

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
29. Sitzung

Berlin, den 06.11.2006, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Bundesministerium der Finanzen
10117 Berlin, Wilhelmstraße 97
Sitzungssaal: Großer Saal

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil III: Versicherungsrecht, Leistungsrecht) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige
Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE..

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Albach, Peter
Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE..

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	7,8,9,12,13,14,17 19,21,24,32,33, 34,36,37,38,41, 49,55,58,59,60, 63	SV Dr. Christoph Straub	10,19,40
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	8,9,20,21	SV Dr. Joachim Wilbers	11,30,37,57
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	9,32	SV Prof. Dr. Christof Müller-Busch (Deutsche Gesellschaft für Palliativ- medizin e.V.)	13,34
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	11,30,56	SVe Christine Eberle (Deutsche Hospiz Stiftung)	13,35
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	12	SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesver- band)	14,15,20,26, 30,32,39,45, 47,59,60
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	13,43,59,60	SV Jens Kaffenberger (Sozialver- band VdK Deutschland e.V.)	14,30,37,45, 59
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	15,60	SV Prof. Dr. Manfred Steinbach (Deutscher Heilbäderverband e.V.)	14,16,17,57
Abg. Jella Teuchner (SPD)	16	SV Dr. Peter Bartmann (Diaconi- sches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.)	14,39
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	17,18,46,47,48	SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.)	15,54
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	19,45,46,48	SVe Jannette Arenz (Deutscher Pari- tätischer Wohlfahrtsverband - Ge- samtverband e.V.)	16,33,52
Abg. Frank Spieth (DIE LIN- KE.)	23,50,51, 52	SV Dr. Martin Danner (BAG SELBSTHILFE)	17,30,33
Abg. Birgitt Bender (BÜND- NIS 90/DIE GRÜNEN)	24,26,52	SV Franz Wagner (Deutscher Pfl- gerat – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen)	17,31,45
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	27,40,41,45,49, 52	SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)	17,18,37,46, 56
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	30	SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bun- desärztekammer)	19,59,60
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	32,61	SV Rainer Kötzle (Deutscher Haus- ärzterverband e.V.)	19,20,38,58
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	34,36	SV Dr. Thomas Scharmann (Deut- scher Facharztverband e.V.)	20,29
Abg. Anton Schaaf (SPD)	37	SV Prof. Dr. Jens -Uwe Niehoff	21
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	41	SV Dr. Gerhard Schwarzkopf- Steinhauser (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte)	23,51
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	45,62	SV Johann-Magnus von Stackel- berg (AOK-Bundesverband)	23,31,36,61
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	53,54	SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	23,24,26,48, 50,61,63
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	55	SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bun- despsychotherapeutenkammer)	26,27
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	57	SV Thomas Isenberg (Verbraucher- zentrale Bundesverband e.V.)	28,45,62

		SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband)	28,32,44,57,60
		SVe Nadine M. Szepan (Hartmannbund)	29
		SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	29,41,46,47
		SV Herbert Mael (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	31,38,41,45,48,55,56
		SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.)	33,58
		SV Prof. Dr. Rochus Allert (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.)	34,36,55
		SV Benno Bolze (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.)	35
		SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund)	37,39,52,62
		SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	37,40
		SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)	39
		SV Peter Zimmermann	40,52
		SVe Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Frauenrat e.V.)	42
		SV Dr. Thomas Menn	43
		SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss)	49,56,58
		SV Dr. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e.V.)	50
		SV Emmeram Raßhofer (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen)	51,54,62
		SVe Monika Seelow (Bund Deutscher Hebammen e.V.)	53
		SVe Karin Alscher (Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland)	54
		SVe Antje Welke (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.)	55,62
		SV Dr. Wolfgang Heine (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.)	57
		SV Horst Dieter Schirmer (Bundesärztekammer)	58
		SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	60,61,62

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Tagesordnungspunkt 2

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Tagesordnungspunkt 3

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Tagesordnungspunkt 4

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE..

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

(Beginn: 10.01 Uhr)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie - in etwas ungewohnter Sitzordnung - hier im Finanzministerium begrüßen.

Heute ist der Start eines Anhörungsmarathons. Der vom 24. Oktober 2006 datierende Gesetzentwurf der Regierungskoalition wurde dem Ausschuss für Gesundheit am 27. Oktober 2006 vom Plenum des Deutschen Bundestages zur Beratung überwiesen. Noch am selben Tage, am 27. Oktober, hat der Ausschuss ein umfangreiches Anhörungsprogramm beschlossen. Insgesamt 26 Stunden Zeit nehmen sich die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses, um Ihren Rat, Ihre Meinung zu dem vorgelegten Gesetzentwurf

sach- und fachgerecht zu eruiieren. Heute starten wir mit einem kleineren Bereich. Das gesamte Anhörungsverfahren erstreckt sich auf die Zeit vom heutigen Tag, dem 6. November, bis zum 14. November. Ende November/Anfang Dezember werden wir zur internen Ausschussarbeit übergehen.

Damit darf ich Sie offiziell zur heutigen Anhörung begrüßen. Ich begrüße auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, allen voran Staatssekretär Schwannitz. Ich begrüße die Vertreter des Bundesrates und natürlich auch die zahlreich erschienen Medienvertreterinnen und -vertreter.

Mein besonderer Dank geht an den Stenografischen Dienst des Deutschen Bundestages, der das Sekretariat des Gesundheitsausschusses an den Tagen dieser Mammutanhörung unterstützt.

Sie kennen das Verfahren zum Teil bereits. Ich darf Sie bitten, dann, wenn Sie von den Abgeordneten aufgerufen worden sind und ich Ihnen das Wort erteilt habe, kurz Ihren Namen und auch den von Ihnen vertretenen Verband zu nennen, damit - es ist eine öffentliche Anhörung, die stenografisch aufgenommen wird - das im Protokoll richtig zugeordnet werden kann.

Ferner bitte ich Sie, auch wenn insgesamt viel Zeit zur Verfügung steht, in der gebotenen Kürze und präzise zu antworten; denn den einzelnen Fraktionen stehen jeweils nur einige Minuten zur Verfügung. - So weit die Informationen für diejenigen, die das Verfahren noch nicht kennen.

Ich rufe den einzigen Punkt der Tagesordnung des heutigen Vormittags auf:

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“
BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

„Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“
BT-Drucksache 16/1928 –

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

„Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“

BT-Drucksache 16/1997

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

„Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben“

BT-Drucksache 16/3096

In der heutigen vierstündigen Anhörung wenden wir uns dem Abschnitt „Versicherungsrecht - Leistungsrecht“ zu. Dabei geht es insbesondere um neue Leistungen bzw. leistungsrechtliche Änderungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Wort hat Herr Lanfermann zur Geschäftsordnung, bitte.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Frau Vorsitzende, wenn ich mich so umschaue, dann fühle ich mich doch verpflichtet, auf Folgendes hinzuweisen: Es kann nicht angehen, dass alle Verbände jeweils mit nur einem Sitzplatz bedacht werden und nicht einmal alle Abgeordneten, die hier erscheinen, einen Sitzplatz mit Tisch vorfinden. Was sich hier abspielt, ist des Deutschen Bundestages nicht würdig.
(Beifall)

Wir haben uns sehr kollegial und einvernehmlich über die Zeiten, die Themen und die Aufteilung geeinigt. Das ist in Ordnung so, auch wenn es natürlich ein bisschen knapp war. Aber ich denke schon, wir sollten in der Lage sein, entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Ich kann das wirklich nicht nachvollziehen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Lanfermann, ich nehme diesen Hinweis auf. - Zu dem Geschäftsordnungsantrag hat sich der Obmann der CDU/CSU-Fraktion, Herr Spahn, gemeldet, bitte.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Das war ja kein Antrag im eigentlichen Sinne, sondern mehr eine Bemerkung. Ich möchte, damit hier kein falscher Eindruck entsteht, nur kurz darauf hinweisen, dass alle im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen mit ihren Obleuten - auch in Kenntnis der Größe dieses Saales - gemeinschaftlich diesen Saal zur Anhörung ausgewählt haben. Wir müssen gemeinsam anerkennen, dass die Zahl an größeren zur Verfügung stehenden Sälen relativ überschaubar ist. Sicherlich ist das hier streckenweise provisorisch und wir sollten im weiteren Verlauf der Anhörung zu Verbesserungen kommen. Nichtsdestotrotz ist festzustellen, dass das hier schon einer der größten Säle ist, die es für eine solche Anhörung überhaupt gibt. Auch diesen Umstand müssen wir anerkennen, in dem Wissen, dass ein sehr großes - wie wir sehen - auch mediales Interesse an dieser Anhörung besteht.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Danke, Herr Spahn. - Ich darf diesbezüglich erläutern, dass die Obleute in einer gemeinsamen Beratung die Anhörung beschlossen haben. In diesem Zusammenhang wurde dieser Saal als für Anhörungen zu vergangenen Gesundheitsreformen schon genutzter Saal benannt. Es kommt der Umstand hinzu, dass wir etliche neue Abgeordnete haben - auch unter den Obleuten -, die keine Kenntnis davon hatten, dass dies hier kein Saal für 300 Personen ist, wie es bei den großen Sälen der Fraktionen der SPD und der CDU/CSU der Fall ist. Diese Säle stehen uns aber - außer am heutigen Nachmittag - für die weiteren Anhörungen zur Verfügung.

Zur geplanten Abfolge möchte ich noch darauf hinweisen, dass es uns darauf ankam, dass jeder Verband und jeder Sachverständige einen Tischplatz mit Mikrofon hat. Für den Fall, dass ein Verband einen weiteren Vertreter antworten lassen möchte - sie sitzen auf den für sie reservierten Plätzen in den Reihen dahinter -, kann das dort befindliche Saalmikrofon genutzt werden. Sollte also ein weiterer Verbandsvertreter antworten wollen, dann

kann er das von dort hinten tun. Auf diese Weise haben wir bei der Beantwortung kein großes Hin und Her und können die Zeit sinnvoll nutzen. - So weit meine Erläuterungen.

Herr Lanfermann, hat sich damit Ihre Frage oder Ihre Bemerkung erledigt?

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Es hat sich überhaupt nichts erledigt. Ich will nur sagen: Von Einvernehmen kann nun wirklich keine Rede sein, wenn hier behauptet wird, es stünden keine größeren Säle zur Verfügung. Ich bestreite das ausdrücklich.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich denke, wir können den Zustand jetzt nur so hinnehmen, wie er ist. Laut Protokoll haben wir beschlossen, die Anhörung in diesem Saal durchzuführen. Die eingeladenen Gäste sind angereist. Ich möchte jetzt - es ist 10.10 Uhr - mit der Anhörung beginnen, sicherlich unter für uns alle schwierigen räumlichen Bedingungen; aber ich hoffe, das tut der Sache keinen Abbruch.

Damit beginne ich mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Wir haben eine Frage an Herrn Dr. Straub, einen von uns benannten Einzelsachverständigen.

Ein zentrales Anliegen der Koalition ist die Stärkung des Wettbewerbs über Wahltarife. Sind die im Gesetzentwurf dafür vorgesehenen Regelungen geeignet, den Wettbewerb zu befördern und eine Marktdifferenzierung herauszubilden?

Zudem haben Sie als stellvertretender Vorstand der Techniker-Krankenkasse in den letzten Jahren selbst schon Erfahrungen mit Selbstbehalttarifen sammeln können. Mit welcher Zielsetzung haben Sie diese Tarife angeboten? Was bedeuten diese Tarife auch im Wettbewerb zur privaten Krankenver-

sicherung und wie wurden diese Selbstbehalttarife angenommen?

Dazu noch zwei Zusatzfragen: Wie sind diese Selbstbehalttarife in Kombination mit Kostenerstattungstarifen zu sehen? Wie bewerten Sie es, das künftig alle und nicht wie bisher nur die freiwillig Versicherten einen solchen Selbstbehalttarif wählen können?

SV Dr. Christoph Straub: Wir begrüßen sehr, dass mit dem Gesetz die Möglichkeiten, Wahltarife anzubieten, ausgeweitet werden. Damit werden mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten innerhalb der GKV geschaffen, was wir für sehr wichtig halten. Die Versicherten können damit ihren Versicherungsschutz - über Selbstbehalte, Kostenerstattungen, Beitragsrückgewähr, aber auch im Versorgungsbereich - in Teilen nach ihren persönlichen Präferenzen gestalten. Wir wünschten uns, dass es möglich wird, Tarife auch als Mehrwerttarife, also über eine höhere Prämie anzubieten; denn wir stellen fest, dass für solche Tarifgestaltungen im Versorgungsbereich in vielen Fällen Anlaufinvestitionen für EDV, Qualitätssicherung, Nachfragebündelung und Ähnliches erforderlich sind. Aber grundsätzlich ist der eingeschlagene Weg sicherlich der richtige.

Bei Ihrer zweiten Teilfrage ging es um die Zielsetzungen, die wir mit unserem Selbstbehalttarif verfolgt haben, und die Erfahrungen, die wir damit gesammelt haben. Wir haben unseren Selbstbehalttarif, der in diesem Jahr als Modellvorhaben im vierten Jahr läuft, im Rahmen des Sachleistungsprinzips realisiert. Das ist im Übrigen aus unserer Sicht ein sehr wichtiger Punkt. Zielsetzung war es, ein attraktives zusätzliches Angebot zu schaffen. Ziel war es auch, unsere Mitglieder aktiver an ihrer Krankenversicherung zu beteiligen, das heißt, sie autonomer zu machen, ihnen auch deutlich zu machen, dass Krankenversicherung nicht etwas ist, was man hat und was mitläuft, sondern etwas, womit man sich aktiv beschäftigt.

Ferner wollten wir natürlich - das war wesentliche Basis - die Abwanderung von finanzkräftigen Mitgliedern in die PKV verhindern. Das hat sich nach unserer Evaluation realisiert. Wir haben derzeit etwa 22 000 Teilnehmer. Der Tarif rechnet sich; er ist betriebswirtschaftlich selbsttragend. Wir haben im vergangenen Jahr rund 11,6 Millionen Euro an Beitragsgeldern in der GKV gehalten. Über den RSA wurden rund 10,5 Millionen Euro umverteilt und gingen an andere Kassen. Rund 1,1 Millionen Euro sind der TK selber verblieben.

Da die Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen selbstverständlich im Tarif freigestellt sind, werden sie in Anspruch genommen. Wir haben in einer Evaluation, die von Professor Felder an der Universität Magdeburg und vom IGES betreut wird, keinen Hinweis darauf gefunden, dass sinnvolle medizinische Maßnahmen verzögert werden oder unterbleiben. Wir haben auch keinen Hinweis darauf gefunden, dass Mitglieder, wenn sie den Selbstbehalttarif auswählen, im Folgejahr übermäßig Leistungen in Anspruch nehmen, das heißt, dass es zu einer gezielten Verschleppung von Leistungen käme, um sie nach Abwahl eines Selbstbehalttarifs in Anspruch zu nehmen.

Was die Zusatzfrage betreffend die Kombination mit Kostenerstattung angeht, so haben wir, wie gesagt, den Tarif im Zusammenhang mit der Sachleistung realisiert. Wir halten das für verbraucherfreundlicher. Das Risiko ist für das Mitglied eher kalkulierbar, wenn es im Sachleistungssystem verbleibt. Unserer Meinung nach sollte aber auch die Möglichkeit geschaffen werden, im Wettbewerb unterschiedliche Tarifmodelle zu kalkulieren, einzusetzen und die Versicherten entscheiden zu lassen, wofür sie Präferenzen haben, um zu zeigen, was am Ende funktioniert.

Vielleicht eine Zahl am Rande. Wir sehen, dass unsere Versicherten die Tarife nicht hasardös in Anspruch nehmen. Etwa ein Drittel der im Selbstbehalttarif eingeschriebenen Versicherten nimmt keine Leistungen in

Anspruch. Ein weiteres Drittel der Versicherten belastet den Bonus, der in Anspruch genommen wird. Etwa ein Drittel zahlt drauf. Insgesamt ist festzustellen, dass die Versicherten vernünftig mit dem Ganzen umgehen können.

Ich komme zu Ihrer letzten Frage bezüglich der Ausweitung des Selbstbehalttarifs. Da sich zeigt, dass die Tarife verantwortungsvoll in Anspruch genommen werden, da sich diese Tarife selber tragen müssen, eine Quersubventionierung ausgeschlossen ist und Mitglieder abwählen können, sehen wir keine Gefahr der Entsolidarisierung. Wir plädieren dafür, dass beim Selbstbehalt weiterhin das Sachleistungsprinzip ermöglicht wird und dass ansonsten eine Freigabe der Parameter erfolgt, sodass wir - ähnlich den Verhältnissen in den Niederlanden und in der Schweiz - mit unterschiedlichen Franchisen argumentieren können.

Fazit: Besondere Bedeutung erhalten die Wahltarife sicherlich deswegen, weil man bei der derzeit geplanten Ausgestaltung des Gesetzes im Vertragsbereich eher mit einer weiteren Verfestigung des Kollektivvertragssystems und einer geringeren vertraglichen Dynamik rechnen muss. Das heißt, die Weiterentwicklung des GKV-Systems wird weniger über den Vertragsbereich erfolgen. Deshalb sind die Wahltarife aus unserer Sicht besonders wichtig.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Wilbers, der von uns benannter Einzelsachverständiger ist.

Häufig führen Probleme an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege dazu, dass Behandlungen unterbrochen und die knappen Finanzmittel verschwendet werden. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und/oder Pflege, unter anderem die Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen in die integrierte Versorgung, den Rechtsanspruch auf spezialisierte Palliativversorgung sowie geriatrische Rehabilitation?

SV Dr. Joachim Wilbers: Wenn man sich die pflegerische und die medizinische Versorgung älterer Menschen in Deutschland anschaut, dann stellt man fest, dass es eigentlich sehr vieles gibt und dass es auch recht gut ausgebaut ist, dass es aber trotzdem zu nicht optimalen Versorgungsformen kommt. Das hängt damit zusammen, dass Krankenversicherung und Pflegeversicherung an einigen Stellen eine unterschiedliche Logik haben. Die Versicherten, die Angehörigen und die Leistungserbringer müssen immer nach ihrer eigenen Logik handeln, wenn sie den gesetzlichen Vorschriften jeweils Genüge tun wollen. Dadurch kommt es oft zu Problemen. Deswegen ist mein Maßstab bei der Beurteilung dieses Gesetzesvorhabens, ob es dadurch zu Verbesserungen in der Hinsicht kommt, dass die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen als gemeinschaftliche Aufgabe von Medizin, also Gesundheitswesen, und Pflege betrachtet wird, wobei „Gesundheitswesen“ ausdrücklich die Rehabilitation mit einschließt.

Wenn man diesen Maßstab bei der Beurteilung der Maßnahmen, auf die Sie mich angesprochen haben, zugrunde legt, so muss man sagen, dass das rundum positiv zu beurteilen ist. Ich denke, es kommt in der gesamten Diskussion über dieses Gesetzeswerk nicht so häufig vor, dass eine solche Feststellung getroffen wird. Vielleicht ändert sich das im Laufe der Anhörung noch. Aber hier muss ich wirklich sagen - das betone ich -: Ich finde es sehr positiv.

Ich möchte kurz auf die Punkte im Einzelnen eingehen. Ich habe eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, in der das ein bisschen detaillierter dargestellt ist.

Das Versorgungsmanagement, das hier angesprochen wird, zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege ist in der Tat etwas sehr Wichtiges; denn hier passieren häufig Fehler im Übergang, sowohl in die eine als auch in die andere Richtung. Es wird auf Rehabilitationsmaßnahmen gewartet. Infor-

mationen werden sowohl in die eine als auch in die andere Richtung nicht richtig gegeben. Wenn das verbessert wird, dann kann das zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität der Versorgung und natürlich auch zu einem wirtschaftlicheren Einsatz der Mittel führen.

Dass die Pflegeeinrichtungen in die integrierte Versorgung einbezogen werden, halte ich auch für richtig; denn gerade bei der Versorgung von älteren Menschen spielt Pflege eine große Rolle. Wenn das insgesamt mit einbezogen wird, ist das positiv.

Für ganz besonders wichtig halte ich die Frage der geriatrischen Rehabilitation. Der Rechtsanspruch, der hier formuliert wird, kann auch dazu führen, dass die Pflegebedürftigen oder die an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit Stehenden und ihre Angehörigen erst einmal darüber informiert werden, welche Chancen sie noch haben, und dass dann Entsprechendes in die Wege geleitet wird. Vielleicht müsste bei einer weiteren Reform im Bereich der Pflegeversicherung noch einiges ergänzt werden. Ich nenne einmal kurz ein Beispiel dafür, was auch dazugehört.

Bei den MDK-Begutachtungen zur Ein-
gruppierung in die Pflegestufen wird jedes Mal festgestellt, ob es einen Rehabilitationsbedarf gibt oder nicht. Dabei bleibt aber die Einschätzung des MDK Geheimwissen, weil das Gutachten an die Kasse geht, jedoch nicht oder nur dann an den Pflegebedürftigen weitergeleitet wird, wenn er beantragt, dass er die Unterlagen bekommt. Der behandelnde Arzt oder die Krankenhausärzte und die Pflegeeinrichtung hingegen erhalten diese Informationen nicht. Das heißt, hier wird ein Assessment durchgeführt. Aber die Informationen über dieses Assessment bleiben sozusagen im Verborgenen, nämlich bei den Pflegekassen. Da müsste etwas geändert werden. Man müsste sich Wege überlegen, wie die Informationen, die ja da sind und bei denen es keines zusätzlichen Aufwandes bedarf, weitergeleitet werden können. Das ist einer von mehreren Punkten im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation, die verbessert werden müssen.

Die Regelungen zur Palliativversorgung finde ich ebenfalls sehr gut, insbesondere auch, dass hier die pflegerische Versorgung mit einbezogen wird. Insgesamt sollte das ausgebaut werden. Wir haben immer noch nicht genügend Ärzte, die in diesem Bereich weitergebildet sind. Da hat sich vieles getan. Es muss noch Weiteres kommen, damit in soweit eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden kann.

Lassen Sie mich zum Schluss auf zwei wichtige Punkte hinweisen. Erstens. Man muss abwarten, wie sich die gesetzlichen Regelungen in der Praxis auswirken. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bzw. die entsprechenden Verbände sowie die Leistungserbringer und die Kostenträger in der Pflege bei der Erarbeitung von Richtlinien beteiligt werden, damit über die Pflege nicht nur vonseiten anderer entschieden wird, sondern auch diejenigen, die mit Pflege zu tun haben, einbezogen werden.

Zweitens. Es ist nach wie vor wichtig - dies möchte ich betonen, auch wenn diese Punkte alle im Gesetz drin sind -, dass es Schulungen, Ausbildungen und Informationen für alle an diesem Prozess Beteiligten gibt; daran hapert es nämlich auch.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich begrüße an dieser Stelle den Staatssekretär aus dem Bundesministerium, Herrn Dr. Schröder. Herzlich willkommen zu unserer Anhörung!

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, die Deutsche Hospizstiftung und den Bundesverband Kinderhospiz.

Ist aus Ihrer Sicht der vorgesehene Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung geeignet, Forderungen nach einer

Legalisierung der aktiven Sterbehilfe entgegenzuwirken?

SV Prof. Dr. Christof Müller-Busch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.): Zunächst einmal ist es tatsächlich ein Fortschritt und sehr begrüßenswert, dass der Anspruch auf palliative Versorgung eine gesetzliche Grundlage erhält. Ich glaube, es ist nicht nur ein Schritt, um die Situation schwerstkranker, sterbenskranker und sterbender Menschen zu verbessern, sondern tatsächlich auch eine wichtige Voraussetzung, um den auch in Deutschland zunehmend stärker werdenden Forderungen nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe etwas entgegenzusetzen.

Gleichwohl gibt es Ergänzungsbedarf und Kritikpunkte, die ich kurz zusammengefasst darstellen möchte. Der Begriff der Palliativmedizin oder Palliativversorgung ist für viele durchaus noch ein Fremdwort oder nicht präzise genug gefasst. Insofern ist eine der Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, gerade den interdisziplinären und multiprofessionellen Charakter der Palliativversorgung im Gesetzestext noch etwas präziser zu fassen. Wir haben dazu Änderungsvorschläge gemacht.

Darüber hinaus sollte neben der Beratung der Leistungserbringer die konsiliarische Beratung im Hinblick darauf, worum es in der Palliativversorgung geht, einen Muss-Aspekt bekommen.

Es ist zwar begrüßenswert - das vielleicht noch als letzter Punkt -, dass die ambulante Palliativversorgung stärker gefördert werden soll. Aber die Defizite, die im stationären Bereich vorhanden sind, werden noch nicht ausreichend berücksichtigt. Ich denke, das ist ein Punkt, über den in den weiteren Beratungen durchaus noch nachzudenken wäre.

Sve Christine Eberle (Deutsche Hospiz Stiftung): Aus unserer Sicht ist der Gesetzentwurf, insbesondere der Rechtsanspruch auf

Palliativmedizin, durchaus geeignet, den Ruf nach aktiver Sterbehilfe zurückzudrängen. Nationale und internationale Studien belegen immer wieder, dass aktive Sterbehilfe - übrigens auch der assistierte Suizid - immer dann eingefordert wird, wenn die Bevölkerung Angst vor Unter- oder vor Überversorgung hat.

Aus unserer Sicht gibt es in dem Gesetzentwurf aber ein großes Defizit, was den Rechtsanspruch angeht. Das betrifft die Pflicht zur zusätzlichen Genehmigung durch die Krankenkassen, die auf die Verordnungspflicht durch die Ärzte folgt. Das heißt, zunächst muss der Arzt die spezialisierte palliative Versorgung verordnen; anschließend muss die Krankenkasse es noch genehmigen. In der Praxis haben wir sehr oft das Problem, dass Menschen uns anrufen oder ansprechen und sagen: Der Arzt hat zwar verordnet; aber die Versorgung kann nicht beginnen, weil die Krankenkasse es noch nicht genehmigt hat. - In der Praxis handelt es sich oft um eine nicht unerhebliche Zeitspanne, die man vielleicht dadurch vermeiden könnte, dass man entweder auf das Genehmigungserfordernis verzichtet oder durch eine Regelung in den Richtlinien sicherstellt, dass die Genehmigung kurzfristig erfolgt oder zur Not auch nachträglich erfolgen kann.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer antwortet für den Bundesverband Kinderhospiz? - Es ist niemand da. Dann geht die Frage ins Leere.

Nun gehen wir zur SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Deutschen Behindertenrat, den Heilbäderverband, die AWO, Diakonie und Caritas zur geriatrischen Reha fragen. Die geriatrische Reha - das haben wir schon gehört - wird zur Pflichtleistung der Krankenkassen. Ich frage Sie: Sehen Sie dringenden Handlungsbedarf auch für andere Leistungsbereiche der Rehabilitation, soweit diese weiterhin als Ermessens-

und nicht als Pflichtleistung formuliert sind? Wir haben da ja das Problem der Konkretisierung.

SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband): Frau Dr. Reimann, wenn die Kassen die Ermächtigungsnorm, entsprechende Leistungen zu erbringen, richtig anwenden, dann bedarf es eigentlich keiner Umwandlung, was die Rechtsnatur dieser Leistungen angeht. Insofern schafft die künftige Regelung weder Vor- noch Nachteile.

Wenn künftig ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen besteht, so hat das allerdings zur Konsequenz, dass diese Leistungen in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden, ihn also entsprechend erweitern.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wenn Sie erlauben, würde ich als Vertreter des Sozialverbandes VdK gern in Abstimmung mit den Verbänden und Mitgliedsorganisationen des Deutschen Behindertenrates antworten. Wir hatten uns darauf verständigt, dass der DBR als Aktionsbündnis hier nicht vertreten ist. Ist das in Ordnung?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ja. Bitte schön, Herr Kaffenberger.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation im Gesetzentwurf verankert ist. Wir haben eben schon gehört, dass es bei der Durchführung von Reha vor und bei Pflege in der Praxis erhebliche Defizite gibt. Wir sehen allerdings durchaus Nachbesserungsbedarf. Unserer Meinung nach - Ihre Frage deutete es schon an - sollten alle Rehabilitationsleistungen Pflichtleistungen werden. Es ist nicht sachlogisch, dass ältere pflegebedürftige Menschen einen Rechtsanspruch haben, während das bei anderen Gruppen - jüngere Erwerbsgeminderte, Rentner, Kinder - nicht der Fall ist. Daraus könnte die Schlussfolge-

rung gezogen werden, dass es hier sozusagen ein geringerwertiges Recht gibt, wodurch der Anspruch auf Rehabilitation für diese Personkreise geschwächt wird. Deshalb sollte in § 40 klargestellt werden, dass für alle Rehabilitationsleistungen ein Rechtsanspruch besteht.

Wir sind auch der Auffassung - das wäre auch sehr wichtig -, dass alle Rehabilitationsleistungen im Risikostrukturausgleich entsprechend berücksichtigt werden müssen. Anderenfalls müssten die Krankenkassen, die sich für Rehabilitation einsetzen, befürchten, dass sich ihre Wettbewerbsposition verschlechtert.

Ich fasse zusammen: Alle Rehaleistungen sollten zur Pflichtleistung werden und im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

SV Prof. Dr. Manfred Steinbach (Deutscher Heilbäderverband e.V.): Wir freuen uns eigentlich, dass eine Reihe von Aufgaben zur Pflichtleistung wird. Auf diese Weise aber geraten Maßnahmen nach § 23 und - wie wir eben gehört haben - auch Maßnahmen nach § 40 irgendwo ins Abseits. Sie geraten möglicherweise in die Klemme zwischen Fonds und Zusatzprämie, die ja für viele vermieden werden soll. Wir fürchten hier also eine Abseitsstellung, die sicher nicht gut zu begründen ist. Wir werden Ihnen ein Papier hier lassen - denn ich kann jetzt nicht ewig sprechen -, in dem wir die Argumente dafür und für den später zu erörternden Qualitätsge-sichtspunkt noch einmal verdeutlichen.

SV Dr. Peter Bartmann (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.): Ich kann weitgehend an die vorgetragenen Argumente anschließen. Es ist sicher sinnvoll, dass der Gesetzgeber die restriktive Genehmigungspraxis der Krankenkassen im Bereich der Vater-/Mutter-Kind-Reha und auch der geriatrischen Reha jetzt durch eine gesetzliche Regelung verändert. Die beschriebenen Folgen sehen wir ähnlich, nämlich dass

es zwei Klassen von Reha gibt. Wir plädieren dafür, die Reha insgesamt als Pflichtleistung, was sie nach unserer Rechtsauffassung auch bisher schon ist, stärker im Gesetz zu verankern.

Wir möchten in diesem Zusammenhang noch auf einen anderen Gesichtspunkt aufmerksam machen. Wir sprechen uns für eine Modifizierung des gestuften Prinzips aus, nach dem Rehabilitationsleistungen erst dann erbracht werden können, wenn die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht. Wir plädieren dafür, dies im Sinne chronisch kranker Menschen so zu regeln, dass eine Rehabilitationsleistung bereits dann erbracht werden kann, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht erfolversprechend ist.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich kann mich im Wesentlichen den Vorrednern anschließen. Auch der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die geriatrische Reha sowie die Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen als Pflichtleistung in das Gesetz aufgenommen werden sollen. Aber auch wir plädieren dafür, vor dem Hintergrund eines möglichen Verdrängungswettbewerbs, der zwischen den einzelnen Rehamaßnahmen einsetzen könnte, den gesamten Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen - ich möchte auch den Bereich der Vorsorgemaßnahmen hier ausdrücklich erwähnen - als Pflichtleistung im neuen Gesetz auszugestalten.

Im Hinblick auf die zukünftige Finanzierung ist es uns ein ganz besonderes Anliegen, dass die Reha- und Vorsorgemaßnahmen in den Risikostrukturausgleich integriert werden; denn das Instrument des Risikostrukturausgleichs soll ja gerade auch dazu führen, dass die Zahl der Menschen zunehmend geringer wird, die aufgrund von Alter - aufgrund des Geschlechts wird es weniger möglich sein -, aber vor allem aufgrund von Morbiditäten künftig in den Finanzausgleich zwischen den Kassen einbezogen werden müssen. Daher unser nachdrückliches Plä-

doyer, diese Bereiche in den Risikostrukturausgleich aufzunehmen.

Auch wir plädieren nachdrücklich dafür - der Kollege vom Diakonischen Werk hat es gerade betont -, in der Rehabilitation zwar dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen, aber nicht den Umstand, dass eine Krankenbehandlung nicht ausreicht, als Kriterium heranzuziehen, sondern den Umstand, dass eine Krankenbehandlung nicht erfolversprechend ist, ambulante Rehaleistungen also nicht erst ausgeschöpft sein müssen, bevor stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen werden können.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte auf das Versorgungsmanagement zurückkommen und meine Fragen an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und den Deutschen Heilbäderverband richten.

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, die Verantwortung für die Lösung von Schnittstellenproblemen auf die Leistungserbringer zu übertragen, die dabei von den Krankenkassen zu unterstützen sind. Ich frage Sie: Worin sehen Sie die Ursachen für die Schnittstellenprobleme, die es zum Beispiel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus gibt, wenn Rehabedarf oder Pflegebedürftigkeit besteht? Inwiefern werden die Leistungserbringer durch dieses Gesetz in die Lage versetzt, die Probleme besser zu lösen? Sollten im Gesetzentwurf noch Konkretisierungen vorgenommen werden, zum Beispiel im Hinblick auf die nahtlose Finanzierung von Leistungen?

SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband): Im Moment organisieren die Kassen ein entsprechendes Versorgungsmanagement. Das geschieht einmal über gesetzlich verankerte Programme, beispielsweise Disease-Management-Programme, die bei bestimmten Erkrankungen durchaus wirken, aber auch im Rahmen der integrierten Versorgung. Wir haben Bedenken dahin gehend, dass bei einem

Übergang des Anspruchs des Versicherten, wie es in § 11 des Gesetzentwurfs vorgesehen ist, auf die Leistungserbringer eine hinreichende Neutralität des Managements, gerade was Schnittstellen angeht, nicht unbedingt gewährleistet ist.

Eine optimale Lösung könnte darin bestehen, dass der Anspruch des Versicherten sich wie bisher gegen den Leistungsträger richtet und die entsprechenden Regelungen durch Vereinbarungen getroffen werden, wobei ich sagen muss, dass vielfältige Versuche, die die Kassen, aber auch andere Rehaträgergruppen bisher unternommen haben, eine nahtlose Anschlussversorgung zu organisieren, sich nicht in allen Fällen so ausgewirkt haben, wie es vorgesehen war. Dafür gibt es sicherlich mannigfaltige Gründe. Daran werden diese neue Leistungsvorschrift und auch die Verpflichtung zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen nicht unbedingt etwas ändern. Das hängt auch damit zusammen, dass ein gewisser Wettbewerb unter Leistungsanbietern vorhanden ist. Es hängt möglicherweise auch mit der Grundeinstellung der Akteure in der Akutmedizin zu Fragen der Rehabilitation, zu Fragen der angemessenen pflegerischen Versorgung zusammen. Das sind dann zum Teil auch Strukturprobleme, die mit dieser Vorschrift allein nicht gelöst werden können. Daher wäre es aus Sicht der Krankenversicherungen sicherlich hilfreich, wenn das entsprechende Versorgungsmanagement auch den Kassen zugeordnet würde und nicht allein den Leistungsanbietern.

SV Jannette Arenz (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.): Der Paritätische Wohlfahrtsverband beurteilt das Ziel, Schnittstellenprobleme anzugehen und durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass Patienten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird, positiv. Dies jedoch allein in Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern zu regeln, trägt nur eingeschränkt zur Beseitigung der bestehenden Schnittstellenprobleme bei. Der Krankenhausarzt kann nicht die Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI feststellen, sodass die Versorgung durch eine Leistung der Pflegeversicherung direkt im Anschluss an die Akutversorgung nicht sichergestellt ist. Deshalb bedürfte es einer zusätzlichen Regelung, durch die die Befugnisse des Krankenhausarztes erweitert würden.

Ferner legt der Verweis auf das SGB XI es nahe, dass beim Versorgungsmanagement ein umfassender Begriff ins Auge gefasst werden soll. Dann dürfte es jedoch keine Beschränkungen auf SGB V und SGB XI geben. Vielmehr ist hier auch der Bereich der Eingliederungshilfe zu berücksichtigen, insbesondere für den Fall, dass ein behinderter Mensch aus der Akutversorgung in den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe kommt. Dies ist eine Problematik, mit der wir sehr viel befasst sind und die hier umfassend geregelt werden müsste, um auch chronisch kranken und behinderten Menschen wirklich eine nahtlose Versorgung zu sichern und die bestehenden Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

SV Prof. Dr. Manfred Steinbach (Deutscher Heilbäderverband e.V.): Wenn die Leistungen nach §§ 23 und 40 Ermessensleistungen bleiben, dann trifft das im Wesentlichen Menschen ab 50, im Durchschnitt sogar Menschen um die 60 Jahre. Wenn man dort eine Versorgungslücke schafft, was mit dieser Regelung ganz sicherlich erreicht wird, dann verhindert man damit eigentlich, dass zu frühe Grenzsituationen - das war der Anlass Ihrer Frage - vermieden werden. Das heißt, man vergibt die Chance, die Grenzsituation zur Pflege und zum schwereren Niederliegen zu entschärfen.

Abg. Jella Teuchner (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Heilbäderverband und eine Frage an den Deutschen Behindertenrat bzw. den Deutschen Pflegerat.

Zwei Sachverständige haben eben die Auffassung vertreten, dass die so genannten medizinischen ambulanten Badekuren zur Pflichtleis-

tung werden sollten. Dazu noch einmal die Frage: Sollen Teilbereiche oder soll diese medizinische ambulante Badekur auch zur Pflichtleistung werden? Wie stehen Sie dazu, dass für diese medizinischen ambulanten Badekuren ein Pauschalbetrag erstattet würde, sodass der Versicherte oder der Patient die Möglichkeit hätte, seine Leistungen anders auszuwählen? Und sollten Erstattungen für besondere Kurformen, die nur an einem Ort existent sind, in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden?

Ich komme zu meiner Frage an den Deutschen Pflegerat oder Behindertenrat. § 33 wird aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts korrigiert. Da ging es um den Anspruch einer schwerstbehinderten Heimbewohnerin auf Versorgung mit einem speziellen Lagerungsrollstuhl. Das wurde mit der Begründung abgelehnt, dass dadurch kein gewisses Maß an Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglicht würde. Es stellt sich die Frage: Wird mit der Änderung des §33 das Ziel erreicht, in solchen Fällen durch eine entsprechende Versorgung die Teilhabe am Gemeinschaftsleben sicherzustellen, und welche Kosten oder Lasten entstehen dadurch für die Krankenkassen?

SV Prof. Dr. Manfred Steinbach (Deutscher Heilbäderverband e.V.): Die Frage nach einem Pauschalbetrag für die Maßnahmen nach § 23 - das betrifft die ambulante Badekur, nach der Sie gefragt haben, zu der ja auch die so genannte Kompaktkur gehört - stellt sich bei uns sehr eindringlich, und zwar vorwiegend aus der Ecke der Heilmittelversorgung heraus. Wir würden es sehr begrüßen, wenn dafür eine geeignete Pauschale gefunden würde.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.): Wir begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, die in §33 zu den Pflegehilfsmitteln vorgenommen worden ist. Bei den Verbänden chronisch kranker und

behinderter Menschen ist das Urteil des Bundessozialgerichts, das Sie angesprochen haben, auf Empörung gestoßen. Wir sind sehr froh über die Klarstellung im Gesetz, wobei hervorzuheben ist, dass die Verhinderung der Verschlimmerung seit jeher als Teilhabeaspekt anzusehen war, weshalb es schlichtweg auch darum geht, dass der Teilhabebegriff des Sozialgesetzbuchs IX berücksichtigt werden muss. Dass dies im Sozialgesetzbuch V noch einmal klargestellt wird, ist das zu begrüßen.

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Die Definition von Teilhabe im Sinne von gleichberechtigter Teilhabe am Leben der Gemeinschaft erscheint uns etwas eng; denn subjektiv ist die Einschätzung von Lebensqualität möglicherweise eine andere. Jeder Betroffene wird für sich selber anders definieren, was für ihn eine deutliche Veränderung in der Lebensgestaltung des Alltages bedeutet. Das kann er auf sich beziehen, ohne eine Gemeinschaft um ihn herum.

Zu den Kosten können wir leider nichts sagen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur FDP.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte mit einer Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen starten. Bitte stellen Sie einmal dar, mit welchen zusätzlichen Ausgaben Sie kurz- und mittelfristig aufgrund der Mehrleistungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin, bei Schutzimpfungen, Mutter-/Vater-Kind-Kuren, geriatrischer Rehabilitation und Pflegeleistungen rechnen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.): Sie haben verschiedene Punkte angesprochen, die nicht nur nach unserer Einschätzung, sondern auch nach der in der Begründung zu dem Gesetz-

entwurf wiedergegebenen Einschätzung zu einer Ausgabensteigerung führen. Wir gehen - wie die Bundesregierung - davon aus, dass die Verbesserung der Palliativversorgung mit etwa 80 Millionen Euro, die Aufnahme der geriatrischen Reha in den Katalog der Regelleistungen mit 50 Millionen Euro und die Aufnahme der Mutter-/Vater-Kind-Kuren in den Katalog der Regelleistungen mit 70 Millionen Euro zu Buche schlagen.

Ein weiterer Punkt ist die stationäre Behandlungspflege. Auch da sehen wir die von der Bundesregierung veranschlagten 60 Millionen Euro als realistisch an. Eine andere Einschätzung haben wir allerdings bei der häuslichen Krankenpflege. In dem Finanztableau sind hierzu keine Wirkungen ausgewiesen. In diesem Bereich erwarten wir kurzfristig Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro, längerfristig aber sogar eine Steigerung auf über 600 Millionen Euro. Bei den Schutzimpfungen entstehen Mehrkosten von 100 Millionen Euro.

Ein weiterer Punkt, der auch zu diesem Teil gehört, der aber in dem Gesetzentwurf bislang nicht bewertet worden ist, ist die technische Kontrolle bei Hilfsmitteln - dazu werden wir an anderen Stellen kommen -, die zu Kosten in Höhe von 500 Millionen Euro führen wird.

Es gibt einen weiteren Punkt, bei dem es nicht um eine Leistungsausweitung in diesem Sinne, sondern um eine Begrenzung der Begutachtung von Vorsorge und Reha-Kuren durch den MDK geht. Wir haben in der Vergangenheit Erfahrungen mit der Einschränkung der Begutachtungen gemacht, die wir selbst vorgenommen hatten und die dann durch eine Aufforderung des BMG wieder eingeführt worden sind. Hier erwarten wir zusätzliche Ausgaben in Höhe von 80 Millionen Euro.

Die mobile Rehabilitation schlägt mit 40 Millionen Euro zu Buche und die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung mit 10 Millionen Euro, sodass wir insgesamt auf 1,24 Milliarden Euro an zusätzlichen Belastungen kommen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte bei Frau Dr. Pfeiffer bleiben und auf das Problem der Nichtversicherten zu sprechen kommen. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V soll gewährleisten, dass künftig alle Bürger in Deutschland einen Krankenversicherungsschutz haben. Sie vom VdAK wenden sich gegen diese Versicherungspflicht. Warum wenden Sie sich dagegen und wie wirkt sich Ihrer Ansicht nach diese Regelung auf die finanzielle Situation der Krankenkassen aus, insbesondere wenn die Beitragsgelder über den Fonds verteilt werden? Des Weiteren bitte ich Sie um eine Beurteilung der Regelung in § 52 a SGB V, nach der ein Anspruch auf Leistungen nicht bestehen soll, sofern diese missbräuchlich in Anspruch genommen werden.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (VDAK/AEV): Ich denke, an dem Ziel ist grundsätzlich nichts auszusetzen. Deswegen geht es nicht darum, die Nichtversicherten nicht einzubeziehen. Unserer Einschätzung nach passt jedoch der Grundsatz, der hier eingeführt wird, weder zu dem Grundsatz in SGB V, dass es eine Versicherungspflicht nach Personengruppen gibt, noch zu dem Recht der freiwilligen Versicherung. Wir befürchten, dass es zu einem weiteren Verschiebeparkplatz kommt, weil es hierbei in der Regel um Leistungen bzw. die Finanzierung von Versicherten geht, die über die Sozialhilfe abgesichert wären.

Zudem haben wir die Befürchtung, dass die Durchsetzung nicht sichergestellt ist; denn in allen anderen Fällen besteht die Möglichkeit, über Arbeitgeber oder Leistungsträger oder Behörden Informationen über Mitgliedschaft und Einkommen zu erhalten. Der Personenkreis ist im Gesetz nicht hinreichend bestimmt. Im Verhältnis zur freiwilligen Versicherung gibt es erhebliche Probleme. Wir haben ja in der freiwilligen Versicherung die Notwendigkeit einer Vorversicherungszeit. Hier gibt es die Möglichkeit der Manipulation, indem man beispielsweise die nachgehende Frist, in der eine freiwillige Versicherung eröffnet werden kann, verstreichen lässt und

dann über diese Möglichkeit eine Versicherungspflicht begründet. Deshalb scheint es aus unserer Sicht systematischer zu sein, hier eine Möglichkeit analog dem Beitrittsrecht in der Pflegeversicherung vorzusehen. Wir halten es zudem eine Klarstellung für notwendig, dass eine Beitragszahlung für den Fall, dass Versicherte ihre Beiträge nicht zahlen können, zum Beispiel durch die Sozialhilfeträger erfolgt, damit keine finanzielle Belastung für die Träger der GKV entsteht.

Auch für den Leistungsausschluss gilt, dass das grundsätzlich okay ist; aber auch hier sind Umsetzungsprobleme zu befürchten. Hier gilt das, was ich eben gesagt habe. Das bezieht sich ja eher auf andere Fälle, nämlich solche, in denen möglicherweise jemand einreist, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auch hier wäre die Alternative eine Regelung analog zu der Regelung beim Zahnersatz mit Wartezeiten. Das müsste in Analogie zu der Regelung beim Zahnersatz geregelt werden, um Möglichkeiten des Missbrauchs auszuschließen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich begrüße an dieser Stelle Frau Staatssekretärin Caspers-Merk, die ebenfalls an der Anhörung teilnimmt.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Straub, an die Bundesärztekammer und an den Deutschen Hausärzteverband.

Was halten Sie von der Einführung einer Malusregelung bei Chronikern, die die Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben? Wie beurteilen Sie die in § 62 geplanten Neuregelungen hinsichtlich der Belastungsgrenzen für Zuzahlungen von Versicherten, die an Vorsorgeuntersuchungen oder an Disease-Management-Programmen teilnehmen?

SV **Dr. Christoph Straub**: Grundsätzlich ist es wichtig, die Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen zu

fördern. Sie ist in Deutschland deutlich zu gering. Schwierig ist es, das über einen Malus zu machen. Wir würden es begrüßen, wenn es auf andere Weise möglich wäre. So, wie das Gesetz an dieser Stelle angelegt ist, ist nicht auszuschließen, dass wir mit den Versicherten in Schwierigkeiten geraten; denn am Ende werden wir dann auch beweispflichtig, was die Wertigkeit eingeführter Früherkennungsmaßnahmen angeht. Das dürfte in dem einen oder anderen Fall schwierig werden.

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer): Selbstverständlich sind Steuerungsmöglichkeiten über Bundesregelungen zu begrüßen. Allerdings haben wir erhebliche Schwierigkeiten mit Malusregelungen. So wünschenswert es auch ist, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken - wir meinen, man müsste das Augenmerk darauf richten, dass die Früherkennungsuntersuchungen tatsächlich effektiv sind. Mit dem, was zurzeit vorgeschlagen wird, kann diese Effektivität nur in begrenztem Umfang erreicht werden. Die Festlegung von Altersgrenzen zum Beispiel bei an Krebs erkrankten Versicherten im Gesetzentwurf berücksichtigt beispielsweise nicht, dass bestimmte effektive Früherkennungsuntersuchungen - nehmen Sie das Beispiel Koloskopie, also Darmspiegelung - erst ab einem höheren Lebensalter von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden. Was macht ein 49-Jähriger, der schon an Darmkrebs erkrankt ist? Er hatte vorher keine Gelegenheit, sich auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung präventiv untersuchen zu lassen. Insofern, denke ich, muss man da mit Augenmaß vorgehen. Es ist auch sehr wichtig, dass die Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf ihre Evidenz geprüft sind.

SV **Rainer Kötzle** (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Malusregelungen sind sicherlich mit Vorsicht zu genießen, weil sie sehr schwer zu exekutieren sind bzw. in der Praxis sehr schwer zu realisieren sind. Es wird in den Praxen schwierig sein, das im Einzelfall festzustellen. Insofern tendieren wir vom

Deutschen Hausärzteverband eher für ein Anreizsystem, also dafür, das eher in eine positive Richtung zu lenken; denn es wird in der Tat sehr schwer, das zu exekutieren, und in die Praxen werden erhebliche Konflikte getragen, wenn man das über einen Malus macht. Es sollte also eher ein positiver Ansatz in Form eines Anreizsystems gewählt werden.

Wir unterstützen natürlich Bemühungen, die Prävention deutlich auszuweiten. Wir haben bei den Vorsorgeuntersuchungen im Moment das Problem, dass eigentlich noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Auch da müsste man in der Prävention eigentlich noch zu Verbesserungen kommen. Aber auch diese Säule der Versorgung sollte über Anreizsysteme gestärkt werden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Schutzimpfungen.

Wie stehen Sie zu der Regelung, dass die Krankenkassen zusammen mit den Behörden der Länder gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten fördern und sich an den Kosten der Durchführung beteiligen sollen, indem sie Sachkosten erstatten?

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Herr Abgeordneter Lanfermann, im Prinzip ist es in Ordnung, dass hier ein gemeinsames Programm von Ländern und Kassen aufgelegt wird. Aber es ist nicht Aufgabe allein der Krankenversicherung, Immunisierungsmaßnahmen zu finanzieren. Es darf auch nicht nur in SGB V verankert sein. Hier erscheint es eigentlich zweckmäßiger, das, was gewollt ist, im geplanten Präventionsgesetz und parallel dazu im Infektionsschutzgesetz unterzubringen. Dann sind auch die Verpflichtungen anderer adäquat geregelt und es konzentriert sich nicht allein auf die Krankenversicherungen. Es darf nicht sein, dass sich Länder, wie in der Vergangenheit geschehen, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung weiter entlasten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Hausärzteverband und den Deutschen Fachärzteverband.

Der Gesetzgeber hat betont, wie wichtig ihm die Prävention ist. Deshalb frage ich Sie, ob die vorgesehenen Vergütungsregelungen Ihrer Ansicht nach ausreichend sind oder dem Stellenwert, der der Prävention hier beigemessen wird, gerecht werden.

SV **Rainer Kötzle** (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Wir sind der Meinung, dass es natürlich nicht ausreicht. Wir haben eine Gebührenordnung der Hausärzte entwickelt, die wir auch in den entsprechenden Gremien vorlegen. Dabei haben wir eine Stärkung der Prävention für notwendig gehalten. Da müsste unserer Auffassung nach eine Aufwertung erfolgen; denn es wird immer mehr notwendig, die Prävention zu stärken, zu verbessern und mit Anreizen für die Patienten zu versehen. Wir werden die Versorgung ohne einen Ausbau der Prävention in Zukunft in dieser Weise gar nicht mehr wirtschaftlich sicherstellen können. Insofern bin ich auch der Meinung, dass da eine Verbesserung stattfinden muss. Wie gesagt, in der Gebührenordnung der Hausärzte, die wir vorlegen, ist das berücksichtigt.

SV **Dr. Thomas Scharmann** (Deutscher Facharztverband e.V.): Auch wir halten die Prävention für einen entscheidenden Punkt. Wir meinen, dass besonders die Patientinnen und Patienten von einer frühzeitigen und damit weniger belastenden Behandlung ihrer gesundheitlichen Probleme profitieren. Die Kosten für die Krankenbehandlung steigen immer stärker. Das ist Ausdruck der wachsenden Möglichkeiten der Medizin. Auf der anderen Seite führen diese Behandlungen zu einer stärkeren Belastung der Lohnnebenkosten. Wir finden daher die im Gesetzentwurf festzustellende Tendenz, Präventionsmaßnahmen zu stärken, richtig, halten diese Absichten aber noch nicht für ausreichend.

Gerade auf der Ebene der ambulanten fachärztlichen Versorgung gibt es viele bisher ungenutzte Möglichkeiten, Krankheiten bei geringen Kosten zu erkennen, die unerkannt im späteren Verlauf hohe direkte oder indirekte Kosten verursachen.

Erlauben Sie mir, das an dem musculus-skeletalen Sektor der Orthopädie festzumachen. Die Kosten für die großen Volkskrankheiten Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerzen machen ca. 40 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems aus. Bei der Osteoporose mit 4 bis 6 Millionen Erkrankten werden unter 10 Prozent der Erkrankten leitlinienorientiert behandelt. Dabei ist es möglich, das Frakturrisiko um 65 Prozent zu reduzieren. Die Ausgaben für die medikamentöse Behandlung liegen bei 150 Millionen Euro. Die Kosten für die Frakturbehandlung, Rente und Pflege betragen 5 Milliarden Euro. Sie sehen daran, welche Zahlen hier im System stecken, vom Verlust der Lebensqualität der Betroffenen einmal abgesehen. Die Zahl der 130 000 Oberschenkelfrakturen pro Jahr wird sich bis zum Jahr 2030 verdoppeln. Osteoporosebedingte Frakturen sind die zweithäufigste Diagnose für stationäre Behandlungen.

Weitere Beispiele für eine Prävention sind nach wie vor Diabetes, aber auch die frühkindlichen Sehstörungen, Amblyopie, die bei den Kindern bzw. bei den Erwachsenen letztlich zu einer Funktionseinschränkung für das Leben führen, weil sie einäugig bleiben.

Ich erinnere ferner an die Prävention im Hinblick auf Hautkrebskrankungen durch Hautärzte und in Bezug auf Lungenerkrankungen. Der Deutsche Facharztverband empfiehlt daher dringend den Ausbau der facharztbezogenen Prävention, um den hohen Anteil der Unter- und Fehlversorgung bei den Volkskrankheiten und die damit indirekt verbundenen Kosten zu Lasten nachgeordneter Sozialeinrichtungen, wie Rente und Pflege, zu reduzieren und eine Verlagerung der Kosten auf nachkommende Generationen zu vermeiden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Mit Rücksicht auf die uns zur Verfügung stehende Zeit sollten wir es dabei belassen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit kommen wir zur Fraktion DIE LINKE..

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Dr. Niehoff.

Zum Versicherungsrecht ist noch keine Frage gestellt worden. Deshalb frage ich Sie: Wie beurteilen Sie das GKV-WSG im Kontext des solidarischen Charakters der gesetzlichen Krankenversicherung? Bleibt dieser durch das WSG noch erhalten?

Wie beurteilen Sie die vorliegenden Vorschläge zu den Leistungsbereichen Palliativversorgung, geriatrische Rehabilitation, Mutter-/Vater-Kind-Kuren, Prävention, Schutzimpfungen und zu den Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden?

SV **Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff**: Die im Leistungsblock III vorgesehenen neuen gesetzlichen Regelungen greifen nach meinem Verständnis tief in das bisherige Leistungsrecht ein; denn es wird in das Instrumentarium der so genannten Nachfragesteuerung eingegriffen und versucht, eine Reihe von Maßnahmen zu platzieren, die tatsächlich zu einer Steigerung der Nachfrage und nicht des Angebots führen. Bei diesen Eingriffen handelt es sich im Kern um Tendenzen zur Aushebelung eines sozial undiskriminierten Leistungszugangs für eine ganze Reihe von Personen. Damit wird unmittelbar in das Vertragsrecht und damit auch unmittelbar in den solidarischen Charakter dieser Krankenversicherung eingegriffen.

Dies ist am deutlichsten an der Einführung von Wahltarifen festzumachen; denn über Wahltarife kommt ja nicht mehr oder weniger Geld in die Krankenversicherung, sondern es

wird nur nach Maßgabe der kaufkräftigen Nachfrage die Klientel der Versicherten differenziert, was nach allen Modellen und Beispielen, die wir kennen, keine positiven Folgen haben wird. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die weltweit größte Versicherungsstudie, das so genannte RAND Health Insurance Experiment. Da auch Vertreter in diesem Raum zu den Sponsoren der RAND Corporation gehören, kann ich unterstellen, dass diese Studie, in ihren Wirkungen ausreichend dokumentiert, bekannt ist.

Es gibt also Einschränkungen, was den solidarischen Charakter der Krankenversicherung angeht. Es werden Verschuldensprüfungen eingeführt. Mit den vorliegenden Vorschlägen wird eine Pflicht zur Teilnahme an Früherkennung etabliert, obwohl die Folgen in Bezug auf Haftung und die Mechanismen, wie dokumentiert, überwacht und gegebenenfalls auch sanktioniert werden soll, unklar sind.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind im Einzelnen differenziert zu beurteilen. Ich unterstütze die vorgesehene Regelung zur geriatrischen Rehabilitation. Die Stärkung der Rehabilitation, die eine wesentliche ergänzende Maßnahme ist, liegt im Interesse der Versicherungsmitglieder.

Ich unterstütze ebenfalls die Neuregelung zur Palliativversorgung. Ich mache allerdings darauf aufmerksam, dass es nach meinem Verständnis unzureichend ist, diese Maßnahme auf die ambulante Versorgung einzuschränken, weil ich sowohl hinsichtlich der Durchführung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung als auch hinsichtlich der Angemessenheit in Bezug auf sozial differenzierte Bedarfslagen Probleme sehe.

Es kann gar kein Zweifel daran bestehen, dass jede Unterstützung von Präventionsangeboten positiv zu bewerten ist. Das gilt selbstverständlich auch für Impfungen. Ich mache allerdings darauf aufmerksam, dass im Sinne der Gesetzesbegründung Impfungen im besonderen öffentlichem Interesse liegen.

Logischerweise gehören sie daher in den öffentlich finanzierten Bereich. Das ist umso dringender erforderlich, als die Wahrung dieses öffentlichen Interesses in einem Versicherungssystem wie dem der GKV, das im Wesentlichen auf Holleistungen basiert, nicht sichergestellt werden kann. Wir wissen sehr wohl - das ist ausreichend wissenschaftlich dokumentiert -, dass die Nachfrage nach Präventionsleistungen in erheblicher Weise sozial differenziert ist. Auf Basis der Freiwilligkeit kann man nach meinem Dafürhalten eine effektive Präventionsmaßnahme daher nicht etablieren.

Ich begrüße außerdem die Absicht, die so genannten Mutter-Kind-Kuren als Pflichtleistung aufzunehmen. Ich wünsche mir allerdings, dass die Eingrenzung auf Mütter auch begrifflich aufgehoben wird. Es ist ein großer Erfolg - ich wünsche mir, dass das zur Kenntnis genommen wird -, dass wir den klassischen Kurbegriff überwunden haben und heute den wissenschaftlichen Begriff der Rehabilitation verwenden. Es wäre sehr wünschenswert, dass am Begriff deutlich würde, dass es sich bei diesen Kuren um Leistungen der Rehabilitation handelt.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang eine letzte Bemerkung machen. Wir alle teilen die Erfahrung, dass etwa 80 Prozent der GKV-Leistungen von etwa 20 Prozent der Versicherten in Anspruch genommen werden. Die gesetzlichen Regelungen, die jetzt implementiert werden sollen, zielen tendenziell darauf ab, die Interessen der jüngeren Versicherten stärker zu betonen. Unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen kann das aber nicht erreicht werden, ohne dass es zu einem Konflikt mit den Versorgungsinteressen ebendieser 20 Prozent der Versicherten kommt. Das halte ich für bedenkenswert. Darüber muss man systematisch nachdenken; denn hier wird im Leistungsrecht etwas eingeführt, was vor dem Hintergrund des Versorgungsinteresses nicht unterstützt werden kann, nämlich der Wettbewerb um Leistungsinteressen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an den Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Wie beurteilen Sie die Chronikerregelung in § 62? Wie stehen Sie zu der Selbstverschuldensregelung in § 52?

SV Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte): Zur Chronikerregelung: Wir lehnen es ab, dass ein chronisch Kranker, der sich nicht Vorsorgeuntersuchungen unterzogen hat, mit bis zu 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt belastet wird, weil er dadurch zusätzlich zu der Erkrankung, die er erleidet, bestraft wird. Die Wirksamkeit einer solchen Regelung ist im Übrigen nicht genügend bewiesen, um sie umsetzen zu können. Außerdem wird dadurch Konfliktpotenzial in die Arztpraxen hineingetragen. Aus ärztlicher Sicht lehnen wir diese Regelung daher ab.

Zur Problematik der Selbstverschuldung, Stichworte „Piercing“ und „Tätowierung“: Auch diese Regelung lehnen wir ab. Ich weiß, dass sie von offiziellen Vertretern der Ärzteschaft teilweise begrüßt wird. Das habe ich auf den letzten Ärztetagen feststellen müssen. Ich verstehe das überhaupt nicht. Die Regelung, dass derjenige, der nicht medizinisch indizierte Eingriffe an sich vornehmen lässt, selbst für die Kosten für eventuell auftretende Komplikationen eintreten muss, erscheint zwar zunächst nachvollziehbar; hier sind aber zwei Punkte zu berücksichtigen: Wenn jemand verantwortlich ist, dann der behandelnde Arzt oder die entsprechende Einrichtung. Sie müssten im Falle von Komplikationen zur Rechenschaft gezogen werden. Viel bedeutender ist unseres Erachtens aber, dass mit dieser Regelung die Tür für andere Selbstverschuldungen - Stichworte „Rauchen“, „Risikosportarten“ usw. - geöffnet würde. Oftmals ist aufgrund der Leistung nicht eindeutig festzustellen, ob es sich um eine Folgeerkrankung handelt. Als Beispiel nenne ich Hepatitisserkrankungen nach Tätowierungen, bei denen der Zusammenhang höchst kompliziert ist. Wir lehnen diese Regelung auch deswegen ab, weil Ärzte

dadurch zu Richtern würden: Was ist eine GKV-Leistung? Was ist selbst verschuldet und muss deshalb vom Patienten selbst getragen werden? Wir halten von dieser Regelung überhaupt nichts.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): An den AOK-Bundesverband: Welchen Marktwert haben Wahltarife, wenn sie zu einem Zeitpunkt angeboten werden müssen, zu dem sich die Kasse in Finanzschwierigkeiten befindet und daher abwägen muss, ob sie Wahltarife anbietet oder Zusatzbeiträge erhebt, um die erforderlichen Einsparungen vornehmen zu können? Mit welchen Einsparmöglichkeiten rechnen die Krankenkassen infolge der Einführung von Wahlтарifen im Bereich der GKV?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Sie haben vollkommen zu Recht die Frage gestellt, welchen Marktwert diese Tarife haben, wenn die Möglichkeit zur Erhebung eines Zusatzbeitrages aufgrund der Klientel einer Kasse sehr infrage gestellt ist. Angesichts dessen werden auch Wahltarife nichts nützen. Die Wahltarife sind mit Ausnahme des Hausarztтарifs als Kannleistung vorgesehen. Wir fragen uns, warum nicht auch der Hausarztтарif als Kannleistung vorgesehen ist, wenn die Bundesregierung davon überzeugt ist, dass er ein Renner sein wird. Insofern unterstützen wir grundsätzlich, dass die Selbstverwaltung über die Wahltarife mehr Freiheiten bekommt; ob die Regelung Ersparismöglichkeiten bietet, ist aber fraglich.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Professor Rosenbrock. Bergen die Wahltarife und die Mindestlaufzeit von drei Jahren die Gefahr der Unterversicherung? Wie wird in anderen Ländern mit diesem Problem umgegangen?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Da sozial bzw. materiell nicht so gut dastehende Menschen in Versuchung sind, sich zu niedrig zu

versichern, stehen sie im Krankheitsfall vor dem Problem, finanziell überfordert zu sein. Deswegen enthalten Wahltarifregelungen - sofern sie überhaupt vernünftig sind - Überforderungsgrenzen. Ich weiß nicht, welche Regelung dazu vorgesehen ist. Ich habe keine entsprechende Formulierung gefunden.

International führen Wahltarifregelungen, die keine Auffanggrenze haben, eigentlich immer zu Problemen, die dann doch wieder von der öffentlichen Hand gelöst werden müssen. Solange wir in einem Land leben, in dem schwer Kranke nicht in der Gosse landen sollen, muss es eine Regelung dafür geben. Es wäre sehr viel praktischer, wenn der Gesetzgeber sich vorher Gedanken darüber machen würde.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Aufgrund einer Gutschrift von einer Minute kommen wir jetzt zur Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die veränderten Zahlungsregelungen für chronisch Kranke aufgreifen, und zwar zunächst die Kopplung der Chronikerregelung an die regelmäßige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Dr. Rosenbrock: Was halten Sie von dieser Kopplung? Sind die Vorteile umfassender Früherkennungsuntersuchungen ausreichend wissenschaftlich belegt? Was sagen gesundheitswissenschaftliche Studien über den Effekt von staatlichen Sanktionsmaßnahmen bei gesundheitsriskantem Verhalten aus?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Bei Sekundärprävention reden wir immer über die medizinische Früherkennung von in der Regel symptomlosen Körperzuständen, die aber medizinisch erhebliche Befunde enthalten. Die Befunde werden erhoben, um den individuellen Behandlungszeitpunkt vorzulegen, und zwar in der Hoffnung, damit einen milderen Verlauf oder sogar eine Heilung zu

erreichen. Das ist ein legitimes und plausibles Verfahren. Es wird allerdings heftig überschätzt. Darauf komme ich jetzt zu sprechen.

Es gibt Evidenz für die Sinnhaftigkeit von Früherkennung auf Zervixkarzinom, auf Mammakarzinom, auf Kolonkarzinom, auf Zucker, Bluthochdruck oder erhöhte Cholesterinwerte. Man muss aber berücksichtigen, dass Früherkennung eine komplizierte Abwägung zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen ist: Beim Brustkrebs beispielsweise kommen auf jeden zu Recht als positiv erkannten Fall zehn fälschlicherweise als positiv erkannte Fälle. Diese Irrtümer können erst im Zuge der medizinischen Therapie, teilweise erst nach monatelangen und invasiven Behandlungen, korrigiert werden. Die Patienten erfahren erst dann, dass sie doch nicht krank sind.

Der Interessenvertreter der Fachärzte hat vorhin gesagt, dass man noch viel mehr Krankheiten früh erkennen könnte. Deutschland ist in Bezug auf die Früherkennung eines der am besten ausgebauten Länder weltweit. Auf diesem Gebiet ist eher eine Reduktion angesagt. Deshalb lautet mein Vorschlag, der auch in meiner schriftlichen Stellungnahme enthalten ist - ich habe sie schon vor langer Zeit vorgelegt; sie ist vom Sekretariat heute leider noch nicht vorgelegt worden; sie wird aber nachgereicht -, dass man den § 25 Abs. 3 SGB V, der die Voraussetzungen für Früherkennungsprogramme regelt, verschärft bzw. auf internationales Niveau hebt, indem man sagt: Früherkennungen dürfen nur dann angeboten werden, wenn der medizinische und der bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist. Entsetzlicherweise steht das bis heute noch nicht im Gesetz.

Man muss berücksichtigen, dass man es bei Früherkennungsuntersuchungen immer wieder mit Überschätzungen zu tun hat. Die Häufigkeit der Brustkrebserkrankungen kann selbst bei hervorragend durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen um maximal ein Drittel reduziert werden. Das ist eine sehr positive Schätzung; andere gehen von 20 Prozent aus. Zwei Drittel bis vier Fünftel der Erkrankungen

sind durch Früherkennung nicht zu verhindern. Das gilt auch für die anderen Krebserkrankungen. Das Nordic Cochrane Centre in Kopenhagen hat in diesen Tagen auf die sehr wacklige Befundlage für das Mammakarzinom hingewiesen. Die Stiftung Warentest hat in diesem Jahr ein Buch dazu herausgegeben. Die Mehrzahl der Früherkennungsverfahren fällt aufgrund fachlicher Mängel durch den Rost. Ein gründliches Sortieren ist daher erforderlich.

Wenn die Befundlage so wacklig ist, muss man fragen: Ist es legitim, Menschen zu bestrafen, die Früherkennungsmaßnahmen nicht in Anspruch nehmen. Ich sage: Bei gegebener Befundlage ist es legitim, als informierter Versicherter viele Früherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch zu nehmen. Das mag provokant klingen; aus meiner Sicht - wenn Sie so wollen: aus Sicht der Gesundheitswissenschaft - ist das aber so.

Die nächste Frage lautet: Ist diese Regelung gerecht? Gerecht kann sie eigentlich auch nicht sein, weil eine kausale Verknüpfung zwischen der nicht in Anspruch genommenen Früherkennungsuntersuchung und der Erkrankung schwierig herzustellen ist. Das gilt bei den Krebsen, wo die Lage noch relativ übersichtlich ist. Bei Herz-Kreislauf-, Cholesterin-, Bluthochdruck- und Zuckererkrankungen befindet man sich aber vollkommen auf dem Glatteis und weiß nicht, welche Kriterien auf einen kausalen Zusammenhang hinweisen und welche nicht.

Die Legitimität und die Gerechtigkeit dieses Instruments sind also höchst fraglich. Man kann noch fragen, ob es wirksam ist. Wir haben festgestellt, dass Bonus-Malusregelungen zur Verhaltenssteuerung grundsätzlich schlecht geeignet sind. Frau Professor Walter von der Medizinischen Hochschule Hannover kommt im Rahmen eines ganz aktuellen Health-Technology-Assessments bezüglich der Möglichkeiten zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen zu dem uns allen sehr gut bekannten Ergebnis: Wirksam sind persönliche Einladungen, persönliche Erinne-

rungen und räumliches Aufsuchen, wie es die Holländer bei den Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs machen. Nicht wirksam, nicht evident hingegen sind Bonus-Malus-Systeme.

Der Bundestag lässt hier die Möglichkeit ungenutzt, sinnvolle Regelungen vorzusehen, deren Umsetzung möglich wäre: Unter Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung könnten zum Beispiel zielgruppenspezifische Strategien entwickelt werden. Der Bundestag ist im Begriff, eine Regelung zu implementieren, für die es keine Evidenzen gibt. Aus Sicht eines Gesundheitswissenschaftlers ist das ein enttäuschendes Ergebnis.

Es wird oft auf die hervorragenden Erfahrungen hingewiesen, die man bei der zahnärztlichen Versorgung mit dem Bonusheft gemacht hat. Ich weise aber darauf hin, dass es dazu überhaupt keine Evaluationsstudien gibt. Die weit verbreitete Auffassung, dass das sehr gut läuft, basiert lediglich auf Gerüchten. Vor Inangsetzung des Bonusheftes Ende der 80er-Jahre hat die Bundeszahnärztekammer die voraussichtlichen Wirkungen abgeschätzt. Das ist die einzige Evaluation, die in der Literatur vorfindlich ist. Eine Dissertation aus Thüringen belegt, dass weit weniger als 40 Prozent der Bevölkerung über zehn Jahre regelmäßig zu demselben Zahnarzt gehen. So wirksam scheint dieses Instrument also doch nicht zu sein.

Diese Regelung verfehlt aus meiner Sicht ihr Ziel. Ich rate daher dringend dazu, sie zu streichen. Ich rate vielmehr dazu, die Zulassungsvoraussetzungen für Früherkennungsmaßnahmen zu verschärfen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu beauftragen, zielgruppenspezifische Strategien zur Steigerung der Inanspruchnahme zu entwickeln. Generell rate ich davon ab, dass hehre, von den Gesundheitswissenschaftlern für heilig gehaltene Prinzip der Selbstverantwortung auf ein Stammtischniveau - selbst schuld gleich selbst zahlen - zu reduzieren. Das ist fachlich nicht angemessen und politisch nicht wirksam.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was halten die Bundespsychotherapeutenkammer und der BKK Bundesverband von der vorgesehenen Kopplung von Sekundärprävention und Sanktionen?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer): Genauso wenig, um es ganz kurz zu sagen. Ich möchte auf die in diesem Zusammenhang besondere Situation der psychisch Kranken hinweisen. Antriebslosigkeit ist offensichtlich ein Hauptsymptom von Depression. Wenn wir von dieser Prävalenz ausgehen, müssen wir damit rechnen, dass depressive Menschen Vorsorgeleistungen seltener in Anspruch nehmen. Diese Personen dafür zu bestrafen, wäre wieder einmal eine Diskriminierung von psychisch Kranken. Ich kann meinen Vorrednern nur explizit zustimmen.

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Auch der BKK Bundesverband sieht Malusregelungen aus inhaltlichen Gründen etwas kritisch. Wir sehen darin kein geeignetes Instrument, um die gewünschte Steigerung der Rate der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu erzielen. Intelligente Bonusprogramme nach § 65 a SGB V und Aufklärungskampagnen sind sicherlich besser geeignet. Hinzu kommt, dass die Malusregelung in einer Phase wirksam würde, in der die Betroffenen als Patienten eigentlich unserer solidarischen Hilfe bedürfen. Das ist unter sozialen und unter Gerechtigkeitsaspekten problematisch. Auf der anderen Seite ist es für betroffene Chroniker möglich, spezielle Chronikerprogramme in Anspruch zu nehmen und so den Status zu erlangen, den sie ohne diese Malusregelung hätten. Kurzum: Wir sind nicht für diese Malusregelung.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Im Gesetzentwurf ist eine weitere Möglichkeit zum Ausschluss von der Chro-

nikerregelung vorgesehen: Der Zugang soll davon abhängig gemacht werden, dass therapiegerechtes Verhalten ärztlich bescheinigt wird. Dazu habe ich eine Frage an Herrn Rosenbrock und an die Bundespsychotherapeutenkammer: Halten Sie diese Ausrichtung des Behandlungsprozesses für zielführend, um eine verbesserte Therapietreue zu erreichen? Was bedeutet das für das Arzt-Patient-Verhältnis?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Wenn wir uns zunehmend dem Anspruch annähern wollen, auch Gesundheitspolitik evidenzbasiert zu gestalten, muss gefragt werden: Gibt es für die Wirksamkeit dieses Instruments eine Evidenz? Die Antwort lautet: Nein, es gibt keine Evidenz. Wir bewegen uns also auf spekulativem Grund. Der Sachverständigenrat weist in seinen Gutachten, in denen er die Entwicklung im Gesundheitswesen beurteilt, Jahr für Jahr auf die notwendigen Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis hin. Wir sagen immer wieder, dass es darum geht, den Patienten in Fragen seiner Gesundheit zu so etwas wie einem Koproduzenten aufzuwerten und dahin gehend auszubilden. Angesichts dessen ist es absolut kontraproduktiv, in das Arzt-Patient-Verhältnis in der Weise einzuwirken, dass der Doktor mit dem „finanziellen Knüppel“ drohen darf. Es entspricht auch überhaupt nicht der allgemeinen Lebensklugheit, Strategien zur Verhaltensbeeinflussung mit materieller Benachteiligung zu beginnen. Überlegen Sie doch einmal, wie Sie auf so etwas reagieren.

Im Übrigen ist überhaupt nicht klar, auf welche Faktoren die Defizite im Bereich der Compliance - heute sagt man moderner: Adherence - im Einzelnen zurückzuführen sind. Der Sachverständigenrat hat in seinen Gutachten immer wieder darauf hingewiesen, dass ein großer Teil der Unter-, Über- und Fehlversorgung darauf zurückzuführen ist, dass die partnerschaftliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht funktioniert. Warum diese Kommunikation besser werden soll, wenn man dem Arzt einen Strafknüppel

in die Hand gibt, ist mir nicht einleuchtend. Es kann doch sein, dass das Chronikerprogramm zu dem Leben des Patienten bzw. der Patientin überhaupt nicht passt. Es kann auch sein, dass es auf psychologische Widerstände trifft, sodass das Problem anders angegangen werden sollte. Es kann auch sein, dass das Programm einfach nicht verstanden worden ist. All diese Faktoren sind gesundheitspolitisch anzugehen. Der Sachverständigenrat hat immer wieder gesagt: Im Grunde genommen ist die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen im Kern eine Bringschuld des Systems. Das mag provokant klingen; die internationale gesundheitswissenschaftliche Literatur lässt dazu aber eigentlich keine Alternative zu.

Ich mache darauf aufmerksam, dass wir es bei chronisch Kranken ganz überproportional mit sozial Benachteiligten zu tun haben. Eben ist gesagt worden, dass 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Mittel in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um chronisch Kranke. Chronisch Kranke kommen im untersten Fünftel der Bevölkerung schlicht und einfach doppelt so häufig vor wie im obersten Fünftel der Bevölkerung. Menschen aus den unteren Schichten haben in ihrem Leben einfach weniger Entfaltungsspielräume. Diesen Menschen mit dem materiellen Knüppel zu drohen und von ihnen zu verlangen, dass sie sich genauso verhalten wie ein Mittelschichtmensch, entspricht der Annahme, dass die große, erhabene Gerechtigkeit eines Gesetz darin liegt, dass es Armen wie Reichen gleichermaßen verbietet, unter einer Brücke zu schlafen.

So kommen wir nicht weiter. Wir müssen die zielgruppenspezifischen Probleme vor Augen haben und fragen, mit welchen materiellen, sozialpsychologischen, sozialpädagogischen und praktischen Unterstützungen man die Adherence steigern kann. Dass das ein Ziel ist, ist völlig klar; aber der Weg über die finanzielle Mehrbelastung zerstört die Substanz des Arzt-Patient-Verhältnisses und ist ohne jede Evidenz. Ich rate dringend, diese Bestimmung aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer): Diese Regelung kann man als neue Intervention betrachten. Herr Rosenbrock hat schon darauf hingewiesen, dass der Nutzen nachgewiesen werden muss. Auch ich bezweifle, dass Studien, wenn es sie denn gäbe, den Nutzen solcher Maßnahmen belegen könnten. Zur evidenzbasierten Medizin gehört aber auch, dass die Nebenwirkungen untersucht werden. Ich befürchte, dass die Nebenwirkungen einer solchen Kopplung, sofern sie überhaupt nützlich wäre, erhebliche wären.

Wir versuchen seit Jahrzehnten, das Arzt-Patient-Verhältnis mithilfe der Erkenntnisse der modernen Psychologie und Psychotherapie zu verbessern. Eine solche Regelung wäre ein Rückschritt in die Zeit vor 50 Jahren, wo ein Hierarchieverhältnis als modellhaft für die Arzt-Patient-Beziehung galt. Die Erkenntnisse der jüngeren Forschung - Shared-Decision-Making und Ähnliches - würden ad absurdum geführt. Jeder Arzt, auch derjenige, der ein anderes Verständnis von einem Arzt-Patient-Verhältnis hat, würde gezwungen, eine Polizistenrolle einzunehmen. Das kann nicht im Sinne der modernen sozialwissenschaftlich orientierten Medizin sein.

Wenn wir Verhalten ändern wollen - wir Psychologen belegen das seit Jahrzehnten mit sehr viel Evidenz -, dann geht das nicht über Sanktionen und nicht über Wissensvermittlung, sondern allein über eine Verhaltensmodifikation und über die Veränderung der Einstellung. Dazu bedarf es entsprechender, hochspezifischer Programme. Das wissen wir seit Jahrzehnten aus den Sozialwissenschaften. Diese Ergebnisse hierbei nicht zu berücksichtigen, würde nicht nur einen Rückschritt bedeuten, sondern auch, dass man den Stand der Wissenschaft nicht rezipiert hat.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage hätte sich an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten gerichtet. Sie ist aber, so glaube ich, nicht vertreten. Vielleicht sind die Vertreter der

Verbraucherzentrale in der Lage, zu meinen Fragen etwas zu sagen. Meine Fragen richte ich aber auch an die IKK, den Deutschen Facharztverband, den Hartmannbund und die KBV. Wie beurteilen Sie aus Sicht der Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, weitgehender als bisher Kostenerstattung zu wählen? Teilen Sie die Befürchtung, dass die Leistungserbringer die Beratung nutzen, um die Patienten bei der Entscheidung zu beeinflussen? Wie hat aus Ihrer Sicht die Beratungspraxis der Kassen bisher gewirkt? An die KBV habe ich folgende allgemeine Frage: Welche Bedeutung werden die Wahltarife, die vermehrten Entscheidungsmöglichkeiten insgesamt, für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems und insbesondere der vertragsärztlichen Versorgung haben? Welche Veränderungen wären aus Ihrer Sicht an dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf vorzunehmen?

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Beratungen haben Versicherte bisher sicherlich nicht motiviert, die Kostenerstattung zu wählen. Der Beratungsansatz ist genau richtig. Es ist richtig, auf die Gefahren hinzuweisen, die mit einer Wahl der Kostenerstattung verbunden sind. Eine Ausweitung der Kostenerstattung, insbesondere in der Form, dass sie jederzeit wählbar ist, würde die asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient auch auf ökonomischer Ebene manifestieren: Arzt und Patient würden ein Verkaufsgespräch führen; der Arzt wäre reiner Kaufmann und der Patient Kunde. In den Bereichen, in denen der Patient bereits zum Kunden geworden ist, stellen wir fest, dass damit viele Probleme verbunden sind. Insofern ist der vermehrte Einsatz des Modells der Kostenerstattung aus Sicht der Verbraucherzentrale Bundesverband nicht unterstützenswert. Das gilt insbesondere, da dadurch die Markttransparenz, die durch das Reformpaket ohnehin vergrößert wird, noch weiter verstärkt wird. Wahltarife sehen wir sehr kritisch, da sie höchstwahrscheinlich eine kostentreibende, aber keine sinnvolle Wirkung entfalten werden.

Wir würden uns allerdings freuen, wenn festgeschrieben würde, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen für Angebote der besonderen Therapierichtungen Wahltarife anbieten mögen. Das ist ganz wichtig, weil es sich dabei zum Großteil um Leistungen handelt, die für die Mehrheit der Versicherten sehr wichtig sind, die aber im Zuge der letzten Reformen - Stichwort „OTC“ - aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen herausgenommen wurden.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Aus Sicht der Immuungskrankenkassen ist es sinnvoll, die permanente Debatte „Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattungsprinzip?“ durch folgende Regelung zu beenden: Bei grundsätzlicher Beibehaltung des Sachleistungsprinzips - das ist also die dominierende Form - weiten wir die Möglichkeiten zur Wahl von Kostenerstattungen und damit den Freiheitsgrad der Versicherten vorsichtig aus. Auch wenn wir der Meinung sind, dass das Sachleistungsprinzip Vorrang haben sollte, sind wir nicht dagegen, den Versicherten die Möglichkeit der Kostenerstattung einzuräumen, sofern sie das wollen. Diesen Weg halten wir für richtig.

Ich glaube aber nicht, dass es richtig ist, die Kostenerstattung zum Prinzip zu machen, indem man eine permanente Wahlmöglichkeit einführt. Das würde das Verfahren völlig unübersichtlich machen. Diese Intransparenz hinsichtlich der Versorgung und der finanziellen Konsequenzen würde dazu führen, dass der Versicherte in der konkreten Situation nicht mehr hundertprozentig überschauen könnte, welche Alternative welche Konsequenzen hätte. Daher muss man das Angebot zur Kostenerstattung begrenzen. Da Wahltarife angeboten werden können, halte ich es für richtig, auch die Komponente Kostenerstattung einzubauen. Ich gehe ohnehin davon aus, dass sich die Menschen, wie in der Vergangenheit, aus guten Gründen für das Sachleistungsprinzip entscheiden werden. Man kann den Menschen die Option anbieten, also denjenigen eine gewisse Variabilität und

Eigenverantwortung zugestehen, die das wollen.

SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband): Das Sachleistungsprinzip - indirektes Honorarverhältnis zwischen Patient und Arzt - bietet dem Patienten den Vorteil, dass er keine Vorleistung erbringen muss. Es hat aber auch Nachteile: völliger Mangel an Transparenz, Budgetierung und floatender Punktwert. Die Kostenerstattung erfolgt über eine Direktabrechnung zwischen Patient und niedergelassenem Vertragsarzt. Nicht nur beim Privatpatienten, sondern - bitte denken Sie daran - auch bei Angestellten von Post und Bahn hat sich das Kostenerstattungsprinzip über Jahrzehnte bewährt. Das Kostenerstattungsprinzip ist vollkommen transparent. Es bietet Einsparpotenziale und lässt sich mit möglichen Selbstbeteiligungsmodellen koppeln. Sie finden dieses Modell in Frankreich und - das ist für uns noch viel interessanter - in Österreich, wo das Sachleistungsprinzip und das Kostenerstattungsprinzip wie im so genannten Wahlarztprinzip nebeneinander bestehen.

Aus fachärztlicher Sicht halten wir das Kostenerstattungsprinzip nicht für den Königsweg, empfehlen aber, einen Modellversuch - Stadt und Land, West und Ost - durchzuführen. Dieser Modellversuch sollte fair und wissenschaftlich evaluiert werden. In diesem Versuch sollten Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip nebeneinander untersucht werden. Die Basis für die Kostenerstattung sollte die amtliche Gebührenordnung für Ärzte sein. Es kann nicht sein, dass die Honorarnote auf Basis der GOÄ, der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, erstellt wird, der Patient die Rückerstattung aber nur auf Basis des EBM, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, mit floatenden Punktwerten erhält. Intelligente Selbstbeteiligungsstrukturen könnten eingebaut werden.

Die freie Wahl der Kostenerstattung sollte aber nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Arzt zustehen. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, für bestimmte fachärzt-

liche Leistungen die Kostenerstattung zu wählen - ich kann hier nur für die Fachärzte sprechen; nach meinem Kenntnisstand ist der Hausarztverband kein Freund der Kostenerstattung - und für andere Bereiche im Sachleistungsbereich zu bleiben. Um massiven Verwerfungen vorzubeugen, empfehlen wir, in dem Modellversuch Ausstiegsmöglichkeiten für die betroffenen Patienten und Ärzte zu etablieren. Bitte beachten Sie, dass die Kostenerstattung ausschließlich den Vertragsärzten vorbehalten bleiben und nicht freigegeben werden sollte, da einem Kassenarzt, der als Versorgerarzt arbeitet, in einem Wettbewerb mit Privatärzten nicht dieselben Möglichkeiten zur Verfügung stehen wie dem Privatarzt. Eine Verrechnung der Kosten, die den Kassen durch die Kostenerstattung entstehen, mit der ärztlichen Gesamtvergütung sollte nicht erfolgen, da dadurch die Patienten und Ärzte, die im Sachleistungsprinzip verbleiben, benachteiligt würden.

Sve Nadine M. Szepan (Hartmannbund): Wir begrüßen den Ausbau des Wahlrechts der Patienten. In der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausweitung der Kostenerstattungsmöglichkeiten sieht der Hartmannbund eine stärkere Berücksichtigung der Eigenverantwortung der Patienten, zum Beispiel indem er vor jeder Behandlung individuell zwischen dem Sachleistungs- und dem Kostenerstattungsprinzip wählen kann. Der Hartmannbund fordert die Einführung der Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung grundsätzlich auch als Steuerungsinstrument.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Versicherte die Kostenerstattung wählen kann. Sie ist die geeignete Maßnahme, die für mehr Transparenz sorgt und die Eigenverantwortung stärkt.

Zu der Frage, ob wir davon ausgehen können, dass das Handlungsfeld der Wahltarife von Krankenkassen nachhaltig besetzt wird: Die Krankenkassen werden künftig, nachdem wir

den Kollektivvertragsbereich vereinheitlicht haben, nur noch auf diesem Feld die Möglichkeit haben, sich zu positionieren. Die Wahltarife bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, Versicherte als Mitglieder zu halten. Die Kassen können die Attraktivität von Wahlтарifen durch Geldprämien steigern. Damit verabschiedet sich die GKV schrittweise von der Durchschnittskalkulation und vom kasseninternen Risikoausgleich. Durch Wahlтарifen geraten wir in die Gefahr, dass Phänomene wie die Risikoentmischung und die Risikoselektion im Versorgungssystem stark zunehmen werden.

Den Wettbewerb mittels Wahlтарifen akzeptieren wir. Wir fordern aber, dass im Gesetz festgeschrieben wird, dass Geldprämien in Wahlтарifen nur aus tatsächlich erwirtschafteten Einsparungen bedient werden dürfen und dass zwischen Wahlтарifen keine Quersubventionierung stattfinden darf; denn nur dann können wir in Wahlтарifen einen Wert und einen Sinn erkennen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Zusatzfrage an den BKK BV: Der Gesetzentwurf sieht mehrere mögliche Wahlтарifen für die Versicherten mit einer Kapazitätsgrenze bei der Prämienzahlung vor. Wie bewerten Sie diese Regelung in § 53 Abs. 7?

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Aus Sicht der Krankenversicherungen mit einer wettbewerblichen Grundordnung ist es sehr zu begrüßen, dass Gestaltungsmöglichkeiten in Form von Wahlтарifen eingeführt werden. Damit wird auch der Freiheitsgrad der Versicherten steigen. Allerdings verhindern die vorgesehenen Grenzen möglicherweise die Inanspruchnahme. Das gilt zum einen für die Dreijahresbindung. Wir könnten uns vorstellen - das gilt für die BKK, aber auch für die anderen gesetzlichen Krankenversicherungen -, diese Frist auf ein Jahr zu reduzieren, um bei den Interessierten eine Anreizwirkung zu entfalten. Ansonsten könnte die Regelung abschreckend wirken. Zum anderen bedarf es nicht der Anbindung an die Beiträge mit

entsprechenden Quoten oder gar der Limitierung auf 600 bzw. 900 Euro. Die Ausgestaltung dessen könnte man der Selbstverwaltung überlassen, ohne dass die Gefahr bestünde, dass die Kassen gesundheitspolitisch fragwürdige Exzesse starten würden.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, mich interessieren die Meinungen des VdK, des Deutschen Behindertenrates und des Sachverständigen Wilbers zur Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege auf neue Wohnformen.

Zum Zweiten bitte ich den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und den Deutschen Pflegerat, uns ihre Einschätzung zu krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und deren Zuordnung in die Krankenversicherung bzw. Berücksichtigung in der Pflegeversicherung darzulegen. In diesem Bereich gab es bisher Unklarheiten. Durch den Gesetzentwurf wird jetzt klargestellt, dass krankheitsspezifische Maßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch dann zu erbringen sind, wenn sie bereits bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wurden. Ich bitte um Ihre Einschätzung der Auswirkungen auf die Patienten und die Pflegebedürftigen.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Ich fasse mich kurz. Wir begrüßen ausdrücklich die neue Regelung, durch die die häusliche Krankenpflege auf andere Wohnformen ausgeweitet wird. Bisher war es so, dass sie nur in der unmittelbaren Häuslichkeit erbracht wurde und neue - insbesondere ambulante - Wohnformen nicht berücksichtigt wurden.

SV **Dr. Martin Danner** (BAG-SELBSTHILFE): Die übrigen Verbände im Deutschen Behindertenrat schließen sich der Auffassung des VdK an.

SV **Dr. Joachim Wilbers**: Auch ich sehe diese Regelung sehr positiv, weil die gesell-

schaftliche Realität, nämlich dass es solche betreuten Wohnformen gibt, dadurch im Gesetz Niederschlag findet. Es muss in der Zukunft weiter darüber nachgedacht werden, die Aufteilung, die es im Pflegebereich zwischen Häuslichkeit auf der einen Seite und Heimbetreuung auf der anderen Seite gibt, aufzulösen. Die Maßnahmen sollten für das ganze Spektrum an Wohnformen, die es schon gibt oder bereits angedacht sind, diskriminierungsfrei angeboten werden, sodass es weder zu Unterversorgung noch zu Überversorgung kommen kann.

Denn im Augenblick ist es so: Wenn man im Heim ist, bekommt man sozusagen ein Komplettpaket, und wenn man nicht im Heim ist, wird man so betrachtet, als ob man sich in einer häuslichen Umgebung befinde. Deswegen ist das ein richtiger Schritt. Wir müssen dafür sorgen, dass in Zukunft alle Wohnformen, die von den Menschen gewünscht werden, berücksichtigt werden, damit in der Praxis viele Wahlmöglichkeiten existieren.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir begrüßen diese Regelung ausdrücklich. Dieses Thema beschäftigt uns schon seit vielen Jahren intensiv und hat zu Querelen geführt. Eine zusätzliche gesetzliche Regelung ist daher vernünftig und notwendig. Auch die Rechtsprechung hat die Situation nicht wirklich ändern können. Wir finden das in der Gesetzesbegründung sehr zutreffend geschildert.

Zu § 15 SGB XI: Die bisherige Regelung, dass Versicherte wählen müssen, ob Maßnahmen in der Kranken- oder der Pflegeversicherung berücksichtigt werden - dies hat möglicherweise Auswirkung auf die Einstufung -, ist sehr widersprüchlich und führt zu einem sehr hohen Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten. Daher sind wir über diese klarstellende Regelung froh, die aus Versicherten- wie Pflegebedürftigensicht viel Versicherung und Streitpotenzial beseitigt.

SV Franz Wagner (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Auch wir begrüßen diese Änderung, da der Unterschied zwischen medizinisch induzierter Pflege und Pflege im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit deutlich gemacht wird.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Bitte, sich auf einen Antwortenden zu einigen. Es geht um den Versicherungsschutz für alle. Ausweislich der Begründung zum Gesetz wird von circa 190 000 nicht versicherten Personen ausgegangen. Ist diese Zahl realistisch und in welcher Höhe entstehen den Krankenkassen Mehrausgaben?

Zweitens. Wie hoch werden die Beitragseinnahmen für diesen Personenkreis veranschlagt? Ist im Gesetzentwurf hinreichend sichergestellt, dass die Beiträge vom Träger der Sozialhilfe oder vom Träger der Grundsicherung gezahlt werden, wenn die betroffenen Personen selbst dazu nicht in der Lage sind?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Die Zahl 190 000 beruht, soweit ich das sehen kann, auf statistischen Erhebungen des Mikrozensus, bei dem die Personen zu ihrem Versicherungsschutz befragt werden. Diese Methode ist statistisch nicht ganz genau. Man sollte sich also nicht auf die Zahl 190 000 festlegen. Die Erhebungen lassen allenfalls die Aussage zu, dass die Zahl der Nichtversicherten in der Vergangenheit zugenommen hat. Soweit kann man dem Mikrozensus trauen. Die exakte Zahl können wir, die Spitzenverbände, auch nicht benennen.

Die zweite Frage bezog sich auf die Beitragseinnahmen. Für diese Personengruppe sollen die Beitragsregelungen für freiwillige Mitglieder gelten. Danach erfolgt die Beitragsbemessung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen.

Sofern keine oder geringe eigene Einkommen zufließen, sind Mindestbeiträge zu erheben. Es ist davon auszugehen, dass angesichts der vermuteten Einkommensstruktur der in Rede stehenden Personen in aller Regel nur Mindestbeiträge erhoben werden können. Aufgrund dieser Annahme erhalten die Kassen im Durchschnitt monatlich 115 Euro pro Mitglied. Die Übernahme der Beiträge durch die Träger der Sozialhilfe setzt voraus, dass der Versicherte seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten kann.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage zum gleichen Thema an den Deutschen Führungskräfteverband und noch einmal an die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der erneuten Bitte, sich auf einen Antwortenden zu einigen. Es geht um die Regelung, dass man drei Jahre über der Versicherungspflichtgrenze liegen muss, bevor man zur PKV wechseln kann. Wie bewerten Sie diese Regelung sowohl aus Sicht der betroffenen Versicherten als auch aus Sicht der Solidargemeinschaft?

Eine weitere Frage an den BKK lautet: Sehen Sie aufgrund der Abweichung von der bisherigen Bewertungspraxis Auslegungsschwierigkeiten im Hinblick auf das dreimalige Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze? Diese Regelung soll rückwirkend zum 27. Oktober 2006 in Kraft treten. Sehen Sie dabei Probleme?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Spahn, es wurde kein Sachverständiger des Führungskräfteverbandes eingeholt.

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Ich möchte die beiden Fragen an den BKK beantworten. Die Abweichung vom bisherigen Recht, nämlich die Ausdehnung von der Jahresbetrachtung auf drei Jahre, dürfte abgesehen vom längeren Feststellungszeitraum keine praktischen Probleme bereiten.

Das lässt sich handeln. Die rückwirkende Inkraftsetzung begünstigt tendenziell die private Krankenversicherung, weil die Fristen etwas früher beginnen. Aber damit wird man leben können; auch das lässt sich handeln.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände, an das Müttergenesungswerk, an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken und an den DPWV. Wir wissen, dass Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen von Ermessens- zu Pflichtleistungen umgestaltet werden. Darüber hinaus sind Klarstellungen im Gesetzentwurf enthalten, die die unbegründete Ablehnung von Leistungen durch Krankenkassen verhindern sollen. Sehen Sie in diesen Veränderungen ausreichende rechtliche Korrekturen, um das Leistungsgeschehen zu verstetigen?

Ich richte eine weitere Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte. Ist es sachgerecht, dass die Ausgestaltung der Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung für chronisch Kranke und schwerstkranke Kinder unter zwölf Jahren in das Ermessen und den Wettbewerb der Krankenkassen gestellt wird?

SV **Gernot Kiefer** (IKK-Bundesverband): Frau Abgeordnete, generell sind wir der Auffassung, dass die jetzt vorgesehenen gesetzlichen Regelungen für die Mutter-/Vater-Kind-Kuren in der vorgesehenen Form ausreichend sind. Ich will aber noch einmal darauf hinweisen, dass über eine empfundene Problemlage diskutiert wird. Die Notwendigkeit der Umwandlung ist kritisch zu hinterfragen.

Uns liegen seit wenigen Wochen neueste Untersuchungen aus fünf Bundesländern vor, die deutlich machen, dass bei der jetzigen rechtlichen Lage - hier handelt es sich um freiwillige Satzungsleistungen; entsprechende Ermessensleistungen sind darin enthalten - zwei Drittel der Anträge für eine Mutter-/Vater-Kind-Kur unmittelbar genehmigt

wurden. Ein weiteres Drittel wurde zu einem extrem hohen Prozentsatz genehmigt, nachdem fehlende Antragsunterlagen und fehlende medizinische und sozialmedizinische Begründungen nachgereicht wurden. Meine klare Antwort auf Ihre Frage lautet: Der Gesetzestext ist aus unserer Sicht in Ordnung. Der empirische Befund, der besagt, dass es ein Problem gibt, aufgrund dessen eine Pflichtleistung eingeführt werden soll, darf mit einem deutlichen Fragezeichen versehen werden.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Dr. Spielmann, das Müttergenesungswerk wurde nicht eingeladen.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.): Zunächst einmal ist die Regelung im Grundsatz zu begrüßen. Wir sehen allerdings ein großes Problem. Gerade hinsichtlich der Rehabilitationsleistungen für Mütter mit Kindern müssen wir schon seit dem 1. Juli 2001 durch In-Kraft-Treten des SGB IX diese Leistung als Pflichtleistung ausgestalten. Insofern ist der Ermessensspielraum der Krankenkassen schon heute nicht auf die Frage hin ausgestaltet, ob sie die Leistung erbringen dürfen oder nicht. Das hat nicht den Charakter einer Satzungsleistung. Daraus leiten wir ab, dass für den gesamten Bereich der Rehabilitation Pflichtleistungen geschaffen werden müssen.

Eine Transparenz der Ablehnungsgründe halten wir für dringend notwendig. Denn wir haben eine relativ unklare gesetzliche Vorgabe. Zunächst einmal wird von den Krankenkassen oder Ärzten verlangt, alle Möglichkeiten der ambulanten Krankenbehandlung auszuschöpfen, bevor man überhaupt über Rehabilitation nachdenken darf. Ich glaube, es ist wirtschaftlich nicht geboten, eine Abfolge durchzuspielen, wohl wissend, dass es keinen Erfolg haben wird.

Sve Jannette Arenz (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.):

Der Paritätische Wohlfahrtsverband wie auch das Müttergenesungswerk - als Kuratorin des Müttergenesungswerkes darf ich das sagen - begrüßen ausdrücklich die Absicht, diese Leistungen zu stärken, gerade auch aus den Gründen - Herr Bublitz hat sie angeführt -, die in der Vergangenheit häufig zu einem sehr langen Antragsverfahren und zu Ablehnungen geführt haben. Es sollte jedoch präzisiert werden, dass der Anspruch auf diese Maßnahmen für Frauen und Männer, die Kinder erziehen oder erzogen haben und in der Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Kinder aktiv sind oder waren, ausgeweitet wird.

Nach wie vor haben wir bezüglich der Verweisung auf Rentenversicherungsträger ohne das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen der Betroffenen nach § 10 SGB VI und die damit verbundene bürokratische Verlängerung der Verfahren ein Problem. Dies sollte beendet werden und die Maßnahmen nach § 41 SGB V sollten von der Vorrangigkeit des Rentenversicherungsträgers ausgenommen werden, zumal der Rentenversicherungsträger diese zielgruppenspezifischen Maßnahmen gar nicht anbietet.

SV Dr. Martin Danner (BAG SELBSTHILFE): Hinsichtlich des Anspruchs auf Nachsorge sind wir schon unter den jetzigen Rahmenbedingungen der Auffassung, dass es nur sachgerecht wäre, hier nicht einen Ermessensanspruch, sondern einen Pflichtanspruch zu haben, gerade um nachhaltige Wirkungen erzielen zu können. Jedoch müssen wir darauf hinweisen, dass die künftigen Rahmenbedingungen - ein verstärkter Kostendruck bei den Krankenkassen, um Zusatzbeiträge nicht oder nur in geringfügiger Form erheben zu müssen - dazu führen können, dass Ermessensleistungen noch restriktiver gehandhabt werden, als dies bislang schon der Fall ist. Deshalb wäre es aus unserer Sicht ratsam, in diesem Fall wie auch in anderen Fällen Ermessensleistungen in Pflichtleistungen zu überführen, damit es nicht zu einer unangemessenen Reduktion der Leistungen kommt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist niemand anwesend.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Ich möchte noch einmal den Themenbereich der Palliativversorgung und der Versorgung in Hospizen ansprechen. Deswegen richtet sich meine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die Deutsche Hospizstiftung, den Bundesverband Kinderhospiz und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich frage Sie, wie Sie die Veränderungen, die der Gesetzentwurf im Bereich der Palliativleistungen und der Hospizfinanzierung vorsieht, bewerten.

Zweitens wüsste ich gerne, wie Sie den Vorschlag bewerten, den Anteil der Eigenfinanzierung der Hospize um 5 Prozent zu kürzen, so wie es im vorliegenden Gesetzentwurf für die Kinderhospize bereits vorgesehen ist.

Drittens wüsste ich gerne, ob Sie es für zieldienlich erachten, wenn in § 39 a SGB V für den Fall der Nichteinigung der Vertragspartner über eine Entgeltregelung eine Schiedsstelle eingerichtet würde.

SV Prof. Dr. Christof Müller-Busch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.): Zunächst einmal muss man sagen, dass die Bereitstellung von Finanzierungsmitteln für die palliative Versorgung ein Fortschritt ist. Auf der anderen Seite muss man hinterfragen, ob die bereitgestellte Summe tatsächlich dem Bedarf entspricht. Hierzu gibt es bisher noch keine genauen Erfahrungswerte. Trotzdem kann man davon ausgehen, dass die betroffene Gruppe von Menschen, die für eine spezialisierte Palliativversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen infrage käme, etwa 10 Prozent der in einem Jahr versterbenden Menschen ausmacht. Das sind etwa 80 000 bis 100 000 Menschen. Man kann sich ausrechnen, was eine spezialisierte Versorgung in diesem Bereich bedeutet.

Die Frage lautet: Inwieweit sind die Reduzierung auf 5 Prozent und die Gemischtfinanzierung speziell der stationären Hospize ausreichend? Diese Frage möchte ich an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz weitergeben, weil sie in diesem Bereich mehr Erfahrung hat. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sieht es als wünschenswert und sinnvoll an, dass gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss die detaillierteren Fragen, die die Verteilung der Mittel betreffen, durch Beteiligung der entsprechenden Organisationen geregelt werden können. Das gilt sowohl für § 132 d SGB V - die spezialisierte ambulante Palliativversorgung - als auch im Zusammenhang mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Hier sind meines Wissens die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die BAG noch nicht ausreichend in den Beratungsgremien berücksichtigt worden.

SV Prof. Dr. Rochus Allert (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.): Zunächst zur Schiedsstellenregelung. Eine Schiedsstelle ist zwingend erforderlich, um die Vereinbarung zwischen Kostenträgern und stationären Hospizen auf eine tragfähige Grundlage zu stellen. Die Hospize erfreuen sich zwar bei den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegekassen höchster Anerkennung; in die Niederungen des Alltags ist dies aber vielfach nicht durchgedrungen. Den Hospizen sitzen Profis gegenüber, die Pflegesatzverhandlungen auch mit Krankenhäusern führen. Sie sind hier einseitig abhängig. Eine Schiedsstellenregelung würde dazu führen, dass zumindest Extreme in Zukunft nicht mehr möglich sind und dass Hospize nicht mehr von einseitigen Diktaten der Kostenträger abhängig sind. Vielfach genügt schon die Existenz einer Schiedsstelle, um zu ausgewogenen Vereinbarungen zu kommen. Dies ist für die Qualität der Versorgung und die kostendeckende Hospizfinanzierung zwingend erforderlich.

Zum Abrechnungsverfahren: Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass sich das heutige Abrechnungsverfahren nicht bewährt

hat. Hospize als kleine Institutionen im Gesundheitswesen müssen teilweise bis zu fünf verschiedene Kostenträger gleichzeitig angehen, um mit ihnen abzurechnen. Dies ist durch die damalige Einführungsphase der Pflegeversicherung erklärbar. Untersuchungen haben ergeben, dass die Hospize einen Abrechnungsaufwand von teilweise mehr als einer halben Stunde pro Patient haben. Dies ist vermeidbarer Bürokratismus. Er ließe sich problemlos vermeiden, wenn stationäre Hospizleistungen künftig ausschließlich über die gesetzliche Krankenkasse finanziert würden. Damit würden die bürokratischen Untersuchungen des Medizinischen Dienstes entfallen, der je nach Tag manchmal sogar unterschiedliche Abrechnungen nach Pflegestufen erstellt und außerdem Abrechnungen teilweise über die Sozialhilfeträger und über die betreute Person macht. Die Lösung des Problems wäre, dass die Krankenkassen künftig etwa 10 Prozent der Bezugsgröße als Zuschuss leisten. Dies wäre problemlos finanzierbar. Das zusätzliche Gesamtvolumen bewegt sich in einer Größenordnung von etwa 40 Millionen Euro.

Eine Leistungsbegrenzung der Eigenleistung der Hospize auf 5 Prozent ist notwendig. Ich sage damit, dass es unverändert Sinn macht, dass Hospize eine Eigenleistung erbringen. Angesichts eines immer schwierigeren Spendenmarktes ist dies allerdings im Hinblick auf die Nachhaltigkeit auf 5 Prozent zu begrenzen. Dies sollte nicht nur bei den Kinderhospizen, sondern bei allen Hospizen so sein.

SV Benno Bolze (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.): Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz begrüßt es außerordentlich, dass § 37 b in das Sozialgesetzbuch V eingefügt wird, worin die spezialisierte ambulante Palliativversorgung beschrieben wird. Damit wird eine Lücke bei der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause geschlossen. Mit der neuen Struktur wird nicht nur der aktiven Sterbehilfe entgegengewirkt, sondern sie hilft vor allem auch, den Wunsch der Menschen zu verwirklichen, bis zum Lebensende zu Hause bleiben zu können.

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist nicht alleinige Aufgabe zweier Berufsgruppen: der Medizin und der Pflege. Deshalb halten wir es für notwendig und sinnvoll, dass eine enge Anbindung an weitere Berufsgruppen explizit ins Gesetz geschrieben wird: an die psychosozialen Berufsgruppen, die Seelsorge und darüber hinaus an bestehende Strukturen in Form der ambulanten Hospizarbeit in § 39 a SGB V.

Durch § 37 b SGB V geschieht aus unserer Sicht eine Weichenstellung. Wohin der Zug dann führt, hängt davon ab, wie in den nächsten Monaten die Kriterien formuliert werden. Wir, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, sehen es als notwendig und sinnvoll an, dass die bisherige Formulierung erweitert wird. Bisher werden die Kriterien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert. Hier halten wir es für sinnvoll und notwendig, dass eine enge Anbindung an die Organisationen im Hospiz- und Palliativbereich geschieht.

Sve Christine Eberle (Deutsche Hospiz Stiftung): Zum Punkt Finanzierung möchte ich sagen, dass die Deutsche Hospizstiftung es ausdrücklich begrüßt, dass der Eigenanteil von Kinderhospizen von 10 auf 5 Prozent gesenkt werden soll. Auch wir sind der Meinung, dass das für alle Hospize dringend notwendig ist. 10 Prozent sind oft die Grenze dessen, was ein Hospiz an Spendenmitteln aufbringen kann. Hier ist auch zu beachten - ich möchte mich meinem Vorredner anschließen -, dass das Abrechnungsverfahren in der Tat komplizierter ist, als es sein müsste. Es wäre sinnvoll, zukünftig alles über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen.

Ich möchte einen Punkt hinzufügen, der noch nicht genannt wurde: die ambulante Hospizversorgung. Es geht darum, dass man, wenn man § 39 a SGB V ändert, darauf achten könnte, ambulanten Hospizdiensten die Möglichkeit zu geben, auch die Begleitung in Pflegeheimen über § 39 a SGB V abrechenbar zu machen, sodass wir neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine

psycho-soziale Begleitung in Pflegeheimen sicherstellen können.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Für den Bundesverband Kinderhospiz ist niemand anwesend.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal zur Finanzierung. Die vorgesehene Absenkung der Eigenbeteiligung auf 5 Prozent bei Kinderhospizen wird von den Krankenkassen mitgetragen. Wir machen allerdings darauf aufmerksam, dass der Hinweis der Vorredner auf das Spendenaufkommen korrekt ist. Insbesondere bei Kinderhospizen ist noch ein größeres Spendenaufkommen festzustellen als bei Erwachsenenhospizen. Trotzdem tragen wir die Absenkung auf 5 Prozent mit.

Eine Schiedsamsregelung halten wir für nicht erforderlich. Wir halten die jetzigen Regelungen für ausreichend.

Schließlich zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung: Hier sehen wir die Gefahr, dass in die typischen Tätigkeiten eines Hausarztes eingegriffen wird oder eingegriffen werden könnte; ich muss das vorsichtig formulieren. Wir halten die Regelung für von den jetzigen Regelungstatbeständen schon erfasst. Insofern ist gegen den Inhalt der Regelung nicht unbedingt etwas zu sagen. Insbesondere die Definition vom Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützen wir nachdrücklich.

Wir möchten ausdrücklich die Tätigkeit des Hausarztes in der ambulanten Sterbegleitung erhalten und gestärkt wissen. Insofern stellt sich beim Verweis auf eine spezialisierte ambulante Versorgung die Frage: Spezialisieren wir jetzt auch noch am Ende des Lebens? Wir wissen sehr wohl, dass die Bundesärztekammer beschlossen hat, spezialisierte Palliativversorger in die ärztliche Ordnung aufzunehmen. Allerdings sind wir etwas skeptisch, ob das nicht das typische Gebiet des Hausarztes betrifft. Die ambulan-

ten Pflegeleistungen werden vom normalen Pflegeauftrag erfasst.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Ich habe noch eine kurze Nachfrage an den Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz. Sie hatten als Größenordnung für den Abrechnungsaufwand die Dauer von einer halben Stunde pro Patient genannt. Bezieht sich das auf die durchschnittliche Verweildauer oder auf welchen Zeitraum?

SV Rochus Allert (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.): Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten im Hospiz liegt bei etwa drei Wochen. Es geht ausschließlich um den zeitlichen Aufwand, diesen Patienten - wir sprechen allerdings von Bewohner - abzurechnen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der Pflegeversicherung - unter Umständen mit verschiedenen Pflegestufen -, eventuell bei der betreuten Person und dann noch zusätzlich beim Träger der Sozialhilfe. In der Summe kommt teilweise mehr als eine halbe Stunde zusammen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe zum Ausschluss von Krankengeld eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen - bitte einen Antwortenden -, den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, den DGB und VdK. Der Gesetzentwurf sieht einen Ausschluss von Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, pflichtversicherte Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben, und Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung beziehen, vor. Diese Personen können das Krankengeld künftig über einen Wahltarif absichern. Ist das sachgerecht? Bedarf es in Bezug auf Heimarbeiter einer Klarstellung im Gesetzentwurf?

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Durch die Veränderungen bei der Beitragsfinanzierung über den Fonds wird natürlich auch eine Veränderung der Beitragsregelung in Sonderfällen notwendig. Wenn man den Fonds akzeptiert, dann muss man eine Regelung einführen. Ich denke, über diese Fragen müssen wir noch zu einem anderen Zeitpunkt diskutieren. Aber es ist sicher notwendig, Wahltarife vorzusehen und Angebote zu machen.

Es ist allerdings nicht sinnvoll, diese als verpflichtende Regelung vorzusehen. Vielmehr sollten entsprechende Satzungsleistungen es ermöglichen, einen Krankengeldtarif mit besonderen Konditionen anzubieten. Insbesondere ist es ein Anliegen der Kassen, bei den verschiedenen Angeboten den Zeitpunkt des Beginns des Krankengeldbezugs variieren zu können.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften scheint niemand anwesend zu sein.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der Deutsche Gewerkschaftsbund ist generell der Meinung, dass Krankengeld als Lohnersatzleistung ermöglicht werden soll. Eigentlich ist dies sogar eine Verpflichtung. Das bezieht sich natürlich auch auf die Heimarbeiter, die entsprechend abgesichert werden müssen.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Ich kann mich dem, was Frau Dr. Pfeiffer sagte, nur anschließen. Wenn man den Gesundheitsfonds einführt, muss man auch entsprechende Regelungen treffen. Es war schon bisher möglich, einen Tarif ohne Krankengeldbezug zu wählen. Bestehendes wird sozusagen unter neuen Rahmenbedingungen erhalten. Insofern ist es richtig. Insgesamt muss man den Themenkomplex Wahltarife sehr differenziert betrachten. In Bezug auf Kostenerstattung und Selbstbehalte

haben wir sehr kritische Positionen. Die Erweiterung der Wahlrechtsmöglichkeiten insbesondere für spezielle Versorgungsformen begrüßen wir.

Abg. **Anton Schaaf** (SPD): Ich stelle zuerst eine Frage an Herrn Dr. Wilbers, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Deutschen Hausärztebund und NAKOS. Ich bitte alle Beteiligten, sich kurz zu fassen. Von den Pflegediensten wird das Verfahren zur Verordnung häuslicher Krankenpflege oft kritisiert. Jetzt sieht der Gesetzentwurf die Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus dem Krankenhaus vor. Stellt das eine Verbesserung dar, die die Leistungserbringung beim Übergang aus dem Krankenhaus erleichtert, und ist dadurch ein Schnittstellenproblem beseitigt?

Meine zweite Frage richte ich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und den Caritasverband. Sie haben sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme dezidiert gegen die Streichung der Bundesrahmenempfehlung für die häusliche Krankenpflege ausgesprochen. Was sind Ihre Argumente für eine Beibehaltung der Bundesrahmenempfehlung nach § 132 a SGB V? Gibt es Alternativen zu der vorgesehenen Streichung?

SV Dr. Joachim Wilbers: Ich sehe das als einen positiven Beitrag, weil damit Schnittstellenprobleme vermieden werden können. Jedoch stellt sich die Frage, ob die vorgesehenen drei Tage, insbesondere wenn es um das Wochenende geht, ausreichen. Man sollte eine Verlängerung um ein oder zwei Tage in Betracht ziehen. Das würde in diesen Fällen helfen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Bei der Beseitigung von Schnittstellenproblemen ist es grundsätzlich sinnvoll, vom Krankenhaus unmittelbar in die häusliche Pflege verordnen zu können. Es wäre auch sinnvoll, wenn die dazu korrespondierende Regelung für die Mitgabe von

Arzneimittel etwas großzügiger ausgestaltet werden könnte, als derzeit vorgesehen.

SV Rainer Kötzle (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Grundsätzlich ist diese Möglichkeit der Verordnung sinnvoll. Allerdings ist ganz wesentlich darauf hinzuweisen - sonst gibt es neue Schnittstellenprobleme -, dass bei Entlassung und Verordnung der betreuende Hausarzt informiert wird bzw. eingebunden sein muss. Wenn das nicht der Fall ist, dann gibt es in der nachfolgenden Versorgung ein Koordinationsproblem. Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt muss beachtet werden; dann kann man das so machen. Ansonsten kommt es zu neuen Problemen. Ich denke, allein vom Krankenhaus ist diese Aufgabe nicht zu erfüllen. Die Nachversorgung findet in den meisten Fällen durch den Hausarzt statt. Wenn nicht geregelt wird, dass es in Absprache mit dem Hausarzt zu erfolgen hat, dann sehe ich ein Problem auf uns zukommen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Von NAKOS ist niemand anwesend.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir wenden uns gegen eine Streichung der Bundesrahmenempfehlung. Damit wird das Partnerschaftsmodell in der häuslichen Krankenpflege ausgehebelt. Eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegedienste würde dann nicht mehr stattfinden, sondern Ärzte und Krankenkassen würden über den G-BA allein über die häusliche Krankenpflege bestimmen.

Wenn man die Beispiele aus der Vergangenheit betrachtet, etwa was die psychiatrische Krankenpflege oder Prophylaxen angeht, erkennt man, dass insbesondere dort, wo es Unklarheiten gibt, die Gemeinsamen Empfehlungen höchst wichtig sind. Etwas Derartiges könnte ansonsten nur durch einen Rechtsstreit herbeigeführt werden. Das Ungleichgewicht zwischen Krankenkassen und Leistungserb-

ringern würde aus unserer Sicht größer werden.

Im Zuge der letzten Neuregelung wurde das Institut der Schiedsperson eingeführt, um genau diese Streitigkeiten zu vermeiden und weitere Klagen zu verhindern. Das war aus unserer Sicht eine richtige Entscheidung. Wenn jetzt die Bundesrahmenempfehlung komplett abgeschafft wird, ist das eine Verschiebung der Gewichte zugunsten der Krankenkassen. Das ist nicht gleichbedeutend mit zugunsten der Patienten. Denn der Streitpunkt waren häufig die Leistungen, nicht das Formale. Wenn also die Bundesrahmenempfehlung abgeschafft wird, halten wir das nur durch eine qualifizierte Beteiligung der Bundesverbände der Pflegedienste am Gemeinsamen Bundesausschuss, wie sie auch andere Berufsgruppen haben, für kompensierbar. Wir haben diesbezüglich einen Vorschlag zur Änderung von § 91 SGB V schriftlich eingereicht.

SV Dr. Sven Höfer (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich kann mich meinem Vorredner in vollem Umfang anschließen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und das Diakonische Werk der EKD. Nach dem Gesetzentwurf wird die Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen von einer Kann- zu einer Pflichtleistung. Ist dies sachgerecht? Wie wird sich dies auswirken?

Meine nächste Frage richtet sich an den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, den Deutschen Gewerkschaftsbund und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Im Gesetzentwurf ist eine Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgesehen. Im Unterschied zum geltenden Recht sollen Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung von einer Kann- zu einer Pflichtleistung werden. Darüber hinaus werden die Kassen zur Kooperati-

on mit den Unfallversicherungsträgern in Form der Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften angehalten. Wie bewerten Sie diese Neuregelungen?

SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband): Zur Frage der Rechtsnatur der Leistung, der Umwandlung von einer Ermessens- in eine Rechtsanspruchsleistung, gilt, was auch im Hinblick auf den Bereich der Reha gesagt worden ist. Es bedarf hier eigentlich keiner Regelung, wenn die Kassen ihr Ermessen im Sinne der Ermächtigungsnorm hinlänglich ausüben. Ich vermute, dass sich die Zuweisungen an die Selbsthilfe durch diese Umgestaltung kaum verändern werden. Diese Zuweisungen haben sich in den letzten Jahren - auch als Ergebnis der gemeinsamen Bemühungen von Verbänden und Kassen - ohnehin erhöht; sie haben die Sollwerte fast erreicht. Dass der Umfang der Zuwendungen noch steigerungsfähig ist, ist völlig klar. Aber dazu bedürfte es nicht dieser Änderung der Rechtsgrundlage.

Was die betriebliche Gesundheitsförderung angeht und hier einer Verpflichtung im Sinne einer Rechtsleistung: Auch hier entwickeln die Kassen - das gilt in Sonderheit für die Betriebskrankenkassen - seit Jahrzehnten ein entsprechendes Engagement, auch ohne dass es Rechtsnormen gab, die eine betriebliche Gesundheitsförderung vorschrieben. Dieses Engagement würde unabhängig von der Änderung der Rechtsnatur fortgesetzt. Ich denke, das gilt auch für die anderen Kassentypen. Von daher ist vorgeschlagene Änderung der Rechtsnatur nicht schädlich, aber auch nicht förderlich.

SV Dr. Peter Bartmann (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.): Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Neuregelung. Ich kann meinen Vorredner bestätigen, dass einzelne Krankenkassen in der Tat Beispielhaftes geleistet haben. Wir verstehen den Gesetzentwurf so, dass jetzt zur Regel werden soll, was an verschiedenen Stellen durch Pionierarbeit vorbereitet worden ist.

SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Die betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe, der sich die Betriebe, vor allem die Großbetriebe, seit langem widmen. Wir begrüßen es, dass dazu Hilfestellung von außen kommt, zum einen in Form der Pflichtleistung der Krankenversicherung, vor allen Dingen aber dadurch, dass die Krankenversicherungen Daten über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer liefern dürfen. Wir begrüßen auch, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, mit den Unfallversicherungsträgern zusammenzuarbeiten.

Ein und dasselbe Unternehmen hat immer nur mit einer Berufsgenossenschaft zu tun. Im Gegensatz dazu hat es mit mehreren Krankenversicherungsakteuren zu tun. Insofern ist es richtig, dass Arbeitsgemeinschaften gebildet werden sollen, um gemeinsam in den Betrieben tätig zu werden. Ich glaube nicht, dass es sinnvoll wäre, hier ein Feld des Wettbewerbes zwischen den Krankenkassen aufzumachen.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der DGB begrüßt alle Regelungen, die mehr Engagement in der Prävention anregen. Die Neufassung des § 20 SGB V bzw. seine Ausdehnung in die §§ 20 a bis 20 d führt allerdings nicht zu mehr Übersichtlichkeit. Nach unserer Meinung kann die vorliegende Formulierung zu einer praxisfernen Zersplitterung der Prävention führen. Denn bisher ist relativ klar geregelt, dass die betriebliche Prävention als arbeitsschutzergänzende Maßnahme dargestellt wird. Für den Arbeitsschutz wiederum ist der Arbeitgeber zuständig; er ist klar in der Verantwortung für die Sicherheit und die Gesundheit seiner Beschäftigten. Deswegen müsste die Formulierung an dieser Stelle wieder klarer gefasst werden. Auch ist nicht ganz klar, was es bedeutet, wenn in § 20 a - „Betriebliche Gesundheitsförderung“ - steht:

Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben ...

Die Neuregelung darf auf keinen Fall dazu führen, dass die Krankenkassen zum Beispiel die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz durchführen können. Hier muss es eine Klarstellung geben.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich, das heutige Thema ausweitend, auf die integrierte Versorgung. Ich habe als Erstes eine Frage an Herrn Straub und Herrn Zimmermann. In § 140 a Abs. 1 SGB V soll folgender Satz eingefügt werden:

Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.

Erscheint Ihnen diese Formulierung im Hinblick auf die Begründung als zielführend? Diese Frage möchte ich auch an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV richten.

An die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV habe ich zudem folgende Frage: Wie bewerten Sie die Einbeziehung von Leistungen nach § 116 b SGB V in die integrierte Versorgung? Wie beurteilen Sie die Einbindung der Pflege in die integrierte Versorgung?

SV Dr. Christoph Straub: Ich spreche für die Techniker-Krankenkasse. - Das Ziel, dass auch in der Einzelvertragswelt relevante morbiditäts- und bevölkerungsweite Versorgung dargestellt wird, ist richtig und zu unterstützen. Das Problem in der Formulierung liegt darin, dass es sich bei den Paragraphen zur integrierten Versorgung um ein Entwicklungsfeld handelt. Das heißt, es wäre aus unserer Sicht geboten, zunächst lokale, kleinräumige Verträge zu ermöglichen und zu fördern. Diese müssten sich bewähren. Es sollte eine Vielzahl solcher Verträge geben, damit man lernen kann, was eine Optimierung darstellt. Aus diesen einzelnen Initiativen könnten sich dann im Laufe der Zeit größere vertragsbasierte Versorgungssysteme entwi-

ckeln. Dieser Zeitaspekt, der wichtig ist, ist mit der derzeitigen Formulierung nicht angemessen berücksichtigt.

SV Peter Zimmermann: Ich bin als Einzelsachverständiger geladen. - Für ein regionales Modell umfassender integrierter Versorgung, also nicht nur indikationsbezogener, bietet die Neuregelung sicherlich Unterstützung, wobei die Frage ist, wie viel Mittel aus dem Topf ab dem 1. April nächsten Jahres noch zur Verfügung stehen werden. Mit dem in der Begründung aufgeführten Begriff „bevölkerungsbezogen“ kann man verbinden, dass auch IV-Modelle, die über die Versichertenpopulation einer Krankenkasse hinausgehen, möglich sind. Das halte ich angesichts des Aufwands, den die Entwicklung eines solchen Modells mit sich bringt, auf jeden Fall für erforderlich. Ich weise allerdings darauf hin, dass ich bei so etwas kartellrechtlich Klärungsbedarf sehe.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Aus der Sicht der Krankenhäuser wird mit der flächendeckenden Orientierung ein Zusammenrücken von integrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen und Ähnlichem bewirkt. Wenn man eine umfassende, flächendeckende Versorgung aus dem von Krankenhäusern und Krankenkassen zu finanzierenden Topf organisieren will, ist es allerdings problematisch, wenn bei dieser Ausweitung an der bisherigen Finanzierungsregelung festgehalten wird. Wir haben schon heute in der Finanzierung das Ungleichgewicht, dass die Krankenhäuser zwei Drittel beisteuern müssen und die niedergelassenen Ärzte ein Drittel. Die Krankenhäuser müssten sehr viel Geld von Leistungen, die sie schon erbracht haben, abzwacken, um den Topf für die der ambulanten Versorgung zugeordneten Elemente der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung zu bedienen. Doch ein wesentlicher Teil der Behandlungen auf diesen Krankheitsfeldern erfolgt nicht in Krankenhäusern. Deshalb ist die Regelung für die Finanzierung zu überprüfen. Wir schlagen vor, konkret

festzulegen, dass Krankenhäuser und Niedergelassene gleich viel in den Topf einzahlen. Das würde für die Krankenhäuser eine Quote von 0,5 Prozent ihres Gesamtvolumens bedeuten.

Zur Einbeziehung der Leistungen nach § 116 b SGB V in die integrierte Versorgung: Dass solche Leistungen nun auch von den Ländern den Krankenhäusern als institutionell ambulant erbringbare Leistungen zugeordnet werden, ist eine zusätzliche Möglichkeit. Ich verstehe das so, dass Krankenhäuser dann jenseits einer Zuordnung durch die Länder durch einen Vertrag über integrierte Versorgung, originär, im bilateralen Verhältnis der Vertragspartner - die Zulassung für die Erbringung solcher Leistungen erhalten können und damit an der spezifischen Finanzierung der integrierten Versorgung partizipieren können. Das könnte dem strukturellen Nachteil der Krankenhäuser, den ich eben dargestellt habe - wer wie viel in den Topf einzahlt -, ein wenig abhelfen. Ansonsten ist dieser Weg, denke ich, zweigleisig.

Die Einbindung der Pflegeleistungen in die integrierte Versorgung ist sicherlich richtig. Es stellt sich allerdings auch an dieser Stelle die grundsätzliche Frage, ob es sinnvoll ist, diese Leistungen dauerhaft nur aus Mitteln der Krankenhäuser und des ambulanten ärztlichen Bereiches zu finanzieren.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die KBV unterstützt den Bezug auf eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ ausdrücklich, ebenso die Einbindung der Pflegeleistungen. Wir möchten allerdings darauf hinweisen, dass die kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner hier auch in Form der Dienstleistungsgesellschaften nach § 77 a (neu) SGB V ausgeschlossen sind und wir damit nicht mehr an dem gewünschten Wettbewerb teilnehmen können.

Die Regelung des § 116 b SGB V lehnen wir ab. Wir halten sie verfassungsrechtlich und gemeinschaftsrechtlich für nicht haltbar, weil

sie eine Besserstellung der Krankenhäuser beim Zugang zum Versorgungssystem bedeutet.

Ich möchte auf eine Besonderheit hinweisen: Schon der Katalog nach der jetzigen Gesetzeskonstruktion umfasst seltene Erkrankungen und hoch spezialisierte Leistungen. Doch bei onkologischen Erkrankungen kann man nicht von seltenen Erkrankungen sprechen. Wenn Sie diesen Kreis von Erkrankungen im Katalog belassen, öffnen Sie das Krankenhaus institutionell.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich möchte meine letzte Frage - wie beurteilen Sie die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die integrierte Versorgung? - auch an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste stellen.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir unterstützen das ausdrücklich. Wir sind froh, dass die Pflege dort eingebunden wird. Wir finden, dass sie dazugehört. Denn es wird ja immer über Schnittstellen gesprochen. Es geht um eine Verbesserung in vielen Bereichen. Ich möchte nur einige Beispiele aufzählen: Grundversorgung, Versorgung demenziell Erkrankter. Das hat viel mit aufsuchenden Tätigkeiten zu tun. Da ist die Pflege stark beteiligt. Insofern ist es notwendig, dass die Pflege eingebunden wird. Wir sind außerordentlich froh über diese Regelung.

Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Für die SPD hat jetzt als Erste die Kollegin Rawert das Wort.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich möchte eingehen auf etwas, was jede und jeden betrifft, und zwar nicht nur als Einzelperson, sondern auch in institutioneller Verantwortung. Das Stichwort heißt „Geschlechtergerechtigkeit“. Meine Frage lautet: Inwieweit ist die Geschlechtergerechtigkeit bei der

Vorsorge, bei der Therapie, bei der Prävention, bei der Selbsthilfe, bis hin zu den Hilfsmitteln gewährleistet? Inwieweit werden wir dem Anspruch einer der Lebenslage, dem Alter und dem Geschlecht adäquaten Versorgung gerecht? Ich hätte gerne eine Antwort vom Deutschen Frauenrat und bitte Sie alle, bei Ihren Antworten im weiteren Verlauf der Anhörung auch auf diese Aspekte einzugehen.

Sve Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Frauenrat e.V.): Der Deutsche Frauenrat als Dachorganisation von über 50 bundesweit agierenden Frauenverbänden fokussiert natürlich auf Frauen; aber nicht nur, sondern auch auf die Männer genauso. Denn ohne einen geschlechterdifferenzierenden Blick kann man diese Frage ja nicht beantworten.

Wir fordern eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung. Bezogen auf den vorliegenden Gesetzentwurf muss ich sagen, dass die Regelungen zunächst einmal geschlechtsneutral formuliert sind, dass alles geschlechtsneutral wirkt. Aber aufgrund der Rollenverteilungen und Lebenswelten von Frauen und Männern haben die Regelungen auf Frauen und Männer unterschiedliche Auswirkungen.

Die Sprache des Gesetzentwurfs demonstriert das schon: Von Frauen ist relativ selten die Rede. Meist geht es um Patienten, auch um Patientinnen. Ärztinnen tauchen fast gar nicht auf. Sprache schafft Wirklichkeit, Sprache ist auch ein Abbild der Wirklichkeit. Wenn Frauen nicht genannt werden, kommen sie nicht vor, es wird nicht auf Frauen fokussiert in diesem Gesetzentwurf.

Für uns ist wichtig, dass das Recht auf eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung im SGB V verankert wird, dass gender-, alters- und lebenslagenspezifische Aspekte bei allen Leistungen berücksichtigt werden.

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen - heißt es so schön in § 2 SGB V - haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen ...

Dazu gehört, wie gesagt, der geschlechterdifferenzierende Blick. Dass das bis auf die Ebene der Versorgung heruntergebrochen werden muss, ist unbestritten; aber das ist hier jetzt nicht das Thema.

Im Rahmen dieser Gesundheitsreform wird Geschlecht eigentlich nur im Zusammenhang mit Risiko erwähnt, und zwar beim Risikostrukturausgleich. Das erinnert an Formulierungen, wie sie in der PKV üblich sind: Frauen sind teurer, Frauen verursachen mehr Kosten, Frauen leben länger, Frauen bekommen mehr Generika verordnet. Vielleicht leben sie deswegen länger? Frauen sorgen mehr vor, Frauen betreiben mehr Prävention, Frauen sorgen sich mehr um ihre Gesundheit, sie gehen häufiger zum Arzt. Vielleicht leben sie deswegen länger? Vielleicht kriegen sie deswegen auch mehr Medikamente? Das alles sind Fragen, die nicht beantwortet sind und die in unserem System keine Berücksichtigung finden. Deshalb lehnen wir es vehement ab, dass von Frauen bzw. Geschlecht nur im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich die Rede ist, und fordern, dass sich Geschlechteraspekte in der Versorgung insgesamt manifestieren.

Unter Frauengesichtspunkten begrüßen wir natürlich sehr, dass die Mutter-/Vater-Kind-Kuren zur Pflichtleistung werden. Sie sind, lebenslagenbedingt, eine typische Leistung für Frauen. Geschlechtsneutral betrachtet muss man sagen: Sie können für Männer genauso infrage kommen, auch die Männer könnten eine solche Kur in Anspruch nehmen. Doch das tun sie in der Regel nicht. An diesem Beispiel will ich deutlich machen, warum der Blick auf Frauen neue Erkenntnisse bringt.

Bei der Eigenverantwortung ist es dasselbe. Ich habe eben schon gesagt, dass Frauen mit ihrer Gesundheit anders umgehen als Männer, dass sie mehr Verantwortung übernehmen. Beim „therapiegerechten Verhalten“ gibt es das Problem, dass nicht klar ist, wer definiert, was darunter fallen soll. Was, wenn eine Frau auf ein ausschließlich an Männern getestetes Medikament anders reagiert, als dies auf dem

Beipackzettel bzw. im Lehrbuch steht? Muss man dann von mangelnder Compliance sprechen, davon, dass diese Frau nicht richtig mitgearbeitet habe, dass sie sich nicht therapiegerecht verhalten habe? Muss man nicht vielmehr konstatieren, dass die Medikation von Frauen wissenschaftlich häufig nicht ausreichend fundiert ist? Ich glaube, die anwesenden Experten werden bestätigen, dass Frauen auf viele Medikamente ganz anders reagieren als Männer. - Das zum „therapiegerechten Verhalten“.

Als Letztes zu den so genannten Vorsorgeuntersuchungen. Wir bezeichnen sie lieber als Früherkennungsmaßnahmen; Professor Rosenbrock hat schon deutliche Worte dafür gefunden. Wir lehnen es ab, dass mit der Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen Sanktionierungen verbunden werden sollen. Durch so etwas entsteht ein Druck, solche Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Dies erleben die Frauen insbesondere beim Mammografie screening. Dabei wissen wir, dass Früherkennung, dass Vorsorge nicht gleich Heilung ist. Früherkennung kann auch zu Überdiagnostik führen.

Das Ganze geht in eine Richtung, die wir für sehr bedenklich halten: Eine Pflicht zur Früherkennung droht irgendwann einmal auf die Pränataldiagnostik ausgeweitet zu werden. Frauen wären ganz besonders betroffen von einer Pflicht zur Diagnostik und der letzten Konsequenz: der Pflicht zum gesunden Kind. Wir fordern das Recht auf Nichtwissen, auch in anderer Hinsicht, zum Beispiel im Hinblick auf die Gendiagnostik, deren Entwicklung zunehmend fortschreitet. Auch da muss Frau das Recht haben, Nein zu sagen. Wer wissen will, ob er das Brustkrebsgen in sich trägt, soll das testen lassen dürfen; aber wer es nicht wissen will, muss das auch nicht wissen dürfen. Dieses Recht muss Frau haben.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Menn sowie an Herrn Kiefer vom IKK-Bundesverband. Schutzimpfungen sollen ja zur Pflichtleistung werden. Es ist heute Morgen schon angekungen, dass in

diesem Zusammenhang die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes verpflichtet werden sollen, Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen zu schließen, um die Durchführung der Maßnahmen und die Erstattung der Sachkosten effektiv zu regeln. Wie beurteilen Sie diese Regelung? Ist sie geeignet, höhere Durchimpfungsraten zu realisieren? Können Impfungen in Zukunft durch eine sinnvolle Arbeitsteilung wirtschaftlicher durchgeführt werden?

SV Dr. Thomas Menn: Ich bin hier als Einzelsachverständiger geladen; Hintergrund ist der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Ich kann die Intention dieses Gesetzes sehr befürworten. Wir haben in diesem Sommer gerade gesehen, dass eine fehlende Durchimpfung in bestimmten Rheinregionen - dort lagen die Durchimpfungsraten bei nur 50 Prozent - eine große Masernepidemie haben folgen lassen. Bis zur vergangenen Woche sind 1500 Fälle aufgetreten. Insofern ist der Ansatz, der im vorliegenden Gesetzentwurf gewählt wurde, sicherlich sehr gut.

Aus meiner Sicht ist allerdings noch zu klären, wie es sich mit der Budgetierung verträgt, wenn bei der Nichtinanspruchnahme von Impfungen, die zu den Pflichtleistungen gehören, ein Malus droht. Denn es gibt auch saisonal bedingte Impfungen, etwa im November, Dezember die Gripeschutzimpfung oder im Frühjahr die Impfung gegen FrühsommerMeningoenzephalitis. Was geschieht, wenn das Budget erschöpft ist?

Ich begrüße sehr die Vernetzung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst. In einigen Bundesländern schließen die gesetzlichen Krankenkassen schon jetzt Rahmenverträge mit bestimmten Landesbehörden, die den Gesundheitsämtern die Impf- und Sachkosten ersetzen. Aber so gut der Ansatz ist, auch hier muss geklärt werden, was passiert, wenn das GKV-Budget erschöpft ist, damit diese individualpräventiven Maßnahmen dann nicht

ausschließlich vom öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht werden müssen.

Wir haben heute Vormittag gehört, dass es durchaus unterschiedliche Sichtweisen gibt. Für Impfungen gibt es den bevölkerungsmedizinischen Ansatz und den individualpräventiven Ansatz. Für den bevölkerungsmedizinischen Ansatz gibt das Infektionsschutzgesetz der öffentlichen Hand sicherlich einen guten Rahmen, hier tätig zu werden. Aber das müsste noch geklärt werden.

Aus meiner Sicht ist ferner zu überdenken, wie die STIKO-Empfehlungen zu bewerten sind. In einigen Bundesländern sind die STIKO-Empfehlungen betreffend öffentlich empfohlene Impfungen bereits geltendes Recht. Falls diese Empfehlungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss abgewandelt werden und nicht alle STIKO-Empfehlungen übernommen werden, könnte es hier zu einem Spannungsverhältnis kommen. Das muss überdacht werden.

Doch insgesamt ist der Ansatz, Schutzimpfungen zu GKV-Pflichtleistungen zu machen, sehr gut. Das gilt auch für die Vernetzung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Frau Abgeordnete Reimann, generell ist es richtig, sich damit auseinander zu setzen, ob die Quote, die Durchdringung mit Schutzimpfungen in Deutschland, wie wir sie heute haben, ausreichend ist. Auch wir haben den Eindruck, dass da einiges getan werden müsste. - So weit zum Grundsätzlichen.

Wir haben allerdings auch den Eindruck, dass die Tendenz des vorliegenden Gesetzentwurfs, die Verantwortung für Schutzimpfungen weit überwiegend zur gesetzlichen Krankenversicherung zu verlagern, ordnungspolitisch in eine völlig falsche Richtung geht. Heute sind für Impfungen der öffentliche Gesundheitsdienst - richtigerweise -, die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Bürger, die Versicherten, individuell verantwortlich. Wir sehen keine inhaltliche Begründung dafür, von

diesem Grundsatz abzuweichen und tendenziell zu einer Gesamtkompetenz der GKV für die Durchimpfung in der Bundesrepublik Deutschland zu kommen.

Ich will einmal das Finanzrisiko beziffern. Heute, nach der gegenwärtigen Rechtslage, belaufen sich die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Impfungen auf etwa 870 Millionen Euro. Wird die vorgesehene Regelung Gesetz, droht mindestens eine Verdoppelung dieses Betrages. Das ist nicht nur eine finanzielle Frage, sondern letztendlich auch eine Frage der ursachengerechten und verantwortungsgerechten Zuordnung auf die einzelnen Sektoren. Wir müssen schon deutlich machen, dass nicht hinreichend beachtet wird, was öffentliche Verantwortung - wahrgenommen durch den ÖGD - und was individuelle Verantwortung ist. Wenn man hinterfragt, ob die Lasten richtig verteilt werden, muss man erhebliche Bedenken haben. Ist es richtig, auch bei einem anderen Züschnitt stärker darauf zu dringen, dass sich die verschiedenen Träger, die Schutzimpfungen durchführen, in ihrem Vorgehen konzeptionell abstimmen? Das ist bei der vorgesehenen Finanzierungsform nicht der Fall.

Wir haben ferner erhebliche Zweifel daran, ob es richtig ist, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision zur Grundlage des Handelns zu machen. Wenn denn schon ein solcher Weg beschritten werden soll, wäre es besser, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss, der wie vorgesehen damit befasst wird, prüft, welche Impfmaßnahmen in welchem Umfang bei welchen Bevölkerungsgruppen medizinisch sinnvoll sind, und dabei auch mit Kriterien der Evidenzbasierung arbeitet.

Mein genereller Eindruck ist, hier wird eine Verschiebung der Finanzierung von der Allgemeinheit hin zu den Versicherten-gemeinschaften der GKV vorgenommen. Das muss man ablehnen. Hier wird ein Finanzierungsrisiko in einem Milliardenumfang geschaffen ohne inhaltliche oder ordnungspolitische Begründung. Insofern stehen wir der Tendenz dieser Regelung ausgesprochen

kritisch gegenüber. Gleichwohl meinen wir, dass das Thema Impfen verstärkt aufgegriffen werden muss, aber in gemeinsamer Verantwortung und nicht durch Abschieben auf die GKV.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Pflegerat, an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, an den Bundesverband Verbraucherzentrale und an den Sozialverband VdK Deutschland. Es geht um die Aufhebung von § 132 a Abs. 1 SGB V. Darin steht unter anderem „Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung“ sowie „Eignung der Leistungserbringer“. Das alles würde mit gestrichen. Könnten Sie dazu eine kurze Einschätzung Ihrerseits abgeben?

SV **Franz Wagner** (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Auch wir lehnen die Streichung dieser Vorschrift ab. Wir sehen die Problematik darin, dass es, wie bereits geschildert, große Probleme gibt, Regelungen, die dort getroffen werden, auszuführen. Das betrifft auch die Landesebene, auf der die Arbeit bisher relativ gut funktioniert, zum Beispiel durch Rahmenverträge zur einheitlichen Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Eine Alternative zu dieser Streichung bestünde, wie bereits vorgetragen, darin, die Rolle der Bundesverbände der Leistungserbringer in der ambulanten Pflege und der pflegfachlichen, also der berufsständischen Vertretung der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend zu stärken.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Frau Mattheis, ich habe das eben schon gesagt: An dieser Stelle findet eine Machtverschiebung statt. Wenn die häusliche Pflege hier herausgenommen wird, gibt es für sie keine Selbstverwaltung mehr auf Bundesebene. Genau das bedauern wir außerordentlich. Das könnte nur kompensiert werden durch eine qualifizierte

Beteiligung am G-BA; die Anhörung allein genügt nicht.

SV **Thomas Isenberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir schließen uns den Ausführungen des Deutschen Pflegerats im Wesentlichen an.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Wir schließen uns ebenfalls an.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust**: Wir schreiben der SPD drei Minuten gut.

Für die FDP hat zunächst Herr Schily das Wort.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. In § 52 soll es heißen:

Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme ... zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen ...

Müssen unter „medizinisch nicht indizierten Maßnahmen“ auch Maßnahmen verstanden werden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht anerkannt sind, zum Beispiel eine Form der Krebsbehandlung, für die zum Behandlungszeitpunkt die erforderlichen Studien noch nicht komplett vorliegen?

SV **K.-Dieter Voß** (BKK Bundesverband): Die Aufzählung im Entwurf ist beispielhaft mit der Folge, dass neben den Tatbeständen, die hier beschrieben sind, auch andere denkbar sind, im Extremfall, je nachdem wie man „medizinisch nicht indizierte Maßnahme“ auslegt, auch solche, die vom Gemeinsamen

Bundesausschuss nicht positiv beschlossen worden sind. Dies bringt, wie ich aus meiner früheren beruflichen Praxis weiß, natürlich enorme Umsetzungsprobleme mit sich.

Es gab in der alten Reichsversicherungsordnung einen § 192 Abs. 2, in dem ebenfalls vorgesehen war, dass Leistungen von der Kasse ganz oder teilweise gestrichen werden können bei Erkrankungen, die sich der Versicherte selbst zugezogen hat. Herr Spieth kann sich auch daran erinnern. Solche Fälle sind von den Kassen zum Teil mit kriminalistischem Aufwand verfolgt worden. Einem modernen Versicherungswesen wird so etwas wenig gerecht. Die Frage ist auch, ob ein kausaler Zusammenhang besteht zwischen einer bestimmten medizinisch nicht indizierten Maßnahme und einem Gesundheitsschaden, der ein, zwei, drei Jahre später auftritt. Von daher bestehen enorme praktische Probleme jenseits der gesundheitspolitischen, die diese Vorschrift möglicherweise aufwirft.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Herr Dr. Menn hat eben dargestellt, dass er eine positive Einstellung dazu hat, Impfungen zur Pflichtleistung zu machen, dass aber zu klären ist, wie sich das mit der Budgetierung vereinbaren lässt. Deswegen möchte ich Herrn Dr. Köhler von der KBV fragen: Wenn man Impfungen als besonders unterstützenswert und förderungswürdig einstuft, muss man dann nicht die Kosten für Impfstoffe aus den Arznei- und Heilmittelbudgets und die Kosten der dazugehörigen ärztlichen Aufwendungen aus den Ärztebudgets ausklammern?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Das ist absolut notwendig. Denn es ist ein Widerspruch, wenn die Ärzteschaft die Versicherten zur Impfung motivieren soll, aber sobald sie das tut, dadurch bestraft wird, dass sie diese Impfungen aus dem allgemeinen Budget bestreiten soll. Deshalb müssen Impfstoffe und die dazugehörigen ärztlichen Leistungen von den

mengensteuernden und budgetierenden Regelungen ausgenommen werden.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die KBV. Zur Entlastung der Medizinischen Dienste soll die Notwendigkeit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vor Bewilligung nur noch in Stichproben überprüft werden. Bei beantragter Verlängerung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen soll es bei der regelmäßigen Überprüfung durch die Medizinischen Dienste bleiben.

Ich frage Sie, welche Folgen für die Versicherten sich durch diese Regelung ergeben können.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Mit dem Wegfall der generellen Prüfung durch die Medizinischen Dienste bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungsmaßnahmen ist vor allem ein Anstieg der Ausgaben zu befürchten. Bereits heute gibt es die Möglichkeit, die Prüfung einzuschränken. Hierzu gab es eine Vereinbarung der Spitzenverbände, die im Jahre 1995 zu der Aufforderung des Ministeriums geführt hat, diese Ausnahmeregelung für die Nichtbegutachtung wieder zurückzunehmen, weil damals ein exorbitanter Anstieg bei den Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu verzeichnen war.

Zudem haben wir bei der Umsetzung der Reha-Richtlinien die Erfahrung gemacht, dass nur wenige Ärzte qualifiziert sind, um Rehabilitationsmaßnahmen zu verordnen. Daneben wurde den Kassen durch das SGB IX eine Reihe von Aufgaben zugewiesen, die eine medizinische Bewertung der jeweiligen Einzelfälle erforderlich macht. Aufgrund der Zuständigkeit unterschiedlicher Rehaträger ist es darüber hinaus erforderlich, die Erwerbsfähigkeit medizinisch einzuschätzen, weil damit natürlich auch die Übernahme der Kosten durch die jeweiligen Träger verbunden ist.

Wir haben auch untersucht, was geschieht, wenn der MDK bei einer Verlängerung erstmal eingeschaltet wird. Gerade bei der Verlängerung der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation haben wir sehr häufig festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung der entsprechenden Maßnahmen nicht erfüllt waren.

Von daher halten wir das sowohl im Hinblick auf die Finanzierung als auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die wir mit den Voraussetzungen und der Nichtbegutachtung gemacht haben, für sehr problematisch.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir begrüßen die Umstellung auf die Stichprobenprüfung ausdrücklich als Maßnahme des Bürokratieabbaus; er stärkt das Primat des ärztlichen Verordnungsrechts. Es ist uns aber nicht erklärlich, warum bei der Erstbewilligung auf eine Stichprobenprüfung umgestellt wird, während bei einer Verlängerung grundsätzlich die Pflicht zur Prüfung besteht. Hier fehlt uns eine klare Systematik.

Wir verweisen auch darauf, dass wir eine bessere Verordnungsfähigkeit im Hinblick auf die Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich benötigen. Hier erscheint uns die sehr eingegrenzte Möglichkeit, die durch die Verordnung gegeben wird, als hoch schwierig.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Es ist unter anderem vorgesehen, dass Leistungen der Medizinischen Dienste nach § 275 Abs. 4 SGB V vom Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten sind. Wie stehen Sie hierzu? In diesem Zusammenhang frage ich auch, was die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung insgesamt kosten.

SV K.-Dieter Voß (BKK Bundesverband): Es ist zu begrüßen, dass nicht alle Aufgaben der

Medizinischen Dienste umlagefinanziert sind, sondern dass besondere Aufgaben - wie die in § 275 Abs. 4 SGB V angesprochene Beratungsaufgabe - durch die Nutzer zu finanzieren sind, die diese Leistungen in Anspruch nehmen. Das kann auch dazu führen, dass sich die Medizinischen Dienste - im Bundesgebiet gibt es insgesamt ja 16 - noch mehr spezialisieren. Wir haben bis jetzt schon erreicht, dass sich Kompetenzzentren gebildet haben, die auch überregional in Anspruch genommen werden. Diese Gesichtspunkte sprechen für eine partielle Abkehr von der Umlagefinanzierung in diesen Bereichen.

Die Kosten der Medizinischen Dienste für Begutachtungen und Leistungen im Hinblick auf die Kranken- und die Pflegeversicherung nach SGB XI bewegen sich insgesamt in einer Größenordnung von 500 Millionen Euro. Die genaue Zahl kann ich Ihnen nicht sagen. Das ist nur eine Orientierung. Ich hoffe, sie stimmt einigermaßen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich möchte noch einmal auf die Antwort zurückkommen, die Herr Dr. Köhler auf die Frage von Herrn Faust gegeben hat. Im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung sprach Herr Dr. Köhler von erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken, die er aber nicht ausgeführt hat. Da ich davon ausgehe, dass auch die Fraktionen der Regierungskoalition keinen Gesetzentwurf verabschieden wollen, bei dem solche verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen, bitte ich Sie, uns diese einmal darzustellen.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Sie beziehen sich auf § 116 b SGB V und die Möglichkeit für Institutionen, ohne Prüfung des Bedarfs Zugang zum stationären Versorgungsbereich zu erhalten, während die Zulassung der Vertragsärzte im Hinblick auf diese Leistungen unter den Aspekten der Bedarfsplanung erfolgt. Das ist aufgrund der gesamten Kriterien der Bedarfsplanung nach unserer Auffassung verfassungsrechtlich bedenklich.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe noch zwei Fragen an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

Meine erste Frage betrifft einen Bereich, der eben schon ein paar Mal eine Rolle spielte, aber auf den Sie meines Erachtens noch nicht konkret eingegangen sind: Erläutern Sie mir bitte, warum und wie es zu einer Ungleichbehandlung Pflegebedürftiger und Nichtpflegebedürftiger in Kurzzeitpflege hinsichtlich des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V kommen kann.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Herr Bahr, es wird dort nach Pflegebedürftigen und Nichtpflegebedürftigen unterschieden. Das hängt mit der Ausweitung des Haushaltsbegriffes zusammen, mit dem jetzt auch auf geeignete Einrichtungen abgestellt wird. Eine geeignete Einrichtung zum Beispiel für die Krankenhausvermeidungspflege können beispielsweise auch die Kurzzeitpflegeeinrichtungen sein. Das begrüßen wir sehr.

In einem nächsten Schritt jedoch wird die Regelung auf die Nichtpflegebedürftigen eingeschränkt. Diese erhalten zum Beispiel Leistungen der Krankenversicherung zur Krankenhausvermeidungspflege. Die Pflegebedürftigen würden diese Leistungen nicht erhalten. Das finden wir nicht schlüssig, nicht zielführend und auch nicht nachvollziehbar. Es wird schlichtweg so getan, als sei dies das Gleiche wie die Kurzzeitpflege. Es geht hier aber um die Krankenhausvermeidungspflege. Bezüglich eines Leistungsbereichs werden also unterschiedliche Grundlagen für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine zweite Frage an den bpa lautet: Erläutern Sie bitte, zu welchen Problemen es bei der Anstellung eines Palliativarztes bzw. beim Abschluss eines Kooperationsvertrages mit einem Palliativarzt für eine Pflegeeinrichtung

kommen kann, wenn die Leistungen nach dem neuen § 37 b SGB V nicht durch ein Palliativ-Care-Team, sondern durch das Personal der Einrichtung selbst erbracht werden.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Ich glaube, das ist im Moment vor allen Dingen ein Problem der Flächendeckung. Die Pflegeeinrichtungen - ich denke insbesondere an die Pflegeheime - leisten auch in der Palliativversorgung einen sehr großen Beitrag. Insofern erwarten wir, dass diese dort auch mit einbezogen werden. Allerdings werden wir keine Palliativärzte anstellen können. Wir sind auf die Möglichkeit angewiesen, mit Ärzten zu kooperieren, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Dort, wo das nicht möglich ist, wird entweder keine Leistung erbracht oder gewartet werden müssen, bis der Palliativarzt zur Verfügung steht. Insofern halten wir es zumindest für diesen Übergangszeitraum für notwendig, andere Kooperationen schließen zu können.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage geht an Prof. Dr. Rosenbrock. Gibt es eine Evidenz dafür, dass die Kosten im Gesundheitswesen durch den medizinisch-technischen Fortschritt tatsächlich so angetrieben werden, wie das immer gesagt wird?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Zunächst einmal ist von der Theorie her klar, dass nicht jede technische Neuerung mehr als die alte Technik kosten muss. Es gibt ja auch viele Kosten sparende neue Technologien. Die Kosten der neuen Methoden für die Innengelenkversorgung im Falle einer Arthrose sind beispielsweise nur 20 Prozent so hoch wie die der alten Methoden. Es gibt also Bewegung in beide Richtungen.

Sicherlich ist es schwer, eine generelle Aussage zu treffen. Ich verweise auf die Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung aus dem Jahre 2001 für das Bundeswirtschaftsministerium. Darin wurden die

Kosten der deutschen GKV, die durch den technischen Fortschritt entstanden sind, für die vergangenen 50 Jahre evaluiert. Die Herz-Lungen-Maschine, das CT und ganze Klassen von neuen Medikamenten waren dabei. Es wurde festgestellt, dass sämtliche technische Neuerungen in diesen 50 Jahren beitragsneutral in der GKV verarbeitet werden konnten.

Das heißt nicht, dass sie nicht zu Kostensteigerungen geführt haben; denn durch Budgetierung, Direktzahlungen und Leistungsausschlüsse wurde in der GKV gleichzeitig auch mächtig gespart. Es zeigt aber, dass der technische Fortschritt zumindest in den letzten 50 Jahren in Deutschland innerhalb des Regulierungsmodells der GKV beherrschbar war. Kein Mensch kann sagen, ob das immer so bleiben wird. Wenn morgen eine maßgeschneiderte individuelle Krebstherapie für 100 000 Euro pro Jahr auf dem Tisch liegt, dann haben wir ein Problem. Bisher haben wir dieses Problem aber nicht.

Ich halte überhaupt nichts davon, die Zukunft der GKV beständig mit diesem perhorreszierenden, düsteren Katastrophenszenario zu verdunkeln. Die Geschichte der GKV in Deutschland und auch der Blick ins Ausland zeigen: Es gibt beständigen Druck - Innovationen werden sofort teurer gemacht; das ist ja immer auch eine Möglichkeit für Preissteigerungen -, aber es besteht kein Grund, generell zur Furcht aufzurufen oder ein schrecklich graues Zukunftsszenario zu malen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust:** Wir kommen damit zur Fraktion DIE LINKE.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte noch einmal auf das Impfen zurückkommen und eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss und eine Frage an den Berufsverband der Frauenärzte stellen.

Herr Dr. Hess, im Zusammenhang mit den von der STIKO empfohlenen Impfungen, die Pflichtleistungen werden sollen, steht in § 20 d Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V, dass der

Gemeinsame Bundesausschuss Einzelheiten zu den Voraussetzungen, zur Art und zum Umfang der Leistung bestimmt und Abweichungen besonders zu begründen hat. Können Sie mir erläutern, welcher Art diese Verifizierungen sein können?

Ich komme zu meiner Frage an den Berufsverband der Frauenärzte. Herr Dr. Albring, gemäß der Statistik hat nur jeder vierte Jugendliche die empfohlenen Impfungen erhalten. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass speziell auch Frauenärzte mithelfen können, diese Impflücke zu schließen? Meinen Sie, dass dort rechtlich alles ausgereizt ist, sodass Sie damit arbeiten können?

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Frau Dr. Bunge, Sie haben das Spannungsverhältnis, das in diesem Ausschuss besteht, aufgrund der Antworten eben mitbekommen. Herr Dr. Menn befürchtet, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss nicht an die Empfehlung der Impfkommision halten wird, und Herr Kiefer fordert, genau diese Regelung, mit der eine Empfehlung der Impfkommision gefordert wird, zu streichen, damit der Bundesausschuss das eigenständig entscheiden kann.

Ich kann zunächst einmal nur meine persönliche Meinung wiedergeben, weil wir uns im Gemeinsamen Bundesausschuss damit noch nicht befasst haben. Ich gehe davon aus, dass man an der Wissenschaftlichkeit der Empfehlung der Impfkommision keine Zweifel haben muss, sodass wir uns auf deren wissenschaftliches Votum stützen können - so, wie wir uns auch auf das Votum der Expertenkommission des BfArM stützen, wenn es um Off-Label Use geht. Dafür gibt es die Experten. Wenn diese zu einem wissenschaftlichen Standpunkt kommen und wir Zweifel haben, dann werden wir versuchen, uns mit ihnen abzustimmen, um diese wissenschaftliche Frage zu beantworten.

Die Hauptaufgabe wird aber sein, zu entscheiden, gegen was zulasten der Kassen geimpft werden soll. Sie haben das Thema

auch angesprochen. Soll es um Individualschutz oder um Bevölkerungsschutz gehen? Sind die Krankenkassen also dazu da, Individualschutz zu betreiben, oder ist das nicht eine Aufgabe, die eher der Einzelne übernehmen muss? Sollten die Kassen ihre Leistungen nicht auf die Verhinderung der Risiken beschränken, durch die die Bevölkerung gefährdet wird? Diese Entscheidungen muss der Gemeinsame Bundesausschuss dann in der Tat treffen. Hier spielen auch Wirtschaftlichkeitsfragen eine entscheidende Rolle.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird sich im Zweifel auf die Empfehlung der Impfkommision stützen, wenn nicht evidenzbasierte Zweifel angemeldet werden. Gemeinsam mit der Impfkommision würden wir versuchen, diese Zweifel zu klären. Die Entscheidungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt in der Auswahl des Impfprogramms und in der Beantwortung der Frage, ob das wirtschaftlich ist. Es gibt vielleicht Impfungen, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis so gering ist, dass man sie der Solidargemeinschaft nicht zumuten kann. Es ist nicht einzusehen, einen sehr hohen Aufwand zu betreiben, wenn es nur um ganz seltene Fälle geht. Das hätte der Gemeinsame Bundesausschuss dann zu entscheiden.

SV Dr. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e.V.): Zum Thema Impfung. Wir sind der Meinung, dass das Thema Impfen in den Schulen mehr Raum einnehmen muss, weil dort die Kinder erreicht werden können. Es ist in der Tat ein Trauerspiel, dass nur ein Viertel der 18-Jährigen durchgeimpft worden ist, also alle empfohlenen Impfungen erhalten hat. Die Kinderärzte, die Hausärzte und die Frauenärzte allein können das nicht schaffen. Wir sind der Meinung, dass das Thema Impfen in der Öffentlichkeit viel mehr beworben werden muss. Wir Frauenärzte haben versucht, dieses Thema durch die Mädchensprechstunden in den Blickpunkt zu rücken. Nur auf diese Art und Weise können wir eine Durchimpfung der Jugendlichen erreichen.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Rosenbrock. Die Umlagefinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sachleistungskatalog sind zwei Beine des bisher bestehenden Systems. Gemäß den EuGH-Urteilen und der Praxis in Europa stehen diese Grundsätze auch im Hinblick auf den Wettbewerb in einer ganz besonders geschützten Position. Birgt die Einführung eines Grundtarifs in der PKV nicht möglicherweise ein riesiges Gefährdungspotenzial für diese Grundsätze?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich bin kein Jurist und kann die Frage wirklich nicht abschließend beantworten. Ich kann nur hoffen, dass der Gesetzgeber sie prüft, bevor er das Gesetz verabschiedet. Der EuGH hat dargelegt - ich verkürze jetzt stark -: Die Systeme der sozialen Sicherung sind dann nicht wettbewerbsrechtlich zu beurteilen, wenn ein allgemeiner Zugang garantiert wird, eine interne Umverteilung enthalten ist und wenn Gemeinwohlorientierung gegeben ist.

Wenn man die Unternehmen der GKV in Richtung von miteinander konkurrierenden Wirtschaftssubjekten am Markt entwickelt und die GKV nicht mehr als leistungssteuernde und abgeleitete Staatsverwaltung betrachtet, die sie ursprünglich war, dann begibt man sich in die problematische Zone, dass die Angelegenheit irgendwann einmal kippen kann und sowohl unsere gesetzlichen als auch unsere privaten Krankenversicherungsunternehmen aus Sicht des EuGH plötzlich selbstständige und privatwirtschaftlich zu beurteilende Marktsubjekte sind. Dann ist das GKV-Modell am Ende. Das muss man einfach sehen. Die ganze Spielidee, die wir durch Bismarck seit 1883 in diesem Lande haben, geht dann den Bach herunter.

Wie gesagt: Ich kann Ihre Frage nicht abschließend beantworten. Ich bin aber sehr froh, dass sie aufgeworfen wurde; denn mir wird manchmal Angst und Bange, wenn ich sehe, mit welcher Leichtfertigkeit Elemente des Marktgeschehens in das GKV-System

implantiert werden, ohne diese Implikationen wirklich zu prüfen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Noch einmal zurück zur Selbstverschuldungsregelung nach § 52 SGB V. Ich stelle meine Fragen an die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und an den Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte.

Vorhin wurde bereits einiges zu diesem Thema ausgeführt. Mich interessiert, wie Sie den vollkommen unbestimmten Begriff „medizinisch nicht indizierter Maßnahmen“ und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen beurteilen. Wer entscheidet zukünftig verbindlich und vor allen Dingen mit welchen Folgen für beide Seiten - für den Arzt und für den Versicherten - über diese Frage? Wie werden die Krankenkassen auch hinsichtlich der entsprechenden Informationen in dieses gesamte System eingebunden? Was ist Ihrer Meinung nach unter angemessener Beteiligung an den Behandlungskosten zu verstehen, welche Größenordnung hielten Sie, wenn man dies täte, für berechtigt?

SV **Emmeram Raßhofer** (BundesArbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen): Wir sehen das grundsätzlich. Sie haben das in unserer Stellungnahme auch schriftlich vorliegen. Die Inanspruchnahme für selbstverschuldete Erkrankungen und Krankheitsursachen ist unakzeptabel. Das können die Patientinnen und Patienten so nicht hinnehmen. Ich denke, dass die Ärzteschaft gut beraten ist, wenn auch sie das nicht annimmt. Wir haben schon entsprechende Stellungnahmen dazu gehört.

Von der Tendenz her ist es ganz klar: Die Ärzte würden zum Entscheider und Rechtsprecher werden, indem sie beurteilen, was eine Krankheitsursache ist und was nicht. Die Patientinnen und Patienten würden darüber hinaus sicher ein Stück mehr entmündigt. Man muss ganz klar sehen, dass wir in einer aufgeklärten Gesellschaft diskutieren. Deshalb fällt es mir schwer, dass knallhart geurteilt

werden soll, wer für welche Erkrankung wie verantwortlich ist.

SV **Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser** (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte): Ich habe dieses Problem vorhin schon einmal kurz angesprochen. Dass wir dem Vorschlag bezüglich der Selbstverschuldung ablehnend gegenüberstehen, ist deutlich geworden.

Ich möchte das noch einmal untermauern: Selbst beim Piercing ist es bereits extrem schwierig, zu beurteilen, was selbstverschuldet ist, wenn es zu einer Infektion kommt. Jeder, der einen Ohrring trägt, kann das vielleicht ganz gut nachvollziehen. Zum Zeitpunkt, an dem der Ohrring geschossen wird, besteht ein sehr großes Risiko für eine Infektion. Diese kann irgendwann aber auch durch Ursachen auftreten, die nichts direkt damit zu tun haben. Bei der Behandlung der Erkrankung muss der Arzt dann entscheiden, ob sie primär selbstverschuldet ist oder nicht, sodass er quasi zum Richter wird.

Dass die Ärzte in eine solche Situation kommen können, halte ich für untragbar. Das gilt natürlich ebenso für die Patienten. Im Laufe der Auseinandersetzung wird man irgendwann Richter brauchen und es müssen Daten an die Kassen übermittelt werden. Ich denke, dies ist einfach nicht zeitgemäß und hat mit dem eigentlichen Problem nichts zu tun. Ich halte diesen Einstieg insgesamt für ein riesiges Problem; eine solche Regelung könnte zum Einfalltor für alles Mögliche werden. Irgendwann wird es nämlich Auseinandersetzungen zwischen dem Arzt und dem Patienten darüber geben, was selbstverschuldet ist und was nicht. Das wird das Verhältnis des Arztes zu dem Patienten enorm stören. Deswegen lehnen wir das aus ärztlicher Sicht vehement ab. Ich kann überhaupt nicht nachvollziehen, dass Teile der Ärzteschaft diese Regelung begrüßen. Sie sind sich offenbar gar nicht bewusst, in welche Konfliktsituationen sie sich begeben werden. Noch einmal: Ich lehne das mit aller Entschiedenheit ab.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Letzte Frage. Gemäß § 53 Abs. 7 SGB V ist für Bezieher von Arbeitslosengeld II der Ausschluss von Selbstbehalttarifen und Beitragsrückerstattungen vorgesehen. Das wird mit Hinweis darauf begründet, dass ein nicht kostendeckender Beitrag für den betroffenen Personenkreis an die gesetzlichen Krankenversicherungen abgeführt wird. Meine Frage an den Paritätischen Wohlfahrtsverband lautet deshalb: Halten Sie diese Regelung sozialpolitisch und rechtlich für vertretbar?

Sve **Janette Arenz** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.): Sehr geehrter Herr Spieth, wir haben uns ausdrücklich gegen diese Regelung ausgesprochen, weil dies zu einer Entsolidarisierung und zu einer Schlechterstellung dieses Personenkreises führen würde, was für uns nicht gerechtfertigt ist.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Mich würde auch die Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes dazu interessieren.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Wir schließen uns in diesem Punkt der Stellungnahme des DPWV an.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust**: Wir kommen damit zur Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe an Herrn Zimmermann und an die BAG der PatientInnenstellen noch eine Frage zu den Wahlтарifen. Die Verbraucherzentrale hat vorgeschlagen, bei der Einführung von Wahlтарifen eine ergänzende Regelung einzuführen, durch die es den Krankenkassen im Rahmen von Satzungsregelungen ermöglicht würde, auch dann besondere Therapierichtungen anzubieten, wenn diese nicht Gegenstand des Leistungs-

katalogs sind. Was halten Sie davon und bräuchte man in einem solchen Fall eine Extraregelung, um das Angebot medizinisch nicht indizierter Maßnahmen zu verhindern?

SV **Peter Zimmermann**: Frau Bender, wenn man überhaupt den Weg in Richtung Wahlтарife gehen will, was immerhin klüger als ein kompletter Leistungsausschluss ist, wie wir ihn zuletzt bei den OTC-Präparaten erlebt haben, dann sind zielgenaue und im Wettbewerb der Kassen untereinander entwickelte Lösungen denkbar, durch die Behandlungsmaßnahmen und die Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln im Hinblick auf besondere Therapierichtungen ermöglicht werden, wie es in § 2 des SGB V vorgesehen ist. In Abs. 8 des neuen Paragraphen steht, dass das kostenneutral zu erfolgen hat bzw. durch Effizienzsteigerungen und Einsparungen an anderer Stelle zu finanzieren ist.

Das scheint mir eine konsequente Weiterentwicklung des Gedankens zu sein, der auch für die besonderen Versorgungsformen in diesem Paragraphen vorgesehen ist. Warum sollen Versicherte in einem Wahlтарif nicht auch besondere Therapierichtungen für sich wählen dürfen, wenn das kostenneutral geschieht? Es wäre dadurch zusätzlich möglich, mittelfristig zu schauen, wie sich die Leistungen und Kosten zwischen Versicherten im Wahlтарif und Regelversicherten entwickeln, um entsprechende Evaluationen zu ermöglichen, die im Modellvorhaben ansatzweise schon vorliegen. Eine Gefahr der Leistungsausweitung scheint mir aus dem genannten Grund der Kostenneutralität nicht gegeben. Die Kassen könnten - im Wettbewerb sind sie sowieso dazu aufgerufen - sich der neuen Instrumente der integrierten Versorgung und auch der einzelvertraglichen Lösungen im ambulanten ärztlichen Bereich bedienen, indem sie die Qualitätsanforderungen erhöhen und Verträge mit bestimmten Leistungserbringern schließen, an die die Versicherten gebunden werden.

Insgesamt bleibt natürlich die Frage, wie man die Formulierung, die jetzt in § 34 SGB V

vorgesehen ist - dort sind besondere Therapie-richtungen wie Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Medizin beschrieben -, künftig so ändert, dass man von einem definierten System zu einem entwicklungsoffenen und innovationsfreudigen System kommt. Für die Beantwortung dieser Frage muss der Gesetzgeber sicherlich die Rahmenbedingungen festlegen.

SV Emmeram Raßhofer (BundesArbeits-Gemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen): Wir sehen bei den Wahlтарifen generell ein Riesenproblem. Von daher hat sich die Antwort fast erledigt. Ich zitiere: Wahlтарife in der GKV lehnt die BAGP ab, da sie nur Vorteile für Versicherte mit guten Versicherungsrisiken darstellen und sie damit ein Einhalten der Risikoselektion bedeuten. - Das wurde vorhin hier ja schon einmal erwähnt. Eines möchte ich noch zu bedenken geben: Durch diese Satzungsleistungen wird eine grundsätzliche Auseinandersetzung damit - zum Beispiel auch des G-BA - verhindert oder zumindest verzögert.

Auf der anderen Seite sind die Leistungen noch keine Leistungen der GKV, wie es vom vzbv formuliert wird. Ich denke, die Organisationsreform des G-BA wird dazu führen, dass Entscheidungen schnell gefällt werden können, sodass sich das Problem der Zeitfenster, die angeblich so weit offen sind, erledigt haben wird.

Die grundsätzliche Einschätzung der BAGP lautet: Wir brauchen keine Wahlleistungen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächsten beiden Fragen betreffen den Bereich Hebammen und Geburtshäuser. In § 134 a SGB V ist vorgesehen, dass ergänzend zu den Berufsverbänden der Hebammen die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen als neue Verhandlungspartner über alle Leistungsbereiche der Gesamtvergütung verhandeln. Der BDH kritisiert dies. Können Sie kurz begründen, warum Sie das kritisieren?

Welche Interessen vertreten der BDH, der BfHD und das Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland laut Satzung? Wie viele Einrichtungen, die von Hebammen geleitet werden, gibt es neben den Geburtshäusern?

Diese Frage würde ich gerne auch an das Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland richten: Teilen Sie die Einschätzung?

Sve Monika Seelow (Bund Deutscher Hebammen e.V.): Zunächst einmal begrüßen wir die Aufnahme der Geburtshäuser in den Gesetzentwurf, wonach auch die Betriebskosten für die ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen in Zukunft übernommen werden sollen. Das Netzwerk der Geburtshäuser vertritt maßgeblich die Trägerorganisationen, also die Träger der Geburtshäuser und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen, während im Bund Deutscher Hebammen und im Bund freiberuflicher Hebammen die Interessen der freiberuflichen Hebammen vertreten werden, die zwar in Geburtshäusern arbeiten, aber keine Träger sind.

Zu den Zahlen: Im Netzwerk der Geburtshäuser sind 75 Geburtshäuser organisiert. Insgesamt gibt es ungefähr 150 von Hebammen geleitete Einrichtungen, in denen Geburtshilfe betrieben wird und ambulante Geburten erfolgen. In den Verbänden der Hebammen sind ungefähr 15 000 Hebammen organisiert.

In der jetzigen Fassung des Gesetzentwurfs ist vorgesehen, dass die Gebühren für die Hebammen und die Betriebskosten der Geburtshäuser von den Berufsverbänden und dem Netzwerk der Geburtshäuser gemeinsam verhandelt werden sollen. Wir begrüßen es, dass das Netzwerk der Geburtshäuser bei den Verhandlungen über die Betriebskosten dabei ist; wir sehen es aber als kritisch an, dass die Gebühren für die Hebammen durch die Träger verhandelt werden sollen. Die Vertretung der Hebammen ist in der Satzung des Netzwerks der Geburtshäuser nämlich nicht vorgesehen und bisher auch nicht erfolgt.

Wir schlagen eine stärkere Differenzierung vor, und zwar in der Form, dass die Hebammenverbände gemeinsam mit dem Netzwerk der Geburtshäuser über die Betriebskosten der Geburtshäuser verhandeln, während die Hebammen bei der Regelung der Leistungen für die Hebammen wie bisher auch nur von den Hebammenverbänden vertreten werden.

Sve Karin Alscher (Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland): Wir begrüßen es natürlich auch sehr, dass nach jahrelanger Rechtsunsicherheit jetzt Regelungen zur Refinanzierung der Betriebskosten in Geburtshäusern vorgesehen sind und dass die maßgeblichen Spitzenverbände die einschlägigen Interessen der jeweiligen Leistungserbringer repräsentieren.

Gemeinsam mit den Berufsverbänden haben wir verabredet, dass die Berufsverbände - im Wesentlichen also die Hebammenverbände - die Gebühren für die Hebammen aushandeln und dass das Netzwerk der Geburtshäuser gemeinsam mit den Hebammenverbänden über die Belange der Geburtshäuser verhandeln. Dementsprechend sieht unsere Satzung den - ich zitiere - „Abschluss von Rahmenverträgen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden zur Regelung der Leistungserbringung durch Geburtshäuser unter Einschluss von Regelungen zur Sicherung der Qualität sowie zu ihrer Finanzierung vor“. Das bedeutet für uns konkret, dass wir uns nicht für die Verhandlungen über die Gebühren für die Hebammen, sondern explizit für die Belange der Geburtshäuser verantwortlich fühlen.

Wenn eine Änderung des Gesetzentwurfs jetzt nicht mehr gewünscht ist, kann dies unserer Meinung nach auch im Rahmen der jetzigen Vorlage realisiert werden. Es wird geschätzt, dass es bis zu 100 Geburtshäuser gibt. Frau Seelow hat vorhin bestimmt auch noch die anderen von Hebammen geleiteten Einrichtungen gemeint. 75 Prozent der Geburtshäuser - das ist somit die große Mehrheit - haben uns mit der Interessensvertretung beauftragt. Dementsprechend waren wir

bereits in den letzten Jahren maßgeblich an den Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen beteiligt.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage betrifft den Bereich häusliche Krankenpflege. Ich richte sie an den Deutschen Caritasverband und an den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge.

In § 37 SGB V, in dem es auch um den Ort geht, an dem die häusliche Krankenpflege erbracht wird, wird der Ausdruck „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ durch die Formel „oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ erweitert. - Wird der Gesetzgeber mit dieser Formulierung den notwendigen Anforderungen und spezifischen Problemlagen behinderter und pflegebedürftiger Menschen gerecht und wird dadurch eine eindeutige Rechtsklarheit geschaffen?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir freuen uns, dass sich der Gesetzgeber vorgenommen hat, den Begriff der Häuslichkeit zu erweitern. Die gewählte Formulierung halten wir aber vor allem im Hinblick auf die von Ihnen angesprochenen Gruppen behinderter Menschen und pflegebedürftiger Kinder für nicht zielführend.

Aus unserer Sicht ist es erforderlich, dass die Krankenpflege an jedem geeigneten Ort erbracht werden kann, im Falle behinderter Menschen beispielsweise auch in Werkstätten für behinderte Menschen, die nun einmal nicht unter den Begriff Häuslichkeit fallen, und im Falle pflegebedürftiger Kinder beispielsweise in Kindertagesstätten, die gleichfalls nicht unter den Begriff Häuslichkeit fallen. Zudem gab es bezüglich des Begriffs Häuslichkeit immer wieder Rechtstreitigkeiten darüber, was als Haushalt zu definieren ist und was nicht.

Die Pflege behinderter Menschen in Heimen und stationären Einrichtungen wurde nicht der häuslichen Krankenpflege zugerechnet.

Deshalb konnten die Leistungen nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Wir plädieren eindrücklich dafür, von der im Gesetzentwurf für § 37 SGB V vorgesehenen, ebenfalls räumlichen Definition - „... an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ - abzusehen und stattdessen einen funktionalen Begriff - zum Beispiel „Lebensmittelpunkt“ - zu verwenden. Wir würden eine Folgeänderung im SGB XI begrüßen - der Deutsche Caritasverband fordert das seit langem -, sodass die medizinische Behandlungspflege, die materiell-rechtlich der häuslichen Krankenpflege entspricht, systemkonform im SGB V verortet wird.

Sve **Antje Welke** (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.): Ich kann mich im Wesentlichen Frau Dr. Fix anschließen. Auch wir halten es für sinnvoll, nicht auf den Ort der Leistungserbringung abzustellen. Wir halten es für einen ersten Schritt in die richtige Richtung, dass die Wörter „... oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ in § 37 SGB V eingefügt werden sollen. Wir glauben aber, dass das Problem damit noch nicht beseitigt ist. Es werden nämlich wieder Fragen zu klären sein: Was sind eigentlich betreute Wohnformen? Es wird wahrscheinlich ähnliche Streitigkeiten wie um den Begriff „Haushalt“ geben. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge würde es sehr begrüßen, wenn man vom Kriterium des Ortes der Leistungserbringung grundsätzlich Abstand nähme und stärker an die Bedarfslage anknüpfte. Wir halten das auch für erforderlich, um eine Durchlässigkeit der Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, damit ein Wechsel zwischen ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflege für den Patienten erleichtert wird.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur letzten Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, die BAG Hospiz, den Deutschen Pflegerat und den Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich des im Gesetzentwurf vorgesehenen § 37 b SGB V. Dort heißt es:

Der Gemeinsame Bundesausschuss ... bestimmt ... das Nähere über die Leistungen, insbesondere ... Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ...

Kann der Gemeinsame Bundesausschuss dies leisten, auch wenn die Spitzenverbände der Pflegedienste bislang nicht an der Entscheidung mitwirken? Ist eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegedienste, die über ein bloßes Anhörungsrecht hinausgeht, erforderlich?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Aus unserer Sicht geht es hier um einen wunden Punkt. Im Moment ist vorgesehen, ein Anhörungsrecht einzuräumen; gleichzeitig wird § 132 a Abs. 1 SGB V aufgehoben. Wenn das so beschlossen wird, werden Vereinigungen aus dem Pflegebereich überhaupt nicht mehr angehört; denn die „für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen“ werden nur in dem Absatz, der abgeschafft werden soll, erwähnt. Wahrscheinlich ist übersehen worden, dass so die Pflegeverbände überhaupt nicht mehr beteiligt werden. Wir fordern eine qualifizierte Beteiligung im G-BA. Wenn die Anhörungen wegfallen, können wir uns überhaupt nicht mehr beteiligen.

SV **Prof. Dr. Rochus Allert** (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.): Wir schließen uns im Wesentlichen diesen Aussagen an. Auch für die Hospizpflege gilt Vergleichbares. Ihre Bedingungen können nicht ausschließlich von Krankenkassen, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten definiert werden.

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir halten den Wegfall von § 132 a Abs. 1 für nicht problematisch, da bislang keine Vereinbarungen auf Bundesebene zustande gekommen sind und ohnehin die Kassen vor Ort Vereinbarungen getroffen haben. Wir haben die Befürchtung, dass es durch die Einführung der Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in § 132 d zu Doppelstrukturen kommt. Um dies zu verhindern, ist es dringend notwendig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit erhält, hier Regelungen zu treffen.

Es ist sicherlich notwendig, ein Anhörungsrecht der Spitzenverbände der Pflegedienste vorzusehen. Herr Hüppe, Sie fragten, ob eine darüber hinausgehende Beteiligung erforderlich sei. Dies ist aus unserer Sicht nach jetzigem Stand nicht erforderlich.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Wir schlagen in unserer Stellungnahme vor, den Sachverstand der Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe „in die Entscheidung einzubeziehen“. Sie sind letzten Endes von Regelungen im Bereich der häuslichen Pflege betroffen. Die Frage ist nur: In welcher Form sollen sie beteiligt werden? Hierbei geht es um eine Grundsatzfrage: Wenn man einen Verband beteiligt, muss man auch andere Verbände beteiligen. Das heißt: Man kann nicht den Vertretern der Pflegeberufe allein eine Direktbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglichen; auch Vertreter der Industrie und viele andere müssen dann berücksichtigt werden.

Man muss eine Form der Beteiligung finden, die die Arbeitsfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht gefährdet. Die Anhörung ist eine solche Form der Beteiligung. Bei der Festsetzung der Festbeträge wird es persönliche Anhörungen geben. Die Intensität der Beteiligung kann also je nach Thema variieren. Ich glaube aber, dass man eine Direktbeteiligung an den Sitzungen nicht zulassen sollte.

Bei der Beteiligung kann es nur um Anhörungen im erweiterten Sinne gehen. Sicherlich ist es notwendig, Sachverständige aus dem Bereich Pflege hinzuziehen. Das muss nicht unbedingt gesetzlich geregelt werden. In unserer schriftlichen Stellungnahme machen wir deutlich, dass Regelungen im Bereich der häuslichen Pflege nur in Abstimmung mit den Beteiligten getroffen werden können, auch wenn das nicht in dieser Form gesetzlich geregelt wird.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste: Stellen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation hinreichend sicher, dass die Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Leistungen erbringen können?

Außerdem habe ich eine Frage an Herrn Dr. Wilbers, an den Deutschen Heilbäderverband, die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie beurteilen Sie die Mehrkostenregelung im Bereich der stationären Rehabilitationseinrichtungen? Wird damit das Ziel erreicht, mehr Wahlfreiheit für die Versicherten zu schaffen?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Es könnte Probleme geben, wenn Pflegeeinrichtungen den Anforderungen nach § 111 SGB V unterworfen werden. Die bisherige Formulierung klärt nicht eindeutig, anhand welcher Kriterien über die Zulassung einer Pflegeeinrichtung als Leistungserbringer entschieden werden soll. Wir halten es für notwendig, dass die Pflegeeinrichtungen selber Leistungen, die über die aktivierende Pflege hinausgehen, erbringen können. Das Problem ist, dass private Anbieter sozialer Dienste keine Häuser unter ständiger ärztlicher Leitung sind. So ist es für diese Anbieter schwierig, die Anforderungen nach § 111 SGB V zu erfüllen. Deshalb bitten wir um Prüfung.

SV Dr. Joachim Wilbers: Zur Mehrkostenregelung: Grundsätzlich bin ich für Wahlfreiheit, auch wenn diese zur Folge hat, dass man gegebenenfalls etwas zuzahlen muss. Die Preisfindung in Rehabilitationseinrichtungen - die anderen Kollegen können dazu vielleicht mehr sagen - führt zu einer Modifizierung: Entsprechende Verhandlungen führen meist zu einer Senkung der Preise. Es könnte theoretisch der Fall sein, dass einige Rehabilitationseinrichtungen ihre Leistungen zu einem sehr niedrigen Preis anbieten und alle anderen einen Mehrpreis erheben, der im Endeffekt eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten bedingt. Grundsätzlich halte ich es für richtig, dass man sagen kann: Mir gefällt diese Rehabilitationseinrichtung besser als jene; ich zahle etwas dazu.

SV Prof. Dr. Manfred Steinbach (Deutscher Heilbäderverband e.V.): Grundsätzlich begrüßt der Deutsche Heilbäderverband, dass die Wahlfreiheit der Patienten erweitert werden soll, auch wenn es dann bei einer besonderen Wahl mehr kosten kann.

SV Dr. Wolfgang Heine (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.): Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass sich die Verbände der Leistungserbringer im Bereich der Reha und der Vorsorge gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit Jahren darum bemühen, eine Qualitätssicherung in den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation flächendeckend einzuführen und zu erhalten. Wir sind hierbei viel weiter als im gesamten Bereich der ambulanten und stationären Akutversorgung. Wir sollten die bisherigen Errungenschaften nicht aufgeben.

Aus der vorgesehenen Gesetzesformulierung, nach der man „eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht“, in Anspruch nehmen kann, sowie aus ihrer Begründung - sie hat sich gegenüber den frühen Arbeitsentwürfen geändert - kann man schließen, dass diese Einrichtungen aus dem externen Qualitäts-

sicherungsprogramm der GKV herausfallen. Ich wage zu bezweifeln, dass das gewollt ist. Man kann das zwar unter Wettbewerbsaspekten, aber gewiss nicht unter Qualitätssicherungsaspekten begrüßen.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Grundsätzlich spricht nichts dagegen, die Möglichkeit zu schaffen, dass Versicherte eine andere Einrichtung in Anspruch nehmen und die Mehrkosten tragen. Auch wir haben aber Bedenken, ob die notwendige Qualitätssicherung hierdurch Schaden erleidet. Gerade im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen ist es wichtig, eine permanente Qualitätssicherung zu betreiben. Mit Häusern, die den Qualitätsansprüchen nicht genügen, wird in der Regel keine vertragliche Vereinbarung getroffen.

Man muss zwei Aspekte betrachten: Auf der einen Seite stellt sich die Frage, wie sich eine solche Norm auf die Qualitätsstandards sowie auf deren Einhaltung und Überprüfung auswirkt. Auf der anderen Seite gibt es durchaus Argumente dafür, Versicherten eine gewisse Wahlfreiheit zuzugestehen. Die Versicherten müssen aber wissen, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Haus zu Zusatzaufwendungen führen kann, obwohl die entsprechende Einrichtung gegebenenfalls keiner systematischen Qualitätssicherung unterliegt.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KBV, die DKG und den Deutschen Hausärzteverband. Wir haben vorhin gehört, dass wir mit dem Gesetz einen Anspruch auf Versorgungsmanagement etablieren wollen. Herr Voß vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat vorhin vorgeschlagen, die Verantwortung für das Versorgungsmanagement stärker auf die Kassen zu verlagern. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Hess vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die „Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim

Robert Koch-Institut“ die Grundlage für die Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der Schutzimpfungen bilden. Der G-BA soll dabei „den Nutzen der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit besonders ... berücksichtigen.“ Reichen diese Regelungen aus Ihrer Sicht aus, um der besonderen Bedeutung, die der Gesetzgeber Impfungen beimisst, gerecht zu werden?

Die dritte Frage geht an die Bundesärztekammer. Der Entwurf sieht vor, dass die Teilnahme an einem DMP gemäß § 62 SGB V mit einem Bonus belohnt wird. Hält es die Bundesärztekammer für sachgerecht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt, „in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen“?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Dr. Köhler von der KBV ist nicht mehr anwesend. Stattdessen beantwortet Horst Dieter Schirmer von der Bundesärztekammer die Frage.

SV Horst Dieter Schirmer (Bundesärztekammer): Es gibt schon heute in § 73 SGB V eine Regelung, wonach der Hausarzt Koordinierungsaufgaben zu übernehmen hat. Wir sind nicht der Meinung, dass diese Aufgaben per Gesetz auf die Krankenkassen verlagert werden sollten. Dies würde zu Problemen in der Arzt-Patient-Beziehung und zu Datenschutzproblemen führen. Wir können uns etwa vorstellen, dass die Krankenkassen dann auch auf die elektronischen Patientenakten zugreifen wollen. Wir sind der Meinung, dass im Gesetzentwurf klargestellt werden müsste, dass die Regelungen im Hinblick auf die Zuständigkeit des Hausarztes für die Koordination sowie hinsichtlich des Datenschutzes unberührt bleiben.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.): Grundsätzlich ist der Anspruch der Versicherten „auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in

die verschiedenen Versorgungsbereiche“, der in § 11 SGB V geregelt werden soll, zu begrüßen. Die Ausgestaltung ist allerdings noch sehr unpräzise. Es ist von einem Anspruch des Versicherten die Rede; dieser Anspruch ist aber von den Leistungserbringern einzulösen. Damit gehört diese Regelung nicht an diese Stelle des SGB V, sondern in den Abschnitt „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“.

Wir denken, dass die Frage der Kompetenz der Leistungserbringer weiterhin nicht geregelt wird. Soll beispielsweise den Rehakliniken und den Krankenhäusern ein Verordnungsrecht für den Bereich der Hilfsmittelversorgung zugestanden werden? Wer trägt die Kosten? Wenn man die Folgen des Versorgungsmanagements bedenkt, merkt man, dass diese Fragen nicht hinreichend geklärt sind.

SV Rainer Kötzle (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Wir unterstützen den Vorschlag von Herrn Schirmer, die jetzige Regelung nach § 73 Abs. 1 SGB V, nach der die hausärztliche Versorgung „die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ beinhaltet, beizubehalten.

Es ist sicherlich richtig, dass die Koordination zwischen Krankenhaus und Pflege verbessert werden muss und dass Regelungen hinsichtlich des Ordnungsrechts von Rehakliniken gefunden werden müssen.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Wir werden wahrscheinlich das in die Richtlinie übernehmen, was schon jetzt von allen Kassen als Satzungsleistung angeboten wird. Das Gesetz wandelt eine Satzungsleistung in einen Rechtsanspruch um. Es geht somit um die Grenzfälle, die eben nicht von allen Kassen übernommen werden. Über diese Fälle wird man auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision entscheiden müssen.

In Ihrer Frage bezogen Sie sich auf die besondere Berücksichtigung des Nutzens für die öffentliche Gesundheit. Ich habe es schon vorhin angesprochen: Es gibt Impfungen, die dem Individualschutz dienen, und Impfungen, die die Bevölkerung vor Infektionen schützt. Ich gehe davon aus, dass Sie uns mit der vorgesehenen Formulierung beauftragen wollen, einerseits jene Impfungen, die dem Schutz der Bevölkerung dienen, als Pflichtleistungen zu verankern, andererseits sehr genau abzuwägen, welche Individualschutzimpfungen zulasten der Kassen vorgenommen werden dürfen. Man müsste im Gemeinsamen Bundesausschuss überlegen, wie man mit dem gesetzlichen Kriterium umgeht. Hierbei sind aber auch die Kassen gefragt. Zudem wird die Ständige Impfkommission eingeschaltet, auch wenn es um Impfungen der zweiten Gruppe - um Individualschutzimpfungen - geht.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer): Frau Abgeordnete, ich bin für die Frage zur Bundesregelung hinsichtlich der Teilnahme an DMPs dankbar. Es steht weiß Gott nicht für jede chronische Erkrankung und jede Krebserkrankung ein DMP zur Verfügung. Der G-BA müsste mit Richtlinien regeln, welche Erkrankungen von der so genannten Bonusregelung ausgenommen werden und bei welchen chronisch Erkrankten und Krebskranken, für die kein DMP zur Verfügung steht, die Belastungsgrenze von 1 Prozent gelten soll.

Die Regelung der Ausnahmen wird wahrscheinlich mit einem erheblichen Bürokratieaufwand verbunden sein. Deshalb stehen wir diesem Gesetzesvorschlag sehr skeptisch gegenüber. Das eigentliche Motiv dieser Bürokratie produzierenden Bonusregelung kann nur darin liegen, die Teilnahme an DMPs zu erhöhen. Das wird im Ergebnis dazu führen, dass sich noch mehr „gesunde“ Chroniker für diese Programme einschreiben. Damit dürfte das eigentliche Ziel, chronisch Kranke besser zu versorgen, verfehlt werden. Die chronisch Kranken sind aber die wirklich Bedürftigen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur letzten Fragerunde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zur vorgesehenen Zertifizierung von stationären Rehabilitationseinrichtungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Sozialverband VdK, den Deutschen Heilbäderverband und den Verbraucherzentrale Bundesverband: Halten Sie die vorgesehene Zertifizierung für geeignet, um insbesondere für die Patientinnen und Patienten die Transparenz hinsichtlich der Qualität der Versorgung zu erhöhen?

SV Karl-Dieter Voß (BKK Bundesverband): Herr Dr. Heine wies darauf hin, dass es bereits Qualitätskriterien gibt, die mit der Rentenversicherung abgestimmt sind. Hierbei geht es um externe Qualitätssicherung. Die neue Regelung sieht eine interne Qualitätssicherung vor, die Betriebsvergleiche nur schwer oder gar nicht ermöglicht. Deswegen würden wir externe Qualitätssicherungsverfahren, die Betriebsvergleiche und somit Empfehlungen zugunsten bestimmter Einrichtungen ermöglichen, dem im Gesetzentwurf beabsichtigten Verfahren vorziehen.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Grundsätzlich befürworten wir die Regelung bezüglich der Zertifizierung. Jedoch sind wir der Auffassung, dass sie auch auf ambulante Rehabilitationseinrichtungen angewendet werden sollte. Wir haben aber ein gewisses Problem damit, dass der Versicherte gemäß dieser Regelung die Mehrkosten, die sich aus der Wahl einer bestimmten zertifizierten Einrichtung ergeben, in jedem Fall übernehmen muss.

Wir weisen in diesem Zusammenhang auf das im SGB IX verankerte „Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ hin. Es soll bei „berechtigten Wünschen“ eines Be-

troffenen greifen. Es ist nicht vorgesehen, dass sich aus der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts eine Zuzahlungsverpflichtung ergibt. Wir halten einen Verzicht auf die Regelungen zur Zuzahlungsverpflichtung und einen Verweis auf das SGB IX für sinnvoll.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Herr Voß, es ist vorgesehen, § 137 d neu zu fassen. Reichen die dort vorgesehenen Regelungen zur externen Qualitätssicherung aus?

SV **Karl-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): In Verbindung mit den schon vorhandenen externen Qualitätskriterien würde dies ausreichen. Wir müssen Acht geben, dass wir nicht durch Qualitätskriterien, die nicht dem Standard entsprechen, billige Rehabilitationseinrichtungen begünstigen, die keine hinreichende Strukturqualität und Ergebnisqualität aufweisen. Daher sprechen wir eher der bisherigen Regelung als der jetzt beabsichtigten Regelung, die eine interne Qualitätssicherung und ein Wahlrecht der Versicherten vorsieht, zu. Wir halten die neue Regelung für zu kurz gegriffen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Der Vertreter des Deutschen Heilbädersverbands ist nicht mehr anwesend.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Grundsätzlich ist ein Zertifizierungsverfahren möglich. Allerdings bieten Zertifikate nach unserer Erfahrung nur eine sehr allgemeine Information zur Qualität. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Einrichtungen nach und nach in das Verfahren der externen Qualitätssicherung einbezogen werden, ähnlich wie es heute im stationären Krankenhausbereich - Stichwort: BQS - üblich ist. Die Regelungen nach § 137 a SGB V bieten die Gewähr dafür, dass eine Infrastruktur zur Verfügung steht, die eine solche Qualitätssicherung ermöglicht, sodass Markttransparenz und Qualitätstransparenz für die

Versicherten, die Auswahlentscheidungen treffen, entstehen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte auf die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V zurückkommen und von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verbraucherzentrale Bundesverband wissen: Durch wen und auf welcher Grundlage sollte „therapiegerechtes Verhalten“ definiert werden? Wie kann man diesen Begriff rechtsfest machen?

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer): Ich denke, hierbei handelt es sich um keinen Rechtsbegriff; er ist im Medizinrecht nicht etabliert. Jede Patient-Arzt-Beziehung ist sehr individuell und damit nicht justiziabel. Ich sehe die Gefahr, dass es durch die Aufnahme eines solchen Begriffes zu erheblichen ethischen Problemen und zu Irritationen im Patient-Arzt-Verhältnis kommt. Wie wir vorhin an anderen Beispielen gesehen haben, sind viele Situationen denkbar, in denen der Arzt in die Rolle eines Aufpassers gerät. Entsprechende paternalistische Komponenten der Patient-Arzt-Beziehung wurden in den letzten Jahrzehnten mit Erfolg verbannt. Durch die Aufnahme des Begriffes „therapiegerechtes Verhalten“ könnten wir letztlich in eine Schiefelage geraten. Deshalb ist meine Empfehlung: Verzichten Sie darauf!

SV **Gernot Kiefer** (IKK-Bundesverband): Ich knüpfe an die Ausführungen von Herrn Professor Fuchs unmittelbar an. Ich halte den Begriff „therapiegerechtes Verhalten“ für nicht vernünftig operationalisierbar. In dem einen oder anderen Fall kann therapiegerechtes oder therapiewidriges Verhalten zu Problemen führen, in anderen Fällen nicht. Auch unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit ist davon abzusehen, diesen Begriff in einem Gesetzestext zu verwenden, weil das zu groben Ungerechtigkeiten gegenüber Patientinnen und Patienten führt.

Man muss auch deutlich machen, dass dieser kleine Schritt - die Aufnahme des Begriffes - dazu führen würde, dass das Verschuldensprinzip in die gesetzliche Krankenversicherung Einzug hält. Jeder, der hier sitzt, muss sich die Frage stellen, ob er sich in einer bestimmten Fallkonstellation therapiegerecht verhält oder nicht. Abgeordneten, die dem Hörensagen nach 16 bis 18 Stunden am Tag arbeiten, könnte, wenn sie einen Burn-out haben, gesagt werden: Das Verhalten war nicht vernünftig, nicht therapiegerecht, also zahlen Sie selbst für Ihre Behandlung! Entsprechende Beispiele lassen sich auch für die Gesamtbevölkerung, etwa im Hinblick auf Suchterkrankungen, finden.

Der Begriff „therapiegerechtes Verhalten“ ist völlig unscharf und führt das Verschuldensprinzip ein, das nach und nach auf alle Fragen der Versorgung und der medizinischen Leistungen angewendet werden könnte und damit ins Nirwana führt. Den Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie den Krankenkassen ist es nicht zuzumuten, einen solchen Begriff anzuwenden, weil sie damit in eine obrigkeitstaatliche Überprüfungsmechanik gezwungen würden. Die dringende Empfehlung kann nur sein, diesen Unsinn zu lassen. Ein Gesetz, das einen nicht vernünftig operationalisierbaren Begriff enthält, kann auch von unserer qualifizierten Selbstverwaltung nicht vernünftig umgesetzt werden.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Ärzte, Krankenkassen und Verbraucher sind sich an dieser Stelle offenbar einig. Auch wir halten diese Formulierung für nicht operationalisierbar. Sie würde zu einer Verrechtlichung des Arzt-Patient-Verhältnisses führen, die diesem nicht zuträglich wäre. Die Formulierung in der Begründung dieser Passage lautet:

... in anderen Fällen - wenn etwa für eine Krankheit kein Disease-Management-Programm vorliegt - bestimmt der behandelnde Arzt die geeignete Therapie.

Dies steht im starken Widerspruch zu den Prinzipien des „shared decision-making“ und

der Patientenmündigkeit. Ich würde der Koalition dringend raten, diese Regelung mitsamt dieser Formulierung ersatzlos zu streichen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Rosenbrock, an den AOK-Bundesverband, an die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und an den Verbraucherzentrale Bundesverband. § 65 b SGB V sieht vor, dass in Zukunft die Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung durch eine mitgliederbezogene Umlage der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich war von Beginn an in den entsprechenden Gremien an der Entstehung des § 65 b SGB V beteiligt und weiß, dass er eine ganz wichtige, junge, kleine Pflanze der Patientenorientierung unseres Gesundheitswesens ist und deshalb jeder Förderung bedarf. Ich weiß, dass die Krankenkassen einwenden, dass dadurch die Administration komplizierter wird. Ich gestehe: Es ist so kompliziert, dass auch ich es nicht durchschaue. Der Gesetzgeber ist aber extrem gut beraten, wenn er diese Pflanze - § 65 b - sorgfältig von bürokratischen Beeinträchtigungen freihält und sorgfältig darauf achtet, dass ein angemessener Aufwuchs der Ressourcen stattfindet. Er sollte darauf vertrauen - bisher ist es der Fall -, dass die Selbstverwaltung auf diesem Gebiet qualitätsgesicherte und nutzergerechte Leistungen hervorbringt.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Sie sind als Gesetzgeber im Begriff, bei dieser Regelung die PKV zu vergessen. Das wäre schade. Deshalb regen wir dringend an, die PKV in die Finanzierung einzubeziehen. Weiter stellen wir fest, dass Sie es wie in der heutigen Regelung beim Mitgliederbezug belassen. Das unterstützen wir. Ich bitte Sie um Nachsicht dafür, dass wir trotzdem die gesamte Regelung ablehnen, weil Sie - ich wage es gar nicht auszusprechen -

einen Dachverband Bund vorsehen. Die Spitzenverbände unterstützen diese Idee nicht. Lassen Sie es besser so, wie es heute ist.

SV Emmeram Raßhofer (BundesArbeits-Gemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen): Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat hierzu einiges vorgelegt. Dem können wir uns anschließen.

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Pflanze des § 65 b wurde erfolgreich gepflegt. Sie trägt die ersten Früchte für die Versicherten in Hinblick auf eine sinnvolle Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Ich möchte darauf hinweisen, dass ein großer Teil der beratenen Bürgerinnen und Bürger nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist; häufig sind sie privat versichert. Insofern wäre es eigentlich anzustreben, die Finanzierungsbasis des § 65 b zu verbreitern, indem dort geregelt wird, dass sich auch die privaten Krankenversicherungen adäquat an der Finanzierung beteiligen. Das ist momentan nicht der Fall. Der Gesetzentwurf sieht hier auch keine Änderung vor.

Ob die vorgesehene Refinanzierungsmodalität praxisgerecht ist und dem Ziel der Entbürokratisierung gerecht wird, wage ich zu bezweifeln. Wenn man schon einen Fonds einrichtet - man muss das nicht tun -, dann kann man die notwendigen Peanutsbeträge darüber finanzieren.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Offensichtlich stelle ich die letzte Frage. Deshalb frage ich den Verbraucherzentrale Bundesverband, den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, den DGB und Herrn Professor Rosenbrock: Welche der neuen Gestaltungsmöglichkeiten, die sich heute hier bei der Anhörung aufgetan haben, könnten sich für die Patienten negativ auswirken?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Der Verbraucherzentra-

le Bundesverband sieht große Risiken in der Ausweitung der Kostenerstattung, insbesondere wenn damit keine Beratungspflicht oder -möglichkeit verbunden ist. Wir sehen auch Risiken in der Einführung des Verschuldensprinzips in der GKV, Stichwörter: Piercing und therapiegerechtes Verhalten. Ich denke, damit würde ein Schritt getan, der tendenziell einen Paradigmenwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung in Gang setzen könnte, der mit hohen Risiken für Versicherte und Patienten verbunden ist.

SVe Antje Welke (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.): Eines der Hauptprobleme besteht in der Einführung der Malusregelungen. Gerade für chronisch und psychisch kranke Menschen, die vielleicht krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, Früherkennungsuntersuchungen nachzukommen, stellt die Regelung ein Problem dar. Die Zuzahlung, ob nun 2 Prozent oder 1 Prozent - das war ja ein Kompromiss, der beim GMG eingeführt worden ist -, stellt eine Härte für den besonders betroffenen Personenkreis dar, etwa für Sozialhilfeempfänger, die in Einrichtungen leben. Das Vorhaben, die damals gefundene Regelung weiter zu beschränken, halten wir - in Verbindung mit der Chronikerregelung - für einen besonders gravierenden Einschnitt.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund): Ich möchte nicht in Gefahr geraten, unsere gesamte Stellungnahme vorzulesen. Deshalb fasse ich es kurz zusammen. Auch wir halten das Kostenerstattungsprinzip und das Selbstbehaltprinzip für eine Gefährdung des Solidaritätsprinzips in der GKV. Bisher gibt es einen Ausgleich zwischen Alten und Jungen auf der einen Seite sowie zwischen Gesunden und Kranken auf der anderen Seite; die dafür nötigen Finanzen werden der GKV unserer Meinung nach durch Selbstbehalttarife entzogen. Das Prinzip des Einstehens der Gesunden für die Kranken wird damit ein wenig durchbrochen.

Die Kostenerstattung sehen wir ähnlich kritisch. Der Leistungserbringer wird bei Krankenkassen, die auch nur in Verdacht geraten, irgendwann insolvent zu werden, dringend darauf hinwirken, dass der Patient den Kostenerstattungstarif wählt. Dadurch wird die Freiheit des gesetzlich versicherten Patienten beschränkt.

Wir haben schon einiges über das Verhältnis von Patient und Arzt gehört. Ich möchte einen Punkt zum so genannten Verschuldensprinzip sagen. Die Experten konnten meines Erachtens sehr glaubhaft und nachvollziehbar machen, dass eine Abgrenzung bei der Frage, welches Verhalten therapiegerecht bzw. therapiefremd ist, recht schwierig ist.

Zur Malusregelung möchte ich sagen: Man könnte hierbei spontan von strafender Verhaltensprävention reden. Hierbei möchte ich nur auf den Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung verweisen, in dem der Zusammenhang zwischen Einkommensarmut, schlechter Wohnraumversorgung, schlechter Bildung und schlechter Gesundheit dargestellt wird. Nur beim Verhalten des Einzelnen anzusetzen, macht aus unserer Sicht keinen Sinn.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich kann sehr viel von dem, was meine Vorrednerinnen und Vorredner gesagt haben, unterschreiben. Ich sehe drei große Änderungen, die das Grundmodell der GKV gefährden.

Erstens. Durch Wahltarife werden der GKV Ressourcen entzogen, weil diese zu einer Risikoentmischung führen. Dies impliziert eine Gefahr der Überforderung Ärmere.

Zweitens. Durch Kostenerstattungstarife erhält die Logik des Einzelhandelsfachgeschäftes Einzug in die ärztliche Praxis. Das Sachleis-

tungsprinzip als kulturelle Errungenschaft wird damit unterminiert.

Drittens: der Einzug des Verschuldensprinzips in die GKV. Ich erinnere an die Grundidee der GKV, nach der sich der Versicherte gemäß seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mit einem festen Prozentsatz seines Einkommens an ihrer Finanzierung beteiligt und Leistungen nach Bedarf gewährt werden. Die GKV ist eine risiko- und damit verschuldensunabhängige Versicherung. Das ist wichtig für die Versorgungssicherheit, den sozialen Frieden und den Rechtsfrieden.

Alle drei Kriterien werden verletzt, wenn man die Nichtinanspruchnahme manchmal fragwürdiger Früherkennungsuntersuchungen mit einem lebenslänglichen Einkommensentzug in Höhe von 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt bestraft oder wenn man angeblich nicht therapiegerechtes Verhalten entsprechend sanktioniert. Beim Spaßthema Piercing wird der Fuß in die Tür gestellt; später hängen daran vielleicht ganz andere Fragen.

Die drei genannten Punkte zielen direkt auf die Kernsubstanz eines seit 130 Jahren bewährten Regulierungsmodelles.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Sie waren die Gestalterinnen und Gestalter der ersten vier Stunden der Anhörung; 22 Stunden stehen uns noch bevor. Ab 15 Uhr sehen sich einige von uns wieder. Denen, die nach Hause fahren, wünsche ich einen guten Heimweg. Die Sitzung ist geschlossen.

(Sitzungsende: 14.04 Uhr)