

Das Krankenhaus in der Gesundheitsreform

I. Einleitung

Das „Krankenhaus in der Gesundheitsreform“ ist ein zeitloses Thema. Kein Bereich war in den letzten Jahrzehnten so vielen „Reformierungen“ unterworfen worden, wie der Gesundheitsbereich. Im Vordergrund standen dabei im wesentlichen kostensenkende Maßnahmen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Dabei wurden allerdings immer nur kurzfristige Effekte erzielt. Ob wir uns daher zur Zeit in der 2. oder 3. Stufe der Gesundheitsreform befinden, ist reine Ansichtssache. Je nach Zählweise kann man auch von der 4. oder 5. Stufe sprechen. Allein die Gesetzesänderungen im Krankenhauswesen nach 1972, aufzuzählen, die den Charakter einer Reform aufweisen, wäre ein abendfüllendes Thema.

Die Gesundheitsreform insgesamt bestand noch zum Jahreswechsel aus nicht weniger als zwölf Gesetzesentwürfen:

Erste Änderungsverordnung zur BPflV (Erweiterung FP und SE auf insgesamt 204), Zweite Änderungsverordnung zur BPflV (Verschlüsselung SE und FP nach ICD 9/ICPM, Abrechnung bei noch nicht vereinbartem Budget 1996), Dritte Änderungsverordnung zur BPflV (weitere 11 FP sowie 5 SE), Vierte Änderungsverordnung zur BPflV (Änderung § 11 Abs. 8 Satz 1 BPflV sowie § 12 Abs. 2 Satz 1 BPflV), Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung, Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996, Gesetzentwurf zur Änderung des KHG, Gesundheitsstruktur-Konsolidierungsgesetz, Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997, 6. SGB V-Änderungsgesetz (Fachambulanzen), GKV Weiterentwicklungsgesetz, Zweites Gesundheitsstrukturgesetz.

Von diesen Gesetzesvorhaben sind mittlerweile einige abgearbeitet worden. Dies waren insbesondere diejenigen Entwürfe, die eine schnelle „Sofortbremse“ der Ausgaben im Krankenhaussektor zum Ziel haben. Erst letzte Woche Freitag, dem 22. März 1996, hat der Bundesrat das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996, die Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung sowie die 4. Änderungsverordnung zur BPflV passieren lassen. Wohlgemerkt betreffen alle Gesetze den Budgetzeitraum 1996, hätten also nach dem Grundsatz der Prospektivität der Krankenhausbudgets bereits spätestens im Herbst 1995 verabschiedet sein müssen. Die Krankenhäuser sind bis Ende März 1996 völlig im Unklaren gewesen, auf welche Regelungen sie sich einzustellen haben. Land auf, Land ab sind die unterschiedlichsten Kalkulationsgrundlagen für vorläufige Pflegesatzvereinbarungen zugrundegelegt worden. Teilweise

hatte man sich auf Landesebene zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen geeinigt. Andere Krankenhäuser konnten mit den Krankenkassen auf örtlicher Ebene zu vorübergehenden Regelungen kommen. Andere wiederum haben bis zum heutigen Tage kein Budget, sondern sind auf die Vorschriften zur Sicherstellung der Liquidität bei Nichtvorhandensein eines Budgets angewiesen. Auf einer solch unsicheren Rechtsgrundlage ist natürlich ein sinnvolles, betriebswirtschaftliches Planen unmöglich.

Nicht ohne Grund ist oftmals von Reformhektik gesprochen worden.

Für 1997 und die folgenden Jahre liegen nunmehr noch drei wesentliche Gesetzespakete der Regierungsfractionen und der SPD-Opposition vor. Es handelt sich hier um das Krankenhausneuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997), das Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVWG), und das Zweite Gesundheitsstrukturgesetz (GSG II).

Das Deutsche Ärzteblatt titelte kürzlich „Alles ist offen, alles ist möglich“. Dies kann man just nach dem Kompromiß im Vermittlungsausschuß zum Entwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 nur unterstreichen. Ein Teil des Kompromisses ist es, daß weitere Abstimmungen zu den Gesetzespaketen zwischen Regierung und Opposition unter Beteiligung von Sachverständigen entwickelt werden. Es wird daher abzuwarten sein, was bei diesem „Kuhhandel“ herauskommen wird.

Auch diese drei Gesetzesentwürfe lassen sich in der Kürze der Zeit nur stichpunktartig darstellen. Sie umfassen nicht nur den gesamten stationären Sektor, sondern auch den ambulanten Bereich einschließlich Pharmabranche und die GKV selbst.

Ich will mich für den Krankenhausbereich auf folgende Kernbereiche konzentrieren und Ihnen die verschiedenen Auffassungen und ihre Konsequenzen aus Sicht der Deutschen Krankenhäuser darstellen:

II. Planungs- und Finanzierungssystem

III. Entgeltsystem

IV. Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Sektor

V. Verbandsstrukturen im Krankenhausbereich.

II. Planungs- und Finanzierungssystem

1. Nach Auffassung der Regierungskoalition sollen die Länder zukünftig den Krankenhausplan im Einvernehmen mit der GKV aufstellen. Die Sicherstellung der stationären Versorgung bleibt dabei Aufgabe der Bundesländer, ebenso wie die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionskosten. Die Monistik bleibt danach ein Fernziel, ohne daß die Empfehlung des Bundestages von 1992 – mittel- bis langfristig die monistische Finanzierung im Krankenhausbereich einzuführen – aufgegeben wird. Die Überführung zur Monistik soll nur schrittweise erfolgen und nur unter der Bedingung, daß Mehrbelastungen der GKV nicht entstehen.

2. Der Entwurf der SPD geht von einer Rahmenplanung der Länder aus, in denen der Bedarf an stationären Versorgungskapazitäten in den einzelnen Planungsregionen/Ver-

sorgungsregionen festgelegt wird. Diese Rahmenplanung wird von den Ländern allein verantwortet. Die Umsetzung der Rahmenplanung in krankenhausbezogene Strukturen und Investitionen ist Sache der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern. Ein Anspruch auf Abschluß eines solchen Vertrages besteht jedoch nur dann, soweit der Vertrag zur Umsetzung des Rahmenplans unverzichtbar ist oder das Vorhaben selbst im Investitionsprogramm enthalten ist.

Zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen während der 10-jährigen Übergangsphase zur monistischen Krankenhausfinanzierung beteiligen sich die Länder nach der Auffassung der Opposition weiterhin an der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Gleichzeitig wird ab dem Jahr 2000 ein wesentlicher Anteil der Investitionskosten der Krankenhäuser pauschal über die dann neu eingeführten abteilungsbezogenen Entgelte unmittelbar finanziert. Ab dem Jahr 2007 soll dann eine vollständige Finanzierung durch die Krankenkassen stattfinden. Das Land scheidet degressiv aus diesem Fonds aus.

3. Die DKG lehnt eine reine monistische Finanzierung ab: Neu-, Ersatz-, Erweiterungs- und Umbauten (langfristige Anlagegüter) sollten auch künftig von den Ländern gefördert werden. Die Finanzierung der kurz- und mittelfristigen Anlagegüter sollte in einem schrittweisen Veränderungsprozeß über die Pflegesätze vorgenommen werden.

Die Vorstellungen der Bundesregierung bedeuten, daß mittelfristig die Fördermittel i. H. v. 8 Mrd. entfallen. Von den Ländern sind hierbei keine Beiträge mehr zu erwarten. Sie sehen zwar weiterhin eine Verantwortung für die Planungsverantwortung, wollen aber keinesfalls Finanzierungsbeiträge an die GKV leisten, um somit die „beitragsneutrale Monistik“ zu ermöglichen. Diese Art der Monistik ist eine reine „Nullistik“.

Die Vorstellungen der Bundesregierung zur einvernehmlichen Krankenhausplanung sind mit Entschiedenheit abzulehnen.

Eine Rahmenplanung wie im SPD-Entwurf i. V. m. Strukturverträgen – wie sie über § 109 SGB V ansatzweise auch schon heute möglich sind – ist vorzuziehen. Hierdurch erfolgt eine strukturelle Entwicklung im Detail auf örtlicher Ebene. Welche Auswirkungen die alleinige Planungshoheit der Krankenkassen hat, zeigt die Entwicklung im Vorsorge- und Rehabereich, wo die Kapazitäten in den letzten Jahren erheblich ausgebaut wurden.

III. Entgeltsystem

1. Nach Auffassung der Koalition verbleibt es zunächst dem Grunde nach bei der BpflV in der jetzigen Ausgestaltung. D. h., die pauschalen Entgelte (Sonderentgelte und Fallpauschalen), die den gesamten Behandlungsfall bzw. Teile des Behandlungsfalls pauschaliert landesweit vergüten, werden weiterentwickelt. Zunächst soll dies durch Rechtsverordnung – wie bisher – erfolgen. Ab 1998 soll diese Funktion auf die Vertragspartner auf Bundesebene, d. h. die GKV-Spitzenverbände und die DKG, übergehen.

Angestrebt wird dabei eine landesweite Gesamtvergütung, um die Einhaltung der Beitragsstabilität zu garantieren. In Anlehnung an das Modell der Kassenärztlichen

hatte man sich auf Landesebene zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen geeinigt. Andere Krankenhäuser konnten mit den Krankenkassen auf örtlicher Ebene zu vorübergehenden Regelungen kommen. Andere wiederum haben bis zum heutigen Tage kein Budget, sondern sind auf die Vorschriften zur Sicherstellung der Liquidität bei Nichtvorhandensein eines Budgets angewiesen. Auf einer solch unsicheren Rechtsgrundlage ist natürlich ein sinnvolles, betriebswirtschaftliches Planen unmöglich.

Nicht ohne Grund ist oftmals von Reformhektik gesprochen worden.

Für 1997 und die folgenden Jahre liegen nunmehr noch drei wesentliche Gesetzespakete der Regierungsfractionen und der SPD-Opposition vor. Es handelt sich hier um das Krankenhausneuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997), das Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVWG), und das Zweite Gesundheitsstrukturgesetz (GSG II).

Das Deutsche Ärzteblatt titelte kürzlich „Alles ist offen, alles ist möglich“. Dies kann man just nach dem Kompromiß im Vermittlungsausschuß zum Entwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 nur unterstreichen. Ein Teil des Kompromisses ist es, daß weitere Abstimmungen zu den Gesetzespaketen zwischen Regierung und Opposition unter Beteiligung von Sachverständigen entwickelt werden. Es wird daher abzuwarten sein, was bei diesem „Kuhhandel“ herauskommen wird.

Auch diese drei Gesetzesentwürfe lassen sich in der Kürze der Zeit nur stichpunktartig darstellen. Sie umfassen nicht nur den gesamten stationären Sektor, sondern auch den ambulanten Bereich einschließlich Pharmabranche und die GKV selbst.

Ich will mich für den Krankenhausbereich auf folgende Kernbereiche konzentrieren und Ihnen die verschiedenen Auffassungen und ihre Konsequenzen aus Sicht der Deutschen Krankenhäuser darstellen:

II. Planungs- und Finanzierungssystem

III. Entgeltsystem

IV. Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Sektor

V. Verbandsstrukturen im Krankenhausbereich.

II. Planungs- und Finanzierungssystem

1. Nach Auffassung der Regierungskoalition sollen die Länder zukünftig den Krankenhausplan im Einvernehmen mit der GKV aufstellen. Die Sicherstellung der stationären Versorgung bleibt dabei Aufgabe der Bundesländer, ebenso wie die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionskosten. Die Monistik bleibt danach ein Fernziel, ohne daß die Empfehlung des Bundestages von 1992 – mittel- bis langfristig die monistische Finanzierung im Krankenhausbereich einzuführen – aufgegeben wird. Die Überführung zur Monistik soll nur schrittweise erfolgen und nur unter der Bedingung, daß Mehrbelastungen der GKV nicht entstehen.

2. Der Entwurf der SPD geht von einer Rahmenplanung der Länder aus, in denen der Bedarf an stationären Versorgungskapazitäten in den einzelnen Planungsregionen/Ver-

Vereinigungen sollen Landeskrankenhausesgesellschaften und Landesverbände der Krankenkassen ein Gesamtbudget vereinbaren. Falls die Summe der Einzelbudgets höher liegt als es die vereinbarte Gesamtvergütung vorgibt, folgt eine lineare Kürzung des individuellen Budgets in Höhe des Vomhundertsatzes der Überschreitung. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums wird erneut betrachtet, welche Krankenhäuser die angepaßten Budgets wiederum überschritten haben (Mengenkomponente). Bei diesen Häusern erfolgt dann ein weiterer Sanktionsmechanismus zur Budgetreduzierung, wenn nicht absolut zwingende Gründe für die Mehrleistungen belegbar sind.

2. Die SPD will das System der pauschalierten Entgelte bis zum 31. 12. 1999 weiterlaufen lassen. Ab der Jahrtausendwende soll dann ein abteilungsbezogenes Entgeltsystem auf der Grundlage der Krankenhausbetriebsvergleiche vorgenommen werden. Dieses Entgeltsystem ist ebenfalls von der GKV und von einer noch zu schaffenden Bundeskrankenhausesvereinigung fortlaufend weiterzuentwickeln.

Das GSG II sieht eine globale Begrenzung der *Ausgaben* der Krankenkassen vor. Anknüpfungspunkt ist dabei das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Der jährliche Ausgabenanstieg einer Kasse darf pro Mitglied die Veränderungsrate des BIP nicht überschreiten.

3. Die Krankenhäuser haben ein großes Interesse an einer dauerhaft stabilen und damit berechenbaren Finanzierungsgrundlage. Damit die finanziellen Ressourcen der GKV nicht mehr als notwendig beansprucht werden, sollte es Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung beinhalten und zugleich den einzelnen Krankenhäusern Planungssicherheit geben. Die bisher diskutierten Regelungen des KHNG 1997 und des GSG II werden diesem Anspruch nicht gerecht und lassen erhebliche Fehlentwicklungen befürchten.

Die landesweite Gesamtvergütung des KHNG 1997 und die damit verbundene Verteilung der Landesbudgets auf die einzelnen Krankenhäuser schafft erhebliche Anreize zu ungerechtfertigten Mengenausweitungen. Durch die geplante zweistufige Kürzung der Einzelbudgets zur Einhaltung des Landesbudgets würde der Leistungsbezug der Krankenhauserlöse zugunsten von strategischen Überlegungen bei den Budgetverhandlungen und -realisierungen weiter in den Hintergrund gedrängt. Für die einzelnen Krankenhäuser bestünde ein deutlich reduzierter Anreiz zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Mittel, da Wirtschaftlichkeitserfolge nicht die eigene Stellung stärken, sondern unwirtschaftlichen Strukturen in anderen Krankenhäusern zur Finanzierung verhelfen.

Die Einführung des Maßstabes „Veränderung des Bruttoinlandproduktes“ als Orientierungsgröße der Ausgabenbegrenzung durch die SPD wird vom Grundsatz her begrüßt. Unklar bleibt allerdings, wie das Globalbudget auf die einzelnen Leistungsbereiche und innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche verteilt werden soll und welche Konfliktlösung vorgesehen ist. Erst wenn diese Einzelheiten der Regelung völlig klar sichtbar sind, kann eine abschließende Bewertung vorgenommen werden. Eine der großen Gefahren muß sicherlich darin gesehen werden, daß es zu erheblichen Leistungsverchiebungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereichen kommen kann.

Die DKG hat sich bereit erklärt, die Aufgabe zur Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte im Wege der Selbstverwaltung zu übernehmen. Es bietet sich insofern an, analog zum Bewertungsausschuß im niedergelassenen Bereich auch hier zwischen DKG und GKV-Spitzenverbänden einen Bewertungsausschuß zu etablieren, der sowohl die Definition der Fallpauschalen, die Verschlüsselung und die Festlegung der Punktzahlen auf Bundesebene erarbeitet.

Was die Budgetierung angeht, so schlägt die DKG im Wege eines Drei-Punkte-Konzepts zur Beitragssatzstabilität vor, die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen auf Bundesebene zu empfehlen und auf Landesebene schiedsstellenfähig zu vereinbaren. Die vereinbarte Veränderungsrate ist dann als Orientierungsgröße in den örtlichen Budgetverhandlungen zugrunde zu legen, wobei Ausnahmen, die ein Überschreiten der Veränderungsrate ermöglichen, eng definiert werden. Die Beherrschung des Mengenrisikos soll über eine degressive Abstufung bei Überschreiten der vereinbarten Mengen von Fallpauschalen und Sonderentgelten, aber auch bei den Berechnungstagen erfolgen. Die Einzelheiten werden in der Pflegesatzvereinbarung festgelegt. Hinzu kommen individuelle Strukturvereinbarungen, die den Versorgungsauftrag des Krankenhauses näher definieren. Diese Strukturvereinbarungen unterliegen – weil sie die Krankenhausplanung berühren – der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde.

IV. Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor

1. Die Regierungskoalition hat einen äußerst restriktiven Ansatz in Fragen der Verzahnung. Die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfolgt nach dem Koalitionskonzept lediglich durch Ermächtigung qualifizierter Fachärzte zur persönlichen Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen nach Überweisung durch einen Facharzt desselben Gebiets aus dem niedergelassenen Bereich. Der Katalog hochspezialisierter ambulanter Leistungen, der hierfür in Betracht zu ziehen ist, wird zwischen GKV-Spitzenverbänden, Kassenärztliche Bundesvereinigung und DKG vertraglich vereinbart, ohne daß für den Fall der Nichtvereinbarung eine Konfliktlösung vorgesehen ist.

Ferner soll ein weiterer Ausbau von Praxiskliniken stattfinden, in der niedergelassene Ärzte auch stationäre Leistungen erbringen können. Das KHNG 1997 sieht hierzu eine neue Legaldefinition vor. Je Arzt sind vier Betten zulässig, wobei von einer Verweildauer ebenfalls von bis zu 4 Tagen ausgegangen wird. Ein Arzt in einer Praxisklinik wird ohne Bedarfsprüfung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wobei lediglich der Abschluß eines Versorgungsvertrages mit einer Krankenkasse notwendig ist. Weder die Zulassungsausschüsse im niedergelassenen Bereich noch die Krankenhausplanung für den stationären Bereich sind mitspracheberechtigt.

2. Der Gesetzentwurf der SPD geht von einer intensiven Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor aus. Es sollen Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen werden, sich gemäß dem regionalen Bedarf an den spezialärztlichen Versor-

gungen zu beteiligen. In einem solchen Fall nehmen die Krankenhäuser gleichberechtigt am Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung teil. Hinzu kommt, daß die Krankenhäuser dann in den Zulassungsausschüssen vertreten sein werden. Als weitere Maßnahme soll die Befristung für die vor- und nachstationäre Krankenbehandlung entfallen. D. h., die Krankenhäuser sind nunmehr frei, alle geeigneten Maßnahmen ohne Zeitlimit als vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung zu erbringen.

3. Die DKG begrüßt uneingeschränkt den Ansatz der SPD, die Krankenhäuser für weitere ambulante Leistungen zu öffnen.

Der Ansatz der Regierungskoalition hingegen ist völlig verfehlt. Die Ermächtigung zur Erbringung qualifizierter fachärztlicher Leistungen allein durch Überweisung durch einen Facharzt desselben Gebiets führt zu keiner weiteren Verbesserung der Verzahnung. Hinzu kommt, daß zwischen den drei Vertragspartnern auf Bundesebene wohl kaum eine Eignung auf einen Katalog hochspezialisierter ambulanter Leistungen möglich ist. Da eine Konfliktlösung fehlt, geht der Ansatz völlig ins Leere.

Äußerst kritisch ist zudem der Aufbau paralleler Krankenhausstrukturen in Form von Praxiskliniken zu sehen. Dies verschärft nicht nur das Problem einer apparativen Überkapazität, sondern gefährdet sowohl die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser als auch der niedergelassenen Praxen, da weder eine Bedarfsprüfung im niedergelassenen Bereich, noch eine Bedarfsprüfung über die Krankenhausplanung im stationären Bereich erfolgt.

V. Verbandsstrukturen für den Krankenhausbereich

1. Der Ansatz der Regierungskoalition geht davon aus, daß die privatrechtliche Rechtsform der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankengesellschaften als eingetragene Vereine unberührt bleiben. Es erfolgt im Gesetz eine Statusbeschreibung und die Regelung, daß die von der DKG und den Landeskrankengesellschaften geschlossenen Verträge für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich sind.

2. Das Konzept der SPD hingegen geht von der Etablierung von „Landeskrankhausvereinigungen“ als Körperschaften des öffentlichen Rechts aus. Es erfolgt eine detaillierte Ausgestaltung solcher Körperschaften, mit KV-ähnlichen Strukturen. Obwohl in diesen Regelungen keine Zwangsmitgliedschaft der einzelnen Krankenhäuser konzipiert ist, wird diese faktisch dadurch erreicht, daß nur mit Krankenhäusern, deren Träger Mitglied in einer Landeskrankhausvereinigung ist, ein Versorgungsvertrag abgeschlossen wird. Dies soll nach einer gewissen Übergangsphase auch für Plankrankenhäuser gelten. Ein solcher Versorgungsvertrag ist Voraussetzung, um Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu können.

3. Die DKG trägt die im KHNG 1997 vorgenommene Statusbeschreibung der Krankenhausgesellschaften mit. Der Gesetzentwurf eines GSG II der Fraktionen der SPD ist dagegen abzulehnen. Aus Sicht frei-gemeinnütziger und privater Krankenhausträger ist die sog. negative Koalitionsfreiheit tangiert (Art. 9 GG). Aus Sicht kirchlicher Krankenhausträger kommen zusätzliche Bedenken hinsichtlich der Gewährleistung des

Selbstbestimmungsrechts gem. Art. 140 GG i. V. m. § 137 Weimarer Reichsverfassung. Auch im kommunalen Bereich wird die Auffassung vertreten, daß öffentlich-rechtliche Körperschaften gegen die Garantie des kommunalen Selbstverwaltungsrechts (Art. 28 GG) verstoßen.

Über allem steht im Vordergrund die Frage der Erforderlichkeit einer Körperschaftslösung; nur wenn keine andere, weniger belastende Möglichkeit mit gleichen Erfolgsaussichten zur Verfügung steht, ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts im Krankenhausbereich überhaupt erforderlich.

Die Neuregelung des KHNG 1997 mit individualrechtlicher Lösung der Problematik der nicht mitgliedschaftlich gebundenen Krankenhausträger, stellt hierzu nach Auffassung der DKG eine echte Alternative dar.

VI. Fazit

Ich hoffe, meine komprimierten Ausführungen haben verdeutlicht, daß wir uns im Krankenhausbereich in einer echten Umbruchphase befinden. In den nächsten Wochen wird in den parlamentarischen Gremien eine Weichenstellung für die Zukunft stattfinden. Ich wage keine Prognose, was bei diesen Kompromissen zwischen Koalition und Opposition herauskommen wird. Den beteiligten Verbänden ist allerdings zugesagt worden, sie in die Beratungen einzubeziehen. Wir werden daher abwarten müssen, wie gesagt ... alles ist möglich!