzips schließe ich mich insoweit dem Formulierungsvorschlag der Bundesärztekammer an, der wie folgt lautet:

„... Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellende Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind“. Ich komme jetzt zur Neufassung des § 137 Absatz 3 Nummer 4 Satz 2 SGB V. Diese geplante Regelung hindert die Krankenhäuser nicht daran, von den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen bei Verträgen mit leitenden

Ärzten abzuweichen. Insofern scheidet eine Verletzung der in Artikel 12 Absatz 1 GG geschützten beruflich genutzten Vertragsfreiheit von Krankenhausträgern, die als juristische Person des Privatrechts organisiert sind, von vornherein aus. In Betracht kommt aber ein Verstoß gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht, und zwar unter dem Gesichtspunkt des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung. Danach kann der Betroffene grundsätzlich selbst entscheiden, ob, wann und wie persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gewährleistet dieses Recht auch einer juristischen Person des Privatrechts, einen Grundrechtsschutz vor Gefährdungen, die von staatlichen, informationellen Maßnahmen ausgehen können. Durch die vorgesehene Verpflichtung von Krankenhäusern zu den geforderten Erklärungen wird zwar in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung eingegriffen, soweit diese Krankenhäuser juristische Personen des Privatrechts sind. Die geplante Regelung erweist sich aber als verhältnismäßig. Sie dient dem legitimen Zweck, dass sich Patientinnen und Patienten sowie sonstige Interessierte informieren können, ob und für welche Leistungen ein Krankenhaus Zielvereinbarungen getroffen hat, die nicht mit den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft übereinstimmen. Die Vorschrift ist im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips ferner geeignet, erforderlich und zumutbar. Wie die Gesetzesbegründung zu recht hervorhebt, ist durch den Hinweis auf die Rechte Dritter klargestellt, dass es um eine abstrakte Information über die Einhaltung dieser Empfehlung zu sogenannten Bonusregelungen nicht um die Offenlegung einzelner arbeitsvertraglicher Abreden geht. Wenn dies sichergestellt ist, dann scheidet ein Verstoß gegen das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung zu Lasten leitender Ärzte demnach ebenfalls aus. Abschließend möchte ich noch kurz darauf eingehen, inwieweit ein Verbot solcher Vereinbarungen hier angezeigt ist. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf wird ein schonender Ausgleich der verschie-

denen Interessen vorgenommen. Ein Verbot wäre ein deutlich drastischerer Eingriff für den ich kaum eine Rechtfertigung sehe, dann müsste auch wirklich der Nachweis geführt werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Bonuszahlungen oder Bonusvereinbarungen und unnötigen Operationen besteht.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe zunächst eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Wie hat sich nach Ihrer Wahrnehmung die Weitergabe von ökonomischem Druck auf die Klinikärztinnen und -ärzte in den letzten Jahren entwickelt? Welche Ursachen sehen Sie dafür? Welche Möglichkeiten sehen Sie, eine qualitätsorientierte Honorierung einzuführen?

SV **Prof. Dr. Hans-Joachim Meyer** (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)): Die Vorschläge sehen wir positiv. Der ökonomische Druck ist in der Tat gegeben, dazu haben wir in den letzten Jahren mehrfach Stellung genommen. Die Indikationsstellungen in der Medizin und vor allem in der Chirurgie müssen klar patienten- und krankheitsorientiert sein. Die Anreize dürfen nicht zu einer Erweiterung der Indikationsstellung und damit zu einer Ausweitung der operativen Eingriffe führen. Das heißt, Qualität und nicht Quantität muss im Vordergrund stehen. Zu diskutieren sind die zu bestimmenden Parameter. Es gibt sogenannte harte und weiche Parameter und dazwischen muss ein vernünftiger Mittelweg gefunden werden, um ähnlich dem Vorgehen „Pay for Performance“ qualitätsorientierte Leistung abfordern zu können.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Es gibt die Befürchtung, dass die Boniverträge zu medizinisch nicht notwendigen Operationen führen könnten, weil Ärzte sich einen persönlichen Vorteil von der Erhöhung der Fallzahlen versprechen. Inwieweit haben Sie beobachten können, dass durch die DRG-Einführung auch

Boniverträge für die Kliniken attraktiver geworden sind?

SV Prof. Dr. Hans-Joachim Meyer (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)): Meiner Ansicht nach ist ein klarer Zusammenhang zwischen den Bonusverträgen und der Einführung der DRG nicht zu erkennen. Es gibt sicherlich auch operative Eingriffe, die für die Bonusregelung nicht optimal geeignet sind, vor allem die Organtransplantation. In diesem Bereich müsste man sicherlich andere Wege finden als den Anreiz durch DRG-Systeme.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. Halten Sie die Patientinnen und Patienten für ausreichend informiert, wenn die Einhaltung der DKG-Empfehlungen nur in den Qualitätsberichten veröffentlicht wird?

SVe Prof. Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser greifen in der Regel nur bei Patienten, die elektive Leistungen in Anspruch nehmen und auch nur bei dem Teil der Patienten, der sich vorab ausführlich informiert, der über einen Internetzugang verfügt und weiß, dass es Informationen gibt. Insofern ist diese Information tatsächlich nicht allen Patienten zugänglich. Es ist zu überlegen, ob die Patienten darüber in einem Gespräch noch einmal informiert werden müssten, oder ob das Arzt-Patienten-Gespräch dadurch nicht übermäßig belastet würde. Es ist mit Sicherheit die sanfteste Art der Information. Ob sie in jedem Fall ausreichend ist, sollte man im Nachgang evaluieren. Des Weiteren sind die derzeitigen Qualitätsberichte der Krankenhäuser reine Selbstangaben. Deshalb hatten wir eine erweiterte Funktion der Clearing-Stelle bei der Ärztekammer vorgeschlagen, um die Datenqualität an dieser Stelle zu erhöhen. Dies auch für den Fall, dass es zu irreführenden Angaben kommt, denn es gibt ein hohes

ökonomisches Interesse der Krankenhausleitungen an problematischen Vereinbarungen festzuhalten. Und schließlich haben die Krankenhausleitungen den größten Einfluss auf die Qualitätsberichte. Es muss also einen Mechanismus geben, aufgedeckte Probleme tatsächlich zu adressieren. Dafür muss es klare Verantwortlichkeiten geben.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Marburger Bund: Gibt es weitere ökonomische Zielgrößen, die in die Ärztehonorierung einbezogen werden?

SV Armin Ehl (Marburger Bund Bundesverband): Es gibt weitere wirtschaftliche Vorgaben, die mit einbezogen werden, wie beispielsweise den Case-Mix-Index oder Bewertungsrelationen, Personal- und Sachkosten in einer Abteilung, die Umsatzentwicklung klinischer Studien oder die allgemeine Einhaltung von Budget- und Leistungsvorgaben der Abteilung. Das sind alles nichtärztliche, nicht ausdrücklich patientenfördernde Indikatoren, die wir nicht gerne in den Arbeitsverträgen sehen. Deshalb ist unsere grundsätzliche Forderung, auf die wirtschaftlichen Vorgaben zu verzichten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Die DKG schreibt in ihrer Stellungnahme, es munde seltsam an, ausgerechnet der BÄK bei der Empfehlung der DKG ein Vetorecht zu übertragen. Wie mutet es Ihnen an, dass ausgerechnet die DKG beauftragt wird, Empfehlungen für Boniverträge zu erarbeiten?

SVe Dr. med. Annette Güntert (Bundesärztekammer (BÄK)): Die DKG hat diese Verträge in den vergangenen Jahrzehnten durchaus gemacht. Vor 2002 hatten wir ein nicht gesetzlich geregeltes Einvernehmen und Abstimmungen. Wir waren miteinander im Dialog und haben die

Verträge mitentwickelt. Als dann – auch durch die zunehmenden ökonomischen Anreize über das DRG-System – immer mehr die Einzelleistungen im Vordergrund standen und die Verträge ökonomisch ausgerichtet wurden, sind wir angestiegen. Wir befürworten deswegen die hier diskutierte Entwicklung. Wir glauben, dass die Formulierung, wir hätten ein Vetorecht, das Atmosphärische zwischen unseren Häusern darstellt. Im Einvernehmen schaffen wir das. Dazu ist von unserer Seite guter Wille vorhanden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Deh. Ist die Zielvereinbarung der einzige Grund für die Mengenentwicklung, beispielsweise bei der Zahl der Operationen? Wo müsste man aus Ihrer Sicht sonst ansetzen?

ESV Uwe Deh: Die Zielvereinbarungen sind ein Symptom einer Situation, die man aus dem Vergütungssystem selber beschreiben kann. Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem setzt Anreize für Leistungsvermehrung. Es stellt sich die Frage, wie es flankiert und eingeordnet ist und welchen begrenzenden Rahmen es hat. Wir brauchen in der Krankenhausversorgung keine Demonstration des Vergütungssystems, sondern die Ergebnisse einer möglichst überall in der Republik gesicherten, sehr guten Behandlungs- und Ergebnisqualität und den Patientenschutz. Die Rahmenbedingungen für dieses Vergütungssystem sind nicht komplett. Zurzeit existiert keine auch nur in Ansätzen leistungsorientierte oder leistungsbezogene Krankenhausplanung der Länder. Ebenso wenig haben wir eine Antwort darauf, wie die Produktivitätsentwicklung, die die Krankenhäuser unstrittig im Rahmen des Vergütungssystems haben, zu Feedbackschleifen und zu Regelungsmechanismen führt. Dadurch entsteht ein Freiraum für variable Kapazitäten in der Krankenhauslandschaft. Dieser Freiraum sucht sich Lösungen und das sind Mengenausweitungen, die nicht ausschließlich

demografisch oder medizinisch zu erklären sind, die wir seit mehreren Jahren in Deutschland beobachten können. Die Zielvereinbarungen sind vielleicht nicht die Spitze des Eisbergs, aber ein Symptom einer solchen Gesamtsituation. Vor diesem Hintergrund ist die Zielstellung gesetzgeberisch Wirkung gegen solche Zielvereinbarungen zu entfalten, die Arbeit an einem sehr wichtigen Symptom. Natürlich kann man über die Arbeit an die primären Grundlagen herankommen. Das löst allerdings noch nicht die in der deutschen Krankenhauslandschaft vorhandenen Probleme.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Verband Leitender Krankenhausärzte und an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Sind diese Mengenausweitungen die eigentliche Ursache und die Zielvereinbarungen nur die Symptome?

SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK)): Den prozentualen Anteil der möglichen Mengenausweitung an der Gesamtmengenausweitung kann man nicht klar definieren. Es gibt den medizinischen Fortschritt und es gibt die Demografie. Es gibt auch einen Anteil, der ökonomisch assoziiert ist. Das Gesamtsystem hat einen erheblichen Anteil an dieser Mengenausweitung. Noch einmal zu den Zielvereinbarungen: Diese sind im System Krankenhaus per se nichts Schlechtes. Man muss sich aber davor hüten Zielvereinbarungen, die der Qualitätssteigerung dienen sollen, ausschließlich ökonomisch motiviert zu definieren. Es gibt eine Reihe sogenannter Softskills, die zu einer Qualitätsverbesserung im Sinne der Patienten und auch zum Schutz der leitenden Angestellten in den Krankenhäusern führen würden. Diese Zielvereinbarungen sind durchaus akzeptabel und sollten umgesetzt werden. Abzulehnen sind ausschließlich ökonomisch motivierte Zielvereinbarungen. Dabei muss das Gesamtbudget und nicht nur die Ein-

zelleistung mit einbezogen werden. Ich habe Bedenken, dass die weiche Formulierung der Änderungsvorschläge zielführend sein wird. Weiter habe ich Zweifel an der Motivation, das Ganze über den Qualitätsbericht zu befördern. Ich gebe Prof. Sodan insofern Recht, als dass wir im ersten Schritt so verfahren müssen. In einem zweiten Schritt wird vermutlich in Form eines Sanktionsmechanismus, der greift, wenn die Ziele nicht erreicht werden, nachgebessert werden.

SV Prof. Dr. Hans-Joachim Meyer (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)): Ich stimme Prof. Weiser zu. Aspekte, die

einen ökonomischen Anreiz setzen, müssen aus den Verträgen entfernt werden. Es stimmt ferner, dass die Definition von Qualität außerordentlich schwierig ist. Trotzdem sollte hier ein erster Ansatz geschaffen werden, um eine gemeinsame Ebene zu erreichen. Wir müssen bei der Definition der Qualitätsparameter Schritt für Schritt nachbessern und lernen, was tatsächlich abgebildet werden kann. Ob es sich bei der Darstellung im Qualitätsbericht tatsächlich um eine völlige Abbildung der Leistung handelt, wage ich zu bezweifeln.

Sitzungsbeginn: 12:00 Uhr