



Wortprotokoll der 10. Sitzung

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen

Berlin, den 14. Januar 2026, 17:30 Uhr
Paul-Löbe-Haus
E 700

Vorsitz: Elisabeth Winkelmeier-Becker, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

Beschlussfassung gemäß § 70 Abs. 1 Satz 2 GO-BT
über die Durchführung öffentlicher Fachgespräche

- a) zum Thema **„Klimaveränderungen und ihre
Auswirkungen im mikrobiologischen Sektor“**
am 25. Februar 2026
- b) zum Thema **„Nachhaltige Ernährung“** am
4. März 2026



Tagesordnungspunkt 2 **Seite 4**

Nachhaltigkeitsprüfungsbewertung -
Beschlussfassung über die Votenliste

Ausschussdrucksache 21(26)15

Tagesordnungspunkt 3 **Seite 6**

Berichte zu zentralen Nachhaltigkeitsthemen in den
Ausschussberatungen

Tagesordnungspunkt 4 **Seite 6**

Verschiedenes

Tagesordnungspunkt 5 **Seite 6**

Fachgespräch zum Thema „**Gesundheitsökonomie**“
mit Prof. Josef Hecken



Mitglieder des Beirates

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Bosbach, Caroline Brinkhaus, Ralph Mayer-Lay, Volker Weiss, Dr. Maria-Lena Winkelmeier-Becker, Elisabeth	Aeikens, Anna Bilic, Florian Lenz, Dr. Andreas Mack, Klaus Schreiner, Felix Stefinger, Dr. Wolfgang
AfD	Groß, Rainer Hilse, Karsten Kraft, Dr. Rainer Reck, Christian	Martel, Johann Pauli, Denis Rentzsch, Matthias Schmidt, Dr. Paul
SPD	Abdi, Sanae Bollmann, Hendrik Kreiser, Dunja Michel, Kathrin	Kleebank, Helmut Zierke, Stefan
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Lübcke, Dr. Andrea Wagner, Johannes	Vriesema, Mayra Wagener, Niklas
Die Linke	Fahl, Dr. Fabian Hermeier, Mareike	Bock, Violetta



Tagesordnungspunkt 1

Beschlussfassung gemäß § 70 Abs. 1 Satz 2 GO-BT über die Durchführung öffentlicher Fachgespräche

a) zum Thema „Klimaveränderungen und ihre Auswirkungen im mikrobiologischen Sektor“ am 25. Februar 2026

b) zum Thema „Nachhaltige Ernährung“ am 4. März 2026

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Ich eröffne die 10. Sitzung des Parlamentarischen Beirats für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen. Die Sitzung ist öffentlich.

Wir beginnen mit Tagesordnungspunkt 1. Dabei geht es um Beschlussfassungen gemäß § 70 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung des Bundestages über die Durchführung öffentlicher Fachgespräche, so wie wir dies gerade in der Obleserunde schon besprochen hatten. Für das Fachgespräch am 25. Februar 2026 zum Thema „Klimaveränderungen und ihre Auswirkungen auf den mikrobiologischen Sektor“ haben wir Herrn Prof. Dr. Josef Penninger vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung als Sachverständigen eingeladen.

Darüber hinaus werden wir am 4. März 2026 ein Fachgespräch zum Thema „Nachhaltigen Ernährung“ mit Frau Prof. Dr. Antje Risius und Dr. Thomas Ellrott führen.

Wer stimmt für die Durchführung dieser öffentlichen Fachgespräche?

Ich stelle fest, dass der Beirat einstimmig beschlossen hat, die öffentlichen Fachgespräche am 25. Februar 2026 und am 4. März 2026 durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 2

Nachhaltigkeitsprüfungsbewertung - Beschlussfassung über die Votenliste

Ausschussdrucksache 21(26)15

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Damit kommen wir zu Tagesordnungspunkt 2 – Nachhaltigkeitsprüfungsbewertung und Beschlussfassung über die Votenliste.

Bei einem Gesetzentwurf sind die Berichterstatter der Koalition und der Opposition unterschiedlicher Meinung. Wir haben einen strittigen Prüfvermerk zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Luftsicherheitsgesetzes. Vor diesem Hintergrund werde ich beide Berichterstatter bitten, ihre Begründungen kurz vorzutragen. Im Anschluss werden wir darüber abstimmen, ob wir hierzu eine Prüfbitte abgeben oder nicht. Ich würde bitten, dass die Fraktion der CDU/CSU zunächst ihren Standpunkt vorträgt.

Abg. **Volker Mayer-Lay** (CDU/CSU): Ich würde sagen, andersherum würde es eigentlich mehr Sinn machen, denn die Nachhaltigkeit wird ja von der Fraktion Die Linke angezweifelt. Ich kann aber auch anfangen. Ich möchte dabei auf das rekurrieren, was der Kollege hier vorgebracht hat, warum es nicht nachhaltig sei.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Herr Dr. Fahl, sind Sie einverstanden?

Abg. **Dr. Fabian Fahl** (Die Linke): Ich fange gerne an. Grundsätzlich ist es ja so, dass hier verschiedene Dimensionen der Nachhaltigkeit gegeneinander abgewogen werden müssen. Sowohl in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung als auch in der Begründung der CDU/CSU-Fraktion wird sich ausgiebig auf das Thema „Sicherheit“ konzentriert. Das ist tatsächlich nicht nachhaltig, weil gleich zwei andere Rechtsgüter nicht beachtet werden. Das ist der Grund, warum ich hier die Beachtung der Nachhaltigkeitsziele anzweifle. Dabei geht es zum einen um die Versammlungsfreiheit, die hier nicht beachtet wird. Wir haben nämlich einen Zielkonflikt zwischen den Sicherheits- und Gewinninteressen auf der einen Seite sowie demokratischer Teilhabe und dem Ermöglichen von Demokratie zum Beispiel auch an Flughäfen auf der anderen Seite.

Es gibt noch einen anderen Punkt, der noch dazu kommt und den ich anführen möchte. Es wird von einer abstrakten Gefährdung durch Proteste an Flughäfen gesprochen. Das nehme ich so zur Kenntnis. Wir haben aber auch eine abstrakte Gefährdung von Menschen durch Flugverkehr, nämlich durch die Emissionen in Bezug auf das Klima. Gerade wenn ich mir die Klagen im



Bereich des Klimas ansehe – man könnte in den nächsten Jahren beispielsweise Klagen gegen die Fraport AG erwarten. Wir haben hier drei verschiedene Dimensionen, die wir miteinander berücksichtigen müssen. Sich nur auf „Sicherheit“ zu konzentrieren, widerspricht genau dem Zweck unseres Beirats, nämlich verschiedene Dimensionen von Nachhaltigkeit gegeneinander abzuwägen. Es geht hier nicht um eine politische Bewertung, das wäre eine ganz andere Debatte. Es geht einfach darum, dass hier verschiedene Rechtsgüter abgewogen werden sollen, und das ist meiner Auffassung nach eben nicht passiert.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann hat Abg. Volker Mayer-Lay das Wort.

Abg. **Volker Mayer-Lay** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Herr Kollege, für Ihre Begründung. Ich möchte zum einen einleitend festhalten: Wir sind hier nicht das Bundesverfassungsgericht, sondern der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen. Deshalb ist es – glaube ich – nicht das richtige Gremium, sich mit eventuellen Grundgesetzverstößen auseinanderzusetzen. Gleichwohl möchte ich kurz darauf eingehen.

Wir haben in Artikel 8 Absatz 2 des Grundgesetzes einen einfachen Gesetzesvorbehalt. Das heißt, die Versammlungsfreiheit kann zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, zum Schutz der Rechte anderer und der verfassungsmäßigen Ordnung durch Gesetz eingeschränkt werden. Genau darüber sprechen wir natürlich.

Was passiert derzeit an Flughäfen? Wir haben bei den vergangenen Demonstrationen an Flugfeldern oftmals gesehen, dass sich diese dann sehr schnell auch auf Flugfelder verlagert haben. Wenn wir uns dann ansehen, welches Chaos teilweise im gesamtdeutschen Flugverkehr durch einzelne Demonstrationen verursacht wurde, dann glaube ich, dass, wenn wir abwägen wollen, welches Recht stärker wiegt, ob die Versammlungsfreiheit an einem solchen Ort schwerer wiegt als die Störung der Sicherheit und Ordnung teilweise eines ganzen Landes, dann geht diese Abwägung ganz klar in eine Richtung.

In unserer Begründung haben wir uns auch ganz stark auf das SDG 16 (Sustainable Development

Goal, Ziel für nachhaltige Entwicklung) konzentriert. Wir haben gesagt, eine solche Einschränkung des Luftsicherheitsgesetzes unterstützt Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen, weil sie die öffentliche Ordnung aufrechterhält. Deswegen sind wir der Meinung, dass die Nachhaltigkeitsziele nicht tangiert, sondern vielmehr erfüllt sind. Vielen Dank.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Gibt es weitere Wortmeldungen dazu? Frau Abg. Dunja Kreiser.

Abg. **Dunja Kreiser** (SPD): Ich möchte den Kollegen Mayer-Lay nur noch einmal unterstützen, weil die Kriterien, die hier angezweifelt worden sind, so nicht richtig sind. Denn wir haben die Nachhaltigkeitsziele in SDG 16 (Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen), SDG 9 (Industrie, Innovation und Infrastruktur) und SDG 11 (Nachhaltige Städte und Gemeinden) dementsprechend abgebildet und dies in der Gesetzgebung auch festgehalten. Insofern möchte ich das unterstützen.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Herr Abg. Groß.

Abg. **Rainer Groß** (AfD): Dem würden wir uns anschließen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich um eine sicherheitsrelevante Infrastruktur handelt, wie es ja jetzt auch gerade von Ihnen dargestellt wurde. Folglich ist es natürlich notwendig, dass da entsprechende Sicherheit herrscht.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Dann lasse ich über den Antrag der Fraktion Die Linke, zum vorliegenden Gesetzentwurf eine Prüfbitte abzugeben, abstimmen.

Wer möchte dem zustimmen? Das ist die Fraktion Die Linke und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der SPD, der AfD und der CDU/CSU. Das ist die Mehrheit. Damit ist beschlossen, keine Prüfbitte abzugeben.

Ich darf dann abstimmen lassen über die Votenliste auf Ausschussdrucksache 21(26)15. Deshalb meine Frage, ob Sie der Votenliste zustimmen.

Ich stelle fest, dass der Beirat der Votenliste



einstimmig zugestimmt hat.

Tagesordnungspunkt 3

Berichte zu zentralen Nachhaltigkeitsthemen in den Ausschussberatungen

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Dann darf ich fragen, ob es Berichte zu zentralen Nachhaltigkeitsthemen in den Ausschussberatungen oder Vorschläge für künftige Berichte gibt? Ich sehe für die heutige Sitzung keinen Berichtsbedarf.

Tagesordnungspunkt 4

Verschiedenes

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Gibt es Anliegen unter Tagesordnungspunkt 4 – Verschiedenes? Das ist nicht der Fall.

Tagesordnungspunkt 5

Fachgespräch zum Thema „Gesundheitsökonomie“ mit Prof. Josef Hecken

dazu verteilt:

**PowerPoint-Präsentation
Ausschussdrucksache 21(26)14**

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Dann kommen wir zu Tagesordnungspunkt 5, dem für heute geplanten Fachgespräch zum Thema „Gesundheitsökonomie“ – nachhaltige Finanzierung und Versorgung im Gesundheitswesen, im demografischen Wandel. Ergänzend möchte ich den Zusammenhang mit dem Klimawandel ansprechen, denn wir haben in einer vorherigen Sitzung erfahren, dass sich dieser durchaus auf neue gesundheitliche Probleme bei vielen Menschen auswirkt gerade auch im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung und dass wir es mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung zu tun haben.

Ich darf hierzu Professor Josef Hecken begrüßen. Er ist Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, und Vorsitzender des

Innovationsausschusses. Außerdem hat er in einer früheren Funktion maßgeblich an der Einführung des Gesundheitsfonds im Rahmen der Gesundheitsreform vor etwa 18 Jahren mitgewirkt. Das und noch vieles mehr qualifiziert ihn heute als unseren Gesprächspartner, auf den wir uns freuen. Sie haben das Wort.

Sachverständiger **Prof. Josef Hecken** (Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordnete. In der Tat ist der Klimawandel ein relevantes Problem, zum einen, weil bei einer zunehmend multimorbid werdenden Klientel infolge der demografischen Entwicklung relevante Klimaveränderungen neue Morbiditäten hervorrufen oder verstärken können. Zum anderen stellen sich auch Anforderungen an die bauliche Ausstattung von Krankenhäusern. Da hat früher kaum jemand über Klimaanlagen nachgedacht. Ich will mich aber heute auf die Finanzierung beschränken, weil ich glaube, dass das auch ein sehr elementares Thema für die Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung ist.

Wir haben eine langfristige und aus meiner Sicht auch generationengerechte Gesundheitsversorgung als eines der zentralsten Elemente der Daseinsvorsorge natürlich immer im Blick zu halten und verschiedene Schwachstellen im bestehenden System, weil man sich aus meiner Sicht in der Vergangenheit zu sehr und viel zu oft und das in allen Regierungskonstellationen auf das „Hier und Jetzt“ beschränkt hat und nicht so vorausschauend durch Prävention und andere Fokussierungen versucht hat, bestehende oder eintretende Morbiditäten hinauszuschieben.

Wir müssen uns vor Augen führen, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit ausgeben. Das sind 560 Milliarden Euro. Das ist mehr als der Bundeshaushalt. Davon verantworte ich mittelbar 370 Milliarden Euro im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Rest entfällt auf Renten, Rehabilitationen, das SGB XI (Elftes Buch Sozialgesetzbuch), auf freie Heilfürsorge, auf betriebliche Gesundheitsförderung etc. pp. Wir sprechen also über einen sehr relevanten Anteil der Wertschöpfung in der Bundesrepublik Deutschland, der in die Finanzierung des Gesundheitswesens fließt. Vor diesem Hintergrund ist es für mich eines der zentralen



Elemente, dass man, wenn auch zu spät, doch jetzt – und das ist ja auch in der letzten Wahlperiode schon begonnen worden – über Strukturveränderungen und über mehr Nachhaltigkeit nachdenkt. Wenn Sie sich das Gesundheitssystem anschauen, dann ist das zentrale Element die dauerhafte Finanzierbarkeit, institutionelle Tragfähigkeit und verlässliche Versorgung.

Dass hier Nachhaltigkeit heute schon in vielen Dimensionen nicht nur nicht mitbedacht wird, sondern Nachhaltigkeit auch ein Stück weit konterkariert wird, will ich an dieser Stelle an zwei Beispielen klar machen: Schauen wir uns die institutionelle Tragfähigkeit an, und da nehme ich das Beispiel der Krankenhausfinanzierung: Sie alle erleben ja in Ihren Wahlkreisen, dass wir im Augenblick eine kalte Strukturbereinigung haben. Krankenhäuser gehen in Konkurs. Das liegt zum Teil an geringen Fallzahlen. Das liegt zum Teil auch an nicht sachgerechten Versorgungsangeboten. Es liegt aber auch daran, dass in der bundesstaatlichen Ordnung das Gesundheitssystem und die Finanzierung der Krankenhäuser dual verfassungsrechtlich konzipiert war. Das heißt, die Länder sind für die Investitionskostenfinanzierung verantwortlich und wir als Gemeinsamer Bundesausschuss für die Kosten der Krankenbehandlung.

Wir haben, als die duale Finanzierung eingeführt wurde, mit einem Investitionskostenanteil von 25 Prozent begonnen, den die Länder erbracht haben, um die Krankenhäuser auf dem neuesten Stand der Technik zu halten. Wir geben im Krankenhaus im Augenblick etwas über 100 Milliarden Euro pro Jahr aus. Das heißt, in der Anfangsphase hätten im Status quo die Länder 25 Milliarden Euro dazu gesteuert, um eben in den 1 700 Krankenhäusern Investitionen und Modernisierungen zu bewerkstelligen. Wir liegen heute aufgrund der Finanzknappheit der Länder bei einer Investitionsquote von 4 Prozent. Das heißt, aus den Kosten der Krankenbehandlung muss von den Krankenhausträgern finanziert werden, was sie von den Ländern als Investitionskosten nicht erhalten. Das ist eine strukturelle Verwerfung, die die Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung natürlich gefährdet. 25 Milliarden Euro kann man nicht einfach so „aus den Socken schwitzen“. Ich sage das bewusst

in dem Wissen, dass ein Wortprotokoll erstellt wird.

Zweiter Punkt bei dauerhafter Finanzierbarkeit Wir haben ordnungspolitische Verwerfungen. Wir haben versicherungsfremde Leistungen, von denen alle Gesundheitsminister, die ich kenne – und ich kenne alle seit 15 Jahren, weil ich seit fast 15 Jahren im Amt bin, also ich erlebe derzeit meine fünfte Ministerin –versucht haben, zum Beispiel eine kostendeckende Steuerfinanzierung für Empfänger von Bürgergeld zu implementieren. Man hat sich aus haushälterischen Gesichtspunkten dazu entschieden, zu sagen: Der Bundeshaushalt ist ohnehin defizitär in einer problematischen Situation, also bezahlen wir hier Beiträge pauschal in Höhe von 5 Milliarden Euro pro Jahr. Die tatsächlichen Ausgaben liegen aber bei knapp 16 Milliarden Euro, sodass wir allein in diesem Bereich 10 Milliarden Euro über Beiträge finanzieren, die eigentlich als Mehreinnahmen für eine ordnungsgemäße und gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung stünden. Diese Schleife dreht sich immer mehr mit der Folge, dass nachhaltige Strukturveränderungen, die Geld kosten, in vielen Fällen überhaupt nicht möglich sind, weil wir Löcher stopfen müssen, weil man sagt, es ist immer bequemer, dieses der Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden aufzubürden. Da bezahlen die halt ein Prozent Zusatzbeitrag mehr, und dann ist die Baustelle zu. Und dann beschweren wir uns auch noch über die steigenden Beiträge. Das sind eben diese strukturellen Verwerfungen, auf die ich am Anfang hinweisen will.

Ich sage das bewusst nicht parteipolitisch. Alle Minister – Minister der Freien Demokratischen Partei (FDP), der Christlich Demokratischen Union Deutschlands (CDU) und der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), später wieder CDU-Minister – haben versucht, beim Bundesminister der Finanzen, die auch verschiedenen Parteien angehört haben, das in irgendeiner Form umzusetzen. Alle sind an die Wand gelaufen. Das sind eben Sachen, die wir bedenken müssen, weil das in die Lohnnebenkosten hineingeht. Deshalb ist das aus meiner Sicht ganz wichtig.

Zweiter Punkt, der auch ganz wichtig ist: Nachhaltige Gesundheitspolitik lebt eigentlich davon, dass ich Krankheit erst gar nicht eintreten



lasse. „Krankheit erst gar nicht eintreten zu lassen“, ist ein hehres Wort in einer Situation, in der wir in der demografischen Situation sind, in der wir uns heute befinden, und in der wir schon über 17 Prozent Beitragssatz brauchen, um Krankheiten zu behandeln. Wenn ich jetzt noch Prävention bezahle, dann müsste ich noch 3 oder 4 oder 5 Beitragssatzpunkte obendrauf setzen, um dann eben in 20 oder 30 Jahren ein „Return of invest“ zu bekommen.

Dass sich das rentiert, können Sie alle sehen und die Älteren unter uns erinnern sich: Im Bereich der Zahnmedizin hat man vor 50 Jahren angefangen, durch Reihenuntersuchungen an Schulen – ich kenne das noch, bei denen Teams mit einem Bus kamen und die Zähne kontrolliert haben – dann eben präventiv die Mundgesundheit zu befördern. Wenn man nicht nach sechs Wochen mit dem abgestempelten Blättchen vom Zahnarzt kam, musste man nachsitzen oder was auch immer. Dann hat man Mundgesundheitshefte eingeführt und gesagt, die Festzuschüsse werden reduziert, wenn man nicht regelmäßig Vorsorge wahrnimmt. Mit der Folge, dass wir hier zwar sehr viel Geld am Anfang investiert haben, heute aber den besten Mundgesundheitsstatus weltweit haben und auch relativ geringe Ausgabenprofile, aber der „Return of invest“ kam erst nach vielen Jahren.

Jetzt sehe ich auch die Finanzsituation, und deshalb war mein Vorschlag – der inzwischen zum Glück wieder häufiger genannt wird, bereits seit sechs oder sieben Jahren, aber keiner hat darauf gehört – zu sagen: Wenn ich sehe, dass ich heute aus den bestehenden Beitragsmitteln keine vernünftige Prävention bezahlen kann, dann muss ich versuchen, neue Finanzquellen zu erschließen, um Prävention zu finanzieren. Da ist mein Vorschlag, obwohl ich selbst Kettenraucher bin, die Tabaksteuer signifikant zu erhöhen, weil sie eben gewisse Risikoneigungen hat, und über Alkoholbesteuerung nachzudenken. Und ich nehme auch das böse Wort einer „Zuckersteuer“ in den Mund. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, wieso zuckerhaltige Lebensmittel, etwa Snickers oder was auch sonst angeboten wird, im Lebensmitteleinzelhandel mit einem ermäßigten Mehrwertsteuersatz abgegeben werden, weil das zu den Grundbedürfnissen des bundesrepublikanischen Bürgers gehört, wir aber

für Arzneimittel zur Bekämpfung von Diabetes mellitus 19 Prozent Mehrwertsteuer bezahlen. Das sind einfach die kleinen „Perversitäten“ im Gesundheitssystem. Deshalb würde ich hier dafür plädieren, und das wird im Augenblick diskutiert, ernsthaft in den Blick zu nehmen, ob man nicht hier Einnahmen allokalieren kann, mit denen man dann gezielt Primärprävention betreiben kann, um hier wirklich in diese Nachhaltigkeitsschiene hineinzukommen.

Primärprävention ist nicht billig. Sie sehen auf der nächsten Folie, die ich gleich zeige, dass wir heute einen marginalen Betrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für irgendwelche Schulungsmaßnahmen ausgeben. Prävention kann auch nicht allein durch die GKV finanziert werden. Prävention muss in Lebenswelten stattfinden. Es sind aber, das wissen diejenigen von Ihnen, die seit mehreren Wahlperioden im Bundestag sind, drei Anläufe für ein Präventionsgesetz daran gescheitert, dass man sich zwischen Bund, Ländern und Kommunen nicht auf eine gemeinsame Finanzierung einigen konnte.

Prävention beginnt mit Gesundheitserziehung und gesunder Ernährung in Kindertagesstätten, beginnt mit Kindervorsorgeuntersuchungen, geht dann über Sport und Ernährungsangebote in Schulen. Hier kommen wir immer in die gleiche Konfliktlage, dass die Länder und die Kommunen sagen, wir haben kein Geld. Dann soll es die gesetzliche Krankenversicherung bezahlen, die es aber nicht bezahlen kann, ohne dass es signifikante Beitragssatzerhöhungen gibt. Einfach einmal ein Seminar zu machen oder ein Plakat der ehemaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufzuhängen, ist keine Prävention. Ich sage in meinen Reden immer, dass mich das ein bisschen an die Kirchbesuche aus meiner Jugend erinnert, wo der Pfarrer von der Kanzel diejenigen beschimpft hat, die nicht in der Kirche sind. Bei unseren Präventionsangeboten sind regelmäßig die Leute, die auch schon gesundheitsaffin sind, die fünf Apps auf dem Handy haben und die sich noch optimieren wollen. Aber diejenigen, die der Trunksucht frönen oder sonstige Dinge machen, kommen nicht dahin. Deshalb müssen wir diese Leute in ihren Lebenswelten abholen. Das geht nur, indem wir hier vernünftige Ressourcen



allokieren, um eben diese Spirale, die Sie hier sehen, zu durchbrechen.

Ich habe im laufenden Jahr mittelbare Verantwortung für 369 Milliarden Euro. Ich hatte eben fälschlich gesagt 370, aber eine Milliarde ist bei mir mittlerweile Rundungsdifferenz. Sie sehen, dass davon 33 Prozent, also 102 Milliarden Euro, in den Krankenhausbereich gehen, dass mittlerweile 18 Prozent, also 55,3 Milliarden Euro, in den Arzneimittelbereich gehen und 16 Prozent in die ambulante Behandlung. Der Rest ist „Verschiedenes“ und „Vermischtes“. Der Trend ist weiter so, dass wir zunehmend trotz der erhobenen Zusatzbeiträge eine permanente Deckungslücke haben bei hohen Sozialversicherungsbeiträgen und bei hohen Krankenversicherungsbeiträgen, die wir heute schon haben. Deshalb muss es Strukturveränderungen geben.

Hier sehen Sie noch einmal, dass wir im Augenblick bei einem historisch hohen Beitragssatz von 17,5 Prozent liegen, der dann je nach Kassenart durch den entsprechenden Zusatzbeitrag noch höher sein kann.

Wir sehen hier die Szenarien, die in Abhängigkeit von der Entwicklung der Arzneimittelkosten in die Zukunft weisen. Diese Szenarien sagen eben: Wenn das so weiterläuft, brauchen wir uns nicht über Nachhaltigkeit zu unterhalten, sondern dann sind wir an dem Punkt, den Herr Streeck unglücklicherweise vor einigen Wochen aufgemacht hat, indem er die Frage gestellt hat, ob man jeden älteren Menschen mit irgendwelchen Medikamenten versorgen sollte. Das ist für mich – ich bin Mitglied einer christlichen Partei – ein Gesichtspunkt, der für mich so überhaupt nicht vertretbar ist. Gerade dann, wenn die Menschen auf Solidarität angewiesen sind, bedürfen sie auch der Hilfe. Da kann man nicht sagen: Sie sind zu alt. Das macht man in Großbritannien. Da gibt es qualitätskorrigierte Lebensjahre (QALYs), da sagt man „30 000 Pfund pro gesundes Lebensjahr“. Wenn sie eine Erkrankung haben, die sich von den Behandlungskosten her nicht mehr amortisiert, bekommen sie nichts. Das bedeutet, ab 70 Jahren gibt keine künstliche Hüfte und keine onkologische Behandlung mehr. Das ist nicht das soziale Weltbild, das ich vertrete. Aber wenn wir das nicht wollen, dann müssen wir

andere Maßnahmen ergreifen, denn hier sehen Sie, wie die Demografie aussieht.

Wir haben die Situation – gehen wir nur zum Vergleich zwischen dem Jahr 2020 und dem Jahr 2030, das sind die Babyboomer, zu denen ich gehöre, ich bin jetzt 67 Jahre –: Wir werden im Jahr 2030 1,8 Millionen weniger Erwerbstätige und 2,5 Millionen mehr Menschen über 65 Jahre beziehungsweise 67 Jahre haben, also die Generationen, die dann langsam in die Multimorbidität abgleiten. Wir haben komplexere Krankheitsverläufe. Wir haben aufgrund des medizinischen Fortschritts Krankheiten, die Gott sei Dank behandelt und chronifiziert werden können, die früher maximal noch eine Sterbegeldzahlung ausgelöst haben, die für den Patienten übel, aber für das System preiswert war. Gott sei Dank sind wir da weiter. Krebserkrankungen können wir in vielen Fällen chronifizieren. Wir haben aber Jahrestherapiekosten von 800 000 Euro, einer Million Euro, je nachdem, um welche Erkrankung es sich handelt, die dann finanziert werden müssen. Deshalb ist ganz wichtig, dass wir hier im Bereich der Strukturveränderungen weiterkommen.

Wir haben heute eine Einzelleistungslogik im System. Das ist der falsche Weg. Jeder wird für eine einzelne Behandlung bezahlt. Wir müssten versuchen, Krankheitspfade insgesamt zu finanzieren, egal ob sie stationär oder in verschiedenen ambulanten Settings erbracht werden. Wir haben eine absolut fehlende Koordination. Die freie Arztwahl stellt niemand infrage, aber der Zugang von jedermann zu jederzeit nach freiem Belieben zu jedem Arzt, führt dazu, dass lange Wartezeiten entstehen, weil Patienten sich um Termine bemühen, die am Ende des Tages nicht krank sind, sich aber krank fühlen, die aber zuvor von keinem Allgemeinmediziner begutachtet worden sind, während diejenigen, die ernsthaft behandlungsbedürftig sind, auf der Strecke bleiben. Wir bräuchten deshalb hier – ganz wichtig – ein Primärversorgungssystem. Wir müssen die Vergütungssystematik ändern. Das muss also der Gesetzgeber machen. Das kann ich nicht machen. Wir bezahlen heute Einzelleistungen und wir bezahlen keine Qualität. DRGs (Diagnosis Related Groups) bezahlen



Menge. Je mehr ich mache, desto mehr Geld verdiene ich. So funktioniert das System. Wenn man nach Qualität bezahlen würde, dann würde in vielen Fällen die Behandlungsstruktur ganz anders aussehen.

Wir haben fragmentierte Versorgungsstrukturen, die wir auch beseitigen müssen. Hier haben wir verschiedene Instrumente. Ich hatte das DRG-System erwähnt, das aus meiner Sicht ersetzt werden muss. Da ist man jetzt bei der Krankenhausreform dabei, weil es Mengen beeinflusst. Wir haben die sektorale Trennung, die man in der Finanzierung durch pfadabhängige Finanzierung ersetzen muss, und wir haben eine viel zu minimale Qualitätsorientierung.

Rechts habe ich Ihnen mal abgetragen das, was mich am meisten politisch ins Kreuzfeuer bringt. Ich bin die letzten zwei Jahre mit der Mindestmenge in der Perinatal-Versorgung, Level 1, durch die Republik getrieben worden, war in zwölf Petitionsausschüssen diverser Landtage, weil wir hier eine Mindestmenge festgelegt haben, weil es hier einen Zusammenhang zwischen Menge und Behandlungsqualität gibt. Das habe ich auch beim Mammakarzinom, beim Kolonkarzinom und vielen anderen Fällen gemacht. Das wird natürlich aber dann kommunalpolitisch vor Ort immer wieder bekämpft und infrage gestellt.

Weil ich nur noch eine Minute und 30 Sekunden habe, werde ich ein wenig überziehen, wenn Frau Vorsitzende das gestattet. Ich habe hier ein ganz einfaches Beispiel. Mammakarzinom: Da habe ich eine Mindestmenge von 100 festgelegt. Wir hatten vor dieser Mindestmenge 732 Krankenhäuser, die beim Mammakarzinom operativ tätig waren – auch in den kritischen Fällen prämenopausaler Mammakarzinome, wo es wirklich auf eine R0-Resektion ankommt, wo es auf eine optimierte Chemotherapie ankommt, weil man die Betroffenen dann wirklich heilen kann. Von diesen 732 Krankenhäusern hatten 200 weniger als zehn Fälle pro Jahr. Das heißt, die mussten sozusagen den „großen Chirurgen aus dem Regal holen“, bevor sie zu einer solchen Operation geschritten sind. Das ist keine nachhaltige Versorgung. Wir haben durch die Reduzierung der Einrichtungen jetzt auf 377 Krankenhäuser immer noch eine absolute Versorgungssicherheit in der Bundesrepublik Deutschland. Sie haben einmal

im Leben die Chance, ob so eine Operation gelingt oder ob sie nicht gelingt. Da kommt es auch nicht auf 20 Kilometer Fahrweg an. Wir haben damit die Kosten reduziert und die Behandlungsqualität gesteigert. Das ist das, was ich unter „Nachhaltigkeit“ verstehe.

Dasselbe – die Folien zeige ich Ihnen jetzt nicht – gilt im Bereich der Arzneimittelbewertung. Im Bereich der Arzneimittelbewertung haben wir seit 15 Jahren, ich durfte das von Anfang an begleiten, ein Verfahren eingeführt, das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz), in dem wir jeden neuen Wirkstoff bewerten, ob er besser ist als der alte. Hat er weniger Nebenwirkungen oder verlängert er das Überleben? Um es jetzt einmal ganz banal zu machen: Durch dieses AMNOG-Bewertungsverfahren, das politisch immer wieder Anlass ist, mich zu beschimpfen – aber das ist mir auch ziemlich egal, das gehört zum Gehalt dazu –, sparen wir jedes Jahr zehn Milliarden Euro gegenüber den Einstandspreisen der pharmazeutischen Unternehmer, weil jeder kommt und sagt: „Mein Wirkstoff ist super“. Und wir stellen durch diese Überprüfung fest, ob dieses Heilversprechen wirklich gerechtfertigt ist oder nicht. Ist es gerechtfertigt, dafür auch mehr Geld auszugeben? Ja oder Nein? Das ist ein wichtiger Beitrag, um langfristig Finanzierungssicherheit und Finanzierungsgerechtigkeit zu erhalten. Hier – kleiner Schlenker – findet jetzt der Pharmadialog statt. Den hat es auch unter vorherigen Konstellationen, auch in der letzten Wahlperiode gegeben. Hier wird jetzt wieder diskutiert, ob ich nicht höhere Arzneimittelpreise bezahlen soll, um den Wirtschafts- und Pharmastandort Deutschland zu befördern. Ich trage Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, nicht für die Beförderung der Wirtschaftsstandortpolitik der Bundesrepublik Deutschland. Das ist keine Aufgabe, die die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung haben.

Letzter Satz zu den größeren Projekten: Primärversorgungssystem. Ich war lange ein überzeugter Anhänger der nicht freien Arztwahl, die ja auch aufrechterhalten bleibt, aber des Direktzugangs zu Ärzten. Ich sehe insbesondere im Bereich der Psychotherapie, aber auch in anderen fachärztlichen Spezialitäten, die



Situation, dass es einige gibt, die sich krank fühlen und gnadenlos einen Termin nach dem anderen in Anspruch nehmen und damit sehr viele Ressourcen beanspruchen, die wir mit Blick auf die demografische Entwicklung nicht mehr haben. Demgegenüber gibt es andere Multimorbide, die nicht diese Durchsetzungskraft haben, die sich nicht mit *Doctolib* oder so etwas einen Termin holen können, die dann wirklich mit ihrer Morbidität allein zu Hause sitzen und keine adäquate Versorgung bekommen. Das merken Sie ja auch in der Bevölkerung. Das Vertrauen ins Gesundheitssystem schwindet rapide wegen dieser Wartezeitproblematik. Deshalb brauchen wir eine Primärversorgung, in der jeder gezwungen wird – oder er muss mehr Geld bezahlen –, sich zunächst einmal in die Obhut eines ärztlichen Lotsen zu begeben, der dann entscheidet: Ist eine fachärztliche Behandlung erforderlich oder nicht? Daneben ist ganz klar die Digitalisierung – die elektronische Gesundheitskarte, um Doppel- und Dreifachuntersuchungen zu vermeiden.

Erweiterung der Kompetenzen, das ist jetzt wirklich der letzte Block, Frau Vorsitzende, der nichtärztlichen Fachberufe. Das ärgert mich seit 15 Jahren: Der Standesdünkel, dass gesagt wird, bestimmte Leistungen kann man bestenfalls delegieren, man kann sie aber nicht substituieren. Das führt dazu – ich komme vom Land, aus dem Westerwald, das merken Sie ja am bäuerlichen Auftreten –, dass ich 5 000 Hausärzte in der Fläche habe, die ich nicht habe, weil die Sitze nicht besetzt sind, dass die paar, die noch da sind, multimorbide Patienten in der Häuslichkeit so gut wie möglich versorgen, aber die Hausbesuche nicht machen können. Ich habe aber ambitionierte medizinische Fachkräfte, die man vielleicht im Beruf halten könnte, wenn man ihnen mehr Verantwortung übertragen würde, die auch Hausbesuche machen können, die, mit digitalen Überwachungsinstrumenten mit dem Arzt verbunden, den Verbleib der Patienten in der Häuslichkeit ermöglichen könnten. Da wird aber seit 15 Jahren darüber diskutiert, ob die Patientinnen und Patienten in der Fläche sterben, wenn das passiert, mit der Folge, dass Patienten hospitalisiert werden. Ich behaupte, sie sterben nicht, weil wir hochqualifiziertes Personal haben. Das ist nicht nur die teuerste Art der Krankenversorgung und auch die am wenigsten

nachhaltigste Art der Krankheitsversorgung, sondern auch für viele Patienten die inhumanste Art der Krankenversorgung, weil es eigentlich das Bestreben jedes Menschen ist, so lange wie möglich in seiner angestammten Umgebung zu bleiben.

Damit – jetzt mit vier Minuten Überzug – ein kurzes Fazit. Die Folien haben Sie auch als Drucksache bekommen. Da gibt es einige ganz, ganz große Baustellen, die jetzt auch gesetzlich angegangen werden müssen. Nur Löcher zu stopfen und drei Milliarden Euro zusammenzusuchen und dann zu sagen, jetzt haben wir für das nächste halbe Jahr wieder Ruhe, wird dazu führen, dass wir spätestens in zehn Jahren dann wirklich über die von Herrn Streeck aufgeworfene Frage nachdenken müssen. Da möchte ich nicht dran teilnehmen. Das ist dann auch eine Entscheidung, die der Gesetzgeber treffen müsste. Das wäre aber für eine adäquate, nachhaltige und die Menschen auch mitnehmende Gesundheitsversorgung aus meiner Sicht die allerschlechteste Alternative. Deshalb brauchen wir jetzt auch ein bisschen Mut, um die Dinge mal von der Struktur her umzugestalten. Ganz herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Vielen Dank für den sehr guten Überblick, den Sie uns gegeben und damit sicherlich auch einige Fragen aufgeworfen haben, die wir im weiteren Diskussionsverlauf gerne vertiefen können. Ich selbst würde auch gerne sofort anfangen.

Zum einen würde ich fragen: Da klang ein bisschen durch, dass Menschen, die es eigentlich nicht bräuchten, teilweise viele Termine wahrnehmen und dadurch Ressourcen in Anspruch nehmen, die besser für andere eingesetzt werden könnten. Gibt es dazu eine Rückmeldung aus der Ärzteschaft, wie stark dieses Phänomen verbreitet ist und wie viel Potenzial bestünde, Ressourcen anderweitig zu nutzen? Der Weg dahin wäre dann, wenn ich das richtig verstanden habe, das Hausarztssystem.

Eine zweite Frage: Sie haben angesprochen, dass man stärker nach Qualität bezahlen sollte. Was kann da der Maßstab sein? Ich glaube, wir ringen seit Jahren darum, was das beste Vergütungssystem ist. Jedes hat seine Vor- und



Nachteile. Aber wenn man jetzt Qualität zur Grundlage machen würde, wie kann man die objektiv feststellen? Das wären zunächst einmal meine Fragen.

Gibt es weitere Fragen, dann könnten wir jetzt zunächst sammeln? Frau Kollegin Dr. Weiss, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Maria-Lena Weiss** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank zunächst für Ihre Ausführungen, die ich uneingeschränkt fast teilen würde.

Zum Primärversorgungssystem: Wir haben uns vorgenommen, dass das eines der oder vielleicht das zentrale Projekt in der Gesundheitspolitik in dieser Legislatur sein soll. Jetzt packen wir da natürlich ganz, ganz viele Fragen und Themen unter dieses System. Ich habe manchmal die Befürchtung, ob wir, sage ich mal, angesichts der Themenfülle, die wir mit dem Primärversorgungssystem lösen wollen, nicht Gefahr laufen, uns da vielleicht auch ein Stück weit überfordern, weil es einfach so viele Themen sind.

Jetzt nur mal ein Beispiel, Sie haben ja ganz viele genannt, die man darunter packen könnte: Wieso bekommt ein Arzt zum Beispiel einen Bonus, wenn er weniger Blutuntersuchungen in einem Quartal macht, als wenn er alle macht, also Dinge, bei denen man belohnt wird, indem man etwas unterlässt? Solche Fragen sollen ja offenbar jetzt auch gelöst werden. Sind das nicht Dinge, bei denen wir vielleicht sagen müssten, man müsste das Schritt für Schritt angehen? Oder was würden Sie der Politik ein Stück weit als Agenda vorschlagen, damit das Projekt nicht ob seiner Fülle dann doch irgendwie scheitert oder nicht auf den Weg gebracht wird?

Eine zweite Frage betrifft noch einmal das Thema „Finanzen“. Es gab im Herbst des letzten Jahres eine Prognos-Studie, die untersucht hat, welchen Beitrag die industrielle Gesundheitswirtschaft leisten kann, indem Effizienzpotenziale gehoben werden. Wie bewerten Sie die Vorschläge, die ja teilweise auch ganz konkret gemacht wurden? Welche Möglichkeiten sehen Sie von Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Politik, diese Vorschläge umzusetzen? Ich nehme es jetzt vorweg: Ich finde die sehr, sehr gut. Wir reden ja von fast 20 Milliarden pro Jahr, die hier realisiert werden könnten. Wie schaffen wir es,

möglichst viel davon schnell umsetzen zu können?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Wir sammeln noch ein bisschen. Abg. Rainer Groß, Sie haben das Wort.

Abg. **Rainer Groß** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, und vielen Dank für den interessanten Vortrag. Sie sprachen von strukturellen Problemen im Gesundheitswesen. Wir sind uns möglicherweise einig, dass natürlich der Zuzug von Personen, die nicht in dieses System einzahlen, seit dem Jahr 2015 ganz erheblich zu den Problemen beigetragen haben dürfte. Insofern wäre es auch eine Möglichkeit, und das ist die konkrete Frage, dieses Primärarztssystem oder eine Grundversorgung an diesen Status zu knüpfen: Wer nicht in das System einzahlt, erhält eine Grundversorgung. Das wäre dann im Einklang mit den Vorstellungen von „Brot, Bett und Seife“, wenn man es pointiert ausdrücken will. Würde das das Gesundheitssystem zunächst auch entlasten und uns Zeit kaufen, um bestimmte grundlegende Weichenstellungen neu zu fassen? Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Als letzter in dieser Runde Abg. Dr. Fahl, und dann machen wir eine Antwortrunde.

Abg. **Dr. Fabian Fahl** (Die Linke): Vielen Dank, auch für Ihre offenen Worte. Man hatte ja phasenweise das Gefühl, Sie kennen unser Parteiprogramm. Sie haben von Strukturveränderungen gesprochen. Ich muss noch einmal dafür plädieren, dass alle einzahlen, gerade auch Vielverdiener, Selbstständige, Beamte, auch wir Abgeordnete. Wir haben ja die Möglichkeit. Ich bin zum Beispiel freiwillig gesetzlich versichert und mache da entsprechende Erfahrungen. Der Blick nach Österreich oder Spanien zeigt ja auch, dass das als Solidarsystem, in dem alle einzahlen, funktionieren kann. Das wollte ich noch einmal hervorheben.

Prävention war ein wichtiges Thema. Was haben Sie denn noch für weitere Punkte, die Sie vielleicht anführen könnten? Also mir würde zum Beispiel einfallen, eine frühere Rehabilitation (Reha) zu ermöglichen. Das hat historisch gesehen auch schon mal anders funktioniert. Zuckersteuer,



Softdrinks, Alkohol hatten Sie teilweise schon genannt.

Dann möchte ich noch auf den Mehrbedarf eingehen. Es ging gerade ein bisschen um das Thema „Übersversorgung“. Das Problem ist aber eigentlich eine Unterversorgung, die wir haben. Zum Beispiel psychische Gesundheit, da gibt es viel zu wenig Plätze. Sehen Sie da eigentlich noch Spielraum im jetzigen System, um diesen Mehrbedarf zu decken? Auch bei ME/CFS (Myalgischen Enzephalomyelitis, dem Chronischen Fatigue Syndrom), also chronischer Erschöpfung, gibt es noch einen Mehrbedarf, nicht nur in der Forschung, auch in der Versorgung von Menschen, die daran leiden. Wo ist da der Spielraum im jetzigen System?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Das war ja schon ein ganz schöner, bunter Strauß.

Sachverständiger **Prof. Josef Hecken** (Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss): Das geht noch.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Dann im Stakkato.

Sachverständiger **Prof. Josef Hecken** (Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss): Ja, herzlichen Dank. Dann fange ich mit Ihrer Frage an, Frau Vorsitzende. Wie kann man die Fehlinanspruchnahme beziffern? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht nach Rückmeldungen von Vertragsärzten davon aus, dass man in etwa einen Anteil von 30 Prozent der Patienten hat, die keiner fachärztlichen Behandlung bedürftig sind, aber trotzdem dort unmittelbar aufschlagen. Das sind natürlich 30 Prozent Kapazitäten, die man für wirklich Behandlungsbedürftige hätte.

Um jetzt aber die Ärzteschaft hier nicht über Gebühr zu loben: Ich bin als Vorsitzender der gemeinsamen Selbstverwaltung zwar sowohl der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als auch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und auch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zur Loyalität verpflichtet, aber ich beschimpfe sie immer alle gleichmäßig. Das ist auch eine Art von Loyalität. Wir haben natürlich auch eine absolute Fehlentwicklung, die auch

vergütungsrechtlich getriggert ist. Es ist in vielen Fällen für den bundesrepublikanischen Kardiologen ökonomisch wesentlich sinnvoller, permanent Wiedereinbestellungen zu machen, auch bei Patienten, die stabil sind, weil ich wieder einbestellte Patienten sehr genau vom Zeithorizont her kontrollieren kann. Nehmen Sie einen Patienten mit Herzschrittmacher. Ganz einfach: Der ist dreimal bei mir zur Kontrolle erschienen, und ich merke, da tut sich gar nichts. Es ist noch genug Kapazität in der Batterie. Es hat kein Vorhofflimmern, kein Vorhofflattern, keine sonstigen Entgleisungen gegeben. Dann könnte man äußerst hilfsweise darüber nachdenken, diesen Patienten vielleicht auf ein Jahr zu schieben. Das tut man aber nicht, weil man genau weiß, im Praxisalltag dauert die Wiedereinbestellung exakt 20 Minuten. Da kann ich am Tag 87 Patienten durchschleusen. Wenn ich aber Neupatienten habe, da weiß ich nicht, ob der wirklich krank ist. Da muss ich eine Generalanamnese machen. Dafür bekomme ich zwar zehn Euro mehr, dafür mache ich aber 30 Patienten am Tag weniger. Das heißt, hier eine Differenzierung in die Vergütung einzubringen, ist heute gesetzlich nicht möglich. Hier eine Differenzierung einzubringen, welchen Fall ich behandle, wäre schon ein wesentlicher Schritt, um dahin zu kommen.

Im Bereich der Psychotherapie, ich komme darauf zu sprechen, weil Sie die psychische Gesundheit ansprechen, ist das mit dem Direktzugang für mich eine ganz dramatische Entwicklung. Wir haben in der Psychotherapie sehr kleine Strukturen. Wir haben da keine Riesenpraxen. Der Psychotherapeut hat im Schnitt im Quartal maximal 15, 16 Scheine. Also mehr Patienten behandelt er nicht. Wenn er jetzt einen freien Termin hat, habe ich ihn gezwungen, einmal die Woche eine Sprechstunde zu machen. Dann sitzt der erste Patient da und sagt, er habe ein Problem. Dann nimmt er diesen Patienten. Es findet also keine Priorisierung statt. Die kann auch bei ihm gar nicht stattfinden, weil er ja nur diesen einen oder zwei Patienten sieht, mit der Folge, dass wir hier eben Leute in der Behandlung haben, die möglicherweise gar nicht so primär behandlungsbedürftig sind.

Ich weiß nicht, ob Sie das mitbekommen haben. Ich hätte fast einmal zurücktreten müssen, als der



Spiegel geschrieben hat: „Gesundheitsfunktionär empfiehlt Bier statt Psychotherapie“. Dem lag ein ganz einfacher Lebenssachverhalt zugrunde. Ich habe bei einer Veranstaltung gesagt: „Wenn wir früher im Westerwald Liebeskummer hatten, dann haben wir einen Kasten Bier getrunken, eine Flasche Jägermeister.“. Ich wiederhole das: Am nächsten Tag ein Aspirin, dann war der Liebeskummer vorbei. Wenn ich aber heute irgendwo hingehge und sage, „Ja, ich habe da ein Problem und bin da ein bisschen depressiv“, dann werde ich möglicherweise behandelt, obwohl Menschen mit Schizophrenie auf einen Termin warten. Ich habe im Bereich der Psychotherapie in den letzten fünf Jahren einen Aufwuchs von 5 000 Sitzen, von 23 000 auf 28 000 Psychotherapeuten. Ich habe nur 60 000 Hausärzte, damit Sie einfach einmal einen Vergleichsmaßstab haben. Also insgesamt habe ich 180 000 Ärzte. Trotzdem haben sich die Wartezeiten nicht verkürzt, weil es keine Priorisierung gibt. Da wäre es eine wunderbare Möglichkeit, entweder über dieses Primärarztsystem dann wieder in eine Zuweisung zu kommen, was natürlich die Psychotherapeuten ablehnen, weil das früher mal der Status quo war, oder zumindest die psychotherapeutischen Berufsverbände dazu zu zwingen, zu sagen „Dann müsst ihr zumindest eine zentrale Anlaufpraxis haben, wo dann mal 20 Patienten eingeschätzt und nach Priorität zugewiesen werden. Ansonsten verläuft sich das.“

Wie kann man Qualität messen? In den wesentlichen Bereichen ist „Pay for Performance“ möglich, zum Beispiel im stationären Bereich. Ganz einfache Indikatoren: Gibt es eine Sepsis? Gibt es die Notwendigkeit einer Wiedereinweisung? Wenn ein Patient heute wieder ins Krankenhaus eingewiesen wird, dann ist es nicht so, dass Sie einen Vergütungsabschlag bekommen, sondern Sie bekommen zwar einen verminderten Vergütungssatz, aber Sie bekommen mehr Geld dafür, dass Sie „reparieren“. Wenn ein Patient eine Sepsis bekommt, kann das passieren, aber wenn in dem Haus die Sepsisrate deutlich oberhalb der normalen Sepsisrate liegt, muss man sagen, es muss doch irgendwelche Gründe haben. Dann wird eben Vergütung abgezogen und im Notfall ihm dann auch die Kompetenz zur Behandlung entzogen. Ich habe auch ein Qualitätsversprechen einzulösen. § 12 des SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) zwingt mich

dazu, wirtschaftliche, zweckmäßige und angemessene, das Maß des Notwendigen darstellende Versorgung nicht zu überschreiten. Auf der anderen Seite habe ich aber auch das Qualitätsgebot des § 2 zu erfüllen, wonach jeder Anspruch auf bestmögliche Versorgung hat. Da muss man irgendwann dann auch die Konsequenz ziehen und sagen „Na ja, der eine oder andere wird das ja dann zum Geschäftsmodell machen“ und sagen „Dann mache ich es halt ein bisschen schlechter, kriege ein bisschen weniger Geld, habe aber auch weniger Personal.“ Das kann natürlich nicht sein.

„Pay for Performance“ ist möglich. „Pay for Performance“ ist auch im Arzneimittelbereich möglich. Da bin ich mittlerweile mit den Gesundheitspolitikern im Gespräch, weil ich im AMNOG bei den neuen Wirkstoffen langsam an Grenzen stoße. Sie alle kennen das Schlagwort der personalisierten Medizin. Früher hat man einen Wirkstoff gehabt, den man bei Krebs eingesetzt hat. Dann gab es Cisplatin und Carboplatin. Die Nebenwirkungen sind bei jedem Patienten eingetreten. Ob der Patient davon profitiert hat, war eine Glückssache. Heute mache ich Gensequenzierungen und kann passgenau für den Patienten eine Medikation zusammenstellen, die natürlich unheimlich viel Geld kostet. Ich habe aber zum Zeitpunkt der AMNOG-Bewertung keine Studien mehr und bin im Prinzip darauf angewiesen zu sagen „Na ja, könnte funktionieren oder nicht“. Hier kämpfe ich jetzt beim Gesetzgeber – also bei Ihnen, nur in einem anderen Ausschuss – dafür, dass man sagt, man muss hier flächendeckend Versorgungsregister aufsetzen, damit ich bei den Patienten, die in bestimmten onkologischen Settings sind, dann auch sehen kann: Wie entwickelt sich der Patient unter einer Therapie, um dann kohortenspezifische Erstattungsmodelle zu machen. Es hat eben nicht funktioniert, dass wir die Überlebensrate um drei Jahre verlängert haben, also geht der Preis dieses Wirkstoffes nach unten. Es gibt also eine ganze Reihe von Bereichen, die diesem „Pay for Performance“ zugänglich sind. Die Geriatrie nicht. Da muss man tagesgleiche Pflegesätze machen. Oder bei einem Diabetiker, also bei einer chronischen Erkrankung, ist das schwierig.



Thema „Primärarztssystem“, Frau Abgeordnete Weiss: Mein Rat an Frau Bundesministerin Warken und auch zuvor schon an Herrn Bundesminister Lauterbach war: Machen Sie es schrittweise und wählen Sie zunächst eine Modellregion aus, sonst gibt das den Supergau in der deutschen Gesundheitspolitik. Ich habe heute 5 000 Hausarztsitze, die nicht besetzt sind. Bei mir im Westerwald – Verbandsgemeinde Asbach, früherer Wahlkreis von Erwin Rüdell, die Vorsitzende kennt ihn – haben wir sechs Hausarztsitze, davon sind zweieinhalb seit mehr als drei Jahren nicht besetzt. Wenn ich den Leuten sage, ich mache ein Primärarztssystem, sie müssen jetzt dahingehen, dann sagen die „Ich kriege ja keinen Termin“. Dazu kommt: Die drei Hausärzte, die da sind, können in ihrer Praxis mit einer medizinischen Fachangestellten doch nicht den Patienten steuern und coachen. Ich brauche kein Primärarztssystem, damit einer eine flotte Überweisung ausstellt, sondern der soll wirklich den Patienten steuern. Der soll auch mit dem Facharzt kommunizieren, Medikationen überprüfen, etc. pp. Deshalb ist es für mich ganz, ganz wichtig, dass wir hier nicht von einem „Primärarztssystem“ sprechen, sondern von einem „Primärversorgungssystem“.

In Baden-Württemberg gab es einen wunderbaren Selektivvertrag der AOK Baden-Württemberg (Allgemeine Ortskrankenkasse), in dem die Hausärzte mit zwei, drei wesentlichen Facharzt Disziplinen zusammengearbeitet hatten. Zehn Prozent der Termine der Fachärzte waren reserviert, damit der Hausarzt Patienten, die dringlich behandlungsbedürftig waren, sofort dahin schicken konnte. Das hat am Ende des Tages minimal Kosten gespart. Das ist jetzt nicht der entscheidende Punkt. Der entscheidende Punkt war, dass am Ende eines zehnjährigen Zeitraumes die in diesem Hausarzt- oder Primärversorgungsvertrag angeschlossenen Patientinnen und Patienten gesagt haben, „Wir wären auch bereit, mehr Geld dafür zu bezahlen, obwohl wir zuerst zu diesem Doktor mussten, weil die Versorgung besser war.“. Wir haben die größte Rendite in diesem Bereich erzielt, weil Krankenhäuser Patienten zum Beispiel früher nach Hause geschickt haben und gesagt haben, „Wir wissen, dass er in diesem System, in dem auch ein Facharzt im Hintergrund ist, gut aufgehoben ist, weil wir ansonsten ja den

Drehtüreffekt haben. Wir schicken die Leute freitags um 11 Uhr mit der Plastiktüte vor die Haustür, und freitags nachmittags um 17 Uhr sind sie wieder in der Notaufnahme.“. Das ist dort vermieden worden. Deshalb wäre mein Rat, zu sagen „Wir müssen hier in zwei, drei Modellregionen oder mit einem willigen Ärzteklientel, das auch bereit ist, sich da einzubringen, beginnen, um dann „Learning by doing“ zu machen.“. Wenn Sie sagen, wir führen das flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland ein, dann weiß ich nicht, wo ich die Ärzte herholen soll. Dann werden viele alte Ärzte, die das nicht kennen, die allein in der Praxis sitzen, die jetzt aber ein paar medizinische Fachangestellte einstellen müssten, egal welchen Geschlechts, sagen „Das mache ich doch nicht. Dann nagele ich meine Bude zu, egal ob ich einen Praxisnachfolger habe oder nicht“. Dann verschlechtern wir die Versorgung. Denn dieses System kann nur funktionieren, wenn es auf der Basis von Substitution oder qualifizierter Delegation, ich sage mal, in dieser Praxis auch eine Reihe von nichtärztlichen Fachberufen gibt, wo die Patienten zuerst einmal abgefangen werden, wo man sagt „Was ist Ihr Anliegen?“, wo man mit denen Befundberichte erörtern kann, damit der Arzt am Ende des Tages auch Zeit hat, sich um die schwierigen Fälle zu kümmern. Ansonsten geht das nicht. Also, es geht nur schrittweise, Frau Abgeordnete, und es geht nur zusammen mit Delegation oder Substitution. Ein Arzt mit zwei Angestellten kann diese Primärversorgung nicht erfüllen. Die sollen ja auch fallabschließend behandeln können. Deshalb müssen die mindestens mal ein Röntgengerät oder ein Ultraschallgerät haben. Sie müssen ein Labor haben. Das ist heute nicht in jeder Praxis der Standard.

Zu den Effizienzpotenzialen, die Sie erwähnt haben: Ob das jetzt 20 Milliarden Euro sind, weiß ich nicht. Aber hier gibt es aus meiner Sicht ganz, ganz große Effizienzpotenziale. Ich spreche jetzt nicht von den digitalen Anwendungen, die man sich aufs Handy lädt, wo dann manchmal der Nutzen, ich sage mal, fragwürdig ist. Aber wir haben, und das müssen wir auch zwingend nutzen, eine Reihe von Möglichkeiten, die die Compliance der Patienten erhöhen, die die Qualität der Patientenversorgung erhöhen und Ärzte gleichwohl entlasten. Ich habe zum Beispiel



in die Finanzierung die Fernüberwachung kardialer Implantate aufgenommen. Wir hatten eben die Wiedereinbestellung des Herzschrittmacherpatienten. Das ist völlig unnötig, wenn ich dem Patienten mit dem Herzschrittmacher so einen kleinen Sensor einsetze, der permanent funkt und auch die Möglichkeit schafft, dass der Arzt proaktiv, bevor der Patient eine Entgleisung bekommt, einen Alarm erhält und merkt: Ja, jetzt muss ich aktiv eingreifen. Oder der dann sagt – mein Vater ist vor zwei Jahren mit 96 gestorben, das war so ein Patient – „Du brauchst jetzt nicht hier hinzukommen, obwohl du die Knochen nicht mehr bewegen kannst. Ich drücke auf den Knopf und gucke, dein Herzschrittmacher läuft ordnungsgemäß. Bleib lieber daheim, dann hast du einen schönen Tag, und ich habe einen schönen Tag.“. Das setzt aber voraus, dass wir eine Infrastruktur haben, in der diese Dinge rund um die Uhr überwacht werden. Es nützt nichts, wenn der Kardiologe freitags um 12 Uhr seine Praxis zumacht und am Samstagnachmittag, beim Baden – was man im Westerwald üblicherweise samstags macht – entgleist dann eben dieser Patient. Überall klingelt es, und keiner merkt es. Und montags sagt man, „Da müssen wir mal hinfahren, der müsste jetzt mittlerweile bestattet werden.“. Da haben wir die Möglichkeit geschaffen. Hier haben wir aber als G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) keine Möglichkeit, die Ärzte auch zu zwingen, in geeigneten Fällen diese technischen Möglichkeiten, die Kosten sparen, zu nutzen. So ein Ding amortisiert sich nach zwei Wiedereinbestellungen, weil es für den Arzt lukrativer ist, wieder einzubestellen. Das ist zum Beispiel ein Bereich, wo man gigantisch sparen kann.

Wir hatten kürzlich das Urteil zu Schulbegleitern für Kinder mit unkontrolliertem Diabetes. Da gab es einen Streit, ob die GKV das bezahlen muss oder die kommunalen Gebietskörperschaften als Träger der Jugendhilfe. Da hat, ich glaube, das Bundessozialgericht oder ein anderes Gericht jedenfalls entschieden, dass das die GKV bezahlen muss. Jetzt schicken wir die Kinder mit Schulbegleitern in die Schule. Es gibt Closed-Loop-Systeme, die, wenn sie funktionieren, sekundengenau messen und steuern. Es hat jetzt bei einem großen Hersteller eine fehlerhafte Charge gegeben, aber das kann immer passieren,

bei der die Messungen falsch waren, was natürlich ganz gefährlich ist, wenn automatisch dann Insulin in den Menschen abgegeben wird. Aber das sollte man ja nicht zum Regelfall machen. Es gibt hier super Systeme, die eine permanente Kontrolle ermöglichen, die diesen Kindern auch die Freiheit geben, sich zu bewegen und nicht immer so eine Art „Dackel“ hinter sich herlaufen zu haben. Das hat doch auch etwas mit Freiheit und Entwicklung zu tun. Jetzt hast du die Eltern einmal abgeschüttelt, und dann kommt dieser Diabetes-Messbegleiter, der vielleicht noch schlimmer ist als die Eltern. Also Entschuldigung für diese etwas „rustikale Ausdrucksweise“. Es wäre wesentlich günstiger, das mit diesen Systemen zu machen. Man müsste das nur in den Fällen, in denen es geboten ist, gesetzlich implementieren und in die elektronische Gesundheitskarte integrieren. Wenn das Ding irgendwann einmal funktioniert und nicht doppelt und dreifach Untersuchungen aus haftungsrechtlichen Gründen gemacht werden müssen, weil eben die Daten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte sind, Laborparameter, Computertomografie Aufnahmen (CT) und so was, dann eben belastbar sind, würde das gigantische Potenziale freisetzen, die natürlich auch Personal freisetzen. Das ist ja ganz klar. Insofern sehe ich hier große Chancen. Die Welt ist nicht nur schlecht. Aber ich sehe natürlich auch das Entwicklungstempo in der Bundesrepublik Deutschland. Da gibt es eben Optimierungspotenziale.

Herr Abgeordneter Groß, der Zuzug von Nichtbeitragszahlenden mag möglicherweise ein gesamtgesellschaftliches Problem sein, betrifft aber nicht meinen Zuständigkeitsbereich, weil für die Nicht-Beitragszahlenden, jedenfalls diejenigen, die mit Asylstatus in die Bundesrepublik Deutschland kommen, die Kommunen die Ausgaben für Gesundheit bezahlen. Sie adressierten hier die Grundversorgung, also Brot, Seife, Bettlaken. Der Leistungsanspruch ist in den ersten drei Jahren, der von den Kommunen bezahlt wird, auf unaufschiebbare notwendige medizinische Maßnahmen zur Schmerzbehandlung oder zur Behandlung akuter gesundheitlicher Imponderabilien beschränkt. Also dass – was wenn Nessie nicht auftaucht im Sommer und deshalb Loch Ness nicht bespielt werden kann,



auftaucht – sich hier zu Lasten der Solidargemeinschaft Patientinnen und Patienten mit Gebissen oder mit Hörhilfen versorgen lassen, ist eine Mär. Denn wenn das passiert, ist es gesetzlich nicht gedeckt. Der Anspruch ist wirklich auf unaufschiebbare Schmerzbehandlungen und elementare Operationen und so etwas beschränkt. Das ist der Status quo, und das bezahlen wir nicht, sondern das bezahlen die Kommunen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Problematik Bürgerversicherung diskutieren wir ja seit 100 Jahren. Das ist natürlich eine ernst zu führende Diskussion. Das tun Sie und andere Parteien auch. Ich schaue jetzt mal hier so in die Runde. Ich persönlich sehe das ein bisschen differenzierter. Am Anfang wird die Bürgerversicherung ein paar Verfassungsprobleme aufwerfen, weil ich die alte Last habe, also die Leute, die seit langen Jahren in der PKV (privaten Krankenversicherung) versichert sind und damit Altersrückstellungen erworben haben, auf die ein eigentumsrechtlich geschützter Anspruch besteht. Das heißt, diese Personen kriege ich nicht. Die wird man auslaufen lassen müssen. Wenn man sie sofort in die GKV holen würde, ohne dass die Rückstellungen übertragen werden könnten, wäre es ein Minusgeschäft, weil Menschen wie ich dann eben eher, sage ich mal, Negativsalden aufwerfen. Das ist eine Entscheidung, wie gesagt. Ich bin Gott sei Dank nur Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und nicht zur politischen Entscheidung befugt. Ich habe evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen und sage: Ob das das System rettet oder nicht, das vermag ich an der Stelle nicht zu beurteilen. Wir hatten das vor vielen Jahren, als ich noch politisch tätig war, als ich Büroleiter bei Herrn Blüm war, auch mal in der gesetzlichen Rentenversicherung diskutiert. Da hatten wir auch damals die Kapitaldeckung und so weiter, und da hat man immer auf Brasilien gezeigt. Da wäre alles so toll. Dann ist in Brasilien auf einmal die Börsenblase geplatzt, und da mussten die Leute dann alle Flaschen sammeln gehen. Wobei es schon bedrohlich ist, wie das Rentenniveau in der Bundesrepublik Deutschland ist, will ich an der Stelle auch ausdrücklich sagen. Das tut mir weh, wenn ich manche Leute sehe, die von der Bekleidung her erkennbar jetzt nicht diejenigen sind, die nicht gearbeitet haben, wenn die

Flaschen sammeln. Aber das kann ich an der Stelle nicht beurteilen.

Der Mehrbedarf für psychische Gesundheit: Wir haben für dieses Chronische Fatigue Syndrom und für alle Post-Covid-Erkrankungen als Gemeinsamer Bundesausschuss schon eine spezielle Behandlungsleitlinie erarbeitet. Hier haben wir das Problem, dass wir im Moment ja noch keine zugelassenen oder vernünftigen Therapieoptionen haben. Wir haben im Augenblick, damit Sie sehen, dass wir auch praktische Dinge machen, auf der Basis der Empfehlung, die die Kommission unter Beteiligung von Prof. Wörmann und anderen Professoren erarbeitet hat, für verschiedene alte Wirkstoffe „Off-Label“-Genehmigungsanträge laufen, bei denen die Zulassung erweitert wird, um den Einsatz in den von Ihnen beschriebenen Krankheitsbildern darzustellen. Große Sorge macht mir die stationäre Psychiatrie. Ich habe hier eine PPP-Richtlinie (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie), in der ich Qualitätsanforderungen mit speziellen personellen Vorgaben definiert habe, die sehr anspruchslos sind. Als wir das damals beschlossen haben, haben mir die Fachgesellschaften vorgeworfen, Hecken katapultiere die Psychiatrie in die 70er Jahre zurück. Faktum ist aber: Die Richtlinie ist jetzt seit acht Jahren in Kraft, und wir schaffen es nur in 40 Prozent der Einrichtungen, den Personalschlüssel zu erfüllen, der in den 70er Jahren damals Standard war, weil der Abfluss von stationär behandlungsbedürftigen Patienten in die ambulante Versorgung nicht funktioniert, weil es dort zu wenig Therapieplätze gibt oder zu wenige Therapeuten, die bereit sind, auch schwerkranke Patienten zu behandeln. Das ist dann der letzte Satz, weil ich Sie jetzt nicht mit Details langweilen will. Hier habe ich der Politik auch schon einen Vorschlag gemacht. Den habe ich Herrn Lauterbach fünfmal im Rahmen einer kleinen Feierstunde überreicht und Frau Warken auch schon zweimal im Rahmen einer kleinen Feierstunde. Wir haben diesen Aufwuchs bei der Zahl der ambulanten Psychotherapeuten dadurch, dass wir gesagt haben: Ihr könnt eure Sitze teilen, wenn ihr keine Lust mehr habt, einen vollen Sitz zu erfüllen, könnt aber auf einem halben Sitz trotzdem 100 Prozent abrechnen. Das geschieht doch flächendeckend. Da hatte ich die Idee, um



jetzt schwerkranke Patienten einfach in Behandlung zu bekommen, weil ich gelernt habe, mit Taschengeld kann man mehr Steuerung erreichen als durch andere erzieherische Maßnahmen, dass ich sage, okay, wenn du einen halben Sitz hast, dann kannst du 100 Prozent abrechnen oder 110 Prozent, aber alles, was über 60 Prozent geht, dafür bekommst du nur Geld, wenn du auch Patienten mit bestimmten Schweregraddiagnosen behandelst. Eigentlich ein ganz einfacher Vorschlag, der für mich auch eine gewisse Plausibilität hat. Das bedürfte aber einer gesetzlichen Regelung. Bislang haben die mir bekannten Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister – ich habe jetzt meine erste weibliche Ministerin, Ulla Schmidt habe ich nur als Sprecherin der B-Länder im Gesundheitsausschuss des Bundesrates erlebt – gesagt: Nein, wir möchten keinen Ärger mit der Bundespsychotherapeutenkammer, die da möglicherweise involviert [...] wäre. Deshalb ist der Status quo da. Hier sehe ich also Potenziale. Wenn ich mit Druck im Sinne von finanziellen Anreizen arbeite, ich glaube, dann bekäme man den Abfluss hin, denn wir haben ohnehin einen Mangel beim Pflegepersonal. Und die Psychiatrie, insbesondere die Stationen, die für mich wichtig sind, das sind diese Kriseninterventionsstationen. Das sind so, sage ich mal, die Bereiche, in die sich ein normaler, im Pflegebereich tätiger Mensch nicht unbedingt gerne hinbewegt, weil wir da wirklich Patienten haben, die akut entgleisen, aufgrund welcher Dinge auch immer – völlig unkontrollierbare Behandlungsabläufe.

Vor diesem Hintergrund ist es ganz wichtig, dass wir es schaffen, die Patienten nicht unnötig lange im stationären Setting zu haben. Ich bin mittlerweile so weit, obwohl ich ein leidenschaftlicher Anhänger auch einer ambulanten fachärztlichen Versorgung bin, zu sagen: Wenn es im ambulanten Bereich nicht klappt, dann müssen wir den psychiatrischen Institutsambulanzen mehr Möglichkeiten geben, auch Akutpatienten zu behandeln, bevor die Leute in den Suizid gehen, weil sie keinen Behandlungsplatz kriegen, oder bevor wir sie im Krankenhaus im Bett liegen lassen. In den PIAs (Psychiatrische Institutsambulanzen) habe ich motivierte, junge, frisch ausgebildete Leute, die auch den Umgang mit schwerkranken Patienten gewohnt sind. Da muss man die in diesem

krankenhausnahen Setting behandeln. Es kann aber nicht sein, dass ich die Patienten auf der Strecke verliere. Wenn Sie sich mal angucken, wie die psychischen Erkrankungen wachsen, was das für eine Belastung ist, was das auch am Ende beim Krankengeld ausmacht. Wenn einer eine Blinddarmentzündung hat, ist der nach zehn Tagen wieder auf der Arbeit. Wenn einer eine manifeste Depression oder sonst etwas hat, das sind ja auch Belastungen auf Dauer, dann geht es eben nur mit solchen Maßnahmen. Das ist aber alles schon in die politische Diskussion eingebracht worden. Aber warten wir mal, was herauskommt.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker

(CDU/CSU): Vielen Dank, so weit. Wir wollen jetzt noch eine zweite Fragerunde machen. Ich habe bisher Fragen von Frau Abg. Dr. Lübcke und Abg. Ralph Brinkhaus. Gab es auch eine Frage von der SPD? Gut, dann machen wir es in der Reihenfolge. Frau Abg. Dr. Lübcke, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Andrea Lübcke** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für diese wirklich sehr lebhaften Einblicke in eine Welt, die mir bisher relativ verschlossen blieb. Sehr spannend, vielen Dank.

Ich würde gerne einmal auf Prävention zurückkommen. Die Bilder, die Sie gezeigt haben, waren ganz offensichtlich. Klar, man muss die Leute dort abholen, wo sie sich aufhalten, wo sie sich bewegen. Und klar, zu einer Einladung zum Präventionsworkshop kommen sie eher nicht. Was haben Sie denn da für Ideen? Wie kommt man an die Menschen ran?

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker

(CDU/CSU): Abg. Ralph Brinkhaus.

Abg. **Ralph Brinkhaus** (CDU/CSU): Ja, herzlichen Dank, Herr Hecken. Ganz herzlichen Dank für Ihr Engagement seit 15 Jahren und auch für die ausführliche Beantwortung der Fragen. Aber ich glaube, in dieser Diskussion, in dieser Fragerunde, die wir haben, haben wir eigentlich erkannt, was schief läuft. Da konnten Sie nichts für. Aber Sie haben jetzt ein buntes Kaleidoskop von kleinteiligen und größeren Maßnahmen genannt. Aber mir fehlte – also wie gesagt, da können Sie nichts für, das waren so die Fragestellungen – eigentlich die Klammer. So, und jetzt stelle ich



einfach mal folgende These auf: Wir sind hier der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen, wir sind den SDGs, den Sustainable Development Goals, verpflichtet, und wir haben beispielsweise SDG 3, Gesundheit und Wohlergehen. Das ist auch in Deutschland operationalisiert. Es geht darum, dass die Menschen gesund leben. Dazu gehört insbesondere Unterziel 3.4, das auf die Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit zielt. Wir haben das sogar weiter konkretisiert. Wir haben einen Indikator, den man infrage stellen kann. Ich halte ihn für falsch, man kann ihn gleichwohl zugrunde legen, und zwar die vorzeitige Sterblichkeit. Das ist bezogen auf Menschen unter 75 Jahren. Und wir reden komischerweise bei allen gesundheitspolitischen Diskussionen, die wir führen, nie darüber, was eigentlich das Ziel von Gesundheitspolitik ist: Dass Menschen nämlich möglichst lange gesund leben. Da redet kein Mensch drüber. Wir reden über Krankenhäuser, wir reden über Apotheken, wir reden über Psychotherapeuten, wir reden über die Arbeitsbelastung von Krankenpflegern, wir reden über Wartezeiten. Aber kein Mensch redet in diesem Land darüber, dass wir eigentlich eine höhere Lebenserwartung wollen. Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind bei dieser Lebenserwartung verdammt schlecht. Darüber wird auch nicht geredet. Wir haben ein unglaublich ineffizientes Gesundheitssystem. Wir haben die Situation, dass wir die höchsten Bruttoinlandsproduktanteile im Bereich der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) haben oder mit die höchsten, je nachdem, wie man es rechnet. Das heißt, wir geben ein Höllengeld für Gesundheit aus. Aber wir haben im Vergleich zu unseren Benchmark-Ländern – das ist nicht Polen, die haben andere Voraussetzungen –, unseren westeuropäischen Nachbarländern, der Schweiz, Österreich und den südeuropäischen Ländern, eine lausige Lebenserwartung. Und jetzt muss man sich doch mal eins vor Augen führen: Wir haben unser Ziel nicht erreicht. Wir geben ein Höllengeld aus. Und niemand, aber auch niemand, der in diesem System ist, egal ob ein Patient oder ein Leistungserbringer, ist zufrieden. Das ist die Situation, die wir haben. Und was machen wir? Also ich bin ja schon ein bisschen länger im Bundestag. Jetzt müssen wir da mal ins Detail

gehen und handeln. Da vorne ist es eben schon geflüstert worden: Wir wissen, was zu tun ist. Wir geben unglaublich viel Geld dafür aus, im letzten Lebensdrittel Menschen zu reparieren, wo wir vorher etwas verpasst haben, nämlich dafür zu sorgen, dass dieses letzte Lebensdrittel ein bisschen gesünder ist. Es weiß jeder. Aber was machen wir als Abgeordnete? Sie haben ja im Grunde genommen die Widersinnigkeit auch genannt. Wir kämpfen um jedes Kreiskrankenhaus, weil wir nicht den Mut haben, zu sagen, dass dieses Kreiskrankenhaus keine Sekunde zusätzliche Lebenserwartung bringen wird.

Wenn ich diese Diskussion im Wahlkreis führe, habe ich ja auch diese Situation. Dann sage ich: Ja, toll, dass du jetzt dein Krankenhaus vor Ort hast. Wirst du deswegen fünf Sekunden länger leben? Nee, wahrscheinlich nicht. Ist es vielleicht nicht viel wichtiger, dass du eine gute notärztliche Versorgung hast? Dass der Notarzt mit dem Krankenwagen bei dir vor der Tür steht? Ja, ist wahrscheinlich wichtiger. Ich so: Warum diskutieren wir über das Krankenhaus und diskutieren nicht über die notärztliche Versorgung? Und ich glaube, wenn wir es nicht schaffen, diese ganze Diskussion auf das Ziel zurückzuführen, das wir haben, dann werden wir in 100 Jahren hier noch sitzen und werden nur unzufriedene Leute haben, und wir werden es noch nicht mal den Bürgerinnen und Bürgern erklären können. Und das liegt zuerst bei uns in der Politik. Da müssen wir auch wirklich mal sagen: Wenn wir uns selber mit auf diese Demonstrationen stellen, wo es darum geht, in irgendeiner Gruppe irgendwas, was ich ja gut verstehen kann, zu erhalten, und ich will das jetzt gar nicht an Krankenhäusern festmachen, wir könnten es an Apotheken, wir könnten es an allem festmachen, oder auch an Wartezeiten, die vielleicht, und Sie haben es gerade in der Kardiologie gesagt, sogar gerechtfertigt sind: Wenn wir nicht den Mut haben, jetzt tatsächlich mal zu sagen, nein, wir müssen es aufs Ziel zurückführen, und wir sind da ganz, ganz konsequent, und zwar parteiübergreifend, dann werden wir scheitern.

Also ich will es nur an einem Beispiel nennen, und Herr Dr. Fahl, Sie bzw. Ihre Partei sind betroffen, es hätte jede andere auch sein können:



Da plakativ die Linken im Bundestagswahlkampf: „Gute Gesundheit muss nah sein“, oder so ähnlich. Ja, so ein Blödsinn. Gute Gesundheit muss mir ermöglichen, länger zu leben. Und ehrlich gesagt, wenn ich einen schwierigen onkologischen Eingriff habe, dann würde ich, wenn ich es mir leisten könnte, dafür auch irgendwo nach Hamburg oder München fahren. Das ist doch kein Argument, dass gute Gesundheit nah sein muss. Aber auf diesem Niveau – es tut mir jetzt leid, ich will jetzt nicht die Linken angreifen, weil wir es genauso hätten bringen können – führen wir die gesundheitspolitischen Diskussionen. Deswegen würde ich die Frau Vorsitzende auch nachdrücklich darum bitten: Wir sind den SDGs, den Sustainable Development Goals, verpflichtet. Lassen Sie uns darüber diskutieren, warum sie nicht eingehalten werden. Übrigens: Beim Unterziel 3.4, also bei der vorzeitigen Sterblichkeit vor dem 75. Lebensjahr, sind wir definitiv nicht im grünen Bereich. Und deswegen, Entschuldigung, dass ich da jetzt so ein bisschen emotionaler geworden bin: Wenn wir das politische Narrativ, die politische Geschichte, nicht erzählen, dass es darum geht, dass wir den Menschen möglichst viele gesunde Lebensjahre ermöglichen, dann werden wir die Sache verlieren. Und ganz ehrlich – für alle, die jetzt irgendwo Wahlkampf haben –: Was ist denn ein größeres Versprechen, was ich als Politiker machen kann, als dass ich den Menschen die Chance erhöhe, länger gesund leben? Sorry, ich würde da eine Wahlentscheidung ziemlich stark nach treffen. Und dementsprechend die herzliche Bitte, dass wir die Diskussion anders führen als kleinteilig. Aber das sage ich jetzt als Nicht-Gesundheitspolitiker. Die Gesundheitspolitiker werden mir wahrscheinlich sagen, das ist alles irgendwo ganz anders, und wahrscheinlich haben sie sogar teilweise recht.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Ja, danke für das Plädoyer, dann noch mal auf das Big Picture zu schauen. Und jetzt hat Frau Abg. Michel das Wort.

Abg. **Kathrin Michel** (SPD): Kollege Brinkhaus hat oft gesehen, wie ich genickt habe, weil das ganz viele Sachen sind, die mich genauso umgetrieben haben. Ich habe die ganze Zeit überlegt, was unsere Kraft hier in diesem Beirat ist, nämlich

zehn Meter weiter weg zu stehen als ein Fachpolitiker und zu sagen: Ich habe das große Bild hier oben, ich habe den Purpose, da müssen wir hin, und wir müssen in unserer Argumentation ganz anders vorgehen. Ich wäre froh, wenn das, worüber wir heute sprechen, unser einziges Problem wäre. Das ist es leider nicht. Aber die Argumentation, Kollege Brinkhaus, könnten wir bei jedem anderen Thema genauso bringen: Dass wir uns einfach verfangen in der Kleinteiligkeit, und die Verharrungsmechanismen sind unheimlich groß. Ja, wenn man dann neu irgendwo hineinkommt, hat man zwar einen frischen Blick, aber dann sagen die Kollegen schon: Na ja, das gibt sich nach zwei, drei Jahren. Dann haben wir Dich auf Spur gebracht. Es ist wirklich so: Wir wissen im Grunde unseres Herzens alle, und ich bin Haushaltspolitikerin, wir geben Unmengen an Geld aus, und wir sagen immer: Ja, wo ist denn unsere Haushaltspolitik nachhaltig? Auch die ist der Nachhaltigkeit unterworfen, nämlich Geld für Dinge auszugeben, die die Nachhaltigkeit auch wieder in anderen Segmenten befördern. Deshalb bin ich erst mal froh, dass Sie mit dieser, ja, es ist keine Attitüde, das kommt Ihnen aus jedem Knopfloch und solche Menschen mag ich sehr, die ein Thema verfolgen und sagen: Ich sage das in einfachen Worten, damit es jeder versteht. Ich frage mich, wie wir es gemeinsam schaffen, dass wir diese Verharrungsmechanismen, egal ob die jetzt im Gesundheitsausschuss oder im Ministerium vorhalten, gemeinsam lockern können, damit wir noch eine Chance haben, hier aus der Misere rauszukommen.

Sachverständiger **Prof. Josef Hecken** (Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss): Okay. Dann fange ich zuerst mit Frau Dr. Lübcke an. Prävention. Alle Lebenswelten sind relevant. Herr Abgeordneter Brinkhaus, Sie haben auf mich eingepregelt, aber den Falschen. Denn ich werde gleich auch ausführen, dass hier ganz klar ist: Wir haben ein miserables Input-/Output-Verhältnis in allen Bereichen in der Bundesrepublik Deutschland. Wir haben die höchste Sterblichkeit bei Myokardinfarkten, also bei trivialen Sachen. Da liegen wir weit hinter Spanien, Portugal und sonstigen Staaten, die nicht die finanziellen Mittel haben. Aber bei der Prävention ist aus meiner Sicht wichtig: Wir müssen zuerst mal darüber reden. Prävention kriegt man nicht ohne die



entsprechenden Mittel. Prävention ist unabdingbar, um dieses Ziel „Vorzeitiges Sterben“ zu vermeiden. Man muss versuchen, die Menschen von Kindesbeinen an auf einen vernünftigen Weg zu bringen. Da muss man nicht irgendwelche Druckhefte machen, sondern sagen: Was haben wir an Geld und wie verteilen wir das? Und da – vielleicht fällt Ihnen etwas Besseres ein – war meine Idee zu sagen: Wenn man jetzt die Tabaksteuer, sage ich mal, um 50 Prozent erhöhen würde und damit fünf bis sechs Milliarden Euro allokalieren könnte, wenn man über Alkoholabgaben und über was auch immer dann Geld allokalieren könnte und das nicht nur bei der GKV festmachen würde, sondern auch sagen würde: Da muss man den Kommunen, den Schulträgern, den Kindertagesstätten etc. pp. möglicherweise einen Anreiz geben, um hier aktiv zu werden. Dann würde man die Menschen erreichen.

Wir haben, Frau Dr. Lübcke, eine ganze Reihe von Settings ausprobiert. Die letzte Station war in Billstedt-Horn, wo man in einem sozialen Brennpunkt, in dem die Probleme besonders deutlich zutage treten, gesagt hat: Wir laden jetzt nicht in die Volkshochschule ein, sondern wir gehen wirklich dahin, wo die Probleme tatsächlich liegen, und machen da einen Gesundheitskiosk, also Ansprechpartner vor Ort, die auch aktiv auf Leute zugehen und versuchen, diese in irgendeiner Form zu sensibilisieren. Das Projekt ist am Ende gescheitert, weil die Nachhaltigkeit nicht gegeben war. Sie mussten da bestimmte Leute jeden Tag morgens aus dem Bett holen, damit diese überhaupt mal affin wurden für die Angebote, die man gemacht hat. Und da will ich sagen: Wir haben damals gesagt, wir schmeißen die Kassen in den Wettbewerb und versuchen, möglichst viele große Kassen zu haben. Für mich ist es eine Traumwelt, wenn ich an viele ehemals geschlossene Betriebskrankenkassen zurückdenke. Das war das, was auch am Ehesten das erreicht, was Herr Brinkhaus erwähnt hat. Die haben gesagt, „Ich habe ein Interesse daran, dass meine Leute möglichst wenig krank werden.“ Das war nicht christliche Nächstenliebe, sondern ich habe ein Interesse daran, dass die funktionieren. Und wie kann ich das am besten erreichen? Indem ich bei intensiver betriebsärztlicher Betreuung, Früherkennung von irgendwelchen Sachen,

frühzeitig darüber nachdenken: Kann ich den auf einen anderen Arbeitsplatz setzen? Wenn der Rücken hat, muss er nicht die Achse reinschrauben, sondern kann vielleicht auch im Lager Schrauben sortieren oder sonstige Dinge, bis hin zur Rehabilitation, die man früher dann den Leuten hat zugutekommen lassen, die das betrieben haben.

Ich will da ein Beispiel bringen, Herr Brinkhaus, damit Sie einfach sehen, dass ich da auch so meine Erfahrungen habe. Ich war einmal Gesundheitsminister im Saarland. Da ist ja ein kleines Land, und da hat man auch gewisse Zeit für kleinteilige Sachen. Da habe ich mal eine gesunde Ernährungskampagne in Kindertagesstätten gemacht. Da bin ich hingegangen und habe da Äpfel geschält. Einen Tag hat es gedauert, bis man den Kindern beigebracht hat: Du stirbst nicht, wenn du einen Apfel isst, weil manche noch Schneewittchen im Kopf hatten. Heute kennt das keiner mehr. Die haben gedacht, dann sterbe ich, wenn ich in den Apfel beiße. Und wo ist der Prinz, der mich dann nach 100 Jahren wach küsst? Das funktionierte dann. Freitagabends war der Elternabend. Dann kamen die Eltern. Dann haben wir nicht diskutiert, ob es toll ist, die Kinder an gesunde Ernährung heranzuführen, sondern ob man die Zeit dafür hat, zu kochen, ob das nicht teurer ist, wenn man selber kocht. So eine Fertigpizza von *Wagner* aus heimischer Produktion sei doch wesentlich schneller zubereitet. Dass man Sachen einfrieren kann, dass man portionieren kann oder so was, das hatten die überhaupt nicht auf dem Schirm. Dann bin ich hingegangen, habe mir mit der Knappschaftsklinik und mit der Klinik für Naturheilkunde, folgernd aus der Erkenntnis, „dicke Kinder, ungesunde Kinder haben in der Regel auch ungesunde Eltern“, fünf Familien gesucht, die wir relativ engmaschig betreut haben. Vater hat geraucht, Flaschenbier auf dem Tisch, also wie man sich dieses Idyll so vorstellt. Wir haben die zwei Jahre begleitet. Nach zwei Jahren hatte man die einigermaßen auf der Spur. Dann war das Geld alle. Im dritten Jahr haben wir eine Nachevaluation gemacht, da waren die in der Amplitude hinter dem Stand, auf dem sie vor Eintritt in dieses Programm waren.

Ich will damit sagen: Wir müssen das wirklich penetrieren. Angefangen von der Kindertagesstätte



über die Schule, über dann eben auch Bonusmodelle, wo man sagt: Wenn du jetzt nicht zur Vorsorgeuntersuchung gehst, dann musst du eben möglicherweise statt 5 Euro 6,30 Euro für das Medikament bezahlen. Das funktioniert bei den Zahnärzten ja auch: Wenn du da keinen Stempel in deinem Heft hast, dann kriegst du deinen Festzuschuss nicht, damit die Leute notfalls auch zu ihrem Glück gezwungen werden. Das ist der entscheidende Punkt. Aber dafür muss irgendwann einmal einer den Mut haben, und das erkenne ich weder bei Ihrer Fraktion noch bei den anderen Fraktionen im Hohen Haus, jedenfalls mehrheitlich zu sagen, wir sind bereit, auf diese erkennbar gesundheitsschädlichen Produkte irgendetwas zu erheben, wo man frisches Geld generieren kann. Denn – ich sage das an die Haushaltspolitikerin – aus dem Bundeshaushalt kriege ich nichts. Wenn das so ist, dann muss ich daraus die Konsequenz ziehen. Und was höre ich dann? Ich werde gelegentlich auch traumatisiert, so wie Sie jetzt ein bisschen traumatisiert sind. Ich war in der Sozialstaatskommission, die sich ordnungspolitisch mit dem System auseinandersetzen sollte, und habe da mein Schalmelied von den versicherungsfremden Leistungen gesungen und gesagt, die sollen sich mit Ordnungspolitik beschäftigen. Da sagt mir der Vertreter des Bundesministers der Finanzen: Ja, was willst du, du kannst ja nur um Steuergeld betteln. Da habe ich gesagt: Ich bettle nicht. Ich erhebe einen legitimen Anspruch, dass das, was mir geraubt worden ist, mir auch zurückgegeben wird, damit eben gesundheitsförderliche Maßnahmen ergriffen werden. Also, wir müssen wirklich in diesen Lebenswelten aktiv werden.

Herr Abgeordneter Brinkhaus, die Klammer ist für mich ganz einfach. Wenn wir keine Primärprävention machen, und das war vielleicht der Zeit geschuldet, dann sind wir ein Reparaturbetrieb. Das ist ganz klar. Das Leben wird immer dynamischer, und ich habe so 20, 25 Prozent, die verhalten sich gesundheitsaffin, und die wollen nicht sterben. Die kennen die Risiken eines nimmer endenden Lebens wahrscheinlich noch nicht. Dem Rest ist das einigermäßen egal, solange ihm nichts wehtut. Und wenn es wehtut, ist es zu spät. Also ist für mich ganz wichtig, hier mit Geld in der Hand in die Primärprävention zu gehen. Herr Lauterbach hatte die gute Idee, statt der Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung, die nur Plakate drucken konnte, ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit zu implementieren. Das Ding wird im Moment kommissarisch von dem von ihm bestimmten Leiter geführt, stirbt aber so langsam vor sich hin, weil die von Herrn Lauterbach verfolgte Idee, das als gesamtstaatliche Aufgabe auch mit einem Anteil aus Steuergeld zu finanzieren, bislang vom Haushaltsgesetzgeber – der Sie ja auch sind – nicht erfüllt worden ist. Also, außer Plakatdruckerei, fünf Büros und 22 Kugelschreibern haben die nichts, haben aber einen schönen Namen. Finde ich toll. Erste Maßnahme.

Zweite Maßnahme: Krankenhaus. Ich hatte Ihnen eben die Mindestmengen gezeigt, nur damit Sie einfach sehen, wo die Kritik hingehen muss. Ich schaue jetzt in Ihr Bundesland, schaue auch auf das Bundesland der Vorsitzenden. Die Mindestmengen sind ein probates Mittel, um Strukturbereinigung und Qualitätssicherung voranzutreiben. Was tun die Bundesländer? Drei Bundesländer, ein CDU-Land, ein grünes Land und ein SPD-Land haben beim Bundesverfassungsgericht Klage erhoben, einen Normenkontrollantrag gestellt, um es juristisch korrekt zu formulieren. Das waren Baden-Württemberg – Grüne –, Schleswig-Holstein – CDU und Grüne – und Sachsen-Anhalt. Die drei Länder haben einen Normenkontrollantrag gestellt und dem Bundesverfassungsgericht die Frage vorgelegt, ob es von der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses gedeckt sei, diese Mindestmengen festzulegen, weil dadurch in die Krankenhausplanungshoheit der Länder eingegriffen werde und ich mich „einen Teufel darum zu scheren hätte“, ob dadurch die Qualität verbessert werde oder nicht. Das ist der falsche Weg. Wenn Sie meine Stellungnahme zum Krankenhausanpassungsgesetz ansehen, das jetzt, in dieser Koalition, kurz vor Weihnachten noch im Deutschen Bundestag beraten worden ist, dann können Sie darin erkennen, dass ich die Aufweichungstendenzen, die jetzt zugunsten der Länder Ausnahmen von nahezu allen Qualitätskriterien für die Krankenhäuser zulassen, etwa wenn Kooperationen mit Krankenhäusern 50 Kilometer entfernt eingegangen werden, das eine Krankenhaus einen Operationssaal hat, das andere eine Positronen-Emissions-Tomografie und



Computertomografie, und beide dadurch die Voraussetzungen für eine hohe Leistungsgruppe erfüllen, als Schritt in die völlig falsche Richtung hin zu einer Gelegenheitsversorgung, zu einer schlechten qualitativen Versorgung, die den Patienten nicht nützt und die Kosten in die Höhe treibt, bezeichnet habe. Da ist an der Spitze der Bewegung der von mir ansonsten sehr geschätzte Karl-Josef Laumann. Mit dem habe ich in der CDA (Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft) schon Plakate geklebt. Da war er in der ersten Wahlperiode im Bundestag, da war ich Büroleiter bei Blüm, und Karl-Josef saß das erste Mal im Wasserwerk in Bonn. Er hat an der Spitze der Bewegung gemeinsam mit Manfred Lucha aus Baden-Württemberg – da haben wir mit Herrn Lucha die Grünen, von dem von Frau Kappert-Gonther gesagt worden ist, dass er einfach beratungsresistent ist, also die Fraktion war da ein bisschen anderer Meinung als Herr Lucha – da ist eben ganz klar die Entscheidung getroffen worden, dass man hier gegen diese Steuerungsinstrumente und gegen diese vernünftigen Maßnahmen einschreitet. Im Augenblick, und da habe ich vor Weihnachten noch einen Brief an die Fraktionen geschrieben, wird jetzt darüber diskutiert, Krankenhausbstandorte auf 15 Kilometer auszudehnen und so was. Das sind ja alles so Kleinigkeiten, wo ich sage: Wenn das eben das Ziel ist, um 75 oder vielleicht 80 Lebensjahre wie in Spanien zu erreichen, dann ist das aus meiner Sicht der absolut falsche Weg.

Letztes Beispiel, um das zu belegen, was Sie gesagt haben: Wie gesagt, ich war Gesundheitsminister im Saarland: 28 Krankenhäuser für 800 000 Einwohner, zwei Maximalversorgungskrankenhäuser. Vor fünf Jahren hat sich die Tragödie zugetragen, dass in Wadern von der Marienhaus GmbH ein nicht mehr rentables Krankenhaus mit 65 Betten, mit 50 Prozent Belegungsquote geschlossen wurde. 15 Kilometer entfernt gab es vom gleichen Krankenhausträger ein Notfallkrankenhaus mit allem Drum und Dran, neu gebaut, alles wunderbar. Die Minderbelegung des Krankenhauses war nicht auf fehlende Einwohner zurückzuführen, sondern auf den Umstand, dass eigentlich jeder in seiner Patientenverfügung stehen hatte: Fahrt mich bitte im Falle der

Bewusstlosigkeit an diesem Krankenhaus vorbei, weil ich das Ziel habe, das 75. Lebensjahr zu erreichen. Deshalb war keiner da. Als das Haus geschlossen wurde, haben sich alle Fraktionen vor diesem Krankenhaus angekettet und gesagt: „Wir müssen jetzt sterben“, obwohl eigentlich der gegenteilige Effekt eingetreten ist. Hier fehlt mir auch so ein bisschen die Inkongruenz in dem Wollen der Fraktionen und in dem, wie die Länder bereit sind, solche Prozesse dann eben mitzutragen. Da sehe ich bei den Ländern keinerlei Bereitschaft. Ich höre immer: Franz-Josef Strauß hat mal gesagt, wer die Herrschaft über die Krankenhäuser hat, der hat auch die Lufthoheit über die Politik. Deshalb wird um jedes Krankenhaus, ob es gesundheitsförderlich ist oder zumindest den Status quo hält oder unter Umständen sogar schädigend für den Patienten ist, die Diskussion in unerbittlicher Härte geführt. Das ist aber nicht meine Baustelle. Entschuldigung, Herr Brinkhaus.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Ich glaube, wir sind in anderthalb Stunden wieder sehr viel klüger geworden und haben auch etliches erläutert oder im Zusammenhang dargestellt bekommen, was wir in unsere Wahlkreisarbeit ebenso wie hier in die Diskussionen mit den Fachpolitikern und auch für diesen Beirat hier mitnehmen können. Es war sehr interessant. Die Aufgabe stellt sich uns allen, dem Anspruch der Bürger gerecht zu werden, für sie besonders gut und angemessen zu sorgen und auf der anderen Seite auch das Geld der Bürger zielgerichtet auszugeben. Dass da noch Luft nach oben besteht, das haben wir jetzt, denke ich, auch aufgezeigt bekommen.

Vielen lieben Dank für all diese Ausführungen, für die ganze Expertise, die dahintersteckt, und auch für das große Engagement, das deutlich wurde. Ganz lieben Dank, und wir werden das weitertragen.

Sachverständiger **Prof. Josef Hecken** (Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss): Danke.

Vorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU): Und ich schließe die Sitzung.



Schluss der Sitzung: 19:07 Uhr

gez.

Elisabeth Winkelmeier-Becker, MdB
Vorsitzende