

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
31. Sitzung

Berlin, den 30.06.2003, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001
Berlin,
Sitzungssaal:

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB
Wolfgang Zöllner, 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 beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	6,16,23,35,43,47,69,72,74,75,87	SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	6,9,18,19,29,34,35,38,39, 51
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	6,23,44,47,69,72	SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	6,19,35,38,39,45,48,59,60
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	8,60,83	SV Günther Gabe (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	7
Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU)	9,47,65,69	SV Christian Deppe	7,9,16
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	9,67,68,69	SV Dr. Jochen Bauer	8,9,17
Abg. Monika Brüning (CDU/CSU)	11,28	SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	9,21,22
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	12,13,34,35,56,57,58,77,78,79	SV Dr. Volker Leinbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)	10,15,19,21, 23
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	14,15,37,38,39,59,60,79,80	SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassen-zahnärztliche Bundesvereinigung)	10,11,14,19, 22
Abg. Peter Dreßen (SPD)	18	SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundes-zahnärztekammer)	10,16,22
Abg. Eike Hovermann (SPD)	19	SV Manfred Gilles (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.)	12
Abg. Verena Butalikakis (CDU/DSU)	19,44,52	SV Matthias Kaiser	12,13
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	20	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	13,14,25,32,34,42
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	23,45	SV Prof. Dr. Detlef Heidemann	14
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	27,70,83	SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner	15
Abg. Erika Lotz (SPD)	27,51	SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	18
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	30,53,72	SV Dr. Heinz Stapf-Finé	18,52
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	31,65,74,75	SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	23,27,28,32,35,38,40,41,43,44
Abg. Hildegard Müller (CDU/CSU)	32	SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks)	23,31,46
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	33,46,66,75	SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände)	24,29
Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	35	SV Hans Udo Kersting (Bundesin-nungsverband für Orthopädietechnik)	24,30,31,39
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	40,71,82	SV Jürgen Matthies (Bundesverband der Hörgeräteakustiker)	25,33
Abg. Karsten Schönfeld (SPD)	41	SV Joachim Goerdt (Zentralverband der Augenoptiker)	25
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	42	SV Dr. Christopher Hermann	26,27,28,40,41,42,44
Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD)	43,50	SV Kurt Werner Freigang	26,27,41,42,43,44
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	54	SV Carsten Clausen	30,33
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	64	SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband der Medizintechnologie e.V.)	31,32,37
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	64	SV Heinz Windisch (Verband der kranken-versicherten Deutschlands e.V.)	32,34
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	70,81	SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie)	36,42,46,48,58,61
Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU)	85	S V Dr. Frank Dudda (Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e.V.)	36
		SV Ulrich Hellmann (Bundesvereini-gung Lebenshilfe für Menschen mit geis-tiger Behinderung e.V.)	36,47

	SV Sauermann (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	37
	SV Karl-Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	39
	SV Dr Meyer-Lüerßen (Verband der Diagnostica-Industrie e.V.)	40,44
	SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.)	40
	SV Thomas Nosch	44
	SV Klaus Nerlich (Zentralverband der Augenoptiker)	44
	SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)	46,48,55,62
	SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach	47,51,60
	SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	48,50
	SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)	49,54,62
	SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit)	49
	SV Bert Römer (Deutscher Gewerkschaftsbund)	50
	SV Theodor van Stiphout (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	51,68
	SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention)	52
	SV Michael Weller (AOK-Bundesverband)	53,61,64,66
	SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	54
	SV Christoph Kranich	56,57
	SV Christoph Rupprecht	59
	SV Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers	59
	SV Dr. Manfred Zipperer	59,60,67,68, 69
	SVe Anja-Dorothea Hollmann (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen)	59
	SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	63,64,65
	SV Ulrich Krüger (Aktion Psychische Kranke)	63
	SVe Dr. Ursula Auerswald (Bundesärztekammer)	65
	SVe Dorothea Pitschnau-Michel	66
	SV Horst Dieter Schirmer (Bundesärztekammer)	67
	SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen	69,70,71,72, 78,79,81,82, 83
	SV Prof. Dr. Volker Neumann	70,71,81,82, 83,84
	SV Dr. Joachim Henkel (Bundesministerium des Innern)	73
	MD Dr. Lutz Gusseck (Bundesministerium der Justiz)	75
	SV Prof. Dr. Helge Sodan	76,77,78,79, 81
	SV Prof. Dr. Christian Starck	80,85
	SV Franz Heistermann (Bundeskartellamt)	84
	SV Dr. Heinz-Uwe Dettling	86

(Beginn: 10.03 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD)
Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung begrüßen und bedanke mich, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind.

Ich rufe den einzigen Punkt der Tagesordnung auf: Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)
Drucksache 15/1170 -

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
Drucksache 15/1174 -

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thoma, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen
- Drucksache 15/1175 -

Der Gesetzentwurf und die beiden Anträge stehen heute zur öffentlichen Anhörung zu dem Komplex „Änderungen in der vertragsärztlichen Versorgung und der Zahntechnik“ an. Dafür haben wir eineinhalb Stunden vorgesehen. Die Zeiteinteilung wurde nach der Stärke der Fraktionen vorgenommen. Den beiden großen Fraktionen stehen je 18 Minuten, den Fraktionen des Bündnisses 90/Die Grünen und der FDP eine Runde mit je neun Minuten zur Verfügung. Wir beginnen mit der Anhörung.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich werde mit einigen Fragen zur Konzeption der Festzuschüsse beginnen. Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie an Herrn Deppe und Herrn Dr. Bauer. Sie lautet: Welche Auswirkungen wird die Einführung therapiebezogener Festzu-

schüsse Ihrer Meinung nach auf die zahnmedizinische Versorgungsstruktur und auf das derzeitige Versorgungsniveau der Patientinnen und Patienten haben?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Aus unserer Sicht wird das therapiebezogene Festzuschussmodell, wie es im Entwurf des GMG konzipiert ist, keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur und das Versorgungsniveau haben. Im Gegensatz dazu lassen andere Konzeptionen die Versicherten relativ alleine. So wird beispielsweise bezüglich der Verhandlungen zwischen Zahnarzt und Versichertem, während dieser den Mund aufsperrt, quasi ein Markt konstruiert.

Hier sehen wir eine sehr wichtige Funktion der GKV erfüllt: ihre Schutzfunktion. Ich weiß nicht, inwieweit Sie in Ihrem Bekanntenkreis schon davon gehört haben - vielleicht passiert es mir öfter, dass mich Bekannte ansprechen, die das Pech haben, Mitglied der PKV zu sein -, dass manche Kostenvoranschläge erhalten, deren Höhe sich bei einigen Zahnersatzkonstruktionen im Bereich des Wertes eines Kleinwagens bewegt. Wenn unsere Experten sie dann überprüfen, kommen sie zu dem Ergebnis, dass bei entsprechender Beratung eine qualitativ gleichwertige Versorgung zu weitaus günstigeren Preisen erzielbar wäre.

Also, uns kommt es darauf an, die Schutzfunktion und die Beratungsfunktion der GKV durch die Wahl des Systems, das im Entwurf des GMG nicht verlassen wird, für die Gesamtbevölkerung zu erhalten. Nicht jeder hat einen Bekannten oder Freund, bei dem er sich bei zahnärztlichen Fragen rückversichern kann. Hier muss die Krankenkasse Hilfestellung geben. Wir freuen uns sehr, dass der Entwurf des GMG die Schutzfunktion erhält und den Versicherten nicht alleine lässt. Das bedeutet aus unserer Sicht: Wenn man auf Festzuschüsse abstellen will, was wir für vernünftig erachten, dann ist das System, das der Entwurf des GMG vorsieht, eines, das die ganz elementaren Bedürfnisse des Versicherten und die der GKV als Schutzgemeinschaft wahrt.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Die Entstehung der Idee des Festzuschusses ist aus der Zahnärzteschaft hervorgegangen.

Wenn Sie das zurückverfolgen, dann werden Sie feststellen, dass der Festzuschuss ursprünglich eine Form hatte, die ohne die Schutzfunktion, die Herr von Stackelberg gerade genannt hat, gedacht war, nach dem Motto: Die Krankenversicherung zahlt für eine bestimmte Leistungsart einen bestimmten Betrag. Damit ist ihre Funktion erfüllt. Alles andere wird dann zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt geregelt. Das heißt, die ursprüngliche Absicht, die mit der Einführung des Festzuschusses verfolgt wurde, war, die Bindung des Versicherten bzw. Patienten an seine Kasse zu lösen.

Ich möchte das unterstützen, was Herr von Stackelberg gesagt hat. Wir können uns nur dann für einen Festzuschuss aussprechen, wenn die Schutzfunktion erhalten bleibt bzw. gestärkt wird. Das bedeutet: Heil- und Kostenpläne, Genehmigungsverfahren, Begutachtungsverfahren und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind sehr wichtige Elemente, ohne die ein Festzuschusssystem aus unserer Sicht nicht funktionieren kann.

SV Günther Gabe (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Der Vorteil der therapiebezogenen Festzuschüsse liegt - im Vergleich zu anderen Arten der Festzuschüsse, die ja auch in der Diskussion sind - aus unserer Sicht in der Handhabbarkeit dieses Systems. Von daher begrüßen auch wir ausdrücklich die Gestaltung von therapiebezogenen Festzuschüssen. Eine andere Form, die seitens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in die Diskussion eingebracht wurde, lässt leider die Frage offen, wie das Prozedere aussieht.

Von Herrn Dr. Gerdemann und Herrn von Stackelberg ist ja schon deutlich gemacht worden, dass nicht die Form des Festzuschusses entscheidend ist, sondern in welchem System er sich befindet. Hier kommen überhaupt nur therapiebezogene Festzuschüsse in Betracht. Eine andere Form wäre von ihrem Umsetzungscharakter her äußerst problematisch und würde zu einer weitgehenden Einschaltung privatrechtlicher Strukturen führen. Das lehnt der BKK-Bundesverband ab.

SV Christian Deppe: Anders als meine Vordner sehe ich gerade die Schutzfunktion der GKV durch die neuen Festzuschüsse gefährdet. Man mache sich klar, dass in dem neu gefass-

ten § 30 zwei verschiedene Tendenzen angelegt sind. § 30 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzentwurfs kann man nur verstehen, wenn man ihn mit seiner alten Version kontrastiert. In der neuen Fassung heißt es: „Versicherte haben Anspruch auf Festzuschüsse...“ Das sind Geldleistungen. Im noch geltenden § 30 heißt es: „Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung...“

Zwar heißt es auch in der Begründung zu § 30, dass das Sachleistungsprinzip gewahrt werden soll. Bedenken Sie aber, dass das Sachleistungssystem im Bereich des Zahnersatzes bereits unter den Bedingungen des noch geltenden § 30 ausgehebelt wird. In diesem Zusammenhang ist das Stichwort „Koblenzer Modell“ zu nennen, in dem auch die Mehrkostenregelungen, die ja bis dato auf den 2,3-fachen Satz beschränkt sind, zugunsten einer Alternativenplanung ausgehebelt werden.

Dies ist im Grunde genommen das, was die Standesorganisationen, die Propagandisten der Festzuschüsse, wollen. Das läuft darauf hinaus, dass ein Kassenplan zu Minimalbedingungen erstellt und darüber hinaus eine privatvertragliche Regelung getroffen wird, dass privatvertragliche Pläne in Alternativen vorgelegt werden.

Einen solchen Heil- und Kostenplan aus dem KZV-Bereich Koblenz/Trier habe ich bei mir. Ich würde ihn gerne einmal herumgehen lassen oder dem Sekretariat als Anlage zur Verfügung stellen. Daraus ist ersichtlich, was passiert, wenn den Festzuschüssen das Wort geredet wird, wenn das vor allen Dingen nicht so eindeutig ist, dass Missbrauch ausgeschlossen werden kann. Die jetzige Formulierung ist in ihrem Zusammenhang nicht missbrauchsicher.

Die Schutzfunktion der GKV sehe ich unter den jetzigen Bedingungen gewahrt. Sie ist sogar noch ausbaubar. An dieser Stelle möchte ich darauf verweisen, dass ich als Vertreter des MDK hier bin.

Ich halte es nicht für sinnvoll, das, was jetzt möglich ist, ohne dass ein Ziel erkennbar ist, auszuhebeln. Denn das liefe darauf hinaus, dass, um das Ganze überhaupt zu formulieren, ein entsetzlicher bürokratischer Aufwand entstehen würde. Hinterher werden dann einige tausend Festzuschüsse, jeweils unterschieden zwischen der ausländischen und der inländischen Zahntechnik, sowie verschiedene Bo-

nussysteme dazu führen, dass der recht übersichtliche Bereich BEMA ZE unübersichtlich wird.

Der Festzuschussgedanke basiert, so wie er im vorliegenden Entwurf formuliert ist, auf der Zusammenfassung nach Leistungskomplexen. Der jetzige BEMA im Zahnersatzbereich ist bereits eine Art Zusammenfassung in Leistungskomplexen. Dort existieren Zielleistungen, zum Beispiel die Krone oder die Prothese, mit einigen Ergänzungen und Nebenleistungen. Das ist ein Vorteil, der eine weitere Zusammenfassung gar nicht mehr erlaubt. Man kann zwar sagen, dass noch die eine oder andere Leistung integriert werden könnte. Aber eine Bildung weiterer Komplexe würde überhaupt keinen Sinn machen und die jetzt mögliche Transparenz erheblich einschränken.

SV Dr. Jochen Bauer: Bezüglich der Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Transparenz durch Festzuschüsse ist festzuhalten, dass im Gesetzentwurf nur von Festzuschüssen die Rede ist. Jetzt höre ich, dass es sich hierbei um therapiebezogene Festzuschüsse handelt. Zur Klarstellung: Im Sachleistungskatalog geschieht bisher alles auf BEMA-Basis. Die neuen Festzuschüsse sollen, statt sie prozentual zu berechnen, auf Euro und Cent ausgerechnet werden. Sie werden bei den einzelnen Krankenkassen nach den derzeit gültigen Punktwerten durchaus unterschiedlich hoch sein.

Wenn das so zu verstehen ist, würde sich an der derzeitigen Situation bezüglich Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität überhaupt nichts ändern, außer dass in den nächsten zwei Jahren wieder Streitereien in den verschiedenen Ausschüssen vorprogrammiert sind. Das ist völlig klar. Nur, für die GKV macht das keinen Sinn. Diese Arbeit könnte man sich sparen.

Der wirkliche Knackpunkt des § 30 liegt darin, dass man Festzuschüsse mit Komplexgebühren verbindet. Das ist fürwahr eine ganz andere Schiene. In der Zahnmedizin kennen wir sehr viele Komplexgebühren. Das ist überhaupt nichts Neues. In der Vergangenheit hat es aber Sinn gemacht, dass die Vertragspartner keine weiteren Verdichtungen dieser Komplexe vorgenommen haben.

Ich möchte in diesem Zusammenhang als Beispiel die Amalgam-Füllung nennen. Eine sol-

che Füllung muss eine Unterfüllung beinhalten und zur Formung mit einem Matrizenband gelegt werden. Nachher muss eine Politur erfolgen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Unterfüllung - vielleicht aus Zeitgründen; ich weiß es nicht - vielfach vergessen worden ist und dass die Politur, weil sie einen neuen Termin erfordert hätte, ohnehin nicht erfolgt ist. Deshalb ist man auf die Idee gekommen, dafür Einzelpositionen einzuführen und das auszuweiten, um die Transparenz in diesem Bereich deutlich zu steigern.

Davon ist man aus verschiedenen Gründen wieder abgekommen. Tatsache ist aber, dass ein solcher Komplex für die Krankenkasse bedeutete, dass sie mehr Geld für eine Leistung gezahlt hat, die nicht erbracht worden ist. Wenn Sie einen solchen Komplex über den bereits jetzt bestehenden Bereich ausbauen, dann wird diese Tendenz selbstverständlich in noch viel stärkerem Maße zu beobachten sein.

Im Laborbereich kann es sogar zu grotesken Verwerfungen kommen. Nehmen wir im Bereich des Zahnersatzes zum Beispiel den festen Komplex „Kronen“. Der Patient bekommt dann von der GKV seinen Festzuschuss. Der Zahnarzt lässt den entsprechenden Satz im Ausland fertigen und der Patient verlässt die Praxis mit Gewinn.

Das mag zwar für die Volkswirtschaft wunderschön sein, dem Patienten Spaß machen und bei den Zahnärzten einen kleinen Boom auslösen. Aber ich glaube, dass es nicht zu den originären Aufgaben der GKV gehört, solches zu veranlassen. Ich halte das für ausgesprochen problematisch. Festzuschüsse in Verbindung mit Komplexen bedeuten eine deutliche Verstärkung der Intransparenz. Dann werden wir das Leistungsgeschehen nicht mehr in gleichem Maße wie zurzeit verfolgen können. Dies hielte ich für einen elementaren Rückschritt im wissenschaftlichen Bereich.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Ich möchte meine Fragen an Herrn Deppe, an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und an Herrn Dr. Bauer richten: Welchen Stellenwert sehen Sie für die Zahntechnik, die Zahnmedizin in einer ganzheitlichen Medizin? Welche Integrationsfaktoren sehen Sie da? Welchen Stellenwert haben die Zahntechnik und die Zahnmedizin innerhalb der solidarischen Krankenversicherung? Wie

ist es aus Ihrer Sicht gegenwärtig und zukünftig um die Chancengleichheit beim Zugang bestellt?

SV Christian Deppe: Die Zahntechnik ist für den Zahnarzt und die prothetische Versorgung natürlich elementar. Wesentlich ist dabei - das ist etwas, was in der letzten Zeit verloren zu gehen drohte -, dass die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen dem Zahnarzt und dem zahntechnischen Labor, den Zahntechnikern, nicht durch Intervention von außen unterbrochen wird, um zum Beispiel Kosten zu senken. Wenn es darum geht, Kosten zu senken, ist es nach meiner Meinung weniger entscheidend - das Argument ist für die Festzuschüsse vorgebracht worden -, die Vielabrechnung zu reduzieren. Es geht nicht darum, ob ein oder zwei Modelle pro Arbeit mehr oder weniger erstellt werden. Viel wesentlicher ist es, sich zu fragen, ob nicht im Bereich der bestehenden ZE-Versorgung erhebliche Mängel in der Indikationsstellung bestehen. Das ist meine Erfahrung als MDK-Gutachter. Ich erlebe sehr häufig, dass Kronen und Brücken geplant sind, die nicht indiziert sind, so nicht indiziert sind oder zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht indiziert sind.

Ich komme noch einmal auf den Zahntechniker zurück: Es macht Sinn, immer eine möglichst enge Abstimmung zwischen Zahntechnikern und Zahnärzten zu haben.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-bundesverband): Nach dem Entwurf des GMG ist der Heil- und Kostenplan nach wie vor der Krankenkasse vorzulegen. Er umfasst auch die Zahntechnik. Gerade hier sehen wir, dass sich die eingangs angesprochenen Schutzziele der GKV voll auswirken. Bei dem Alternativentwurf zu den Zuschüssen sieht das ganz anders aus. Hier wird eine freie Verhandlung zwischen Zahnarzt und Patient gewünscht. Die Krankenkasse ist nach wie vor mit im Boot, um eine Überversorgung zu verhindern und den Versicherten vernünftig zu beraten, sodass eine für ihn richtige Versorgung stattfindet, die dem Patienten und nicht dem Zahnarzt dient.

SV Dr. Jochen Bauer: Herr Schmidbauer hat nach der ganzheitlichen Zahnmedizin, der ganzheitlichen Zahntechnik gefragt. Ich muss Ihnen sagen, dass der Begriff der ganzheitli-

chen Zahnmedizin im Endeffekt ein sehr mysteriöser, umrankter ist. Ich hoffe, dass die Zahnärzte grundsätzlich den gesamten Menschen im Blick haben. Diese Sonderschiene ist häufig nur als Verkaufsargument benutzt worden, um den Patienten irgendwelche Leistungen zu offerieren, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt sind. Das kann ich nicht gutheißen. Materialproben usw. werden bei Patienten auch heute schon vorgenommen, sodass die Verträglichkeitsfragen eigentlich geklärt sind.

Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Halten Sie es beschäftigungspolitisch für bedeutsam, dass man bestimmte Bereiche, zum Beispiel den Zahnersatz oder sogar die ganze Zahnheilkunde, in die private Absicherung überführt?

SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Ob sich dies beschäftigungspolitisch in erheblichem Maße auswirkt, lässt sich nur schwer sagen. Allerdings sind wir der Meinung - das geht aus Ihrer Frage hervor -, dass der gesamte Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, also Zahnbehandlung und Zahnersatz, aus dem Bereich der GKV ausgegliedert und in die eigenverantwortliche Vorsorge des einzelnen Versicherten, des einzelnen Bürgers überführt werden sollte.

Das halten wir für einen wichtigen Punkt, da gerade dieser Bereich dafür prädestiniert ist, weil Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten - das wissen wir aus anderen Ländern, beispielsweise aus der Schweiz - hier in besonderem Maße wirksam werden. Von daher ist das ein Komplex, der sich in besonderem Maße für eine neue Aufgliederung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eignet. Ob damit beschäftigungspolitisch viel erreicht wird, wage ich zu bezweifeln; denn der Leistungsumfang bleibt dadurch unberührt.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Zunächst habe ich Fragen an die PKV: Zu welchen Konditionen wären Sie bereit, die bislang gesetzlich Krankenversicherten privat abzusichern? Können Sie etwas zu dem in der Öffentlichkeit erhobenen Vorwurf sagen, die Berechnungen für die private Absicherung des Zahnersatzes

seien unseriös? Können Sie auch etwas zur Problematik von Alterungsrückstellungen sagen, etwa dazu, ob die an dieser Stelle erforderlich sind und, wenn nein, warum nicht?

Den Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Herrn Weitkamp, und Herrn Dr. Fedderwitz von der KZBV bitte ich, sich zu diesen Aussagen der PKV zu äußern, insbesondere auch zu dem Punkt, was der Versicherte von einer solchen Zusatzversicherungslösung für den Zahnersatz hätte.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Die private Krankenversicherung ist bereit, Kontrahierungszwang für alle GKV-Versicherte zu akzeptieren. Die private Krankenversicherung wird keine Risikoprüfung vornehmen. Entsprechend wird es auch - anders als viele in der Presse glauben machen wollen - keine Risikozuschläge geben. Wir sind auch in der Lage, geschlechtsunabhängige Beiträge anzubieten, also gleiche Beiträge für Männer und Frauen.

Der Beitrag liegt - um es hier noch einmal klar zu sagen - bei 7,50 Euro pro Erwachsenen, bei Beitragsfreiheit von Kindern unter 20 Jahren. Hinsichtlich des Zahlenwerkes ist in der Vergangenheit ein bisschen Verwirrung aufgetreten. Ich kann Ihnen sagen, dass diese Verwirrung nicht von der PKV verursacht worden ist. Ich möchte aber nicht spekulieren, welche Motivlage letztlich hinter dieser Verwirrung steht. Alle Kalkulationsgrundlagen sind beachtet und die gesamte Branche steht hinter diesem Angebot. Insofern ist der Vorwurf, dass hier getrickst worden sei - manche sagen, es sei zu teuer, andere wiederum sagen, es sei zu billig, 7,50 Euro ist der Betrag -, dass es unseriös sei, schlichtweg absurd.

Auf die Frage nach der Alterungsrückstellung antworte ich: Sie wissen, dass die PKV im Vollversicherungsbereich aus guten Gründen mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Bei der zahnärztlichen Versorgung haben wir das Phänomen, dass es über die Zeitschiene hinweg ganz flache Profile gibt, dass die Altersabhängigkeit nur sehr schwach ausgeprägt ist.

Wir haben zwei Filter, um die Altersabhängigkeit, die ja sehr klein dimensioniert ist, zu berücksichtigen. Erstens. Der Festzuschuss an sich hat einen dämpfenden Effekt und lässt die Demographie deutlich weniger negativ zur

Wirkung kommen als Einzelleistungshonorierung ohne Festzuschüsse. Zweitens. Die Kalkulation der PKV ist mit Sicherheiten gerechnet, wie es der Kalkulationsverordnung entspricht. Sollten diese Sicherheiten Realität werden, werden sie keineswegs dazu genutzt, Aktionäre zu befriedigen. 80 Prozent dieses Überschusses werden vielmehr dazu genutzt, eventuell notwendige Beitragsanpassungen abzufedern, sodass darin implizit eine Art Alterungsrückstellung liegt.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Auch wir gehen davon aus, dass der Betrag von 7,50 Euro sauber kalkuliert ist. Wir sind nicht in der Lage, die Kalkulation des PKV-Verbandes nachzuvollziehen, haben aber keinen Zweifel an der Seriosität dieser Angaben. Wir gehen davon aus, dass eine umfassende Versorgung zu diesem Preis versicherbar ist bzw. dass das Leistungsvolumen von rund 3,5 bis 3,6 Milliarden Euro, das jetzt für die Versorgung unserer GKV-Patienten mit Zahnersatz vorhanden ist, dann auch in der PKV aufgebracht wird und zur Verfügung steht.

Für uns ist nachvollziehbar, dass die Instrumentarien der PKV anders strukturiert sind als die der GKV. Es gibt Ausarbeitungen, unter anderem das Gutachten von Professor Raffelhüschen, die nachweisen, dass die zahnärztliche Behandlung und auch der Zahnersatz nicht sozusagen dem Generationenvertrag verpflichtet sind, sodass auf diese Weise ein weiterer Ansatz für eine Reformoption gegeben ist.

Wir gehen davon aus, dass mit einer Pflicht zur Versicherung und mit einer Übernahme des bisherigen Bonussystems verfassungsrechtliche Fragen, die aufkommen könnten, geklärt sind. Auch nach unserer Auffassung ist der medizinische Fortschritt für den Versicherten in einer PKV, wenn Zahnersatz dort impliziert ist, nicht nur möglich. Vielmehr ist er dort weitaus besser gegeben, als das bisher der Fall ist. Vielleicht werden wir das noch in einer gesonderten Frage aufarbeiten können.

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer): Versicherungstechnisch ist soeben alles gesagt worden. Ich möchte nur noch einmal ganz besonderen Wert auf die Feststellung legen, dass, wenn der Zahnersatz

in den Privatbereich ausgegliedert wird, nicht das große Zittern beginnen muss. Im Gegenteil: Wenn dies unter der Systematik der diagnoseabhängigen Festzuschüsse geschieht, entsteht eine neue Sicherheit. Denn bei einer gut gestellten und gut dokumentierten Diagnose, einschließlich der dazugehörigen Befunde, wird es für jeden, der berät - wo auch immer der Patient Rat sucht -, sehr viel einfacher sein, aufgrund von Befunden und Diagnose Therapievorschläge exakt überprüfen zu können. Insofern ist diese neue Systematik sehr zu begrüßen, weil sie statt weniger Sicherheit entschieden mehr Sicherheit geben würde.

Abg. Monika Brüning (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den Freien Verband Deutscher Zahnärzte und die Bundeszahnärztekammer: Was spricht aus zahnmedizinischer Sicht für eine Beibehaltung der Zahnbehandlung im Leistungskatalog der GKV und was für die Ausgliederung des Zahnersatzes in die private Absicherung?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Man kann es auf einen kurzen Nenner bringen: Es spricht sehr viel dafür. Die zahnärztliche Behandlung, Versorgung ist ein ideales Testfeld für die überfälligen Strukturveränderungen, weil sich im zahnärztlichen Bereich ganz anders als im ärztlichen Bereich - das gilt vorrangig für den Bereich Zahnersatz, aber auch für andere zahnärztliche Versorgungsbereiche, beispielsweise in der Füllungstherapie; ich kann das gleich an einem Beispiel klar machen - zunehmend ein notwendiger Leistungsanspruch aufgrund eines Krankheitsbefundes oder eines Zwangs zur Funktionsverbesserung oder -Wiederherstellung ergibt, der mit Optionen des Patienten hinsichtlich des Komforts, aber auch der Ästhetik gekoppelt ist.

Das einfachste Beispiel kennen Sie alle aus der Füllungstherapie. Patienten möchten heutzutage aus vielerlei Gründen keine Amalgamfüllungen mehr; sie brauchen aber eine Füllung. Das heißt, die GKV hat einen Leistungsanspruch und der Patient hat jetzt die Option: Wählt er eine Amalgamfüllung, die er aufgrund ihres Quecksilbergehalts oder aufgrund der farblichen Veränderungen möglicherweise nicht möchte, oder wählt er eine zahnfarbene

Version, die er lieber hätte? Wenn all das in unsere Therapieentscheidungen, die vom Patienten immer eigenverantwortlich mitgetragen werden, zunehmend Einzug hält, dann ist eine starre Leistungsstruktur, wie wir sie in der GKV haben, mit einem Zuzahlungsverbot und dergleichen nicht möglich. Beispielsweise ist es nach den Worten eines neutralen Mitglieds des VdAK-Schiedsamtes, der Jurist und Hochschullehrer ist, einem Normalsterblichen innerhalb einer Stunde nicht klar zu machen, warum ein Patient in der GKV einen Leistungsanspruch hat, ihn aber in dem Moment verwirrt, in dem er sich für eine besondere Form dieser Leistung entscheidet, die aber zufällig gerade nicht im Leistungskatalog enthalten ist.

Mit anderen Worten: In den bisherigen GKV-Strukturen wird der Patient vom wissenschaftlichen Fortschritt abgekoppelt, weil nicht alle Leistungen, zumal aus Kostengründen, Einzug in den GKV-Leistungskatalog halten können, beispielsweise Implantate. Implantatversorgungen sind heutzutage ausgegrenzt, abgesehen von einigen wenigen Sonderfällen bei Tumor- und Traumapatienten. Und es gibt einige wenige Sonderfälle, in denen die Suprakonstruktion, also beispielsweise die Prothese über einer Implantatfixierung, als Kassenleistung weiterhin zu den bisherigen Bedingungen bezuschusst wird, aber nicht die einzelne Implantatversorgung selbst.

Wenn ich diese Fragestellung jetzt auf den Bereich Zahnersatz konzentriere, kann ich sagen: Die befundorientierten Festzuschüsse - und damit einhergehend eine Ausgrenzung des Zahnersatzes - haben einen großen Vorteil. Sie lösen die derzeitige Zweiklassenmedizin, die es in den Strukturen gibt, ab. Nach dem bisherigen prozentualen Zuschuss erhält der Patient von der Solidargemeinschaft einen höheren Zuschuss, der sich selber aufgrund seiner finanziellen Leistungsstärke eine höhere Eigenbeteiligung leisten kann. Bisher ist es so, dass der Patient von vielen Wahloptionen abgekoppelt ist: sei es, dass Optionen im Leistungskatalog gar nicht aufgeführt sind, sei es, dass ihm Optionen im Leistungskatalog vorerhalten werden.

Ein weiterer Vorteil ist: Wenn die Politik Zwänge sieht, Einsparungen vorzunehmen, dann bietet sich das gerade im zahnärztlichen Bereich, im Zahnersatzbereich an; dies deshalb, weil es in keinem anderen europäischen

Land einen derartig hohen Zuschuss für Zahnersatz zu den Versorgungsformen gibt. Insofern ist das ein ideales Testfeld. Ich halte es mit Herrn Montgomery vom Marburger Bund, der gesagt hat, das sei eigentlich ein Appetizer für die Politik, Veränderungen in der Zahnheilkunde, auch diese Ausgrenzung vorzunehmen.

Ich habe den Eindruck, dass die guten Konzepte - sie werden zunehmend überzeugender - offensichtlich so gut sind, dass man nur mit Argumenten wie „Das ist Schnee von gestern“ oder „Das ist Steinzeit“ dagegen angehen kann. Es macht keinen Sinn, uns permanent als Abzocker, Betrüger, Beutelschneider oder Scharlatane hinzustellen. Das Beste wäre, wenn man dem folgen wollte, alle deutschen Patienten ins Ausland zu schicken und sie von ausländischen Zahnärzten behandeln zu lassen. Das hätte auch den Vorteil, dass sie dort die Kostenerstattung bekommen und die Behandlung dort ohne vorherige Genehmigung vorgenommen werden kann - für den Patienten wahrlich ein großer Vorteil.

SV Manfred Gilles (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.) Ich teile die Auffassung von Herrn Dr. Fedderwitz. Ich möchte nur kurz ergänzen: Unser primäres Ziel ist es, den Bürgern den freien Zugang zur einer präventionsorientierten Zahnmedizin zu ermöglichen. Wir sind der Auffassung, dass die Zahnmedizin - jedenfalls sehr große Teile davon - in besonderer Weise geeignet ist, in die private Verantwortung des Bürgers überführt zu werden. Nach unserem Verständnis sollte nicht nur der Zahnersatz in die private Verantwortung überführt werden. Auch alles andere - lediglich die Versorgung von trauma-, tumor- und genetisch bedingten Fehlbildungen sollte im Leistungsspektrum der GKV verbleiben - könnte ausgliedert werden.

Ich weise darauf hin, dass sich dieses befundorientierte Festzuschussmodell auch sehr gut in der privaten Krankenversicherung eignet.

Ein letzter Hinweis: Ein solcher Systemwechsel findet in der Bevölkerung unserer Ansicht nach nur dann Akzeptanz, wenn die durch die Ausgliederung eingesparten Beitragsanteile dem Versicherten ungeschmälert für eine private Eigenvorsorge zur Verfügung stehen.

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer): Zu der gestellten Frage ein klares Ja. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist eine sehr präventionsorientierte Wissenschaft. Diese Präventionsorientierung kommt nicht von ungefähr. Sie hängt auch damit zusammen, dass der Patient in Bezug auf die Therapie ganz entschieden einbezogen wird. Die Bundeszahnärztekammer legt allergrößten Wert darauf, dass eine solide, funktionstüchtige Basisversorgung vorgehalten wird, darüber hinaus aber jedem Patienten alle Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts in der Therapie offen gehalten werden.

Insofern kann ich nur die Meinung unterstützen, dass andere Formen gesucht werden müssen als die, die wir zurzeit haben: ein sehr reguliertes und streng auf bestimmte Maßnahmen festgelegtes Konzept, bei dem der Patient nicht sonderlich viele Chancen hat, selbst mitzubestimmen, aber auch keine große Verpflichtung, selbst Verantwortung zu übernehmen. Wir gehen davon aus, dass sich auch in der Privatversicherung zum Beispiel Bonusysteme sehr gut implementieren lassen, um sicherzustellen, dass die Präventionsorientierung, die wir heute bereits im Ansatz haben, ganz entschieden ausgebaut wird. Sie wissen, dass wir die gesamte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde präventionsorientiert neu beschreiben haben, und wir möchten sie, sofern es gewünscht ist, dem Patienten in toto zur Verfügung stellen können.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Kaiser, und zwar zu dem bereits mehrfach angesprochenen befundorientierten Festzuschuss. Ich wüsste gerne, was Sie davon halten, und bitte Sie, insbesondere etwas zu der Befürchtung zu sagen, dass die Befundorientierung den Verbraucherschutz gefährden könnte und Patienten mit zu aufwendigem Zahnersatz versorgt würden.

SV Matthias Kaiser: Die Unterscheidung zwischen Befundorientierung und therapiebezogener Einschätzung ist aus unserer Sicht als Zahntechniklabor eine gewisse Haarspalterei. Bei den vielen Hundert Zahnärzten, mit denen wir als Labor in den letzten Jahren zusammengearbeitet haben, kann man grundsätzlich davon ausgehen, dass die allermeisten selbstverständlich die vernünftigste und durch unsere

besondere Arbeit auch preiswerteste Lösung für den Patienten suchen. Trotzdem ist es sicherlich sinnvoll, einen Weg zu finden, durch eine unabhängige Kommission Transparenz für den Patienten zu schaffen, um die 90 Prozent der normalen Vorgänge beim Zahnersatz dokumentieren und vergleichen zu können.

Ich kann nicht ganz verstehen, warum das, auch in dieser Diskussion, so kompliziert gemacht wird. Wir hatten das Modell 1997/98 und konnten damals mit Zuschüssen arbeiten. Schon zu jener Zeit haben wir die Erfahrung gemacht, dass das Modell nach kurzen Anfangsschwierigkeiten ganz hervorragend funktionierte und die meisten damit auch sehr glücklich waren. Es gab keinen Unterschied. Die Frage ist: Kann damit auch der Effekt der Beitragssenkung erzielt werden?

Noch einmal zu der Fragestellung: Ich glaube nicht, dass jemand mit zu aufwendigem Zahnersatz versorgt wird.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Herrn Kaiser: Was halten Sie von der Regelung, dass der Zahnarzt im Heil- und Kostenplan künftig zwei Kostenangebote für zahntechnische Leistungen beifügen muss?

SV Matthias Kaiser: Ich glaube, dass das sehr aufwendig sein wird. Auf der anderen Seite muss ich sagen: Technisch machbar ist es; das ist gar keine Frage. Es gibt allerdings sehr viele kreative Möglichkeiten, das auszuhebeln. 20 Prozent der Zahnärzte betreiben ein Eigenlabor, das grundsätzlich 5 Prozent günstiger sein muss als die gewerblichen Labors. Insofern ist es immer einfach, zu sagen: Unser Labor ist 5 Prozent günstiger. Wichtiger ist aber die Frage, ob es einen tatsächlichen Qualitäts- und Preiswettbewerb geben kann. Dafür sind die Festzuschussregelungen natürlich immer wesentlich besser.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Herrn Kaiser: Was halten Sie von der Härtefallregelung, wonach der Festzuschuss für solche Personen in doppelter Höhe bezahlt werden soll?

SV Matthias Kaiser: Unter den Fachleuten ist allgemein bekannt, dass die so genannten Härtefallpatienten in jeder Zahnarztpraxis und in jedem Dentallabor sehr beliebt sind. Da spielen verschiedene Dinge zusammen. Aber angesichts des Preis- und Qualitätswettbewerbs kann es natürlich nicht sein, dass diejenigen, die mit einem niedrigen Einkommen auskommen müssen, eine hohe Zuzahlung zu tragen haben, während die so genannten Härtefallpatienten sich beim Zahnarzt voll versorgen lassen können. Man sollte darüber nachdenken, ob nicht über Sonderregelungen und unterschiedliche Preisgestaltung sowohl bei den Zahnärzten als auch bei den Labors andere Lösungen gefunden werden können. Wenn 35 Prozent der Zahnersatzkosten der AOK Brandenburg für Härtefälle entstehen, wie es meiner Kenntnis nach der Fall ist, dann muss man überlegen, ob es nicht einen Spielraum gibt, in dem Bereich anders abzurechnen; es gibt viele Labors, die dazu bereit sind. Natürlich freuen wir uns, wenn bei doppeltem Festzuschuss alle voll versorgt werden; das muss man ehrlich sagen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Bundesverband der Verbraucherzentralen: Wie bewerten Sie die im GMG für diesen Bereich vorgesehenen Regelungen unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir akzeptieren diese Regelung. Wir sehen aber durchaus Probleme. Einerseits erwarten wir, dass das Preisbewusstsein der Patientinnen und Patienten sich erhöht und sich Kosten dadurch im Einzelfall reduzieren. Andererseits befürchten wir, dass dadurch, dass die Patienten gegenüber dem Arzt eine geringere Verhandlungsmacht haben, dies zu Mehrkosten führen kann, die dann allerdings allein und in voller Höhe vom Patienten zu tragen sind.

Die Einführung solcher Festbeträge setzt nach unserer Einschätzung eine erhöhte Markttransparenz in diesem Bereich voraus. Daher fordern wir, dass die Angebote einer unabhängigen Beratung für Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden.

Wir begrüßen in diesem Zusammenhang allerdings, dass die Krankenkassen in die Lage

versetzt werden, künftig die Gesamtrechnung der Behandlung zu überprüfen, und verpflichtet werden, ihre Versicherten über qualitative Alternativen und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu informieren und zu beraten.

Wir begrüßen auch, dass die geltende Bonusregelung in dem jetzigen System erhalten bleibt. Allerdings sehen wir durch die pauschale Festlegung der Zuschüsse die Gefahr, dass in Zukunft Therapie- und Befundentscheidungen nach der Erstattungsmöglichkeit gewählt und wir insofern Befundungen haben werden, die sich nicht nach der therapeutischen Notwendigkeit, sondern nach der Art der Zuschüsse richten. Da sehen wir die Möglichkeit eines Umgehungseffektes.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch einmal an den Bundesverband der Verbraucherzentralen: Im GMG ist vorgesehen, dass weiterhin keine Zuschüsse für Implantate gezahlt werden. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Das sehen wir kritisch. Es wurde schon gesagt, dass es durchaus die Möglichkeit geben sollte, sinnvolle Versorgungsalternativen für die Versicherten zu wählen. Dazu gehören im Einzelfall auch Implantate, auch über die bisher geregelten Ausnahmen hinaus.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich frage Herrn Professor Heidemann, den KZBV und die PKV: Ist es Ihres Erachtens möglich und sinnvoll, die zahnmedizinische Versorgung voll aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen und in eine private Versicherung zu überführen?

SV Prof. Dr. Detlef Heidemann: Die komplette Herausnahme der Zahnmedizin aus der GKV birgt natürlich ein paar Pferdefüße. Ein Pferdefuß ist im Bereich der Prävention zu sehen, ein anderer im Bereich basaler chirurgischer Leistungen, die den Patienten eigentlich zugute kommen müssten.

Ansonsten bietet die Zahnmedizin im Vergleich zur Medizin eine große Spanne von Möglichkeiten, Therapien in unterschiedlichem

Leistungsumfang zu erbringen. Von dieser Seite her sind sicher Möglichkeiten gegeben, aus dem GKV-Bereich herauszukommen. Allerdings wäre es aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll, präventive Maßnahmen und basale chirurgische Maßnahmen im GKV-Bereich zu belassen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Auch ich möchte kurz etwas zu den präventiven Maßnahmen und den basalchirurgischen Maßnahmen sagen. Es ist sicherlich unbestritten, dass in jeglicher Versicherungsform, auch im Bereich einer privaten Krankenversicherung, eine Tarifstruktur, salopp formuliert, so gestrikt sein muss, dass der Patient die Sicherheit hat, basalchirurgisch, also im Grunde bei allen Notfallpositionen, eine adäquate und umfassende Versorgung zu erhalten. Präventive Maßnahmen sind sicherlich ein allgemeines gesellschaftspolitisches Anliegen. Das gilt vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendprävention bis zum 18. Lebensjahr. Die Zahnärzteschaft hat aber auch Interesse an einer Erwachsenenprävention. Sie hält es für unabdingbar, dass die Betreuung über das 18. Lebensjahr hinausgeht.

Da die Prävention eine Maßnahme ist, die ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit bedingt, kann es allerdings nicht sein, dass solche präventiven Maßnahmen mit der GKV-Sachleistungsgießkanne über die Patienten ausgeschüttet werden. Auf diese Weise bieten sich gerade im Bereich der Erwachsenenprävention Zuschüsse der Kostenträger, ob privat oder GKV, an, um dem Patienten zum einen die Möglichkeiten attraktiver zu machen, um ihm aber zum anderen gleichzeitig die Aufgabe eines eigenverantwortlichen Beitrags zu übertragen.

Alles andere habe ich in Kurzform bereits gesagt. Das zahnmedizinische Versorgungsspektrum ist eine Mischung von Need-Leistungen, also benötigten Leistungen, und Want-Leistungen. Im Gegensatz zur Medizin ist eine eindeutige Trennung zwischen Need- und Want-Leistungen vorzunehmen. Ich halte zum Beispiel die berühmten IGEL für typische Want-Leistungen. Bei der zahnärztlichen Versorgung, nicht nur im Zahnersatzbereich und im Füllungsbereich, sondern zunehmend auch in anderen Bereichen, handelt es sich immer um eine Mischung zwischen Need- und Want-

Leistungen. Hier ist ein idealer Ansatz für eine Herausnahme.

In diesem Zusammenhang ist auch der Befürchtung entgegenzutreten, dass, wie eben von den Verbraucherzentralen geäußert wurde, Festzuschüsse in irgendeiner Form als Therapieansatz missbraucht werden könnten. Während man das beim prozentualen Zuschuss zu Recht annimmt - die Härtefallproblematik wurde eben richtig geschildert -, wirkt der Festzuschuss allenfalls kostensenkend; die über den Festzuschuss gesteuerten Versorgungsformen wären wahrscheinlich weniger kostenaufwendig. Man könnte dann sagen, der Festzuschuss macht alles billiger.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Wenn es denn das politische Ziel ist, die Lohnzusatzkosten zu reduzieren - ich denke, das Ziel ist alternativlos -, und wenn es das Ziel ist, den Leistungskatalog der GKV zu überprüfen, dann kann man ehesten den Zahnersatz ausgliedern. Zahnersatz ist - die Zahnärzte werden es mir nachsehen - kein existenzielles Risiko. Durch die Herausnahme des Zahnersatzes würde auch der Rationierungsdruck auf die wirklichen Kernaufgaben der GKV vermindert.

Wir müssen sehen, dass der Bereich Zahnersatz auch sehr starke ästhetische und damit konsumtive Aspekte enthält und dass dieser Leistungsbereich wie kaum ein anderer durch individuelle Prophylaxe und Prävention in seinem Leistungsgeschehen beeinflussbar ist. Wir haben - vielleicht ist auch das ein Argument - eine ganze Reihe internationaler Vorbilder. Im Augenblick sind wir ein Land mit einer exotischen Struktur. Wir wären das nicht mehr, wenn der Zahnersatz ausgegliedert würde.

Aus PKV-Perspektive ist - wenn wir einmal das Wort Solidarität in den Mund nehmen dürfen - der befundorientierte Festzuschuss deutlich solidarischer als ein therapieorientierter Festzuschuss, bei dem man für höherwertige Leistungen mehr bekommt. Wer nimmt höherwertige Leistungen in Anspruch? Das sind diejenigen, die sie sich eher leisten können. Dadurch erfolgt eine Verschiebung von öffentlichen Mitteln zugunsten der eher Reichen in der Bevölkerung. Das wird durch

einen befundorientierten Festzuschuss vermieden.

Zur Frage der Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung. Wenn diese Verantwortung der PKV übertragen würde, muss darauf Rücksicht genommen werden. Das wäre einfach zu lösen, indem beispielsweise im Bereich der Regelversorgung eine Referenzpreisliste mit festen Eurobeiträgen erstellt werden könnte.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Professor Wagner, Herr Professor Heidemann und die KZBV, können Sie mir noch einmal ganz langsam, damit ich es wirklich verstehe, den Unterschied zwischen befundorientierter Bezuschussung und therapiebezogener Bezuschussung erklären?

SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner: Zunächst einmal freue ich mich, dass das Thema der Festzuschüsse cum grano salis mit seinen Tücken schon akzeptiert ist, sodass ich mich auf die Frage konzentrieren kann: Ist befundorientiert oder therapieorientiert die bessere Variante? In der Gesamtmedizin hat man im Krankenhausbereich auf eine diagnoseorientierte Finanzierung umgestellt. Ich bin als nicht prophetisch, rein chirurgisch tätiger Hochschullehrer mit der Aufgabe betraut gewesen, als Präsident die präventionsorientierte Neubeschreibung zu koordinieren. Dabei entstand die Idee und die Diskussion darüber, dass man über eine Orientierung am Befund, wie es in der Medizin allgemein üblich ist, sehr viel eher den Finanzierungsbedarf definieren kann, den der individuelle Patient braucht, als über das Therapiemittel.

Dass das in einigen Punkten identisch ist, ist richtig. Der zahnlose Patient hat keine wesentlichen Alternativen in der Versorgung. Aber auch dort ergibt sich eine Therapieausgrenzung, wenn man sich am Therapiemittel orientiert. Das heißt, der am Befund orientierte Bedarf des Patienten ist das wesentlich gerechtere und objektivere Messkriterium. Das ist das eine.

Das Zweite. Ich sehe selbstverständlich die Probleme des Patientenschutzes. Dieser ist aber beim befundorientierten Festzuschuss genauso zu sichern wie beim therapieorientierten Festzuschuss.

Drei Stichworte dazu: Die Alternativplanungs-option - die sich meiner Meinung nach nicht in der Zahntechnikerrechnung ergeben sollte -, die Zweitmeinungsabsicherung und der schon eingeführte Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen stellen erhebliche Schutzmechanismen dar. Auf der anderen Seite bietet der befundorientierte Festzuschuss ganz wesentliche Vorteile: Er verhindert Therapieausgrenzungen, wenn für eine Therapieform noch kein Festzuschuss festgelegt ist. Er verhindert die Fortschrittsfalle, wenn sich ein neues Therapiemittel schon wissenschaftlich etabliert hat, ohne dass es dafür einen Festzuschuss gibt. Er schafft mehr Leistungsgerechtigkeit; das wurde diskutiert. Er integriert Härtefallregelungen und ist in hohem Maße europatauglich. Deshalb halte ich die befundorientierte Festzuschussregelung für die intelligente Form.

Dabei betone ich ausdrücklich: Ich erachte es auch als ausgesprochen notwendig, dass die Aspekte der Tertiärprävention für den Patienten integriert und abgesichert werden - ob in der GKV oder außerhalb in einer Pflichtversicherung, dazu bin ich nicht gefragt worden; ich habe meine Meinung dazu. Aber das Modell der befundorientierten Festzuschüsse als Bemessungskriterium für den Anspruch der Prävention, bei welchem Kostenerstatter auch immer, halte ich für das medizinisch saubere und clevere Modell.

Abg. Klaus Kirschner (SPD): Meine Fragen gehen an Herrn Präsident Weitkamp, an Herrn Deppe und an Herrn Dr. Bauer. Herr Dr. Weitkamp, Sie haben ein wissenschaftliches Institut. Weil immer die Schweiz in den Vordergrund gestellt wird, da dort die gesamte Zahnversorgung Privatsache ist, habe ich die Frage: Gibt es, was die Zahngesundheit angeht, zwischen der Schweiz und Deutschland signifikante Unterschiede?

Die zweite Frage: Ist es nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen gerechtfertigt, die Prävention oraler Erkrankungen allein auf das mechanische Zähneputzen zu reduzieren?

Daran schließt sich die Frage an: Welchen Einfluss auf die Zahngesundheit bzw. auf den Zustand des Gebisses haben allgemeine Erkrankungen, genetische sowie exogene Faktoren und welchen Einfluss hat die Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog?

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer): Das ist eine äußerst interessante Frage, weil sie an den Kern der Prävention geht. Die Schweizer waren ohne Frage Vorreiter - zumindest in Zentraleuropa -, wenn es darum geht, über die Prävention den Zahnersatz und alles, was zur Wiederherstellung gehört, nach Lebensalter möglichst weit hinauszuschieben. Es gilt, deutlich zu machen, dass bei den drei Klassen der Prävention die erste Stufe, in der die Prophylaxe eine wesentliche Rolle spielt, also Oral Self-Care, das, was der Patient selber veranlassen kann - -

Abg. Klaus Kirschner (SPD): Herr Präsident Weitkamp, Sie beantworten meine Frage nicht. Ich habe wissen wollen: Gibt es signifikante Unterschiede in der Zahngesundheit zwischen der Schweiz und Deutschland?

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer): Darauf will ich gerade hinaus, indem ich darstelle, dass die Prävention in der Schweiz bereits sehr früh in die Wege geleitet wurde und wir nachgefolgt sind. Die signifikanten Unterschiede, über die in der letzten Zeit so viel geredet wird, sind nicht in dem Maße vorhanden, wie zunächst über einen langen Zeitraum angenommen wurde. Das ist richtig.

Sehr wohl aber gibt es bei uns noch sehr viele Möglichkeiten, die Therapie präventiv zu gestalten. Wir meinen, dass durch den diagnose- bzw. befundabhängigen Festzuschuss ein unterschiedenes Signal gegeben werden kann, die Prävention auch im tertiären Bereich zu installieren und die Versorgung der Patienten präventionsorientierter vorzunehmen.

SV Christian Deppe: Die Frage spielt auf die politische oder die epidemiologische Begründung der Vorstellungen an, den Zahnersatz zu privatisieren. Es wird unter dem Stichwort „Eigenverantwortung“ behauptet, dass allein das Putzen - die Aufforderung zum Putzen bzw. der Mangel des Putzens - tatsächlich eine Rolle spielt bei der Frage, ob Zahnersatz notwendig ist oder nicht. Das ist schlichtweg falsch; das ist nicht der Fall. Dazu gibt es alle möglichen Studien.

Unter dem Stichwort - ich kann das hier nur andeuten - „Verhaltens- und Verhältnisprävention“ gibt es weitere wesentliche Faktoren. Ich darf hier einmal die Fachleute, nämlich meine Kollegen Zahnärztinnen und Zahnärzte, ansprechen und anführen, dass zum Beispiel genetische Faktoren im Bereich der Parodontologie, Fehlbelastungen und funktionelle Faktoren zum Zahnverlust führen oder den Zahnersatz begünstigen können. Angesichts dessen spielt der Faktor Eigenverantwortung fast keine Rolle mehr. Das heißt, von der Stärkung der Eigenverantwortung ist nichts zu erwarten.

Der Vergleich zwischen der Schweiz und Deutschland, den Herr Professor Staehle und Herr Professor Kerschbaum in der jüngsten Ausgabe der „DZZ“ angeführt haben, läuft darauf hinaus, dass durch Eigenverantwortung tatsächlich keine Reduktion der Zahnersatznachfrage zu erreichen ist.

Die wesentlichen Erfolge konzentrieren sich im Übrigen auf eine Stärkung der Eigenverantwortung, die dort schon vor 20 Jahren angefangen hat. Eigenverantwortung zu stärken ist tatsächlich eine Aufgabe und ist nicht bereits damit getan, dass man jemandem die finanzielle Verantwortung für seinen Zahnersatz aufbürdet; das geht so nicht. Die Stärkung der Eigenverantwortung ist eine Sache, die wir hier noch gar nicht begonnen haben.

Abgesehen davon ist es ebenfalls die Erkenntnis dieses Aufsatzes, dass es auch in der Schweiz nicht so läuft, wie man das immer vermutet. Der Artikel, auf den ich anspiele, hat den Titel „Mythos Schweiz“. Es ist ein Mythos, dass es signifikante Unterschiede zwischen der Schweiz und Deutschland gibt. Die Erfolge in der Schweiz konzentrieren sich auf bestimmte wenige Städte und auf bestimmte Initiativen, die sich an Schulzahnkliniken, die hier bis dato offenbar undenkbar sind, anknüpfen lassen. Alles andere ist Illusion bzw. Mythenbildung.

SV Dr. Jochen Bauer: Das kann man im Prinzip nur unterstreichen. Diese Mythenbildung, die mit der Eigenverantwortung verbunden wird, ist im Endeffekt wirklich grotesk. Wir haben keine Veränderung und wissen noch herzlich wenig darüber, weshalb es so ist, dass trotz hervorragender Prophylaxe in der Schweiz in den mittleren Jahresaltern und auch

danach Zahnverlust in einem größeren Maße eintritt. Perspektiven, Entwicklungen und Hochrechnungen von Professor Kerschbaum haben gezeigt, dass selbst mit einer hervorragend funktionierenden Prophylaxe in den nächsten zehn bis 15 Jahren in der Altersgruppe zwischen 45 und 60 Jahren im Mittel vielleicht ein Zahn mehr erhalten werden kann. Der Rest wird verloren gehen.

Wir haben heute eine erheblich größere Ahnung davon - ich betone: Ahnung -, dass genetische Faktoren bei allen möglichen Sachen eine große Rolle spielen. Wir wissen, dass Krankheiten wie Diabetes eine Prädisposition - ich formuliere das einmal vorsichtig - darstellen. Nur solche Prädispositionen zu berücksichtigen würde wiederum viel zu kurz greifen, natürlich müssten auch später erworbene Schäden - durch Stress usw. - berücksichtigt werden. - Eine solche Differenzierung ist meiner Ansicht nach also nur fahrlässig oder ganz grob zu machen, aber auf jeden Fall medizinisch nicht zu begründen.

Die Selbstzahlung hat bislang keinerlei Verbesserung gebracht; denn sonst müssten diejenigen, die unter der Zuzahlung am meisten leiden - das sind die unteren Schichten -, mehr dafür tun, dass ihr Zahnhalteapparat in Ordnung ist. Das ist aber nachweislich nicht der Fall.

Ich erinnere in diesem Zusammenhang an einen anderen Gesichtspunkt. Es wurde vorhin postuliert, dass die Indikation zum Zahnersatz immer richtig gestellt wird. Ich darf an die Studie erinnern, die mein Kollege Huber und ich 1999 gemacht haben: Wir haben bei identischer Ausgangslage bei zehn verschiedenen Zahnärzten zehn verschiedene Therapievor schläge bekommen, die unter anderem auch die Extraktion von Zähnen beinhalteten, und zwar wechselnde Extraktionsvorschläge. Das heißt, Zahnverlust wurde dort iatrogen verursacht. Wie wollen Sie das in die Begründung aufnehmen? Mir jedenfalls fehlen die Mittel, das zu verstehen.

Mir fehlt bei dieser wunderschönen Begründung - das hat sich vorhin so toll angehört - auch der Hinweis, dass das nicht nur ein politischer Appetizer ist, sondern dass wir einen Strukturwandel vornehmen, wenn wir die Zahnmedizin aus der GKV herausnehmen. Es ist in meinen Augen eine Unverschämtheit, mit einer Krankheit in dieser Form umzugehen.

Es handelt sich hier um eine enorme Veränderung. Ich möchte mich hier ganz speziell an die CDU/CSU wenden: Wenn Sie tatsächlich die Zahnmedizin - meinetwegen auch nur den Zahnersatz - aus der GKV herausnehmen wollen, dann machen Sie sich doch bitte einmal ganz klar, dass das bedeutet, dass es für die freiwillig in der GKV Versicherten - ich spreche jetzt eine andere Ebene an - eigentlich keinen Grund mehr gibt, ihren Beitrag innerhalb der GKV zu leisten. Die Versicherten werden - das kann ich Ihnen garantieren - in die PKV abwandern mit der Folge, dass wir die schlechten Risiken in der GKV belassen und die Beitragssätze in der GKV wieder steigen werden. Dann würden wir definitiv in den Teufelskreis einer Zweiklassenzahnmedizin eintreten. - Das ist also nicht so einfach als politischer Appetizer zu verkaufen. Das ist ein gravierender Strukturwandel. Das möchte ich ganz deutlich herausstellen.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Aufgrund der vorherigen Debatte - die Debatte über die 7,50 Euro für Zahnersatz pro Versicherten und Monat, von denen die PKV ausgeht - möchte ich an die Spitzenverbände der Krankenkassen die Frage richten: Wie viel geben Sie für die Patienten beim Zahnersatz aus? Ich habe noch eine zweite Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, aber auch an den VdK und den DGB: Wie stehen Sie zu den Forderungen von CDU/CSU und FDP, den Zahnersatz komplett aus dem Leistungskatalog zu entfernen?

Sv **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Herr Abgeordneter, wir geben in den letzten beiden Jahren konstant insgesamt um die 3,6 Milliarden Euro für Zahnersatz aus. Wenn ich das auf die Mitglieder und je Monat umrechne, dann sind das 6 Euro pro Mitglied und Monat. Wenn ich das auf die Versicherten umrechne, dann sind das 4,30 Euro je Monat. Fairerweise muss ich noch Verwaltungskosten dazurechnen - lassen Sie uns einmal 30 Cent schätzen -, dann komme ich auf 4,60 Euro je Monat. Das heißt, der Versicherte gibt mit seinem Versichertenanteil - das wird noch paritätisch finanziert - zurzeit 2,30 Euro je Monat für Zahnersatz aus.

Wenn ich mich recht erinnere - ich habe Herrn Dr. Leienbach eben noch gefragt -, geht die PKV bei 7,50 Euro von dem jetzigen Niveau - auch von dem jetzigen Honorierungsniveau -

aus. Da stellt sich die Frage: Woher kommt der Optimismus, dass das Honorierungsniveau der GKV so bleibt? Es wird ja offensichtlich die GOZ angewandt. Bisher ist mir nicht bekannt, dass eine Begrenzung auf den einfachen GOZ-Satz geplant sei; es mag sein, dass da irgendetwas an mir vorbeigegangen ist. Der einfache GOZ-Satz würde dann präterpropter dem jetzigen Niveau entsprechen. Ich vermute einmal, dass der 2,3-fache Satz oder die ganz normalen GOZ-Regelungen vorgesehen sind. Das heißt, der Versicherte würde einen erheblichen Mehraufwand leisten. Ich nenne noch einmal die Zahl von 2,30 Euro - bzw. 4,60 Euro, wenn ich den Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zusammenzähle; das muss man fairerweise als Vergleich nehmen -, inklusive Verwaltungskosten, die heute bei der GKV gilt, gegenüber 7,50 Euro, mit denen die PKV kalkuliert. Da frage ich mich: Was drängt die Politik, die kostengünstige GKV durch die etwas teurere PKV zu ersetzen? Ein Systemwettbewerb scheint nicht geplant zu sein.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Nach unserer Auffassung ist das Grundprinzip in der GKV, dass die notwendigen Leistungen für die Versicherten finanziert werden müssen. Dabei soll es auch bleiben; das hat sich in der Vergangenheit bewährt. Insofern lehnen wir eine Herausnahme von Leistungen aus der Leistungspflicht der GKV und die Übertragung zur PKV ab.

Eine Anmerkung noch: Wenn es heute 7,50 Euro kostet, wer sagt uns denn, dass das morgen auch noch so ist und dass es nicht zu Kostensteigerungen durch angebotsinduzierte Nachfrageausweitungen kommt? Diese zusätzlichen Kosten sind dann für die Betroffenen nicht mehr tragbar.

SV **Dr. Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsunion): Erklärtes Ziel der Herausnahme von ganzen Leistungsbereichen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Reduzierung von Lohnzusatzkosten. Ich bin der BDA für die ehrliche Antwort, Herr Dr. Müller, dankbar, dass sich ein Beschäftigungseffekt dieser Maßnahme nicht nachweisen lässt. Wenn eine solche Maßnahme keinen wirklichen Beschäftigungseffekt hat, dann tun Sie uns den Gefallen und lassen Sie diese Maßnahme sein. Lassen Sie uns lieber gemeinsam darüber nachdenken, in welchen anderen

Bereichen in der gesetzlichen Krankenversicherung es noch Wirtschaftlichkeitsreserven gibt. Möglicherweise werden wir fündig und erzielen dann einen nachhaltigeren Entlastungseffekt und sind nicht in der Versuchung, immer wieder kurzfristig an der falschen Stelle zu suchen, wo man Ausgaben reduzieren kann.

Es wurde darauf hingewiesen, wie schwer präventive und basalchirurgische Maßnahmen zu regeln sind, wenn man die Leistungen für Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen herausnimmt. Ich will das ein bisschen pointierter formulieren: Es wäre schade, wenn wir wieder in die Situation kämen, dass man die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht an dem Gebiss ablesen könnte. Stellen Sie sich einmal vor, wie sich jemand mit einem fehlenden Zahn in einem Bewerbungsgespräch vorkommen wird und welche Chancen er überhaupt haben wird.

Es wird gerne auf internationale Vorbilder hingewiesen. Heute ist schon die Schweiz genannt und die Frage gestellt worden, ob es da Vor- oder Nachteile im Hinblick auf die präventiven Maßnahmen gibt. Ich will noch auf einen anderen Aspekt hinweisen: Ist es dort überhaupt gelungen, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen? Mir ist nicht bekannt, dass ausgerechnet in der Schweiz dieses Problem gelöst worden sei. Also müsste auch die Frage, ob man mit einer solchen Maßnahme die Kostenentwicklung in der medizinischen Versorgung in den Griff bekommt, mit einem klaren Nein beantwortet werden.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Wir haben möglicherweise noch eine zu lösende Aufgabe für die Zukunft, weil die Festzuschüsse überwiegend auf Landesebene vereinbart werden. Daraus könnte sich ergeben, dass auf der Bundesebene unterschiedliche Festzuschüsse zum Tragen kommen. Ich richte an Herrn Dr. Fedderwitz und an die Spitzenverbände der Krankenkassen die Frage: Halten Sie dies im Bezug auf die Vergleichbarkeit des Preises und des Leistungsgeschehens insgesamt für ein Problem?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich bin zwar kein Freund von Zentralismus; aber man muss sich einfach einmal vor Augen führen, wie viele Bundesländer wir haben. Wir haben in einigen

Bundesländern noch - ich sage „noch“, weil der Gesetzentwurf der Regierungskoalition hier einen Ansatz sieht - mehrere KZVen: in Nordrhein-Westfalen zwei, in Rheinland-Pfalz drei und in Baden-Württemberg vier. Wenn man diese noch dazunimmt, dann kann es sein, dass es 22 verschiedene Festzuschüsse oder Leistungszusagen gibt. Das führt teilweise zu grotesken Situationen, etwa dazu, dass man in Wiesbaden einen anderen Zuschuss erhält als in Mainz, obwohl zwischen beiden Städten nur eine Brücke liegt und obwohl man den gleichen Versicherungsbeitrag zahlt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das im Sinne der Erfinder ist.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Sie werden in Punktzahlen die gleichen Festzuschusshöhen und dann natürlich - wie wir es heute auch haben, da wir verschiedene Honorare zahlen - im absoluten Betrag Unterschiede haben. Das ist so; das halten wir als AOK auch für vernünftig. Sie werden sehen, dass Herr Gerdelmann dazu eine andere Meinung hat.

SV Dr. Werner Gerdelmann (VdAK/AEV): Es ist ein spezielles Problem der Ersatzkassen, dass, wie Sie wissen, durch den Risikostrukturausgleich die Einnahmen der Kassenarten nivelliert worden sind, die Ausgaben aber nicht. Das heißt, die Ersatzkassen sind auf dem hohen Preisniveau stehen geblieben; der Gesetzgeber hat uns keine Gelegenheit gegeben, das zu ändern. Bei der Einführung der Festzuschüsse bietet sich jetzt die Gelegenheit, endlich das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistungen“ einzuführen.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an den Verband der privaten Krankenversicherungen. Erstens: Lässt sich das befundorientierte Festzuschusskonzept in die PKV übertragen und kann dabei auch die Gefahr einer Überforderung sozial Schwacher ausgeschlossen werden? Zweitens: Können die Versicherten ihre erworbenen Bonusansprüche übertragen, wenn eine private Absicherung in der PKV erfolgt?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Zur ersten Frage, ob befundorientierte Festzuschüsse

übertragbar sind, kann ich Ihnen mit einem klaren Ja antworten. Das ist in der Kalkulation mit einbezogen. Das ist, weil Sie es da nur mit einer kleinen Anzahl zu tun haben, administrativ deutlich einfacher als bei therapiebezogenen Festzuschüssen, bei denen Sie es mit Dutzenden zu tun hätten.

Bonussysteme sind übertragbar, das ist eindeutig in der Kalkulation enthalten. Wir können also abgestufte Festzuschüsse für Härtefallregelungen - es ist eine politische Entscheidung, wie hoch das Ganze sein soll - und für unterschiedlich erworbene Bonusansprüche festlegen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an die KZBV und an den PKV-Verband, zunächst an Herrn Dr. Fedderwitz. Vielleicht könnten Sie sich zu den Aussagen äußern, die Herr Dr. Bauer zum Modellprojekt Schweiz gemacht hat. Wie sehen Sie die Zahnversorgung bzw. die Zahnersatzversorgung in der Schweiz, auch bezogen auf die Prophylaxe? Können Sie uns Vorschläge machen bzw. sagen, wie Härtefälle in dem von der Union vorgeschlagenen Konzept abgedeckt werden können? Auf welcher Grundlage können Festzuschüsse in einem befundorientierten System in der privaten Krankenversicherung bezahlt werden?

Die nächste Frage geht an den BDA: Wie bewerten Sie die Bemerkungen, die der Vertreter des DGB eben gemacht hat, und könnten Sie noch einmal sagen, was es bringt, wenn Leistungsbereiche in die private Krankenversicherung verlagert werden?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich bin Ihnen für diese Frage dankbar. Ich maße mir auch nicht an, Parteiprogramme als unverschämt zu bezeichnen. Es hat mich ehrlich gesagt gewundert, dass man so etwas machen kann. Das ist aber nicht mein Stil.

Zum Thema Schweiz. Die Aussage der beiden Professoren Staehle und Kerschbaum ist sicherlich richtig, dass man, was die Mundgesundheit angeht, in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit auf dem gleichen Level ist. Man muss sich allerdings fragen - diese Frage haben sich die beiden leider nicht gestellt -, wie es dazu gekommen

ist. Die Schweiz hat nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen, im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ein umfangreiches präventionsorientiertes Gesundheitsprogramm aufzulegen, unter anderem deshalb, weil es dafür keine umfassende gesetzliche Krankenversicherung gibt.

In der Schweiz gibt es bekanntlich lediglich für traumatische Erkrankungen und Tumorerkrankungen eine Art Sozialversicherungssystem mit drei oder vier staatlich kontrollierten Versicherungsunternehmen; alles andere ist im Grunde genommen Privatsache. Deswegen ist es natürlich sinnvoll, die Prävention so zu puschen, dass es zu möglichst wenigen - das sage ich in Anführungszeichen - zahnärztlichen Versorgungsfällen, sprich: Schadensfällen kommt. Dementsprechend war auch die Motivation der schweizerischen Bevölkerung sehr viel höher als in der Bundesrepublik Deutschland. In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Zahnheilkunde nach dem Kriege mehr auf die Reparatur beschränkt, wodurch sich, im Nachhinein betrachtet - meine Kollegen mögen mir meine Schelte nachsehen -, Zahnärztegenerationen entwickelt haben, die mehr prothetisch ausgerichtet waren.

Unsere nachgeholten Bemühungen im Bereich der Individual-, aber auch der Gruppenprophylaxe - ich bin nicht so betriebsblind, dass ich nicht auch die Gruppenprophylaxe als positiv bezeichnen würde - haben dazu geführt, dass sich die Mundgesundheit nachhaltig verbessert hat und wir nun mit der Schweiz auf dem gleichen Level sind. Erschwerend für die Schweiz kommt hinzu, dass durch die Zunahme der Zahl von Migranten die schweizerische Urdisziplin verloren geht und deshalb in den letzten zwei bis drei Jahren nachhaltige Verschlechterungen in der zahnärztlichen Versorgung festzustellen waren.

Ihre Frage zu den Härtefällen ist relativ einfach zu beantworten; die Antwort hängt aber natürlich von der politischen Vorgabe ab. Wenn beispielsweise ein bestimmter befundorientierter Festzuschuss implementiert wird, der angesichts verschiedener Therapiealternativen die Höhe des Festzuschusses an der kostengünstigsten Therapiealternative anlehnt und im Extremfall deren Kosten sogar hundertprozentig deckt, dann entsteht der gerechte Zustand - das ist das Vorteilhafte an einem befundorientierten Festzuschuss -, dass der Patient eine wissenschaftlich anerkannte Versorgung ent-

weder zuzahlungsfrei oder sehr kostengünstig bekommt. Für die Gesellschaft hat das den positiven Effekt, dass der Patient nur diese Leistung erhält und nicht opulenteren Formen, wie das derzeit der Fall ist.

Sie haben nach der Grundlage gefragt. Jedem Festzuschuss muss nach unserer Auffassung eine Regelversorgung zugrunde liegen, die noch zu definieren ist. Die Regelversorgung ergibt sich aus den wissenschaftlich beschriebenen Versorgungsmöglichkeiten eines bestimmten Gebissbefundes; sie hat also eine fachliche Grundlage. Der Festzuschuss errechnet sich aus den heutigen Kosten der jeweiligen Regelversorgung; man kann das eins zu eins übertragen. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass das benötigte Volumen auch zur Verfügung steht.

Eine Anmerkung zu den Berechnungen, die Herr von Stackelberg vorgenommen hat. Er hat gesagt, die Höhe der monatlichen Ausgaben für Zahnersatz beträgt pro Versicherten im Durchschnitt 2,30 Euro. Wenn man den Arbeitgeberanteil hinzurechnet, kommt man auf 4,60 Euro. Nach der bisherigen Abrechnungsform übernimmt in der GKV den allergrößten Teil der bürokratischen Abwicklung und damit auch der Verwaltungskosten bei der zahnärztlichen Prothetik die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Wenn man die Kosten, die die Kassenzahnärztliche Vereinigung sozusagen der gesetzlichen Krankenversicherung abnimmt, einrechnet, dann nähert man sich den 7,50 Euro.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Ich kann mich dem, was zu diesen Zahlen gesagt wurde, anschließen. Die 4,60 Euro, die Herr von Stackelberg errechnet hat, sind meiner Meinung nach nicht korrekt; Herr Fedderwitz hat bereits einiges dazu gesagt.

Ich möchte allerdings noch etwas hinzufügen. Herr von Stackelberg hat auch folgenden Punkt nicht berücksichtigt: Wir von der PKV haben aus dem Trend, der sich von 1998 bis 2003 ergibt, die Zahlen für das Jahr 2004 hochgerechnet und kommen zu einem höheren Volumen als Herr von Stackelberg. Bei einer Höhe von 4,60 Euro kämen Sie auf Ausgaben in Höhe von 3 Milliarden Euro. Es müssen aber 3,6 Milliarden Euro ausgegliedert werden. Hinzu kommt, dass die PKV keine Versorgungsformen ausschließt. Das heißt, wir wer-

den auch Implantate mit einem Festzuschuss belegen.

Was die GOZ angeht, so ist es keineswegs der Fall, dass sie nach oben offen ist. Wir werden im Bereich der Regelversorgung mit Festpreisen arbeiten. Für die Festlegung der Preise haben wir das jetzige Honorierungsvolumen zugrunde gelegt, das die GKV an die PKV zahlt.

Abschließend zur Prognose; auch danach hatten Sie mich gefragt. Ich würde sagen, dass die Prognose über die Höhe des Beitrags stabiler ist als die Prognose der GKV über die Finanzentwicklung für die zurückliegenden zwölf Monate.

SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Vielen Dank, Frau Abgeordnete, für Ihre Frage. Sie gibt mir Gelegenheit, ein Missverständnis aufzuklären. Ich hatte die Frage Ihres Kollegen vorhin auf den Übergang zum Festzuschuss bezogen.

Natürlich sind die Arbeitskosten ein ganz entscheidender Faktor für Beschäftigung und das Wachstum der Wirtschaft. Daran besteht gar kein Zweifel. Deshalb ist es notwendig, die Beitragssätze in der Sozialversicherung, die heute auf einem Höchststand von 42 Prozent sind, in Zukunft deutlich zu senken. Das war das Ziel der Bundesregierung schon in der letzten Legislaturperiode und ist in dieser Legislaturperiode erneuert worden. Nach den makroökonomischen Berechnungen, die uns vorliegen, entspricht eine Beitragssatzsenkung um einen Prozentpunkt etwa 100 000 Arbeitsplätzen.

Die Finanzierung der Sozialversicherung und auch der Krankenversicherung muss in stärkerem Maße von der Finanzierung durch ein Arbeitsverhältnis losgelöst werden. Daran führt kein Weg vorbei. Wir wollen den Wachstumsmarkt Gesundheit nicht beschränken; aber Gesundheit darf nicht zulasten der Arbeitskosten gehen. Deshalb ist auch hier, ähnlich wie in der Altersvorsorge, ein Paradigmenwechsel notwendig. Im Bereich der Altersvorsorge sind wir zu einer anderen Struktur der Finanzierung gekommen: kollektive, solidarische Finanzierung auf der einen Seite und individuelle, eigenverantwortliche Vorsorge auf der anderen Seite. Dies ist vor

allen Dingen auch im Hinblick auf die bedrohliche demographische Entwicklung sinnvoll, die für die Krankenversicherung ganz erhebliche Konsequenzen haben wird.

Dass dies nicht allein durch eine Ausgliederung des Zahnersatzes gelingt, ist bei einem Volumen von 3,6 Milliarden Euro offensichtlich. Aber es leistet ein Beitrag dazu. Wir haben - das kann man in unserer Stellungnahme nachlesen - weiter gehende Vorschläge unterbreitet, von denen wir meinen, dass dadurch ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung auf den Weg gebracht werden könnte. Der Regierungsentwurf sieht Änderungen beim Krankengeld vor. Wir meinen, dass die Zahnbehandlung insgesamt und nicht nur der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der solidarisch finanzierten Krankenversicherung ausgegliedert werden könnte.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BDA, an die KZBV und an die Bundeszahnärztekammer. Diese betrifft den letzten Punkt. Wir haben es bei dem Vorschlag der Ausgliederung des Zahnersatzes in eine Zusatzversicherung mit dem Modell eines einkommensunabhängigen Beitrages zu tun. Nun gibt es auf der anderen Seite den Vorschlag der Koalition, beim Krankengeld eine reine Verschiebung der Parität vorzunehmen. Wie beurteilen Sie diese beiden Vorschläge im Vergleich? Halten Sie eine Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragsbemessung für vorteilhaft, und wenn ja, warum?

SV **Eugen Müller** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Die BDA steht zu diesem Punkt wie folgt: Wir würden, sowohl was den Zahnersatz als auch was das Krankengeld angeht, eine Finanzierung über eine private Versicherung bevorzugen. Es wäre nach unserem Dafürhalten notwendig, durchaus auch einen einkommensunabhängigen Beitrag in Erwägung zu ziehen. Das könnte einen Wechsel darstellen im Hinblick auf eine langfristig andere Finanzierung der Krankenversicherung. Sie kennen die Vorschläge, die in der Rürup-Kommission diskutiert worden sind und die auch von uns für die langfristige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung als vorzugswürdig angesehen werden. Wir halten es für sinnvoll, eine Pauschalprämienregelung zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung voranzu-

bringen. Von daher wäre eine einkommensunabhängige Finanzierung angebracht.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Herr Storm, in Bezug auf die Einzelheiten der Krankengeldproblematik bin ich nicht sehr versiert; das will ich gerne zugestehen. Aber ich möchte es wagen, einen Ausblick auf die Möglichkeiten zu geben, die sich bieten; dafür ist der Vergleich angemessen.

Ich glaube, die Herausnahme des Zahnersatzes ist, auch vor dem Hintergrund der Ausführungen, die der Vertreter der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände hinsichtlich der Arbeitsplatzproblematik und der konjunkturellen Entwicklung gemacht hat, unzweifelhaft der innovativere und erfolgversprechendere Ansatz. Das Gesundheitswesen wird nachhaltig profitieren; denn bei einem Systemwechsel gibt es dadurch ein Wachstumspotenzial, dass die Möglichkeit besteht, in den Versichertenanspruch von nahezu 90 Prozent der ehemals GKV-Versicherten weitere zahnärztliche Therapieformen einzubauen.

Überall auf der Welt heißt es, der Gesundheitsbereich als Dienstleistungsbereich sei einer der sicheren Wachstumsmärkte. Nur in der Bundesrepublik Deutschland ist das aus den Gründen, die jedem klar sind, nicht der Fall. Wenn man die Wachstumsmärkte und die Wachstumschancen nutzen will, dann geht das nach meiner Auffassung sicherlich durch die Herausnahme des Zahnersatzes, am besten durch die Herausnahme der ganzen zahnärztlichen Versorgung. Inwiefern die Änderung beim Krankengeld derartige Wirkungen hat, vermag ich nicht zu beurteilen.

SV **Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** (Bundeszahnärztekammer): Selbst wenn es rein fiskalisch keinen großen Unterschied gibt, so muss man trotzdem darauf hinweisen, dass die Öffnung im Bereich des Zahnersatzes mit allen seinen Komponenten natürlich eine gewaltige Eigen-dynamik entfalten wird, vor allen Dingen im Hinblick darauf, dass jedem Patienten der wissenschaftliche Fortschritt zur Verfügung stehen wird. Die Öffnung wird in besonderem Maße den Patienten zugute kommen, wird aber auch beschäftigungspolitisch sicher kein Nachteil sein.

Die Beurteilung, ob das einkommensabhängig oder durch einen eigenen Beitrag geschehen soll, muss von anderen vorgenommen werden. Aber die Herausnahme an sich wird einen Schub bringen, zumindest in zweierlei Hinsicht: einmal durch die Inanspruchnahme aller Leistungen durch den Patienten und zum anderen durch die Eigendynamik, die es in unseren Praxen geben wird. Mit Sicherheit wird dies auch beschäftigungspolitisch nicht schlecht sein.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Vertreter der PKV. Wenn in Zukunft nicht mehr der Bundesausschuss Zahnärzte den Festzuschuss festsetzt, wer kann und soll dann an seiner Stelle bei einer privaten Absicherung die Höhe der Festzuschüsse von Zeit zu Zeit an die medizinische Entwicklung anpassen?

Sv **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Darauf kann ich eine ganz kurze Antwort geben. Es ist ganz klar, dass diese Funktion auch in Zukunft wahrgenommen werden muss. Es wird eine Clearingstelle zwischen Zahnärzteschaft und PKV geben.

(Unterbrechung der Sitzung von 11.35 bis 11.47 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir kommen jetzt zum achten Komplex: Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Für diesen Anhörungsteil haben wir zweieinhalb Stunden vorgesehen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Zentralverband des Deutschen Handwerks, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände, den Bundesinventionsverband für Orthopädietechnik, den Bundesverband der Hörgeräteakustiker, den Zentralverband der Augenoptiker, den Verbraucherverband, die Verbraucherzentrale Bundesverband, an Herrn Dr. Hermann und Herrn Freigang.

Ein Hauptziel des GMG besteht darin, auf allen Ebenen Anreize zu schaffen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und um

Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dabei geht es auch um die Strukturqualität auf der Seite der Leistungserbringer. Prinzipiell gibt es in der Heil- und Hilfsmittelversorgung zwei Gestaltungsmöglichkeiten. Entweder hält man, wie das GMG es tut, an der Zulassung fest oder man geht den Weg, die Strukturqualität in Kollektiv- oder Einzelverträgen zu verankern. Ich bitte Sie um Beantwortung der Frage, für welche der Optionen Sie plädieren.

SV **Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Ich spreche für den IKK-Bundesverband. Bei der Frage, mit welchen Instrumenten man im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität verbessern kann, tendieren wir eindeutig zu Einzelverträgen. Wir sehen die Möglichkeit, auch im Rahmen von Einzelverträgen Elemente von Strukturqualität abzusichern.

In diesem Zusammenhang muss man sich auch vergegenwärtigen, dass man es hier mit einem Versorgungsbereich zu tun hat, der insbesondere bezogen auf den Bereich der Hilfsmittelversorgung hochdifferenziert und komplex ist, und dass es bisher mit den gegenwärtigen Instrumenten auch mit Blick auf die Rechtsprechung der Sozialgerichte weder gelungen ist, einheitliche Qualitätsmaßstäbe wirklich rechtsicher und verbindlich durchzusetzen, noch, durchzusetzen, dass die Wirtschaftlichkeitsreserven, die in diesem Versorgungsbereich immer noch liegen, tatsächlich ausgeschöpft werden können.

Deshalb plädieren wir von den Spitzenverbänden dafür, den Weg insgesamt über Einzel- oder Kollektivvertragsregelungen zwischen den Krankenkassen und Gruppen oder einzelnen Leistungserbringern zu gehen und damit sowohl die Qualität zu definieren als auch die angemessenen Preise für die jeweiligen Versorgungsformen über Ausschreibungsmodelle, die dann auch den üblichen Regeln zu genügen haben, durchzusetzen.

SVe **Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks): Wir vom ZDH halten die Forcierung von Einzelverträgen zwischen Kassen und Hilfsmittelerbringern für einen völlig falschen Weg. Er wird nicht dazu führen, dass Qualität gestärkt wird, sondern dazu, dass ein Preisdumping in Gang gesetzt wird.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kassen nur noch den günstigsten Preis erstatten sollen, wenn sie mit einem einzelnen Leistungserbringer einen Vertrag abgeschlossen haben, und dass sie im Wege von Ausschreibungen die Vertragspartner wählen können. Das halten wir für falsch; denn für das bisherige Vertragsmodell spricht, dass den Versicherten ein breites Angebot an Leistungserbringern zur Auswahl steht. Wenn es den Kassen möglich wird, ihre Vertragspartner im Wege von Ausschreibungen zu wählen, dann wird das dazu führen, dass eine Vielzahl von Leistungserbringern ganz ausgeschlossen wird und letztlich vom Markt verschwindet. Damit wird unserer Ansicht nach die Ausschreibung letztlich ad absurdum geführt; denn den monopolistischen Strukturen auf der Kassenseite stehen dann irgendwann monopolistische Strukturen auf der Anbieterseite gegenüber.

Wir sehen auch die Gefahr, dass gerade die Leistungserbringer im Handwerk, die kleinbetrieblich strukturiert sind, der Marktmacht der Kassen zu stark ausgeliefert werden und bei diesen Einzelverträgen zu stark auf die Preiskomponente geachtet wird, dass ein Preisdumping in Gang kommt und die Qualität der Leistungen nicht ausreichend beachtet wird.

Unseres Erachtens müsste man eher daran arbeiten, dass ein einheitliches Qualitätsniveau bei den Leistungserbringern sichergestellt wird. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kassen Empfehlungen für die Qualität bei den Leistungserbringern abgeben sollen. Wir sind der Ansicht, dass die Leistungserbringer unbedingt selber einbezogen werden sollten. Unser Vorschlag ist, dass die Leistungserbringer selbst verpflichtet werden sollten, die Qualitätsanforderungen zu definieren, und dass dies dann von den Kassen in Richtlinien verabschiedet werden könnte.

SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände): Wir haben im Heilmittelbereich ein gestaffeltes System, wobei ich an der Antwort von Herrn Kiefer merke, dass der Bereich der Heilmittel und der Hilfsmittel zu sehr als Einheit gesehen wird. Diese Zusammenfassung ist aber nur zufällig. Die Alliteration verstellt den Blick darauf, dass das zwei grundverschiedene Bereiche sind. Im Hilfsmittelbereich werden sächliche Gegenstände geliefert, während die Heilmittelerbrin-

ger Dienstleister sind, zum Beispiel Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Massage usw. Das ist also ein völlig anders strukturierter Bereich, in dem die Zulassung öffentlich-rechtlich geregelt ist. Hier geben die Krankenkassen gemeinschaftlich Zulassungsempfehlungen auf öffentlich-rechtlicher Ebene. Das Wie der Leistungserbringer ist in Kollektivvereinbarungen geregelt. Ich erinnere an das Partnerschaftsmodell. Dort sind über Heilmittelrichtlinien und den Heilmittelkatalog alle therapeutischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen festgelegt.

Es gibt eine Fülle von festen Therapiehinweisen, die alle wesentlichen Anforderungen an eine Behandlungsleitlinie jetzt schon erfüllen. Also Dinge, die für den Hilfsmittelbereich gefordert worden sind, werden im Heilmittelbereich längst gelebt. Wir sind dafür, dass es bei den Zulassungsverfahren so bleibt, wie es im Augenblick ist. Wir meinen auch, dass sich das kollektive System der Preis- und Leistungsvereinbarung bewährt hat.

Ich möchte noch etwas zu den Preisen sagen. Das System der Ausschreibung passt sowieso schlecht in den Dienstleistungsbereich. Hier ist das Ausschreibungssystem eigentlich nichts anderes als eine Erhöhung der Zuzahlung. Denn der Patient, der weiterhin seinen bewährten Heilmittelerbringer besucht, also den Heilmittelerbringer, von dem er seit Jahren behandelt wird, darf ihn auch weiterhin besuchen, auch wenn er nicht der preisgünstigste ist. Es wird nur die Zuzahlung, also der Betrag, den der Patient selber tragen muss, erhöht.

Wenn das gewollt ist, muss man darüber reden. Aber das System der Ausschreibung wird nicht dazu führen, dass sich die Leistungserbringerqualität, die kollektiv geregelt ist, verändert.

SV Hans Udo Kersting (Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik): Auch der Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik ist für die Beibehaltung der Kollektivverträge. Die Betriebe im Hilfsmittelsektor sind flächendeckend in der Bundesrepublik verteilt. Wie Sie wissen, ist die Hilfsmittelversorgung durch Rahmenverträge und Preisvereinbarungen sowie Festbeträge mit zum Teil konkreten Leistungsbeschreibungen geregelt.

Wir sehen durch die Veränderung der Regelung, insbesondere der §§ 127 Abs. 2 und 33

Abs. 2 SGB V und ihrer Kombination, und die schon angesprochene Ausschreibung die Gefahr, dass bei Umsetzung der Einzelpreis vor Ort für eine bestimmte Leistung jeglichen Verhandlungspreis mit seinen Rahmenvereinbarungen kippt. Wird im Hilfsmittelleistungsbe- reich aber ein reiner Preiswettbewerb stattfinden, also zulasten der Versorgungsleistung und auch der Patienten, wird sich das massiv auf die bestehenden Betriebe auswirken.

Wir haben kleinere Einheiten mit einem Anteil weiblicher Arbeitskräfte von etwa 60 Prozent. Ich wage die Prognose, dass ein Rückgang in der Fläche und in Teilen der Versorgungsstrukturen mangels Rentabilität einzelner Betriebe stattfinden wird. Wir gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent mit diesen Veränderungen nicht zurechtkommen. Sie werden ihre Arbeit einstellen müssen.

Wir gehen weiter davon aus, dass möglicherweise gar kein Interesse an zukünftigen Rahmen- und Preisvereinbarungen sowohl von Kassen- als auch von Innungsseite besteht und dass ein Wegfall von Fach- und Versorgungskompetenz zu maßgeblichen Qualitätseinbußen führen wird und insbesondere die bislang bestehende strukturelle wohnortnahe Versorgung gefährdet ist, wenn es dazu kommt.

Wir sprechen uns aber eindeutig dafür aus, die Kollektivverträge dahin gehend zu verbessern, dass klare Qualitätsstandards eingeführt und berücksichtigt werden. Ich darf daran erinnern, dass der Bundesinnungsverband in diesem Jahr offene Leitlinien erstellt und Qualitäts- und Leistungsstandards herausgegeben hat, die Strukturprozess- und insbesondere Ergebnisqualität mit verpflichtenden Fortbildungen darstellen. Wir sehen in Bezug auf die Umsetzung - hier spreche ich die Gemeinsamkeit von Kassen und Hilfsmittelleistungserbringern an -, die Kontrolle und die Transparenz die Möglichkeit, die Strukturen im Hilfsmittelleistungsbereich noch zu verbessern.

SV Jürgen Matthies (Bundesverband der Hörgeräteakustiker): Der Bundesverband der Hörgeräteakustiker ist für die Beibehaltung der Festbeträge. Wir haben seit über fünf Jahren die Festbeträge, mit denen wir hervorragend zurechtkommen und arbeiten können. Diese sind bisher nicht erhöht worden. Daraus können Sie ersehen, dass eine flächendeckende

Versorgung in der Bundesrepublik bisher gewährleistet ist.

Wir sprechen uns auch für die Beibehaltung des Zulassungsverfahrens in der bisherigen Form aus, denn die Hörgeräteakustiker gehören zu den gefahrgeneigten Handwerken. Dadurch werden sie mit ihren Meisterbetrieben auch der Qualität gerecht. Der Verband der Hörgeräteakustiker hat selbst ein Qualitätsmanagement für seinen Berufsstand als Qualitätssicherung erarbeitet. Ich denke, dass wir dieses in die Kriterien der Rahmenverträge einfließen lassen könnten. Wir begrüßen auch die Festbetragsfestsetzung auf Bundesebene, sodass man auch für die flächendeckende Versorgung Sorge tragen kann.

SV Joachim Goerd (Zentralverband der Augenoptiker): Der Zentralverband der Augenoptiker plädiert eindeutig für die Beibehaltung der Kassenzulassung. Die Kassenzulassung hat sich bewährt. Sie ist ein Instrument der Qualitätssicherung. Es gibt in Bezug auf die Qualität der Sehhilfenversorgung weder bei den Versicherten noch bei den Krankenkassen irgendwelche Probleme oder Beschwerden. Wir meinen deshalb, dass dieses bewährte Instrument beibehalten werden sollte.

Im Übrigen dürften im Bereich der Augenoptik eine Ausschreibung und Einzelverträge praktisch kaum möglich sein. Es gibt zigtausend Möglichkeiten, aus Brillenglaskombinationen eine Brille herzustellen. Solche Kombinationen sind nicht ausschreibungsfähig. Wir haben versucht, in Gesprächen zu ermitteln, wie die Überlegungen konkret aussehen können. Es konnte bisher niemand sagen, wie eine Ausschreibung im Bereich der Sehhilfen hätte praktiziert werden können oder sollen. Deshalb plädieren wir eindeutig für den Erhalt der Kassenzulassung. Im Übrigen beziehe ich mich auf die Ausführungen der Vertreterin des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt grundsätzlich, dass die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, mehr Wettbewerb in diesen Markt zu bringen. Allerdings ist in der Frage, die Sie, Frau Kühn-Mengel, gestellt haben, der Qualitäts- und Preiswettbewerb der Strukturqualität als Alternative gegenübergestellt worden. Ich würde

sagen: Man muss das eine tun, ohne das andere zu lassen. Die Strukturqualität muss auch in einem stärker marktwirtschaftlich organisierten Bereich weiter funktionieren. Insofern stehen wir auf dem Standpunkt, dass, egal ob das über die Kassenzulassung oder die Gewerbezulassung organisiert ist, für die Anbieter klare Strukturqualitätskriterien im Sinne der Patientinnen und Patienten festgelegt werden müssen.

Ein ganz wichtiger Aspekt ist die Prozessqualität. Wenn nämlich Verträge ausgehandelt werden, sollten nach unserer Einschätzung diejenigen, die betroffen sind, nämlich Patientinnen und Patienten, an der Vertragsgestaltung zumindest im Sinne einer Beratungsbeteiligung beteiligt werden, sodass sie dort ihre Bedürfnisse einbringen können und es nicht zu einem reinen Preiswettbewerb nach unten kommt, der sich negativ auf die Qualität auswirkt.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich denke, die Frage ist nicht allein auf die Heil- und Hilfsmittelerbringer bezogen zu beantworten. Herr Esser hat dazu bereits einige richtige Ausführungen gemacht.

Die Frage der prinzipiellen Unterschiede zwischen dem Heilmittel- und dem Hilfsmittelbereich, die - aus welchen Gründen auch immer - in der Regel zusammen betrachtet werden, muss sicherlich differenziert betrachtet werden. Wettbewerbliche Strukturen über Ausschreibungen etc. sind im Hilfsmittelbereich sicherlich viel leichter zu implementieren und zielführender durchzuführen als im Heilmittelbereich.

Insgesamt beschreitet der GMG-Entwurf vorsichtig den Weg zur Öffnung des Qualitätswettbewerbs, insbesondere bei der Einzelvertragsgestaltung im fachärztlichen Bereich. Insofern besteht Kontinuität zu den vorliegenden Vorschlägen zugunsten eines stärkeren Wettbewerbs in der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Gleichwohl bleibt hier die Zulassung das Mittel der Wahl. Im Gesetzentwurf sind in dieser Hinsicht keine Änderungen vorgesehen. Ich denke, in diesem Zusammenhang ist auch eine andere Sichtweise möglich. In der Ausgabenentwicklung sind im Gegensatz zu anderen Bereichen massive Steigerungsraten - in den vergangenen zehn Jahren haben sich die Aus-

gaben der GKV in diesem Bereich mehr als verdoppelt - zu verzeichnen. Eine wesentliche Ursache dafür ist die angebotsinduzierte Nachfrage. Die massiven Steigerungsraten in der Heil- und Hilfsmittelversorgung - in den Anbieterstrukturen hat sich in den vergangenen zehn Jahren teilweise eine Verdoppelung ergeben - wirken sich eben auf die Ausgabenentwicklung aus. Änderungen im System bei der Gestaltung der Zulassungskriterien wären insofern sicherlich alles andere als der von meinen Vorrednern immer wieder angeführte Weg in ein Preisdumping. Niemand, der Änderungen der Zulassungskriterien oder ein Ausschreibungsverfahren befürwortet, wie es im Gesetzentwurf der Fall ist, will damit die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien oder die Qualitätssicherungsregelungen in den 130er-Paragrafen des SGB V außer Kraft setzen oder das Hilfsmittelverzeichnis über Bord werfen wollen. Insofern greift das Menetekel des Preisdumpings zu kurz. Eine Krankenkasse würde dann natürlich in Bezug auf Preis und Qualität ganz anders agieren.

SV Kurt Werner Freigang: Vieles ist - insbesondere von Herrn Dr. Hermann - schon ausgeführt worden. Ich will darüber hinaus noch darauf hinweisen, dass es hinsichtlich der zugelassenen Leistungserbringer derzeit keine Steuerungsmöglichkeiten gibt. Jeder, der die Voraussetzungen erfüllt, ist völlig unabhängig von der Höhe des Bedarfs zuzulassen. Das stellt ein enormes Problem dar - das ist bereits angesprochen worden - und führt zwangsläufig zu Leistungsausweitungen und damit auch zu höheren Kosten.

Ich plädiere für die Streichung der §§ 124 und 126 SGB V. Die qualitätssichernden Maßnahmen im Hilfsmittelbereich könnten im Hilfsmittelverzeichnis - das entspricht der derzeitigen Regelung in § 126 - oder auch in den Zulassungsempfehlungen verankert werden. Im Heilmittelbereich könnten sie Gegenstand der Rahmenempfehlungen werden, die zwischen den Heilmittelerbringern und den Krankenkassen vereinbart werden. Alles andere kann über Ausschreibungen in Einzelverträgen geregelt werden, nach denen sich der einzelne Leistungserbringer verpflichten muss, auch hinsichtlich der Qualität bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Das ist hier aber nicht die Frage.

Ich denke, es ist an der Zeit, diesen Schritt zu wagen und nicht mehr generell alle, die die Voraussetzungen erfüllen, zuzulassen.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Auch meine Frage betrifft die Qualitätssicherung im Rahmen der einzelvertraglichen Strukturen. Die Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an Herrn Dr. Hermann und an Herrn Freigang. Die Spitzenverbände sollen beispielsweise Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Hilfsmittellieferanten abgeben. Im Hilfsmittelbereich soll die Verpflichtung zur Fortbildung auf Landesebene geregelt werden. Daran soll die Zulassung geknüpft werden. Halten Sie die getroffenen Regelungen für ausreichend und sinnvoll, um die Ziele der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu verbessern?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Aus der Sicht der Spitzenverbände gehen die getroffenen Regelungen in die richtige Richtung. Davon auszugehen, man könnte von Region zu Region unterschiedliche Qualitätsmaßstäbe definieren, ist nicht sinnvoll. Insofern ist das Vorhaben, bundesweit einheitliche Empfehlungen zu Maßnahmen der Fortbildung und Qualitätssicherung zu erstellen, richtig und zulässig.

Ich denke, dass auch im Bereich der Heilmittelversorgung eine Regelung erforderlich ist, aus der sich die Verpflichtung zur Fortbildung ergibt. Wir fragen uns allerdings, welche sachliche Begründung dafür spricht, die Verpflichtung zur Fortbildung auf Landesebene zu regeln, statt eine bundeseinheitliche Regelung zu treffen. Denn Fortbildungsregelungen, die für eine vernünftige qualitative Absicherung der Maßnahmen in der Heilmittelversorgung für notwendig und sinnvoll erachtet werden, können nicht von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltet werden. Insofern rege ich an, eine bundeseinheitliche Regelung zu treffen.

Lassen Sie mich kurz eines ergänzen. Einer der Sachverständigen sagte in der vorhergehenden Runde, dass die Qualitäts- und Fortbildungsvoraussetzungen vonseiten der einzelnen Leistungserbringer abschließend definiert werden sollten. Wir meinen, dass es eigentlich gute Übung sein sollte, dass nicht der Anbieter allein die Rahmenbedingungen für die Qualität

definiert, sondern dass dies in einem Prozess erfolgen sollte, in dem die Krankenkassen als Vertreter derjenigen, die die Leistung in Anspruch nehmen, an der Definition allgemein anerkannter Standards der Qualität und der Fortbildung beteiligt werden.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich schließe mich im Wesentlichen den Ausführungen meines Vorredners an. Wenn eines der wesentlichen Ziele des Gesetzentwurfs ist, die Qualität unseres Gesundheitswesens zu verbessern, dann sind auch in der Heil- und Hilfsmittelversorgung - insbesondere im Hilfsmittelbereich - eine Qualitätsverbesserung und einheitliche Qualitätsstandards zwingend erforderlich. Insofern sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen - gegebenenfalls auch in dem eben erläuterten Sinne modifiziert - nur zu begrüßen.

SV Kurt Werner Freigang: Auch ich kann mich dem im Wesentlichen anschließen, schlage aber darüber hinaus noch Folgendes vor: Zum einen sollten bundeseinheitliche Regelungen getroffen werden. Zum anderen wäre - wie bereits ausgeführt wurde - für den Hilfsmittelbereich eine Regelung möglich, derzufolge im Hilfsmittelverzeichnis nicht nur die Qualität der Produkte, sondern auch die Anforderungen an die Leistungserbringer - auch in Bezug auf die Fort- und Weiterbildungsbeschreibungen würden. Im Heilmittelbereich ist eine entsprechende Regelung über die Rahmenempfehlungen, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, vorstellbar. Da würde ich alles bündeln.

Abg. Erika Lotz (SPD): Ich will an diese Antwort anknüpfen. Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Dr. Hermann. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln geht es darum, im Einzelfall eine Behinderung auszugleichen oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Nach der bisherigen Regelung erfolgt die Versorgung unabhängig davon, ob sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SBG V gelistet ist. Das heißt, dass aus Qualitätsgründen auch solche Hilfsmittel geliefert werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet worden sind. Diese Situation ist nicht gerade zufriedenstellend. Abhilfe wäre durch ein Hilfsmittelverzeichnis in Form einer Positivliste möglich.

Halten Sie eine gesetzgeberische Lösung des angesprochenen Problems für notwendig? Falls ja: Wie bewerten Sie die Gestaltungsoption einer Positivliste für Hilfsmittel?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Im Zusammenhang mit Überlegungen, ob eine Ausgestaltung des derzeit bestehenden Hilfsmittelverzeichnisses als eine Art Positivliste sinnvoll ist, muss man sich, glaube ich, vergegenwärtigen, dass die Hilfsmittelversorgung ein hochdifferenziertes Gebiet ist, das sehr unterschiedliche Formen von Behinderungen ausgleichen soll und deshalb auch sehr unterschiedliche Versorgungsformen umfasst. Das bedeutet, dass eine Standardisierung nur begrenzt möglich ist.

Gleichwohl sind wir angesichts der etwa 16 000 Produkte, die derzeit im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, der Auffassung, dass es sinnvoll wäre, bei standardisierbaren und normierbaren Versorgungsformen für die entsprechenden im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte Rechtsverbindlichkeit hinsichtlich des Leistungsanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen.

Die gegenwärtige Situation, in der das Hilfsmittelverzeichnis letztendlich keine rechtliche Bindungswirkung entfaltet - faktisch verhält es sich glücklicherweise etwas anders -, ist unbefriedigend. Bei der Prüfung, ob Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen sind, sollten insbesondere qualitative Aspekte - das ist ein wichtiger Gesichtspunkt - berücksichtigt werden. Die theoretische Möglichkeit - in der Praxis kommt das auch durchaus vor -, dass Versicherte mit Hilfsmitteln versorgt werden, die unter Qualitätsgesichtspunkten nicht im Verzeichnis gelistet sind, sollte der Vergangenheit angehören. Rechtlich wäre es unseres Erachtens nach dem derzeitigen Stand zu diesem Zweck allerdings notwendig, das Hilfsmittelverzeichnis in Form einer Rechtsverordnung verbindlich so zu gestalten - das ist zugegebenermaßen nicht ganz einfach -, dass die entsprechende Rechtssicherheit gegeben ist. Das ist unter qualitativen Gesichtspunkten ein sinnvoller Weg. Die dafür notwendige rechtliche Konstruktion ist sicherlich nicht völlig problemlos zu schaffen; aber wir halten sie für möglich und plädieren deshalb dafür, das Hilfsmittelverzeichnis per Rechtsverordnung verbindlich in der Form auszugestalten, dass es

den qualitativen und inhaltlichen Leistungsanspruch der Versicherten eindeutig beschreibt.

SV Dr. Christopher Hermann: Das Hilfsmittelverzeichnis beschreibt zwar den Leistungsanspruch des Versicherten. Aber der Leistungsanspruch endet im konkreten Fall nicht unbedingt an dieser Stelle. Nach der ständigen Rechtsprechung - auch des Bundessozialgerichts - ist das Hilfsmittelverzeichnis nicht mehr als eine unverbindliche Auslegungshilfe.

Wenn in diesem Bereich eine Neuregelung angestrebt wird, mit der das Verzeichnis über die deklaratorische Bedeutung, die es derzeit letztlich nur hat, hinausgeht, dann muss der von Herrn Kiefer beschriebene Weg eingeschlagen werden. Allerdings kommt dann die Schwierigkeit dieses sehr heterogenen Marktes mit den erwähnten über 16 000 einzelnen Produkten im Hilfsmittelverzeichnis zum Tragen, die einer schnellen und fortdauernden Änderung unterliegen. Insofern handelt es sich um eine schwierige Gratwanderung zwischen der Verbesserung der Qualitätsanforderungen im System und den Möglichkeiten, auf sinnvolle Weise steuernd eingreifen zu können.

Abg. Monika Brüning (CDU/CSU): Ich habe vier Fragen an die AOK und an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände. Erstens. Bereits heute ist in § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V der Abschluss von Einzelverträgen in der Heilmittelversorgung vorgesehen. Bislang sind jedoch kaum Verträge zustande gekommen. Woran liegt das?

Zweitens. Besteht vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit für die Einführung von Einzelverträgen nach § 32 Abs. 1 und § 125 Abs. 2 Satz 4 SGB V?

Drittens. Welche Auswirkungen hätte die Einführung derartiger Einzelverträge für die Patienten?

Viertens. Welche rechtlichen Auswirkungen befürchten Sie durch die Einführung von Einzelverträgen in der geplanten Form?

Eine weitere Frage richtet sich an den Bundesinventionsverband für Orthopädietechnik. Die Ausgaben der Krankenkassen für orthopädische Hilfsmittel und Rehamittel sind in den

vergangenen Jahren gestiegen. Halten Sie Ausschreibungen der Krankenkassen für Hilfsmittel und Rehamittel für ein geeignetes Instrument, um den Kostenanstieg zu begrenzen? Wie würden sich Ausschreibungen auf die orthopädischen Betriebe und Sanitätshäuser auswirken?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-bundesverband): Zuerst zu der Frage, warum das Instrument bisher kaum genutzt worden ist: Wir beginnen derzeit, uns in dem Gebrauch dieses Instruments zu üben. Da der Markt sozusagen atomisiert ist - in der Physiotherapie gibt es freiberufliche Einzelpraxen -, müssen wir erst einmal Erfahrungen sammeln.

Es wäre für uns hilfreich, zu klären, ob und inwieweit bei der Ausschreibung nicht nur die einzelnen Praxen, sondern auch Rehasentren und Rehakliniken berücksichtigt werden dürfen.

Ihre zweite Frage war die nach Ausschreibungen im Heilmittelbereich. Bei einem Einzelrezept wird es sicherlich keine Ausschreibung geben. Aber die Ausschreibung größerer Kontingente oder spezieller Leistungen halte ich für denkbar und sinnvoll, zumindest für möglich. Meine Euphorie bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich ist jedoch weitaus größer als bei solchen im Heilmittelbereich. Das möchte ich doch betonen.

Welche Auswirkungen hat das auf die Patienten? Wir als Kassen würden Einzelverträge nur dann abschließen, wenn diese günstiger als der Gruppenvertrag sind. Für die Patienten würde dann die Eigenbeteiligung tendenziell eher zurückgehen.

Welche rechtlichen Auswirkungen befürchten wir bei der Einführung von Einzelverträgen in der geplanten Form? Nun, Furcht habe ich gar keine. Wenn man will, kann man sauber ausschreiben. Im Heilmittelbereich ergeben sich in der Praxis größere Schwierigkeiten. Im Hilfsmittelbereich kann ich mir eine solche Ausschreibungspraxis sehr gut vorstellen.

SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände): Die Antwort von Herrn von Stackelberg zeigt, dass das Bewusstsein von den Verträgen im Hilfsmittelbereich geprägt wird. Ich wiederhole das,

was ich eben gesagt habe: Im Heilmittelbereich gibt es eine hoheitliche Zulassung. Das heißt, der Zulassungsbereich kann - bisher auch nach SGB V - nicht durch Einzelverträge geregelt werden. Die Zulassung wird durch einen Verwaltungsakt vorgenommen.

Die Frage ist: Wie sind die Leistungsbeziehungen geregelt? Die Erfahrung der letzten 20 Jahre hat gezeigt, dass eine einheitliche Leistungsbeschreibung der 20 Maßnahmen, die im Heilmittelkatalog stehen, sinnvoll ist. Wir haben einen über Jahrzehnte fest definierten Heilmittelkatalog, der sich nicht verändert. Es werden keine neuen Produkte auf den Markt gebracht, die auf ihre Qualität hin neu geprüft werden müssen, wie dies im Hilfsmittelbereich der Fall ist. Seit Jahrzehnten werden die 20 oder 25 Positionen aus dem Heilmittelkatalog verordnet.

Die Frage ist, in welchem Umfang, welcher Zusammensetzung und welcher Kombination diese Heilmittel verordnet werden sollen. Dazu hat sich der Heilmittelkatalog in der Praxis inzwischen bewährt. Beide, Heilmittelrichtlinie und Heilmittelkatalog sind auch für die Qualitätssicherung das Instrument der Wahl.

Ich bin seit 20 Jahren im Geschäft und weiß von keinem einzigen Einzelvertrag. Warum sollte eine Krankenkasse bei diesem festen Rahmen auf den Gedanken kommen, einen Einzelvertrag mit einer Physiotherapiepraxis abzuschließen? Ich kann mir auch gar nicht vorstellen, dass eine Krankenkasse ein Kontingent von vielleicht 5 000 Heilmittelbehandlungen ausschreiben kann. Sie hat gar nicht die Möglichkeit, die Patienten zum Besuch einer bestimmten Praxis zu drängen. Die freie Wahl der Behandler ist schließlich ein wichtiges Prinzip unseres Gesundheitswesens.

Die gerade von Herrn Freigang gemachten Ausführungen zeigen, dass zumindest ein Teil derjenigen, die die Gesetzesänderung wollen, unter der Überschrift Qualitätssicherung etwas ganz anderes verstehen. Sie wollen die Zahl der Heilmittelerbringer zurückführen; das ist vorhin ganz deutlich geworden. Man möchte aus der freien Zulassung, die im Moment besteht, eine kontingentierte Zulassung im Heilmittelbereich machen. Ich persönlich meine, dass das verfassungsrechtlich gar nicht zulässig ist. Das System funktioniert so, wie es ist, und läuft nicht aus dem Ruder. Die SPD-Fraktion, die den Gesetzentwurf vorgelegt hat,

fordert diese Einschränkung meiner Meinung in ihrem Gesetzentwurf nicht. Wer dies aber fordert, muss sich dazu klar bekennen. Aber das ist dann keine Frage der Qualität, sondern eine Frage der Rationierung.

SV Hans Udo Kersting (Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik): Wie bekannt ist, sind die Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelleistungsbereich zum großen Teil demographisch bedingt und nicht durch die Leistungserbringer gesteuert. Die Hilfsmittel, die wir vertreten, werden erst aufgrund einer ärztlichen Verordnung ausgegeben. Die Hilfsmittelleistungserbringer haben keinen direkten Einfluss auf die Menge der Leistungen. Ich kenne niemanden, der gern ein Hilfsmittel trägt oder nutzt.

Wir halten Ausschreibungen grundsätzlich nicht für ein geeignetes Instrument, Hilfsmittel, die in der Regel Individualleistungen sind - das heißt, durch spezifische Anpassungen an den jeweiligen Menschen adaptiert werden -, kostenmäßig zu begrenzen. Das kann nur geschehen, wenn man bereit ist, über andere Distributionswege eine geringere und rein preisorientierte Versorgungsqualität in Kauf zu nehmen. Möglicherweise kann dies zu kurzfristigen Einsparungen führen. Ich prognostiziere aber, dass die zunehmende Menge bei Volumenartikeln den zu niedrigen Preis dann ausgleichen wird.

Für Sanitätshäuser und orthopädietechnische Betriebe führt der größere Einsatz von Ausschreibungen in ein finanzielles Fiasko bis hin zur Betriebsschließung. Wir können es uns nicht leisten, dass qualifizierte Versorgungseinheiten und Fachwissen verloren gehen. Wenn ein möglicher Ausschreibungsgewinner, orientiert am niedrigsten Preis, den Zuschlag erhält, jedoch kein Monopollieferant ist und auch nach einem Zeitraum eine Wiederholung nicht gesichert ist, dann stellen Sie sich bitte die Fallpauschale im Reha-Bereich und den errechneten Ertrag für noch vorhandene Produkte im Lager vor. Ein Ausschreibungsverlierer hingegen, der bei einer 90-prozentigen Kassenabhängigkeit kurz- und mittelfristig keine Alternative hat, ein Nichtgewinnen auszugleichen, gerät in eine Situation, die meines Erachtens nach nicht gewollt sein kann.

Insbesondere aber der Patient verliert die freie Wahl seines Leistungserbringers. Die qualita-

tiven Versorgungsmängel, die damit einhergehen, sollte man an dieser Stelle nicht unter den Teppich kehren. Ein geregelter Vertragswettbewerb, bei dem Qualität gemeinsam definiert werden kann und muss, bietet eine Lösung, auch dort einzugreifen, wo Qualität und Preis nicht im richtigen Verhältnis zueinander stehen. Hier sind insbesondere die Kassen gefordert, für die nötige Transparenz zu sorgen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zur Hilfsmittelversorgung. In dem Gesetzentwurf ist das vorrangige Ziel festgeschrieben, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Deshalb frage ich Herrn Clausen: Kann dieses Ziel durch die geplante Maßnahme im Hilfsmittelbereich, abgestimmt auf das individuelle Bedürfnis des Einzelnen, wirklich erreicht werden? - Den Zentralverband des Deutschen Handwerks möchte ich nach der Qualität am Beispiel der Rollstuhlversorgung fragen.

SV Carsten Clausen: Es leuchtet wohl allen Beteiligten ein, dass bei sinkenden Preisen das Hochschrauben der Qualität einem logischen Ende unterworfen ist. Von daher können wir die Frage nach der Verbesserung der Qualität im Hilfsmittelbereich nur bedingt bejahen.

Wir sollten jedoch weniger in die Zukunft spekulieren, sondern mehr die Gegenwart beleuchten. Schauen Sie sich die heutige Versorgung an, beispielsweise im Inkontinenzbereich. Dort gibt es schon länger Festbeträge. Was ist passiert? Teile der Hersteller bieten nur noch zwei- bis dreilagige statt früher neun- bis zehnlagige Windeln an. Es leuchtet jedem ein, dass damit die Versorgungsqualität gesenkt wurde. Dadurch kam es leider zu Unfällen.

Nächstes konkretes Beispiel: Mittlerweile haben wir in diesem Bereich 20 Tote dadurch zu beklagen, dass durchgenässte Betten in Brand geraten sind. Die Ausstattung der Betten ist seit mehreren Jahren zwar nicht durch einen Festbetrag geregelt, aber seinerzeit durch einen bundesweiten Vertrag auf rund 900 DM beschränkt worden. Was ist passiert? Die Leute nassen ein, wodurch nachweislich die Betten in Brand geraten. Die Industrie und auch die Kostenträger stehen mittlerweile vor dem gigantischen Problem, rund 600 000 Krankenpflegebetten austauschen zu müssen. Jeder kann sich ausrechnen, dass steigende Qualität

und sinkender Preis irgendwann nicht mehr in Einklang zu bringen sind.

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks): Frau Michalk, ich möchte gern Ihre Frage nach der qualitativ hochwertigen Versorgung bei Rollstühlen an den Bundesinnungsverband für Orthopädiertechnik weitergeben, da dies eine sehr spezielle Frage ist, die die Leistungserbringer und deren Bundesverbände am besten beantworten können.

SV Hans Udo Kersting (Bundesinnungsverband für Orthopädiertechnik): Das Gros der Rollstuhlversorgung wird heute im Rahmen von Fallpauschalen abgerechnet. Stellen Sie sich vor: Ein Rollstuhl wird nach bestimmten Kriterien verordnet. Er muss auf jeden Fall passen und sinnvoll und zweckmäßig sein. Dafür wird eine Pauschale gezahlt. Sie beinhaltet einmal die Leistung als solche. Sie beinhaltet aber auch jegliche Reparaturen, die in einem Zeitraum von etwa vier oder fünf Jahren anfallen.

Wie geht der Fachhandel damit um? Man ist am Anfang bei der Einführung von Fallpauschalen davon ausgegangen, dass es zu einer qualitativen Verbesserung kommen wird. Der Fachhandel sollte im eigenen Interesse nur hochwertige Produkte einsetzen, weil diese lange halten müssen und im Eigentum des Fachhandels bleiben. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass sich die Dinge leider ins Gegenteil verkehrt haben. Der Fachhandel kommt mit den zur Verfügung stehenden Beträgen der Fallpauschale nicht zurecht. Es ist zum Teil zu einer Minderung der Leistung, einer Veränderung der qualitativen Voraussetzungen gekommen. Man versucht wirklich nur mit dem Maß des Notwendigen, diese Versorgung aufrechtzuerhalten.

Ein Beispiel: In einem einwohnerschwachen Gebiet kann zur Reparatur eines Plattfußes am Rollstuhl - das ist in dieser Fallpauschale enthalten - eine Fahrt von mitunter 50 oder 60 Kilometern notwendig sein. Das kann man auch nicht dadurch kompensieren, indem man wartet, bis zehn oder 20 Plattfüße zusammenkommen und man dann mit einer Fahrt die Teile tauscht oder repariert. Daher ist die Kostenentwicklung in Bezug auf die Ertragslage bei der Rollstuhlversorgung sehr negativ ver-

laufen und führt zu einer Verschlechterung der Versorgung.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BVMed, die Verbraucherzentrale Bundesverband und an den Vertreter des Verbandes der Krankenversicherten, Herrn Windisch.

Den Krankenkassen wird nach § 33 des Gesetzentwurfs die Möglichkeit gegeben, ihre Versicherten an bestimmte einzelvertraglich gebundene Leistungserbringer zu verweisen. Bleibt der Versicherte jedoch bei dem von ihm gewählten zugelassenen Leistungserbringer und hat dieser keinen Vertrag mit der Krankenkasse geschlossen, hat die Krankenkasse dessen Kosten nur in Höhe des niedrigsten Preises zu tragen, den sie mit anderen Leistungserbringern vereinbart hat. Kann aus Sicht der Patienten und der Leistungserbringer dieser Regelung zugestimmt werden, wo doch Hilfsmittel zunehmend mit hochwertigen Dienstleistungen verknüpft werden? Ich erinnere hier nur an die Stomaversorgung.

SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband der Medizintechnologie e.V.): Wir können dieser Regelung so natürlich nicht zustimmen. Vertragslose Leistungserbringer werden gegenüber den von den Krankenkassen ausgesuchten wenigen Vertragspartnern wesentlich schlechter gestellt, da sie nur noch den niedrigsten mit anderen Leistungserbringern vereinbarten Preis mit der Krankenkasse abrechnen können. Das heißt, der Marktzugang der zugelassenen, aber vertragslosen Leistungserbringer wird beschränkt. Die Krankenkassen werden sich ausschließlich auf den niedrigsten Preis konzentrieren. Es wird also bei der Preisfindung nicht auf die Qualität der Produkte und der Dienstleistungen und nicht auf den Umfang der Patientenversorgung geachtet werden. Unserer Meinung nach sind dies die falschen Wettbewerbsanreize.

Des Weiteren muss der Versicherte bei der Wahl eines zugelassenen vertragslosen Leistungserbringers bei den Kosten gegebenenfalls einen Eigenanteil tragen, ohne dadurch ein höherwertiges Hilfsmittel zu erhalten, welches einen Eigenanteil rechtfertigen würde. Die Wahlfreiheit des Patienten wird durch die Vertragspolitik der Krankenkassen somit unterlaufen. Das heißt, der Anspruch auf medizi-

nische Leistungen würde zukünftig von der Vertragspolitik der jeweiligen Kassenart bzw. der zuständigen Krankenkasse abhängig sein. Dies widerspricht unserer Meinung nach dem Grundgedanken des Solidarprinzips, da dem Versicherten zukünftig nicht mehr die gleichen Leistungen zur Verfügung stehen. Hier besteht also dringend Änderungsbedarf.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Aus Sicht der Verbraucher ist es im Prinzip zumutbar, wenn Patientinnen und Patienten vonseiten der Krankenkasse dazu aufgefordert werden, eine günstigere Lösung zu wählen. Das ist schließlich der Leitgedanke dieser gesetzlichen Regelung. Im Sinne der Versichertengemeinschaft ist den Patientinnen und Patienten dieser Solidarbeitrag durchaus zumutbar.

Auf der anderen Seite muss natürlich sichergestellt werden, dass die Versorgung und die Wohnortnähe der entsprechenden Anbieter gewährleistet ist. Insofern sehen wir weiterhin die Notwendigkeit, dass Patientinnen und Patienten an der Gestaltung der getroffenen Vereinbarungen beteiligt werden. Das ist für uns die entscheidende Frage.

SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V.): Wir sehen dies etwas anders. Wir sagen ganz klar Nein; denn diese Regelung schränkt die Wahl des Versicherten deutlich ein. Dies könnte schnell dazu führen, dass nicht mehr die Qualität, sondern der Preis im Vordergrund steht. Auch die Wohnortnähe könnte dadurch sehr stark gefährdet werden.

Abg. **Hildegard Müller** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den BVMed, den IKK-Bundesverband, den Bundesverband der Hörgeräteakustiker und Herrn Clausen.

Der Gesetzgeber plant die Einführung von bundesweiten Festbeträgen für Hilfsmittel. Kann Ihrer Meinung nach dadurch die Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität in diesem Versorgungsbereich erhöht werden? Wie beurteilen Sie die Überlegungen der Bundesregierung, die Festbetragsfestsetzung auf Bundesebene durch die Spitzenverbände der Krankenkassen durchführen zu lassen?

SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband der Medizintechnologie e.V.): Der Entwurf sieht vor, dass Festbeträge zukünftig durch die Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt werden. Damit sollen bundesweit einheitliche Festbeträge gelten. Der BVMed bewertet diese Regelung durchaus positiv, da dadurch der Verwaltungsaufwand bei der Festsetzung der Festbeträge und beim Abrechnungsverfahren reduziert wird.

Es muss unserer Meinung nach jedoch sichergestellt werden, dass Festbeträge für in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte unter Berücksichtigung des notwendigen Dienstleistungsbedarfs festgesetzt werden. Das heißt, wir schlagen vor, dass bei der Ermittlung der Festbeträge die gegebenenfalls erforderlichen Dienstleistungen zur dauerhaften und sachgerechten Anwendung der Hilfsmittel berücksichtigt werden. Dies sollte expressis verbis im Gesetz festgeschrieben werden.

Zweitens. Festbeträge sollten als Nettobeträge, also ohne Umsatzsteuer, festgelegt werden, um so bei der Erhöhung der Umsatzsteuer zusätzliche Anpassungsverfahren zu vermeiden. Dadurch werden zusätzliche Verwaltungskosten bei den Krankenkassen verhindert.

Drittens. Die Festschreibung der Festbeträge sollte für einen bestimmten Zeitraum, für mindestens ein Jahr, erfolgen, um den Herstellern und Leistungserbringern die notwendige Planungssicherheit zu bieten.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die vergangenen Jahre gezeigt haben, dass Festbeträge nicht überall im Hilfsmittelbereich ein taugliches Instrumentarium sind, dass aber dort, wo man für gleichartige und gleichwertige Produkte Festbeträge festsetzen kann, eine bundeseinheitliche Festsetzung richtig ist.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Aus Sicht der Spitzenverbände ist die vorgesehene Regelung, Festbeträge für Hilfsmittel nicht mehr, wie in der Vergangenheit, auf Landesebene festzusetzen, sondern sie durch die Spitzenverbände bundeseinheitlich zu regeln, sinnvoll. Hierbei handelt es sich im Verhältnis zu den Arzneimittelfestbeträgen um eine historische Besonderheit - sie datiert aus dem Anfang der 90er-Jahre -, die nach unserer Auffassung aus wirtschaftlichen

und aus Qualitäts Gesichtspunkten überhaupt nicht mehr zu rechtfertigen. Die Bedingungen zur Herstellung dieser Hilfsmittel und die Dienstleistungskomponente sollten bundeseinheitlich geregelt werden.

Man kann hierbei vieles von dem Prozedere übernehmen, das die Spitzenverbände schon seit vielen Jahren im Bereich der Arzneimittel festbeträge durchführen. Das heißt, die Festbeträge sind unter Beschreibung der konkreten Gruppen zu bilden. Dabei ist die Frage der Vergleichbarkeit, der Gleichartigkeit und der Gleichwertigkeit zu beachten.

Ich weise darauf hin, dass es nicht darum geht - einzelne Sachverständige befürchten das, quasi als nicht anders vorstellbare Fantasie -, einen reinen Preiswettbewerb zu führen bzw. Festbeträge allein unter Preis Gesichtspunkten zu finden. Es geht vielmehr immer um eine qualitativ angemessene, wirtschaftlich vernünftige Versorgung der Versicherten. Die Ansätze, die einen Wettbewerb im Bereich der Hilfsmittel auf die Preisfrage reduzieren wollen, verkürzen die Diskussion. Es geht um die Versorgungsqualität und eine angemessene Berücksichtigung der Prinzipien. Dabei sind Festbeträge, die auf Bundesebene festgesetzt werden, hilfreich.

Im Übrigen haben die Spitzenverbände im Bereich der Arzneimittel - das kann auf die Festbeträge für Hilfsmittel übertragen werden - ein sehr transparentes und an Kriterien gebundenes Anpassungsverfahren entwickelt.

SV Jürgen Matthies (Bundesverband der Hörgeräteakustiker): Die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker begrüßt, dass die Festbeträge auf Bundesebene festgesetzt werden sollen. Wir sehen hierin eine Festschreibung der Rahmenbedingungen und der Qualitätsbeschreibungen. Zurzeit erfolgt das auf Landesebene, was ein heilloses Durcheinander bedeutet. Wir versprechen uns sowohl auf der Seite der Krankenkassen als auch auf der Seite der Leistungserbringer Synergieeffekte, wenn die Festsetzung auf Bundesebene erfolgt. Über die Höhe der Preise kann man sich im Lande prügeln. Ich denke, dass die Festlegung von Rahmenbedingungen für die qualitative Versorgung, die nach wie vor hochwertig sein wird, gut ist.

SV Carsten Clausen: Ergänzend möchte ich auf einen Aspekt hinweisen, der bei den Festbeträgen wie im gesamten Vertragsgeschäft im Hilfsmittelbereich gern übersehen wird: das Thema Kostenvoranschlagswesen. Nach § 30 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages ist jeder Einzelfall, jedes Hilfsmittel, vorher durch die Krankenkasse zu genehmigen. Das ist - juristisch ist das unstreitig - ein weiterer Vertrag, der für den einzelnen Versorgungsfall zustande kommt. Das ist auch bei den Festbeträgen nach wie vor Usus und wird von den Krankenkassen gefordert. Der Hintergrund ist nachvollziehbar: Festbeträge sind Höchstbeträge. Oft gibt es jemanden, der das billiger anbietet; dann möchte die Kasse gerne umsteuern.

Ich meine, sowohl bei den Festbeträgen als auch beim Vertragsgeschäft sollte man entweder das Kostenvoranschlagssystem anwenden oder Verträge schließen. Ansonsten ersticken wir alle an dem mächtigen Bürokratieaufwand.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Clausen und Herrn Windisch. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen die Versicherten und Ärzte über die Vertragspartner sowie über die vereinbarten Preise informieren müssen. Soweit zugelassene Leistungserbringer keine Vereinbarungen geschlossen haben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsinanspruchnahme darüber zu informieren. Kann damit die Transparenz für Patienten erhöht werden und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie hinsichtlich der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet werden?

SV Carsten Clausen: Darüber müssen wir spekulieren. Wir fürchten, glaube ich, beide, dass über die Versicherten eine Informationsflut hereinbrechen würde. Die einen würden sagen: „Ich bin Vertragspartner“ und informieren nicht nur über den Preis, sondern auch über den Umfang der Leistung. Die anderen müssten sich outen und sagen: „Schade, ich bin kein Vertragspartner. Ich bin aber trotzdem ganz gut.“ Wir reden hier überwiegend über schwer kranke und oft auch sehr alte Patienten. Daher habe ich Zweifel daran, dass die Informationsflut den Patienten wirklich etwas bringt. Ich halte das für kein taugliches Mittel.

In diesem Zusammenhang weise ich auf eine Unschärfe im Gesetzentwurf zu § 32 hin: Dort

ist von „wohnnah sowie in zumutbarer Weise“ die Rede. Das „sowie“ verstehe ich als kumulativ. Ich frage mich, was „wohnnah“ bedeutet. Ist nun auch das regionale Sanitäts-haus für die Information zuständig? Was ist mit bundesweiten Leistungserbringern? Ich meine, der Gesetzentwurf müsste zumindest dahin gehend verbessert werden, dass die Formulierung in „wohnnaher Versorgung oder in zumutbarer Weise“ verwendet wird. Es gibt nämlich eine Reihe von bundesweit agierenden Unternehmen, die über eine entsprechende Logistik bundesweit jeden Patienten innerhalb von 24 Stunden erreichen können. Die Formulierung „wohnnah“ ist meines Erachtens sehr unscharf.

SV Heinz Windisch (Verband der kranken-versicherten Deutschlands e.V.): Ich sehe auch keinerlei Verbesserung der Transparenz. Es wird im Gegenteil eher zu Folgendem kommen: Viele Patienten sind jahrelang auf Hilfs-mittel angewiesen. Der Umstand, dass sie nun zu dem Partner, den sie jahrelang aufgesucht haben, nicht mehr gehen können, wird für die Patienten, gerade für die älteren, sehr schwierig sein.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Verbraucherzentralen und an den AOK-Bundesverband. Halten Sie die im Gesetz vorgesehenen Regelungen für ausreichend, um im Hilfsmittelmarkt für Transparenz der Anbieterstrukturen, der Produktpalette und der für die individuellen Versorgungsfälle wirtschaftlichsten und qualitativ besten Versorgung zu sorgen?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Es ist zumindest ein Schritt in die richtige Richtung. Ausreichend ist es insofern nicht - ich habe das schon angedeutet -, als wir nicht auf dem Standpunkt stehen, dass die Krankenkassen per se die Patienten, also diejenigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen, vertreten. Sie tun dies im besten Falle. Es kann aber durchaus Konfliktsituationen, gerade beim Aushandeln von Festbeträgen, geben. Das legitime und begrüßenswerte Interesse an Qualität kann möglicherweise mit finanziellen Erwägungen seitens der Kostenträger kollidieren. Wir würden uns wünschen, dass in die Verhandlungen über

Festbeträge, sofern sie bundeseinheitlich stattfinden, auch Organisationen von Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbrauchern einbezogen werden. Sie sollten nicht im Sinne eines Vertragspartners agieren, aber ihre Bedenken, gerade zum Bereich der Ergebnisqualität, dort artikulieren können. Das ist verbesserungsbedürftig.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Der ersten Aussage meines Vorredners, es sei ein Schritt in die richtige Richtung, kann ich mich anschließen. Wir müssen sehen, dass dieser Markt relativ verkrustet ist. Ihre Frage bezog sich - so habe ich sie verstanden - explizit auf den Hilfsmittelbereich. Ich kann mir sehr wohl vorstellen, dass über intelligente Ausschreibungsstrukturen - zum Beispiel über das Internet - eine Liberalisierung im Bereich der Hilfsmittel eintreten kann, die für den Versicherten wünschenswert ist.

Halten wir uns noch einmal vor Augen, was bei Ausschreibungen passiert: Es wird ein festgesetztes Qualitätsniveau ausgeschrieben. Es gibt also kein Preisdumping, sondern die Anbieter werden gebeten, zu einer festen Ausschreibung ihre Angebote abzugeben. Daher kann man nicht von einem Preisdumpingverfahren sprechen. Dieses Verfahren ist international üblich. Die Krankenkassen werden sich an die EU-weit geltenden Regelungen halten müssen. Insofern verstehe ich die Sorge, dass es Qualitätseinbußen geben könnte, nicht. In der Ausschreibung wird die Qualität sehr genau beschrieben werden müssen. Die AOK setzt auf derartige Ausschreibungsmodelle im Hilfsmittelbereich; das können wir uns sehr gut vorstellen. Diese Bewegung wird dem Markt gut tun.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den AOK-Bundesverband. Wie hoch schätzen Sie - unter der Voraussetzung, der Hilfsmittelkatalog wird nicht beschnitten und die Versorgungsqualität wird nicht verschlechtert - das Einsparpotenzial der GKV im Hilfsmittelbereich ein, wenn man sich an der preisgünstigsten regional basierten Versorgung orientiert? Welche rechtlichen Änderungen oder Klarstellungen wären erforderlich, um diese Einsparungen zu realisieren?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Man muss ehrlicherweise sagen, dass man das nicht genau spezifizieren kann. - Man ruft mir hier zu, ich solle „20 bis 50 Prozent“ sagen. Ich werde den Teufel tun, eine genaue Zahl zu nennen. Tendenziell wird es günstiger werden. Das Ausmaß der im GMG vorgesehenen Struktureffekte insgesamt kann man zwar schätzen. Ich bitte aber um Verständnis, dass ich mich bei diesem speziellen Teil etwas zurückhalte. Vielleicht sind meine Kollegen etwas mutiger.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Frau Kollegin Bender, lassen Sie zu, dass seine Kollegen vielleicht eine Zahl nennen?

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, gern.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Die Antwort von Herrn von Stackelberg war völlig korrekt.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sie werden sich bei der Beantwortung meiner Frage nach den finanziellen Effekten bei den Heilmitteln vermutlich auch nicht weiter aus dem Fenster lehnen. Ich richte mich an den IKK-Bundesverband, an den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, an den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. und an die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

Der Gesetzentwurf sieht bezüglich der Heilmittel vor, dass die Krankenkasse, wenn sie mit einzelnen Leistungserbringern zu günstigen Preisen Direktverträge abschließt, für die in der Umgebung lebenden Versicherten nur noch die Kosten bis zu dieser Höhe übernehmen muss. Im Einzelfall ist denkbar - das wurde bereits angesprochen -, dass bei der Wahl eines anderen Leistungserbringers die eigene Zuzahlung höher ausfällt. Kann der Vertreter des IKK-Bundesverbandes vielleicht eine Vermutung äußern, welche finanziellen Effekte er sich von dieser Einschränkung erwartet?

An die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung und an den Paritätischen Wohlfahrtsverband stelle ich die Frage, ob sie diese Einschränkung für die Patienten für zumutbar halten bzw. welche Form der Qualitätssicherung sie sich vorstellen können.

Ist die jetzt vorgesehene Regelung für Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen handhabbar? Ich bitte den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten, diese Frage zu beantworten.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Heilmittelversorgung muss man sich die folgenden Zahlen ins Gedächtnis rufen: Das Ausgabenvolumen für 2002 betrug 3,6 Milliarden Euro. Die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene entsprechend den Vorgaben des Gesetzes hätten für die Heilmittelausgaben für 2002 einen Betrag von 2,8 Milliarden Euro vorgesehen. Das Delta ist also erheblich.

Nach unserer Analyse liegen die Gründe dafür in erster Linie im Verordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte, das, bezogen auf verschiedene Maßnahmen in der Heilmittelversorgung, zu undifferenziert ist. Der Struktureffekt vor allem hinsichtlich der Menge der Verordnungen ist medizinisch nicht nachvollziehbar. Erst in zweiter Linie ergibt sich ein Preiseffekt. Den finanziellen Effekt durch den Abschluss von Direktverträgen - danach haben Sie gefragt - schätzen wir als relativ bescheiden ein. Wir meinen, dass man insbesondere das Verordnungsverhalten steuern sollte.

Allerdings ist deutlich erkennbar, dass das Preisniveau im Bereich der verschiedenen Versorgungsformen im Heilmittelbereich insgesamt durch die Direktverträge deutlich gedämpft wird. Das ist sicherlich ein positiver Effekt, den ich jetzt aber nicht genau quantifizieren kann.

Die Quantität, das heißt die Verordnungsmenge, ist das Problem. Auf das Verordnungsverhalten muss über die Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen Einfluss genommen werden.

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Unserer Auffassung nach wird es insbesondere bei der Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen eher zu einem Wettbewerb auf Dumpingniveau kommen. Deshalb können wir dieser Regelung im Grundsatz nicht zustimmen.

Die zentrale Frage ist unseres Erachtens - das gilt für den Gesetzentwurf insgesamt - die Zumutbarkeit. Das bezieht sich auch auf die Wohnortnähe. Im Gesetzentwurf sollte klar erläutert werden, was darunter zu verstehen ist.

SV Dr. Frank Dudda (Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e.V.): Wenn ich Ihre Frage richtig im Ohr habe, hat sie zwei Facetten. Zunächst fragen Sie uns nach den Auswirkungen auf die Krankenkassen. Dazu mache ich im Nachgang zu dem, was wir schon gehört haben, eine kurze Bemerkung: Anders als es in der Begründung des Gesetzentwurfs steht, gibt es im Heilmittelbereich bereits die Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen. Sie wird nicht genutzt, weil der bürokratische Aufwand viel zu hoch ist.

Daher ist dieses Instrument als Steuerungselement in einem Qualitätswettbewerb denkbar ungeeignet. Außerdem sieht § 125 Abs. 2 SGB V Maßnahmen zur Qualitätssicherung - also Maßnahmen, die einen Qualitätswettbewerb steuern sollen - bereits vor. Solche Maßnahmen sind in den einschlägigen Rahmenempfehlungen der Heilmittelerbringer schon längst vorgesehen. Darüber hinaus gibt es gerade im Heilmittelbereich - Stichworte „Institut für Qualitätssicherung“ und „Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der DQS“ - einen erheblichen Anteil freiwilliger über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hinausgehender aktivierter Maßnahmen. Das heißt, gerade die Heilmittelbranche scheut einen Qualitätswettbewerb auf keinen Fall.

Mit Verwunderung nehmen wir allerdings die Diskussion über die Ausschreibung von Leistungen zur Kenntnis. Eine solche Ausschreibung ist im Gesetzentwurf mitnichten enthalten. Im Gesetzentwurf ist derzeit nur eine Regelung vorgesehen, nach der die Verbände der Leistungserbringer Verträge, also eine Leistung und eine Gegenleistung, aushandeln. Diese Verträge können durch den Abschluss eines einzigen Einzelvertrages ausgehebelt werden.

Das hat natürlich erhebliche Auswirkungen auf den Leistungserbringer, der bei der Abgabe der Leistung nicht weiß, ob ihm der Vertrag, den sein Verband mit den Krankenkassen kollektiv geschlossen hat, bei der Abrechnung noch zugute kommt.

Dieser Sachverhalt ist meines Erachtens auch unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten äußerst bedenklich ist: Es kann nicht sein, dass eine Leistung und eine Gegenleistung im Sinne des Kollektivvertrages vereinbart werden, aber durch einen einzigen Einzelvertrag aufgehoben werden können. Hier mangelt es an Vertrauensschutz und Rechtssicherheit für den Therapeuten. Das ist unter Maßgabe des § 32 SGB V nicht sicherzustellen. Meines Erachtens ist das unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nicht haltbar. Von daher stößt dieser Paragraph in der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Form bei den Leistungserbringern auf wenig Gegenliebe.

SV Ulrich Hellmann (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.): Zum Thema Hilfsmittel möchte ich mich zunächst einigen meiner Vorredner anschließen, die bereits erwähnt haben, dass ohne die Einführung ausreichender und praktisch nachprüfbarer Qualitätskriterien nicht verhindert werden kann, dass die billigere Leistung zugleich von minderer Qualität sein wird. Wir halten die Qualitätskriterien für unabdingbar.

Ich möchte in diesem Zusammenhang besonders auf die Situation der geistig behinderten Menschen verweisen. Auch sie werden nämlich theoretisch zwar das Wahlrecht haben, zu einem teureren Anbieter zu gehen; in der Praxis werden sie jedoch aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögenssituation in der Regel nicht in der Lage sein, entsprechende Zuzahlungen zu leisten. Für diese wird das Wahlrecht in der Praxis vielfach nicht bestehen. Überdies besteht die Gefahr, dass es nicht genügend wohnortnahe billige Anbieter geben wird, sodass sie auf eine Heilmittelgewährung durch einen teureren Anbieter angewiesen wären, während sie sich aber aufgrund ihrer Einkommenssituation nur einen billigen Anbieter leisten könnten. Das würde zu einem Dilemma führen.

Ich möchte im Übrigen noch darauf hinweisen, dass wir die Querverbindung zum Sozialge-

setzbuch IX nicht aus den Augen verlieren sollten. In § 9 SGB IX ist ausdrücklich die Förderung der Selbstbestimmung und Patientensouveränität normiert. Unsere Befürchtung ist, dass die Rechte geistig behinderter Menschen durch eine derartig enge Regelung unzumutbar tangiert würden.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte zunächst den Vertreter des Deutschen Hausärztesverbandes zu der gesamten Thematik Hilfsmittel fragen: Wie würde Ihrer Ansicht nach eine Toplösung aussehen?

SV Sauermann (Deutscher Hausärztesverband e.V.): Herr Vorsitzender, Herr Dr. Thomae, der Deutsche Hausärztesverband hat bei den Hilfsmitteln natürlich nicht viele Aktien im Spiel.

(Dr. Dieter Thomae (FDP): Aber einige!)

Wir möchten unsere Patienten ausreichend mit Hilfsmitteln versorgt sehen. Im Prinzip ist es uns ziemlich egal, ob dieses Ziel im Wege einer Ausschreibung oder der generellen Flächendeckung erreicht wird. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Wegstrecken mit einer Länge von 60 Kilometern notwendig werden. Denkbar wäre das allenfalls bei der Strecke Helgoland-Cuxhaven. Ansonsten ist das Netz so dicht, dass selbst in Eifel und Hunsrück Strecken mit einer Länge von 25 Kilometern nicht zustande kommen; und dies sind schon dünn besiedelte Gebiete.

Das heißt also: Wenn Sie irgendwo sparen wollen - was definitiv der Fall ist -, müssen Sie sich eine Regelung überlegen, nach der sowohl Ausschreibungen als auch Einzelverträge möglich sind. Es hat sich gezeigt, dass es eine Ausuferung des Hilfsmittelkatalogs, wenn er denn endgültig zustande gekommen ist, nicht geben wird, außer wenn das Controlling nicht funktioniert. Das Controlling liegt in der Hand der Krankenkassen. Wenn das in ausreichendem Maße durchgeführt wird, müsste es funktionieren.

Das gilt auch für die Heilmittel. Hier wurde etwas völlig Falsches behauptet, nämlich dass die zunehmende Zahl von Verschreibungen von Heilmitteln aufgrund der undifferenzierten Mengenzunahme vonseiten der Ärzte passiert. Das ist völliger Unsinn. Es gibt bereits die eingeforderte Richtlinie für Heilmittel, die vom

Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen zusammen mit Vertretern der Krankenkassen erarbeitet worden ist. Diese zeigt auf, wie zu verordnen ist, nämlich gezielt und indikationsgebunden. Wir haben diese Richtlinie erstellt, weil es schon immer ein Wunsch der Krankenkassen war, die Qualität der Versorgung und die zielgerichtete Ausgabe der Gelder für die Heilmittel zu regeln. Ich denke, das geschieht auch, sobald die Krankenkassen in der Lage sind, ihre Zahlen zu liefern. Das ist das Problem und der Grund dafür, dass noch keine Ergebnisse vorliegen.

Vorhin ist gefragt worden, warum Heil- und Hilfsmittel zusammengefasst worden seien. Das wird immer verwechselt. Dafür gab es rein pragmatische Gründe. Bei der letzten Sitzung des Ausschusses „Heilmittel“ des Bundesausschusses, dem ich zwölf Jahre lang vorgesessen habe, wurde der Paragraph für den Hilfsmittelkatalog vergessen. Aus pragmatischen Gründen habe ich die Zusammenführung zu Heil-/Hilfsmittel vorgenommen, damit der Ausschuss nicht erneut entstehen muss. Das ist das Geheimnis dieser Geschichte.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich würde gern den BVMed ansprechen. Eben wurde gesagt, dass aufgrund der Preissituation verbunden mit den bisherigen Regelungen die Qualität des Produkts sehr häufig reduziert würde. Wäre es nicht eine Überlegung, statt der Festbeträge Festzuschüsse vorzusehen, um hier langfristig eine vernünftige Versorgung zu sichern?

SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband der Medizintechnologie e.V.): Das ist eine sehr gute Frage, Herr Dr. Thomae. Der Bereich der Hersteller und Leistungserbringer ist extrem heterogen. Das haben wir gehört. Ich hatte auch bereits gesagt, dass Festbeträge nicht überall ein taugliches Instrumentarium sind, um eine optimale Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Demgegenüber sind wir natürlich daran interessiert, dass innovative Medizinprodukte und Hilfsmittel allen Patienten, die sie benötigen, ohne Zeitverzögerung zur Verfügung gestellt werden. Wenn also ein derartiges Festzuschussystem dafür Sorge tragen würde, dass man medizinischen und ökonomischen Fortschritt bei diesen Produkten sofort an den Pati-

enten weitergeben könnte, kann eine derartige Bezuschussung durch den Patienten durchaus Sinn machen. Sie sprechen ja davon, dass von den Krankenkassen ein fixer Betrag zur Verfügung gestellt wird und es dann in die Eigenverantwortung des Patienten übertragen wird, ob er dieses Produkt beanspruchen möchte oder nicht. Wir haben ähnliche Ideen für den stationären Bereich vorgetragen. Es ist durchaus denkbar, sich im Hilfsmittelbereich darüber zu unterhalten. Das wäre aber eine komplette Neuerung; denn bisher ist eine derartige Eigenbeteiligung des Patienten per Gesetz verboten.

Wenn Sie mir erlauben - das bringt ein wenig Licht in das Thema; ich habe nicht gewusst, ob ich es hier unterbringen kann; aber jetzt versuche ich es einmal -, würde ich gern einige Sätze vorlesen. John Ruskin, ein englischer Sozialreformer, 1819 bis 1900, schrieb - ich zitiere -:

Es gibt kaum etwas auf dieser Welt, das nicht irgendjemand ein wenig schlechter machen und etwas billiger verkaufen könnte. Die Menschen, die sich nur am Preis orientieren, werden die gerechte Beute solcher Machenschaften.

Es ist unklug, zu viel zu bezahlen, aber es ist noch schlechter, zu wenig zu bezahlen. Wenn Sie zu viel bezahlen, verlieren Sie etwas Geld, das ist alles. Wenn Sie dagegen zu wenig bezahlen, verlieren Sie manchmal alles, da der gekaufte Gegenstand die ihm zuge dachte Aufgabe nicht erfüllen kann.

Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten. Nehmen Sie das niedrigste Angebot an, müssen Sie für das Risiko, das Sie eingehen, etwas hinzurechnen. Wenn Sie das tun, haben Sie auch genug Geld, um etwas Besseres zu bezahlen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Jetzt bin ich natürlich gezwungen, die innovativen Krankenkassen zu fragen: Was sagen Sie zu diesem Zitat?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Diese Anhörung war nicht nur in der letzten Woche, sondern ist auch heute eine unbezahlte Weiterbildungsveranstaltung. Nachdem wir in der letzten Woche

diese intellektuell außerordentlich anregenden professoralen Vorträge zum Prinzip der Freiberuflichkeit hören durften - eigentlich ging es um Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit; dieser Exkurs zur Freiberuflichkeit hat mich schon sehr beeindruckt -, gibt es heute diesen historischen Ausflug. Die eigentliche Frage sollte jedoch lauten: Wie gestaltet man eigentlich heute Versorgung? Sie sollte nicht lauten: Wie verbrämt man mit ideologisch gefärbten Zitaten aus der Vergangenheit den eigentlichen Ansatz, dass es nämlich um die Legitimation überproportional hoher Gewinne geht? Das kann nicht das Thema sein.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich würde gern noch einige andere Argumente der Spitzenverbände hören, weil mich diese Argumente nicht überzeugt haben.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Herr Dr. Thomae, wenn ich das Zitat richtig im Ohr habe, hieß es da, man solle nicht zu viel bezahlen. Genau darum geht es uns. Ich wiederhole in vollem Ernst, dass eine Ausschreibung von Hilfsmitteln die Qualität berücksichtigt, indem sie genau beschrieben wird. Aufgrund dieser Ausschreibung werden Angebote abgegeben. Darum geht es. Ich verstehe nicht, wie da von Preisdumping die Rede sein kann. Dann kommt ein Marktspiel in Gang.

Herr Thomae, von der FDP erwarte ich dabei eigentlich Unterstützung. Es geht darum, Angebot und Nachfrage in Übereinstimmung zu bringen. Kein Anbieter wird zu irgendeinem Preisgebot gezwungen. Es geht nur darum, als Anbieter die Qualitätsansprüche zu erfüllen und dann zu schauen, zu welchem Preis er dieses Angebot machen kann. Dann muss er schauen, ob er den Zuschlag bekommt. Etwas Faireres kann ich mir gar nicht vorstellen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Hier wird die Formel, die man immer wieder hört, wiederholt: Je niedriger der Preis, desto schlechter die Qualität. Diese Gesetzmäßigkeit ist nicht richtig, Herr Thomae, wie wir beide beim Studium in Köln gelernt haben und wie es auch die Realität zeigt. Ich darf an das Beispiel Aldi erinnern. Aldi hat die niedrigsten Preise, steht aber bei den Qualitätstests der Zeitschrift „Stiftung Warentest“ immer an

erster Stelle. Diese Formel „weil niedriger Preis, deshalb niedrige Qualität“ stimmt nicht.

SV Karl-Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Normalerweise verbietet es die Achtung vor dem Ausschuss, die Zeit mit Satire zu verbringen. Ich möchte aber angesichts des vorgebrachten Zitats mit einem anderen Zitat aus dem „Spiegel“ von heute Morgen kontern. Darin steht auf Seite 135:

Ich mache nicht für Politiker Theater.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte eine Frage an ein oder zwei Vertreter der Krankenkassen stellen: Sind Festzuschuss oder Festbetrag eine Überlegung oder stehen diese bei Ihnen völlig außen vor?

SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Der Unterschied zwischen diesen beiden Politstrategien besteht darin, inwieweit der Gesetzgeber von den Krankenkassen die Sicherstellung des Versorgungsanspruches der Versicherten in Bezug auf die Sachleistungen verlangt. Hat die Krankenkasse den Sicherstellungsauftrag, hat sie natürlich nur die Möglichkeit, einen Festbetrag zu leisten, der diesen Auftrag auch erfüllt. Hat die Krankenkasse diesen Sicherstellungsauftrag nicht, kann sie sich mit einem Festzuschuss, der ja nicht die Leistung selber sicherstellen muss, begnügen.

Angesichts der Versorgungslandschaft und des Bedarfs an den Hilfsmitteln, die hier im Raume stehen, die ja Körperersatzfunktionen ausüben sollen, ist es jedoch im Grunde genommen vom Auftrag der Krankenversicherungen her schlichtweg nicht zu rechtfertigen, wenn man diesen Auftrag mit Zuschüssen nicht bedienen kann. Das haben wir lange überwunden. Von daher bieten sich Zuschüsse für diesen Auftrag nicht an.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Der Unterschied zwischen Festzuschuss und Festbetrag ist der, dass beim Festbetrag die gesamte Leistung mit diesem Betrag bezahlt wird, während beim Festzuschuss nur ein Anteil bezahlt wird. Im Umkehrschluss heißt das: Der Festzuschuss geht von einer Selbstbeteili-

gung des Versicherten aus. Diese Grundsatzfrage muss man erst einmal beantworten. Beim Festzuschuss muss dann noch die Frage beantwortet werden, unter welchen marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieser Festzuschuss gezahlt wird. Wenn es den Festzuschuss in einer von einem starken Wettbewerb geprägten Marktsituation gibt, hat der Festzuschuss eine andere Wirkung auf den Versicherten als dann, wenn es ein monopolistischer Markt ist. Die marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen muss man jeweils bedenken.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Vom Konzept her garantiert der Festbetrag dem Versicherten eine Leistung, der Festzuschuss nicht. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass die GKV mehr für den Festbetrag ist.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte noch das Orthopädiehandwerk ansprechen. Was sollen wir gerade im Hinblick auf die Qualitätssicherung in Ihrem Bereich machen: Festzuschuss oder Festbetrag?

SV Hans Udo Kersting (Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik): Herr Dr. Thomae, bei dieser Frage kommen die zwei Seelen in meiner Brust zum Vorschein. Wenn Festbeträge nicht vermeidbar sind, dann sind wir für eine bundesweite Festlegung von Festbeträgen mit ganz klar nachvollziehbaren Leistungs- und Vergütungskriterien. Wir halten aber gerade im Hilfsmittelsektor im Gegensatz zu den Kostenträgern einen Festzuschuss in der heutigen Zeit für das Mittel der Wahl. Wir gehen nicht davon aus, dass für einen Festzuschuss keine Leistung am Markt erzielbar ist. Wir gehen vielmehr davon aus, dass der Festzuschuss auch das Ventil nach oben öffnet. Gestatten Sie mir eine Anmerkung zu Ausschreibungen etc.: Jeder, der hier über Ausschreibung spricht, redet davon unter dem Ansatz, als gäbe es Tausende von Nachfragen, um über Ausschreibungen Leistungen im Hilfsmittelsektor zu indizieren. Wenn einer unserer Kollegen eine Ausschreibung nicht gewinnt, ist er weg vom Fenster, weil die Abhängigkeit von den Kassenarten so extrem ist, dass keine Ausgleichsmöglichkeit besteht. Diesen Aspekt sollte man bei dieser Diskussion bitte nicht hintanstellen.

Von daher könnte ich mir durchaus vorstellen, dass ein Festzuschuss eine Öffnung des Ventils hin zu einer weiteren Verbesserung von Leistungen darstellt, ohne dass es zu einem Festzuschuss, der einmal gegeben ist, grundsätzlich keine Sachleistung geben wird.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Verband der Diagnostikerindustrie und den Bundesverband Managed Care, an Herrn Dr. Hermann und Herrn Freigang. Wie Sie wissen, liefern einige Homecare-Unternehmen nicht nur Hilfsmittel, sondern bieten zusätzlich eine pflegerische Betreuung und Schulung der Patienten an. Die Kosten für diese Zusatzleistungen sind im Hilfsmittelpreis eingeschlossen. Die betreffenden Leistungserbringer befürchten nun, dass sie den Zusatznutzen pflegerische Betreuung und Schulung unter den Bedingungen des verschärften Preiswettbewerbs zum Schaden der Patienten nicht mehr anbieten können. Teilen Sie diese Sorge? Welche Abhilfemöglichkeiten sehen Sie? Sehen Sie auch die Gefahr der Intransparenz, wenn Hilfsmittel und Service in einem Preis genannt werden?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Frau Abgeordnete, wir hatten verschiedentlich darauf hingewiesen, dass bei einem Ausschreibungsmodell ganz wesentlich ist, dass die ausgeschriebenen Qualitäten und Dienstleistungen im Ausschreibungsverfahren sehr deutlich benannt werden. Alle, die sich an diesem Verfahren beteiligen, bieten die genannten Dienstleistungen und Produkte an. Insofern sehe ich nicht, dass hier die Befürchtung bestehen muss, dass Ergänzungsleistungen, die sinnvoll sind und deshalb auch mit ausgeschrieben sind, nicht mehr erbracht werden können.

Sofern diese Ergänzungsleistungen in der Vergangenheit erbracht worden und nicht extra abgerechnet worden sind, weil die Margen beim jeweiligen Hilfsmittel das zugelassen haben, werden sich einige Veränderungen ergeben. Ich glaube aber, in einem sehr transparenten Ausschreibungsverfahren, in dem die notwendigen Dienstleistungen auch genannt sind, wird sich ein Qualitätswettbewerb und nicht allein ein Preiswettbewerb ergeben. Diese Mischung halte ich auch für vernünftig.

SV Dirk Meyer-Lürßen (Verband der Diagnostica-Industrie e.V.): Nach dem, was ich heute gehört habe, bin ich eigentlich recht beruhigt; denn von allen Vertretern der Spitzenverbände ist wiederholt zum Ausdruck gebracht worden, dass man nicht nur auf den Preis abstellen, sondern auch die Qualität - inklusive die der Beratung - aufgenommen wissen möchte. Ich fände es beruhigend, wenn das auch im Gesetz einen entsprechenden Niederschlag finden würde.

SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.): Als Vertreter des Bundesverbandes Managed Care möchte ich mich in erster Linie mit der Versorgungsqualität auseinandersetzen, die ja vom Produkt, vom Umfang der damit verbundenen Versorgungsleistung und von der Mitwirkung des Patienten, der versorgt wird, abhängt.

Durch die einseitige Verhandlungsmacht der Krankenkassen, die durch den Entwurf ja gestärkt wird, kann die Gefahr einer interessensgetriebenen Steuerung des Marktes entstehen. Es reicht sicherlich nicht aus, dass die Krankenkassen zwar informieren sollen, sich ihre Informationspflicht aber ausschließlich auf die Preise beschränkt. Hier sollten auch der Umfang der Dienstleistungen, die Qualifikation der Leistungserbringer und die Qualität der Leistungen, letztendlich also die Transparenz des Versorgungsgeschehens, beachtet und dem Versicherten mitgeteilt werden.

Wir denken übrigens noch an ganz andere Möglichkeiten zur Steuerung eines Marktes, nämlich an ein externes Qualitätsmonitoring, also eine Qualitätsbewertung - ein Benchmarking -, durch eine unabhängige, neutrale und dezentrale Einrichtung, wie zum Beispiel die Stiftung Warentest oder das NCQA. Dadurch könnte man den Markt wesentlich freier gestalten und vielleicht sogar dem Gedanken, der hier von Herrn Dr. Thomae vorgetragen worden ist, weiter nachgehen.

SV Dr. Christopher Hermann: Wenn bisher solche Leistungen im Hilfsmittelpreis eingeschlossen waren, dann war dies das Ergebnis von vertraglichen Vereinbarungen, die zwischen einem Anbieter und einer Krankenkasse getroffen worden sind.

In Zukunft wäre dies das Ergebnis von öffentlichen und transparenten Ausschreibungen. Das Verfahren wäre also Teil eines größeren, öffentlich kontrollierbaren Sektors. Es kann auch gar nicht anders sein, weil der Versicherte nach § 33 Abs. 1 SGB V einen Rechtsanspruch auf die Ausbildung im Gebrauch eines Hilfsmittels hat; das steht explizit dort. Insofern befindet sich die Krankenkasse ihren Versicherten gegenüber in der Pflicht, den Gebrauch eines Hilfsmittels mit ihnen einzuüben. Alles andere wäre ein Verstoß gegen ihre Leistungspflichten.

Es ist hier wiederholt angeklungen, dass man meint, die Qualitätssicherung sei das Steckpferd der Leistungserbringer. Es ist zwar schön, wenn man sich seine eigenen Vorurteile immer wieder bestätigt; die Realität sieht gleichwohl anders aus. Allein die nicht ganz so kleine Kasse, die ich in meinem Hauptberuf vorstandsmäßig vertreten darf, hat zum Beispiel mittlerweile 15 Orthopädiemechaniker angestellt, die nichts anderes tun, als dafür zu sorgen, dass die orthopädischen Hilfsmittel unseren Versicherten vernünftig angepasst werden, dass die Versicherten angelernt werden, und insbesondere, dass diese Hilfsmittel so gestaltet werden, dass der Versicherte damit etwas anfangen kann. Das, was der Arzt aufgeschrieben hat, muss also mit dem übereinstimmen, was der Versicherte erhält.

Wie gesagt: Die ganze Diskussion, die darauf abhebt, Krankenkassen seien die Preisdumper und alles andere würde sie nicht interessieren, ist in der Tat eine schöne Bestätigung der eigenen Vorurteile. Sie hat mit der Realität in unserem Land aber nichts zu tun.

SV Kurt Werner Freigang: Ich möchte das mit zwei Beispielen anreichern. Heute werden neben den Preisen für die Produkte unter Umständen auch die Dienstleistungen vergütet. Ich denke zum Beispiel an die Stomaversorgung von Versicherten, die in vielen Bereichen von Krankenschwestern durchgeführt wird; diese werden gesondert vergütet. Ähnlich sieht es im Bereich der Versorgung bei Inkontinenz aus, sodass es nicht zutrifft, dass heute eine Unterversorgung gegeben ist. Wenn wir ein anderes Vertragswesen erhalten, wird es auch zukünftig nicht so sein.

Abg. Karsten Schönfeld (SPD): Ich bleibe beim Hilfsmittelsektor und richte meine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an Herrn Freigang und an Herrn Dr. Hermann.

Nach meinen Informationen gibt es im Hilfsmittelsektor eine nur unzureichende Transparenz. Das gilt insbesondere natürlich auch für die Preise. Das Vertragscontrolling, das eine essenzielle Voraussetzung für ein effektives Hilfsmittelmanagement darstellt, wird deshalb außerordentlich erschwert. Reichen die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Maßnahmen nach Ihrer Einschätzung aus, um diese Schwachpunkte zu beseitigen?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Wir haben den ganz deutlichen Eindruck, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen in die richtige Richtung zielen. Sie haben sehr deutlich darauf hingewiesen, dass wir es hier mit einem sehr heterogenen und zum Teil nicht standardisierten Bereich zu tun haben.

Ich denke, dass die Regelungen in dem Entwurf einen erheblichen Fortschritt hin zu mehr Transparenz bedeuten und bessere Möglichkeiten dafür eröffnen, den Versicherten Empfehlungen bei der Auswahl von Hilfsmitteln und im Umgang mit Hilfsmitteln zu geben.

SV Kurt Werner Freigang: Ich kann mich diesen Worten nur anschließen. Das, was vorgesehen ist, führt zu mehr Transparenz und zu mehr Qualität.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich sehe das im Kern genauso. Allerdings muss man sicherstellen, dass die Transparenz beim Versicherten bereits hergestellt wurde, bevor er das Orthopädiefachgeschäft betritt. Wenn er das Sanitätshaus nämlich betreten hat, wird ihm eine Versorgung angedient, gleichgültig ob Transparenz besteht oder nicht.

Insofern ist eine Regelung, durch die dafür gesorgt wird, dass die Krankenkassen in der Lage sind, die Versicherten in jedem Fall zu informieren, sicherlich richtig. Diesen Weg müsste man im Gesetz noch deutlich weiter ausbauen.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Fragen richten sich an Herrn Freigang, Herrn Dr. Hermann, die Verbraucherzentrale Bundesverband und die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Erste Frage: Enthält das GMG hinreichende Regularien, durch die verhindert wird, dass Patienten durch die Regelung von Festbeträgen für Hilfsmittel überfordert werden?

Zweite Frage: Wird es auch in Zukunft hochwertige zuzahlungsfreie Versorgungen geben?

SV Kurt Werner Freigang: Wir haben bisher in sieben Bereichen der Hilfsmittelversorgung so genannte Festbetragsgruppensysteme entwickelt, die zum Teil - nicht in Gänze - auf der Landesebene umgesetzt worden sind. Die Länder setzen ja die Festbeträge fest. Nach unseren Erfahrungen geht es zum Teil nicht ohne Zuzahlungen. Das liegt aber nicht unbedingt daran, dass die Leistungserbringer nicht bereit sind, die Leistungen zum Festbetrag abzugeben, sondern das hängt auch damit zusammen, dass der Versicherte unter Umständen Sonderwünsche hat, die durch den Festbetrag nicht abgedeckt werden.

Ich meine, es wird in Zukunft ein vernünftiges Steuerungselement im weiten Bereich der Vertragspreise sein, wenn es auf der Ebene der Spitzenverbände festgesetzt werden sollte. Das System der Festbeträge hat sich bewährt und es wird sich auch zukünftig bewähren.

SV Dr. Christopher Hermann: Mit dem jetzigen Gesetzentwurf wird eine jährliche Überprüfung von Festbeträgen vorgeschrieben, da in ihm die Regelungen aus der Arzneimittel-festbetragsregelung für anwendbar erklärt werden. Insofern soll hier wohl eine Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der Festsetzung von Festbeträgen von Dezember durch die Spitzenverbände umzusetzen, in der zum Schluss deutliche Hinweise auf die Möglichkeit gegeben werden, dass Festbeträge im Hilfsmittel- bzw. Sachleistungsbereich gegebenenfalls nicht mehr zu einer zuzahlungsfreien Versorgung führen.

Zur Klarstellung: Festbeträge im Hilfsmittelbereich führen nicht grundsätzlich zu einer zuzahlungsfreien Versorgung, jedenfalls dann

nicht, wenn der Gesetzgeber eine Zuzahlung vorgesehen hat, wie dies in Einzelbereichen - dort gibt es derzeit allerdings nur wenige Festbeträge - geschehen ist. Diese beträgt heute schon 20 Prozent. Durch den Gesetzentwurf wird also die Möglichkeit, dass es auch in Zukunft eine hochwertige Versorgung im Festbetragsmarkt gibt, deutlich verbessert.

Auf eines will ich noch hinweisen: Es ist sicherlich fraglich, ob die hier wiederholt angesprochenen Wirkungen einer Verlagerung der Festsetzung von Festbeträgen im Hilfsmittelbereich auf die Bundesebene tatsächlich durchschlagend sind. Wenn Sie sich die Festbeträge der einzelnen Länder in diesem Bereich heute anschauen, dann sehen Sie, dass sie in der Regel ohnehin identisch sind, obwohl sie in den Ländern jeweils separat festgelegt werden; die Unterschiede sind nur marginal.

Anders als im Arzneimittelbereich, für den natürlich bundesweite Festbeträge vorliegen, gibt es im Hilfsmittelbereich nur sehr wenige Anbieter, die überhaupt in der Lage sind, bundesweit zu liefern. Insofern ist die Frage nach der Versorgungssicherheit und der hochprozentualen Abdeckung des Marktes durch einen Festbetrag im Hilfsmittelbereich sehr unterschiedlich zu beantworten.

Es kann also sehr viel günstiger und für die Versorgungssicherheit besser sein, wenn man vertraglich agieren kann. Das heißt, es sollte hier zumindest eine Öffnung geschaffen werden, sodass auch auf Landesebene durch vertragliche Regelungen von Festbeträgen abgewichen werden kann, um eine Versorgungsvielfalt zu garantieren.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Frage bezieht sich im Wesentlichen sicherlich auf Patientinnen und Patienten aus sozial nicht sehr privilegierten Schichten. Mit Ihrer freundlichen Erlaubnis würde ich die Frage daher gerne an den Paritätischen Wohlfahrtsverband weiterleiten.

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Nach unserer Auffassung muss die Festbetragsregelung in jedem Fall alle Leistungen umfassen, die auch weiterhin notwendig sind. Insofern entsteht dadurch kein Problem. Probleme gibt es all-

gemein immer dort, wo Zuzahlungen nötig sind.

Ich möchte das auf einen besonderen Kreis von Menschen fokussieren, nämlich auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimeinrichtungen, die von einem Taschengeld von 80 bis 120 Euro leben, mit dem sie entsprechende Dinge bezahlen müssen. Bei diesem Personenkreis kumulieren sich verschiedene Leistungen. Mit dem zur Verfügung stehenden Geld - ich möchte Sie auf den gesamten Monatsbetrag aufmerksam machen - müssen sie unter Umständen sowohl bei Heil- als auch bei Hilfsmitteln zuzahlen. Ganz sicher gilt das bei den Arzneimitteln. In diesem Zusammenhang ist ein besonderes Augenmerk auf die Regelungen in den §§ 61 und 62 SGB V zu legen.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Ich möchte eine knappe Ergänzung vornehmen. Ich glaube, es muss grundsätzlich festgehalten werden, dass die Wirkung von Festbeträgen im Bereich der Hilfsmittelversorgung etwas anders aussieht als im Bereich der Arzneimittelversorgung; das hat die Vergangenheit gezeigt und ich denke, das wird auch die Zukunft zeigen.

Gleichwohl halten wir es für richtig, dieses Instrument erstens beizubehalten und zweitens durch bundesweite Festbeträge zu konkretisieren, es also nicht auf der Landesebene zu belassen. Das Argument, dass es nicht durchgängig bundesweite Anbieter gibt, ist richtig, es hat aber nichts mit dem bundesweit einheitlich wirkenden Festbetrag zu tun. Insofern sind das zwei verschiedene paar Schuhe.

Meine letzte Bemerkung dazu: Aufgrund der spezifischen Bedingungen in diesem Markt ist es sicherlich sinnvoll, die Konstruktion des Festbetrages mit der Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen auf der Höhe unterhalb der Festbeträge zu unterfüttern, um eine entsprechende Dynamik in den Markt hineinzu-bekommen. Wir glauben nämlich, dass dadurch erhebliche Effizienzreserven bei gleichzeitiger Beibehaltung der hohen Qualität aktiviert werden können.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Freigang.

Wie Sie wissen, gibt es noch viele Heil- und Hilfsmittellieferanten, die nicht, wie gesetzlich vorgesehen, auf maschinell lesbaren Datenträgern, sondern wie herkömmlich auf Papier melden oder abrechnen. Wie Sie ebenfalls wissen, will das GMG hier abhelfen, indem eine pauschale Rechnerkürzung in Höhe von bis zu 5 Prozent des Rechnungsbetrages bei Abrechnung von Leistungserbringern, die dies auf Papier tun, erfolgen soll. Wie ist Ihre Meinung dazu? Erwarten Sie zum Beispiel, dass diese Regelung die Zahl der elektronischen Abrechnungen erhöhen wird?

Da ich hier vorne einen Vertreter des Zentralverbandes der Augenoptiker sehe, möchte ich auch eine kurze Frage an ihn richten: Warum haben Sie die in § 33 Abs. 3 SGB V vorgesehene Streichung der Kontaktlinsen aus dem GKV-Leistungskatalog abgelehnt?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): In aller Kürze: Wir halten diese Regelung für sinnvoll; denn es ist eines unserer Probleme in diesem Bereich, dass die Abrechnungen noch nicht durchgängig auf maschinell verwertbaren Datenträgern vorgenommen werden. Die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich der Herstellung von Transparenz und der Analyse des Versorgungsgeschehens sind eigentlich inakzeptabel. Etwas mehr als zehn Jahre nachdem die Grundnormen ins SGB X aufgenommen worden sind, sollte auch der Leistungsbereich maschinell abrechnen können.

Ich glaube, die Norm wird dazu führen, dass endlich ein Schub im Sinne einer zügigen Durchdringung mit DV-gestützten Abrechnungssystemen erfolgt.

Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD): Sie meinen das Gesundheitsstrukturgesetz vom 1. Januar 1993. Ist das richtig?

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Ja.

SV Kurt Werner Freigang: Ergänzend dazu: Nach unseren Recherchen liegt die Zahl der Abrechner, die Papier benutzen, noch zwischen 10 und 30 Prozent; das ist je nach Region unterschiedlich. Es ist mit einem erhebli-

chen Aufwand für die Krankenkassen verbunden, diese Abrechnungen maschinell aufzubereiten. Dadurch entstehen Verzögerungen im Abrechnungsverfahren.

Insofern ist diese Regelung sinnvoll und zu begrüßen. Es sollte das Ziel verfolgt werden, dass demnächst nur noch maschinell abgerechnet wird.

SV Thomas Nosch: Im bisherigen § 33 Abs. 3 SGB V ist vorgesehen, dass ein Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen möglich ist. Der Arbeitsentwurf des BMG sieht eine Änderung dieses Paragraphen dahingehend vor, dass dieser Absatz ersatzlos gestrichen wird. Er soll durch eine Formulierung ersetzt werden, nach der die Versorgung mit Kontaktlinsen entsprechend der Versorgung mit Brillen erfolgen soll.

Das ist sicherlich sehr bedenklich; denn gerade bei den medizinisch zwingenden Indikationen ist eine Versorgung mit Kontaktlinsen in höchstem Maße sinnvoll; sie sollte nicht geändert werden. Dies gilt insbesondere für Schwerbehinderte, deren Sehleistung durch Kontaktlinsen deutlich verbessert werden kann.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Dr. Hermann. Der Gesetzentwurf sieht auch den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln als ein Instrument einer besonders wirtschaftlichen Versorgung vor. Ich bitte um eine Beurteilung, natürlich auch unter dem Qualitätsgesichtspunkt.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen) Die Regelungen im GMG-Entwurf sind aus unserer Sicht insofern sinnvoll, als sie dazu führen sollen, dass der Wiedereinsatz von hochwertigen Hilfsmitteln befördert wird.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich kann diese Förderung des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln nur ausdrücklich begrüßen. Es handelt sich in einem hohen Umfang um sehr kostenintensive Hilfsmittel; dabei wird schnell

der Bereich von fünfstelligen Eurobeträgen erreicht.

Die Krankenkasse, bei der ich tätig bin, ist eine derjenigen, die dafür gesorgt hat, dass der Wiedereinsatz über so genannte Hilfsmittello-gistikcenter systematisch erfolgt. Bei dieser Alternative zu einem Fallpauschalensystem, wie es viele andere Krankenkassen praktizieren, kommen wir a) zu deutlichen Verbesserungen in der Versorgung und b) zu einer wirtschaftlicheren Versorgung. Insofern sollte man beide Wege offen halten. Die ausdrückliche Regelung im Gesetzentwurf, die klarstellt, dass das in dieser Form möglich und durchführbar ist, ist nur zu begrüßen.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Da noch etwas Zeit zur Verfügung steht, möchte ich diese Frage zusätzlich an den Verband der Diagnostica-Industrie und an Herrn Freigang stellen.

SV Dirk Meyer-Lürßen (Verband der Diagnostica-Industrie e.V.): Ich bin der Meinung, dass es sinnvoll ist, solche Produkte wieder einzusetzen - natürlich nur, soweit es qualitativ machbar ist -, denn sie sind zum Teil sehr kostenintensiv.

SV Kurt Werner Freigang: Die leihweise Überlassung von Hilfsmitteln ist auch heute schon vorgesehen. Die Regelung im Entwurf ist nur eine weitere Unterstützung, weil sich dieses System in der Vergangenheit bewährt hat. Man sollte es auch in Zukunft so praktizieren.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Zentralverband der Augenoptiker. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass über 18-Jährige nur bei schwerer Sehbeeinträchtigung noch Anspruch auf Leistungen im Hilfsmittelbereich haben. Dazu meine Frage: Was bedeutet diese Regelung konkret für Brillenträger - in Führungszeichen - und wer hat nach dieser Regelung in Zukunft noch Anspruch auf Festbeträge für Brillengläser?

SV Klaus Nerlich (Zentralverband der Augenoptiker): Wenn man die Frage auf das Finanzielle reduziert, ist dazu zu sagen: Von den

rund 700 Millionen Euro, die in der Bundesrepublik zurzeit für Sehhilfen ausgegeben werden, sollen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf 660 Millionen Euro entfallen; praktisch sollen also nur noch 40 Millionen Euro übrig bleiben. Das bedeutet de facto eine Ausgrenzung der Sehhilfen aus dem Leistungskatalog. Zwischen 80 und 90 Prozent aller Sehhilfen werden nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden können.

Was die zweite Frage angeht, wer in Zukunft noch Anspruch auf eine Sehhilfe hat, so muss man sich zuallererst vergegenwärtigen, was die Stufe I der Sehbeeinträchtigung nach der Weltgesundheitsorganisation bedeutet. Sie liegt vor, wenn eine Person auf beiden Augen eine Sehkraft hat, die mit der bestmöglichen Korrektur kleiner als 30 Prozent ist. In diesem Zusammenhang ist eine weitere Zahl wichtig. In der Bundesrepublik bekommen Personen, die eine Sehkraft von 20 Prozent nicht erreichen, einen Sehbehindertenausweis, landläufig: einen Blindenausweis. Daran erkennt man, dass hier die Erstattung von Sehhilfen gezielt eingeschränkt werden soll.

Besonders hart wird der Gesetzentwurf rund 10 Millionen Bundesbürger treffen, deren Sehkraft ohne Korrektur unter 50 Prozent ist, die aber mit Korrektur die volle Sehleistung erreichen. Dieser Personenkreis wird auf Dauer Schwierigkeiten haben, weiterhin die Fahrerlaubnis zu erhalten. Außerdem wird es Probleme bei der Arbeitssicherheit geben. Die Kfz-Versicherer und die Berufsgenossenschaften sehen hier ein sehr, sehr hohes Gefährdungspotential im Hinblick auf Unfälle und das wird auch von uns so gesehen. Einmal bildlich dargestellt: Nach diesem Gesetzentwurf wird selbst einem Einäugigen, der auf dem verbliebenen Auge noch eine Sehkraft von mehr als 30 Prozent hat, keine Sehhilfe mehr zugestanden.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen, jeweils an den VdAK/AEV, Herrn Dr. Gerdemann, und an den Zentralverband des Deutschen Handwerks.

Die erste Frage. Das Recht zur Ausschreibung, über das wir heute schon gesprochen haben, wird auf die einzelnen Krankenkassen begrenzt. So sehen es die entsprechenden Vorschriften vor. Ist diese Begrenzung der Aus-

schreibungsmöglichkeit auf die einzelne Krankenkasse im Hinblick auf die Liberalisierung des Vertragsrechts zielführend oder sollten auch die Verbände die Möglichkeit der Ausschreibung erhalten? Dazu die Zusatzfrage: Sehen Sie in den Ausschreibungen in der geplanten Form ein Instrument zur Förderung des qualitätsorientierten Wettbewerbs unter den Anbietern oder wird dadurch Dumping gefördert?

Die zweite Frage. Nach geltendem Recht erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen das Hilfsmittelverzeichnis. Ist das Ziel, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung zu steigern, unter den Bedingungen des derzeitigen Rechtscharakters des Hilfsmittelverzeichnisses zu realisieren?

SV Dr. Werner Gerdemann: (VdAK/AEV): In der Möglichkeit der Ausschreibung sehen wir einen erheblichen Fortschritt bei der Liberalisierung des Vertragsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings hat die vorgesehene Regelung zwei Schönheitsfehler.

Der eine Schönheitsfehler ist, dass eine Ausschreibungspflicht besteht. Das führt aus unserer Sicht insofern zu Problemen, als zum Teil nur ein kleiner Kreis von Marktteilnehmern betroffen ist und ein Ausschreibungsverfahren relativ schwerfällig und verwaltungsaufwendig ist. Deshalb meinen wir, dass diese Pflicht durch ein Optionsrecht abgelöst werden sollte. Die Möglichkeit der Ausschreibung an sich sollte auf jeden Fall erhalten bleiben; die Ausschreibung ist ein gutes Instrument.

Der zweite Schönheitsfehler, den wir nach dem derzeitigen Stand bei der grundsätzlich positiven Regelung sehen, ist die Unmöglichkeit der Vertragspartnerschaft. Zurzeit ist eine begrenzte Ausschreibungsmöglichkeit für einzelne Krankenkassen gegeben. Wir meinen, dass die Vertragspartnerschaft nicht so eingengt werden sollte, das heißt auch Ausschreibungsmöglichkeiten zum Beispiel auf Verbandsebene bestehen sollten.

Ich möchte noch einmal betonen: Das Instrument an sich ist ein sehr wichtiges und ein sehr wertvolles. Wenn die beiden von mir genannten Schönheitsfehler noch beseitigt werden könnten, wäre es umso besser.

Eine Frage richtete sich darauf, ob die Ausschreibung ein Instrument zur Qualitätsverbesserung ist. Unseres Erachtens ist das der Fall. Allerdings müsste uns auch die Möglichkeit dazu gegeben werden. Wir erleben heute, dass in der Rechtsprechung die Qualität auf einem relativ geringen Niveau festgeschrieben wird. Die Rechtsprechung erlaubt uns in der Regel also nicht, über bestimmte Mindestanforderungen hinauszugehen. Diese Möglichkeit müssten wir erhalten. Am besten wäre es wahrscheinlich, § 126 SGB V noch einmal zu überprüfen, und zwar daraufhin, ob die Zulassung in der Form, wie sie heute besteht, zukünftig überhaupt noch notwendig ist oder ob die Ausschreibung allein reicht.

Nun zur Frage nach dem Rechtscharakter des Hilfsmittelverzeichnisses. Wir meinen, dass der Rechtscharakter geändert werden müsste. Das heutige Hilfsmittelverzeichnis ist nur eine Empfehlung. Wir erleben ständig, dass die Rechtsprechung dem Hilfsmittelverzeichnis weitere Produkte hinzufügt. Wir meinen, dass das Hilfsmittelverzeichnis einen rechtsverbindlichen, abschließenden Charakter haben muss, damit der Schwebezustand, in dem wir uns heute befinden, beendet wird.

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks): Ich habe schon zu Beginn dieses Teils der Anhörung ausgeführt, dass wir Ausschreibungen generell ablehnen und für ein völlig verfehltes Instrument zur Selektion unter den Leistungserbringern halten. Deshalb ist für uns auch die Frage unerheblich, ob nur einzelnen Kassen oder auch Verbänden eine solche Ausschreibung möglich sein sollte.

Ich wiederhole kurz unsere Argumente: Wir sind der Ansicht, dass man einen echten Wettbewerb in der Beziehung zwischen Kassen und Hilfsmittelanbietern durch Ausschreibung oder Einzelverträge nicht herstellen kann, weil die Leistungserbringer nur einer begrenzten Zahl von einigen großen Kassen gegenüberstehen. Wenn sie es nicht schaffen, einen Einzelvertrag zu erhalten oder bei einer Ausschreibung den Zuschlag zu erhalten, dann werden sie langfristig vom Markt verschwinden. Die Zahl der Leistungserbringer wird sich sehr stark dezimieren. Es kann nicht Sinn der Sache sein, dass den großen Kassen zum Schluss nur noch einige wenige Leistungserbringer gegenüberstehen. Das würde auch das Angebot der

Leistungserbringer, aus dem die Versicherten derzeit wählen können, sehr stark reduzieren.

Was das Hilfsmittelverzeichnis anbelangt, wünschen wir uns doch noch einige Verbesserungen. Wir sind der Ansicht, dass das Hilfsmittelverzeichnis einfacher gestaltet werden sollte und dass es möglich sein sollte, es schneller zu ändern. Wir sind auch nicht damit zufrieden, dass die Leistungserbringer bei der Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses derzeit kein Mitspracherecht haben.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Anknüpfend an die Frage von Frau Butalikakis möchte ich gern von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und von der Lebenshilfe wissen, wie die Herausnahme der Sehhilfen aus dem Leistungskatalog beurteilt wird.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Aus der Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte ist hervorzuheben, dass die Herausnahme der Sehhilfen sicherlich in gewissem Umfang zu Einsparungseffekten bei der gesetzlichen Krankenversicherung führen kann, dass diese Effekte aber in keinem Verhältnis zu den Belastungen für die Betroffenen stehen. Auch da muss man sich fragen, ob das eine Maßnahme ist, die wirklich verhältnismäßig ist und die auch der Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt Rechnung tragen kann.

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Diese Regelung, nach der es nur noch bei Kindern und Jugendlichen und bei Menschen mit schwersten Sehbeeinträchtigungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen kommt, stößt bei uns auf deutliche Bedenken. Entgegen der Auffassung des Gesetzgebers, dass sich durch diese Ausgrenzung der Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen zum Vorteil der Konsumenten intensivieren wird, scheint uns ein Preisanstieg und damit eine unangemessene Belastung der Betroffenen die wahrscheinliche Folge zu sein.

Bei der Umsetzung dieser Sparmaßnahme - als solche betrachten wir das Ganze - müssten die Sehhilfen daher zumindest in die Härtefallre-

gelungen einbezogen werden. Ich denke dabei insbesondere an den immer wieder angesprochenen Kreis von Menschen mit schwersten körperlichen Behinderungen. In Bezug darauf kommt ja auch ständig die Diskussion um die Übernahme der Kosten von Brillengestellen auf.

SV Ulrich Hellmann (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.): Wir lehnen die Herausnahme der Sehhilfen in dem geplanten Umfang ebenfalls ab. Ergänzend zu meinen beiden Vorrednern möchte ich insbesondere auf zwei Folgen bzw. Gefahren hinweisen. Menschen mit geistiger Behinderung ohne ausreichendes Einkommen und Vermögen würden zur Beschaffung von Sehhilfen wieder zu Lösungen kommen müssen, die zulasten der Sozialhilfeträger gehen. Die Alternative wäre, dass behinderte Menschen aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögenssituation sogar darauf verzichten, ihren Bedarf an Sehhilfen zu überprüfen, und letztlich ohne entsprechende Sehhilfenversorgung bleiben. Das wäre aus unserer Sicht ebenfalls nicht akzeptabel.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Weitere Wortmeldungen hierzu liegen mir nicht vor. Dann beende ich diesen Teil der Anhörung und bedanke mich bei Ihnen.

(Unterbrechung der Sitzung von 13.58 bis 15.00 Uhr)

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Grüß Gott, meine sehr geehrten Damen und Herren! Wir setzen die öffentliche Anhörung fort.

Ich darf Sie recht herzlich zu dem folgenden Komplex willkommen heißen: Stärkung der Patientenautonomie, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz, Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen.

Für diesen Teil der Anhörung sind zwei Stunden vorgesehen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Fragen - es geht um den Bereich der Prävention - richten sich an die Herren Professoren Rosenbrock und Lauterbach sowie an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und der Bundesverband Gesundheitszentren/Praxisnetze.

Im Vorgriff auf das kommende Präventionsgesetz wollen wir die Krankenkassen zu stärkerer Kooperation untereinander verpflichten. 25 Prozent der Sollausgaben sollen in Gemeinschaftsprojekte investiert werden. Meine Frage lautet: Halten Sie es grundsätzlich für sinnvoll, Präventionsprojekte trägerübergreifend zu finanzieren? Sollte dafür - wie vorgesehen - ein fester Anteil der den Krankenkassen für die Prävention zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich bin in der Tat davon überzeugt, dass es sinnvoll ist, 25 Prozent der Sollausgaben, die für die Prävention zur Verfügung stehen, für Gemeinschaftsprojekte zu designieren. Bislang sind aufgrund der Erfahrungen, die man mit § 20 gemacht hat, Gemeinschaftsprojekte nicht gefördert worden. Aber Gemeinschaftsprojekte, insbesondere solche, die dem Setting-Ansatz, das heißt einem orts- und problemgebundenen Ansatz folgen, sind - das ist wissenschaftlich erwiesen - zu bevorzugende Interventionsformen in der Primärprävention. Solche Projekte sind aber bislang nicht in ausreichendem Maße nach § 20 gefördert worden. Ich glaube, dass wir in Kürze den Erfolg solcher Programme durch die hier gewählte Konstruktion sehen werden. Ich bin daher der Meinung, dass dies ein zielführender Schritt ist, der aber ein weiter reichendes Präventionsgesetz nicht überflüssig machen, sondern im Prinzip nur ergänzen kann.

Ich möchte ergänzend hinzufügen, dass es notwendig sein wird, die Projekte, bevor sie gefördert werden, in Bezug auf die Frage wissenschaftlich zu evaluieren, ob sich das verfolgte Ziel über den gewählten Ansatz mit ausreichender Wahrscheinlichkeit erreichen lässt. Eine solche wissenschaftliche Bewertung der Projekte vorab ist aus meiner Sicht eine notwendige Voraussetzung, um hier erfolg-

reich sein zu können. Aber in der Summe halte ich die jetzt vorgesehene gesetzliche Regelung für zielführend und alternativlos.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Auch ich halte grundsätzlich die Schaffung eines Fonds für Gemeinschaftsprojekte für sinnvoll, in den 25 Prozent der Sollausgaben eingezahlt werden. Ich glaube aber im Hinblick auf die bisherigen Erfahrungen und auf die Anreizstrukturen, denen die Kassen bei der Umsetzung der Vorgaben des § 20 unterliegen, dass die vorgeschlagene Formulierung zu viele Umgehungsmöglichkeiten enthält. Wenn den Kassen in § 20 freigestellt wird, 25 Prozent der Ressourcen entweder für Gemeinschaftsprojekte auszugeben oder dem Gemeinschaftsfonds zufließen zu lassen, dann ist selbstverständlich zu erwarten, dass sie Gemeinschaftsprojekte vorziehen werden. Aber das ist kein definierter Terminus. Weder ist klar, was „Gemeinschaft“ heißt, noch ist deutlich, was unter einem Projekt zu verstehen ist. Es ist durchaus möglich, dass die Gelder dafür verwendet werden, wenn zwei Kassen gemeinsam ein Kursangebot bewerben oder wenn sie eine gemeinsame Plakataktion starten. Ich rate daher dringend, gesetzlich klarer festzulegen, was unter Gemeinschaftsprojekten zu verstehen ist.

Ich halte es auch für sinnvoll, auf diesem Weg sozusagen einen Grundstock für die Finanzierung der vom Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung intendierten Aktivitäten aufzubauen. Das sollte aber - das hat schon der Kollege Lauterbach gesagt - in Verbindung mit dem geplanten Präventionsgesetz geschehen. Dabei geht es darum, diese Mittel in eine Bundesstiftung fließen zu lassen, in die nicht nur die GKV, sondern auch die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung und die Berufsgenossenschaften einzuzahlen hätten.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um noch auf einen anderen Sachverhalt aufmerksam zu machen. § 20 Abs. 1 sah in der ursprünglichen Fassung vor, dass die Kassen bei der Durchführung mit anderen Akteuren kooperieren sollten, unter anderem auch mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Das ist damals gestrichen worden, um den Gesetzentwurf zustimmungsfrei zu machen. Da es diesmal - gottlob! - so aussieht, dass es anders verlaufen wird, wäre es eine gute Gelegenheit, den öf-

fentlichen Gesundheitsdienst in § 20 Abs. 1 wieder aufzunehmen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Die Förderung der Prävention ist natürlich ein Anliegen der Krankenversicherung. Vor diesem Hintergrund sind Gemeinschaftsprojekte mehrerer Träger sehr wichtig. Insofern unterstützen wir das Grundanliegen, das hier zum Ausdruck gebracht wird. Allerdings sehen wir die hier gewählte Konstruktion sehr kritisch. Es soll ein Verfahren mit Zwangsbeteiligung eingeführt werden, das letztlich dazu führen wird, dass nicht wir, sondern andere - jedenfalls dann, wenn die Mittel in einen Gemeinschaftsfonds fließen - über die Verwendung unserer Gelder bestimmen werden. Wir sind dann Finanziers von Gemeinschaftsprojekten, die aber von mehreren Schultern getragen werden. Insofern meinen wir, dass sich hier mehrere an der Finanzierung beteiligen sollten. Die Bildung eines Fonds führt außerdem zu Bürokratisierung und erschwert letztlich die Durchführung solcher Projekte. Die vorliegende Regelung sehen wir deshalb als nicht geeignet an.

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Ich schließe mich im Wesentlichen den Ausführungen meiner Vorredner an. Auch wir müssen leider feststellen, dass bisher Leistungen zur Primärprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur unzureichend erbracht werden und dass bislang gerade der Kreis der Personen, der sozial benachteiligt ist, nur wenig erreicht wird. Insofern unterstützen wir ausdrücklich die Bemühungen um Verbesserungen an dieser Stelle und sprechen uns deutlich für den Vorschlag aus - auch das ist schon gesagt worden -, kommunale Gesundheitsämter in die Gemeinschaftsprojekte einzubeziehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist für uns - danach ist in diesem Kontext zwar nicht gefragt worden; aber für uns ist das ein wesentlicher Teil der Präventionsmaßnahmen -, dass die Tabak- und die Alkoholsteuer deutlich erhöht werden.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte begrüßt ausdrücklich die Schaffung

eines zweckgebundenen Sondervermögens bzw. die Einrichtung eines Gemeinschaftsfonds auf der Grundlage von § 20 des SGB V. Dies ist ein wichtiger Schritt, um Präventionsinitiativen zu koordinieren, Präventionskampagnen zu organisieren und Präventionsprogramme zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, dass gerade in diesem Bereich eine trägerübergreifende Verankerung gefunden wird; denn Präventionsmaßnahmen eignen sich nicht für den Kassenwettbewerb.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte sieht die im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen als einen ersten Schritt an, der mit einem Präventionsgesetz weiterverfolgt werden sollte. Dabei ist näher zu klären, wie die als durchweg positiv zu bewertende Arbeit des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung mit den geplanten Aktivitäten verzahnt werden kann bzw. ob gegebenenfalls eine andere Rechtsform gefunden werden sollte.

SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.): Ich beziehe mich - ich denke, Frau Kühn-Mengel, Ihre Frage zielte darauf ab - speziell auf die in § 20 verankerte Selbsthilfeförderung. Wir begrüßen, dass erstmalig festgelegt wird, die Mittel insbesondere für die Selbsthilfeförderung in kassenübergreifende Gemeinschaftsfonds fließen zu lassen. Es hat sich in den letzten Jahren nämlich leider gezeigt, dass die Selbsthilfeförderung nach wie vor ein Wettbewerbsfeld der Krankenkassen ist und dass Selbsthilfegruppen gerade auf der örtlichen Ebene arge Schwierigkeiten haben, sich einen Überblick zu verschaffen und sich an den richtigen Ansprechpartner zu wenden. Daher begrüßen wir, dass jetzt Gemeinschaftsfonds eingerichtet werden sollen. Wir glauben, dass damit hinreichend gewährleistet wird, dass nicht mehr wie bisher über die Hälfte der Fördermittel die Selbsthilfe nicht erreicht.

Wir plädieren des Weiteren dafür, dass auch geregelt wird, welche Beträge für welche Ebenen und für welche Bereiche zur Verfügung gestellt werden; denn wir haben die Erfahrung gemacht, dass schon jetzt einzelne Kassen festgelegt haben, welchen Anteil sie beispielsweise für die Förderung der Bundesebene zur Verfügung stellen wollen. Dieser bewegt sich bislang zwischen 5 und 25 Prozent. Das sollte genauer geregelt werden.

SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit): Wir folgen im Wesentlichen den Ausführungen von Herrn Lauterbach, Herrn Rosenbrock sowie des Vertreters der BAGH. Wir begrüßen sowohl die Einrichtung eines Gemeinschaftsfonds als auch die Möglichkeit, Gemeinschaftsprojekte durchzuführen. Im Hinblick auf den Gemeinschaftsfonds halten wir es für positiv, dass erstmalig vom Gesetzgeber anerkannt wird, dass die Ressourcen, die bisher für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen, nicht ausreichen, um die nicht genutzten präventiven Potenziale in der Bevölkerung auszuschöpfen.

Wir sind des Weiteren der Meinung - ähnlich wie der Vertreter der BAGH -, dass die finanzielle Stärkung der Prävention jenseits des Kassenwettbewerbs neutral verankert werden muss. Wir finden, dass hiermit deutlich zum Ausdruck gebracht wird - das haben auch die Krankenkassen immer wieder betont -, dass die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und nicht alleine auf den Schultern der Kassen lasten darf. Wir geben im Hinblick auf den Gemeinschaftsfonds allerdings zu bedenken, dass es in Zeiten allseits knapper Mittel sicherlich noch Konzepte bedarf, um andere Geldgeber, die hier ausdrücklich angesprochen worden sind, zur Übernahme von Verantwortung bei der Finanzierung zu motivieren.

Wir können nicht nur aufgrund theoretischer, sondern auch aufgrund praktischer Erfahrungen in früheren Jahren sagen, dass Gemeinschaftsprojekte hervorragend funktionieren. Bei Projekten von Krankenkassen, Landesverbänden und Landesvereinigungen für Gesundheit in den Bundesländern haben wir praktische Erfahrungen mit der Poolfinanzierung gemacht. Des Weiteren führen die Spitzenverbände der Krankenkassen jetzt das große Projekt „Gesund leben lernen“ im Setting Schule durch. Solche Wege sind also schon beschritten worden und werden durch die Neuregelung sicherlich erfolgreich fortgesetzt werden können.

Letztes Wort: Um weitere Verbesserungen der Struktur der Prävention und der Gesundheitsförderung in Deutschland zu erreichen, sind aber dringend Regelungen im Rahmen eines Präventionsgesetzes erforderlich; denn wir

müssen nicht nur Finanzierungsprobleme, sondern auch strukturelle Probleme lösen.

Abg. **Götz-Peter Lohmann** (SPD): Ich möchte bei dem Thema Prävention bleiben und den Bereich der Bonusregelung ansprechen. Wie Sie sicherlich wissen, ist über die Bonusregelung, die in § 65 a verankert werden soll, schon diskutiert worden. Es gab multiple, mitunter sogar bizarre Vorschläge. Ich frage deshalb Herrn Professor Rosenbrock, wie er die vorgesehene Bonusregelung einschätzt.

Mich interessiert aber nicht nur die Einschätzung der Bonusregelung für Versicherte, sondern auch der für Betriebe, die in § 65 a Abs. 2 verankert ist. Deshalb richte ich meine Frage auch an die Vertreter des DGB und der Spitzenverbände der Krankenkassen.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Ich glaube, man darf die steuernde Wirkung von personenbezogenen Boni auf gesundheitsbewusstes Verhalten nicht überschätzen. In der Schweiz gibt es umfangreiche Erfahrungen mit solchen Regelungen. Dort gewähren die Krankenversicherungen denjenigen, die Mitglieder eines Sportvereins oder eines Fitnessstudios sind, sozusagen finanzielle Hilfen. Wir beobachten dort aber reine Mitnahmeeffekte und keinerlei Veränderung bei der Zusammensetzung der Teilnehmer. Eine Bonusregelung ist sicherlich sehr gut gemeint. Wenn man aber Beträge in Höhe von 30 bis 50 Euro in Aussicht stellt, um ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu evozieren, dann produziert man reine Mitnahmeeffekte. Ich bin in dieser Beziehung außerordentlich skeptisch. Man kann natürlich Bonusregelungen gesetzlich festlegen. Man müsste aber angesichts des gegenwärtigen Wissensstands auch Hürden errichten, die dafür sorgen, dass es nicht nur zu Mitnahmeeffekten kommt.

Außerdem ist anzumerken, dass Boni definitiv nach dem Grundsatz der Personenzugehörigkeit nur personenbezogen, also individuell zu vergeben sind, was wiederum zu einer Bevorzugung der individuellen Prävention gegenüber Setting-Projekten führt. Dabei wird in der Begründung des Gesetzentwurfes völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass die großen präventiven Potenziale nur über Setting-Projekte ausgeschöpft werden können.

Der vorgesehene § 65 a Abs. 2 - Boni für Arbeitgeber und Arbeitnehmer von Betrieben, die

betriebliche Gesundheitsförderung betreiben - ist im Prinzip eine sehr gute Idee. Aber die Instrumentierung stimmt aus meiner Sicht auch hier nicht; denn die Hürde, die es zu überwinden gilt, um den Bonus zu erhalten, ist viel zu niedrig.

Die AOK Niedersachsen führt seit den 90er-Jahren ein hervorragendes Bonusmodellprojekt nach § 65 des SGB V durch. Es sieht vor, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer einen Monatsbeitrag wiederbekommen, wenn sie sich einem sehr aufwendigen Verfahren aus Selbstbeobachtung und Fremdevaluation unterziehen und wenn das Ergebnis entsprechend ausfällt. Solche Projekte sind sehr wirksam. Wir haben eine 25-prozentige Reduktion bei der Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Bei solchen Projekten wird auch der Sachverhalt sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen berücksichtigt, weil sich diese Projekte regelmäßig auf den Status „niedrig belastete Gruppen“ oder hoch belastete Gruppen“ beziehen. Das ist ein hervorragender Ansatz.

Man muss aber einräumen, dass das Modellprojekt der AOK Niedersachsen im Hinblick auf die Begleitung und die Administration so aufwendig ist, dass es für die Massenverwaltung nicht darstellbar ist. Außerdem ist ein solches Projekt sehr teuer. Es hat zur Folge, dass die Krankenversicherung immerhin auf 8 Prozent ihres Beitragseinkommens verzichtet. Man muss also hohe Hürden zur Qualitätssicherung gesetzlich verankern, bevor man ein solches Bonusmodell umsetzen kann. Eine unspezifische Regelung, wonach jeder, der von sich behauptet, er mache betriebliche Gesundheitsförderung, einen Bonus erhält, führt zu nicht erwünschten, in gesundheitlicher Hinsicht unwirksamen und in finanzieller Hinsicht sehr teuren Mitnahmeeffekten.

Ich bin zwar für eine Bonusregelung, möchte aber dringend anregen, die Gewährung des Bonus an den Nachweis einer Qualitätssicherung zu binden, zum Beispiel an das Vorliegen einer vollständigen Gefährdungsanalyse nach §§ 4 und 5 des SGB VII. Das wäre ein Indikator für die Qualitätssicherung. Ohne ein solches Kriterium regt man nichts weiter als Mitnahmeeffekte an.

SV **Bert Römer** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Auch wir halten das, was jetzt vorgesehen ist, für positiv. Die Kopplung von Verhal-

tens- und Verhältnisprävention sehen wir als eine Chance. Aus den Erfahrungen mit den schon vorhandenen Bonusregelungen - hier kann ich mich meinem Vorredner nur anschließen - ist eine entscheidende Lehre zu ziehen: Wir brauchen qualitative Kriterien, wenn sich eine Bonusregelung auch an die Arbeitgeber richten soll. Ein Vorschlag ist - das ist schon erwähnt worden -, Kriterien zum Beispiel für die ganzheitliche Umsetzung einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz in Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern systematisch zu erarbeiten und in regelmäßigen Abständen deren Wirksamkeit zu überprüfen. Das ist sicherlich ein Ansatzpunkt für ein sinnvolles Controlling und eine Qualitätssicherung, um die schon genannten Mitnahmeeffekte zu verhindern.

Ich beurteile vom Grundsatz her auch die Vorschläge über eine Bonusregelung für Arbeitnehmer positiv. Aber es müssen noch Kriterien für sinnvolle und sozialpolitisch wünschenswerte Bonusregelungen erarbeitet werden - diese sind bisher noch nicht genannt -, um Fehlentwicklungen zu verhindern. Damit meine ich beispielsweise das, was bei der Techniker Krankenkasse als Bonusregelung eingeführt worden ist, bzw. all das, was im schillernden Wettbewerb der Kassen letztendlich das Ziel verfehlt. Bislang wird die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen honoriert. Das darf aus unserer Sicht nicht durch Bonusregelungen in der Fläche ermöglicht werden.

Zusammenfassend stelle ich fest: Es müssen sinnvolle Kriterien für Bonusregelungen erarbeitet werden, die die erwähnten Fehlentwicklungen verhindern. Das muss möglicherweise in einem Präventionsgesetz noch näher ausgeführt werden.

SV Theodor van Stiphout (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Wir teilen durchaus die Skepsis, die von meinen Vorrednern angemerkt worden ist. Wenn tatsächlich Anreize geschaffen werden sollen, dann müssen sie an sozialverträglich überprüfbaren Kriterien anknüpfen, das heißt, dass der Bonus nicht aus vorhandenen Beiträgen finanziert werden darf, weil er sonst die Finanzkraft der GKV insgesamt schwächt. Die Bonusregelung muss so gestaltet werden, dass die Boni nicht zur Belastung der Kranken und zur Entlastung der Gesunden führen.

Auch betrieblich gewährte Boni dürfen sich im Grunde genommen nicht aus Beiträgen speisen. Die Maßnahmen sollten vielmehr evaluiert werden. Wenn es im Endeffekt Entlastungen sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer gibt, dann sollen sie sich auch in Form eines Bonus auswirken dürfen. Aber auch eine betriebliche Bonusregelung sollte sich neutral institutionalisieren lassen.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Nach den Erfahrungen der AOK Niedersachsen reicht es nicht aus - ich möchte hier ausdrücklich bestätigen, was Professor Rosenbrock gesagt hat -, die einfache Teilnahme mit einem Bonus zu versehen; vielmehr muss ein recht anspruchsvolles und aufwendiges Qualitätsprogramm aufgelegt werden. Nach Auffassung der AOK Niedersachsen lässt sich eine Kosten-Nutzen-Relation positiv gestalten. Es hat sich aber auch gezeigt, dass eine Ausdehnung auf weitere AOKs nur sinnvoll ist, wenn hohe Qualitätsstandards eingehalten werden. Das Geld für eine Teilnahme an einem einfachen, nicht qualitätsgesicherten Präventionsprogramm ist aus unserer Sicht tendenziell herausgeworfen.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage richtet sich an Professor Lauterbach und an einen Vertreter des DGB. Halten Sie die vorgesehene Regelung zur Versichertenberatung über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer im Hinblick auf die Schaffung von mehr Patientensouveränität für zweckmäßig?

SV Prof. Dr. Dr. W. Karl Lauterbach: Ich halte die vorgesehene Regelung in der Tat für zweckmäßig. Wir müssen diesbezüglich im internationalen Vergleich ein großes Stück aufholen. Ich halte es für notwendig, diese Beratung mit den Aktivitäten des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin zu verbinden. Die Beratung selbst kann nämlich nur so gut sein wie die wissenschaftliche Grundlage, auf der sie fußt. Ohne die Zusammenarbeit mit einem industrieunabhängigen, wissenschaftlich belastbare Informationen zur Verfügung stellenden Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin besteht Grund zur Sorge, dass - mit hohem Aufwand und möglicherweise interessengeleitet - zulasten der Solidarge-

meinschaft beraten wird. Das ist auf jeden Fall zu vermeiden. Mit anderen Worten: Voraussetzung für eine solche Beratung ist, dass das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin die Ressourcen für eine funktionierende Beratung überhaupt zur Verfügung stellt und kooperiert.

SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund): Wir schließen uns unserem Vordner an. Wir sehen in der vorgesehenen Verbesserung der Beratungsmöglichkeiten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung von Patientensouveränität. Eine qualitätsgesicherte Beratung ist sicherzustellen. Dazu könnte das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin einen wesentlichen Beitrag leisten.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Ich möchte zunächst mehrere Fragen an den Vertreter des Büros für Gesundheit und Prävention richten.

Erstens. Professor Lauterbach hat eben ausgeführt, dass für ihn der vorliegende Gesetzentwurf im Hinblick auf die Stärkung der Prävention ohne Alternative ist. Herr Fink, wie sehen Sie den vorliegenden Gesetzentwurf? Gibt es bessere Maßnahmen zur Stärkung der Prävention als die, die vorgesehenen sind?

Zweitens. Wie sollten Ihres Erachtens Bonusregelungen ausgestaltet sein, die Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten setzen?

Drittens. Was halten Sie von einem Präventionsgesetz? Falls Sie für ein solches Gesetz sind: Wie sollte es Ihrer Ansicht nach aussehen?

Meine letzte Frage richtet sich sowohl an den Vertreter des Büros für Gesundheit und Prävention als auch an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Was halten Sie von dem Vorschlag - gerade war von Qualitätssicherung und Qualitätsprogrammen die Rede -, Versicherten, die in Sportvereinen an zertifizierten Programmen teilnehmen, einen Bonus in Gestalt einer Beitragsreduktion zu gewähren?

SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention): Als Vertreter des Büros für Gesund-

heit und Prävention möchte ich auf die erste Frage folgendermaßen antworten: Eine Alternative gibt es in der Tat. Die Fraktionen der SPD und der CDU/CSU haben in der letzten Legislaturperiode die Notwendigkeit der Stärkung der Prävention in umfangreichen Vorlagen betont. Es ist zwar gut, dass in dem jetzigen Gesetzentwurf Änderungen des § 20 SGB V und des § 65 SGB V vorgeschlagen werden; diese Änderungen sind aber sowohl im Hinblick auf das, was Not tut, um der Prävention im Gesundheitswesen einen höheren Stellenwert beizumessen, als auch im Hinblick auf ihre Ausführung dringend verbesserungsbedürftig.

Die Prävention nach § 20 SGB V - es geht um die nicht ausgeschöpften 25 Prozent - soll dazu dienen, einen durch den Staat organisierten, nicht unabhängigen Fonds zu speisen, in dem die verschiedenen Ebenen der Prävention ihren Platz haben. Dem, was man vorhat, würde durch ein Gesetz zur Errichtung einer Bundesstiftung - auf anderen Feldern gibt es sie bereits - sehr viel eher und sehr viel besser Rechnung getragen. Durch eine solche Stiftung könnte man zugleich einen wirkungsvollen Beitrag zum Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen leisten.

Während der Bund auf dem Feld der Prävention nur begrenzte Kompetenzen hat, haben die Länder dort mehr Kompetenzen. Der Bund kann zum Beispiel nicht unmittelbar beeinflussen, was die Schulen und die Kindergärten betrifft. In einer Institution wie einer solchen Bundesstiftung können die verschiedenen Ebenen zusammenwirken. Außerdem können dort gemeinsame Aktionsprogramme entworfen werden, die sich an genau definierten Gesundheitszielen orientieren.

Durch eine solche Stiftung würde darüber hinaus ein wesentlicher Mangel dieses Gesetzentwurfs nicht auftreten: Es ist unverständlich - die Vertreter der Krankenkassen haben darauf zu Recht hingewiesen -, auf der einen Seite über die Höhe der Lohnnebenkosten zu klagen, wenn auf der anderen Seite nur die Krankenkassen diesen Fonds speisen sollen. Zwar haben auch andere die Möglichkeit dazu; es ist aber außerordentlich fraglich, ob das jemals geschieht. Deshalb sollte bei der Gründung einer solchen Bundesstiftung von vornherein dafür Sorge getragen werden, dass die verschiedenen Ebenen - auch der Bund - einen Beitrag leisten.

Was die Erhöhung der Tabaksteuer angeht, fragt man sich, ob die Bundesregierung wirklich gesundheitsbewusstes Verhalten oder ein möglichst hohes Tabaksteueraufkommen will? Der Zusammenhang zwischen Tabaksteuer und Prävention ist absolut klar. Daher ist es unverständlich, dass von den zusätzlichen Einnahmen durch die Erhöhung der Tabaksteuer kein einziger Cent in diesen Fonds fließen soll. Zumindest ein kleiner Teil sollte einer solchen Bundesstiftung zugute kommen.

Wie sollten Bonusverfahren aussehen? Eine der schwierigsten Aufgaben ist es - darauf ist zu Recht hingewiesen worden -, Menschen dazu zu bewegen, ihr Verhalten zu ändern. Deshalb spielt das Verhältnis zwischen Verhalten und Verhaltensprävention immer wieder so eine wichtige Rolle. Um die vorhandenen Chancen zu nutzen, muss man ein Verfahren durchsetzen, an dem sich wirklich alle Krankenkassen verlässlich beteiligen. Die Aidskampagne in der Bundesrepublik Deutschland hatte klar definierte Ziele und wurde geschlossen durchgeführt. Nicht zuletzt deshalb hat sie so beachtliche Erfolge erzielt.

Aus unserer Sicht ist es verfehlt, den Krankenkassen in der Satzung lediglich die Möglichkeit der Teilnahme einzuräumen. Das Ergebnis wäre, dass die eine Kasse diese Möglichkeit wahrnimmt, während die andere genau das Gegenteil davon tut. Es kommt sehr darauf an, ein Verfahren durchzusetzen, an dem sich alle Krankenkassen beteiligen.

Man könnte beispielsweise beim Übergewicht ansetzen. Es gibt aber auch die Möglichkeit - man könnte diesen Weg alternativ oder additiv gehen -, das große Potenzial der Vereine in der Bundesrepublik Deutschland zu nutzen, indem man qualitätsgesicherte Programme, beispielsweise die Aktionen des Deutschen Sportbundes - sie werden von der Bundesärztekammer zertifiziert -, mit einem entsprechenden Bonus versieht. Dadurch könnte man dafür sorgen, dass sich breite Schichten der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland an solchen Programmen beteiligen.

Ich halte die Forderung, ein Präventionsgesetz zu schaffen - sie ist in der letzten Legislaturperiode erhoben worden -, für berechtigt. Allerdings wäre es meiner Ansicht nach falsch, jetzt die Zeit verstreichen zu lassen und auf ein Präventionsgesetz zu warten, das vielleicht in

einem oder in anderthalb Jahren verabschiedet wird. Es ist wichtig, bereits jetzt etwas zu tun; denn die Finanzströme werden jetzt und nicht nach Verabschiedung eines Präventionsgesetzes neu geordnet.

In diesen Zusammenhang gehört die Änderung von § 20 SGB V. In ihm müsste die Prävention umfassend geregelt werden. Bisher haben die Krankenkassen diejenigen Beträge, die sie für Prävention ausgeben sollen, nicht ausgegeben. Im Rahmen einer Änderung von § 20 SGB V wäre es sinnvoll, nicht nur formale, sondern auch wirklich taugliche Qualitätskriterien zu entwickeln. Außerdem sollte man in § 1 SGB V eine Formulierung aufnehmen, die deutlich macht, dass Prävention die vierte Säule des Gesundheitswesens ist, und in § 11 SGB V demzufolge eine Leistungsart beschreiben.

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Der AOK-Bundesverband begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, qualitätsorientierte und zertifizierte Bonusregelungen anzubieten. Ich weise aber darauf hin, dass solche Regelungen meistens kaum beitragsatzneutral umzusetzen sind.

Was zertifizierte Programme durch Sportvereine angeht: Auch diesbezüglich können wir uns das Angebot von Bonusregelungen vorstellen. Allerdings sollte man in Zeiten, in denen über die Privatisierung von Krankengeld und von Zahnersatzleistungen diskutiert wird - das geschah auch im Laufe dieser Anhörung -, mit etwas mehr Augenmaß vorgehen und in das Gesetz zumindest keinerlei verpflichtende Regelung übernehmen.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den Vertreter der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Warum hat sich die bisherige Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 SGB V aus Ihrer Sicht nicht bewährt? Welche Erfahrungen haben Sie als einer der offiziellen Vertreter der Selbsthilfe in den Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gemacht? Halten Sie die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen für ausreichend?

SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.): Da die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen ist, möchte ich gern antworten.

Wie ich bereits vorhin kurz dargestellt habe, glauben wir, dass sich die bisherige Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 SGB V nicht bewährt hat. In den drei Jahren seit der Änderung Anfang 2000 sind insgesamt nur 42 Prozent der Fördermittel in die Selbsthilfe geflossen. Zieht man davon noch die Mittel ab, die in die Selbstverwaltung der Krankenkassen geflossen sind, zeigt sich, dass es letztendlich nur 25 Prozent waren. Wir halten das für nicht akzeptabel. Wir plädieren daher dafür, dass die Fördermittel - mittlerweile passiert das - in Gemeinschaftsfonds fließen.

In den Verhandlungen mit den Spitzenverbänden haben wir sehr zwiespältige Erfahrungen gemacht. Wir arbeiten auf Bundesebene seit mehreren Jahren zusammen. Wir haben mehr als zwei Jahre gebraucht - es war ein sehr mühseliges Verfahren -, um weiter gehende gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten. Wir haben festgestellt, dass beispielsweise eine unkomplizierte und unbürokratische Verbesserung wie die, dass jede gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppe durch einen Sockelbetrag in Höhe von 100 oder 150 Euro unterstützt wird, einfach nicht durchführbar ist. Das ist ein weiteres Argument dafür, dass andere Regelungen getroffen werden müssen. Angesichts dessen begrüßen wir die Gemeinschaftsförderung.

Es wäre allerdings wichtig - ich habe das bereits vorhin angedeutet -, genau festzulegen, welcher Betrag für welche Ebene vorgesehen ist. Beispielsweise haben die Betriebskrankenkassen vorgesehen, 25 Prozent, und die EKK, 5 Prozent der Fördergelder auf der Bundesebene einzusetzen. Beide haben einen gemeinsamen Förderpool. Einige Punkte sind einfach nicht hinreichend geklärt. Es sollte deutlich sein, welche Förderbeträge für den Bund, die Länder und die Kommunen sowie für die Gruppen, die Organisationen und die Kontaktstellen vorgesehen sind.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Vertreter der Deutschen

Gesellschaft für Versicherte und Patienten, des Verbands der Krankenversicherten Deutschlands, der BAGH, der Verbraucherzentrale Bundesverband, der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und an Frau Pitschnau-Michel.

Sowohl der Gesetzentwurf der Koalition als auch der Unionsantrag zielen auf eine Stärkung der Patienteninteressen. Während die einen - das scheint mir der elementare Unterschied zu sein - einen Patientenbeauftragten wollen - die Rolle der Patienten wäre dabei wohl eher die eines Bittstellers -, streben die anderen mehr Selbstbeteiligung der Patienten an.

Wie bewerten Sie die Einrichtung des Amts eines Patientenbeauftragten mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeiten?

Wie beurteilen Sie den von der Union verfolgten Ansatz, Patienten und Selbsthilfeorganisationen ein qualifiziertes Anhörungsrecht in den Ausschüssen, also im Koordinierungsausschuss, im Krankenhausausschuss sowie im Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, einzuräumen?

Wie bewerten Sie - zum Beispiel in Bezug auf die Erstellung eines Hilfsmittelverzeichnisses - die im Gesetzentwurf der Koalition getroffene Aussage:

Vor den Beschlüssen der Landesausschüsse nach §§ 100 und 103 Abs. 1 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Landesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

Was heißt „maßgeblich“ in diesem Zusammenhang?

Wie beurteilen Sie die im Unionsantrag vorgesehene Maßnahme, die bisher praktizierte Sozialwahl durch eine Versichertenwahl abzulösen und dazu auch Patienten-, Selbsthilfe- und Versichertengruppen zuzulassen?

SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Herr Abgeordneter Spahn, wir, die Deutsche Gesell-

schaft für Versicherte und Patienten, sehen diese Maßnahme eher kritisch. Wir können im Moment noch nicht erkennen, welche Befugnisse, welche Kompetenzen und welche Kapazitäten diese Stelle haben wird, um ihre - letzten Endes noch nicht abschließend definierten - Aufgaben zu erfüllen. Wir glauben, dass von einer solchen Maßnahme keine heilsamen Wirkungen auf die Patientensouveränität ausgehen können.

Die Forderung, den Patienten und den Selbsthilfeorganisationen qualifizierte Anhörungsrechte zu geben, unterstützen wir. Auch in diesem Zusammenhang muss man fragen, was qualifizierte Anhörungsrechte letzten Endes sind. Mit Anhörungsrechten müssen Mitwirkungsrechte verbunden sein; sonst macht das alles keinen Sinn. Bei Anhörungsbeteiligungen müssen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse nachvollziehbar sein, um erkennen zu können, welchen Effekt Patientenvertreter erreicht haben.

Ihre dritte Frage zielt auf die Organisationen, die im Gesetzentwurf als maßgeblich bezeichnet werden. Hier stellt sich in der Tat die Frage, wer festlegt, welche Organisationen zu diesen maßgeblichen Organisationen gehören, die zu Anhörungen eingeladen werden und Mitwirkungsmöglichkeiten im Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess haben. Wir sehen die Gefahr, dass hier mit einer gewissen Willkür vorgegangen werden könnte. Das beurteilen wir kritisch, deswegen sehen wir in diesem Punkt noch weiteren Diskussionsbedarf.

Ihre letzte Frage bezog sich auf die Sozialwahlen, die durch eine Versichertenwahl ersetzt werden sollen. Den Sozialwahlen stehen wir seit Jahren sehr kritisch gegenüber. Wir beobachten, dass eine wirkliche Vertretung von Versicherten- und Patienteninteressen in der Selbstverwaltung der Krankenkassen eher nicht stattfindet. Hier müssen neue Wege gesucht werden. Das kann offenbar nur geschehen, wenn entsprechende gesetzliche Änderungen vorgenommen werden. Wir unterstützen von daher die Forderung nach einem Wahlrecht, das auch Versicherten- und Patientenvertretern faire Chancen gibt, in Gremien der Kassenselbstverwaltung vertreten zu sein, sehr nachdrücklich.

SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V.): Wir sehen die Einführung eines Patientenvertreters sehr kritisch. Über sehr vielen Fragen liegt hier noch dichter Nebel. In § 92 SGB V ist gemäß dem neuen Gesetzentwurf noch die Rede vom Beauftragten der Bundesregierung, von Patienten- und Versichertenvertretungen sowie Selbsthilfegruppen. In den §§ 135 und 137 wird aber nur noch vom Beauftragten der Bundesregierung gesprochen. Wir sehen hier schlicht und einfach die Gefahr, dass plötzlich nur noch der Bundesbeauftragte die Rechte der Patienten und Versicherten vertritt.

Unsere Beurteilung des von der Union verfolgten Ansatzes - das war Ihre zweite Frage - ist ganz eindeutig: Es handelt sich um eine Forderung, die schon längere Zeit gestellt wird. Gerade in den Selbsthilfegruppen sowie in den Patienten- und Versichertenvereinigungen steckt doch ein gewisses Know-how, auf das man nicht verzichten sollte.

Bezüglich der Kritik an dem Wort „maßgeblich“ kann ich mich in vollem Umfang den Äußerungen von Herrn Dr. Bahlo anschließen. Auch nach meiner Meinung müsste festgelegt werden, was unter maßgeblich zu verstehen ist bzw. wer das letztendlich definiert.

Die Forderung, dass sich bei den Sozialwahlen etwas ändert, wird ja schon seit längerer Zeit erhoben. Deswegen ist Ihr Vorschlag in vollem Umfang zu begrüßen.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Die BAGH begrüßt zunächst einmal ausdrücklich, dass ein sehr breiter Konsens besteht, dass eine Ausweitung und Stärkung der kollektiven Patientenrechte im Gesundheitssystem unbedingt notwendig ist. Das wurde ja auch in den letzten Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eindrucklich mit Argumenten untermauert. Aus Sicht der Betroffenen und aus der Praxis kann nur bestätigt werden, dass es wichtig ist, die Betroffenenkompetenz künftig viel stärker in die Systementscheidungen im Gesundheitssystem zu integrieren.

Im Zuge der konkreten Umsetzung sollte auf jeden Fall eine Mitwirkung in den Bundesausschüssen vorgesehen werden. Daran, dass zum Beispiel ein Antragsrecht fehlt, zeigt sich, dass

der Mut fehlt, hier konsequent voranzuschreiten. Die Konstruktion, dieses irgendwie über einen Patientenbeauftragten zu bewerkstelligen, sehen wir als eine Maßnahme an, die auf halbem Wege stehen bleibt. Andererseits zeigen die Erfahrungen mit dem Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, dass solch ein Beauftragter eine Gewähr dafür bieten kann, dass Patientenbelange nachhaltig im Bewusstsein der Bundesregierung präsent bleiben und Selbsthilfeorganisationen mit ihren Belangen bis auf oberste Ebenen durchdringen. Insofern bietet die Einrichtung eines Patientenbeauftragten durchaus Chancen. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass die Selbstvertretung der Betroffenen gerade in den Selbsthilfeorganisationen nicht einfach durch einen Beauftragten ersetzt werden kann. Hier ist ein ganz klarer qualitativer Unterschied festzustellen.

Das bringt mich nun zu der Frage, welche Organisationen als maßgeblich anzusehen sind. Aus Sicht der BAGH ist hervorzuheben, dass gerade in der Selbsthilfe ein weit umspannendes Netz von örtlichen Gruppen über die Organisationen auf Landesebene bis hin zu den Bundesorganisationen und den Dachverbänden existiert, in denen demokratisch legitimierte Willensbildungsprozesse ablaufen. Deswegen hat man hier auf der Patientenseite in den Organisationen unter Legitimationsgesichtspunkten in jedem Fall maßgebliche Ansprechpartner, die besonders intensiv im Leistungsgeschehen des Gesundheitssystems verankert sind, weil es sich ja um chronisch kranke und behinderte Menschen handelt, die ganz besonders auf dieses Gesundheitswesen angewiesen sind. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es mit dem Deutschen Behindertenrat auch einen Zusammenschluss aller Behindertenverbände gibt, der ebenfalls eine Metastruktur darstellt. Als verfahrensmäßige Lösung bietet sich die Vorgehensweise im Gleichstellungsgesetz an, wo eine Akkreditierung der maßgeblichen Verbände vorgesehen ist. Insofern gibt es durchaus genügend Bausteine, um hier zu einer Lösung zu kommen.

Bezüglich der Sozialwahlen möchte ich darauf hinweisen, dass die Diskussionen um eine Veränderung der paritätischen Finanzierung auch ganz massiv die Frage aufwerfen, wie es künftig um die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien der Kassen bestellt sein soll. Hier besteht sicherlich mittel- bis langfristig Reformbedarf, auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten. Aus unserer

Sicht ist es natürlich angezeigt, dass bei den Selbstverwaltungsgremien eine Änderung dahin gehend vorgenommen wird, dass Patientenvertreter eine eigenständige Rolle spielen. Im Übrigen ist es ja quasi Allgemeinut, dass die demokratische Legitimierung durch Sozialwahlen sehr schwach ist. Insoweit besteht auch im Hinblick auf die Bürgerorientierung des Gesundheitswesens Reformbedarf.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Kranich. Halten Sie die im GMG vorgesehenen Mitwirkungsmöglichkeiten der Patientenorganisationen für ausreichend? Falls nicht, was wäre darüber hinaus notwendig?

SV **Christoph Kranich**: Die Mitwirkungsmöglichkeiten für Patienten in Gremien des Gesundheitssystems sind ja bisher so gut wie noch gar nicht geregelt. Deswegen ist jeder Versuch, hier etwas auf den Weg zu bringen, zu begrüßen. Wenn dementsprechend die Änderungen, die im Gesetz vorgesehen sind, als Anfang gedacht sind, fände ich es wunderbar. Aber natürlich reicht das nicht aus.

Ich warne gleichzeitig davor, die Patientenbeteiligung jetzt von null auf hundert hochzufahren, bevor entsprechende Strukturen geschaffen wurden. Patienten in Deutschland können nämlich bisher nicht auf gewachsene Strukturen zurückgreifen, die eine Beteiligung an Gremien auf der politischen Ebene einfach so ermöglichen. Anders sieht es in Ländern wie zum Beispiel den Niederlanden aus, wo mächtige Patientenverbände auf einer Metaebene zusammengeschlossen sind. So etwas gibt es in Deutschland nicht. Wenn der Bundesbeauftragte für den Patientenschutz das nun ersatzweise erledigt, dann wird die Basis, also die Patienten und diejenigen, die jeden Tag mit ihnen arbeiten, wiederum nicht einbezogen. Der Beauftragte wird nämlich die Patienten nicht vor Ort beraten können, sondern wiederum nur auf der Metaebene tätig sein können.

Vor Ort haben in Deutschland nur die chronisch kranken und die akut kranken Patienten Selbsthilfegruppen gebildet; sie werden überwiegend in Einrichtungen wie Verbraucherzentralen und Patientenstellen beraten, schließen sich aber in der Regel nicht überregional zusammen. Deswegen brauchen wir bei der Patientenvertretung eine Doppelstruktur: ers-

tens die Selbsthilfe, die ja hier auch vertreten ist, und zweitens diejenigen, die mit akut Kranken arbeiten und dort Beratungserfahrungen gesammelt haben.

Für beide Bereiche brauchen wir Kriterien, damit diese Patientenvertretung legitimiert wird und sauber stattfindet. Es kann nicht angehen, dass einige Einrichtungen, die sich da tummeln, aus Quellen Geld bekommen, die nicht genau bekannt sind. Wir brauchen nicht nur für die Legitimation deutliche demokratische Kriterien, sondern vor allem auch bei der Finanzierung dieser Einrichtungen. So können wir klarstellen, dass hier keine Fremdinteressen, sondern wirklich nur die Interessen der Patienten vertreten werden; ansonsten besteht die große Gefahr, dass andere über diesen Weg ihre eigenen Interessen durchzusetzen versuchen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Herrn Kranich. Wir haben im GMG verschiedene Regelungen etwa betreffend die Patientenquittung, die elektronische Gesundheitskarte oder den Datenpool vorgesehen, die für höhere Transparenz im System sorgen sollen. Wie schätzen Sie diese Regelungen aus der Sicht von Patientinnen und Patienten ein? Sehen Sie weiteren Bedarf an datenschutzrechtlichen Regelungen?

SV Christoph Kranich: Die Patientenquittung als solche begrüße ich sehr. Wir haben schon lange Zeit gefordert, über eine Neufassung des bisherigen § 305 Abs. 2 SGB V eine wirklich vernünftige und machbare Regelung einzuführen. Mir ist nicht ganz klar, wie gemäß der Neufassung des Abs. 2 das Verhältnis von sofortiger Quittung und Quittung am Quartalsende bestimmt ist; das sollte man deutlicher regeln. Die Präferenz sollte bei einer den Patienten sofort und nicht erst am Ende des Quartals zuzustellenden Quittung liegen. Auch Privatversicherte bekommen ja sofort eine Rechnung.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Höhe der Kosten für Patienten kein ausschlaggebendes Kriterium ist. Erstens stehen die Kosten ja erst später richtig fest; deswegen sprechen Sie ja auch im Gesetz von vorläufigen Kosten. Zum Zweiten sollten sich in einem Solidarsystem die Patienten nicht an den Kosten orientieren, weil sie ja auf alle umgelegt

werden. Modellversuche verschiedener Krankenkassen haben ergeben: Wenn man den Patienten die Kosten ihrer Behandlung mitteilt, wollen sie noch mehr und nicht weniger haben, also auch die zweite Spritze, möglichst noch mit einer vorhergehenden Betäubung, damit es nicht so wehtut. Hier ist keine Kosten dämpfende Wirkung festzustellen. Nicht die Kosten, sondern die Leistungsquittung ist also das Wichtige. Diese trägt gleichzeitig auch zur Bekämpfung von Korruption bei. Es handelt sich ja dabei nicht bloß um eine Unterstellung, wie manche hier im Saal behaupteten, sondern Korruption findet wirklich statt. Das erleben wir in Patientenberatungsstellen genauso wie die Krankenkassen so ziemlich jeden Tag.

Die elektronische Vernetzung von Patientendaten mittels Chipkarten und daran angeschlossener Datenpools sehe ich sehr viel skeptischer und kritischer, weil so tendenziell die Gefahr besteht, einen gläsernen Patienten zu schaffen. Dem steht kein adäquates Ausgleichsinstrument gegenüber. Zuvor müsste man ganz starke datenschutzrechtliche Einschränkungen vornehmen und dafür sorgen, dass die Patienten wirklich die Datenhoheit in der Hand haben, wie auch immer es nachher aussieht. Meine 88-jährige Mutter wird ganz bestimmt kein Kartenlesegerät anschaffen und zu Hause die Zugangsberechtigungen für ihre Chipkarte programmieren. Es muss also Hilfestellungen für Menschen geben, die das nicht alleine am PC können.

Als das eigentlich Gefährliche sehe ich die Datenpools an, die mithilfe dieser Chipkarten angelegt werden können; denn hier werden die Patienten und alle am System Beteiligten vernetzt. Als Gegengewicht brauchen wir auf alle Fälle ein transparentes Gesundheitssystem. Patienten, die immer durchsichtiger werden, müssen endlich auch das Gesundheitssystem durchschauen können. Das ist an anderer Stelle zu regeln. So haben Sie ja die Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz ins Gesetz aufgenommen. Diese Einrichtung ist ganz wichtig. Wichtig ist vor allem, dass auch die Patienten etwas davon haben und nicht wieder nur die Leistungserbringer und die Kostenträger, die dann die Patienten fremdgesteuert durch das System schleusen. Die Patienten sollten in einem so freiheitlichen System wie dem unsrigen in Deutschland auch etwas mit ihrer Freiheit anfangen können. Dafür brauchen sie Leistungs- und Qualitätstransparenz. So könnte das notwendige Gegengewicht zum gläsernen

Patienten aussehen, der möglicherweise nicht mehr zu verhindern sein wird.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nun möchte ich Herrn Rupprecht fragen, ob er die im GMG getroffenen Regelungen zur Transparenz und Patienteninformation für geeignet und ausreichend hält.

SV Christoph Rupprecht: Qualität im Gesundheitswesen muss erkennbar sein. Bisher ist die Situation dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten zwar hohe Freiheitsgrade hinsichtlich der Wahl von Leistungserbringern, also den Ärzten bzw. Ärztinnen, haben, andererseits geht es ihnen aber wie dem Trainer einer Fußballmannschaft, der nur die Rückennummern seiner Spieler kennt. Der hat keinerlei Ahnung von der Qualität und Spielweise seiner Mannschaft, er tappt mehr oder minder völlig im Dunkeln. So ähnlich sieht die Situation bisher für die Patienten im Gesundheitssystem aus. Von daher müssen die Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten nicht nur ausgebaut, sondern vor allen Dingen durch Qualitätsinformationen unterfüttert werden. Mit den jetzt im GMG vorgeschlagenen Instrumenten und Maßnahmen wird ein weiterer entscheidender Schritt in die richtige Richtung getan. Schon das Fallpauschalengesetz war ein erster richtiger Schritt.

Von elementarer Bedeutung sind insbesondere die in § 139 b SGB V vorgesehenen Änderungen, vor allem die Bereitstellung von Informationen für Bürger und Bürgerinnen. Darunter fallen unter anderem Informationen über Leistungsart und Leistungsumfang sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung, Informationen über die besten verfügbaren Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie in der Medizin sowie die Erarbeitung und Bereitstellung von patientengerechten Leitlinien. Vor allen Dingen sind für die Patienten und Patientinnen Informationen von großem Interesse, die bei der Wahl einzelner Leistungserbringer relevant sind. Das deutsche Gesundheitssystem muss aus der Dunkelkammer heraus.

Die in § 136 vorgesehene Verpflichtung der KVen, Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen, ist positiv zu sehen, allerdings lässt sich fragen, inwieweit sie dazu beiträgt, tat-

sächlich die Qualität einzelner Leistungserbringer zu verdeutlichen.

Noch eine kleine Ergänzung zum Gespräch zwischen Patient und Arzt. Arzt-Patienten-Gespräche sind für die Information bzw. die Entscheidung des Patienten von großer Wichtigkeit. Das Niveau solcher Gespräche kann allerdings differieren. Deshalb sollte geprüft werden, ob das Arzt-Patienten-Gespräch nicht auch in der Fortbildung der Ärzte eine Rolle spielen könnte.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch von Herrn Rupprecht würde ich gerne wissen, wie er den geplanten Datenpool sieht und ob er die dafür vorgesehenen Regelungen für ausreichend hält.

SV Christoph Rupprecht: Eine Vorbemerkung: Für einen Qualitäts- und Vertragswettbewerb ist ein eigenes Datentransparenzgesetz eine unverzichtbare Voraussetzung.

Die Zusammenführung von pseudonymisierten Daten in einem Datenpool ist prinzipiell sinnvoll. Die Pseudonymisierung sollte sich allerdings ausschließlich auf die Versicherten beschränken und dem Personenschutz der Versicherten dienen. Die Pseudonymisierung von Leistungserbringern und ihrer Institutionen ist zu hinterfragen. Durch eine Pseudonymisierung aller Leistungserbringer wird die Auswertungs- und Analysemöglichkeit massiv eingeschränkt. Ein Rückschluss auf die Qualität des Leistungserbringers kann für die Versorgungsforschung bzw. deren Optimierung als auch für die Leistungserbringer, um ihre eigene Position einschätzen zu können, durchaus wichtig und wertvoll sein.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Vertreter des Paritätischen Wohlfahrtsverbands. Halten Sie kassenartenübergreifende Fonds für die Selbsthilfe für praxistauglich oder sehen Sie Ergänzungsbedarf?

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Die im GMG vorgesehenen Regelungen zur Einrichtung kassenartenübergreifender Fonds werden von uns ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Ergänzend möchte ich noch hinzufügen, dass es unseres Erachtens notwendig ist, dass es über die im Gesetz bereits vorgeschriebenen gemeinsamen Grundsätze zur Selbsthilfeförderung, die entsprechend umgesetzt worden sind und sogar bei der Umsetzung des SGB IX sehr hilfreich sind, hinaus auch eine stärkere Verpflichtung der Krankenkassen geben muss, sich untereinander darüber abzustimmen, was förderungsfähig und -würdig ist. Hier gibt es durchaus erhebliche Auffassungsunterschiede, was den Selbsthilfeorganisationen, aber auch den Kontaktstellen bei der Antragstellung für die Förderung erhebliche Probleme macht. Deswegen würden wir es sehr begrüßen, wenn in der Neufassung von § 20 Abs. 4 SGB V hinter den Worten „gemeinsame und einheitliche Grundsätze“ auch noch das Wort „Richtlinien“ eingefügt würde.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Dr. Ehlers, wie können Ihres Erachtens die Rechte der Patienten am besten geschützt und damit die Patientensouveränität gestärkt werden? Sie als Anwalt haben tagtägliche Erfahrung.

SV Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers: Bei Patientenrechten werden die Begriffe immer wieder vermischt. Man muss hier differenzieren.

Zum einen sind Patientenrechte in verschiedensten Gesetzen schon kodifiziert: in den Berufsordnungen für Ärzte, im Zivil- und im Strafrecht. Da bedarf es keiner weiteren Kodifizierung von Patientenrechten.

Wenn allerdings gestärkte Patientenrechte und eine Transparenz des Systems ein sinnvolles Zusammenspiel von Kostenträgern und Leistungserbringern garantieren sollen, wenn also die Kostenträger in eine Art Sandwichsituation kommen und diejenigen Leistungsanbieter aussuchen sollen, die Qualität liefern und kostengünstig sind, dann muss noch sehr viel getan werden. Denn das ist bisher nicht ausreichend geregelt. Dazu muss Transparenz im Hinblick auf das Zusammenspiel der Leistungserbringer und die Kosten im System geschaffen werden. Dazu dienen auch Chipkarten sowie Beitragssatzmodifikationen, Bonusregelungen und Ähnliches.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich frage Herrn Dr. Zipperer, die Verbände der IT-Hersteller und einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die elektronische Gesundheitskarte ist ein vernünftiges, ehrgeiziges Ziel. Halten Sie den Zeitplan für die Einführung für realistisch oder gibt es da bei Ihnen Bedenken?

SV Dr. Manfred Zipperer: Der Zeitplan für die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bis zum 1. Januar 2006 ist äußerst ehrgeizig. Er kann nur dann funktionieren, wenn alle Beteiligten zusammenwirken und sich verständigen und wenn es keine Verzögerungen in der Auseinandersetzung zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und sonstigen Beteiligten gibt. Der Zeitplan ist machbar. Das Ganze setzt allerdings voraus, dass von den Beteiligten ein Masterplan erstellt wird, der dann zeitgerecht eingehalten wird.

Sve Anja-Dorothea Hollmann (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen): Die gesamte Industrie hat in einem einmaligen Zusammenwirken eine Expertise erarbeitet, in der sie sich der Frage stellt, welche Rahmenbedingungen zur Einführung der Gesundheitskarte erforderlich sind. Wir sind zu dem wesentlichen Ergebnis gekommen, dass man als erste Voraussetzung eine Telematikarchitektur einführen muss. Dies ist kurzfristig möglich. Wenn der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Telematikarchitektur, ein Anreizmodell durch Anpassung der Gebührenordnung und die Mindestsicherheitsvoraussetzungen regelt, sind die gesetzten Zeiten ehrgeizig, aber machbar. Sie würden aus unserer Sicht nicht nur die Einführung der Gesundheitskarte, sondern auch weitere Applikationen an vorderster Front in Europa ermöglichen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir halten die elektronische Gesundheitskarte für sehr positiv, allerdings den Zeitplan für ehrgeizig. Ein etwas hinausgezögerter Zeitplan wäre wahrscheinlich realistischer. Andererseits ist es oft notwendig, ehrgeizige Ziele zu setzen, anstatt von vornherein die Zügel schleifen zu lassen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Gerdemann, es soll ein Gemeinschaftsfonds „Prä-

vention und Gesundheitsförderung“ errichtet werden. Das ist vielleicht der Vorläufer einer Stiftung für Prävention. Hielten Sie eine gesetzliche Regelung mit diesem Ziel für sinnvoll, die auf den Bereich der GKV beschränkt ist? Müsste man nicht auch andere Beteiligte wie Kommunen und Länder mit in diese Stiftung nehmen? Ohne die wird es sicherlich nicht gehen. Die Krankenkassen alleine können dieses Paket nicht schultern.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Ich kann nur bestätigen, was Herr Dr. Thomae intendiert. Dies ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Eine Konstruktion, die vorsieht, dass wir Krankenkassen alleine zahlen, aber andere bestimmen, was mit diesem Geld geschieht, wird dem nicht gerecht. Insofern sind wir der Meinung, dass auch andere hier einzahlen müssen. Der jetzige Gesetzentwurf hat den Geruch, dass hier ein Zahler, aber kein Mitbestimmer gesucht wird.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Das sehe ich genauso.

Ich hatte eben nach der Einführung der Gesundheitskarte gefragt. Nun wissen viele, dass ich gerne und intensiv über Europa nachdenke. Aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofes können Patienten jetzt auch in anderen europäischen Ländern ambulant medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ohne ihre Krankenkasse zu fragen. Wäre es nicht sinnvoll, eine Krankenversicherungskarte auf europäischer Ebene einzuführen? Das möchte ich Herrn Dr. Zipperer und Herrn Lauterbach fragen.

SV Dr. Manfred Zipperer: Man muss hier zwei Dinge auseinander halten. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs hinsichtlich des freien Zugangs zu medizinischen Leistungen betrifft nur die ambulante und nicht die stationäre Versorgung.

Zweiter Punkt. Die Bemühungen von europäischer Seite um die Schaffung einer europäischen Gesundheitskarte richten sich in erster Linie auf die Ersetzung der umständlichen Formulare E 111 usw.

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Einführung einer kompatiblen Karte für alle

Gesundheitssysteme Europas. Dieses Ziel ist anzustreben. Aber wir sind noch nicht so weit, weil die entsprechende Infrastruktur in den einzelnen Ländern nicht steht. Sie steht noch nicht einmal in unserem Land. Die Kompatibilität, also die Austauschbarkeit und die gegenseitige Anerkennung der Gesundheitskarten, und die Interoperabilität, nämlich die gegenseitige Verschränkung der Informationen, sind derzeit aufgrund der gewaltigen Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitssystemen in Europa noch nicht machbar.

Das langfristige Ziel ist, eine solche Interoperabilität zu erreichen. Aber wir dürfen froh sein, wenn es uns gelingt, bis zum 1. Januar 2006 die elektronische Gesundheitskarte in unserem eigenen Land einzuführen.

Sv Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich hätte Ihnen gerne zugestimmt. Aber auch ich bin der Meinung, dass sich eine europäische Gesundheitskarte allein aus praktischen Überlegungen derzeit verbietet. Die Sicherheitsbedenken, die eben eloquent vom Vertreter des Verbands der Hersteller vorgetragen wurden, gelten natürlich potenziert bei Einführung einer solchen Karte auf europäischer Ebene. Das ist ein Weitschuss, der mit dem Gesetzesvorhaben, das wir heute diskutieren, nicht viel gemein haben kann.

Ich halte die Einführung in Deutschland für technisch machbar und als Ziel für verfolgenswert. Da hebe ich mich etwas von dem ab, was der Verband gesagt hat, und bin näher bei dem, was Herr Zipperer gesagt hat: Ich glaube, dass hier der Zeitrahmen gut gesteckt ist.

Aber in Europa kann dies vorerst nicht geleistet werden. Es würde auch nur dann Sinn machen, wenn man im Rahmen einer solchen Netzstruktur das längerfristige Ziel einer Umstellung vom Sachleistungssystem auf ein Kostenerstattungssystem verfolgen würde. Dies lehne ich aber ab, weil ich das Sachleistungssystem hinsichtlich der Sicherung der Qualität gegenüber dem Kostenerstattungssystem für überlegen halte. Insofern sehe ich nicht einmal einen übergeordneten Grund, weshalb wir dieses Ziel derzeit verfolgen sollten.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Wir haben im Sozialgesetzbuch IX bedeutsame

Beteiligungsrechte durchgesetzt und damit gute Erfahrungen gemacht. Das hat uns Mut gemacht, im Rahmen des Sozialgesetzbuches V die Patientenrechte nachhaltig zu stärken. Die Patientenverbände sollen in den Gremien - Bundesausschüsse, Deutsches Zentrum für Qualität - einwirken können. Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Paritätischen Wohlfahrtsverband, an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen - soweit noch eine Beantwortung notwendig ist; Sie haben sich ja schon dazu geäußert -, an den Verbraucherzentrale-Bundesverband und an die Aktion Psychisch Kranke: Wie bewerten Sie die Qualität und den Umfang der im Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechte? Sind sie geeignet, die spezifischen Erfahrungen und Kenntnisse der Vertreter der Patienten, wie beabsichtigt, in die Steuerungs- und Entscheidungsgremien einzubringen? Wie beurteilen Sie die verfahrensseitige Umsetzung der Anhörungs- und Beteiligungsrechte der Patientenverbände? Wie könnten Sie sich diese vorstellen?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Zunächst begrüßen wir die im GMG vorgesehenen Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte. § 92 Abs. 7 b ist hier angesprochen. Mit den hier vorgesehenen Möglichkeiten kann das Erfahrungswissen der Patienten in die Entscheidungsfindung der Krankenkassen sowie die Beratungen der Bundesausschüsse einbezogen werden. Hierdurch wird das ganze Verfahren unseres Erachtens transparenter. Wir begrüßen das außerordentlich.

Auf diese Weise wird auch Verständnis für die schwierige Situation in der Bundesausschussarbeit hergestellt. Mit einer solchen Maßnahme kann daher die Akzeptanz der Entscheidungen der Bundesausschüsse erhöht werden.

Wir regen an, im Bestellverfahren transparente Kriterien vorzugeben, insbesondere im Hinblick auf die finanzielle Unabhängigkeit der Institutionen.

Auf diese Weise kann man Erfahrungen sammeln, bevor man weiter gehende Lösungen vorsieht, wie sie im CDU/CSU-Antrag angedacht sind.

SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie): Aus unserer Sicht ist der eingeschlagene Weg richtig. Allerdings ist noch längst nicht genug getan.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband verfügt bereits über Erfahrungen im Anhörungsverfahren beim Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen. Es ist bei uns durchaus gängige Praxis, zum Beispiel bei der Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses gleichberechtigt neben den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer unter unseren Mitgliedern auch die Selbsthilfeorganisationen im Paritätischen Wohlfahrtsverband anzusprechen. Diese äußern sich mehrheitlich sehr deutlich und spezifisch. Diese Positionen gehen in meinem Fachreferat ein und fließen in die Stellungnahmen ein, finden aber bislang sehr wenig Berücksichtigung.

Der Weg, mehr Organisationen anzuhören, ist sicherlich richtig. Gleichwohl fragen wir uns, was das Ganze mehr bringt. Insofern halten wir es aufgrund der Erfahrungen, die wir seit langen Jahren mit diesem Bereich haben, für erforderlich, dass in den Landesausschüssen und im Bundesausschuss eine tatsächliche Verfahrensbeteiligung erfolgt.

Ein zweiter Problembereich ist bereits an verschiedenen Stellen angesprochen worden: Welche Organisationen sollen beteiligt werden? Wir haben Erfahrung mit der Verwendung der Formulierung „für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgebliche Spitzenorganisationen“ in der gültigen Fassung von § 20 Abs. 4 SGB V und bei den Disease-Management-Programmen. Im Gesetzentwurf werden unterschiedliche Formulierungen verwendet, was die Frage aufwirft, wer damit gemeint ist. Hier sollte auf jeden Fall klarstellend nachgearbeitet werden. Wir schlagen vor, die Terminologie „für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgebliche Spitzenorganisationen“, die schon eingeführt ist, zu verwenden.

Herr Danner hat darauf hingewiesen: Im Bundesgleichstellungsgesetz sollten die vom BMGS anerkannten Behindertenverbände berücksichtigt werden. Dazu gehören die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten maßgeblichen Organisationen. Das wäre entsprechend klarzustellen und darzulegen.

Ich halte das auch deshalb für wichtig, weil wir Erfahrungen mit dem SGB IX haben. Zu Verzögerungen und sehr viel Kritik der Organisationen hat geführt, dass man über zwei Jahre brauchte, um geeignete Verfahrenswege zu verabreden. Wenn der Gesetzgeber also mehr Beteiligung will, sollte er den Mut haben, im Gesetzestext und in der Begründung klar und deutlich festzulegen, wer beteiligt werden soll.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Art und Umfang der vorgesehenen Beteiligungsrechte stellen im Vergleich zur jetzigen Situation einen großen Fortschritt dar. Das muss man bei aller Kritik hervorheben. Das Antragsrecht in den Bundesausschüssen ist ein ganz erheblicher Punkt und stellt bisher ein Defizit dar.

Die Weiterentwicklung der kollektiven Patientenrechte im Gesundheitswesen ist als Prozess zu begreifen. Das gibt es schon; Herr Hagskamp hat gerade ein paar Beispiele genannt. Auch die Selbsthilfeorganisationen, insbesondere die BAGH, haben eine reiche Beteiligungserfahrung. Aus diesen Beteiligungserfahrungen heraus kann man Kriterien für die Weiterentwicklung der kollektiven Patientenrechte entwickeln.

Ein erster wichtiger Punkt ist, dass die Fristen zur Abgabe von Stellungnahmen oder zur Mitwirkung in den Gremien angemessen ausgestaltet werden müssen. Ich habe im Rahmen einer anderen Anhörung schon darauf hingewiesen, dass es bei der Erstellung des Entwurfs des Positivlisten-Gesetzes aus Sicht der Betroffenenorganisationen extrem unbefriedigend war, dass man nur zwei bis drei Wochen Zeit hatte, um dieses sehr umfangreiche Dokument durcharbeiten und zu bewerten. In einer solchen Art und Weise kann man sich eine adäquate Beteiligung natürlich nicht vorstellen, zumal in den Selbsthilfeorganisationen überwiegend ehrenamtlich gearbeitet wird und nicht einige wenige aus eigener Machtvollkommenheit heraus Stellungnahmen abgeben, sondern umfangreiche Willensbildungsprozesse und Abfragen stattfinden müssen. Da ist der Punkt der Fristen extrem wichtig.

Diese Stellungnahmen sollten nicht einfach zu den Akten genommen werden, sondern es sollte eine Rückmeldung erfolgen. Daher sollte in den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen auf jeden Fall das Einfließen der

Stellungnahmen in die Entscheidung ausdrücklich festgehalten werden. Wenn das im Gesetz nicht vorgesehen wird, führt das in der Praxis häufig zu der unbefriedigenden Situation, dass man mit viel Mühe und großem Abstimmungsbedarf Stellungnahmen erarbeitet, damit die Betroffenenkompetenz in die Entscheidungen einfließen kann, dass aber letztendlich diese Stellungnahmen keine Rolle spielen.

Ein weiterer Punkt bei der Mitarbeit der Betroffenenorganisationen in Gremien ist, dass für Laien verständlich argumentiert werden muss. Als Mitglied in diversen Gremien habe ich die Erfahrung gemacht, dass diese Anforderungen die Qualität der Diskussion durchaus heben kann. Es ist also nicht so, dass auf einem niedrigeren Level diskutiert werden muss. Es ist vielmehr so, dass viele Punkte klarer ausgedrückt werden.

Ein weiterer Punkt, was die Mitwirkung in den Bundesausschüssen anbelangt, ist aus unserer Sicht, dass Minderheitenvoten auch kenntlich gemacht werden müssen, da sonst nicht klar ist, wie eine Entscheidung mit Beteiligung vieler verschiedener Akteure zustande gekommen ist. Es ist auch hervorzuheben, dass der Ressourcenaspekt im Auge zu behalten ist. Außerdem ist ganz klar herauszustellen, dass die Änderungen in § 20 Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Selbsthilfeförderung auch im Kontext der Stärkung der kollektiven Patientenrechte zu sehen sind und dass der unhaltbare Zustand, dass gesetzlich vorgesehene Zahlungen nicht bei der Selbsthilfe ankommen, beendet werden muss.

Ganz zum Schluss möchte ich auf die Frage eingehen, wie man Neutralität und Unabhängigkeit gewährleisten kann. Da kann ich für die BAGH darauf hinweisen, dass Leitsätze im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen schon vor längerer Zeit verabschiedet wurden, denen sich die Mitgliedsverbände unterworfen haben. Es gibt also durchaus Absicherungen. Was die maßgeblichen Verbände anbelangt, hatte ich vorhin schon auf Verfahrensmodelle wie die des Gleichstellungsgesetzes hingewiesen.

SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.): Erster Hinweis. Herr Schmidbauer, Sie erwähnten vorhin das SGB IX. Man muss einfach sehen, dass

zwischen guten Taten und der Realität häufig sehr große Unterschiede bestehen. Wir haben fast zwei Jahre warten müssen, bis man mit der BAR in Verhandlungen über die Förderung getreten ist.

Zweiter Hinweis. Es kommt darauf an, dass man die Struktur der Betroffenenorganisationen berücksichtigt, wenn man Beteiligung möchte. Das bedeutet natürlich, dass man andere Zeiträume und Fristen setzen muss. Das gilt auch für diese Anhörung: Wir sind am 18. eingeladen worden und sollten bis zum 20. eine Stellungnahme abgeben. Das kann man im Grunde genommen nur dann machen, wenn man schon vorher mit im Geschäft ist; ansonsten ist es unmöglich. Man muss also darauf achten, dass man die Beteiligung ernst nimmt und dass man sie inhaltlich ausfüllt.

Wir sind der Meinung, dass die gemachten Vorschläge nur ein allererster Schritt sind. Wir müssen von der formalisierten Verfahrensbeteiligung weg und hin zu einer qualitativen Beratungsbeteiligung kommen. Daher haben uns einzelne Punkte im Antrag der CDU/CSU gefallen.

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Der Verbraucherzentrale Bundesverband, für den ich hier spreche, bewertet den Gesetzentwurf als einen gelungenen Einstieg in die Transparenz und in die Beteiligung von Patienten. Es ist aus unserer Sicht insbesondere notwendig, ein institutionelles Korrektiv aufzubauen, das gegenüber den Eigeninteressen der Leistungsanbieter und der Kostenträger korrigierend wirkt. Deswegen ist es unausweichlich und notwendig, einen Patientenbeauftragten oder eine Patientenbeauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten zu implementieren.

Sowohl der Bundeskanzler als auch die Bundesgesundheitsministerin haben unterschiedliche Interessen abzuwägen. Es muss ein Katalysator implementiert werden, der zum einen dafür sorgt, dass die Patientenrechte weiterentwickelt werden, und der zum anderen die Patientenbeteiligung organisiert, damit die gesamten Optionen, die mit diesem Gesetzentwurf möglich werden, sozusagen mit Leben erfüllt und Betroffene beteiligt werden. Darüber hinaus muss ein Patientenschutzbericht veröffentlicht werden. Es wäre gut, wenn die Patientenorganisationen auch Initiativrechte im

Bundesausschuss hätten. Darauf sind meine Vorredner schon eingegangen. Wir schließen uns dieser Haltung an.

Die Beteiligungsrechte, die in §§ 90, 92, 111, 125, 128, 132 und 303 GMG vorgesehen sind, sind vielfältig. Leider handelt es sich erst einmal nur um das Recht, Stellung zu nehmen. Nach diesem ersten Schritt muss in den nächsten Jahren noch vieles ergänzt werden. Beispielsweise wäre eine Beteiligung an der Qualitätssicherung - siehe §§ 135 und 137 GMG - und an den Disease-Management-Programmen wünschenswert. Beim Medizinischen Dienst - siehe § 275 GMG - ist dies momentan noch ziemlich offen. Auch diese Regelung muss in den nächsten Jahren mit Leben erfüllt werden.

Ich möchte auf Seite 36 ff. unseres Papiers, das bei der Kommission für Nachhaltigkeit eingereicht worden ist, verweisen, wo wir Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligungen in den schon bestehenden Gremien des Gesundheitswesens auch auf Landesebene einfordern.

Ich möchte auch etwas zu den Aufgaben eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sagen. Dazu gibt es ein gemeinsames Kommuniké der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Medizingeschädigten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, des Sozialverbandes VdK Deutschland und der Verbraucherzentrale Bundesverband. Wir fordern ein Direktorium im Zentrum für Qualität in der Medizin, damit eine unabhängige Bewertung möglich ist und auch Informationen, die für Patienten sozusagen verständlich heruntergebrochen sind, der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Es wäre schön, wenn die Aufgaben dieses Direktoriums ergänzt werden würden oder wenn man andere Strukturen in Form eines Patienten- und Verbraucherbeirates in Betracht ziehen würde, damit die Patientinnen und Patienten mehr Einflussmöglichkeiten bekommen würden.

SV Ulrich Krüger (Aktion Psychische Kranke): Wir begrüßen die Aufnahme der Beteiligungsrechte im Gesetz außerordentlich und sehen darin einen Einstieg in die gleichberechtigte Beteiligung von Patienten und Patienten-

vertretern in Planung und Auswertung von Gesundheitsmaßnahmen.

Die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker haben in den letzten Jahren äußerst wertvolle Beiträge zur Entwicklung psychiatrischer Hilfesysteme geleistet. Es ist interessant, dass sich in dem Moment, in dem Patientenvertreter in Abstimmungsgremien einbezogen werden, die Diskussionsbeiträge von anderen Beteiligten ändern. Es werden auch bei den Leistungsträgern und bei den Leistungserbringern ganz andere Kompetenzen abgerufen. Wir begrüßen das außerordentlich.

Ich möchte noch eine Ergänzung machen. Es gibt in verschiedenen Bereichen Fachverbände, die frei von wirtschaftlichen Interessen sind. Sie betreiben also weder eigene Einrichtungen noch fungieren sie als Leistungsträger. Die Aktion psychisch Kranke ist ein solcher Verband. Beiträge von diesen Verbänden können die Diskussion befördern. Aus unserer Sicht sollte man daher die Selbsthilfebündung nicht zu eng verstehen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte ein neues Thema ansprechen. Meine Frage bezüglich der verstärkten Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen geht an den AOK-Bundesverband, die Verbraucherzentrale Bundesverband und an das Bundesversicherungsamt. Halten Sie die Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen für angezeigt? Halten Sie es für zweckmäßig, die Korruptionsbekämpfungsstellen auf Kassenebene anzusiedeln? Bedarf die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der beteiligten Stellen der Konkretisierung im Gesetz?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen die Anstrengungen zur Korruptionsbekämpfung. Allerdings weise ich darauf hin, dass die Strafverfolgung Ländersache ist, sodass mit dem Korruptionsbeauftragten auf Bundesebene möglicherweise gar nicht so viel gewonnen werden kann. Wir erachten es als positiv, dass insbesondere die KVen zur Meldung von entsprechenden Fällen an die Staatsanwaltschaft verpflichtet werden. Aus den nun vorgesehenen Regelungen könnte man schließen, dass sie dies in der Vergangenheit nicht allzu häufig getan haben.

Des Weiteren möchte ich darauf hinweisen, dass die Regelungen in dem GMG-Entwurf doch sehr stark auf den ambulant-ärztlichen Bereich fokussiert sind. Wir könnten uns vorstellen, dass die Korruptionsbekämpfung auch auf weitere Leistungsbereiche - Krankenhäuser, Arzneimittelbranche, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten etc. - ausgedehnt werden. Dies erachten wir als wünschenswert.

Zur Frage, auf welcher Ebene dies angesiedelt werden soll, muss ich sagen, dass dies § 197 SGB V berührt. Aus Effizienzgründen und aufgrund der Verwaltungskosten regen wir an, diese Korruptionsbekämpfungsstellen auf der Ebene des Landesverbandes und nicht auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse anzusiedeln.

Die Einrichtung eines Beauftragten für die Korruptionsbekämpfung auf Bundesebene begrüßen wir. Er soll von allen Personen angesprochen werden können. Wir regen an, dass dies insbesondere von den betroffenen Institutionen getan werden sollte. Dies ist aber im Gesetzentwurf in dieser Form nicht vorgesehen. Außerdem ist zu sagen, dass man die Stelle hauptamtlich und nicht ehrenamtlich besetzen sollte.

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir begrüßen die vorgeschlagenen Maßnahmen, da es nicht sein kann, dass der Versicherte zwar Beiträge zu entrichten hat, aber nicht sicher sein kann, dass diese effizient eingesetzt werden und dass nicht weiterhin Korruption - ich nenne in diesem Zusammenhang den Bereich des Zahnersatzes - stattfindet. Die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind gefragt, ihre Aufgabe vernünftig wahrzunehmen. Außerdem müssen sie neue Instrumente an die Hand bekommen.

Korruption betrifft unter Umständen auch die Sachverständigen. Das ist auch der Grund dafür, warum wir eine Akkreditierung von Selbsthilfegruppen in einem anderen Kontext gefordert haben. Es muss auch da mehr Transparenz über vorhandene Abhängigkeiten geben.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Frage zum Thema Korruption an die Verbraucherzentrale und an das Bundesversicherungs-

samt. Das BMGS soll einen Beauftragten für die Bekämpfung von Missbrauch und Korruption berufen. Der Vertreter der AOK ist auf diese Frage schon eingegangen. Ich hätte gerne von Ihnen gewusst: Halten Sie die Berufung eines Beauftragten für Korruptionsbekämpfung auf Bundesebene für angezeigt und richtig? Erscheint Ihnen die Ausgestaltung des Amtes insbesondere hinsichtlich der ehrenamtlichen Stellung und der Informationsrechte gegenüber den beteiligten Stellen für sinnvoll?

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Da kein Vertreter des Bundesversicherungsamtes im Raum ist, bitte ich die Verbraucherzentrale, diese Fragen zu beantworten.

SV **Thomas Isenberg** (Verbraucherzentrale bundesverband e.v.): Wir wollen kein Korruptionsbeauftragtenunwesen schaffen. Man braucht Beauftragte, um eine Funktion sicherzustellen. Wir sind der Meinung, dass dies beim Patientenbeauftragten der Fall ist. Bei den Rechten des Korruptionsbeauftragten muss man wahrscheinlich nachbessern. Es muss allerdings geprüft werden, wie weit diese Rechte unter verfassungsrechtlichen Aspekten gehen können. Darüber hinaus halten wir es für sinnvoll, dass sich jeder Bürger an diese Stellen, also auch an den Bundesbeauftragten, wenden kann.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Zuerst habe ich eine Frage bezüglich des Korruptionsbeauftragten an die Bundesärztekammer. Warum spricht die Bundesärztekammer in ihren öffentlichen Erklärungen von einer Misstrauenskultur gegenüber der Ärzteschaft, die diesen Gesetzentwurf auszeichnet? Müssten nicht gleichermaßen alle Partner im Gesundheitswesen einbezogen werden?

Ich habe eine weitere Frage an die Bundesärztekammer zur Stärkung der Patientensouveränität. Was halten Sie von der Einrichtung eines Patientenbeauftragten und von seiner Beteiligung an Entscheidungsprozessen der Selbstverwaltung? Wie sollte diese Beteiligung aussehen - Mitwirkung an Entscheidungen oder Anhörungsrechte? Welche Erfahrungen hat die Bundesärztekammer bei der Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen gemacht?

Ich habe abschließend noch eine Frage an Frau Pitschnau-Michel. Die Beteiligungsrechte von Patientinnen und Patienten werden durch die Schaffung des Zentrums für Qualität in der Medizin erweitert. Meinen Sie, dass dieses Zentrum in der Lage ist, die Qualität in der Medizin zu gewährleisten, und dass die Patienten aufgrund der Regelungen im Gesetz dazu etwas Positives beitragen können?

SVe **Dr. Ursula Auerswald** (Bundesärztekammer): Wir haben im Zusammenhang mit der Einführung eines Korruptionsbeauftragten, wie sie im GMG vorgesehen ist, von einer Misstrauenskultur gesprochen, weil wir der Meinung sind, dass die Ärzteschaft - genau wie alle anderen Beteiligten im Gesundheitswesen - Teil unserer Gesellschaft ist. Auch für sie gilt das Antikorruptionsgesetz und die entsprechenden Straf- und Zivilgesetzgebung. Daher will ich an dieser Stelle ausdrücklich sagen, dass wir die Einführung eines Korruptionsbeauftragten für unverschämt halten.

Nach dem Gesetz erstrecken sich die Ermittlungsbefugnisse dieses Beauftragten auf illegales sowie auf gesellschaftspolitisch nicht akzeptables Verhalten. Jeder kann also dem Korruptionsbeauftragten einen Tipp geben, nach dem Motto: Dieser Arzt ist gesellschaftlich nicht en vogue. - Ist das zivilrechtlich und strafrechtlich von Relevanz? Ich bitte Sie, einmal darüber nachzudenken. Ich muss noch einmal betonen, dass auch die Ärzteschaft zu dieser Gesellschaft gehört.

Den Punkt Beteiligung von Patientinnen und Patienten und Selbsthilfeorganisationen finde ich ausgesprochen wichtig. Während der Zusammenarbeit mit Patientenverbänden habe ich erfahren, dass erst einmal Anhörungsrechte das Ziel waren, aber noch keine Entscheidungsbefugnisse Eingang finden sollten.

Mit dem Patientenforum, einem Zusammenschluss der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der BAGH und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, haben wir ausgesprochen positive Erfahrungen gemacht. Durch die Zusammenarbeit mit Hart und Francke, die das Gutachten über Patientenbeteiligung in Nordrhein-Westfalen erstellt haben, habe ich sehr viel dazu gelernt. Zum Beispiel habe ich erfahren, dass es wichtig ist, Patientenverbände bei der Erstellung von Leitlinien, so genannten National Guidelines, zu

beteiligen. Das haben wir über das ÄZQ, das ärztliche Zentrum für Qualität, installiert. Im Internet gibt es außerdem unter www.patienteninformation.de Informationen über Krankheiten für Patientinnen und Patienten. Diese Informationen sind von Patientenverbänden gegengelesen worden sind und werden auf verständliche Art und Weise ins Internet gestellt. Die Kooperation im Patientenforum ist ausgesprochen positiv.

SVe Dorothea Pitschnau-Michel: Ich wurde nach der grundsätzlichen Einschätzung gefragt, welche Bedeutung das Zentrum für Qualität in der Medizin in den kommenden Jahren für die Patienten haben kann. Ich komme aus dem Bereich der Patientenorganisationen und bin also neben dem Vertreter der Aktion psychisch Kranke eine derjenigen, die die Patientenseite organisch vertritt.

Die Beteiligungsrechte der Patienten, die im GMG vorgesehen sind, gehen natürlich in die richtige Richtung, da aus unserer Sicht eine Beteiligung unabdingbar ist. Grundsätzlich ist aber zu fragen, ob ein Zentrum für Qualität in der Medizin wirklich in die richtige Richtung weist. Ich will Ihnen kurz ein Beispiel nennen, das sehr deutlich macht, dass dieses nicht unbedingt der Fall sein muss. Sie wissen alle, dass in England ein entsprechendes Institut, nämlich das NICE-Institut, seit vielen Jahren existiert. Dort ist bis zum letzten Jahr zum Beispiel Multiple-Sklerose-Patienten die Versorgung mit neuen, innovativen, sehr gut überprüfbareren Medikamenten verweigert worden - und das offensichtlich aus Kostengründen. Hier haben es Patientenorganisationen, die europa- und weltweit tätig sind, erreichen können, dass zumindest ein bestimmter Anteil der Patienten - er liegt bei 10 Prozent - diese Mittel erhält. - So viel zu den grundsätzlichen Aspekten.

Welche Mitwirkung können Patienten bieten? Viele Patientenorganisationen haben inzwischen in Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten sehr umfangreiche Möglichkeiten, dezidiert Stellungnahmen zu bestimmten Bereichen abzugeben und hier eine wertvolle Ergänzung auch im Hinblick auf die Entwicklung von Therapieleitlinien zu bieten. Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft zum Beispiel hat bereits im Jahr 2000 eine so genannte Konsensempfehlung zur Therapie der MS herausgegeben, die mit den Ländern Öster-

reich, Schweiz und Deutschland abgestimmt war und die inzwischen als Leitlinie von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie anerkannt worden ist.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe mehrere Fragen an die Spitzenverbände der Krankenkassen - es reicht mir, wenn ein Vertreter antwortet - und an die KBV.

Die erste Frage: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Modellversuch in Rheinhessen bezüglich der Patientenquittung gesammelt?

Die zweite Frage: Welches Ziel verfolgt man allgemein mit dieser Patientenquittung? Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit man dieses Ziel tatsächlich erreicht?

Die dritte Frage: Ist es richtig, wenn man von einer Patientenquittung spricht, die der Patient eigentlich unterschreiben müsste? Wäre es nicht richtiger, wenn man sagen würde, es handele sich hierbei um einen Abrechnungsbeleg, auf dem Leistungen und Gegenleistungen dargestellt werden?

SV Michael Weller (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal möchte ich darauf hinweisen, dass man die Erfahrungen mit der Patientenquittung damit überschreiben könnte, dass zwar vieles behauptet, aber wenig belegt wird. Diese Erkenntnis kann man daraus ableiten, dass Kostenkenntnis nicht immer mit Kostenbewusstsein gleichzusetzen ist. Gerade der Versuch in Rheinland-Pfalz, Patientenquittungen auszugeben, hat gezeigt, dass nur ein geringes Interesse an einer Patientenquittung zu erkennen war. In Rheinhessen ist im Laufe des Modellversuches das Interesse an der Patientenquittung zurückgegangen: Nach einiger Zeit haben sich nur noch rund 8 Prozent der Versicherten für eine Quittung interessiert.

Neben der Tatsache, dass das Interesse der Versicherten abnimmt, ist bei diesem Modellversuch auch herausgekommen, dass das Interesse an der Abrechnung selbst gering war. Größer war das Interesse an der Nachvollziehbarkeit der Behandlung, also an der Frage: Was wird mit mir gemacht? Es wird also eher die Frage der Compliance gestellt. - Das sind im Kern die Erkenntnisse aus dem Modellversuch in Rheinhessen.

Damit ist die Frage nach den Zielen einer Patientenquittung beantwortet. Es geht weniger um eine Kostensteuerung, sondern um das Interesse des Patienten an der Teilhabe an der medizinischen Behandlung und um die Kenntnis des Patienten darüber, was mit ihm gemacht wird.

SV Horst Dieter Schirmer (Bundesärztekammer): Wir können das, was hier geschildert worden ist, im Grunde genommen bestätigen. Man kann aus diesem Modellversuch die Schlussfolgerung ziehen, dass eine Patientenquittung nur ein freiwilliges Angebot an Versicherte sein sollte und es keine zwangsweise Einführung eines solchen Verfahrens für alle geben sollte; ganz abgesehen davon, dass, würde man für alle eine Patientenquittung einführen, die Kosten zwischen 800 Millionen und 1,6 Milliarden Euro liegen würden.

Wenn man dieses Verfahren also einführt, dann dient es nur der Transparenz. Rein rechtlich gesehen ist das ja keine Quittung, sondern eine Bestätigung eines Vorganges, eine Bestätigung, welche Leistungen erbracht worden sind und welche vorläufigen Kosten angefallen sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung steht einer solchen Regelung, wenn sie darauf basiert, dass eine Patientenquittung nur auf Verlangen des Patienten gewährt wird, durchaus aufgeschlossen gegenüber.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen zum Themenkomplex „Gesundheitskarte und Datentransparenz“, und zwar zunächst an Herrn Dr. Zipperer: Erläutern Sie uns bitte noch einmal die Gründe für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Inhalte, die auf ihr gespeichert werden sollen. Zudem habe ich die Frage, inwieweit Daten, die auf der Gesundheitskarte abgespeichert werden, auch für die Versorgungsforschung nutzbar gemacht werden könnten und ob hierbei gegebenenfalls datenschutzrechtliche Aspekte im Wege stehen. Weiterhin habe ich die Frage, ob Sie es für sinnvoll halten, die elektronische Gesundheitskarte anzubieten, bevor eine entsprechende Infrastruktur existiert und bevor über Kosten-Nutzen-Aspekte sinnvoller Anwendungen Erkenntnisse vorliegen.

Dann habe ich gemeinsam an Herrn Dr. Zipperer und an den BKK-Bundesvorstand

zwei Fragen zur Kostensituation: Wie viel teurer als die heutige Versichertenkarte ist die Gesundheitskarte und wodurch werden diese Kosten, die zusätzlich entstehen, in erster Linie verursacht? Was kann getan werden, um diese Kosten zu minimieren?

Schließlich eine Frage zum Thema „Missbrauch“: Wäre die Einführung einer Krankenversicherungskarte mit Lichtbild geeignet, Missbrauch zu verhindern, und könnte man den Missbrauch, der dadurch entsteht, dass eine Karte durch mehrere Personen benutzt wird, nicht auch dadurch verhindern, dass man die Krankenversicherungskarte mit einer Selbstbeteiligung bei der Leistungsanspruchnahme verknüpft, wie das im Unionsentwurf vorgesehen ist?

SV Dr. Manfred Zipperer: Die gegenwärtige Krankenversicherungskarte ist technisch steinzeitlich. Sie entspricht nicht den modernen Anforderungen der Informationstechnologie. Aus diesem Grunde ist es notwendig, in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Werkzeug zu schaffen, das den modernen informationstechnischen Anforderungen entspricht. Ich verspreche mir von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, also von der Einführung papierloser Verfahren, einen enormen Schub im Hinblick auf die Ablösung Kostenfressender, papiergebundener Verfahren, wie sie bereits in vielen anderen Bereichen unserer Wirtschaft gang und gäbe sind.

Natürlich wäre es wünschenswert, Herr Abgeordneter, dass, bevor die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wird, die dafür notwendige Infrastruktur vorhanden ist, das heißt, die Sicherheits-, Kommunikations- und Informationsinfrastruktur zur Verfügung steht, die noch von den Beteiligten - so ist es im Gesetzentwurf vorgesehen - geschaffen werden müsste. Es ist viel einfacher - das gebe ich zu -, eine elektronische Gesundheitskarte einzuführen und zugleich in einem mühsamen Prozess diese Infrastruktur durch die Beteiligten vereinbaren zu lassen. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass das Datum 1. Januar 2006 nur dann erfolgreich eingehalten werden kann, wenn die wichtigsten Bausteine der Infrastruktur vorhanden sind. Dabei kommt es sehr auf die Zusammenarbeit der Beteiligten an.

Was die Kosten der Gesundheitskarte betrifft: Nach meiner Kenntnis werden Angaben von

etwa 250 Millionen Euro gemacht. Das hängt davon ab, wie die Gesundheitskarte im Einzelnen ausgestattet ist, welche Funktionalitäten sie aufweist und was mit ihr gemacht werden kann, also nicht gemacht werden muss, zum Beispiel die digitale Unterschrift, Verschlüsselungsverfahren usw. Man kann sich durchaus vorstellen, dass es hier Abstufungen gibt, dass zu Beginn der Einführung noch nicht all das zur Verfügung steht, was technisch überhaupt machbar und wünschbar ist.

Was Ihre Frage zum Lichtbild betrifft: Ich bin der Meinung, dass ein solches Lichtbild hilfreich ist. Dies ist mit einem gewissen schicken Charakter verbunden; denn man hat heute gerne - denken Sie nur an die Bahn-Card - ein persönliches Kennzeichen und nicht nur Buchstaben auf einer solchen Karte. Ein solches Lichtbild könnte uns dabei helfen - wenn auch nicht ausschließlich -, die Inanspruchnahme ein und derselben Karte durch mehrere Personen zu vermeiden.

SV Theodor van Stiphout (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Herr Abgeordneter Storm, Sie hatten vor dem Hintergrund dessen, was wir jetzt im GMG-Entwurf vorliegen haben, an uns insbesondere die Frage gerichtet, für wie viel teurer als die heutige Versichertenkarte wir die Gesundheitskarte halten. Wir gehen davon aus, dass bei 72 Millionen GKV-Versicherten allein die Ergänzung der Versichertenkarte um das Lichtbild ohne Mehrwertsteuer 3,78 Euro je Karte betragen wird - darin sind übrigens nicht die Infrastrukturkosten enthalten -, sodass auf uns bei einem Big Bang - will heißen: Austausch aller Karten zum 1. Januar 2006 - rund gerechnet 500 Millionen Euro zurollen. Gerade deswegen haben wir uns für ein Stufenkonzept eingesetzt.

Wir halten dem Grunde nach nichts davon, die Karte mit einem Lichtbild zu versehen. Ich nenne das Stichwort „Biometrie“. Es gibt heute sicherlich wesentlich fortschrittlichere Möglichkeiten, den rechtmäßigen Inhaber zu identifizieren. Gerade aus diesem Gesichtspunkt heraus wäre es sicherlich angebracht, den Personalausweis ergänzend vorzulegen. Aber auch dazu nur kurz das Stichwort „Jugendbild“: Was nützt es - um es einmal extrem auszudrücken -, wenn ein 56-Jähriger, der eine Leistung in Anspruch nimmt, ein Lichtbild vorlegt, auf dem er 16 Jahre alt ist?

Um diese Kosten von rund gerechnet 500 Millionen Euro zu reduzieren, wäre ein stufenweiser Einstieg ab dem 1. Januar 2006 sinnvoll. Aus unserer Sicht sollten dann auch bestimmte Funktionalitäten, insbesondere das E-Rezept, vorhanden sein. Die Serverlösung ist natürlich ein ganz wichtiges Stichwort; dafür haben wir uns gemeinsam ausgesprochen. Als Drittes haben wir gesagt: Die Leistungsanspruchnahme innerhalb der Europäischen Union sollte sichergestellt werden, um das aufwendige formale Bescheinigungswesen zu reduzieren.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Eine Nachfrage an Herrn Dr. Zipperer. - Es stellt sich ja das Problem, dass die Kosten für die Implementierung dieser Systeme und die Erträge durch die Implementierung dieser Systeme unterschiedliche Beteiligte im Gesundheitswesen - wenn man etwa an die Krankenkassen und die Leistungserbringer denkt - betreffen. Wie ist hier eine sinnvolle finanzielle Lastenbeteiligung anzugehen?

SV Dr. Manfred Zipperer: Herr Storm, die Beobachtung ist richtig: Bei einer flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte und der damit verbundenen Anwendungen - elektronisches Rezept, elektronischer Arztbrief und, später, elektronische Patientenakte - werden insbesondere in der Einführungsphase bei den Leistungserbringern, vor allem bei den niedergelassenen Ärzten, aber auch bei den Krankenhäusern und den Apothekern, die Hauptinvestitionskosten anfallen, während bei den Kostenträgern, also insbesondere bei den gesetzlichen, aber auch bei den privaten Krankenversicherungen, der Hauptnutzen sichtbar wird.

Bei der flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte und dem Aufbau der dafür notwendigen Infrastruktur im Rahmen der Informationstechnologie wird es eine der schwierigsten Aufgaben werden, die erforderlichen Transfers zwischen den Beteiligten vorzunehmen. Denn ich kann mir nicht vorstellen, dass die Milliardeninvestitionen, die hier getätigt werden müssen, jeweils allein aus den Budgets der Ärzte und der Krankenhäuser oder aus den in diesem Jahr eingeeisten Verwaltungskosten der Krankenkassen bestritten werden. Hier sind nach meiner Auffassung Anreize vonseiten des

Gesetzgebers notwendig, die es den Beteiligten ermöglichen, in diesem Bereich mehr zu tun. Wenn das stärker im Gesetz berücksichtigt würde, würde ich das sehr begrüßen.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Offen gefragt: Haben Sie, Herr Dr. Zipperer, oder hat einer der anderen Sachverständigen eine Idee, wie diese Anreize aussehen könnten? Denn es geht ja bei der Anschubfinanzierung um erhebliche Beträge, um Beträge in einer Größenordnung von einer halben Milliarde Euro; das ist eine ganze Menge. Das Projekt darf ja nicht daran scheitern, dass eine solche Finanzierung nicht möglich ist. Haben Sie also einen Vorschlag, wie man ein solches Ausgleichssystem gestalten könnte?

SV **Dr. Manfred Zipperer**: Ich bin der Meinung, dass auf jeden Fall in der ärztlichen Vergütung Anreize geschaffen werden sollten. Solche gibt es bereits in einigen Ländern im Ausland. Das heißt, wenn ein Arzt mit telemedizinischen Anwendungen arbeitet, dann sollte ihm, wenn er zum Beispiel Informationen elektronisch übermittelt, zusätzlich zur normalen Vergütung ein Zuschlag gewährt werden. Es sollte natürlich auch Anreize für den stationären Bereich geben. Man sollte sich überlegen, welche Anreize man den Apothekern, die beim elektronischen Rezept eine entscheidende Rolle spielen, bietet.

Die Frage ist: Wie gestaltet man das bei den Krankenkassen? Ich könnte mir vorstellen, dass man dem Krankenkassenbereich im Hinblick auf die Ausgaben, die für die Einführung der Gesundheitskarte getätigt werden müssen, ähnliche Anreize bietet, wie man dies im Bereich der Disease-Management-Programme getan hat, nämlich über den Risikostrukturausgleich. Falls es bei den Verwaltungsausgaben noch einmal zu einer Nullrunde kommen sollte, sollte man, wenn man die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wirklich vorantreiben will, diese Ausgaben einer gesonderten Berücksichtigung unterziehen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir sind damit zeitlich am Ende dieses Blocks. Ich darf mich bei denjenigen, die sich an der Diskussion beteiligt haben, recht herzlich bedanken.

(Unterbrechung der Sitzung von 16.57 bis 17.15 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Die unterbrochene Sitzung ist wieder eröffnet.

Wir kommen nun zum zehnten und gleichzeitig letzten Komplex unserer öffentlichen Anhörung, der die verfassungsrechtlichen Aspekte der Reform zum Gegenstand hat. Ich begrüße diejenigen, die zur Beantwortung unserer Fragen zur Verfügung stehen, sehr herzlich und bedanke mich im Namen des Ausschusses, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind. Ich sehe, dass alle Verfassungsrechtler als Einzelsachverständige und die Vertreter des Bundeskartellamtes, des BMJ und des BMI anwesend sind.

Wir können nun mit der Befragung beginnen. Für alle, die das Verfahren noch nicht kennen, erläutere ich es kurz: Jede Fraktion hat ein Zeitkontingent. Es gibt zwei Fragerunden, in denen die SPD und die CDU/CSU je 18 Minuten und Bündnis 90/Die Grünen und FDP je neun Minuten erhalten. Für die Befragung sind eineinhalb Stunden vorgesehen. Wir beginnen mit der SPD-Fraktion.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Ebsen und an Herrn Professor Neumann: Begegnet es aus Ihrer Sicht verfassungsrechtlichen Bedenken, die Hausärzte und einige Facharztgruppen weiterhin dem tradierten Kollektivvertragsregime zuzuordnen, die überwiegende Zahl der neuen Vertragsfachärzte aber mit Einzelverträgen in die Versorgung zu integrieren?

SV **Prof. Dr. Ingwer Ebsen**: Ich bin der Meinung, dass hier in der Tat eine Ungleichbehandlung von Gruppen vorliegt, die der Rechtfertigung bedarf. Zur Rechtfertigung kann man die unterschiedlichen Funktionen heranziehen, die den verschiedenen Ärztegruppen zugeordnet werden. Man kann auch aus anderen Regelungen erkennen, dass bei den Ärztegruppen, die in der vertragsärztlichen Versorgung bleiben, die Primärversorgungsfunktion eine größere Rolle spielt, wie man es von den Hausärzten sowieso erwartet; in der Gesetzesbegründung wird von Basisfunktion gesprochen. Damit verbunden ist eben auch, dass auf die Versicherten keine zusätzlichen finanziellen

Lasten zukommen, wenn sie diese Ärzte aufsuchen.

Das allein ist vielleicht noch kein starkes Argument. Aber es muss auch berücksichtigt werden, dass der Gesetzgeber im Rahmen von Art. 3 des Entwurfes eine sehr einschneidende Veränderung des Gesamtsystems vornimmt. Bei einer solch einschneidenden Veränderung ist es durchaus legitim, diese zunächst einmal auf einen Sektor zu begrenzen, um auf diese Weise Erfahrungen für weitere Schritte zu sammeln.

Die Zusammenschau dieser beiden Argumente halte ich für eine hinreichende sachliche Rechtfertigung.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Im Ergebnis sehe ich das genauso. Es liegt eine Ungleichbehandlung vor, die aber rechtfertigungsfähig ist. Der Hauptgrund ist die Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in der schwierigen Phase des Übergangs. Es gibt zu den Einzelverträgen noch keine Erfahrung. Ich denke, der Gesetzgeber tut gut daran, Hausärzte und Ärzte mit Primärarztfunktionen zunächst im alten System zu belassen.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe auch eine Frage an Herrn Professor Ebsen und Herrn Professor Neumann.

Die Facharztverbände vertreten die Auffassung, dass zugelassene Fachärzte durch das GMG, wie sie sagen, auf kaltem Wege ereignet würden, weil sie ihre Praxis nicht mehr an einen Nachfolger verkaufen könnten, der dann automatisch auch eine Zulassung erhält. Die Praxis der meisten Fachärzte werde dadurch wirtschaftlich entwertet. Das GMG greife mit dieser Entwertung in unzulässiger Weise in verfassungsrechtlich geschützte Positionen der Ärzte ein. Teilen Sie diese Ansicht?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Zunächst muss man sich ansehen, an welchem Grundrecht das zu messen ist. Beim Thema Entwertung geht es um die Frage, inwieweit sich der Goodwill einer Praxis dadurch verringert, dass künftige Erwerber andere Marktbedingungen haben. Das betrifft im Grunde nicht das Erworbenene, das durch Art. 14 des Grundgesetzes geschützt ist, sondern eher den künftigen Erwerb; das

wäre Art. 12 des Grundgesetzes. Bezogen auf Art. 12 muss man aber feststellen, dass es genau genommen nicht um den künftigen Erwerb des Arztes geht, der die Grundrechtsverletzung geltend macht.

Wenn man unter diesen Aspekten dennoch eine Schutzlücke sieht und sagt, das durch eigene Arbeit entstandene Potenzial des Goodwills sei ausnahmsweise doch durch Art. 14 gestützt, dann muss man sehen, dass das, was als Entwertung bezeichnet wird, eigentlich nichts anderes ist als der Unterschied zwischen dem Wert einer Praxis unter den Bedingungen eines Zulassungssystems und dem Wert einer Praxis unter den Bedingungen eines offenen Marktes. Dieser Unterschied ist durch staatliche Regulierung, nämlich durch den Ausschluss anderer, entstanden. Das ist vergleichbar mit der Situation in anderen Bereichen, zum Beispiel bei den Notaren. Dieser Wert, der sich allein durch staatliche Aktivitäten ergibt, ist sicherlich nicht durch Art. 14 geschützt. Insofern sehe ich hier kein Grundrechtsproblem durch eine etwaige Entwertung.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Der Zulassungsstatus ist eine öffentlich-rechtliche Position, die gewährt wurde. Nach allen Grundsätzen der Dogmatik zu Art. 14 des Grundgesetzes hat eine solche Position keinen Eigentumschutz. Die Zulassung beruht nicht auf Eigenleistung; vor allen Dingen ist sie nicht grundsätzlich Verfügungsbefugt. Es ist eben nicht möglich, den Zulassungsstatus an einen anderen weiterzugeben. In Ihrer Frage haben Sie darauf hingewiesen, dass der Nachfolger bisher automatisch die Zulassung bekommen habe. Ich habe meine Zweifel, ob diese Praxis immer so mit dem Gesetz übereingestimmt hat.

Was ist in diesem Fall eigentlich das Eigentum? Eigentum ist die Arztpraxis. Ich sehe aber nicht, dass hier eingegriffen wird. Art. 14 des Grundgesetzes schützt den Bestand, ist aber keine Tauschwertgarantie. Dass sich die Chance einer Veräußerung verschlechtert und weniger zu bekommen ist, das ist nichts, wogegen Art. 14 schützt.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Professor Neumann und an Herrn Professor Ebsen.

Ärzte, die über Kollektivverträge an der Versorgung beteiligt sind, werden von einer möglicherweise eintretenden Überversorgung nicht betroffen. Die befristete Zulassung ist hier unabhängig vom Versorgungsbedarf und wird verlängert, sofern sie ihrer Fortbildungspflicht genügt haben. Ärzte, die über Einzelverträge an der Versorgung beteiligt sind, tragen hingegen das Risiko einer eintretenden Überversorgung. Ihr befristeter Versorgungsvertrag wird nicht verlängert, wenn der Versorgungsbedarf nicht mehr besteht. Ist diese Differenzierung Ihrer Einschätzung nach verfassungsrechtlich problematisch?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Es findet in der Tat eine Ungleichbehandlung statt, und zwar innerhalb der Gruppe der - ich nenne es einmal so - Spezialistenfachärzte. Genau genommen ist es eine Ungleichbehandlung zwischen denen, die schon im System sind, und denen, die noch hinein wollen. Das halte ich für gerechtfertigt, soweit es um den Vertrauensschutz derer geht, die schon im System sind. Sie haben unter den Bedingungen eines bestehenden Zulassungssystems ihre Investitionen getätigt und sind davon ausgegangen, dass sie sich auf dieses System verlassen können. Das muss gerechtfertigt werden. Insofern entsteht hier eine typische Situation der Ungleichbehandlung, da bei einer Systemänderung Vertrauensschutz besteht.

Allerdings muss man sagen, dass es in Gebieten mit Zulassungsbeschränkung schon jetzt eine Ungleichbehandlung zwischen alten und neuen Ärzten gibt. Neue Ärzte kommen in Gebiete mit Zulassungsbeschränkung nicht hinein.

Hinzu kommt, dass sich im neuen System jeder Arzt überlegen muss, auf welche Vertragsbedingungen er Wert legt. Eine kurze Vertragsdauer wird für die Krankenkassen natürlich teurer sein, weil die Amortisationsbedingungen andere sind als bei einem langfristigen Vertrag.

In einem Punkt aber bleiben meines Erachtens Bedenken bestehen. Die Übergangsfrist geht für jeden einzelnen Arzt, der im alten System ist, bis zu seinem 68. Lebensjahr. So lange ist eine Ungleichbehandlung gegeben. Ich habe den Eindruck, dass Vertrauensschutz keine so lange Frist erfordert.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Es ist verblüffend: Herr Ebsen hat das gesagt, was auch ich ausführen wollte. Vertrauensschutz stellt natürlich eine Rechtfertigung dar, aber die Frage ist, ob es gerechtfertigt ist, einen jetzt 30-Jährigen, der vor einem halben Jahr die Zulassung bekommen hat, bis zu seinem 68. Lebensjahr im alten System zu belassen. Darüber kann man schon ins Grübeln kommen.

Allerdings denke ich nicht, dass man deshalb annehmen kann, hier läge eine Verfassungswidrigkeit vor. Der Gesetzgeber hätte aber einen größeren Spielraum gehabt und die Dauer einer Zulassung beschränken, den Zeitraum auf zehn oder 15 Jahre festlegen können.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Professor Neumann und Herrn Professor Ebsen.

Mir ist an der Klärung einer Spezialfrage zum Thema „Gesundheitszentrum für die ambulante Versorgung“ gelegen. Nach meiner Information schließen das bayerische und das sächsische Landesrecht die Etablierung von Heilkunde-GmbHs aus, die sich allein auf die ambulante Versorgung erstrecken. Überlagert und verdrängt das SGB V in diesem Fall das Landesrecht oder gilt umgekehrt der Vorrang des Landesrechtes? Wäre der Bundesgesetzgeber gegebenenfalls verfassungsrechtlich daran gehindert, eine sozialrechtliche Ermächtigung für die Etablierung von Heilkunde-GmbHs und integrierende Versorgungsformen zu schaffen?

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Dass es zwischen dem Kompetenztitel der Sozialversicherung, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes, und den Länderkompetenzen im allgemeinen Berufsrecht der Ärzte Überschneidungen gibt, ist nicht selten. Es gilt der Grundsatz - ich kürze es einmal ab -: Bundesrecht bricht Landesrecht. Wenn es zu solchen Überschneidungen kommt - in der Qualitätssicherung beispielsweise ist das häufig der Fall - gilt Folgendes: Die landesrechtliche Regelung ist restriktiv verfassungskonform auszulegen, und zwar dahin gehend, dass sie sich nur auf die Ärzte bezieht, die nicht Vertrags- oder Kassenärzte sind, also auf die rein privatärztliche Versorgung.

Allerdings hätte das eine Folge, die man nicht umgehen kann. Wenn in einigen Ländern, wie

es in der Frage angedeutet war, die Regelung besteht, dass die ambulante ärztliche Tätigkeit freiberuflich ausgeübt werden muss, dann würde das bedeuten, dass diese Regelung nicht für Vertragsärzte gilt, wohl aber in Ansehung von Gesundheitszentren. Gesundheitszentren, die Ärzte abhängig beschäftigen, dürften dann wohl nicht privatärztlich tätig sein.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: In diesem Feld gibt es in der Tat eine inhaltliche Überschneidung von Bundes- und Landeskompetenzen; das ist nicht selten. Man muss den Einzelfall betrachten und darf nicht von vornherein sagen, dass die Bundeskompetenz im Überschneidungsbereich die Landeskompetenzen immer verdrängt.

Man muss prüfen, ob der Regelungsgegenstand durch die Kompetenz gedeckt ist und ob der Regelungszweck der Kompetenz entspricht. Regelungsgegenstand bedeutet die durch die Regelung gesetzte Rechtsfolge. Das ist hier relativ klar. Der Regelungsgegenstand bezieht sich ausschließlich auf die Versorgung im Rahmen der Sachleistung der GKV. Insofern ist die gesetzte Rechtsfolge entsprechend.

Der Regelungszweck ist bei den Gesundheitszentren die Förderung fächerübergreifender Kooperation, was man schon daran erkennen kann, dass Gesundheitszentren im Prinzip - mit der im Detail auch gerechtfertigten Ausnahme für die Dialyse - fächerübergreifend sein müssen, mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Insofern meine ich, dass hier auch der Regelungszweck durch das Aufgabenfeld Sozialversicherung gedeckt ist.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Professor Ebsen und Herrn Professor Neumann.

Gesundheitszentren sind potenziell sozusagen auf „ewig“ zugelassen. Sie unterliegen anders als die Vertragsärzte keiner Altersgrenze und können sich durch Rekrutierung neuer Ärzte und Ärztinnen immer wieder verjüngen. In Gebieten mit Zulassungssperre ist der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung möglicherweise nur noch im Angestelltenverhältnis möglich. Sehen Sie darin ein verfassungsrechtlich relevantes Problem?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Das betrifft die Haus-, Augen- und Frauenärzte. Ich sehe hier in Gebieten mit Überversorgung sehr wohl ein Problem. Ich gehe davon aus, dass die Tätigkeit als selbstständiger niedergelassener Arzt und die Tätigkeit als angestellter Arzt im Sinne des Schutzes von Art. 12 des Grundgesetzes durchaus unterschiedliche Berufe sind, die freie Berufswahl aus meiner Sicht also bei bestimmten Entwicklungen betroffen sein könnte.

Zwar wird es wahrscheinlich immer nur um lokal begrenzte Zulassungssperren gehen, weil so lange Sperren nicht überall greifen; dennoch bedarf es intensiver Überlegungen der Rechtfertigung. Die Lösung wird nicht einfach sein. Meines Erachtens wird man an Befristungen der Zulassung von Gesundheitszentren denken müssen.

Hinzu kommt Folgendes: Eine Befristung der Zulassung von Gesundheitszentren liegt auch im Hinblick auf sich künftig bewerbende Gesundheitszentren nahe. Wir haben die Situation auch bei Marktbeschickern und Ähnlichen. Diejenigen, die einmal drin waren, kann man nicht auf ewig mit dem Argument drin lassen, dass man sie kenne und sie sich bewährt hätten, sondern Neue müssen eine Chance haben. Insofern muss sowohl im Verhältnis zu Einzelärzten als auch im Verhältnis zu sich künftig bewerbenden Gesundheitszentren eine Befristung erwogen werden.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir kommen jetzt zur CDU/CSU-Fraktion. – Herr Professor Neumann, Sie kommen dazu in der zweiten Fragerunde sofort zu Wort.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an das Bundesinnenministerium und das Bundesministerium der Justiz: Inwieweit haben Sie die Rechtsförmigkeit des Gesetzentwurfs der Koalitionsfraktionen überprüft? Welche Sachverhalte und Tatbestände haben Sie als nicht mit dem geltenden Recht und der Verfassung vereinbar angesehen bzw. wo haben Sie verfassungsrechtliche Bedenken? Welche Tatbestände und Sachverhalte in dem vorgelegten Gesetzentwurf unterliegen nicht der Zustimmung des Bundesrates?

SV Dr. Joachim Henkel (Bundesministerium des Innern): Ich bin der Leiter der Verfassungsabteilung im Bundesinnenministerium.

Wir haben den Gesetzentwurf geprüft und ihn für verfassungskonform befunden, wobei wir uns bei vielen Fragen weithin auf die fachliche Beurteilung durch das Gesundheitsministerium stützen müssen, und zwar dann, wenn es darum geht, ob bestimmte Eingriffe geeignet und erforderlich sind.

Wir haben bei den kompetenzrechtlichen Fragen keinerlei Probleme gefunden. Im Rahmen der Anhörung wurde einmal die Frage gestellt, ob es eine Kompetenz für die Regelung zur Fortbildungspflicht des Vertragsarztes gibt. Diese Kompetenz sehen wir in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes, weil der dort gewählte Begriff der Sozialversicherung auch das Kassenarztrecht, die kassenärztliche Versorgung, erfasst und damit auch die Frage der Fortbildungspflicht, weil nur fortgebildete Ärzte eine gute ärztliche Versorgung sicherstellen können.

Wir haben weiterhin die verschiedenen organisationsrechtlichen Fragen geprüft, insbesondere diejenigen, die sich beim Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin stellen. Der Entwurf sieht inzwischen vor, dass das Zentrum eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts sein soll und die Rechtsaufsicht durch das BMGS ausgeübt wird, sodass wir staatsorganisationsrechtlich keinerlei Probleme sehen, sondern die Regelung für unbedenklich halten.

Wir haben gehört, dass in der Anhörung der Vorwurf geäußert wurde, das Zentrum greife mit den vorgesehenen Empfehlungen an die Bundesausschüsse in die Selbstverwaltung der Träger der Sozialversicherung ein. Diesen Vorwurf halten wir nicht für begründet. Aus Art. 87 Abs. 2 des Grundgesetzes lässt sich ohnehin nur entnehmen, dass ein Grundbestand an Selbstverwaltung verfassungsrechtlich garantiert ist. Dieser Grundbestand ist aus unserer Sicht nicht betroffen. Die Empfehlungen des Zentrums sind für die Bundesausschüsse nicht bindend; das sagt schon das Wort „Empfehlungen“. Die Ausschüsse haben diese Empfehlungen nur zu berücksichtigen und von den Empfehlungen abweichende Entscheidungen zu begründen. Insofern haben wir auch organisationsrechtlich keine Probleme gesehen.

Nun zu den verschiedenen grundrechtlichen Fragen. Es gibt eine Reihe von Fragen, die die Grundrechte der Versicherten und auch die Grundrechte der Ärzte betreffen. Einschlägig sind vor allem die Grundrechte aus Art. 2 des Grundgesetzes, freie Entfaltung der Persönlichkeit, Art. 12, Freiheit der Berufsausübung und Freiheit der Berufswahl, und möglicherweise Art. 14, Eigentumsgarantie.

Bei all diesen möglichen Eingriffen ist vorab zu sagen, dass wir die einzelnen Eingriffe immer vor dem Hintergrund des sehr komplexen Ziels sehen müssen, das der Entwurf insgesamt vor Augen hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in diesem Zusammenhang stets betont, dass der Gesetzgeber einen sehr weiten Gestaltungsspielraum hat. Es hat eine Reihe von Gütern, um die es hier geht, immer als überragende Gemeinwohlgüter anerkannt, und zwar einmal die gute gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, aber auch die Finanzierbarkeit der Kassen.

Wenn ich mir den Einzeleingriff anschau, vor allem die Beschränkung von Leistungen oder die Erhöhung von Zulagen, dann muss ich das berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sind die einzelnen Eingriffe gerade in Art. 2 oder in Art. 12 des Grundgesetzes durchgehend als verhältnismäßig anzusehen.

Ich könnte noch einige Grundrechtseingriffe ansprechen, über die man näher sprechen könnte. Ich hatte schon über die Fortbildungspflicht der Vertragsärzte in kompetenzrechtlicher Sicht gesprochen. Sie stellt sich auch als Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung dar, der aber ohne Zweifel aus Gemeinwohlgünden gerechtfertigt ist; denn es geht um die Sicherstellung der Qualität der Behandlung.

Man könnte beim Hausarztmodell darüber sprechen, ob ein Eingriff in die freie Arztwahl vorliegt. Das Bundesverfassungsgericht hat sich dazu bisher nicht geäußert und offen gelassen, ob es ein Recht auf freie Arztwahl gibt. Wir würden das eher bejahen. Wir sehen hier aber allenfalls einen mittelbaren Eingriff in das Recht auf freie Arztwahl; denn der Versicherte ist nicht gezwungen, sich dem Hausarztmodell anzuschließen. Er kann es tun und bekommt dafür einen Bonus, aber er kann auch weiterhin den Facharzt aufsuchen, den er aufsuchen möchte, soweit dieser in einem Vertrag mit seiner Versicherung steht. Er muss dann eine Gebühr bezahlen, die aber nicht unzumutbar

erscheint. Insofern hat das Hausarztmodell eine Leitfunktion, wie das BMGS sagt. Es verbessert die Orientierungsmöglichkeit für den Versicherten. Darin sehen wir keinen Eingriff in die freie Arztwahl.

Sehr sorgfältig haben wir uns den Übergang von dem Zulassungssystem zu dem Einzelvertragssystem angeschaut. In diesem Zusammenhang würde ich gerne zwei Fragen vorab ansprechen. Es geht einmal um den Neuzugang zur ärztlichen Versorgung, der auch heute wieder eine Rolle gespielt hat. Der Neuzugang erfolgt nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung, sondern durch Einzelverträge. Auf diese Verträge gibt es keinen Anspruch. Es fragt sich, ob das ein Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung ist. Das muss man wohl bejahen. Das kommt auch dem Eingriff in die Freiheit der Berufswahl sehr nahe.

Aber hier müssen all die Gründe berücksichtigt werden, die die Bundesregierung zur Umstellung dieses Systems bewogen haben. Das System soll mehr Wettbewerb bringen und einen wichtigen Beitrag zur Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. All diese Belange sind als überragende Gemeinwohlbelange anerkannt. In der Begründung heißt es ausdrücklich:

Dabei haben die Krankenkasse oder der Krankenkassenverband ein die Anforderungen an einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der potenziellen Leistungserbringer erfüllendes Auswahlverfahren zu beachten ...

Unter diesen Voraussetzungen halten wir das für vertretbar.

Gerade wurde der Verkauf der Facharztpraxis und der Zusammenhang mit dem Übergang von dem einen zu dem anderen System angesprochen. Wir meinen, dass das vertretbar ist. Man kann sich schon fragen, ob hier überhaupt ein Eigentumseingriff vorliegt. Das Bundesverfassungsgericht hat bisher die Frage, ob der eingerichtete und ausgeübte Gewerbebetrieb durch Art. 14 Abs. 1 des Grundgesetzes geschützt ist, offen gelassen. Selbst wenn man das unterstellt, muss man sich zunächst einmal anschauen, worin eigentlich eingegriffen wird. Dem Arzt, der seine Praxis hat, wird die Zulassung nicht genommen und seine Zulassung wird nicht beschränkt. Die Praxis als eingerichteter Gewerbebetrieb bleibt erhalten. Es werden allenfalls Verkaufschancen genommen,

weil früher der Nachfolger eher einen Anspruch auf die Zulassung hatte als das heute beim Vertragsarzt der Fall ist. Trotzdem kann er weiter seine Praxis verkaufen. Es wird auch künftig Vertragsärzte geben, die an der Übernahme der Praxisräume und des Stammes der Privatpatienten interessiert sind. Die Verwertbarkeit als solche besteht weiter.

Man muss auch sagen, dass die Zulassung ein höchst persönliches Recht ist. Es geht hier nicht um den Handel von Zulassungen; das sollte man im Grunde nicht unterstützen. Das neue System ist ein System, das eher grundrechtsfreundlicher ist, weil früher diejenigen, die eine Praxis kauften, eher eine Zulassung bekamen als andere, während man diesen Gesichtspunkt heute nicht mehr berücksichtigt. Auch bei dieser Regelung hatten wir keine Bedenken.

Insgesamt halten wir den Entwurf für verfassungskonform.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Die CDU/CSU hat mir signalisiert, dass sie die Beantwortung durch das Justizministerium nicht mehr brauche.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und an Herrn Professor Dr. Ebsen, die sich konkret mit der Fortbildungsproblematik befasst: Darf der Bund, obwohl die Einführung einer Fortbildungspflicht für Vertragsärzte der konkurrierenden Gesetzgebung unterliegt - Art. 74 des Grundgesetzes wurde schon angesprochen -, eine Fortbildungspflicht statuieren?

Eben wurde vom Vertreter des BMI dargelegt, dass diese Fortbildungspflicht, die eine Berufsausübungsregelung mit dem Ziel der Stärkung der Qualität darstellt, mit Art. 12 und Art. 3 des Grundgesetzes in Einklang steht. Teilen Sie diese Auffassung? Ist der Entzug der Zulassung als Vertragsarzt infolge der Nichtvorlage eines Fortbildungszertifikates ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und/oder das verfassungsrechtlich geschützte Eigentumsrecht?

Als Mediziner frage ich Sie: Kann die bloße Nichtteilnahme an einer Fortbildung ausschließliches oder zwingendes Kriterium dafür

sein, dass der Arzt für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ungeeignet ist, oder wären nicht zumindest weitere Umstände zu berücksichtigen, wie zum Beispiel eine wissenschaftliche Tätigkeit, die ähnliche Qualitätsmerkmale vermitteln kann?

MD Dr. Lutz Gusseck (Bundesministerium der Justiz): Ich leite die Abteilung „Verfassung, Verwaltungsrecht, Rechtsprüfung“ im Bundesministerium der Justiz. Sowohl das Justizministerium als auch das Innenministerium sind an der Rechtsprüfung beteiligt. Wir sind für die verfassungsrechtliche Prüfung zuständig.

Gesetzentwürfe werden sozusagen in einem Pingpong-System erarbeitet. Bestimmte Fragen geben wir an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit zurück. Zu dem vorliegenden Gesetzentwurf haben wir eine sehr eingehende Stellungnahme abgegeben; insofern wurde ein Großteil der hier aufgeworfenen Fragen auch von uns schon sehr früh an das Ministerium herangetragen. Es ist letztlich Sache des Gesundheitsministeriums, eine fachliche Antwort auf die Fragen zu geben.

Zu der konkreten Frage der Fortbildungsproblematik: Dazu möchte ich, der internen Arbeitsteilung entsprechend, dem Vertreter des Innenministeriums das Wort überlassen. Seitens des Justizministeriums wird unter dem Gesichtspunkt der Sozialversicherung eine mögliche Bundeskompetenz bejaht.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Voraussetzungen für eine Verlängerung der Zulassung werfen aus der Sicht des Justizministeriums keine Probleme auf. Es ist nicht ungewöhnlich, eine Verlängerung der Zulassung von der Nachprüfung bestimmter Qualifikationserfordernisse abhängig zu machen. Das ist sachlich ohne weiteres zu rechtfertigen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Soll noch ein Vertreter des Innenministeriums zu der Frage Stellung nehmen?

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Nein, aber Herr Professor Ebsen, bitte.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Auch in der Frage der Kompetenz ist nach dem Gegenstand der Regelung zu fragen. Gegenstand der Regelung sind die Voraussetzungen, unter denen im Rahmen der Sachleistungen der GKV Leistungen erbracht werden können; es betrifft also die Sozialversicherung.

Beim Regelungszweck handelt es sich um einen Sonderfall. Es geht darum, ob im Rahmen der GKV inhaltliche Anforderungen, die genau genommen auch den Bereich der beruflichen Fortbildung berühren, gerechtfertigt werden können. Meines Erachtens ist dies zu bejahen. Es ist der GKV möglich, auf einem Gebiet, das im Übrigen der berufsrechtlichen Regelung zugänglich ist, strengere Anforderungen zur Voraussetzung dafür zu machen, dass jemand Leistungen für die GKV erbringen kann. Insofern bin ich der Meinung, dass kein Kompetenzverstoß vorliegt.

Die Grundrechte nach Art. 14 Grundgesetz sind meines Erachtens nicht betroffen. Aber es handelt sich durchaus um einen Eingriff in die Berufsfreiheit, wenn jemandem wegen der Nichtteilnahme an einer Fortbildung die Zulassung entzogen wird. Es ist eine Berufsausübungsregelung, für die es vernünftige Gründe des Gemeinwohls geben muss. Ich meine, dass hinsichtlich der Sicherstellung der Qualität der Versorgung im Interesse der Versicherten hinreichende Gründe des Gemeinwohls vorliegen, die eine regelmäßige Fortbildung und eine Formalisierung des Verfahrens erforderlich machen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Fragen richte ich an einen unabhängigen Juristen, an Herrn Professor Sodan. Erstens: Wie beurteilen Sie unter verfassungsrechtlichen Aspekten die Ausgliederung einzelner Leistungsbereiche aus der GKV mit dem Ziel, diese in die PKV zu überführen?

Zweitens: Ist der Kontrahierungszwang im Rahmen einer privaten Versicherung zulässig?

Drittens: Ist es mit der Verfassung vereinbar, wenn Leistungsbereiche, die ausgegliedert wurden, von der GKV und der PKV angeboten werden?

Viertens: Ergeben sich in diesem Zusammenhang Besonderheiten oder Schwierigkeiten mit Blick auf das Europarecht?

Sv Prof. Dr. Helge Sodan: Ich darf zunächst zur ersten Frage nach der Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung nehmen. Gestatten Sie, dass ich das am Beispiel der Versorgung mit Zahnersatz darlege, die zumindest von zwei Fraktionen - von der CDU/CSU und der FDP - thematisiert worden ist.

Diese Ausgliederung wirft verschiedene verfassungsrechtliche Fragen auf. Zunächst geht es um die Frage, ob der Staat mit einer solchen Ausgliederung seiner Schutzpflicht gegenüber dem Leben und der körperlichen Unversehrtheit in hinreichendem Maße nachkommt. Das Bundesverfassungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung betont, dass der Gesetzgeber einen großen Gestaltungsspielraum dabei hat, auf welche Weise er dieser Schutzpflicht Genüge tut. Ausgehend davon, dass die Erhaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung Ausdruck dieser Schutzpflicht ist, liegt bei der Ausgliederung des Bereichs des Zahnersatzes sicherlich keine Beeinträchtigung vor. Denn beim Zahnersatz geht es aus meiner Sicht nicht um eine Absicherung von existenziellen Risiken. Vielmehr haben die Versicherten in diesem Bereich ohnehin schon seit langem erhebliche Eigenleistungen aufzubringen. Es verbleibt ein beträchtlicher Leistungskatalog, sodass bei einer Evidenzkontrolle, deren Durchführung das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung befürwortet, mit Sicherheit nicht festgestellt werden könnte, dass die staatlichen Organe gänzlich untätig geblieben wären.

Ferner könnte eine Beeinträchtigung der Eigentumsgarantie aus Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz vorliegen. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung einen Schutz sozialversicherungsrechtlicher Positionen anerkannt. Zunächst einmal muss das Merkmal der Privatnützigkeit gegeben sein. Das steht sicherlich außer Frage, wenn jemand über viele Jahre hinweg in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlt.

Darüber hinaus müssen nicht unerhebliche Eigenleistungen der Versicherten festzustellen sein. Dies lässt sich im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen nach § 10 SGB V sicherlich nicht behaupten, sodass insoweit ein Eigentumsschutz von vornherein ausscheidet. Es kommt ledig-

lich ein Eigentumsschutz für die beitragszahlenden Mitglieder in Betracht.

Ich meine allerdings, dass ein solcher Schutz zu verneinen ist, wenn man die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ernst nimmt, nach der die Eigentumsgarantie nach Art. 14 Grundgesetz dann ihre Schutzwirkung entfaltet, wenn es objektiv um die Sicherung der Existenz geht. Ich habe bereits versucht, deutlich zu machen, dass diese Voraussetzung bei der Versorgung mit Zahnersatz nicht gegeben ist, so schwerwiegend es auch für den Einzelnen sein mag, wenn er zum Beispiel erhebliche Vorerkrankungen seines Gebisses hatte. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts geht es aber nicht um den individuellen Vermögensstand, sondern um eine objektive Einschätzung des Sachverhalts. Insofern scheidet meines Erachtens ein Eigentumsschutz nach Art. 14 Grundgesetz aus.

Zu prüfen bleibt, ob das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nach Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz beeinträchtigt wird. Diese Norm ist hier anwendbar. Zu prüfen ist, ob ein Vertrauensschutz einer Ausgliederung entgegensteht mit der Folge, dass gegebenenfalls das Rechtsstaatsprinzip missachtet würde und damit ein Eingriff in die Grundrechte nach Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz keine Rechtfertigung finden könnte. Ich bin aber nicht der Meinung, dass ein Vertrauensschutz geltend gemacht werden kann. Entscheidend ist, dass eine „Vertrauensinvestition“ in diesem Maße nicht gegeben sein kann. Denn zum einen hat der Gesetzgeber wiederholt die entsprechenden Regelungen geändert. Er hat stets Korrekturen vorgenommen und immer wieder die Regelungen über die Eigenleistungen variiert. Derzeit ist eine weitere Änderung vorgesehen: Nach dem GMG-Entwurf soll die Regelung zum Zahnersatz geändert werden.

Hinzu kommt, dass eine Vertrauensinvestition - selbst wenn sie feststellbar wäre - nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts hinter den überragenden Gemeinwohlbelangen der Sicherung der finanziellen Stabilität und der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zurückstehen müsste. Insoweit kann ich ein Überwiegen der Bestandsinteressen nicht feststellen, zumal zu berücksichtigen ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung auf dem Umlageverfahren beruht. Das heißt, dass

sie - anders als die private Krankenversicherung - ohnehin nicht kapitalgedeckt ist. Man wird schwerlich über viele Jahre lang ein Vertrauen darauf gründen können, dass das, was aus Beiträgen aktuell finanziert wird, einem selber irgendwann zugute kommen wird.

Ich komme zu dem Ergebnis: Meines Erachtens würde eine Ausgliederung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Krankenversicherung Grundrechte der Versicherten nicht beeinträchtigen.

Ich leite damit zur zweiten Frage über, die auf die private Krankenversicherung zielt. Das von mir formulierte Ergebnis lässt sich zumal dann feststellen, wenn es zu einer privaten Absicherung des Zahnersatzrisikos mit Kontrahierungszwang für Unternehmen käme. Denn auf diese Weise würde ein Versicherter nicht schutzlos werden. Er hätte in jedem Fall - unabhängig von Vorerkrankungen - eine Absicherung. Ein privates Versicherungsunternehmen wäre verpflichtet, ihn zu nehmen, wenn er einen entsprechenden Antrag stellte.

Es liegen entsprechende Angebote des Verbandes der privaten Krankenversicherung vor. Im Gespräch ist ein Einheitsbeitrag in Höhe von 7,50 Euro für jeden Versicherten bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Über gewisse Vergünstigungen für nicht verdienende Ehepartner wäre nachzudenken. Es besteht also in sozialer Hinsicht eine weitgehende Parallele zu dem System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass sich das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zur privaten Pflegepflichtversicherung über mehrere Seiten hinweg mit der Frage befasst hat, ob dann noch eine Kompetenz nach Art. 74 Abs.1 Nr. 11 Grundgesetz gegeben ist. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass ich die Entscheidung so verstehe, dass ein Einheitsbeitrag letztlich nicht mehr Kennzeichen eines privatrechtlichen Versicherungswesens wäre, dass vielmehr eine Staffelung der Beiträge nach Risiken geboten wäre. Das heißt aber nicht, dass nicht etwa ein Höchstbeitrag festgesetzt werden könnte, um zu verhindern, dass Versicherte mit erheblichen Vorerkrankungen exorbitant hohe Beiträge zu entrichten hätten.

Zur dritten Frage, ob ausgegliederte Leistungsbereiche von der gesetzlichen Krankenversi-

cherung und der privaten Krankenversicherung angeboten werden können: Wenn schon eine Ausgliederung erfolgt, halte ich es für sinnvoll, das Feld ausschließlich der privaten Krankenversicherung zu überlassen.

Zur vierten Frage nach den europarechtlichen Implikationen: Es gibt eine sehr interessante Entwicklung in einem Verfahren zur Regelung von Festbeträgen für Arzneimittel, das beim Europäischen Gerichtshof anhängig ist. Ende Mai hat der Generalanwalt beim Europäischen Gerichtshof, Jacobs, in seinen Schlussanträgen darauf hingewiesen, dass ein Konkurrenzverhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht. Das hat Auswirkungen auf die Steuerfinanzierung von krankensicherungs-fremden Leistungen, die nach dem Gesetzentwurf beabsichtigt wird. Dass die vorgesehene Steuerfinanzierung nach dem GMG-Entwurf ausschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommen soll, halte ich im Hinblick auf den Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz für äußerst problematisch. Denn es käme dadurch zu einer massiven Subventionierung der gesetzlichen Krankenversicherung, obwohl die Unternehmen der gesetzlichen mit denen der privaten Krankenversicherung in Konkurrenz stehen. Ich meine, in diesem Zusammenhang sollte noch einmal sorgfältig in Erwägung gezogen werden, inwiefern die Überlegungen von Generalanwalt Jacobs, die im Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof naturgemäß eine große Rolle spielen, genutzt werden könnten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es war die Rede von möglichen Leistungsausgliederungen aus der GKV. Am Beispiel des Zahnersatzes haben wir einige Stellungnahmen dazu gehört. Ich habe an Herrn Professor Ebsen die Frage, ob er den genannten allgemeinen Kriterien für Leistungsausgliederungen etwas hinzuzufügen hat. Des Weiteren frage ich Herrn Professor Sodan wie auch Herrn Professor Ebsen, wie sie unter diesen Gesichtspunkten die im GMG-Entwurf vorgesehenen Leistungsausgliederungen - insbesondere beim Sterbegeld - beurteilen.

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich habe keine Bedenken gegen die Ausgliederung. Letztlich muss man konsequent sein. Wenn ich die Auffassung verrete, dass die Ausgliederung von

Zahnersatz zulässig ist, dann muss ich auch andere Leistungsausgliederungen bejahen. Letztlich ist der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers in dieser Frage groß; das wird auch vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Judikatur bejaht. Ich meine, dass man konsequent sein muss. Das heißt, dass diejenigen, die sich in anderem Zusammenhang darauf berufen, das auch in diesem Zusammenhang gelten lassen müssten. Insofern habe ich keine Bedenken gegen eine solche Ausgliederung.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Die Leistungsausgliederungen sind an Art. 14 des Grundgesetzes zu messen, weil ein erheblicher Teil der Betroffenen - das hat auch Professor Sodan gesagt - durch Einzahlung von Beiträgen Rechte erworben hat. Der Gesetzgeber kann Inhalt und Schranken des Eigentums bestimmen, wobei er im sozialen Bereich einen besonders großen Spielraum hat. Er muss aber das Prinzip der Verhältnismäßigkeit beachten. Verhältnismäßigkeit bedeutet aus meiner Sicht, dass er angemessene Übergangsregelungen schaffen muss. Er muss dafür sorgen, dass das in das bisherige System gesetzte Vertrauen nicht enttäuscht wird. Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, ist die Leistungsausgliederung für die Zukunft verfassungsrechtlich nicht problematisch.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Sodan und Herrn Ebsen. Nach dem GMG sollen künftig die Kosten des Krankengeldes allein durch die Versicherten getragen und es soll zu diesem Zweck die Parität verschoben werden. Als eine mögliche Alternative wird ins Auge gefasst, die bisherige hälftige Finanzierung zu erhalten, aber für die Finanzierung des Krankengeldes durch die gesetzliche Krankenversicherung einen zusätzlichen Beitrag einzuziehen und diesen gesondert auszuweisen. Wie bewerten Sie rechtlich diesen Vorschlag?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Im Hinblick auf die angesprochene paritätische Versicherung darf ich darauf hinweisen: Ich halte es für verfassungsrechtlich nicht zwingend, dass die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer jeweils die Hälfte der Beiträge tragen. Das ist eine politische Entscheidung. Als die gesetzliche Krankenversicherung 1883 in Deutschland einge-

führt wurde, war sie noch ganz anders geregelt. Damals zahlten die Arbeitgeber ein Drittel und die Arbeitnehmer zwei Drittel der Beiträge. Ich sehe daher überhaupt kein verfassungsrechtliches Gebot, dass die Finanzierung hälftig zu erfolgen hat.

Eine alleinige Finanzierung des Krankengeldes durch die Versicherten vorzusehen unterliegt sicherlich dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. Alle Überlegungen, hier zu anderen Finanzierungen zu kommen, unterfallen letztlich der Freiheit des Gesetzgebers.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Auch beim Krankengeld gilt als Maßstab Art. 14 des Grundgesetzes, weil die Art und Weise, wie Krankengeld zu finanzieren ist, den Inhalt des sozialen Rechts auf Krankenversicherung bestimmt. Auch hier kann der Gesetzgeber Inhalt und Schranken des Eigentums bestimmen. Wie ich gerade ausgeführt habe, hat er einen großen Spielraum für zukünftige Regelungen. Zwischen den genannten Varianten muss man sich politisch entscheiden. Das Verfassungsrecht gibt dafür keine Vorgaben.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Der letzte Teil meiner Frage ist noch nicht beantwortet worden. Noch einmal: Würde sich Ihre rechtliche Einschätzung verändern, wenn man sich statt der Verschiebung der Parität dafür entscheiden würde, zur Finanzierung des Krankengeldes einen gesonderten Beitrag durch die Kassen auszuweisen?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Das ist in meinen Augen eine der politischen Varianten. Meine Einschätzung würde sich auch in dieser Hinsicht nicht ändern.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Gilt diese Einschätzung auch für Herrn Sodan?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich schließe mich dem Herrn Kollegen Ebsen an.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich nun Herrn Ebsen nach dem System der Einzelverträge. Nach

dem GMG würden die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, selektiv zu kontrahieren und Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern unterschiedlich abzuschließen bzw. den Vertragsabschluss völlig zu verweigern. Wie sehen Sie insbesondere unter Aspekten des Berufsschutzes diese Regelung?

Sv Prof. Dr. Ingwer Ebsen: In diesem Punkt bin ich nicht ganz der Meinung, die vorhin von dem Vertreter der Bundesregierung vorgetragen worden ist. Wenn das System dahin gehend geändert wird, dass wir es nicht mehr mit einem reglementierten Zulassungssystem zu tun haben, sondern dass alle Leistungserbringer, ähnlich wie es in manchen Sozialleistungsbereichen der Fall ist, einen Vertragspartner finden müssen, so sehe ich das als eine Öffnung des Marktes und nicht als einen Eingriff in die Berufsfreiheit. Insofern gehört die Schwierigkeit, entsprechende Einzelverträge zu schließen, zu dem allgemeinen unternehmerischen Risiko, das man auf dem Markt hat.

Das setzt bei den Vertragspartnern ein sehr sauberes Vergabesystem voraus. Unter der Voraussetzung, dass die Vergabe ordnungsgemäß erfolgt ist, sind diejenigen, die einen Einzelvertrag abgeschlossen haben, Wirtschaftssubjekten gleichgestellt, die ihren Lebensunterhalt durch Rechtsgeschäfte mit dem Staat tätigen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte Herrn Ebsen und Herrn Sodan noch fragen, wie sie die Fortbildungspflicht für Ärzte sehen. Das beinhaltet ja auch, dass Ärzte bei Nichterfüllung die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verlieren können.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Ich halte diese Regelung und natürlich auch die Anwendung einer solchen Regelung für einen Eingriff in die Berufsfreiheit nach Art. 12 des Grundgesetzes. Es handelt sich um eine Berufsausübungsregelung, der man durch Teilnahme an einer Fortbildung jederzeit nachkommen kann. Ich halte diese Berufsausübungsregelung für verhältnismäßig, da sie vernünftigen Gründen des Gemeinwohls dient, nämlich der Sicherstellung einer möglichst hochwertigen und moderne Erkenntnisse einbeziehenden medizinischen Versorgung.

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Abgesehen von dem Problem der Berufsfreiheit, das Herr Kollege Ebsen schon angesprochen hat, sehe ich ein gewisses Problem im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz. Wenn ich das richtig beurteile, soll dies nicht für Ärzte gelten, die privat tätig sind, also zur vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen sind.

Diese Ungleichbehandlung muss sich rechtfertigen lassen. Ansonsten würde der Gesetzgeber für den Bereich des Sozialversicherungsrechts ein Sonderrecht schaffen. Ob man dann eine so drastische Sanktion rechtfertigen kann, ist durchaus fraglich. Darüber sollte man nachdenken. Man müsste konsequent sein und solche Fortbildungspflichten für alle Ärzte vorsehen. Es wäre durchaus sinnvoll, alle Ärzte anzuhalten, sich fortzubilden. Ich persönlich lerne jeden Tag dazu. Ich gehe davon aus, dass dies auch andere Berufsstände gut vertragen könnten.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte gern an Herrn Professor Sodan und Herrn Professor Starck die Frage stellen: Teilen Sie die Auffassung von Herrn Professor Ebsen und Herrn Professor Neumann, dass im Zusammenhang mit dem Übergang zu befristeten Einzelverträgen mit den Fachärzten keine verfassungsrechtlichen Probleme, insbesondere beim Verkauf bzw. bei einem nicht möglichen Verkauf der Praxen, entstehen würden?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich sehe im Hinblick auf die Praxen in der Tat Probleme. Wir haben das Grundrecht der Eigentumsgarantie zu beachten. Ich habe es schon vor Jahren für problematisch gehalten, dass nach § 103 Abs. 4 SGB V massive Eingriffe in die Freiheit des bisherigen Praxisinhabers bzw. im Falle seines Todes seiner Erben im Hinblick auf eine Veräußerung der Praxis erfolgt sind. Dies ist bislang in verfassungsrechtlicher Hinsicht von den Gerichten nicht beanstandet worden. Aber letztlich kann man diese sozialversicherungsrechtliche Position im Sinne der von mir vorhin bereits genannten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sehen.

Genauso ist es hier. Wenn ich mit Einzelverträgen solche Folgen bewirke, dann muss das gegenüber dem Grundrecht der Eigentumsga-

rantie zu rechtfertigen sein. Diese Rechtfertigung kann nicht nur in dem monotonen Satz bestehen, den ich an sich für richtig halte, den man aber nicht undifferenziert anwenden kann: Die finanzielle Stabilität bzw. die Erhaltung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gebieten diesen Grundrechtseingriff. - Das wäre mir hier etwas zu kurz gegriffen. Insoweit müsste geklärt werden, ob diese Einzelverträge wirklich notwendig sind, so wie sie im Moment politisch befürwortet werden.

SV Prof. Dr. Christian Starck: Ich kann mich im Wesentlichen meinem Vorredner anschließen. Ich möchte mit Rücksicht auf das, was vorher von anderen gesagt worden ist, daran erinnern, dass das Bundessozialgericht schon Ende der 50er-Jahre entschieden hat, dass die Position des Kassenarztes durch Art. 14 des Grundgesetzes gesichert ist. Das hat das Bundesverfassungsgericht in dieser Weise nicht aufgegriffen. Es hat in einer anderen Entscheidung Art. 12 des Grundgesetzes herangezogen, mit ihm eine Art Besitzstandsschutz begründet und gesagt: Wer das macht, hat in gewisser Weise eine Besitzstandsposition. Diese ist normalerweise auf Art. 14 zu beziehen; hier wurde aber mit Art. 12 argumentiert. Das mag mit der damaligen Zusammensetzung des Senats zu tun gehabt haben.

Die Position des Kassenarztes genießt einen Eigentumsschutz. Man kann aber nicht sagen: Die Zulassung ist ein öffentlich-rechtlicher Akt und durch Art. 14 nicht geschützt. - Das stimmt zwar. Aber nach der Zulassung entfaltet sich eine berufliche Tätigkeit. Diese ist - analog zu einem eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb - eine Art eingerichteter und ausgeübter freier Beruf.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Die Frage gilt wieder Herrn Professor Sodan: Halten Sie eine Ausweitung des Kreises der GKV-Versicherten auf alle Bürger für verfassungsrechtlich konform?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Nein, ich hatte schon erhebliche Bedenken gegen die Regelung im Beitragssatzsicherungsgesetz, die zu einer deutlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze mit der Folge geführt hat, dass sich künftig kein abhängig beschäftigter Be-

rufsanfänger mehr privat versichern kann; denn die Grenze liegt jetzt so hoch, dass ein solches Einkommen von einem abhängig Beschäftigten am Anfang in der Regel nicht zu erzielen ist.

Hier sind Grundrechte zu beachten, zum einen die der Versicherten aus Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes. In seiner ständigen Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht betont: Eine Pflichtversicherung ist am Maßstab des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit zu messen. Zum anderen sind selbstverständlich auch die Grundrechte der privaten Versicherungsunternehmen zu beachten. Diese leiten sich aus Art. 12 Abs. 1, möglicherweise auch aus Art. 14 Abs. 1 des Grundgesetzes her.

Diese Grundrechtseingriffe bedürfen der Rechtfertigung. Diese sehe ich weder im Hinblick auf die im Beitragssatzsicherungsgesetz erfolgte Erhöhung der Grenze noch im Hinblick auf eine umfassende Bürger- oder Volksversicherung als gegeben; denn das duale System der Versicherungen sowie ihr friedliches Nebeneinander machen Sinn. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir in Deutschland Interesse am Sterben der privaten Krankenversicherung haben.

Auch spezifische Vorschriften der Beihilfe für Beamte sind zu beachten. Die traditionelle Versicherungsfreiheit der Beamten hat eine lange Historie. In all das würde man meines Erachtens völlig ohne Not eingreifen, zumal ich nicht erkennen kann - Wirtschaft ist zwar nicht mein Fachgebiet, aber als Jurist orientiert man sich auch an ökonomischen Fragestellungen -, wie dadurch die gesetzliche Krankenversicherung gesunden soll. Sie müssen ja die Regelung mit einer Beitragsbemessungsgrenze versehen. Wer sagt Ihnen, dass diejenigen, die dann in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden, nicht auch erhebliche Kosten verursachen?

Ich habe aus einer ganzen Reihe von verfassungsrechtlichen Gründen massive Bedenken dagegen, eine Bürgerversicherung zu schaffen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Die folgende Frage liegt mir besonders am Herzen, Herr Professor Sodan. Der Europäische Gerichtshof hat festgestellt, dass alle Bürger der Europäischen Gemeinschaft im Ausland Anspruch auf Behandlung im Rahmen der Kostenerstattung

haben. Kann man vor diesem Hintergrund deutschen Bürgern in Deutschland die Kosten-erstattung verweigern?

SV Prof. Dr. Helge Sodan: Ich habe mir im Entwurf des GMG natürlich die beabsichtigte Änderung in § 13 SGB V angeschaut. Dadurch wird immerhin nach fünf Jahren - das muss ich durchaus kritisch feststellen - der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in den Rechtssachen Kohll und Decker Rechnung getragen. Diese bekannten Urteile haben Sie, Herr Dr. Thomae, gerade angesprochen. Als diese Entscheidungen 1998 durch den Europäischen Gerichtshof erfolgten, war ich der Meinung, dass sich das Sachleistungsprinzip aus europarechtlichen Erwägungen nicht mehr rechtfertigen lässt.

Die zwischenzeitliche Entwicklung hat das noch nicht mit Nachdruck bestätigt. Ich glaube aber, dass ein gemischtes System von Sachleistungen und Kostenerstattung auf Dauer auch nicht sehr gerecht ist. Es muss schließlich gerechtfertigt werden können, dass einige, nämlich die freiwillig Versicherten - so die Regelung, die in § 13 SGB V vorgesehen ist -, eine Kostenerstattung wählen können und andere nicht. Das vermag ich im Moment nicht zu erkennen.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Gesundheitszentren sind juristische Personen. Juristische Personen können weder sterben noch biologisch altern. Wenn man das durchdenkt, könnte man zu der Auffassung gelangen, dass sukzessive in der Tat so etwas wie ein Verwaltungsmonopol der Gesundheitszentren entstehen könnte: Bei einer Überversorgung blieben die Zentren Teil des Versorgungssystems. Die natürlichen Personen, also die Ärzte, welche altern, würden nach und nach herausgenommen, sodass es eines Tages fast nur noch Gesundheitszentren gäbe. Allein das ist ein Grund dafür, dass die Regelung so nicht stehen bleiben kann. Es muss irgendeine zeitliche Befristung geben.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe einige Fragen an die Herren Professoren Ebsen und Neumann. Von einzelnen Kassen sollen mit Praxen, Krankenhäusern, Gesundheitszentren und anderen Leistungsträgern selektive Verträge mit dem Ziel einer Verbesserung der

Versorgung ihrer Versicherten im Krankheitsfall abgeschlossen werden können. Wie beurteilen Sie aus verfassungsrechtlicher Sicht das Problem, welches möglicherweise für Versicherte anderer Kassen entsteht, denen diese für sie gegebenenfalls bessere Versorgung nicht gleichfalls zur Verfügung steht? Welche Rechte können den benachteiligten Versicherten gegenüber seiner Kasse daraus erwachsen? Wie sieht es beispielsweise mit dem vorzeitigen Kündigungsrecht oder mit der Erstattung bei Inanspruchnahme aus?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Unter den Bedingungen der Kassenwahlfreiheit, insbesondere wie sie sich jetzt darstellen, sehe ich in dieser Hinsicht praktisch keine Probleme. Die Versicherten können sich die von den jeweiligen Kassen geschlossenen Verträge sehr wohl anschauen. Bei Umsetzung der im Entwurf des GMG enthaltenen zusätzlichen Regelungen zur Informationsvermittlung wird es sogar so sein, dass sie sich über Qualität und sonstige Bedingungen der Leistungserbringung sehr genau erkundigen können. Insofern haben die Versicherten die Chance, durch die Wahl einer Kasse auch das jeweilige Versorgungssystem zu wählen. Man könnte sogar sagen, dass es zwar eine Beschränkung der direkten Freiheit zur Arztwahl gibt, die Versicherten letzten Endes aber zwischen den Systemen wählen können.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Die freie Wahl des Leistungserbringers ist grundrechtlich geschützt. Am Ende der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu den Festbeträgen gibt es dazu eine deutliche Aussage. Die Freiheit der Wahl der Leistungserbringer ist durch Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes geschützt. Diese Frage wurde über Jahrzehnte hinweg offen gehalten, ist jetzt aber geklärt. Diese Regelung könnte man bei einer großzügigen Betrachtung also als einen Eingriff in Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes werten. Ich hätte aber keine Bedenken, dass sich dieser Eingriff nicht rechtfertigen ließe.

Wir leben im Informationszeitalter. Informationen sind heute leicht zugänglich. Ich denke, es ist zumutbar, dass sich ein Versicherter erkundigt, zu welchem Arzt er gehen kann und welcher Arzt Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip erbringt. Ich erinnere mich dumpf, dass in meiner Kindheit auf manchen Ärzteschildern stand, für welche Kassen sie

zugelassen sind. Das gab es also schon einmal. Man musste nur ein wenig aufpassen. Ich sehe dabei kein Problem.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Ebsen und Herrn Professor Neumann. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen gemeinsam und einheitlich Anforderungen an ein faires und diskriminierungsfreies Vergabeverfahren formulieren. Nach Auffassung einiger Experten ist das im Entwurf des GMG verankerte Konstrukt aber nicht tragfähig. Sie meinen, dass der Bundesgesetzgeber selbst verpflichtet sei, die gemeinschaftsrechtlichen Vergaberichtlinien in innerstaatliches Recht umzusetzen. Wie sehen Sie diese Streitfrage?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Diese Einzelverträge sind ebenso wie die Verträge über integrierte Versorgung Dienstleistungsaufträge, für welche das europäische Vergaberecht gilt. Wegen des vom hiesigen Gesetzgeber geschaffenen § 69 SGB V gilt nicht das deutsche Vergaberecht. Was sagt Ihr Entwurf dazu? Ich habe dazu nur § 106 b Abs. 5 Satz 2 Nr. 2 SGB V gefunden, wonach die Spitzenverbände „gemeinsam und einheitlich“ die Rahmenbedingungen der Versorgung festlegen.

Hinsichtlich der integrierten Versorgung habe ich nichts Einschlägiges gefunden. In einer früheren Fassung gab es einmal einen Verweis auf die analoge Anwendung des entsprechenden Vergaberechts im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Das ist entfallen. Darin sehe ich keine angemessene Erfüllung der Pflicht des Mitgliedstaates Bundesrepublik Deutschland zur Umsetzung der einschlägigen Vergaberichtlinien in nationales Recht.

Der § 106 b Abs. 5 soll lauten, die Spitzenverbände sollen entsprechende Rahmenbedingungen schaffen. Man hat zwei Möglichkeiten der Interpretation: Diese Rahmenbedingungen könnte man möglicherweise als Verwaltungsvorschriften oder so etwas bezeichnen. Das wäre aber sicherlich keine Umsetzung durch nationales Recht. Man könnte diese Rahmenbedingungen auch als außenwirksame Rechtsnormen interpretieren; diese müssten dann auch an künftige Vertragspartner adressiert sein. Dabei wiederum würde ich verfassungsrechtliche Probleme sehen.

Insofern meine ich, dass der Gesetzgeber vergaberechtliche Bestimmungen festlegen muss. Materiell ist er dabei nicht allzu sehr gebunden, denn bei freiberuflichen Dienstleistungsaufträgen gibt es relativ wenig materiellrechtliche Kriterien. Insofern wäre der Verweis auf eine analoge Anwendung des Vergaberechts des GWB, unter Umständen - um die Analogie auch praktikabel zu machen - verknüpft mit einer Verordnungsermächtigung, ein angemessener Weg.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Ich sehe hierbei ein ganz erhebliches Problem; möglicherweise handelt es sich auch um ein Versehen: Es gibt eine erste Fassung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. Darin findet sich in § 106 b Abs. 2 Satz 2 der Satz:

Die Vorschriften des vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend, mit Ausnahme der Vorschriften des zweiten Abschnitts.

Das ist also eine Verweisung auf das GWB. Diese Verweisung ist jetzt gestrichen worden. Eine Begründung dafür ergibt sich nicht.

Daraus folgt ein etwas anderes Verständnis in Bezug auf die Ermächtigung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Regelung der Vergabe. Das liest sich jetzt so, als seien sie ermächtigt, das zu tun, was eigentlich der Parlamentsgesetzgeber - im ersten Entwurf hat er das durch die Verweisung auch als seine Aufgabe angenommen - tun müsste.

Im Unterschied zu Herrn Ebsen denke ich, dass wir uns immer noch im Schutzbereich des Art. 12 GG bewegen, weil das Sachleistungsprinzip und der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen den Bereich der ärztlichen Versorgung nicht zu einem Markt werden lassen. Die Krankenkassen müssen einkaufen und dafür sorgen, dass ausreichend viele Ärzte zur Verfügung stehen. Auch der Abschluss eines zeitlich befristeten Einzelvertrages ist ein Stück weit immer noch so etwas wie ein Zulassungsakt. Damit begründe ich, dass wir uns weiterhin im Schutzbereich des Art. 12 GG bewegen.

Eingriffe lassen sich nun leichter als vorher rechtfertigen, weil es sich um eine zeitlich befristete Zulassung handelt. Auf alle Fälle ist

die Ablehnung des Abschlusses eines Einzelvertrages aber ein Grundrechtseingriff. Nach dem Gesetzesvorbehalt ist der Gesetzgeber, und zwar der Parlamentsgesetzgeber, selbst verpflichtet, ein diskriminierungsfreies Vergabeverfahren und die Voraussetzungen einer Ablehnung zu regeln. Das kann er nicht einfach den Spitzenverbänden überlassen.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Ich möchte das Thema der Bürgerversicherung noch einmal aufgreifen. Nachdem Herr Professor Sodan starke Bedenken gegen die Einführung einer Bürgerversicherung geäußert hat, möchte ich an Herrn Professor Neumann und Herrn Professor Ebsen die Frage richten: Wie sehen Sie die Einführung einer Bürgerversicherung?

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Diese Frage muss ich aus dem Stand heraus beantworten. Diese Frage ist innerhalb der Zunft außerordentlich stark umstritten. Ich sehe wenig grundrechtliche Probleme, sehr wohl aber ein kompetenzrechtliches Problem in Bezug auf den Begriff der Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Die Sozialversicherung war nie - ich denke, das kann man nicht anders sehen - eine Volksversicherung, sondern immer eine Teilversicherung, die sich im Kern, wenn auch nicht ausschließlich, an einem sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnis festmachte.

Ohne eine Änderung der Kompetenzen, möglicherweise auch der Verwaltungskompetenzen - das ist ebenfalls zu bedenken -, wird es nicht gehen. Dafür müsste in Bundestag und Bundesrat auf alle Fälle eine Zweidrittelmehrheit zustande kommen.

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Bei dieser Frage geht es im Kern darum, für welche Zwecke Personen in die Sozialversicherungspflicht einbezogen werden können. Man liest häufig, dass der Zweck durch den Schutz der Betroffenen gegeben sein müsse. Grundlage der Einbeziehung ist aber auch, dass Betroffene einbezogen werden, damit sie im Rahmen des Solidarprinzips größere Lasten tragen. Unter diesem Aspekt - das ist auch meine Meinung - ist eine Bürgerversicherung durchaus akzeptabel. Sie dient nicht nur dem Schutz, sondern eben auch der Gleichbehandlung.

Ich würde sogar einen Schritt weiter gehen: Im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG ist es durchaus unproblematisch, wo heute die Grenzen der Sozialversicherung gezogen werden. Im Ergebnis ist es nämlich heute so, dass sich jene, die in Bezug auf den internen Ausgleich im Rahmen des Solidarprinzips eher leistungsfähig sind, entziehen können. Insofern wirft eine Bürgerversicherung meines Erachtens - auch wenn das zugegebenermaßen ein strittiges Feld ist - keine größeren verfassungsrechtlichen Probleme auf als die jetzt bestehende Regelung einer Pflichtversicherungsgrenze.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Ebsen und Herrn Professor Neumann. Wie bewerten Sie die soziale Sicherungsfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Ausgliederung medizinischer Kernleistungen? Anders ausgedrückt: Wo ziehen Sie die Grenze für Ausgliederungsprozesse? Wo wird Ihrer Meinung nach die Frage der sozialen Schutzfunktion tangiert?

SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen: Wenn man die Ausgliederung von Kernleistungen betrachtet, muss man vielleicht viel grundsätzlicher fragen: Inwieweit gibt es eine Garantie des jetzigen Systems der Sozialversicherung?

Ich meine, dass der Gesetzgeber von Verfassung wegen - siehe das Sozialstaatsprinzip und das sozialstaatlich ausgelegte Grundrecht auf Gesundheit - verpflichtet ist, für ein angemessenes System sozialer Sicherung auch gegen Gesundheitsrisiken zu sorgen. Dies kann er aber sehr wohl zum Beispiel in Form eines bedürftigkeitsabhängigen staatlichen Systems organisieren. Insofern meine ich, dass weder das Sozialstaatsprinzip noch das Grundrecht auf Gesundheit es erfordern, dass der Mindestschutz im Rahmen einer Sozialversicherung gewährt wird, solange es ein angemessenes, bedürftigkeitsabhängiges System gibt, welches die Sozialhilfe darstellt. Das ist für mich zugleich die Grenze.

Allerdings müsste dieses Sozialhilfesystem auch Leistungen gewährleisten, die hier heute in der Sozialversicherung zur Disposition stehen. Eine deutliche Entkernung der Sozialversicherung und eine gleichzeitige entsprechende Begrenzung der Sozialhilfe, die heute faktisch

miteinander verknüpft sind, würde diese Grenze überschreiten.

SV Prof. Dr. Volker Neumann: Welche Prüfungsmaßstäbe können wir hier überhaupt anlegen? Welche Grundrechte und Verfassungsprinzipien sind einschlägig? - Das sind nicht viele. Das ist zunächst die Pflicht des Staates zur Sicherung der Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins. Das Bundesverfassungsgericht hat noch nicht einmal ein Recht darauf eingeräumt. Der Gesetzgeber hat aber die Möglichkeit, diese Sicherung der Mindestvoraussetzungen bedürftigkeitsabhängig zu gestalten, wie er es auch gemacht hat. Ich schließe mich hier Herrn Ebsen an.

Im Bereich der Rentenversicherung und beim Arbeitslosengeld gilt Art. 14 des Grundgesetzes. Meines Erachtens passt Art. 14 des Grundgesetzes nicht auf die gesetzliche Krankenversicherung. Das will ich nicht weiter ausführen. Also bleibt nur Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip, also Vertrauensschutz.

Ich denke, eine Grenze der Ausgliederung ist erreicht, wenn sich die Versicherungspflicht nicht mehr rechtfertigen lässt. Die Versicherungspflicht ist ein Eingriff in Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes, der bei der bestehenden Lage zweifellos gerechtfertigt werden kann. Wenn aber die Pflichtversicherung bestehen bleibt, es dafür aber keine Leistung mehr gibt, stellt sich die Frage, ob sich die Versicherungspflicht überhaupt noch rechtfertigen lässt. Es gibt bei der Auslagerung also eine große Freiheit des Gesetzgebers.

Abg. **Hildegard Müller** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Herrn Heistermann vom Bundeskartellamt mit der Bitte um kurze Antwort; auch unter Berücksichtigung des eben Angesprochenen: Handeln die Krankenkassen bei der Organisation der fachärztlichen Versorgung für ihre Versicherten durch Abschluss von Direktverträgen als Unternehmen im Sinne des GWB? Entspricht das Vergabeverfahren den Anforderungen des EU-Rechts und ist es geboten, gegen machtmisbräuchliches Verhalten der Krankenkassen den Rechtsweg zu den Sozialgerichten aufzuheben und den Betroffenen den ordentlichen Rechtsweg zu eröffnen? Sehen Sie ansonsten die Gefahr, dass

in das Recht der Ärzte auf Berufsausübung eingegriffen wird?

SV Franz Heistermann (Bundeskartellamt): Frau Abgeordnete, ich möchte zunächst einmal sagen, dass die Frage nicht allein in Bezug auf das GWB zu beantworten ist, weil in Deutschland neben dem GWB automatisch auch das EU-Kartellrecht zur Anwendung kommt.

Es ist eigentlich unstrittig, dass Krankenkassen Unternehmen im Sinne des GWB sind. Das hat der Bundesgerichtshof erst vor wenigen Tagen wieder entschieden. Das Problem ist, dass seit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 § 69 SGB IX mit hoher Wahrscheinlichkeit dahin gehend auszulegen ist, dass das GWB nicht mehr anwendbar sein soll. Allerdings hat der Bundesgerichtshof diese Frage in seiner Entscheidung von vor wenigen Tagen noch offen gelassen. Jedoch - hier kann ich auf die Verhandlung vor dem EuGH Bezug nehmen, die von Professor Dr. Sodan vorhin zitiert worden ist - hat der Generalanwalt die Auffassung vertreten, dass auch nach europäischem Recht Krankenkassen an sich Unternehmen sein sollen.

Das bedeutet für die konkrete Situation: Der Gesetzgeber beabsichtigt, bestimmte Teile des Gesundheitswesens in den freien Markt zu entlassen und Krankenkassen und Leistungserbringer auf der Ebene der Gleichordnung verhandeln zu lassen. Er entzieht sie aber durch § 69 SGB IX dem normalen Schutz des Wettbewerbs, der ansonsten allen Unternehmen zur Verfügung steht. Allerdings ist diese Entziehung des Wettbewerbsschutzes letztendlich nicht zielführend, weil der deutsche Gesetzgeber die Art. 81 ff. des EG-Vertrages, vor allen Dingen Art. 82 des EG-Vertrages, nicht aushebeln kann. Für die Arbeit des Bundeskartellamtes bedeutet das konkret: Wir können zwar beispielsweise § 1 GWB und auch die §§ 19 und 20 GWB, also die Missbrauchsaufsicht, nicht anwenden, jedoch die Art. 81 und 82 des EG-Vertrages. Das halten wir für einen Widerspruch und wir betrachten ihn nicht als sachgerecht.

Wir sind der Auffassung, dass hier gerade aufgrund des großen Machtunterschiedes zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Leistungserbringern die ganz allgemeinen - fast möchte ich sagen: normalen - Rechte von Unternehmen, die sich auf der Ebene der Gleichordnung begegnen, anzuwenden sind.

Deshalb die konkrete Situation: Das GWB ist wahrscheinlich nicht anwendbar; aber EU-Recht ist aller Voraussicht nach anwendbar.

Zum Vergaberecht: Wenn die Krankenkassen tatsächlich dem Vergaberecht unterliegen würden - momentan ist das nicht wirklich klar -, müssten die Vergaberichtlinien der EU tatsächlich unmittelbar und klar übernommen werden. Dazu gab es schon entsprechende Entscheidungen. So gab es Vertragsverletzungsverfahren gegenüber der Bundesregierung, weil das nicht ausreichend geregelt worden ist. Wir sind auch der Auffassung, dass der einstweilige Rechtsschutz hier ganz klar dazu gehört, weil bei den Sozialgerichten der einstweilige Rechtsschutz nicht funktioniert. Wir fordern wenn, dann eine vollständige Umsetzung des nationalen Vergaberechts, wie es auch im GWB angelegt ist.

Abg. **Barbara Lanzinger** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Prof. Dr. Starck und in Ergänzung - wenn noch genug Zeit ist - an Herrn Dr. Dettling:

Erstens: Greifen die Zulassung des Versandhandels und der Abschluss von Direktverträgen von Kassen mit einzelnen Apotheken in die Grundrechte der Patienten ein?

Zweitens: Inwiefern wird durch den Abschluss von Direktverträgen zwischen einer einzelnen Kasse und einer so genannten Versandapotheke in die Berufsfreiheit der Inhaber von Präsenzapotheken eingegriffen und ist dies verfassungsrechtlich bedenklich?

SV Prof. Dr. Christian Starck: Zunächst zum Versandhandel: Wenn man sich diesen Gesetzentwurf ansieht, muss man feststellen, dass das System in Bezug auf die Apotheken und die Arzneimittelversorgung völlig umgestülpt wird. Das Apothekenrecht wird gewissermaßen auf dem Trittbrett dieses Gesetzes umgestülpt.

Sie haben jetzt eine Frage aus diesem großen Komplex, der natürlich mehr als nur diese eine Frage umfasst, aufgeworfen. Zunächst einmal muss man sehen, dass Arzneimittel nicht mehr unter gleichen Bedingungen verkauft werden, wenn der Versandhandel mit Arzneimitteln zugelassen wird und die Kassen mit den Versandhändlern besondere Preise aushandeln.

Die öffentlichen Apotheken, die keinen Versandhandel betreiben, verkaufen die Medikamente gemäß der Preisverordnung. Das bedeutet meines Erachtens eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes.

Das Pikante an der ganzen Sache ist, dass die Versandapotheken die Medikamente über den Versandhandel hinaus auch als öffentliche Apotheke zu diesem niedrigen Preis abgeben. Angesichts dessen fragt man sich, ob die Kassen dann darauf bestehen werden, dass die Kassenpatienten die billigeren Medikamente einkaufen. Worin liegt sonst der Sinn dieser Regelung?

Wenn das der Fall ist, würde das bedeuten, dass die Geschäftsumfelder der reinen öffentlichen Apotheken und der Versandapotheken, die gleichzeitig auch als öffentliche Apotheke fungieren, völlig unterschiedlich sind. Ich halte das für undurchführbar. Ich wundere mich ehrlich gesagt darüber, dass diese Regelung die Prüfung durch das Justizministerium und das andere Verfassungsministerium bestanden hat.

Auch wenn Sie das nicht gefragt haben: Eine ganz ähnliche Situation besteht bei den Krankenhausapotheken. Die Krankenhausapotheken kommen billiger an die Medikamente heran. Die Gründe dafür liegen in der pharmazeutischen Industrie. Die Krankenhausapotheken sind nicht berechtigt, Medikamente ambulant abzugeben. Das hat einen guten Grund. Im Übrigen sind die Krankenhausapotheken auch nicht nach dem Prinzip „der Apotheker in seiner Apotheke“ konzipiert.

Ich weiß nicht, was man erwartet, wenn man diese Apotheken für den ambulanten Arzneimittelverkauf öffnet. Wenn diese die Medikamente erheblich billiger verkaufen, werden die Leute dorthin strömen. Die Kassen werden das auch verlangen. Diese jedoch können die Medikamente dann nicht mehr billig verkaufen, denn sie bekommen die Medikamente derzeit nur aufgrund der Folgewirkung in Form des Medikamentenverbrauchs durch die Krankenhäuser billiger oder kostenlos. Diese Folgewirkung fällt beim ambulanten Verkauf weg. Wenn der ambulante Verkauf in den Krankenhausapotheken zugelassen wird, wird die pharmazeutische Industrie die Medikamente nicht mehr billiger abgeben. Das ist eine mir von Grund auf völlig unüberlegt erscheinende Regelung. Sie haben mich zwar nicht konkret nach den Krankenhausapotheken gefragt, aber

ich meine, die Krankenhausapotheken und der Versandhandel gehören eng zusammen.

Das Berufsbild „der Apotheker in seiner Apotheke“ ist ein gesetzlich geprägtes Berufsbild. Es ist jedoch nicht verfassungsfest, das will ich Ihnen gleich sagen. Aber wenn man davon abgeht und sagt, dass ein Apotheker fünf oder neuerdings auch zehn oder noch mehr Apotheken besitzen kann, wenn dieses Berufsbild fällt, fällt auch die bisherige Regelung, dass eine Apotheke nur von einem Apotheker betrieben werden kann. Dann müssen Sie auch den Fremdbesitz zulassen. Das ist eine verfassungsrechtliche Folge, die vor dem Bundesverfassungsgericht erstritten werden wird.

Sie müssen sich auch die in Bezug auf Europa damit verbundenen Folgen überlegen. Es gibt viele Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft, in denen das Konzessionsprinzip gilt. Die kommen jetzt nicht hierher, weil sie nur eine Apotheke gründen können. Wenn sich das ändert, kommen die ganzen Apothekenketten, die es heute schon in England, Holland und Norwegen - Norwegen ist nicht so wichtig, weil es ein kleines Land ist - gibt, hierher. Die können dann hier eindringen und eine Apotheke auf der Basis des Fremdbesitzes betreiben.

Ich fasse noch einmal zusammen: Wenn man sich den Gesetzentwurf unter dem Gesichtspunkt des Arzneimittelverkaufs und des Apothekenrechts ansieht, wundert man sich nur, was da angerichtet wird - möglicherweise unüberlegt.

SV Dr. Heinz-Uwe Dettling: Herr Vorsitzender, weil es wichtig ist, darf ich vielleicht noch kurz ergänzen, in welcher Art und Weise die Versandapotheken durch den Gesetzentwurf privilegiert werden. Sie werden insofern privilegiert, als dass sie nicht an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden sind. Sie und die von mir so genannten Kassenapotheken können nämlich andere Preise vereinbaren.

Jetzt stellt sich die Frage: Was werden die Kassenapotheken sein? Kassenapotheken werden solche sein, die Arzneimittel möglichst billig liefern können. Das werden im Ergebnis wieder die Versandapotheken sein, weil man nur dann billig liefern kann, wenn man möglichst viel Masse konzentriert. Die Krankenkassen werden auch gar kein Interesse daran haben, mit 10 000, 15 000 oder auch nur 5 000

Apotheken einzelne Verträge abzuschließen. Es geht darum, mit möglichst geringem Aufwand möglichst viel abzudecken; 20 Prozent der Versicherten verursachen 80 Prozent der Arzneimittelkosten. Versandapotheken werden die Kassenapotheken sein.

Schauen wir uns weiter die Zuzahlungsprivilegierung in § 62 a SGB V an. Diese Regelung bedeutet, dass bei Kassenapotheken, die Versandapotheken sind, nur die Hälfte der Zuzahlungen geleistet werden müssen. Dies ist natürlich ein erheblicher Anreiz, um die Medikamente von diesen Kassen- und Versandapotheken zu beziehen. Die Zuzahlungsermäßigungen werden sich gerade bei älteren Menschen leicht auf 50 bis 100 Euro pro Monat summieren.

Die im Moment wichtigste Änderung betrifft das in § 11 Abs. 1 des Apothekengesetzes geregelte Zuweisungsverbot. Es verbietet Ärzten, Rezepte direkt an bestimmte Apotheken zu verschicken. Dieses Zuweisungsverbot soll explizit aufgehoben werden, wenn es aufgrund entsprechender Vereinbarungen nach dem SGB V und aufgrund Vereinbarungen mit Kassenapotheken so vorgesehen ist. Das heißt, das Recht auf die freie Wahl der Apotheke wird zugunsten von Versand- und Kassenapotheken aufgegeben.

Das bedeutet wiederum, dass die Ärzte die Rezepte direkt an die Versand- und Kassenapotheken schicken werden, um sich keinem Regressrisiko auszusetzen. Selbst Apotheken, die sich in Ärztehäusern befinden, werden deshalb künftig keine Chance mehr haben. Ich bin der Überzeugung, dass bei Umsetzung des Entwurfs 80 bis 90 Prozent der Umsätze mit Arzneimittel von Versandapotheken getätigt werden. Dadurch werden die Präsenzapotheken nicht mehr lebensfähig sein. Ihre Zahl wird sich sehr rasch auf circa 2 000 reduzieren. Die Apothekendichte wird dann bei 1 : 40 000 liegen, während sie im EU-Durchschnitt bei 1 : 3 300 liegt. Dadurch verletzen sie den Anspruch der Patienten auf ein angemessenes Arzneimittelversorgungssystem und bezogen auf die Präsenzapotheken selbstverständlich auch auf die freie Berufswahl; denn es gibt keinerlei Rechtfertigung für eine derart massive Privilegierung einer ganz bestimmten Apothekenform, zumal in dem Entwurf mit keiner Ziffer benannt wird, was dadurch eingespart werden soll.

Gestatten Sie mir noch einen Satz zum Versandhandel aus dem Ausland. Aus meiner Sicht sind keine hinreichenden Vorkehrungen gegen Gesetzesverstöße getroffen worden. Der Gründer von Doc Morris, Däinghaus, hat sich darauf berufen, er betreibe eine Viagra-Apotheke. Viagra ist unter anderem eine beliebte Pille in der Klub- und Partyszene. Sie eröffnen den Jugendlichen damit die Möglichkeit, Viagra über das Internet, also ohne Verschreibung, Kontrolle etc., für Partys zu bestellen. Ich glaube, das muss unbedingt verhindert werden.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD):
Damit sind wir am Schluss unserer Anhörung.

Ich darf mich bei den Damen und Herren Sachverständigen herzlich dafür bedanken, dass Sie uns so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben. Ich will es aber auch nicht versäumen, den Damen und Herren des Stenografischen Dienstes des Bundestages im Na-

men des Ausschusses nochmals meinen Dank auszusprechen. Wir wissen, was sie leisten, was sie geleistet haben und wie notwendig es für uns ist.

(Beifall)

An dieser Stelle möchte ich natürlich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sekretariats und insbesondere den Aushilfen, die sich besonders engagiert haben, meinen Dank aussprechen. Ich denke, auch das muss einmal erwähnt werden und sollte nicht als selbstverständlich hingenommen werden.

Ich danke Ihnen allen nochmals und wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Die Sitzung ist geschlossen.

(Ende der Sitzung: 18.47 Uhr)