

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
30. Sitzung

Berlin, den 26.06.2003, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001
Berlin

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

BT-Drucksache 15/1170

Tagesordnungspunkt 2

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen - Gesundheitspolitik
neu denken und gestalten

BT-Drucksache 15/1174

Tagesordnungspunkt 3

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der FDP

Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen

BT-Drucksache 15/1175

Anlage

Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heil, Hubertus
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Hartmann, Christoph
Lenke, Ina
Parr, Detlef

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,33	SV Dr. Christopher Hermann	5,9,24,25,27
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	5	SV Gernot Kiefer (Bundesverband Innungskrankenkassen)	6,10,15,18,20,22
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	9	SV Klaus-Dieter Voß (Betriebskrankenkassen- Bundesverband)	7,10,12,13,15,16,21
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	10,27	SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV)	7,10,11,12,16,21,22,32
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	11,27	SV Werner Schneider (AOK- Bundesverband)	8,9,11
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	12,31	SV Gerhard Schulte	11,14,15,17,22,29,31
Abg. Hildegard Müller (CDU/CSU)	12	SV Michael Weller (AOK- Bundesverband)	12,14,19,20,27
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	13,33	SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesverband)	13
Abg. Matthäus Strebl	14	SV Dr. Uwe Markus (Bundesversicherungsamt)	14,17,27
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	15,16	SV Dr. Heinrich Höfer (Bundesverband der Deutschen Industrie)	15
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	16,32	SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)	18
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18,19,20	SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	19,21,22,25,26,27,28,31,32
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	20,22	SVe Gudrun Gille (Deutscher Pflegerat)	21
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	21,22	SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	22,23,26,32,33
Ab. Karsten Schönfeld (SPD)	22	SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund)	24
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	24	SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	25
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	24	SV Dr. Rüggeberg (Gemeinschaft fachärztliche Berufsverbände)	29
Abg. Peter Dreßen (SPD)	25		
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	26		
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	27		
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	29		
Abg. Dr. Monika Brüning (CDU/CSU)	31		
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	33		

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, darf ich Sie bitten, Platz zu nehmen, damit wir mit unserer Anhörung beginnen können bzw. fortfahren können. Dies ist bereits unser dritter Anhörungstag.

Meine Damen und Herren, hiermit eröffne ich unsere öffentliche Anhörung. Aufgrund dessen, dass auch einige neue Sachverständige anwesend sind, möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass die Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen zum Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems auf BT-Drucksache 15/1170, zu dem Antrag der CDU/CSU „Für ein freiheitliches humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten“ auf BT-Drucksache 15/1174 und zu dem Antrag der Fraktion der FDP „Mut zur Verantwortung für ein freiheitliches Gesundheitswesen“ auf BT-Drucksache 15/1175 stattfindet. Heute geht es um folgende Themen: Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen sowie Schaffung effizienter Konfliktlösungsmechanismen.

Ich habe mich bereits in Bezug auf die Inhalte und die Fragen mit den Fraktionen verständigt. Wir beginnen mit der Organisationsreform bzw. der Reform der Krankenkassen und gehen dann zur zweiten Runde, zum Komplex „Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen“. Bei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP, die nur eine Fragerunde haben, gehen die Fragen nahtlos über. Ich denke, es ist in unser aller Interesse, wenn wir die Themen so vom Inhalt her aufbauen.

Wir steigen nun direkt in die Fragerunden ein. Es gibt jeweils zwei Runden für die SPD und die CDU/CSU und jeweils eine Runde für Bündnis 90/DIE GRÜNEN und für die FDP. Es beginnt die SPD, Frau Kollegin Kühn-Mengel.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich befrage zunächst Herrn Dr. Hermann und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz schafft die Möglichkeit für die Verbände, Haftungsrisiken für ihre Mitgliedskassen beherrschbar zu machen bzw. zu vermeiden. Unter anderem wer-

den Anhörungs-, Informations- und Interventionsrechte der Verbände ausgeweitet.

Meine Frage lautet: Sind diese Regelungen ausreichend und auch geeignet, Haftungsfälle zu vermeiden? Darüber hinaus sieht der Entwurf vor, dass die Verbände Fonds einrichten können, aus denen sie bei Auflösung oder bei Schließung einer Krankenkasse Haftungsansprüche befriedigen. Es ist vorgeschlagen worden, den Verbänden die Option zu eröffnen, die Fondsmittel bereits zur Abwendung von Haftungsrisiken einzusetzen. Wie bewerten Sie diese Anregung?

SV Dr. Christopher Hermann: Dieses sind auch in ihrer Tragweite sehr umfangreiche Fragen. Wenn man zum ersten Teil, zu den vermeidbaren Haftungsrisiken und Haftungsfällen Stellung nehmen will, dann muss man sicherlich sagen, dass Haftungsfälle mit Sicherheit niemals zu vermeiden sind. Wir haben seit 1996 ein wettbewerblich orientiertes Krankenversicherungssystem. Hierbei sind auch die Ortskrankenkassen nicht mehr vor der Schließung gefeit, wobei ich davon ausgehe, dass über kurz oder lang auch die Insolvenzfähigkeit solcher Kassen hergestellt wird. Deswegen wird man Haftungsfälle nie mit Sicherheit ausschließen können.

Aber die Regelung des § 172 SGB V – Anhörungs- und Informationsrechte der Verbände – geht nach meinem Dafürhalten deutlich darüber hinaus. Ich will das kurz erläutern. Mir scheint die für alle Kassenarten definierte Regelung von Fonds eine viel bessere, zielführendere Formulierung und Vorschrift zu sein. Die Anhörungs- und Informationsrechte sind und müssen auch unter dem Ziel gesehen werden, dass sie gravierende Eingriffe in die Autonomie einer Einzelkasse darstellen, da nach dem Entwurf keinerlei Kriterien für die Beurteilung der Bedrohung der dauerhaften Leistungsfähigkeit gegeben werden und insofern keinerlei Eingrenzung der Vorlagepflicht von Unterlagen vorgesehen ist.

Wenn man das konsequent durchdenkt, ist das letztlich eine umfassende zweite Aufsichtsschiene, die eingezogen wird und die gleichzeitig die Rechte und Pflichten des Vorstands der Einzelkasse und des jeweiligen Verwal-

tungsrats in erheblichem Umfang tangiert. Es ist bereits nach heutiger Rechtslage durch § 220 SGB V bestimmt, was der Vorstand zu tun hat, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse nicht mehr gegeben ist: Er muss nämlich die Beiträge unmittelbar erhöhen. Und er muss ohnehin immer nach den einschlägigen Vorschriften den Verwaltungsrat kontinuierlich über die finanzielle Situation einer Kasse unterrichten und auch die voraussichtliche Entwicklung darlegen. Dem Verwaltungsrat obliegt das Haushalts- und Finanzrecht einer Krankenkasse bis auf den eben genannten Fall der unmittelbaren Handlungsnotwendigkeit durch den Vorstand.

Nach der Konstruktion des heutigen GKV-Organisationsrechts haben die Verbände hingegen ihre Mitglieder zu unterstützen und bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrung ihrer Interessen zu helfen. Was jetzt gemacht wird, ist eine deutliche Umkehrung dessen, was wir bisher im Organisationsrecht haben. Wir haben eine – zugespitzt gesagt – faktische Zentralisierung der gesamten Krankenkassenlandschaft, die hiermit eingeleitet wird, da derjenige, welcher das Finanzgebaren einer Kasse beherrscht – und das kann dann der Verband sein – auch die Kasse beherrscht.

Insofern plädiere ich an dieser Stelle deutlich für eine veränderte Fassung, wo der Vorstand der Einzelkasse den haftenden Verband kontinuierlich zu informieren hat und dieser dann eine Beratungspflicht hat. Er ist dann also wiederum in der Unterstützungsaufgabe, die grundsätzlich dem Organisationsrecht des SGB V entspricht. Dies wäre eine konsistente Lösung, die mit den bisherigen Vorgaben des Organisationsrechts übereinstimmt.

Ein letzter Aspekt. Es stellen sich letztlich hier auch verfassungsrechtliche Fragen, etwa im Hinblick auf Art. 87 Abs. 2 GG, da landesunmittelbare Krankenkassen gezwungen werden, gegenüber einem bundesunmittelbaren Verband unverzüglich, umfassend und unlimitiert Unterlagen auszuhändigen. Dies ist eine neue Dimension, die wir bisher im Organisationsrecht mit der strikten Trennung zwischen landes- und bundesunmittelbaren Kassen nicht haben. Deswegen – das habe ich anfangs schon gesagt – ist die Fondslösung, wie sie im zweiten Teil der Frage angesprochen wird und wie sie der Entwurf enthält, eine Lösung, die den Haftungsrisiken viel eher gerecht werden kann, insbesondere bei sehr vielfältig vorhandenen

Krankenkassenarten, also speziell im Bereich der Betriebskrankenkassen, aber möglicherweise auch im Bereich der Innungskrankenkassen. Hier ist es zielführend – und ich weiß auch aus früherer Tätigkeit, dass die Bemühungen in dem Bereich dieser Kassenarten seit langem vorhanden sind – solche Fonds bilden zu dürfen und zu können, um Haftungsrisiken zu begrenzen. Dies ist eine vernünftige und sicherlich auch zielführende Regelung.

Bei Großkassen, also etwa Ersatzkassen und Allgemeinen Ortskrankenkassen, ist es letztlich – das muss man aber auch mit aller Deutlichkeit sagen – Illusion, über eine Fondslösung Haftungsrisiken ausschließen zu wollen, da sich hier die Schließung einer Großkasse nur als ein Systemproblem darstellt. Sie können beispielsweise keine AOK Bayern oder AOK Baden-Württemberg schließen, ohne dass dies – wenn entsprechende Haftungen damit verbunden sind, weil Überschuldung eingetreten ist – massive Auswirkungen auf das Gesamtsystem hätte. Einen hierfür notwendigen Fonds in einer Größenordnung von mehreren Milliarden Euro, können Sie nie ansammeln, es sei denn, Sie würden dekretieren, dass Kassen nur wegen der Fondsbildung Beitragssätze erhöhen oder Beitragssatzteile ausweisen. Das schiene mir jedoch nicht sachgerecht und von daher ist die Fondslösung nur für die Kassenarten in Ordnung, die ich angesprochen habe. Darüber hinaus ist das Haftungsrisiko eines, das wir in dieser Form nicht abschließend begrenzen können.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband Innungskrankenkassen): Frau Abgeordnete, Herr Vorsitzender, im Gegensatz zu den Ausführungen des Sachverständigen Dr. Hermann sind wir der Auffassung, dass hier eine gesetzliche Lücke geschlossen wird, die dringend der Schließung bedarf. Nun muss ich noch einmal die derzeitige rechtliche Ausgangssituation vor Augen führen. Wir haben die Situation, dass in den Kassenarten eine Haftungskette und damit auch Haftungsverpflichtungen existieren. Es bestehen aber keine nennenswerten Einflussmöglichkeiten derjenigen, die letztendlich im Zweifelsfall haften müssen, um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Haftungsfall es zu vermeiden oder auch Vorsorge betreiben zu können, um die wirtschaftlichen Konsequenzen in einem Haftungsfall einigermaßen abfedern zu können. Insofern bin ich ganz klar der Auffassung, dass die gesetzlichen Rege-

lungen, wie sie im § 172 SGB V formuliert sind, in die richtige Richtung gehen.

Es gibt im Übrigen auch im sonstigen Wirtschaftsleben kein Beispiel dafür, dass eine Organisation oder eine Gruppe von Organisationen, die gemeinsam für Teile der Organisation in der Haftung sind, keine Möglichkeit haben, den Eintritt des Haftungsfalls zu verhindern oder im Haftungsumfang zu beeinflussen.

Die Informations- und Auskunftsrechte, die im Entwurf formuliert sind, sind aus meiner Sicht sachgerecht und ich habe auch nicht den Eindruck, dass hier das bestehende Organisationsrecht in irgendeiner Weise sozusagen „umgekehrt“ wird, wie es der Sachverständige Dr. Hermann ausgeführt hat. Schließlich muss man berücksichtigen, dass die Verbände eine Unterstützungspflicht gegenüber allen Mitgliedskassen haben und diese Unterstützungspflicht konkretisiert sich in diesem Fall darin, dass über die rechtzeitige Intervention bei drohenden Haftungsfällen auch die Interessen derjenigen verfolgt werden und gewahrt bleiben, die gegebenenfalls die Finanzierung eines eintretenden Haftungsfalls vorzunehmen hätten. Insofern halte ich das für ausgesprochen sachgerecht. Es entspricht der Philosophie des Organisationsrechts der Verbände, dass hier eine Unterstützungsmaßnahme sozusagen für die Gesamtkassenart organisiert wird.

Die Bildung von Fonds oder eines Fonds, als Vorsorge gegen Haftungsrisiken, ist auch deshalb zweckmäßig, weil ein Stückweit Sicherheit oder annähernde Sicherheit geschaffen werden muss für den Fall, dass trotz der Wahrnehmung von Informationsrechten und der daraus resultierenden Beratung Haftungsfälle eintreten. Hier ist es einfach sinnvoll, wie auch in privatwirtschaftlichen Unternehmen, dass auch innerhalb einer Kassenart für solche Risiken eine Vorsorge getroffen wird.

Zusammengefasst: Wir halten die Regelungen, die jetzt im § 172 SGB V getroffen werden sollen, für überfällig und für dringend notwendig. Insbesondere in der Situation, wo sich Krankenkassen, die über die Verbände eine Haftungsgemeinschaft darstellen, im Wettbewerb befinden, ist diese Regelung zwingend. Ich kann nur appellieren, sie in dieser Form auch im Gesetzgebungsverfahren beizubehalten.

SV Klaus-Dieter Voß (Betriebskrankenkassen-Bundesverband): Zwischen den Polen Autonomie der Kasse, die es immer zu berücksichtigen gilt, und Interesse der Haftungsgemeinschaft, also aller Kassen eines Verbandes, die zu haften haben, sind die Regelungen zu begrüßen. Sie stärken notwendigerweise die Position der Haftungsgemeinschaft. Möglicherweise könnten sie noch angereichert werden, da sie nicht perfekt sind. Aber perfekt kann eine gesetzliche Regelung nie sein. Von daher können wir damit leben, zumal dann, wenn die gestärkte Rolle der Verbände als Haftungsgemeinschaft durch eine Zusammenarbeit mit der Aufsicht, die ja ihrerseits auch Eingriffe tätigen kann, produktiv genutzt werden kann.

Eventuell könnte man noch klarstellen, jedenfalls für die Verbände, wo es auch noch einen Bundesverband als weitere Haftungsebene gibt, dass dies dann auch für diese Ebene gilt. Man könnte auch daran denken – aber das will ich jetzt nicht zum Vorrang erheben – für Kassen, die Organisationsrechtsänderungen willkürlich vollziehen, um möglicherweise einer Haftung zu entgehen, gewisse Vorgänge unter den Vorbehalt des haftenden Landesverbandes zu setzen, damit nicht Haftungsverbände porös werden.

Hinsichtlich des Fonds – und da ist es anders, als Herr Dr. Hermann dargestellt hat – ist bei uns nicht unumstritten, ob das zielführend ist. Es gibt bei einigen – allerdings wenigen – Verbänden einen entsprechenden Fonds. Andererseits, wenn ein Fonds eingerichtet wird, um eine Haftung später finanzieren zu können, dann macht es noch einen höheren Sinn, die Ermächtigungsnorm auch auf entsprechende Fonds auszudehnen, die für Zwecke der Intervention genutzt werden können. Denn eine Intervention, wenn sie noch rechtzeitig einsetzt, ist allemal wirtschaftlicher als die Finanzierung der Schließungskosten der Kasse, die ungleich höher sind. Deshalb würde ich es begrüßen, wenn die Norm auch auf Interventionsfonds erweitert würde und nicht nur auf die Fonds, aus denen die Haftung finanziert werden soll, beschränkt bliebe.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Zunächst möchte ich noch einmal unterstützen, was Herr Voß eben sagte. Es geht nicht um das Interesse der Verbände, sondern um das Inte-

resse derer, welche die Haftung am Schluss finanzieren müssen. Das sind die Einzelkassen der Verbände und darum muss eine Information, ob ein solches Haftungsrisiko auftritt, frühzeitig ankommen. Insofern begrüßen wir die vorgesehenen Maßnahmen, wie eben auch vorgetragen.

Anders als es Dr. Hermann aus unternehmenspolitischem Interesse begründet hat, braucht jeder Haftungsverbund natürlich eine solche Informationsgrundlage, sonst kann niemand eine Haftung für ein unbekanntes Risiko übernehmen. Das ergibt sich eigentlich von selbst. Im Übrigen weise ich darauf hin, dass die AOK Stuttgart bei entsprechenden Haftungsrisiken im AOK-System in der Vergangenheit nicht nur Informationsrechte, sondern sogar Handlungskompetenzen vorstandsähnlicher Rollen eingeklagt und durchgesetzt hat. Hier sollte man die Klarheit und Wahrheit von Handeln und Haften im Mittelpunkt belassen.

Die Formulierung kontrastiert allerdings ausgesprochen seltsam mit den übrigen Regelungen, durch die sich Kassen per Fusion aus dem Haftungsverbund quasi heraus optieren können. Da muss zunächst die Frage geklärt werden, was man will. Will man die Haftungsverbünde stärken oder will man durch Exit-Optionen Haftungsverbünde völlig neu justieren – bei letzterem bräuchte man dann eine ganz andere Form von Haftungsverbänden.

Schließlich zum Thema Fondslösung: Wir haben in den meisten Verbänden solche Beschlusslagen, die wir auch für sachgerecht halten. Ich unterstütze Herrn Voß in der Frage der Notwendigkeit von Interventionsmöglichkeiten, um genau dieses Hochrisiko, nämlich Schließungen, zu vermeiden. Wir haben das für den Ersatzkassenbereich in beiden Verbänden auch in den letzten Jahren exerziert und deshalb unterstützen wir beide Varianten. Wir sollten allerdings darauf achten, dass die Beschlüsse zur Satzung dann auch im Einvernehmen aller Beteiligten zustande kommen, um auf diese Weise die Akzeptanz eines solchen Vorgangs zu erreichen.

SV Werner Schneider (Allgemeine Ortskrankenkassen-Bundesverband): Aus der Sicht des AOK-Bundesverbandes ist zu sagen, dass diese Regelungen naturgemäß für kleinere Krankenkassen von größerer Bedeutung sind als für größere Krankenkassen. Ich meine aber, dass

das Ziel, Haftungstatbestände unter allen Umständen vermeiden zu wollen, hinterfragt werden muss. Wenn es sich um die Schließung einer Krankenkasse handelt – und das ist dann der Haftungstatbestand für verbleibende Verpflichtungen –, dann macht es auch im Vorfeld Sinn hierfür Aktivitäten zu betreiben, um eine Schließung zu vermeiden – wenn es sich lohnt. Es lohnt sich, wenn es eine gute Krankenkasse ist, wenn es eine leistungsfähige Kasse ist und die Gründe der Schließung in Bereichen liegen, die mit Beitragssatzverwerfungen, mit ungleichen Risikoverteilungen zu tun haben. Aber es macht keinen Sinn, wenn es eine marode Kasse ist, die durch Missmanagement in Verruf geraten ist und durch Missmanagement in die Leistungsunfähigkeit getrieben worden ist.

Ich denke, dass zum Kassenwettbewerb auch der Fall der Schließung gehört. Der Fall der Schließung darf nicht verteufelt werden, da wir sonst ein ganz merkwürdiges Wettbewerbsverständnis haben. Es muss also durchaus differenziert werden und ich glaube auch, dass es aus der Sicht eines Spitzenverbandes Sinn macht, die Analysen hierzu sehr sorgfältig zu betreiben. Hierzu gehört natürlich auch die notwendige Transparenz.

Wir haben heute schon die Möglichkeit, im Vorfeld eines Sanierungsfalls über § 265 a SGB V Transparenz herzustellen. Die AOK hat hierbei mit Sanierungsfällen seit etlichen Jahren Erfahrungen gesammelt. Die Vorschrift des § 265 a SGB V erlaubt es, Finanzhilfen an Bedingungen und Auflagen zu knüpfen. Das haben wir selbstverständlich in derartigen Fällen immer gemacht. Das führt dazu, dass auch Informationen der betroffenen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, dass Lenkungsausschüsse eingerichtet, Unterlagen zur Verfügung gestellt werden. Insofern praktizieren wir bereits heute das, was die Vorschrift bietet.

Eine erweiterte Fondslösung ist, insbesondere auch für die kleineren Krankenkassen, sinnvoll und erforderlich, zumal auch auf der Landesverbandsebene derartige Fälle auftreten können, die in unserem System so nicht vorkommen werden. Wir haben mit Hilfe des § 265 a SGB V im Umlageweg derartige Sanierungsprojekte immer finanzieren können, insofern benötigten wir einen solchen Fonds bislang nicht. Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Notwendigkeit hierfür in Zukunft irgendwann

einmal auftreten wird. Insofern können wir mit dieser Vorschrift sehr gut leben.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hermann und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Gesetzentwurf enthält für geöffnete Krankenkassen die Regelung „einmal offen, immer offen“. Hingegen sollen die Öffnungen der Betriebskrankenkassen privater Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen ausgeschlossen sein. Dies soll auch dann gelten, wenn solche Betriebskrankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen fusionieren. Wie bewerten Sie diese Maßnahmen?

SV Dr. Christopher Hermann: Wenn man diese Regelung richtig einordnet, dann ist sie sicherlich sehr sinnvoll. Sie ist dazu geeignet, Ebenenklarheit und Verantwortungsklarheit zu schaffen – insbesondere in Bezug auf den Teil „einmal offen immer offen“, mit der jetzt deutlichen Regelung, dass eine entsprechende Satzungs Vorschrift nicht mehr widerrufen werden kann. Gleichwohl ist klar, dass alles, was sich in diesem Teil des Gesetzentwurfs befindet und dann auch hier geregelt wird, eine kleine Lösung darstellt. Dessen muss man sich immer bewusst sein – in diesem Rahmen ist es aber konsequent.

Die große Lösung – die generelle Öffnung aller Krankenkassen, die im Wettbewerb stehen – kann man letztlich nur dann fair miteinander austragen, wenn rechtlich und faktisch gleiche Bedingungen für die am Wettbewerb Beteiligten gelten. Das wäre der funktionale GKV-Ordnungsrahmen und Wettbewerbsrahmen; aber der ist in diesem Gesetzentwurf nicht angedacht und nicht vorgesehen. Hier sind Teilkorrekturen vorgesehen an dem, was im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 gemacht worden ist und sich jetzt über Jahre in der Praxis bewährt oder eben nicht bewährt hat. In diesem Rahmen ist das, wie gesagt, völlig konsequent.

Es kann auch nicht sein, dass Wettbewerbsverzerrungen dadurch goutiert werden, dass Betriebskrankenkassen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen sich in Zukunft weiter öffnen als dies bisher der Fall war, gegebenenfalls sogar fusionieren und sich dadurch Vorteile im Kassenwettbewerb verschaffen können. Insofern ist das in der gefundenen

und vorgesehenen Regelungsdichte sehr zu begrüßen und ausgesprochen konsequent.

SV Werner Schneider (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen diese Vorschrift. Wir haben eine Bereinigung von Ungeheimtheiten, die sich damals leider in das Gesundheitsstrukturgesetz eingeschlichen hatten, seit Jahren eingefordert. Es kann natürlich in einem wettbewerblich orientierten System nicht sein, dass die Rahmenbedingungen dem Einen mehr Gestaltungsmöglichkeiten erlauben als dem Anderen und erst recht nicht, wenn Grauzonen im geltenden Recht missbräuchlich genutzt werden. Es hat nach dem Prinzip „Rein in die Kartoffeln, raus aus den Kartoffeln“ derartige Fälle gegeben, wo sich Kassen geöffnet und im Zuge von Fusionen Gestaltungsmöglichkeiten genutzt haben, die wettbewerblich wie strategisch außerordentlich interessant waren. Insofern ist diese Bereinigung sehr zu begrüßen.

Ebenfalls zu begrüßen – auch das haben wir gefordert – ist die Vermeidung einer Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Krankenkassen. Hier spielen natürlich auch die Wettbewerbsgleichheit und Rahmenbedingungen eine Rolle, die einen vernünftigen und sachgerechten Wettbewerb erlauben. Hierzu gehört nicht die Risikoselektion. Die Risikoselektion schließt letztendlich das Ziel „mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Qualität“ aus: Deswegen muss das Organisationsrecht so konstruiert sein, dass nicht nur an der Nahtstelle zwischen Krankenkassen innerhalb der gesetzlichen Kassengemeinschaft, sondern auch an der Schnittstelle zwischen PKV und GKV Gestaltungsmöglichkeiten, wie wir sie mit der zunehmenden Gründung von Betriebskrankenkassen privater Krankenversicherungsunternehmen zu befürchten haben, ausgeschlossen werden.

Das gilt insbesondere, wenn mit diesem Gesetzentwurf jetzt Kooperationsmöglichkeiten zwischen GKV und PKV noch verstärkt werden. Hierdurch verschärft sich das Problem an dieser Stelle noch. Daher sind diese Regelungen zwingend erforderlich. Sie sind Teil eines Pakets von Übergangsregelungen. Es ist zu diesem Paket ausdrücklich gesagt worden, dass im Zuge einer größeren Organisationsreform eine sauberere Lösung der Schnittstellen zu suchen ist. Das ist auch zwingend erforderlich. Es kann natürlich nicht angehen, dass langfris-

tig die einen Kassenarten über Öffnungsprivilegien verfügen und die anderen diese Gestaltungsmöglichkeiten überhaupt nicht haben. Deswegen muss eine längerfristige Lösung auch eine konsequentere Bereinigung an dieser Stelle erbringen.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Wir unterstützen diese Regelung auch, weil sie überfällig ist und den Versuch darstellt, die gleichen Wettbewerbsbedingungen anzustreben. Ich teile die Meinung, die eben vorgetragen wurde, dass dies noch nicht erreicht ist. Wir brauchen hier längerfristige Lösungen, die dies dann wirklich erreichen.

Unsere Kritik geht in diesem Zusammenhang eher dahin, dass weiterhin Lücken bleiben. Ein Beispiel: Eine neu gegründete Kasse ist nach dem Entwurf zehn Jahre geschlossen, aber eine Fusion dieser neu gegründeten Kasse unmittelbar nach Neugründung könnte genau die Öffnung bewirken, die hier in Rede steht. Auch hier ist zwar die Frage der Öffnung einer Betriebskrankenkasse einer privaten Krankenversicherung oder einer Anbieterorganisation geregelt, aber nicht die Fusionsfrage dieser Organisationen, sodass im Grunde durch strategische Optionen genau das ausgehebelt werden könnte, was man hier anstrebt. Hier gibt es also technischen Nachbesserungsbedarf, aber im Kern ist das hier notwendig und richtig.

SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband): Ein Blick in die Empirie beugt der Legendenbildung zuweilen vor. In den letzten drei Jahren hat es 60 Öffnungen von Betriebskrankenkassen gegeben. Keine davon hat die nur für den Fall der Fusion rechtstheoretisch bestehende Möglichkeit genutzt, sich wieder zu schließen. Von daher gibt es keinen Regelungsbedarf. Auch wenn es ihn nicht gibt, sind wir als Verband für diese Regelung, d. h. eine Betriebskrankenkasse, die sich geöffnet hat, muss auch immer geöffnet bleiben.

Kappt eine Kasse, die sich geöffnet hat, alle Bindungen zum Trägerunternehmen, ist sie strukturell in einer ähnlichen Situation wie alle anderen Kassenarten und nimmt keine BKK-spezifische Sonderstellung mehr ein. Und weil dem so ist, ist allerdings die zweite beabsichtigte Regelung – einen Sonderstatus für Betriebskrankenkassen der privaten Versicherungswirtschaft zu organisieren – überflüssig.

Zum einen gibt es, wenn Interessenkollisionen befürchtet werden, wirksame Regelungen im SGB IV, welche man möglicherweise über handelnde Personen auf Institutionen ausdehnen kann.

Darüber hinaus gibt es eine wirksame Aufsicht, die sicherlich darüber wacht.

Zum Anderen enthält das GMG die bereits angesprochene Möglichkeit zur Kooperation aller Kassenarten. Von daher braucht es hier Sonderregelungen zu Lasten dieses Typs von Kassen nicht zu geben, zumal, wenn man sich damit vor Augen hält, dass diese Trägerunternehmen sich mit der Öffnung von der Kasse lösen und arbeitgeberseitig keine andere Stellung haben als Arbeitgeber bei Ortskrankenkassen und Innungskassen. Bei Ersatzkassen gibt es ja keine Arbeitgeber in der Selbstverwaltung.

Aber ein weiterer Punkt ist noch wichtig. Wenn diese Regelung so wirksam werden sollte, dann führt sie in der Entwicklung dazu, dass diese Kassen im Grunde zu Haftungsfällen werden, denn sie haben keine Entwicklungschancen. Sie trocknen aus und werden dann irgendwann ein Schließungstatbestand mit Haftungsfolge. Wenn das gewollt ist, dann brauchen wir diese Regelung. Dann kann man allerdings diese Regelung anders erzeugen, nämlich auf direktem Wege, nicht auf diesem indirekten Weg.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Aus Sicht der Innungskrankenkassen kann ich mich relativ kurz fassen. Die Regelung hatte eine historische Begründung, die inzwischen überholt und hinfällig geworden ist. Faktisch ist es so, dass nahezu alle Innungskrankenkassen von der Öffnungsoption Gebrauch gemacht haben. Insofern ist es also, bezogen auf den Bereich der Innungskrankenkassen, nur ein Nachvollziehen der Kassenrealität und kann auch akzeptiert werden.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der AOK, den VdAK/AEV sowie an die Betriebskrankenkassen. Es wird überall der Wunsch geäußert, dass besonders diejenigen, die nachher die Strukturverträge schließen sollen, es nicht mit zu vielen Partnern zu tun haben möchten. Hier sitzen nun die Bundesverbände und nicht

die einzelnen Kassen, die in den Ländern möglicherweise Strukturverträge abzuschließen haben. Wie wollen Sie es angesichts der vielen Aufgaben, die durch das Gesetz auf Sie zukommen, schaffen, zu kooperieren? Wie wollen Sie vermeiden, dass es für die Leistungserbringer unübersichtlich wird? Wie wollen Sie durch Kooperation vermeiden, dass die neuen Möglichkeiten der Strukturverträge z. B. so gestaltet werden, dass dadurch der administrative Aufwand für die Kassen nicht ins Unermessliche steigt?

SV Werner Schneider (AOK-Bundesverband): Es ist notwendig, sich anzuschauen, wie der Wettbewerb insgesamt organisiert werden soll. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Einzelverträge. Beispielsweise geht es darum, welche Neubestimmungen von „einheitlich und gemeinsam“ von Seiten des Staates kommen und welche Wirkungen dann tatsächlich auf der Kassenebene ankommen. Wie werden Verträge, wie wird der Wettbewerb auf der Kassenebene individuell gestaltet – das ist die entscheidende Frage. Hier muss der Gesetzgeber die Antwort geben, wie in Zukunft die Neubestimmung von „einheitlich und gemeinsam“ mit staatlichen Rahmenvorgaben und der wettbewerblichen individuellen Situation dargestellt wird. Dann können Sie die Frage entscheiden, wie die Kassenorganisation oder die Verbändeorganisation aussehen soll. Das ist die Grundvoraussetzung dafür, um hierauf eine Antwort zu geben.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Die Frage berührt genau die Schnittstelle. Wir haben Verbände, die gleichzeitig Haftungsverbände sind, und diese Verbände sind dort, wo Kollektivverträge bestehen, quasi auch die handelnden Akteure. Auf dieser Basis brauchen wir dann die freiere Form. Die Mitglieder dieser Haftungsverbände können – aufsattelnd auf dem, was im Gesetzbuch in den Verbandsstrukturen und im Haftungsverbund einheitlich geregelt wird – selektiv, in Integration, in Modellversuchen oder in verschiedenen anderen Vertragsformen, als Einzelakteure, sich als Unternehmen auf dem Markt aufstellen.

Richtig ist, je besser der Haftungsverbund funktioniert, um so geringer die Organisationskosten für genau diese Dinge. Insofern besteht hier ein sehr wichtiger Zusammenhang und

deshalb warnen wir davor, den Haftungsverbund und die Aufgaben beizubehalten, aber gleichzeitig Exit-Optionen zu schaffen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage geht an den VdAK/AEV und an Herrn Schulte. Sie lautet: Welches Ziel verfolgen die kassenartenübergreifenden Fusionen und ist es sinnvoll, diese in einen zeitlichen Zusammenhang mit dem geplanten Start des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu rücken?

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Welches Ziel verfolgen kassenartenübergreifende Fusionen? Das weiß ich auch nicht, weil ich mir das Ziel nicht vorstellen kann. Ich halte es für kontraproduktiv im Zusammenhang mit diesem Gesetz. Wir haben gerade über die Haftungsverbände gesprochen und kassenartenübergreifende Fusionen bieten die elegante Exit-Option, um jedem Haftungsrisiko kurz vor Schadenseintritt adieu zu sagen. Damit durchbrechen Sie genau die Logik, die in dem gesamten Gesetz angelegt ist, nämlich dieses verlässlich und verbindlich und auf Dauer angelegt zu organisieren.

Unternehmenspolitisch mögen solche Fusionen für eine große Kassenart – und da muss ich jetzt die AOK nennen – ein zentrales organisatorisches, unternehmenspolitisches Interesse sein, um eine vorhandene marktbeherrschende Stellung mit ca. 45% Marktanteil, noch weiter auszubauen und alle anderen Mitbewerber in ihrer Organisationsfähigkeit so zu schwächen, dass sie Petitesse im Wettbewerb sind.

Wer Wettbewerb will, sollte sich auf verlässliche Wettbewerbsakteure stützen und diese nicht dadurch gefährden, dass marktbeherrschende Unternehmen zu Quasi-Monopolen regionaler Versorgungsansprüche werden. Das wäre etwas, was den Wettbewerb nachhaltig diskreditieren würde.

SV Gerhard Schulte: Über die Motive des Gesetzentwurfes kann ich nichts sagen. Aber es ist vielleicht der Hinweis gestattet, dass der Gesetzgeber häufig, wenn er sich einer Sache nicht sicher ist, den Eintritt eines Ereignisses in die Zukunft verschiebt. Und nicht selten sind solche Regelungen in der Zwischenzeit dann aufgehoben worden.

In der Tat stärkt eine solche verbandsübergreifende Fusionsmöglichkeit ohnehin regional vorhandene Monopole. Wenn Sie im Sinne des Wettbewerbs davon ausgehen, dass Monopole ab einem Marktanteil von über 30% vorhanden sind, dann sind natürlich erst recht Entwicklungen, die in den letzten Jahren korrigiert worden sind, dass einzelne Krankenkassen in einer Region einen Marktanteil von mehr als 50% erreichen, unter Wettbewerbsaspekten abzulehnen, unabhängig davon, was diese Regelung ansonsten für einen Sinn hätte haben sollen.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage geht an die AOK und an die BKK. Erstens: Wenn es zu kassenartenübergreifenden Fusionen kommt, sollte dann nicht gerade im Sinne von Wettbewerb auch Wahlfreiheit eingeführt werden? Das heißt, wenn wir bei dem Beispiel AOK/BKK bleiben, dass natürlich auch die BKK nicht automatisch – wie es jetzt vorgesehen ist – dem AOK-Bundesverband zugeschlagen wird, sondern auf Verbandsebene die fusionierte Kasse sich dann im Rahmen der Wahlfreiheit überlegen könnte, welchem Verband sie angehören will.

Zweitens: Wie sehen Sie den Zusammenhang für die Versicherten, wenn man vorher Mitglied einer BKK war, dass man in diesem Fall keine Entscheidungsfreiheit und kein besonderes Kündigungsrecht der Versicherung hat? Sollte so etwas nicht eingeführt werden?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Wenn kassenartenübergreifende Fusionen im Gesetz stehen sollten, dann ist aus Haftungsgründen notwendig, dass eine Regelung vorgegeben wird. Ansonsten könnte ein Selektionsmechanismus greifen, der Manipulationen hervorriefe. Für den Fall, dass eine kassenartenübergreifende Fusion im Gesetz stünde, wäre es notwendig, die Regelung so zu formulieren, wie sie jetzt in dem Gesetzentwurf enthalten ist.

SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband): Ausgangspunkt ist, dass wir diese Regelung ablehnen. Aber wenn sie nicht zu verhindern ist, dann wäre es schon eine Überlegung, dass die beteiligten Kassen ohne die gesetzlichen Zwänge die Möglichkeit haben, zu bestimmen,

welcher Kassenart sie künftig angehören. Sonst läuft es darauf hinaus, dass die Kasse, die gegenwärtig die größte ist, am Ende des Prozesses auch diejenige ist, die als Monopolist überlebt. Dann gibt es keinen Wettbewerb mehr.

Wir sind als BKK-Bundesverband der Auffassung, wenn die Fusion zu einer Beitragssatzanhebung führen sollte, sollten die Sonderkündigungsrechte auch für die Versicherten gelten, genauso wie es bei einer Beitragssatzanpassung ohne Fusion wäre.

Abg. Hildegard Müller (CDU/CSU): Ich habe Fragen an die AOK, den VdAK/AEV sowie an die BKK: Der Konzentrationsgrad bei AOK und Ersatzkassen ist bereits sehr hoch. Sind Sie der Meinung, dass dieser durch die vorgeschlagenen Regelungen noch weiter gefördert wird? Wieso sollten kassenartenübergreifende Fusionen diesen noch fördern und welche Konsequenzen erwarten Sie aus diesen Maßnahmen?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Erstens, eine Neuorganisation der Kassen mit kassenartenübergreifenden Fusionen ist kein Selbstzweck, sondern man verfolgt damit Versorgungsziele. Die entscheidende Frage ist, mit welcher Organisation kann ich die Versorgungsziele am besten erreichen. Hier geht es darum, leistungsfähige Einheiten zu schaffen, die in der Lage sind, den Bedarf in der Region, dort wo er entsteht, sicherzustellen.

Wir hatten bereits in den letzten Jahren einen Kassenkonzentrationsprozess. Wir haben zurzeit 350 Krankenkassen und können davon ausgehen, dass 350 Krankenkassen nicht notwendig sind, um die Versorgungsziele, über die man sich noch verständigen müsste, zu erreichen.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Zur Empirie: Jede AOK in einem Bundesland ist ein Unternehmen pro Land – in Nordrhein-Westfalen noch zwei Unternehmen. Der Marktanteil beträgt zwischen 45 und 55 %. Definitionsgemäß ist sie schon heute ein marktbeherrschendes Unternehmen. Es gibt von zwölf Ersatzkassen nur drei, die zwischen 5 % und 10 % Marktanteil haben, die Barmer, DAK, TK. Alle anderen haben unter 3, 2 und 1 % Marktanteil. Dort können Sie schon bei

diesen Marktanteilen in keiner Weise von hohen Konzentrationen reden. Die IKK und BKK will ich jetzt gar nicht in den Marktanteilen darstellen, diese liegen regelmäßig unter 1 %.

Dieses ist genau das Problem. Es geht bei den eben von mir einleitend genannten Kassen vergleichsweise um Unternehmen mit einem Marktanteil von 50 % innerhalb eines Konkurrenzsystems mit Kassen mit max. 10 % Marktanteil. Alles Andere sind vernachlässigbare Marktanteile, die überhaupt keine Möglichkeit schaffen würden, Vertragskompetenz, Steuerungsfragen, vielfältige Organisationsfragen an diesem Benchmark von 50 % Marktanteil auch nur annähernd ähnlich zu organisieren oder marktdurchdringend wirksam zu werden.

Das ist das Problem bei der Fusion. Hier entstehen genau die strategischen Optionen, um diese marktbeherrschenden Stellungen zu Lasten des Wettbewerbs und zur Vernichtung des Wettbewerbs weiter auszubauen: Das geht auf 55 %, 60 % Marktanteil und zwingt uns im Grunde wiederum alle, zu versuchen, Marktanteile zu aggregieren und damit Kartellstrukturen zu bilden.

Jede wettbewerbliche Idee wird mit einem solchen Ansatz getötet. Dies kommt durch die Hintertür eines vermeintlichen Wettbewerbsmodells nach dem Motto: „Lasst doch mal Fusionen zu“. Dies kann in diesem System mit klaren Haftungszuweisungen nur zu einer zentralen Monopolisierung führen. Daher müsste sofort ein neuer Haftungsverbund kreiert werden, weil die alten Haftungsverbände – von Exit-Optionen bedroht – keine Haftungen mehr wahrnehmen können. Dann sind sie bei einer großen Einheitslösung, beim Dachverband. Ich werde die Vermutung nicht los, dass einigen Autoren im Hintergrund dies immer noch als Idealwelt vorschwebt und zwar zu Lasten jeder Form von wettbewerblicher Orientierung im System.

SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband): Wenn man Monopole oder zumindest Oligopole in Kauf nehmen und echten Wettbewerb ausschließen will, dann macht man das mit den kassenartübergreifenden Fusionen mit Wirkungen, die Herr Rebscher zutreffend beschrieben hat. Es ist auch nicht so, dass die mitgliederbezogene Größe einer Kasse Garantie ist für Leistungsfähigkeit – auch dann nicht, wenn es um anspruchsvolle Versorgungsauf-

gaben geht. Das können auch kleinere Einheiten in Vielfalt durch intelligente Kooperation und strategische Allianzen bewirken. Dazu braucht man nicht diese Mammutveranstaltungen.

In Bezug auf den Konzentrationsgrad ist es im AOK-Bereich so, dass für neun Kassenärztlichen Vereinigungen – als ein Vertragspartner für den ambulanten Sektor – der Konzentrationsgrad auf eine Marktmacht von über 40 % hinaus läuft und für den Bereich Südwürttemberg sogar auf über 50 %.

Dies sind Dinge, die für den Wettbewerb absolut kontraproduktiv sind und die man sehen sollte, wenn man das Thema kassenartübergreifende Fusionen weiter anpackt. Das verhindert Wettbewerb, Vielfalt und schafft singuläre Strukturen.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die BDA, den DGB und den Sachverständigen Gerhard Schulte: Wie beurteilen Sie die im Antrag der Fraktion der CDU/CSU aufgestellte Forderung, die bisher praktizierte Sozialwahl durch eine Versichertenwahl abzulösen und dazu auch Patienten-, Selbsthilfe- und Versichertenorganisationen zuzulassen?

SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund): Diese Forderung möchten wir so beantworten: Die bisherige soziale Selbstverwaltung mit den Trägern der Arbeitgeber und Versicherten hat die Gewähr dafür geboten, dass aus unterschiedlichen Ansätzen eine gemeinsame Verantwortung für das Gesamtsystem getragen werden konnte. Das möchten wir beibehalten.

Eine andere Frage ist, wie Patientenorganisationen und -vertretungen mit ihrem Sachwissen an geeigneter Stelle in das System einbezogen werden können, beispielsweise mit Mitwirkungsrechten in den Bundesausschüssen. Das ist eine ganz andere Frage. Dort sind sie sachlich kompetent. Würden sie sozusagen als so etwas wie eine dritte Bank mit in die Sozialwahlen einbezogen, stellen sich zudem auch Legitimationsfragen, denn sie repräsentieren in aller Regel kleinere Gruppen, die spezielle Interessen haben, und diese Interessen sind nicht zu verallgemeinern.

SV Gerhard Schulte: Ich teile die Auffassung des DGB zu dieser Frage nicht. Es geht zunächst um eine Gleichstellung von Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen und Versicherungsorganisationen mit den Gewerkschaften, die bei der Aufstellung zur Wahl der Verwaltungsräte im Augenblick allein privilegiert sind. Wenn man Versichertenrechte stärken will, dann muss man zunächst einmal auch den Versichertenverbänden eine Möglichkeit einräumen, in den Selbstverwaltungsorganen der GKV ausreichend platziert zu sein. Es wird gleichwohl auch in diesem Fall erforderlich sein, dass eine aufgestellte Liste etwa von Patientenorganisationen von den Mitgliedern der GKV gewählt werden muss, insoweit geht es zunächst um eine Gleichstellung zur Wahl. Das ist in jedem Fall zu begrüßen.

Ich möchte noch Folgendes ergänzen: Wenn man Versichertenlisten im Rahmen der Wahlen stärken will, dann muss man gleichzeitig die Friedenswahl abschaffen, denn Friedenswahlen sind unter heutigem Demokratieverständnis auch in der GKV nicht mehr zu rechtfertigen und an Friedenswahlen sind immer die gleichen Gruppen beteiligt. Ich will sie jetzt im Einzelnen nicht nennen.

Insofern meine ich, wäre es eine konsequente Verbesserung der Versichertenrechte, wenn man Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen und Versichertenverbänden das Recht zur Aufstellung von Vorschlagslisten für die Sozialwahlen gibt, damit neue Mehrheitsverhältnisse in den Verwaltungsräten der GKV hergestellt werden können.

Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband, das Bundesversicherungsamt und Herrn Schulte. Durch die geplanten kassenartenübergreifenden Fusionen könnte es doch sein, dass die AOK unter die Aufsicht des Bundesversicherungsamts kommt, denn eine AOK bräuchte nur mit einer kleinen, aber bundesweit geöffneten BKK fusionieren. Daher frage ich, ob das sinnvoll und rechtlich machbar ist oder sollte im Gegenteil nur noch ein individuelles Landesaufsichtsrecht gelten?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Die AOK fühlt sich unter Rechtsaufsichtsas-

pekten bei den Länderaufsichten gut aufgehoben. Wir sehen keinen Grund, hier eine Änderung herbeizuführen. Wenn kassenartenübergreifende Fusionen im Gesetz stehen, dann müssten hier entsprechende Neuregelungen geschaffen werden.

SV Dr. Uwe Markus (Bundesversicherungsamt): Aus der Sicht des Bundesversicherungsamts würde ich das anders beurteilen, denn so wie es im Gesetz oder im Gesetzentwurf vorgesehen ist, sollte es auch bleiben, weil dieses eine stimmige Gesamtkonzeption darstellt. Wenn eine AOK in dieser besonderen Konstellation unter die Aufsicht des Bundesversicherungsamts fiele, dann würde es aus unserer Sicht auch für die AOK nicht zu einer Schlechterstellung kommen. Sie würde in das Gesamtgefüge integriert werden.

SV Gerhard Schulte: Wenn Sie sich einmal den Fall vorstellen, dass eine Ortskrankenkasse mit drei Millionen Mitgliedern mit einer Betriebskrankenkasse fusioniert, die 2.000 Mitglieder in vier weiteren Bundesländern hat, dann würde nach der jetzigen Regelung die Aufsicht auf das Bundesversicherungsamt übergehen. Gleichwohl bleibt aber die AOK eine regionale Krankenkasse, die im Übrigen im Vertragsbereich mit regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge schließt, die wiederum im Augenblick von der Länderaufsicht sowohl auf der Ärzte- als auch auf der Krankenkassenseite im Einzelnen aufsichtsrechtlich zu bewerten sind. Von daher meine ich, wenn man kassenartenübergreifende Fusionen in dem Sinne zulässt, dann muss in der Tat auch die Frage der Zuständigkeit der Aufsicht neu geregelt werden.

Es geht im Übrigen in diesem Bereich um die Frage: Brauchen wir mehr Einheitlichkeit im Aufsichtshandeln? Dies ist sicherlich berechtigt. Wir haben sowieso eine Entwicklung hin zur Bundesaufsicht, die sich im BKK-Bereich sehr deutlich zeigt. Durch Fusionen wechseln faktisch alle Betriebskrankenkassen zeitlich in die Aufsicht des Bundesversicherungsamts.

Ich kann aus der Landeserfahrung sagen, dass in vielen Bereichen die Landesaufsicht näher an dem Problem ist und dass das Bundesversicherungsamt bisher – und das verstehe ich gut bei den großen Problemen der großen Kassen,

die seiner Aufsicht unterliegen – zu wenig Mühe auf regionale Aspekte verwandt hat. Von daher würde ich es grundsätzlich für wenig sinnvoll halten, wenn Landesaufsichten weiter geschwächt würden.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BDI, die BDA, die BKK und die IKK. Welchen Zweck verfolgt das Moratorium für die Errichtung und Öffnung von BKK'en und IKK'en? Herrn Schulte möchte ich zusätzlich fragen: Welchen Vorschlag könnte man alternativ für die Neuerichtung unterbreiten, sollten generell alle Krankenkassen geöffnet werden?

SV Dr. Heinrich Höfer (Bundesverband der Deutschen Industrie): Der BDI spricht sich eindeutig für möglichst viel Wettbewerb im gesamten Gesundheitssektor aus. Deswegen sind wir dafür, dass es auch bei der Errichtung neuer Krankenkassen möglichst freizügig zugeht.

SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband): Zum funktionierenden Wettbewerb gehört aus der Sicht der Ortskrankenkassen, dass es auch Organisationskassen gibt, die mangels Leistungsfähigkeit schließen, weil sie schlecht gewirtschaftet haben. Aber dazu gehört auch, dass eine Erneuerung möglich ist. Das lässt sich nur machen, indem auch Errichtungen möglich sind, es muss auch möglich sein durch Öffnungen. Das wäre wettbewerbsgerecht. Alles Andere ist wettbewerbsfeindlich und schmälert auch die Wahlrechte der Versicherten, das kann nicht befürwortet werden, wir sind dagegen.

SV Gernot Kiefer (BKK-Bundesverband): Ein Moratorium für die Errichtung und Öffnung BKK'en und IKK'en einzuführen, mutet unter Wettbewerbsgesichtspunkten und -prinzipien eigentümlich an. Eigentümlich deshalb, weil man offensichtlich der Auffassung ist, dass keine weiteren Marktteilnehmer in den Markt kommen sollen. Die Motivationslage, die dahinter steht, ist natürlich die, dass man vielleicht neben einer Wettbewerbssystematik auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung schauen muss, dass Wettbewerb an sich sozusagen kein Selbstzweck ist, sondern dass es darauf ankommt, Strukturen zu

haben, die im Wettbewerb Stabilität bringen können und ein Stück weit auch die Versicherten und Arbeitgeber nicht permanent mit den üblichen Vorgängen in wettbewerblichen Märkten konfrontieren müssen.

Insoweit sind wir der Meinung, dass hier eine rein wettbewerbliche Betrachtungsweise nicht unbedingt die ausschließlich richtige ist. Ich habe den Eindruck, dass, wenn man die reale Situation betrachtet, die Versicherten zwischen mehr als 300 Krankenkassen wählen können, sodass aus dem Blickwinkel der Versicherten eine hinreichende Wahl- und Dispositionsmöglichkeit gegeben ist. Von daher ist es eigentlich nicht zwingend notwendig, weitere Marktteilnehmer zuzulassen.

Gleichwohl ist es unter wettbewerbstheoretischen Gesichtspunkten ein Regelverstoß. Es dient natürlich auch dazu, ein Stück weit eine temporäre Risikoselektion zu unterbinden, wenn neu gegründete Krankenkassen eine Versichertengemeinschaft akquirieren, die günstige Risiken darstellen und deshalb günstigere Beitragssätze anbieten können. Mit Blick auf die Stabilität des Gesamtsystems halte ich das für akzeptabel.

SV Gerhard Schulte: Wenn die Schließung einer Krankenkasse zum Wettbewerb gehört, dann muss auch die Möglichkeit der Errichtung von Krankenkassen bestehen. Wir haben in den letzten Jahren gesehen, dass der Wettbewerb zu einer gewaltigen Bereinigung der Zahl der Krankenkassen geführt hat. Dieser Prozess ist nicht zu Ende. Es wird sich irgendwann die Situation ergeben, dass eine Ortskrankenkasse geschlossen werden muss. Es hat im Grunde in der Vergangenheit durchaus Situationen gegeben, wo möglicherweise von dieser Option hätte Gebrauch gemacht werden sollen. Weshalb soll dann nicht irgendwann die Möglichkeit bestehen, eine Ortskrankenkasse neu zu errichten? Daher sind die Innungs- und Betriebskrankenkassen in Bezug auf die Errichtungen gegenwärtig privilegiert.

Ich meine, man sollte nicht das Errichtungsverbot aus Gleichbehandlungsgründen einführen, sondern sich eher überlegen, ob es nicht wieder Errichtungsmöglichkeiten für Orts- und Ersatzkassen geben sollte. Das würde konsequent zum Wettbewerb gehören.

Man muss natürlich in der Tat unter dem Aspekt der Neuerrichtung und der damit verbundenen Hoffnungen für diejenigen, die solche Errichtungen durchführen, sagen, dass große Sorgfalt auf den ersten Beitragssatz einer neu errichteten Krankenkasse gelegt werden muss. Wir wissen, dass die privaten Krankenversicherer mit anfänglich sehr günstigen Beitragssätzen ein Potenzial schaffen und sich dann im Laufe der Jahre bei diesen Rückschläge zeigen.

Wenn es eine weitere Alternative zur sinnvollen Einordnung von Errichtungen im Wettbewerbssystem geben sollte, dann meine ich, müssten die Aufsichten, die auch den Beitragssatz zu genehmigen haben, unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs ein sehr großes Gewicht auf die Prüfung der Angemessenheit des Beitragssatzes bei der Neuerrichtung legen, damit insoweit Risikoselektionen in den Anfangsjahren vermieden werden können.

Zur Frage, ob generell alle Krankenkassen geöffnet werden sollten: Das wäre jedenfalls konsequent. Einen Handlungsbedarf sehe ich allerdings nicht. Beispielsweise sind weniger als 15 % der BKK-Versicherten heute noch in geschlossenen Betriebskrankenkassen versichert und die Öffnungswelle ist auch nicht abgeschlossen.

Ich glaube, dass man sich in einigen Jahren über diese Frage überhaupt nicht mehr wird unterhalten müssen, weil es ohnehin nur noch geöffnete Krankenkassen einschließlich der Betriebs- und Innungskrankenkassen gibt.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe noch eine kurze Nachfrage an den BKK-Bundesverband. Welche Zukunft sehen Sie für Ihre Kassenart, wenn fusionierte Kassen grundsätzlich der Kassenart des größeren Fusionspartners zugeschlagen werden?

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Um im Bild der Technik zu bleiben: Düster. Aber nicht nur für Betriebskrankenkassen, sondern für alle Kassen, die nicht die größte Kasse sind, weil es darauf hinausläuft, dass Konzentrationsprozesse nach den Mechanismen verlaufen, die zu Gunsten der jetzt größten Kasse einsetzen. Das geht zu Lasten aller anderen Kassen und damit verschwindet Vielfalt. Damit haben wir monopolartige Situatio-

nen oder den Monopolisten schlechthin und das zerstört die Gliederung der Vielfalt und lässt Wettbewerb letztendlich gar nicht mehr zu.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den VdAK/AEV, an das Bundesversicherungsamt und an Herrn Schulte. Halten Sie im Hinblick auf die Verbindlichkeiten einzelner Kassen am privaten Kapitalmarkt die Haftungsregelung für ausreichend? Was passiert, wenn eine Krankenkasse mit einem hohen Schuldenstand keinen Konsolidierungskurs einschlägt bzw. dieser nicht erfolgreich ist, weil durch steigende Beitragssätze die Mitgliederverluste eintreten und Möglichkeiten, Leistungen einzuschränken, nicht gegeben oder kaum vorhanden sind? Welche Instrumente werden auf Verbandsseite und Aufsichtsebene gegenwärtig zur Lösung dieses Problems genutzt?

SV **Herbert Rebscher** (VdAK/AEV): Ich halte die Regelungen, die wir vorhin im Zusammenhang Informations- und Beratungsrechte und Fondsmöglichkeit benannt haben, um Haftungsrisiken auszuschließen, in dem Sinne für wichtig und richtig und ich kann Ihnen quasi aus der realen Situation meiner beiden Verbände sagen, dass wir eine solche Maßnahme in den letzten fünf Jahren in vier Fällen durchgeführt haben.

Mit Erfolg und mit großer Kooperation vor allem der jeweils in beiden Verbänden beteiligten Mitgliedskassen konnten Probleme überwunden, Konsolidierungsstrategien gemeinsam erarbeitet werden und schließlich mit sehr großer Bereitschaft die notwendigen Informationen auch zur Verfügung gestellt werden. Es konnten schließungsbedingte Folgen insoweit auch abgefedert werden.

An so einem Beispiel sehen sie sehr konkret die Haftungskonsequenz, denn ich habe im Moment im Bereich des Arbeiterersatzkassenverbandes für eine 1993 oder 1994 geschlossene Kasse die Pensionsverpflichtungen für eine große Zahl Versorgungsberechtigter, welche die Mitgliedskassen dieses Verbandes aufbringen müssen. Hier sehen Sie, wie gefährlich es wäre, Haftungsverbände in Frage zu stellen, die sehr konkrete Haftungsfunktionen und -anlässe haben.

SV Dr. Uwe Markus (Bundesversicherungsamt): Wenn das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit festgestellt hat, dass die Finanzkraft einer Kasse nicht ausreichend ist, haben wir wiederholt versucht, über eine Anhebung der Beitragssätze das finanzielle Vermögen der Kasse zu steigern. Diese Bemühungen des Bundesversicherungsamtes waren in der Vergangenheit bekanntlich von unterschiedlichem Erfolg.

SV Gerhard Schulte: Ich darf zunächst darauf hinweisen, dass eine Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung rechtlich ausgeschlossen ist und dass dies eigentlich über Jahrzehnte auch einigermaßen konsequent eingehalten wurde. Wir haben vor Beginn des Wettbewerbs sehr hohe Beitragssätze bei einzelnen Kassenarten gehabt. Sie haben auch diese hohen Beitragssätze überlebt. Mit dem Wettbewerb haben wir zunächst massive rechtswidrige Verschuldungen von Krankenkassen festzustellen.

In dem Kontext muss man leider sagen, dass die Aufsichten in dieser Frage häufig nicht über den ausreichenden Biss und teilweise auch nicht über den ausreichenden Sachverstand verfügen, um solchen Entwicklungen im Kontext mit der Genehmigung von Haushalten und Jahresrechnungen rechtzeitig zu begegnen. Ich muss leider auch sagen, dass die Verschuldung von Krankenkassen von Aufsichten z. T. gefördert wurde. Das ist zunächst die Ausgangssituation.

Es ist nun im Wettbewerb zweifelsohne so, dass eine Krankenkasse trotz eines guten Managements in eine Situation geraten kann, bei der man innerhalb des Sanierungsprozesses im Ergebnis feststellt, dass die Krankenkasse wettbewerblich nicht weiterzuführen ist und geschlossen werden muss. Gleichwohl möchte ich in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass wir auch eine Reihe von Hindernissen haben, die Strategien sehr erschweren. So sind unterjährige Beitragserhöhungen erschwert, obwohl es dafür eigentlich keinen Grund gibt. Wenn sich beispielsweise in der Mitte des Jahres – im Kontext des Risikostrukturausgleichs – Handlungsbedarf herausstellt, kann nur unter erschwerten Bedingungen der Beitragssatz erhöht werden.

Gerade vor diesem hohen Risiko ist es auch nicht sinnvoll, dass die Höchstrücklagen der gesetzlichen Krankenversicherungen gesetzlich eingeschränkt sind. Man kann keine vernünftige Vorsorge für kritische Situationen treffen, die durch Abwanderungsgefahr im Rahmen der Beitragserhöhung bestehen. Hier müsste man überlegen, ob man es nicht der Selbstverwaltung einer Krankenkasse überlässt, eine eigene Entscheidung darüber zu treffen, in welcher Höhe Rücklagen gebildet werden sollen.

Nun zu dem von Ihnen angesprochenen Fall einer Krankenkasse, die etwa über einen Anteil von 40 % Rentnern verfügt – wir haben im Durchschnitt in den gesetzlichen Krankenversicherungen inzwischen einen Rentneranteil von 33 %: Wenn sie am 1. April eines Jahres den Beitrag erhöhen, dann wird die Beitragserhöhung für die Rentner am 1. Juli des Folgejahres, also 15 Monate später, wirksam. Das heißt, sie können mit einer Beitragserhöhung häufig denjenigen Teil ihrer Mitglieder, die dazu beigetragen haben, dass sie den Beitrag erhöhen müssen, überhaupt nicht in die Beitragserhöhung einbeziehen. Stattdessen müssen sie die Arbeitnehmer – im Zweifel sogar doppelt so hoch – belasten, um die Beitragserhöhung wirksam werden zu lassen. Dies ist ein Problem, das 1992 ein damals nur für die Rentenversicherung zuständiges Ministerium dem damals nur für die Krankenversicherung zuständigen Ministerium aufgezwungen hat. Da die Verantwortung inzwischen wieder einem Ministerium obliegt, bitte ich darüber nachzudenken, ob man der Krankenversicherung faire Möglichkeiten einräumen sollte, um hierauf auch einzugehen.

Im Übrigen halte ich die Möglichkeit, die aufgrund von zu geringen Einnahmen bedingte finanzielle Grundlage der GKV durch Beitragserhöhung anstatt durch Darlehensaufnahme zu sichern, für sinnvoll. Alle Fälle von ernsthaften Situationen der GKV in den letzten Jahren sind dadurch entstanden, dass Vorstände von Krankenkassen geglaubt haben, sie könnten durch Darlehensaufnahme die Zeit überbrücken, weil angeblich im nächsten Jahr Wunder passieren – und sei es durch einen Gesetzentwurf. Im nächsten Jahr mussten sie dann feststellen, dass sich die Situation keineswegs geändert, sondern eher verschärft hat. Wenn sie ein gewisses Stadium einmal überschritten haben, dann wird sich in der Tat die Spirale drehen, die Sie geschildert haben. Dann

müssen im Rahmen des Haftungsrechts diejenigen, die sich vernünftig verhalten und rechtzeitig Beiträge angehoben haben, den Schaden bezahlen, den diejenigen angerichtet haben, welche durch Darlehensaufnahme glaubten, sie können sich über die Runden retten. Hier gibt es in der Tat einen großen Handlungsbedarf und leider sehe ich in dem Gesetzentwurf zu diesem Problem annähernd nichts.

Abg. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die GRÜNEN): Ich habe an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten eine Frage, die sich auf die künftige Struktur der kassenärztlichen Vereinigungen bezieht. Im Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen ist vorgesehen, dass der Anteil der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin bei 10 % in den Vertreterversammlungen von KBV und KV'en festgelegt ist und von dem für die Hausärzte neu eingeführten Verhältniswahlrecht ausgeschlossen ist. Welche Position hat ihr Verband dazu?

Sve Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.): Die Verbände der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind in diesem Punkt einhellig der Auffassung, dass die Begrenzung auf 10 % nicht fachgerecht ist, weil die Zahl der Mitglieder dieses Versorgungsbereichs dadurch nicht in sämtlichen Gremien der KV'en angemessen abgebildet wird. Wir stellen uns ein ähnliches Modell wie bei den Hausärzten vor, eine Abbildung entsprechend des Mitgliederanteils in den Vertreterversammlungen. Dies sollte auch für die Psychotherapeuten gelten, und zwar explizit für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowie auch für die ärztlichen Psychotherapeuten, die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

Wir haben alle zusammen ein Tätigkeitsprofil, das sich von dem der Hausärzte und Fachärzte sehr deutlich unterscheidet. Das Verhältniswahlrecht sollte auch für die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten gelten. Es ist nicht angemessen, eine Sonderregelung für diese Berufsgruppe fortzuführen, die sie in der Wahrnehmung ihrer Rechte einschränkt.

Abg. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die GRÜNEN): Noch eine Frage an Frau Dr. Clever: Gibt es weitere Bereiche, in denen die Verbände aus dem psychotherapeutischen Umkreis die Strukturen der KV'en noch für veränderungsbedürftig halten?

Sve Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.): Für uns wäre es sehr wichtig, dass wir auf allen - auch regionalen - Ebenen der KBV bzw. KV'en adäquat repräsentiert sind. Wir möchten, wie es jetzt für die Hausärzte geregelt ist, dass entsprechend der Mitgliederzahl, also der Leistungserbringerzahl, in den regionalen KV'en die Mitglieder in die Vertreterversammlungen entsandt werden können.

Wir möchten weiterhin, dass jeder Versorgungsbereich – der hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische – mit je einem Vertreter in den Vorständen der KBV und der KV'en repräsentiert ist. Im Rahmen der KBV-Satzungsreform ist angedacht, dass möglicherweise die Vorsitzenden der jeweiligen Fachausschüsse die Vertreter sein können. Diesen Ansatz halten wir für sinnvoll. Wichtig ist, dass in den Gremien ein Psychotherapeut Mitglied ist.

Die Hausärzte wählen ihre Vertreter in den Fachausschuss – das möchten wir auch. Wir möchten nicht, dass andere Arztgruppen unsere Vertreter wählen. Darüber hinaus möchten wir in den anderen Ausschüssen, wie dem Bewertungsausschuss oder dem Bedarfsplanungsausschuss, in dem bisher überhaupt kein Psychotherapeut mit eingebunden ist, in angemessener Zahl vertreten sein.

Abg. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die GRÜNEN): Dann komme ich zu den Strukturen der Kassen. Zur Frage der kassenartenübergreifenden Fusionen würde ich gerne die Position des IKK-Bundesverbandes hören.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Ich möchte noch einmal die Frage beleuchten, die auch von dem Kollegen des AOK-Bundesverbandes gestellt worden ist. Kassenartenübergreifende Fusionen sind kein Selbstzweck, sondern müssen die Funktion haben, entweder eine qualitativ bessere oder wirtschaftlichere Versorgung zu schaffen. An die-

sem Maßstab gemessen kommt man zu dem Ergebnis, dass sie überhaupt keinen Nutzen stiften oder sogar kontraproduktiv sind. Wie bereits ausgeführt, muss es darum gehen, die Strukturen gerade auch auf die Situation auszurichten, dass die Krankenkassen mehr als in der Vergangenheit neue Versorgungsformen etablieren sollen. Es muss auch noch einmal deutlich gemacht werden, dass entgegen der Behauptung, die Option der kassenartenübergreifenden Fusion eben nicht mehr Wettbewerb schaffen würde, sondern wir in eine Situation der Oligopol- oder Monopolbildung kämen. Alle Rhetorik, die besagt, dass wir Freiheiten mit dem Ergebnis eines intensiveren Wettbewerbs schaffen, ist eben nur Rhetorik.

Gestern haben wir vom Vertreter des Bundeskartellamts gehört, dass viele Änderungen auch unter kartellrechtlichen Bedingungen zu betrachten sind. Zweifelsohne ist es so, dass die kassenartenübergreifende Fusion unter kartellrechtlichen Gesichtspunkten höchst problematisch ist. Schon heute haben wir die Situation, dass in den Regionen Strukturen bestehen, wo der Wettbewerb insgesamt gering ist und nur deshalb aufrechterhalten werden kann, weil wir neben den Ortskrankenkassen Kassenverbände haben, die handeln. Der Vorschlag ist eine Ablenkung von den eigentlichen Hauptaufgaben, nämlich die Veränderung der Versorgungsstrukturen, die Steigerung der Qualität.

Ich muss noch auf einen weiteren Punkt hinweisen: Es hat in den letzten zehn Jahren eine massive Veränderung der Organisationsform der Krankenkassen stattgefunden. Wenn man sieht, welche Notwendigkeiten aus dem derzeit diskutierten Gesetzentwurf resultieren, kann man sicher sein, dass Organisationsveränderungen von allein, nur durch die Einsicht in die Kooperation, stattfinden werden. Interventionistische Eingriffe sind deshalb nicht notwendig.

Abg. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die GRÜNEN): Eine Frage an den AOK-Bundesverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Für die Entscheidungsfindung von Schiedsgremien sind neue Regelungen eingeführt worden. Wie beurteilen Sie diese?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Im Kern geht es um zwei Vorschriften: Um die Änderung des § 89 und die des § 87 SGB V.

Die Reform des § 87 SGB V, also das Recht, Entscheidungsprozesse wieder in Bewegung zu bringen, begrüßen wir. Wir unterstützen nicht die Ermächtigung des BMGS zur Beanstandung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und zur Ersatzvornahme. Das ist mit dem Prinzip der Selbstverwaltung nicht vereinbar. Darüber hinaus ist es nicht nachvollziehbar, weshalb über der Rechtsaufsicht auch eine Fachaufsicht stehen soll.

Zu den Schiedsämtern – in § 89 SGB V geregelt – sagen wir, dass diese ein Instrument sind, welches die Einigungsfähigkeit stärkt. Es ist auch sinnvoll, die Kompetenzerweiterung für die unabhängigen Schiedsämter vorzusehen. Diesem Vorschlag wird zugestimmt. Es ist dann auch eine sinnvolle Konsequenz, dass das BMGS eine Ersatzvornahme vornehmen kann. Diese Regelungen werden im Kern dazu beitragen, dass der Einigungsdruck bei allen Beteiligten steigt. Dies ist zu begrüßen.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Konfliktlösungsinstrumente sollen gewährleisten, dass es zu Entscheidungen in der Selbstverwaltung kommt und diese nicht blockiert werden können. Von daher ist es richtig, dass wir Regelungen bekommen, durch die z. B. beim Bundesausschuss oder bei anderen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung für den Fall der Nichteinigung – notfalls auch mit den Stimmen der unparteiischen Mitglieder – ein Beschluss herbeigeführt werden kann. Wir haben in der Vergangenheit mehrfach erlebt, dass Beschlüsse nicht zustande kamen, weil sich die Partner nicht einigten und auch mit den Unparteiischen keine Mehrheit zustande kam. Diese Blockade muss aufgelöst werden, sodass dann die Unparteiischen die Entscheidung allein treffen müssen. Wir sind auch der Meinung, dass die Aufsichtsbehörde ein Initiativrecht gegenüber den Schiedsinstanzen erhalten sollte, also das Recht, selber das Schiedsamt anzurufen.

Was wir nicht wollen – und hier schließen wir uns dem AOK-Bundesverband an – ist eine Ablösung der Rechtsaufsicht des BMGS durch eine Fachaufsicht. Wir sind der Meinung, dass Selbstverwaltung nur funktionieren kann, wenn sie eigenständig auch fachliche Entscheidungen treffen kann. Diese mögen un bequem sein. Die Aufsicht muss sich aber auf die rechtliche Prüfung solcher Beschlüsse reduzie-

ren und kann sich nicht an die Stelle von Selbstverwaltung setzen.

Abg. **Birgitt Bender** (Bündnis 90/Die GRÜNEN): Meine Frage bezieht sich auf die geplante Änderung bei den Verwaltungskosten für die Knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner. Dazu möchte ich einen Vertreter der AOK hören.

SV **Michael Weller** (AOK-Bundesverband): Für das AOK-System möchte ich darauf hinweisen, dass die wettbewerblichen Rahmenbedingungen so geordnet sein müssen, dass es nicht zu Beitragsatzverwerfungen durch Privilegien einzelner Kassen oder Kassenarten kommt. Die Tatsache, dass ein dritter Träger die Verwaltungskosten des Personals einer Krankenkasse trägt, führt zu Beitragsatzvergünstigungen in einer wettbewerbsrelevanten Größenordnung. Der Verwaltungskostenanteil liegt bei etwa 5 %. Von daher haben wir gefordert, dass diese Situation bereinigt wird, nicht nur bei der Bundesknappschaft, sondern auch bei den Betriebskrankenkassen. Wir begrüßen deshalb sehr die vorgesehenen Änderungen.

Nicht nachvollziehen können wir die für die Bundesknappschaft vorgesehene Übergangsfrist – nach meiner Erinnerung - von 10 Jahren. Dafür gibt es überhaupt keine sachliche Notwendigkeit.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich frage den IKK-Bundesverband, den AOK-Bundesverband, den BKK-Bundesverband und den VdAK/AEV: Wir haben festgestellt, dass die Maßstäbe im Wettbewerbsrecht und Kartellrecht eigentlich andere sein müssen. Wenn man Wettbewerb wirklich haben will, muss man ernsthaft darüber nachdenken, ob diese Maßstäbe nicht auf die Sozialversicherungsträger zu übertragen sind. Wie sehen Sie diese Thematik?

SV **Gernot Kiefer** (IKK-Bundesverband): Zunächst muss kritisch hinterfragt werden, was die Rechtfertigung für eine gesetzliche Norm ist, die Wettbewerbsrisiken erst heraufbeschwört und wahrscheinlicher macht. Wenn das gewollt ist, dann müssen die Prinzipien des Kartell- und Wettbewerbsrechts auch auf die GKV übertragen werden. Es kann nicht wün-

schenswert sein, Regelungen zu haben, die den Wettbewerb aller Voraussicht nach einschränken und gleichzeitig die in unserer Wirtschaftsordnung vorhandenen Rechtsnormen gegen Wettbewerbsbeeinträchtigungen für diesen Bereich ausschließen. Konsequenterweise müsste das Wettbewerbs- und Kartellrecht angewendet werden.

Man kann auch die Frage stellen, ob eine solche Situation nicht den Gesetzgeber dazu veranlassen müsste, vor den aus Wettbewerbsgründen gewollten kassenartübergreifenden Fusionen gesetzlich eine Bereinigung dergestalt vorzunehmen, dass Marktteilnehmer, die heute 40 bis 50 % Marktanteile in den Regionen haben, dereguliert werden.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Darf ich an Herrn Kiefer die Frage stellen, welche Lösung der IKK-Bundesverband vorzieht?

SV **Gernot Kiefer** (IKK-Bundesverband): Die Deregulierung historisch gewachsener Kassenarten ist sicherlich nicht einfach. Ich würde mir den Verzicht auf diese Norm wünschen und darauf setzen, dass der Prozess der freiwilligen und sinnvollen Veränderung der Organisationslandschaft in den Kassenarten selbstständig läuft. Die gesetzten Rahmenbedingungen wirken in diese Richtung. Wir hatten Anfang der neunziger Jahre 1100 selbstständige Krankenkassen – heute sind es noch etwas über 350. Die Tendenz ist eindeutig und es bedarf nicht der Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen. Die Wettbewerbsintensität wird auch durch andere Rahmenbedingungen erhalten und weiter gestärkt.

SV **Michael Weller** (AOK-Bundesverband): Um keine Legende zu bilden, möchte ich noch folgendes klarstellen: Es wurde eben über den Marktanteil der AOK spekuliert. Die AOK hat einen Marktanteil – gemessen an der Bevölkerung – von 31 %.

Zur Frage der kassenartenübergreifenden Fusionen: Wir haben kein Einzelvertragssystem. In den meisten Fällen wird gemeinschaftlich und einheitlich gehandelt. Will man einen Einzelvertragswettbewerb, muss darüber nachgedacht werden, wie das wettbewerbsrechtlich organisiert werden kann. Hier müssen ganz klare Qualitätskriterien verbindlich und bundesein-

heitlich vorgegeben werden. Anhand von klaren Qualitätsmaßstäben, die jeder einhalten muss, kann selektiv kontrahiert werden. Es muss hier kein neues Recht geschaffen werden, sondern man kann sich auch an dem Vergaberecht orientieren. Wir haben auch Beispiele aus ganz anderen Märkten, wo ein Wettbewerb installiert worden ist. Da gibt es etwa im Telekommunikationsmarkt eine Regulierungsbehörde, wo der Wettbewerb in den Regionen bundeseinheitlich organisiert wird.

SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband): Sollte es zu den kassenartübergreifenden Fusionen kommen, brauchen wir in dem Ordnungsrahmen der GKV – dem SGB V und dem SGB IV – kartellrechtliche Elemente, damit auch hier Wettbewerb bei Vielfalt gelebt werden kann. Besser wäre es, auf die Fusionen zu verzichten.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Mir scheint die Wettbewerbsphilosophie dieses Gesetzes zu lauten: „Der Platzhirsch wird gefüttert und die Rehe und Hasen sind zum Abschuss freigegeben“. Zum Schluss steht aber nur noch einer im Gehege. Das kann man nicht mehr Wettbewerb nennen. Diese Entwicklung wird aber durch die vermeintlich liberale Fusionsöffnung geradezu provoziert.

Wir haben, ohne dass der Gesetzgeber dazu jetzt noch weitere Schritte unternehmen müsste, einen massiven Fusions- und Konzentrationsprozess. Ich erinnere daran, dass es vor den Lahnsteiner Beschlüssen über 1300 Kassen gab. Heute bestehen noch ca. 300. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen.

Es muss auch gesehen werden, dass der Konzentrationsprozess ein Vernichtungsprozess von ansässiger Infrastruktur ist, dass dadurch Beratungs- und Serviceangebote vor Ort in Frage gestellt werden. Wenn die Politik den Menschen im Moment sehr viel zumuten muss – ich sage das ohne jede Kritik in punkto Leistungsbegrenzung – dann muss aufgepasst werden, dass nicht die vorhandene Infrastruktur, die noch etwas zur Stabilisierung und Versorgungssicherheit und zur Beratungs- und Leistungssicherheit vor Ort beiträgt, verloren geht.

Weiterhin benötigen wir in Bezug auf die Aufgaben, die nach diesem Gesetz auf die Kran-

kenversicherungen als Vertragspartner zukommen, auch eine Vorstellung darüber, wer eine Organisationskompetenz entwickeln und auch finanzieren kann. Ich warne vor dem Glauben, wenn nur kleinteilige Einheiten agierten, würde es effizienter zugehen. Zunächst müssen kleinteilige Einheiten eine Organisationskompetenz aufbauen, die heute dort nicht vorhanden ist. Das würde uns hohe Verwaltungskosten einbringen.

Sie brauchen in einem System, wo sie Umverteilungselemente haben, in dem 20 % der Menschen 80 % der Leistung benötigen, eine Organisationskultur. Die Kultur entsteht nicht aus Chaos, sondern aus Organisationsentwicklungen. Diese Entwicklungen dürfen durch Ansätze nicht gefährdet werden, die genau zu dem Gegenteil führen, zum Abwürgen wertvoller Instrumente und Elemente des Wettbewerbs. Das Ziel muss die Versorgungsverbesserung, die Qualitätsverbesserung und die Effizienzsteigerung durch bessere Organisation sein. Dies scheint mir in dem Antrag der CDU/CSU wesentlich besser angelegt zu sein.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage bezüglich der Schiedsstellenregelung an den Deutschen Pflegerat, die KBV und die KZBV: In welchen Bereichen sehen sie die Notwendigkeit, Schiedsstellenregelungen vorzusehen bzw. vorhandene zu verbessern?

Sve Gudrun Gille (Deutscher Pflegerat): Ich sehe vor allem Handlungsbedarf in den Pflegebereichen. Das gilt vor allen für die ambulante Versorgung, aber auch für den stationären Bereich, wo Qualitätsindikatoren nicht umgesetzt werden konnten.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung haben wir ein umfassendes Schiedsamt- und Bewertungsausschusssystem. Für alle Verträge, die wir in der gemeinsamen Selbstverwaltung abschließen, gibt es eine Schiedsamtregelung oder beim Bundesausschuss eine Ausschusssentscheidung durch die Unparteiischen. Unser System kennt nicht den vertragslosen Zustand. Es ist das Ziel jeder Schiedsamtregelung, einen vertragslosen Zustand oder eine Blockade zu vermeiden oder zu beseitigen.

Ich habe bereits bei der Beantwortung Ihrer vorherigen Frage auf einige Mängel hingewiesen. Wir haben z. B. beim Bundesschiedsamt das Problem gehabt, dass bei den Arzneimittelverordnungsvolumen keine Entscheidung erfolgt ist, weil keine Mehrheitsentscheidung zustande kam. Hier ist in der Tat richtig, die Unparteiischen entscheiden zu lassen, weil man zu einem Ergebnis kommen muss. Es ist auch sinnvoll, dass die Aufsicht bei Verzug diese Entscheidungsverfahren anregen kann. Dies sind sinnvolle Ergänzungen einer Selbstverwaltungsschiedsregelung. Es ist aber nicht sinnvoll, dass der Staat sich darüber hinaus hier an die Stelle setzen will.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich kann mich den Äußerungen von Herrn Hess anschließen. Auch wir haben in unserem Bereich funktionierende Organe, die in ihren Geschäftsordnungen sicherstellen, dass die Mehrheiten zustande kommen. Auch wir lehnen weitere zusätzliche Einflussnahmen des Gesetzgebers in jeglicher Form ab.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich habe große Probleme, wenn ich sehe, dass der Risikostrukturausgleich ausgebaut werden soll und auf der anderen Seite vom wettbewerblichen Strukturen gesprochen wird – wie sehen Sie dies, Herr Schulte, als Chef der BKK Bayern?

SV Gerhard Schulte: Es ist zunächst richtig, dass das Volumen des Risikostrukturausgleichs zunimmt. Im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Meinung, dass der Ausgleich seit 1992 seinen Zweck nicht erfüllt habe, muss man doch nüchtern feststellen, dass Krankenkassen – mit im Übrigen großen Problemen wie beispielsweise die Bundesknappschaft – dank des Risikostrukturausgleichs inzwischen die beitragsgünstigsten Kassenarten sind und gut geführte Ortskrankenkassen dank Risikostrukturausgleich jetzt diejenigen sind, welche die meisten Mitglieder gewinnen. Es sollte eher darüber nachgedacht werden, ob der Risikostrukturausgleich nicht schon überkompensiert ist und weniger darüber, wie er noch erweitert werden kann, um schließlich – und das ist ja das mögliche Ziel – einen Einheitsbeitragssatz für alle Krankenkassen zu erreichen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Dann habe ich noch eine Frage an den VdAK/AEV und den IKK-Bundesverband. Es wird immer wieder über die Kassenzahl diskutiert. Wie stehen Sie zu dem Versuch, staatlicherseits eine optimale Kassenzahl zu oktroyieren?

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Wer über Wettbewerb redet und dies gleichzeitig die Zahl der Wettbewerber festlegen will, hat Wettbewerb nicht verstanden. Eine ganz einfache Antwort!

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Ich kenne auch keinen Versuch seitens der gesetzgebenden Körperschaften, die Anzahl der Wettbewerber z. B. im Automobilsegment festzulegen. Insofern erübrigt es sich auch für den Sozialversicherungsbereich Krankenversicherung.

Abg. Karsten Schönfeld (SPD): Ich richte meine Frage an die KBV, die KZBV und an Herrn Dr. Hermann. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zukünftig lediglich die Vertreterversammlungen der KV'en Selbstverwaltungsorgane sind; der Vorstand soll hauptamtlich besetzt werden. Sowohl Vorstand als auch Vertreterversammlungen sollen insgesamt verkleinert werden. Wie beurteilen Sie diese Strukturveränderung?

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es würde bedeuten, dass wir Strukturen übernehmen, die im Bereich der GKV eingeführt worden sind. Hier wird aber vernachlässigt, dass die KV'en Selbstverwaltungseinrichtungen von Ärzten für Ärzte sind. Deshalb sollte der ärztliche Berufsstand – bezogen auf die zugelassenen Vertragsärzte – die eigenen Angelegenheiten im Rahmen gesetzlicher Vorgaben selbst regeln können. Das setzt voraus, dass die Spitze in irgendeiner Form einen Bezug zur Basis hat. Wenn sie einen Fremdkörper oben installieren und festlegen, dass er nicht mehr Teil der Selbstverwaltung, sondern ein geschäftsführender Vorstand sei, dann fehlt die Identifikation der Vertreterversammlung mit diesem Vorstand. Das kann nur zu massiven Spannungen führen.

Ein Vorstand einer ärztlichen Körperschaft ist nur handlungsfähig, wenn er das Vertrauen der

Basis hat. Wenn er das Vertrauen verliert, kann er nicht mehr arbeiten. Daher verbietet es sich, einen hauptamtlichen Vorstand dieser Selbstverwaltung sozusagen aufzuoktruieren. Von daher haben wir eigene Strukturvorschläge entwickelt. Sie gewährleisten, dass nach wie vor in den Vorständen der KV'en auch Ärzte – auch Kassenärzte – tätig sind.

Es müssen jedoch die Organe gestrafft werden. Unsere Vertreterversammlungen sind zum Teil zwar demokratische, aber nicht sehr handlungsfähige Gremien, in denen sehr viele interne Auseinandersetzungen stattfinden. Hier ist eine Straffung nötig. Wir brauchen auch einen gestrafften Vorstand. Die Anzahl der Vorstandsmitglieder kann reduziert werden.

Wir haben bereits gehört, dass wir in den KV'en – anders als in der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung – eine sehr heterogene Mitgliedschaftsstruktur haben: Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten. Das sind die drei großen Gruppen, aber innerhalb der Fachärzte gibt es noch mindestens zwanzig Untergruppen. Sie alle sind in unserer Organisation als Mitglieder zusammengefasst. Wir müssen diese heterogenen Mitgliedschaften bei der Organbildung berücksichtigen. Das beginnt mit dem Verhältniswahlrecht in der Vertreterversammlung. Das setzt aber auch voraus, dass man diesen Gruppen die Möglichkeit gibt, an der Willensbildung bis in den Vorstand hinein mitzuwirken. Die KBV hat ein Konzept entwickelt, wonach die Vorsitzenden der beratenden Fachausschüsse zunächst als Vorstandmitglied wiedergewählt werden und dann in dieser Funktion den Vorsitz in den beratenden Fachausschüssen übernehmen. Dadurch hätten wir drei Vorstandsmitglieder, die die Mitgliederheterogenität auch im Vorstand widerspiegeln würde.

Es gibt keinen Beschluss, der nur Hausärzte tangiert, sondern alle Beschlüsse tangieren in irgendeiner Weise die gesamte Versorgung. Deswegen darf man nicht zu einer Sektionierung kommen. Aber über die beratenden Fachausschüsse und über einen Vorstand müssen diese Gruppen ihre Berücksichtigung bei der Willensbildung finden. Es gibt bei uns eine sehr starke Tendenz zu sagen: „Wir brauchen Paritäten“. Demnach wird die Hausarzt-/Facharztparität im Vorstand sehr stark eingefordert. Über den Vorsitzenden im beratenden Fachausschuss Psychotherapie kommt die Psychotherapie dazu. Eine so strukturierte Selbst-

verwaltung gewinnt wieder an Handlungsfähigkeit. Das setzt natürlich voraus, dass sie auch die Mitgliedschaftsstrukturen im Wesentlichen so belassen, wie sie sind.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Die KZBV hat den Eindruck, dass das, was unter dem Stichwort „Professionalisierung“ angestrebt wird, beileibe nicht zu einer Stärkung der fachlichen Kompetenz führt. Wir haben noch – ich sage noch und ich bin auch froh darüber – eine gewisse Janusköpfigkeit in den Körperschaften. Sie sollen sich im Rahmen der GKV um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung kümmern und diese sicherstellen. Sie sollen aber gleichzeitig auch – und das ist mir besonders wichtig – laut Satzung die Interessen der Vertragszahnärzte wahrnehmen. Das führt natürlich manchmal zu Problemen, aber nur auf diese Weise können sich die Realitäten der Praxis auch in den Beschlussfassungen wiederfinden. Ein ausreichender Realitätsbezug braucht deshalb auch eine darauf aufbauende Akzeptanz. In Bezug auf die Größe der Vertreterversammlung bedenken Sie, dass wir uns selbst finanzieren und allein aus den knappen Mitgliedsbeiträgen schon ein Interesse daran haben, wirtschaftlich mit unseren Geldern umzugehen.

Ich möchte noch ein stärkeres Augenmerk auf die Hauptamtlichkeit der Vorstände legen. Wenn vorgesehen ist, hauptamtliche Vorstände z. B. aus dem ärztlichen oder zahnärztlichen Bereich zu rekrutieren, die dann erstmals ihre Zulassung ruhen lassen müssen, so geht die angestrebte Professionalisierung „den Bach herunter“. Man muss sich klarmachen, dass es sich kein ärztlich oder zahnärztlich niedergelassener Kollege leisten kann, eine Praxis für einen Zeitraum von beispielsweise sechs Jahren zu verlassen. Sie werden daher keinen Arzt finden, der bereit ist, sich in den Körperschaften zu betätigen und gleichzeitig seine Praxis und damit seine berufliche Kompetenz in diese Arbeit einzubringen.

Mit drastischen Beispielen belegt, kann das nur bedeuten, dass sich – womit ich niemanden diskriminieren will – ältere Kollegen finden, die sowieso in Rente gehen wollten oder jemanden, der sich ein Rentenzubrot verdienen will oder einen Kollegen, der seine Praxis einem Familienmitglied ohnehin zu $\frac{7}{8}$ abgegeben hat und noch „just for fun“ ein paar Freun-

de behandelt. Dies sollte nicht angestrebt werden.

Ich möchte an einem Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit deutlich machen, wie sehr Kompetenz gefragt ist und wie sehr diese Kompetenz auch nötig ist, um die Ergebnisse in der Kollegenschaft akzeptiert zu bekommen. Wir haben gerade im erweiterten Bewertungsausschuss eine Mammutaufgabe hinter uns gebracht. Das war nur möglich mit dem zahnärztlichen Sachverstand in den einzelnen Fragen. Das wäre sicherlich nicht möglich gewesen, hätte man hauptamtliche, möglicherweise sogar berufsfremde Vorstände. So könnten es Krankenkassenvertreter sein, die im Rahmen von Fusionen ihren Arbeitsplatz verloren haben und ein weiteres Betätigungsfeld finden. Es könnten ehemalige Wirtschaftsprüfer oder Berater aus der Industrie sein, die schon einen Krankenkassenverband geleitet haben. Dieser Vorstand wäre nicht in der Lage, die geforderten Kompetenznotwendigkeiten zu leisten. Wenn sie dann ein Ergebnis, wie wir es im erweiterten Bewertungsausschuss erreicht haben, erzielen – wobei unsere Basis kräftig rumsort – dann können Sie sicher sein, dass diese Basis erst recht auf die Barrikaden geht, wenn sie den Eindruck hat, dass ein Beschluss und seine Folgen von sachfremden hauptamtlichen Vorständen zu verantworten ist.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich möchte anfangs darauf hinweisen, dass es keinesfalls so ist, dass heute die Vorstände von KV'en oder KZV'en nur aus dem Kreis der Vertreterversammlungen kommen. Dieses ist durch das SGB V nicht so bestimmt und daher können die Vorstandmitglieder auch aus ganz anderen Bereichen kommen. Im Kern können sie wählen, wen Sie wollen; das ist die Rechtslage.

Was jetzt passiert ist die Anpassung an die Selbstverwaltungsreform 1996. Die Analogie ist offensichtlich. Und deswegen hat auch das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung 2001 zu den Aufwandsentschädigungen von Vorständen von KV'en ausdrücklich betont, dass die Vorstände nur quasi ehrenamtlich tätig sind. Eigentlich sind sie hauptamtlich tätig. Deswegen wird hier nur das nachgeholt, was vom höchsten deutschen Sozialgericht vor drei Jahren auch so gesehen worden ist.

Auf der anderen Seite kann selbstverständlich ein stückweit Legitimation und Akzeptanz

verloren gehen, wenn man überhaupt keine Tätigkeit als Niedergelassener mehr ausüben kann. Es ist heute so, dass faktisch die Vorstandsvorsitzenden der hier in Rede stehenden Körperschaften ohnehin in der Regel kaum oder gar nicht in der Niederlassung tätig sind. Alternativ könnte man die bereits in der GKV-Gesundheitsreform 2000 getroffene Regelung – nach welcher der Vorstand hauptamtlich besetzt ist, aber daneben auch noch eine ärztliche Tätigkeit ermöglicht wird – heranziehen. Das ist von der Regelungsdichte her keine schwierige Situation.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich möchte an den Bereich Vorstände anknüpfen und habe eine Frage zur Transparenzerhöhung. Das GMG sieht vor, dass KV'en, Krankenkassen und auch die Dachorganisationen die Gehälter ihrer Vorstandsmitglieder im Bundesanzeiger anzeigen sollen. Ich würde dazu die Haltung vom DGB und vom Sachverständigen Dr. Hermann wissen wollen.

SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund): Dies entspricht einer Forderung, die wir seit langem aufgestellt haben und wir begrüßen dies außerordentlich.

SV Dr. Christopher Hermann: Da ich von dieser Regelung ganz unmittelbar selber betroffen wäre, erlauben Sie mir, dass ich darauf nicht antworte.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hermann und an den deutschen Hausärzteverband. Es geht einerseits um die Frage der Vertreterversammlung und des Verhältniswahlrechtes, das zwingend vorgeschrieben ist und andererseits, dass wir hauptamtliche Repräsentanten der KBV auf jeweils sechs Jahre wählen. Wie bewerten Sie aus Ihrer Fachkenntnis heraus diese beiden strukturellen Veränderungen?

SV Dr. Christopher Hermann: Die Einführung des Verhältniswahlrechtes ist in jedem Fall eine äußerst sinnvolle Vorgehensweise. Bei der Heterogenität der betreffenden Organisationen muss ausgeschlossen werden, dass Minderheiten nicht im ausreichenden Umfang in den einzelnen Organen – insbesondere in der Ver-

treterversammlung – berücksichtigt werden. Das Verhältniswahlrecht ist von daher eine sehr sinnvolle Regelung. Die sonstigen Regelungen sind dann auch konsequent – z. B. auch die sechs Jahre.

Sicher überdenkenswert ist die Frage, ob es nach wie vor richtig und nachvollziehbar ist, dass für Psychotherapeuten, egal aus welcher Grundprofession sie kommen, max. 10 % der Sitze in der Vertreterversammlung ausreichend sein sollen. Hier ist ggf. darüber nachzudenken, ob nicht stattdessen entsprechende Regelung wie bei den Hausärzten sinnvoll wäre.

SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Zum Verhältniswahlrecht: Das ist eine gesetzgeberische Notwendigkeit, denn das Verhältniswahlrecht bringt eine Situation, wodurch alle ärztlichen Berufsgruppen ihrem Anteil entsprechend in der Selbstverwaltung vertreten wären. Das ist in der Vergangenheit nicht so gewesen. Deswegen unterstützen wir die Einführung des Verhältniswahlrechts massiv, das auch schon seit langem eine Forderung von uns war.

Zum Bereich des Vorstands sind wir deutlich kritischer. Die Einführung des hauptamtlichen Vorstands in der Nachahmung der Kassenreform ist ein Vergleich von Äpfeln mit Birnen. Wenn Sie die ärztliche Selbstverwaltung und die Vorteile einer ärztlichen Selbstverwaltung in den Entscheidungsprozessen tatsächlich behalten wollen, brauchen Sie Ärzte im Vorstand. Nach der jetzigen Regelung des Ruhens von sechs Jahren ist eine Beibehaltung der Praxis für einen Arzt nicht mehr möglich. Es wird also dazu kommen, dass die Vorstände völlig arztfrei sind. Das ist dann nicht mehr mit der Idee und der Vernunft einer Selbstverwaltung vereinbar.

Bei der Zusammensetzung der Vorstände, muss auch die Idee der Parität bedacht werden. Mittlerweile hat sich in der Selbstverwaltung durchgesetzt – sicherlich ausgelöst durch diesen Gesetzgebungsprozess –, dass wir uns innerhalb der KBV in allen Berufsgruppen darauf geeinigt haben, dass Parität im Vorstand herrschen soll: zwei Hausärzte, zwei Fachärzte und die Psychotherapie mit einem Vorstandsmitglied. Es wäre schön, wenn der Gesetzgeber diese gefundene Selbstverwaltungsregelung auch umsetzen könnte. Somit wäre auch für

den Bereich der Psychotherapie eine genügende Entscheidungsbeteiligung gegeben.

Weiterhin gehört in die Vorstandsregelung, dass das Verhandlungsmandat der jeweiligen Gruppe obliegt. Der Vorstand entscheidet zwar gemeinsam, aber ebenfalls ist die Festlegung wichtig, dass Hausärzte für Hausärzte und Psychotherapeuten für Psychotherapeuten entscheiden. Das würde sowohl die Hausärzte als auch die Psychotherapeuten neben dem Verhältniswahlrecht deutlich stärken und sie dann auch in der Selbstverwaltung angemessen darstellen.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. Hermann, an die KBV und die KZBV. Grundsätzlich soll pro Land nur noch eine KV existieren. Bei mehr als 12.000 Ärzten bzw. mehr als 6.000 Zahnärzten in einem Land können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde zwei KV'en errichtet werden oder fortbestehen. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Dr. Christopher Hermann: Vom Ansatz her positiv. Es geht um effiziente Aufgabewahrnehmung. Es geht allerdings auch nur um einen sehr kleinen Bereich. Es geht um KV'en – respektive KZV'en – in Rheinland-Pfalz und in Baden-Württemberg. Sonst haben wir überall eine KV. Wir haben nur noch zwei KV'en in Nordrhein-Westfalen. Diese würden dann auch weiterhin bestehen bleiben können.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Seit dem Gesetz über das Kassenarztrecht kann jedes Land bestimmen, wie viele KV'en im jeweiligen Land bestehen. Das kann die Regierung entscheiden. In Folgegesetzen ist mehrfach gesagt worden, dass die vier KV'en zusammengelegt werden sollten. Jedoch hat man die Entscheidung immer der Landesregierung oder der zuständigen Aufsicht überlassen.

Das hat bisher nicht dazu geführt, dass die vier KV'en in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zusammengelegt wurden. Ich bin der Meinung, dass der Bundesgesetzgeber diese Verantwortung auf der Landesebene belassen sollte. Es sind Landeskörperschaften des öffentlichen Rechts. Warum muss das durch Bundesgesetz zusammengelegt werden? Wenn

die Länder das aus eigener Verantwortung machen wollen, dann sollen sie es tun.

Wir haben ein Interesse an einer gewissen gleichförmigen Struktur. Diese hätten wir damit aber nicht, denn es gibt weitere kleine KV'en in den Stadtstaaten. Wir haben die KV Bremen mit 1.500 Mitgliedern, wir haben die KV Saarland, also ein ganzes Bundesland, mit 1.600 Mitgliedern. Wir behalten also die kleinen KV'en, auch wenn sie die KV'en in Rheinland-Pfalz und in Baden-Württemberg zusammenlegen würden. Diese verbleibenden kleinen KV'en würden dann sogar noch in eine regelrechte Minderheitenposition gebracht. Von daher: Wir haben Verständnis für den Vorschlag, aber die Verantwortung sollte nicht der Bundesgesetzgeber tragen, sondern bei den Ländern liegen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Die KZBV sieht keinen Anlass für einen Lösungsbedarf. Herr Hess hat auf die Problematik der kleinen KV'en und KZV'en hingewiesen. Es bleibt anzumerken, dass eine Effektivverbesserung auch dann nicht zu erreichen ist, wenn man einmal 5.900 und einmal 6.100 Zahnärzte hat. Zum einen hat man dann eine KV und die zweite evtl. in der Hinterhand. So gesehen meinen wir, dass man es bei der Obliegenheit der Länderregierungen belassen sollte. Ich stelle im übrigen fest, dass die Landesregierung von Baden-Württemberg mit einem CDU-Ministerpräsidenten keinen Anlass für ein Handeln gesehen hat, ebenso wenig wie die Landesregierung von Rheinland-Pfalz mit einem SPD-Ministerpräsidenten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte gerne die KBV und die KZBV fragen: Es sollen Effizienz und Zielgerichtetheit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem GMG gesteigert werden. Erreicht dieser Gesetzentwurf diese Ziele und wie beurteilen Sie insbesondere die Einrichtung der Geschäftsstelle und die Berufung eines unabhängigen Vorsitzenden des Prüfungsausschusses?

SV Rainer Hess (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Wir halten von einer solchen Aufblähung der Prüfbürokratie nichts. Wir haben Probleme in der Prüfung. Diese resultieren aber daraus, dass z. B. die Prüfung der Arz-

neimittel praktisch zum Erliegen gekommen ist, weil keine oder nur sehr wenige Prüfanträge von Seiten der Krankenkassen gestellt werden. Man hat sich bisher immer auf Budgets und Ausgleichspflichten verlassen und keine Notwendigkeit gesehen, hier Prüfanträge zu stellen.

Es ist auch so – das können Sie in Berlin jetzt nachlesen in einem Urteil des Landessozialgerichts –, dass Prüfbescheide wegen einer unzureichenden Datenlage aufgehoben wurden, obwohl in einer großen Millionenhöhe Regresse ausgesprochen worden waren. Also geht es nicht um die Struktur der Prüfungskommissionen, sondern um die Effizienz der Prüfung. Das setzt valide Daten voraus, die bisher nicht aufgebracht werden. Es setzt darüber hinaus voraus, dass die Kassen ein ökonomisches Interesse daran haben, dass überhaupt geprüft wird.

Soweit es das Honorar betrifft, haben die Kassen überhaupt kein Interesse mehr an der Prüfung, weil sie eine Kopfpauschale mit befreiender Wirkung zahlen. Es ist ihnen ziemlich egal, wie die dann verteilt wird. Da haben wir letzten Endes keine gemeinschaftliche Prüfung mehr. Dies muss beseitigt werden! Wir brauchen ein neues Vergütungssystem mit einem gemeinsamen Interesse, auch wirklich sachgerecht zu prüfen. Wir brauchen valide Daten, um praxisgerecht prüfen zu können.

Aber wir brauchen keine Prüfbürokratie, die noch zusätzlich verwaltet und ein weiteres Spannungsfeld eröffnet. Denn dieser hauptamtliche Prüfer wird in einen permanenten Konflikt geraten mit denen, die er prüfen soll. Das ist keine Verbesserung des Prüfgeschäfts, sondern eine Bürokratisierung, die wir ablehnen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Wir haben auf Landesebene eine auch nicht in Frage gestellte hohe Effektivität in diesen Gremien. So gesehen, besteht kein Handlungsbedarf.

Ich weise aber auch hier noch einmal darauf hin, dass die Handhabung in den KZV'en eine hohe Akzeptanz hinsichtlich der Beschlüsse dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungsausschüsse mit sich gebracht hat. So gesehen würden Änderungen die Fachkompetenz und auch die

Unparteilichkeit in den Prüfungsausschüssen in Frage stellen. Deshalb fragen wir uns, ob die vorgesehene Regelungskompetenz des Bundesministeriums nicht nur dazu dienen soll, die Einflussmöglichkeiten in diesem Bereich weiter auszudehnen? Ich befürchte, dass es zu einem Run auf die Sozialgerichte kommt, wenn diese Ausschussarbeit weiter bürokratisiert und auch anonymisiert wird.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Wir haben zwei Ebenen der Kassenaufsicht – die Bundesebene und die Landesebene. Es gibt durchaus den Wunsch das besser zusammenzuführen und die Aufsicht für die Kassenarten besser zu integrieren. Ich würde gern von der Bundesebene hören, ob diese Aufgabe angemessener auf Landesebene – also dort, wo die Verträge abgeschlossen werden – erledigt werden oder ob die Bundesebene das Primat haben und sich dezentralisieren sollte? Wo wäre die Aufgabe besser aufgehoben, bei den Länder oder beim Bund?

SV Dr. Markus (Bundesversicherungsamt): Die Bundesaufsicht wäre durchaus in der Lage, eine derartige Aufsicht auch wahrzunehmen, wozu natürlich auch die entsprechenden personellen Mittel gehören müssten.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Hermann, an Herrn Dr. Hess und an die Vertreter der AOK. Wie stehen Sie zu der Änderung, einen Arzt wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nicht in Regress zu nehmen, sondern mit ihm eine individuelle Richtgröße für wirtschaftliches Verordnen zu vereinbaren?

SV Dr. Christopher Hermann: Das ist eine sehr problematische Regelung, weil sie dazu führen würde, dass wir eine unterschiedliche Behandlung bekämen. Wir bekämen Schwierigkeit mit dem Gleichheitssatz. Derjenige, der sich an die Richtgröße hält, muss sie einhalten. Derjenige, der sie nicht einhält, bekäme eine individuelle Richtgröße und würde dem möglichen Regress entgehen.

Ich verstehe natürlich den Ansatz.. Aber der Weg hierzu scheint mir nicht sehr sinnvoll zu sein, weil er doch berechtigte Fragen im Hin-

blick auf die Gleichbehandlung in den Raum stellt.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Bei einer vernünftigen Prüfung wird ohnehin versucht, für Folgeprüfungen zu klären, welche Praxisbesonderheiten eine Arztpraxis hat. Die Richtgrößenüberschreitung ist nur ein Indiz für Unwirtschaftlichkeit. Es muss geprüft werden, welche Besonderheiten eine Arztpraxis hat. Wenn dies geschehen ist und Sondertatbestände vorliegen, hat der Arzt Anspruch darauf, dass diese in den Folgequartalen berücksichtigt werden und nicht jedes Mal das Prüfgeschäft wieder von vorne beginnt.

Es darf nicht zur Ungleichbehandlung führen, da gebe ich Herrn Hermann Recht. Jeder Arzt hat das Recht, in gleicher Weise geprüft zu werden. Aber wenn Praxisbesonderheiten feststehen, ist es legitim, diese Ergebnisse den Folgequartalen mit zugrunde zu legen. Es sei denn, dass seit der Prüfung wesentliche Veränderungen eingetreten sind.

Die Regelung kann eine Prüferleichterung sein, darf aber nicht dazu führen, dass man völlig unterschiedliche Prüfmaßstäbe anlegt.

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Die Intention Gesetzentwurfs wird begrüßt – das Ziel ist richtig. Allerdings wird die Regelung, so wie sie ausgestaltet ist, in der Praxis für erhebliche Probleme sorgen. Die Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes ist angesprochen worden; insofern ist diese Regelung problematisch.

Abg. Dr. Hans-Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV und an Herrn Rüggeberg. Die Frage an die KBV ist: Können die KV'en ihren gesetzlichen Aufgabenstellungen unter den Reformvorstellungen des GMG noch wirksam nachkommen und welche Vorstellungen hat die KBV zur Neustrukturierung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung?

Die Frage an Hr. Rüggeberg lautet: Im Zuge der Anhörung hat sich gezeigt, dass im Bereich der Hausärzte die verhältnismäßige Berücksichtigung in den Gremien angestrebt wird. Auch für Psychotherapeuten gibt es besondere Regelungen. Wie ist es mit der doch recht heterogen zusammengesetzten Gruppen der

Fachärzte? Sind die bisherigen Regelungen in diesem Bereich zielführend oder sollte man auch da andere Regelungen angestrebt werden.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Das Opting-Out der Fachärzte als Vertragspartner von Krankenkassen im Einzelvertragssystem hat zur Folge, dass – soweit z. B. ein Vertrag mit der AOK abgeschlossen ist – der Vertragsarzt nicht mehr über die KV abrechnet. Er ist dann zwar noch für alle anderen Kassen Mitglied der KV, nicht aber für die AOK. In diesem Fall kann die KV ihre Aufgaben nicht mehr wirksam wahrnehmen, denn die Ordnungsfunktion, die die KV hat, lässt sich nur realisieren, wenn die Daten der vertragsärztlichen Versorgung zusammengeführt werden. Ich kann einen Arzt aber nur wirksam prüfen – das schreibt auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausdrücklich vor – wenn seine gesamte Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung beurteilt wird. Das war auch die Basis für die Entscheidung hier in Berlin.

In dem Maße, in dem der KV nicht nur der Arzt, sondern auch die Daten entzogen werden, bricht das Prüfungsgeschäft in sich zusammen, weil sie weder Wirtschaftlichkeit noch Flexibilität, noch fehlende Qualität prüfen können. Haben sie die Daten nicht mehr, auch nur partiell nicht mehr, können sie den Arzt mit dem Rest der Daten nicht mehr wirksam prüfen. Ein AOK-Vertrag würde der KV fast 50 % der Abrechnungsdaten entziehen. Hier muss ganz klar gesagt werden, dass das Prüfsystem in sich zusammen bräche.

Formal gelten zwar noch die Richtlinien des Bundesausschusses weiter, sie können aber nicht mehr umgesetzt, nicht mehr kontrolliert werden, weil sie im Einzelvertragssystem nicht mehr die objektive Prüfinstanz haben, die von außen prüft.

Die Beachtung der Richtlinien durch die Kassen und aktiven Vertragsärzte ist dann faktisch eine interne Angelegenheit der Vertragsparteien.

Nun zur Frage der Ausgleichspflicht für die Arzneimittelverordnungsüberschreitung: Wie wollen sie rechtfertigen, dass Gynäkologen und Augenärzte in eine Ausgleichspflicht für hausärztliche Verordnungen eingebunden bleiben, während Urologen und HNO-Ärzte völlig

aus der Ausgleichsregelung herausgenommen werden. Auch sie indizieren Intervallverordnungen beim Hausarzt. Wir haben hier eine aufgeteilte Verordnungszuständigkeit. Der Facharzt verordnet und der Hausarzt führt – damit die Facharztbesuche nicht über Hand nehmen – die Intervallverordnungen durch. Was passiert, wenn die Volumina überschritten werden? Dazu sieht der Gesetzentwurf eine Ausgleichspflicht vor. Aber wie soll dieser Ausgleich funktionieren? Gynäkologen können sie meines Erachtens rechtlich nicht für die Überschreitung eines hausärztlichen Volumens heranziehen, weil dieser zu Recht darauf verweisen würde, dass er in derselben Situation wie der Urologe sei, er zwar hausärztliche Verordnungen auslöse, dieses aber auch andere täten, die nicht mehr in das gesamte System eingebunden seien.

Meines Erachtens können Sie den Hausarzt nur noch für seine eigenen Verordnungen verantwortlich machen.

Wie stellen wir uns die Strukturen vor? Wir haben eine öffentliche und dann eine geschlossene Vertreterversammlung abgehalten und uns intensiv mit den Strukturen der KBV und der KV'en beschäftigt. Wir wollen bei der KBV keine Vertreterversammlungen mehr, weil wir ein Normgeber sind und die Normen sich an die KV'en richten. Wir haben 23 Mitglieder, die mitverantwortlich auch über die Normsetzung entscheiden müssen. Es darf nicht sein, dass ein KV-Vorsitzender einwenden kann, dass er an der Entscheidung der KBV nicht beteiligt war, weil er nicht in einem Gremium tätig ist, das diese Entscheidungen verantwortlich mit definiert. Deswegen wollen wir eine Mitgliederversammlung. Wir wollen auf Bundesebene sowohl die 23 KV'en als auch die Mitentscheider haben: mit ihren ersten und zweiten Vorsitzenden, ergänzt um Vertreter der Psychotherapeuten und der außerordentlichen Mitglieder. Wir halten die Abschaffung der außerordentlichen Mitgliedschaft nicht für sachgerecht, weil wir nach wie vor berufstätige Ärzte haben, die aufgrund von Ermächtigungen tätig sind. Diese sollten auch in den Organen der KV'en mitwirken.

Wir wollen auf der Basis einer Mitgliederversammlung – auf KV-Ebene einer Vertreterversammlung – einen gestrafften Vorstand aus fünf Mitgliedern: die drei Vorsitzenden der beratenden Fachausschüsse sowie ein Hausarzt und ein Facharzt, die dann wechselnd den Vor-

sitz übernehmen. Vielleicht noch zwei weitere Vorstandsmitglieder. Das ganze soll auf dem Verhältniswahlrecht basieren. Kritisch sehen wir das Vorhaben des Gesetzentwurfs, dass Hausärzte, wenn es um hausärztliche Angelegenheiten geht, in der Vertreterversammlung ihre eigene Gruppe bilden sollen. Die Fachärzte, wenn es um deren eigene Angelegenheiten geht, sollen sich dagegen dem Hausarztvotum unterwerfen. Das ist vor allem dann kritisch, wenn sie nur noch Augen- und Frauenärzte in der Vertreterversammlung haben. Die Hausärzte entscheiden mit ihrer Gruppe, was ihre Angelegenheiten betrifft. Wenn es nur noch um die Gynäkologen geht, dann entscheiden die Hausärzte mit ihrer Mehrheit, was den Gynäkologen gut tut. Das kann nicht sachgerecht sein und von daher sind wir für das Verhältniswahlrecht. Man kann auch bestimmte Entscheidungen den Gruppen überlassen, z. B. wie die Fachausschüsse gewählt werden.

Insgesamt brauchen wir nach wie vor eine geschlossene handlungsfähige Selbstverwaltung, die der Heterogenität Rechnung trägt. Die gemeinsame Verantwortung, die wir nun für diese gesamte Sache übernehmen müssen, darf nicht durch eine zu starke Sektionierung zerschlagen werden.

SV Dr. Rüggeberg (Gemeinschaft fachärztliche Berufsverbände): Ich kann mich dem direkt anschließen, was Herr Hess gesagt hat. Natürlich ist es so, dass die Fachärzte ein Mehrheitswahlsystem eindeutig favorisieren. Allein deswegen, weil es normalen demokratischen Gepflogenheiten entspricht und dafür sorgt, dass es eine angemessene Vertretung der einzelnen Fachgruppen auch in den Selbstverwaltungsgremien der Kassenärzte gibt. Für die Fachärzte ergibt sich dabei das Problem, dass wir eine sehr heterogene Gruppe darstellen, die auch sehr unterschiedliche Berufsausübungsziele verfolgt – angefangen von den methodendefinierten Fachgruppen, die ausschließlich radiologisch auftragsnehmend tätig sind, bis hin zu den organversorgenden oder auch denjenigen Gruppen, die stationersetzende Leistungen in der Kombination mit stationären Einrichtungen erbringen. Keiner innerhalb der Fachärzteschaft käme auf den Gedanken, für diese einzelnen Bereiche ein Alleinvertretungsrecht in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzteschaft – solange man sie als gemeinsam auch weiterhin wünscht – zu verlangen.

Das bringt uns auch in eine etwas andere Position gegenüber den Gruppierungen, die vor mir gesprochen haben.

Setzt man aber das Mandat oder das Prinzip einer demokratischen Struktur in den Vordergrund des Geschehens, muss man feststellen, dass in dem Gesetzentwurf diese demokratischen Grundprinzipien ausgehebelt werden, indem nur einzelnen Gruppen eine garantierte Teilnahme entsprechend der Quotierung in der Peripherie oder an der Basis zugesichert wird.

Das gilt auch in der Frage der Entscheidungsfindung in diesem, dann gemeinsam gewählten, demokratischen Gremium. So heißt es in dem Entwurf, dass beispielsweise die Entscheidungsbelange, die sich auf die hausärztliche Versorgungsebene beziehen, ausschließlich von Hausärzten gemacht werden dürfen. Die Entscheidungsbelange, die sich auf fachärztliche und andere ärztliche Bereiche beziehen, werden aber gleichwohl von der Gesamtmenge der Versammlung bestimmt. Diese Passagen dienen der Förderung einer bestimmten Arztgruppe. Dass die Hausärzte in ihrer Tätigkeit dem Grunde nach förderungswürdig sind, bestreiten auch die Fachärzte nicht. Aber ob diese Förderung durch Aushebelung demokratischer Grundprinzipien umgesetzt werden muss, ist zu bezweifeln.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den Sachverständigen Schulte: Sie hatten vorhin im Hinblick auf die Verschuldung der Kassen angedeutet, dass es Anzeichen gebe, dass diese von der Aufsichtsebene ein Stück weit toleriert oder sogar gefördert würde. Wenn Sie dazu noch einmal etwas sagen könnten? Zum Anderen: Halten Sie die augenblickliche Konstruktion der Schiedsämter – insbesondere die Einbindung der unparteiischen Mitglieder – für geeignet, die im GMG vorgesehenen weiteren Funktionen sachgerecht wahrnehmen zu können? Schließlich: Der Gesetzentwurf beschäftigt sich an vielen Stellen mit organisationsrechtlichen Fragen. Gibt es weitere Bereiche, die nicht angesprochen sind, die Sie aber dringend für neu regelungsbedürftig halten?

SV Gerhard Schulte: Zur ersten Frage: Es gibt auf der Ebenen der Landesregierungen zweifelsohne auch regionale wirtschaftliche Interessen, die nicht unbedingt mit einem Bei-

tragssatz einer ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkasse konform laufen. Wenn bei Stadtstaaten die Aufsicht mit der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat einer Krankenkasse identisch ist, treten genau diese Situationen ein, wo man am Ende feststellen muss, dass zunächst die Aufsicht nicht im rechtlich vorgesehenen Sinne agiert und anschließend die Lösung des Problems in der Öffnung gesucht wird und damit die aufgelaufene Verschuldung von Trägerunternehmen – in diesem Fall einem Bundesland – auf die Versichertengemeinschaft übertragen wird. Es gibt aber auch außerhalb der Stadtstaaten Beispiele. Ein Land mit hoher Arbeitslosigkeit hat bspw. kein besonderes Interesse daran, dass überzählige Mitarbeiter einer ihrer Aufsicht unterliegenden Krankenkasse auf das notwendige Maß reduziert werden. Deshalb werden zu lange Potenziale aufrecht erhalten, die unter Aufsichtsgesichtspunkten sehr viel früher hätten angegangen werden müssen. So haben wir Erfahrungen mit Krankenkassen, die nur ein Drittel der Mitarbeiter pro Versichertem haben und gleichwohl eine ordentliche Arbeit leisten

Ein besonderes Problem ist natürlich, wenn anschließend durch gesetzliche Regelungen zuvor entstandene Verschuldungstatbestände auf andere verlagert werden. Dies ist mit einer der Gründe dafür, dass wir inzwischen eine Situation haben, wo es kaum noch eine Krankenkasse in Deutschland gibt, die über die Mindestrücklage verfügt. Noch vor 7 Jahren, als ich im Bereich der Krankenkassen zu arbeiten begonnen habe, habe ich mit meinen Vorstandskollegen Gespräche darüber geführt, wie man das Geld am besten anlegt, was im Rahmen der Rücklagen anlagefähig war. Heute unterhalten wir uns nur noch darüber, wo wir die günstigsten Darlehensbedingungen bekommen. Da muss ich feststellen, dass Aufsichten in der Vergangenheit offensichtlich nicht ausreichend reagiert haben.

Zur zweiten Frage der Neuordnung der Verantwortungsebene im Bereich der Ärzteverbände: Wenn ich mir einen schwachen Verhandlungspartner auf der Ärzteseite wünschen würde, dann würde ich dem Gesetzgeber empfehlen, nichts zu machen. Aber selbst die KBV hat vorsichtig durch einen Nichtarzt vortragen lassen, dass es Handlungsbedarf gibt. Nun muss man zunächst einmal feststellen, dass die Selbstverwaltung der KV'en in den letzten 10 oder 20 Jahren selbst in der Lage gewesen wäre, die größten strukturellen Probleme zu

lösen. Niemand schreibt einer KV vor, über 100 Mitglieder in einer Vertreterversammlung zu haben. Niemand schreibt einer KV vor, einen Vorstand mit 12 Mitgliedern zu besetzen. Da die Selbstverwaltung offensichtlich bisher nicht ausreichend in der Lage war, diese Probleme zu lösen, meine ich durchaus, dass es einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf gibt.

Wenn ich hier die Kollegen aus den KV'en höre, habe ich – zugespitzt – den Eindruck, dass der KV-Vorsitzende als Ehrenamtlicher am Mittwochnachmittag mal in die KV kommt und sich um die Geschäfte sorgt, - vielleicht auch noch am Samstag.

Tatsächlich haben wir heute jedoch folgende Situation: Ein oder zwei Ärzte sind faktisch hauptberuflich tätig und werden faktisch so bezahlt. Wir haben daneben noch acht weitere Mitglieder im Vorstand einer KV, die im Grunde eine zweite Ebene darstellen. Diese führen im Wesentlichen nicht das Verhandlungsgeschäft. Deswegen kommt es bei solchen KV'en zu Situationen, dass wir mit einem Vorstand verhandeln, der partiell vertreten, aber nicht abschlussberechtigt ist.

Ein anderes Phänomen ist, dass Vertreterversammlungen häufig spontane Gebilde sind. Bei der größten KV Deutschlands hat es vor Jahren den Versuch einer Selbstreform gegeben. Der erste Reformschritt ist auf der Ebene der Vertreterversammlung gelungen; der zweite Reformschritt ist ein halbes Jahr später von der gleichen Vertreterversammlung, die noch nicht reduziert war, abgelehnt worden. Ich habe andererseits auch folgendes erlebt: Eine Vertreterversammlung stellt den Antrag, dem Vorstand zu untersagen, einen ausgehandelten Gesamtvertrag zu unterzeichnen. Der Antrag wird mit knapper Mehrheit abgelehnt. Da 20 Kollegen am Samstag nicht anwesend waren, wird der Antrag gestellt, in einer Sonderversammlung den gleichen Antrag noch mal stellen zu können. Diese Sonderversammlung findet 8 Wochen später statt und kommt im Übrigen zu keinem anderen Ergebnis. Inzwischen hätte das Schiedsamt eingreifen müssen, weil sich die KV selbst blockiert hat. Daher denke ich, dass es Handlungsbedarf gibt. Ich möchte nicht entscheiden, ob die Frage durch den Gesetzgeber oder vielleicht doch auf der Ebene der Selbstverwaltung mit Hilfe des Gesetzgebers an dieser oder jener Stelle geregelt werden sollte.

Zur dritten Frage, was noch alles im Gesetz fehlt, möchte ich natürlich viel sagen, aber die Zeit reicht nicht. Wir sollten aber nicht weitere 11 Jahre warten bis wir uns Gedanken darüber machen, ob beispielsweise die Struktur der medizinischen Dienste stimmt. Wir brauchen auch dort hauptberufliche Vorstände, keine Geschäftsführer. Wir brauchen eine andere Verantwortung des Verwaltungsrats des medizinischen Dienstes. Es müssen dort die Vorstände der Mitglieder vertreten sein. Im Bereich der medizinischen Dienste brauchen wir eine Nutzerfinanzierung. Eine Umlagefinanzierung brauchen wir nur noch für den notwendigen Überbau. Wir haben schon heute die Situation, dass eine große bundesweite Krankenkasse alle Anträge im Bereich der Hilfsmittel – auch aufgrund der Gleichbehandlung der Versicherten – an einen medizinischen Dienst richtet, weil sie zu Recht vermutet, dass er in diesem Bereich einen hohen Sachverstand hat. Im Rahmen der Umlagefinanzierung bezahlen in diesem Fall die Mitglieder des Landes Hessen die Ausgaben, die bundesweit entstehen. Es würde im Übrigen auch den medizinischen Diensten sehr gut tun, wenn auf dieser Ebene ein Wettbewerb entstehen würde. Dann würde nämlich die gut arbeitende Stelle in X in Konkurrenz treten mit einer anderen Stelle in Y.

Ich möchte noch erwähnen, dass wir eine effektive Schlichtung auch zur Stärkung der Selbstverwaltung brauchen. Dies setzt voraus, dass die neutralen Mitglieder des Schiedsamts über eine hohe Kompetenz in Fachfragen und über eine nachgewiesene Neutralität verfügen. Das ist leider oft dann nicht der Fall, wenn sie in einem Dauerkonflikt mit einer KV oder einer KZV stehen. Dann schaffen sie es auf der Ebene der Selbstverwaltung nicht mehr, eine Einigung über einen neutralen Vorsitzenden zu erreichen. In diesen Fällen wird gelöst. Auf diese Weise haben wir beispielsweise in Bayern im Bereich der KZV'en als „neutralen“ Vorsitzenden eines Schiedsamts den Präsidenten der Salzburger Zahnärztekammer bekommen, der im Übrigen auch in Salzburg das Verhandlungsgeschäft ausübt. Wir können jetzt über 7 Jahre ein Streitverfahren bis hin zum Bundessozialgericht darüber führen, ob diese Person neutral ist. Auch müssen wir uns überlegen, wie die Neutralität der Vorsitzenden gesichert wird. Ansonsten wird die Strategie unserer „Verhandlungsgegenseite“ die sein: Wenn ich durch Losverfahren meinen österreichischen Zahnarzt als Vorsitzenden durchgesetzt habe, dann verhandle ich solange bis das

Schiedsamt entscheidet. Dann kann ich das durchsetzen, was ich auf dem Verhandlungswege nicht erreiche.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich nochmals an Herrn Schulte. Ich möchte noch einmal ganz deutlich wissen, wie Sie auf Grund ihrer Verhandlungserfahrung mit KV'en die Vorschläge im Gesetzentwurf zur Neuordnung der Organe sehen? Halten Sie die Neuregelungen für sinnvoll, um die Selbstverwaltungsaufgaben zu stärken oder haben sie gegebenenfalls andere Vorschläge?

SV **Gerhard Schulte**: Auch ein hauptberuflicher Vorstand wird von Ärzten gewählt. Wenn die Ärzte beispielsweise zu dem Ergebnis kommen, dass in einem Dreier-Vorstand ein Ökonom im Interesse der Ärzteschaft liegt, dann kann sie ihn wählen, muss es aber nicht. Insoweit glaube ich, dass hauptberufliche Vorstände weitgehend bereits den augenblicklichen tatsächlichen Tatbeständen entsprechen und deswegen sollte man daraus auch ehrliche Konsequenzen ziehen.

Zweitens müssen Vertreterversammlungen – wie auch immer sie heißen – die Arbeit des Vorstands kontinuierlich begleiten. Dies setzt voraus, dass die Vorstände die Möglichkeit haben, mit der Vertreterversammlung, mit dem Verwaltungsrat über mittel- und langfristige Entwicklungen sprechen zu können. Daher denke ich, dass es sich auch für die KV'en empfehlen würde, die Strukturen neu zu regeln.

Abg. **Dr. Monika Brüning** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV, die KZBV und an Herrn Rebscher. Halten Sie die im GMG vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismen für den Fall, dass Richtlinien und Verträgen nicht zustande kommen, für sachgerecht?

SV **Rainer Hess** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Beim Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen haben wir eine Entscheidungsstruktur, die bisher in ihrer Systematik gut gelaufen ist. Wir haben uns zwar häufig nicht einigen können und haben die eine oder andere Entscheidung vertagt, aber im Großen und Ganzen haben wir in der nötigen Zeit die nötigen Entscheidungen – notfalls unter Einschaltung des Unparteiischen – getroffen.

Meist haben wir uns aber im Vorfeld geeinigt, zumal wir uns von den Entscheidungen des neutralen Vorsitzenden auch nicht abhängig machen wollten. Es kann also auch ein Einigungszwang bestehen, wenn man gerade einen solchen Vorsitzenden hat.

Beim Koordinierungsausschuss haben wir das Problem, dass durch ein gesetzliches Versehen gar nicht der Unparteiische entscheidet, sondern Einstimmigkeit herbeigeführt werden muss, wenn es um Disease-Management-Programme geht. Dies müsste natürlich geändert werden, da ein mit unparteiischen Personen besetzter Ausschuss gerade für den Konfliktfall gedacht ist. Wenn sich die Partner einigen, braucht man keine Unparteiischen. Die Unparteiischen braucht man, wenn man sich nicht einigt. Wenn dann Einstimmigkeit vorgeschrieben ist, können Sie die Unparteiischen außer Acht lassen. Ein Ausschuss, der mit Unparteiischen besetzt ist, darf also nicht an Einstimmigkeit gebunden sein – es muss im Endeffekt auf das Votum der Unparteiischen ankommen, um einen Beschluss zustande zu bringen. Das muss geändert werden.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Die KZBV hat die Struktur bisher immer so verstanden, dass die Aufsichtsbehörde, z. B. das Ministerium, es durch das bewusste Einschalten von Unparteiischen nicht als notwendig ansah, sich selbst einzubringen. Ich habe das immer für eine gute Entwicklung gehalten. Nach wie vor gilt, dass durch das Einschalten von Unparteiischen und die entsprechenden Geschäftsordnungen eine saubere und kompetente, fachlich orientierte Beschlussfassung möglich ist. Ich kann nur davor warnen, dass man diese fachliche Kompetenz jetzt auf die Aufsichtsbehörde verlagern will. Dies ist für uns nur ein weiteres Zeichen dafür, dass man ein zentralistisches und damit staatliches Gesundheitswesen ankurbeln will.

SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV): Die Kritik an der Arbeit der Selbstverwaltung – so berechtigt sie in dem einen oder anderen Fall sein mag – ist in einem zentralen Punkt falsch.

Die Ursache ist vielmehr im Gesetz angelegt.

Der klassische Fall dieses gesetzlich angelegten Scheiterns ist das Einstimmigkeitserfordernis im Koordinierungsausschuss. Man muss

berücksichtigen, dass Kassenärzteschaft, Kassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer und Zahnärzte einen Beschluss nur einstimmig fassen dürfen. Das wäre so seltsam, wie wenn der Deutsche Bundestag nur Gesetze beschließen dürfte, wenn alle Parteien dieses Hauses die Vorlage unterschrieben. Das kann nicht funktionieren. Daher blockiert ein System sich selbst. Daher waren wir auch nicht mehr bereit, die daraus entstandene Kritik als Kritik an der Selbstverwaltung ernst zunehmen, sondern als Kritik an der Rechtsgrundlage der Arbeit der Selbstverwaltung. Deshalb sind wir froh, dass dieser Punkt in diesem Zusammenhang aufgegriffen wurde und im Koordinierungsausschuss ein Mehrheitsprinzip eingeführt werden soll.

Die Konfliktlösungsmechanismen sollen immer dreierlei bewirken: erstens sollen Blockaden verhindert werden, zweitens soll die Entscheidungsfähigkeit angereizt werden. Drittens: wenn wirklich keine Entscheidung zustande kommt, sollen die Konfliktlösungsmechanismen eine verantwortliche Entscheidung legitimieren. Sei es, dass der Vorsitzende, das Schiedsamt oder wer auch immer, in diesem Fall zu einer Entscheidung berufen ist. In diesem Fall bleibt die gesetzliche Ersatzvornahme das, was sie sein sollte, nämlich die Ultima Ratio, wenn alles gescheitert ist. Das hätte dann auch eine systematische Logik.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Hess von der KBV. Ich würde von Ihnen als Jurist gern noch einmal eine Beurteilung zur rechtlichen Bindungswirkung von Beschlüssen des Bundesausschusses für die ärztliche Versorgung in dem Fall hören, dass die Fachärzte im Einzelvertragssystem nicht Mitglieder der KV sind.

SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung) Da braucht man nur die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts heranzuziehen, die die Beschlussfassung des Bundesausschusses immer mit der Begründung legitimiert hat, dass es einen demokratischen Unterbau gibt, der vom Versicherten, über die Krankenkasse, über den Landesverband, über den Bundesverband in den Bundesausschuss hinein hineinreicht. Bei der KBV besteht dieser Rechtsstrang aus Mitgliedschaften aus Arzt, KV, KBV und dem Bundesausschuss. Das hat das Bundesverfassungsgericht zum Anlass

genommen zu sagen, dass es sich zwar um eine Delegation staatlicher Entscheidungen auf einen untergesetzlichen Normgeber handelt. Diese Delegation sei jedoch demokratisch legitimiert, weil die Vertragsbasis Bundesmantelvertrag oder Richtlinien des Bundesausschusses, auf diesen demokratisch legitimierten Säulen basieren. Deswegen haben wir auch das Problem im Ausschuss „Krankenhaus“, in dem dies so nicht gegeben ist. Da haben sie keine Rechtsverbindlichkeit der Beschlüsse, sondern sie haben eher Empfehlungs- oder Sollcharakter. Sie haben im Krankenhausbereich auch keinen Bundesmantelvertrag, in dem die Richtlinien des Ausschusses „Krankenhaus“ Bestandteil und als solche für alle Krankenhäuser rechtsverbindlich sind.

Nehmen Sie jetzt die Fachärzte aus dieser Säule heraus, bekommen Sie ein Legitimationsproblem. Den Fachärzten, die nur noch per Einzelvertrag an eine Kasse gebunden sind, fehlt die Mitgliedschaft in der KV, die ihrerseits dazu führt, dass das, was der Bundesausschuss beschließt, als Teil des Bundesmantelvertrags jeden einzelnen Kassenarzt, der in dieser Körperschaft ist, bindet. Daher hat auch Professor Ebsen in seinem Gutachten für die AOK zum Thema Einzelvertrag klar gesagt, dass durch die Ablösung des kollektiven Vertragssystems durch ein Einzelvertragssystem die Legitimation des Bundesausschusses in sich zusammenfällt. Ich brauche einen anderen Normgeber, denn im Wettbewerb brauche ich Normen. Professor Ebsen ist auf die Idee gekommen, dass der Deutsche Bundestag einen Regulierungsausschuss einsetzt, der dann den Bundesausschuss ersetzt. Derjenige, der den Bundesausschuss, die gemeinsame Selbstverwaltung erhalten will und sie rechtssicher auch als Normgeber weiterhin einsetzen will, der muss diese gemeinsame Selbstverwaltung mit einem demokratischen Unterbau versehen, sprich mit einer Pflichtmitgliedschaft in der Körperschaft, damit diese Richtlinien als Normen überhaupt tragfähig sind. In dem Moment, in dem Sie diesen Unterbau zerstören, können sie den Bundesausschuss – jedenfalls als Normgeber – vergessen.

Abg. **Gerald Weiß** (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Ich frage die Bundespsychotherapeutenkammer: In Ihrer schriftlichen Stellungnahme stellen Sie fest, dass die unzureichende Repräsentanz der Psychotherapeuten in den Vorständen der KV'en sich nachteilig auf

die Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung ausgewirkt habe. Können Sie das noch einmal näher begründen?

SV **Detlev Kommer** (Bundespsychotherapeutenkammer): Das kann ich am Beispiel der Disease-Management-Programme erläutern. Es ist auf Basis der Rechtsverordnung vorgesehen, dass Psychotherapeuten einzubeziehen sind. Psychotherapeuten sind jedoch nicht an den Vertragsverhandlungen der Krankenkassen beteiligt, was zur Folge hat, dass Psychotherapie weder im präventiven, noch im kurativen Sinne im Rahmen der Disease-Management-Verträge auf Landesebene eingebunden sind. Dies halten wir für einen eklatanten Mangel in der Versorgung. Wir gehen davon aus, dass die Erwartung des Gesetzgebers, hier die Qualität zu verbessern, ohne Einbeziehung psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten nicht erreicht werden kann. Dazu gibt es internationale Daten, die sind evident.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Angesichts der fortgeschrittenen Zeit nur eine kurze Frage zur Einführung des Verhältniswahlrechts bei den Vertreterversammlungen und zur Verlängerung der Amtsdauer. Dazu haben Dr. Herrmann, Herr Hess und der Hausärzteverband schon Stellung bezogen. Mich würde jetzt von der KZBV interessieren, wie Sie zu diesen Neuregelungen steht?

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Wir sehen hier keinen Handlungsbedarf, weil in den meisten Vertreterversammlungen ohnehin das Verhältniswahlrecht gilt. Es wird auch berücksichtigt, dass beispielsweise diejenigen Kollegen, die eine Ermächtigung oder keine Zulassung haben, aber als außerordentliche Mitglieder an der GKV teilhaben, in diesen Vertreterversammlungen gehört werden. Das erscheint mir auch logisch im Hinblick auf die eben geführte Diskussion mit den Kollegen der Psychotherapie. Wer bei den ärztlichen Organisationen eine Einflussnahme für richtig hält, der muss in diesen Bereich auch anderen Gruppen, die an der GKV teilhaben, in den Vertreterversammlungen eine Mitsprache ermöglichen.

Der Vorsitzende, Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, damit wären

wir am Ende der heutigen Anhörung. Ich darf mich bei Ihnen, den Damen und Herren Sachverständigen, die Sie uns für Fragen zur Verfügung standen, herzlich bedanken. Ich schließe damit die öffentliche Anhörung.

Vielen Dank!

Schluss der Sitzung: 13.00 Uhr.