

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
27. Sitzung

Berlin, den 23.06.2003, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Bundesministerium der Finanzen
10117 Berlin, Eingang Wilhelmstraße 97
Sitzungssaal: Großer Saal

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 beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	6,8,35,43,76	SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach	6,9,10,21,28,31,33,43,45,56,57,60,66,70,80,88,89,91,98,105
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	6,8,28,45,57,69	SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki	7,10,29,30,31,33,34,58,67,93,104
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	9,43,44,68,81	SV Dr. Christopher Hermann	7,12,32,43,45,58,80,91,93,94,104
Abg. Peter Dreßen (SPD)	9,66,88,92,93,103	SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund)	8
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	10,58	SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)	8,81
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	12,88,90,103	SV Dr. Gerd Antes	11,20,21,30,31
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	12,79,92	SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)	11,22,48,57,58,107
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	13,60	SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkanenanstalten e.V.)	1,79,93
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	16,46,94,105	SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke)	12
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	19,34,38,42,87,98,102,107	SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	12
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20,21,22,23,51,52,53,74,76	SV Prof. Dr. Jörg Hoppe	13,41,46,71
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	24,24,26,27,53,55,77,78,102	SV Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen	14
Abg. Rolf Stöckel (SPD)	29,59	SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	15,17,19,23,35,49,55,64,84,86
Abg. Erika Lotz (SPD)	30	SV Karl Jung	16,37,38
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	31,68,91,93,104	SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	17,23,40,65,78
Abg. Eckhart Lewering (SPD)	33	SV Prof. Dr. Albrecht Encke (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft)	18
Abg. Eike Hovermann (SPD)	34	SV Dr. Günther Jonitz (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	18
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	37,70	SVe Jeannette Arenz (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband-Gesamtverband e.V.)	21
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	38,84	SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)	22,30,34,46,59,67,80
Abg. Hildegard Müller (CDU/CSU)	40,94	SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	22,87
Abg. Karsten Schönfeld (SPD)	46	SV Prof. Dr. Günter Neubauer	24,27,54,55,61,77,102
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	56,78	SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.)	25,83
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	64,100,106	SVe Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)	26
Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD)	80,91,105	SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.)	26
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	72,85,97	SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)	26

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	82,83	SV Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik	38
Abg. Monika Brüning (CDU/CSU)	83,97	SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	39,44,71,79
Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU)	98	SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer)	41
Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU)	99	SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband)	44,86,88,89,91,92,98,99,100,104,106
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	100,105	SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	44,59,72,81,99
Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	101,102	SV Dr. Bernd Metzinger (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	44,48,100
		SV Prof. Dr. Fritz Beske e	47,62,65,73
		SV Dr. Klaus Jacobs	51,52,53
		SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	60,95,106
		SVe Sybille Sahmer (Verband der privaten Krankenversicherung)	63
		SV Dr. Jürgen Bausch	64,71,73
		SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)	68
		SV Dr. Herbert Menzel (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände)	68
		SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutscher Hausärzteverband)	69,90
		SV Helmut Hildebrandt	75
		SV Rainer Schwitalski (Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.)	76,102
		SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.)	77
		SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde)	78
		SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	82
		SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	84
		SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	89,92,94,97,98,99,100,105,106,107
		SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	92,94,97,105
		SV Dr. Rainer Salfeld	95
		SV Dr. Robert Paquet (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	100
		SV Christoph Rupprecht	101,102

(Beginn: 10.07 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, ich darf Sie namens des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zu unserer öffentlichen Anhörung herzlich begrüßen. Ich bedanke mich, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind.

Bevor wir nun in die Tagesordnung eintreten, möchte ich dem Kollegen Dr. Dieter Thomae zum Geburtstag herzlich gratulieren. Vor allen Dingen wünschen wir gute Gesundheit.

(Beifall)

Es ist für ihn heute ein guter Tag. Wir haben die Anhörung als Geschenk für ihn extra auf den heutigen Tag gelegt, damit er seinen Geburtstag in unserer Obhut verbringen kann.

Ohne lange Vorrede rufe ich jetzt den einzigen Punkt der Tagesordnung auf:

Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und des BÜNDNISSES 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 Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen

- Drucksache 15/1175 -

Wir beginnen mit der Anhörung. Es geht zunächst um den Komplex Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung. Für diesen Komplex haben wir insgesamt drei Stunden vorgesehen.

Sie kennen das Verfahren: Analog der Stärke der einzelnen Fraktionen wird gefragt. Die Fraktion der SPD beginnt. Als Erstes darf ich der Kollegin Kühn-Mengel das Wort erteilen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Bevor ich mit meinen Fragen beginne - bitte rechnen Sie das noch nicht auf meine Redezeit an -, möchte ich dem Kollegen Dr. Thomae im Namen aller Gesundheitspolitiker und -politikerinnen der SPD-Fraktion zum Geburtstag ganz herzlich gratulieren.

Ich möchte meine Fragen an Herrn Professor Lauterbach, Herrn Professor Sawicki, Herrn Dr. Hermann und den Deutschen Gewerkschaftsbund richten:

Mit der Etablierung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin strebt die Regierungskoalition grundlegende Neuerungen in Hinsicht auf die Verbesserung der Versorgungsqualität in unserem Gesundheitssystem an. Welche grundsätzliche Einschätzung zur Notwendigkeit einer derartigen Einrichtung haben Sie? Erläutern Sie bitte, wie sich die Arbeit dieser Einrichtung praktisch auf die Belange der Patienten und Patientinnen auswirkt.

Eine Zusatzfrage für Herrn Professor Lauterbach: Gibt es vergleichbare Institute?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Die Einrichtung eines Zentrums für Qualität in der Medizin ist für die geplante Gesundheitsreform von sehr großer Bedeutung, weil dadurch über die zukünftige Entwicklung des Leistungskatalogs und der medizinischen Praxis mitentschieden wird. Durch ein solches Zentrum kann erreicht werden, dass sich sowohl die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs als auch die medizinische Praxis stärker auf dem Boden unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse bewegen und weniger von Zufälligkeiten, Wirtschaftsinteressen der Verbände oder gar von Beliebigkeiten einzelner Leistungserbringer abhängen werden. Dies ist also

eine sehr wichtige Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.

Im Ausland ist die Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation, zum Beispiel für die Einführung neuer Arzneimittel oder anderer Heilverfahren, schon längst etabliert. So werden Kosten-Nutzen-Verhältnisse, beispielsweise bei der Preisfindung für neue Arzneimittel, in den Vereinigten Staaten, in Kanada, Australien, England, Italien, Schweden und vielen anderen Ländern eingesetzt. Hier sind wir der internationalen Entwicklung auf der Spur, aber keine Vorreiter.

Bei den Patientenbelangen wird sich in Zukunft Folgendes konkret ändern: Der Patient würde mit einer höheren Wahrscheinlichkeit nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand behandelt. Die Wahrscheinlichkeit einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung nur aufgrund der Tatsache, dass der Arzt über den aktuellen Stand entweder nicht verfügt oder ihn umzusetzen aus anderen Gründen nicht bereit ist, ausgesetzt zu sein, wäre geringer. Außerdem würde sich die Transparenz im deutschen Gesundheitssystem verbessern. Qualitätsdefizite würden früher erkennbar. Patienten könnten sich über Fragen informieren, die täglich in den Medien diskutiert werden, für die es aber zurzeit keine belastbare Informationsquelle gibt.

Ich bringe ein einziges Beispiel: Sollen herzkrankte Patienten Vitamin E einnehmen? Diese Frage wird in den Medien oft diskutiert. Als herzkranker Patient kann man sich derzeit nirgendwo wissenschaftlich gesichert über eine solche Frage informieren.

Das heißt, die Patienten würden durch verbesserte Transparenz und Behandlungsqualität gewinnen. Der Leistungskatalog würde also stärker auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und weniger auf der Grundlage der Interessen der einzelnen Verbände oder Leistungsanbieter weiterentwickelt.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Ich leite eine Abteilung für innere Medizin an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und ein wissenschaftliches Institut für evidenzbasierte Medizin in Köln.

Ich denke, dass die praktische ärztliche Entscheidung durch zwei Grundaspekte bedingt

ist: zum einen durch die persönliche Erfahrung und zum anderen durch das externe Regelwissen. Die persönliche Erfahrung der Ärzte in Deutschland ist hoch. Ihre Kompetenz in diesem Bereich ist nicht verbesserungsbedürftig. Verbesserungsbedürftig ist allerdings das externe Regelwissen, vor allen Dingen seine Objektivität. Derzeit können sich sehr viele Sachexperten und Fachgesellschaften der engen Umarmung durch die pharmazeutische Industrie nicht entziehen. Davon sind auch die Inhalte der Fortbildung beeinflusst. Drei Viertel der Fortbildungen in Deutschland werden von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt. Das muss nicht unbedingt schlecht sein, weist aber eine Tendenz auf und beeinflusst die ärztliche Entscheidung in einer bestimmten Richtung.

Kein vergleichbares Institut stellt sowohl Ärzten als auch Patienten eine unabhängige und nach Objektivität strebende Darstellung des aktuellen und auch kontroversen Wissens zur Verfügung. Eine solche Einrichtung in Deutschland parallel zu der Entwicklung im Ausland ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass sich Ärzte und Patienten im Einzelfall frei und unabhängig entscheiden können, welche diagnostische oder therapeutische Maßnahme sie durchführen möchten.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich möchte weniger zu den medizinischen Notwendigkeiten des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin Stellung nehmen. Das haben meine Vorredner bereits richtig dargestellt. Ich will auf einen anderen Aspekt bei diesem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin hinweisen. Es stellt sich zwingend die Frage: Wollen wir unser System im Hinblick auf ein einheitliches, kollektivistisches Vertragsgeschehen weiterentwickeln oder wollen wir hin zu einem System, das mehr Wettbewerb und wettbewerbliche Elemente in die Versorgungslandschaft bringt? Ich bin ein entschiedener Verfechter der letztgenannten Philosophie.

Diejenigen, die den Wettbewerb selber betreiben sollen, dürfen sich während des laufenden Spiels die Regeln für den Wettbewerb nicht selber geben können. Diese Grundstrukturen in unserem Gesundheitswesen bestehen seit den 50er-Jahren, der Adenauer-Ära. Allerdings hatte man zu jener Zeit an Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht gedacht. Man hatte

damals kein Gegenmodell, sondern ein völlig anderes System etabliert. Wenn man jetzt mehr wettbewerbliche Elemente zulassen will, dann benötigt man ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin, das die medizinische und versorgungspolitische Landschaft durchforstet und neutral bewertet, was im Wettbewerb angeboten werden kann und was nicht. Insofern ist ein solches Zentrum unerlässlich, wenn man aus dem einheitlichen und gemeinsamen Verfahren aussteigen will.

Ein letzter Aspekt: Wenn ein Übergang zum Einzelvertragssystem bei Fachärzten vorgesehen ist - dies ist im Gesetzentwurf enthalten -, dann ist die heutige Struktur des Bundesausschusses mittel- und langfristig ohnehin nicht mehr zu halten. Das ist völlig sachlogisch, weil der Bundesausschuss bereits auf der heutigen Ebene seine Legitimation verliert. Insofern ist auch von dieser Seite her eine andere Konstruktion zwingend.

Sve Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund): Uns als Gewerkschaften geht es vor allem darum, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen verbessert wird. Wir unterstützen daher die im Rahmen der Strukturreform vorgesehenen Maßnahmen und besonders die Einrichtung eines Zentrums zur Qualitätssicherung. Wir halten dies für eine wesentliche Vorbedingung und Grundvoraussetzung für verschiedene andere Verbesserungen, gerade auch bei den Strukturreformen im Gesundheitswesen.

Wir sind der Meinung, dass im Mittelpunkt dieser Strukturreformen die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen und des Verhältnisses von Preis und Leistung stehen muss. Wir sind auch durchaus für mehr Wettbewerb. Allerdings darf dies nicht ein Wettbewerb um die niedrigsten Kosten sein, sondern es muss ein Wettbewerb um die beste Qualität und das bestmögliche Verhältnis von Qualität und Kosten sein. Deshalb ist es für uns wichtig, dass ein solches Institut die Voraussetzungen für die nötige Transparenz einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten schafft.

Als nötige Aufgaben dieses Instituts sehen wir die Bewertung medizinischer Leistungen nach ihrem medizinischen Nutzen und der Qualität der Leistungen, die Erstellung von Empfehlungen für eine Fortschreibung des Leistungskata-

logs, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und die Erstellung pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten. Insofern sehen wir gerade in der Gründung dieses Instituts genau wie Sie eine wesentliche Vorbedingung für die Zielsetzung des Gesetzentwurfs in seinem Strukturteil, nämlich die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen. Dazu sind entsprechende Qualitätsmaßstäbe nötig. Aus diesem Grund ist dies für uns eine Vorbedingung auch für andere Verbesserungen der Strukturen im Gesundheitswesen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Frau Kühn-Mengel hat darum gebeten, dass auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte zu dieser Frage Stellung bezieht. Frau Kollegin Kühn-Mengel, bitte wiederholen Sie Ihre Frage.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Es geht um das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin, das wir durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität etablieren wollen. Da auch Sie viele Verbände vertreten, ist meine Frage an Sie, wie Sie zu diesem Ansatz und den damit verbundenen Beteiligungsrechten stehen.

SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Bei Veränderungen im Gesundheitswesen sollten Patienten in erster Linie daran interessiert sein, dass sich die Qualität verbessert. Dafür sind aus meiner Sicht zwei Maßnahmen notwendig: zum einen die Evaluierung von Informationen bzw. die Zurverfügungstellung von ausgewerteten Informationen, das heißt die Transparenz im Gesundheitswesen, und zum anderen die Beteiligung von Patienten an den Entscheidungen im Gesundheitswesen, sprich: die Ausgestaltung des Gesundheitswesens im Sinne von Patientenorientierung und Patientenbeteiligung. Es ist ein langjähriges Anliegen von Patientinnen und Patienten, alle Ideen, die zur Verbesserung der Qualität beispielsweise bei der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, bei den Berufsverbänden und bei den Patientenverbänden - soweit existent - bereits vorhanden sind, zu bündeln, zu koordinieren und an einer Stelle zusammenzufassen, damit verlässliche, gesicherte und unter Patientenbeteiligung gewon-

nene Informationen zusammengestellt werden. Wir sehen in dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin eine gute Chance, diese Grundidee zu verwirklichen.

Bei der Aufgabenstellung in § 139 - Bereitstellung von Informationen über Maßnahmen der Qualitätssicherung, Diagnostik, Therapie usw. - handelt es sich sicherlich um einen der Hauptpunkte. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards mit Sicherheit eine wesentliche Aufgabe darstellen wird, um die diese Regelung ergänzt werden muss. In diesem Zusammenhang begrüße ich es ausdrücklich, dass nach § 139 d zur Umsetzung nicht nur wissenschaftliches Wissen, sondern auch Erfahrungswissen herangezogen werden soll.

Was wir kritisch anmerken, ist, dass in diesem Punkt sozusagen noch die Handlungsebene fehlt bzw. dass nicht erkennbar ist, ob bzw. in welcher Weise die Patientenverbände beteiligt werden sollen. Aus unserer Sicht ist deren Beteiligung zwingend notwendig, aber im Gesetzentwurf fehlt noch eine Umsetzungsvorschrift. Die Vorschrift über das Kuratorium reicht nicht aus. Diese Regelung ist zwar insoweit zu begrüßen, aber die im Kuratorium vorgesehenen Beratungen werden sicherlich nicht ausreichen, um die Mitwirkung insgesamt zu realisieren. Das Vorhaben ist zu begrüßen und auch notwendig, aber die Beteiligungsregelungen müssen noch verstärkt werden.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an Professor Lauterbach. In der Öffentlichkeit werden immer wieder die Begriffe Leitlinien und Richtlinien verwechselt oder falsch dargestellt. Daraus ergeben sich interessenabgeleitete Erklärungen wie „Kochbuchmedizin“ oder „Listenmedizin“. Uns ist sehr daran gelegen, dass Sie in dieser Anhörung deutlich machen, wie sich die beiden Begriffe unterscheiden, welche Merkmale dazugehören und in welchem Zusammenhang die Begriffe für die Arbeit des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin wichtig sind.

SV **Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach**: Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin soll Leitlinien entwickeln, aber keine Richtlinien. Leitlinien sind Empfehlungen, die wis-

senschaftlich gut begründet sind, und als Instrument weltweit völlig unumstritten. Es gibt weltweit kaum eine Fachgesellschaft - für welche Krankheit auch immer -, die nicht Leitlinien entwickeln oder einsetzen würde. Somit ist eine Leitlinie ein wissenschaftliches Instrument, das sich in der Praxis als unentbehrlich erwiesen hat.

Leitlinien haben auch nichts mit „Kochbuchmedizin“ zu tun; sie sind vielmehr eine wichtige Grundlage für die individuelle Entscheidung. Eine individuelle Entscheidung wird idealerweise in Kenntnis des wissenschaftlichen Wissensstandes für die Behandlung des einzelnen Patienten vollzogen, der wiederum in Leitlinien zusammengefasst wird. Die individuelle Entscheidung wird aufgrund der Leitlinie nicht auf einem niedrigen Niveau, sondern auf hohem Niveau getroffen. Das heißt, bei der Entscheidung für oder gegen die Einführung von Leitlinien geht es darum, ob die individuelle Entscheidung für den Patienten auf hohem oder niedrigem Niveau erfolgen soll.

Bei Richtlinien handelt es sich dagegen um zwingende Empfehlungen, die das vorgesehene Zentrum nicht aussprechen soll. Auch Richtlinien sind in Einzelfällen begründet, haben aber nichts mit dem Gegenstand der heutigen Anhörung zu tun.

Leitlinien zu kennen bringt Vorteile für den Arzt und den Patienten, weil dadurch eine Unter-, Über- und Fehlversorgung unwahrscheinlicher wird, indem beispielsweise ein Arzneimittel eingesetzt wird, welches in Wirklichkeit für diese Patientengruppe typischerweise keine Wirkung entfaltet, oder indem ein wichtiges Arzneimittel, das eigentlich hätte eingesetzt werden müssen, nicht verordnet wird, weil es der Arzt entweder übersehen hat oder weil es ihm nicht bekannt war. Das heißt, es handelt sich bei den Leitlinien um Erinnerungsinstrumente, die den Arzt in die Lage versetzen sollen, auch im Alltagsstress das wissenschaftliche Wissen für die individuelle Patientenentscheidung zu jedem Zeitpunkt zur Verfügung zu halten.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an Professor Sawicki. Können Sie aus ärztlicher Sicht den Sinn und Nutzen von Therapieleitlinien erklären und erläutern, ob die in dem Antrag der CDU/CSU aufgeführten all-

gemeinen anerkannten Regeln der ärztlichen Heilkunst in Zukunft für die flächendeckende Versorgung auf einem gleichmäßig hohen Qualitätsniveau ausreichend sind?

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Der Nutzen von Leitlinien besteht für den Arzt und den Patienten in dem Wissen, dass es unabhängige und verlässliche Stellen gibt, die sich mit bestimmten Fragestellungen befasst, die entsprechende Fachliteratur gesichtet und daraus ein Exzerpt verfasst haben. Eine solche Leitlinie stellt eine Entscheidungsgrundlage dar; sie ist aber keine Entscheidungsvorwegnahme. Der Arzt kann zwar von dieser Entscheidungsgrundlage abweichen, aber er wird dies gegenüber dem Patienten begründen müssen.

Zu den Regeln der ärztlichen Kunst: Es gibt zwar solche Regeln, aber sie werden, glaube ich, häufig überschätzt. In sehr vielen Punkten gibt es keine Regeln. Gerade in den strittigen Fällen in der Medizin, bei den Neuentwicklungen gibt es keine allgemeinen Regeln. Im Gegenteil: Es gibt sehr viele Leitlinien und andere Papiere von verschiedenen Seiten, die sich widersprechen und die den praktisch tätigen Arzt und auch den Patienten verwirren, weil sie nicht einheitlich sind. Insofern wäre die Schaffung eines Instituts zu begrüßen, das die vorhandenen Informationen zusammenfasst und mit allen Bereichen diskutiert.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Lauterbach, Herrn Dr. Antes, Herrn Dr. Hermann, den VdAK und den Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten. Eine zentrale Aufgabe des Zentrums soll die Erstellung evidenzbasierter medizinischer Behandlungsleitlinien und pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten sein.

Erstens: Können Sie den Nutzen von Behandlungsleitlinien für unser Gesundheitssystem erläutern?

Zweitens: Woher kommt der Begriff „evidenzbasierte Medizin“? Handelt es sich dabei um eine deutsche Erfindung?

Drittens: Bereits heute gibt es - nicht nur im Internet - viele Therapieleitlinien, die von den unterschiedlichsten Gruppierungen erstellt wurden. Können Sie die unterschiedliche Qua-

lität und Evidenz von Therapieleitlinien erläutern? Welche Aufgabe soll das vorgesehene Zentrum für Qualität in der Medizin in diesem Gesamtkonzept erhalten?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Lassen Sie mich den Nutzen von Leitlinien an einem praktischen Beispiel erläutern. Nur ein Viertel aller Patienten mit Bluthochdruck in Deutschland werden auf der Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Studien mit Arzneimitteln behandelt. Die durchgeführte Behandlung erfolgt sehr häufig mit einer zu geringen Dosierung oder mit Arzneimitteln, zu denen es alternative Präparate mit gleicher Wirksamkeit gibt, die aber deutlich preisgünstiger wären.

Es gibt also in diesem Bereich eine gravierende Unterversorgung. Drei Viertel der Patienten mit Bluthochdruck erhalten keine medikamentöse Behandlung. Gleichzeitig besteht aber auch eine Überversorgung; denn das eine Viertel der Patienten, die eine Behandlung erhalten, wird sehr häufig mit Arzneimitteln behandelt, die teurer sind als nötig. Leitlinien würden diese Abweichungen für den einzelnen Arzt, aber auch für den Patienten transparenter machen, sodass die großen Qualitätsdefizite behoben werden könnten.

In den Vereinigten Staaten, in denen viel häufiger Leitlinien eingesetzt werden als in Deutschland, ist zum Beispiel der Grad der Unterversorgung bei Patienten mit Bluthochdruck viel weniger ausgeprägt als bei uns. Insofern gibt es in Deutschland eine sehr hohe Schlaganfall- und Herzinfarktquote, die deutlich reduziert werden könnte.

Der Begriff „evidenzbasierte Medizin“ kommt aus dem Englischen und bedeutet im Wesentlichen, dass bei der individuellen Therapieentscheidung auf wissenschaftliche Studien zurückgegriffen wird. Die individuelle Therapieentscheidung wird aber durch diese Studien weder vorweggenommen noch sozusagen kochbuchartig vollzogen.

Es gibt zwar auch in Deutschland Tausende von Leitlinien, aber auf der Grundlage der vorliegenden Übersichtsarbeiten zur Bewertung der Qualität dieser Leitlinien muss davon ausgegangen werden, dass weniger als 1 Prozent dieser Leitlinien den höchsten Qualitätsstandards entspricht. Das heißt, die über-

wiegende Mehrzahl der Leitlinien ist selbst von großen Qualitätsproblemen betroffen. Eine qualitativ minderwertige Leitlinie kann aber die Versorgungsqualität nicht nachhaltig verbessern. Insofern muss die Zahl der Leitlinien reduziert werden; die Leitlinien müssen aber eine deutlich bessere Qualität aufweisen. Ich sehe nur in einem Zentrum für Qualität in der Medizin, wie es in dem Gesetzentwurf vorgesehen wird, einen belastbaren Weg, um die Qualität unserer Leitlinien deutlich zu verbessern, sodass sie ihren Nutzen in der Praxis so entfalten können, wie es im Ausland zum Teil schon der Fall ist.

SV Dr. Gerd Antes: Weil diese Frage immer an Ärzte gerichtet wird, möchte ich zunächst betonen: Ich bin kein Arzt. Zum Nutzen der Leitlinien muss ich wohl nicht mehr Stellung nehmen; dazu ist bereits das meiste gesagt worden. Ich möchte einen Aspekt ansprechen, der bisher noch nicht erwähnt worden ist. Wir befinden uns gegenwärtig in einem beispiellosen Prozess der Globalisierung der Wissenschaft bzw. der klinischen Forschung, und zwar einerseits in der Durchführung, andererseits aber vor allem auch - das kommt für Deutschland erschwerend hinzu - hinsichtlich der Publikationen. Die evidenzbasierte Medizin erhebt den Anspruch, Praxis und Forschung näher zusammenzubringen. Dieser Wissensmarkt ist leider englischsprachig organisiert und wir haben zunehmend Probleme, den Rücktransport des Wissens in unsere Praxis zu gestalten. Es fehlt eine umfassende und geeignete Zeitschrift, die diesen Prozess begleitet. Insofern glaube ich, dass Leitlinien auch in dieser Hinsicht als Transmissionsriemen für die beiden sich oft nicht sehr freundlich gesinnten Bereiche Forschung und Versorgung dienen können.

Kritisch anmerken möchte ich an dieser Stelle, dass hier bisher - bis auf einen Beitrag - die unmittelbare Beteiligung der Leistungserbringer und der Patienten zu kurz kommt. Das ist sicherlich ein wesentlicher Aspekt, der auch berücksichtigt werden muss.

Der Begriff „evidenzbasierte Medizin“ stammt aus Kanada. Herr Lauterbach hat ausgeführt, dass wir der internationalen Entwicklung folgen. Ich möchte hinzufügen: allerdings mit großem Abstand.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich möchte nicht weiter auf den Nutzen eingehen. Ich denke, wir können unterstützen, dass eine verstärkte Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien notwendig ist. Die entscheidende Frage aber ist, ob die vorgesehene Konstruktion tatsächlich hilfreich ist. Es ist bekannt, dass die Spitzenverbände gemeinsam mit der KBV andere Vorstellungen über die Ausgestaltung eines solchen Zentrums haben. Insbesondere sollte ein solches Zentrum nicht mit der Erstellung von Leitlinien befasst werden, sondern lediglich die Dokumentation und Bewertung treffen. Das heißt, ein solches Zentrum sollte eine Wissensagentur sein, die Material für die Entscheidungen der Selbstverwaltung vorbereiten kann. Ein solches Zentrum sollte in Selbstverwaltung organisiert sein; denn wir halten es für wichtiger, dass die unmittelbar Betroffenen, die Vertragspartner, die entsprechenden Entscheidungen vornehmen. Wir sehen die große Gefahr, dass durch die vorgesehene Konstruktion aus Leitlinien und dem entsprechenden Priorisierungs- und Vorgabe-recht Richtlinien werden, was niemand wollen kann.

SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.): Nach der Begutachtung durch den Sachverständigenrat sieht auch der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten Bedarf an einer Leitlinienorientierung und einer zentralen Stelle für Qualität in der Medizin in Deutschland. Uns geht es um Transparenz und Wettbewerb, die Herr Dr. Hermann hat es bereits angesprochen - durch entsprechende Qualitätskriterien flankiert werden müssen.

Was die Frage der Umsetzung angeht, meinen wir, dass keinesfalls mehr Bürokratie entstehen darf. Unter den vorgesehenen Regelungen fehlen solche zur Zusammenarbeit mit dem Koordinierungsausschuss. Auch das Verhältnis zur Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist nicht geregelt. Nach unserer Vorstellung müsste zu den Aufgaben eines solchen Zentrums auch die Auflösung bestehender Parallelstrukturen gehören.

Wünschenswert wäre aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten überdies, dass sektorübergreifend alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung - also auch die Rehabilitation - erfasst werden.

Hinsichtlich der rechtlichen Ausgestaltung sind wir der Meinung, dass die Selbstverwaltung die richtige Organisationsform wäre. Wenn sich allerdings die Selbstverwaltungspartner nicht in der Lage sehen sollten, dies zielgerichtet umzusetzen, plädieren wir auch für die Möglichkeit einer Ersatzvornahme.

Das Kuratorium befürworten wir in der vorgesehenen Form, allerdings wird der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten - das werden Sie sicherlich verstehen - dann ganz deutlich fordern, als Spitzenverband Sitz und Stimme in einem solchen Gremium zu erhalten.

SV Dr. Christopher Hermann: Zu der Frage des Nutzens haben meine Vorredner bereits einige Ausführungen gemacht. Ein möglichst rationales Verhalten aller Beteiligten, auch im deutschen Gesundheitswesen, ist sicherlich ein wesentliches Element für die Etablierung eines solchen Zentrums.

Hinsichtlich der Tausende von Therapieleitlinien, die sich im Internet finden, muss nach meiner Überzeugung jeder, der für mehr Patientenautonomie und -autonomie eintritt - das sind meines Wissens sehr viele -, den Patienten und den Versicherten auch einen gesicherten Überblick darüber verschaffen, was Leitlinien, die geprüft und den Evidenzgraden entsprechend erstellt werden und die von daher eine Übersicht für den Patienten bzw. den Versicherten bieten, tatsächlich sind.

Das kann niemand, der in diesem Gesundheitswesen interessengeleitet agiert, das kann keine Partei des Gesundheitswesens leisten. In einem demokratisch organisierten Staat wie der Bundesrepublik kann das nur ein Institut, das - vom Staat unabhängig - die notwendige Sicherheit bietet, dass die entsprechenden Informationen für die Patienten und für die Versicherten, für die Verbraucher insgesamt zur Verfügung gestellt werden. Auch unter diesem Gesichtspunkt, also um verlässlich Auskunft und Information zu liefern, ist ein Deutsches Zentrum unabdingbar.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage geht an den Vertreter der Aktion Psychisch Kranke. Wie sehen Sie aus Ihrer Sicht die Etablierung des Institutes?

SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke): Wir bewerten das als positiv. Die bestehenden Gremien der Selbstverwaltung sind zu stark von finanziellen Eigeninteressen geprägt. Sie haben in Bezug auf Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung oft Pattsituationen geschaffen, in denen es dann zu keiner Entscheidung mehr gekommen ist.

Ich möchte zu den Aspekten, die bisher zu dem Thema Leitlinienentwicklung genannt worden sind, noch einen Punkt ergänzen. Dieser betrifft die Evaluation. Wir beobachten in letzter Zeit - vielleicht kann ich sogar sagen: verstärkt -, dass gesetzliche Regelungen - auch gute - nicht umgesetzt werden. In erster Linie handelt es sich also nicht um Erkenntnisdefizite oder Regelungsdefizite, sondern um Umsetzungsdefizite. Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin soll auch eine Reihe von Berichtsaufgaben übernehmen. Davon versprechen wir uns sehr viel. Dann kann man dort direkt nachfragen, welche Auswirkungen bestimmte Regelungen haben bzw. haben werden. Gegebenenfalls kann dann nachgebessert werden.

Ich möchte an dieser Stelle noch auf § 66 SGB IX verweisen, in dem ähnliche Berichtspflichten schon festgelegt worden sind. In diesem Zusammenhang taucht der Begriff der „lernenden Gesetzgebung“ auf. Das bewerten wir als sehr positiv. So sollte moderne gesundheitliche Steuerung gemacht werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und an den Vertreter der Verbraucherzentrale Bundesverband. Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin wird seine Arbeit - bei einer Finanzierung durch neutrale Stellen - interessenunabhängig ausüben. Was macht für Sie den Stellenwert der Neutralität dieses Zentrums aus und in welchem Maße wird Ihrer Meinung nach die Kompetenz betroffener chronisch kranker und behinderter Menschen eingebunden?

SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ist für uns essenzielle Voraussetzung dafür, um Patienten- und

Verbrauchersouveränität im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen. Die Unabhängigkeit ist unter anderem dadurch gewährleistet, dass unterschiedliche Akteure bundesweit vernetzt sind.

Allerdings sollte die Unabhängigkeit weiter ausgebaut werden. Beispielsweise sollte in § 139 f SGB V explizit sichergestellt werden, dass im wissenschaftlichen Beirat auch Patienten- und Verbraucherorganisationen zu Wort kommen. Wir empfehlen die Einrichtung eines erweiterten Patienten- und Verbraucherbeirates sowie entsprechende Initiativrechte im Direktorium, sodass diese Seite noch mehr als bisher dort vertreten ist.

Dieses Zentrum ist aber keine staatliche nachgeordnete Behörde; die Meinungspluralität ist insbesondere bei der Erarbeitung gewährleistet. Das ist auch notwendig, weil das Zentrum keine Entscheidungen fällt, sondern eine Bestandsaufnahme durchführt. Diesen Ansatz wie auch die Linie unterstützen wir.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Professor Hoppe, an Herrn Professor Müller-Oerlinghausen und an den Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das heute schon vielfach angesprochene Zentrum für Qualität in der Medizin würde einen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen einleiten. Warum teilen Sie die von der Union vertretene Auffassung, dass die Einrichtung eines solchen Zentrums den Einstieg in die Staatsmedizin darstellen würde?

SV Prof. Dr. Jörg Hoppe: Ich möchte kurz auf das zuvor Gesagte eingehen: Leitlinien und ihre Sinnhaftigkeit sind nicht prinzipiell umstritten. Es kommt aber darauf an, wie sie entstehen, wie sie implementiert werden und wem es obliegt, sie in das Behandlungsgefüge einzubringen.

Das geplante Zentrum hat ein Vorbild. Das Vorbild stammt aber aus Ländern, in denen es nur eine Makro- und eine Mikroebene gibt, in denen es nur diejenigen gibt, die entscheiden, und diejenigen, deren Aufgabe die Patientenbetreuung ist. Die mittlere Ebene, die so genannte Mesoebene - das ist bei uns die gemeinsame Selbstverwaltung -, gibt es in diesen Ländern de facto nicht; sie spielt dort keine Rolle. Die mittlere Ebene ist eine Besonderheit

in der Bundesrepublik Deutschland, die historisch gewachsen ist und sich über Jahrzehnte bewährt hat.

Wenn man diese Ebene ausblendet und wenn das Deutsche Zentrum auf der Makroebene nicht nur Empfehlungen abgibt, sondern diese Empfehlungen auch in Richtlinien politisch umgemünzt werden - das ist der Duktus, den man in dem Gesetz erkennen kann -, dann ist das, was sich im medizinischen Bereich abspielt, auf der Makroebene, also auf der politischen Ebene, mit Unterstützung dieses Deutschen Zentrums formuliert worden. Das ist eine andere Form der Entwicklung von Patientenbetreuung, eine andere Form der Würdigung des individuellen Patient-Betreuer-Verhältnisses, als wir es in Deutschland kennen. Das ist ein Kulturwechsel.

Dem liegt eine sehr mechanistische Vorstellung von dem zugrunde, was Medizin ist. Manche meinen, Medizin sei eine Naturwissenschaft. Das ist sie nicht. Medizin ist nicht so mess- und wägbare. Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft, die sich naturwissenschaftlicher Methoden bedient, die aber leider zu großen Teilen - das wird sich nie ändern - immer nur mit wahrscheinlich richtigem Wissen umgehen muss, das sich vor allem in kurzer Zeit ändert. Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens ist kurz. Außerdem kommen zu den Patient-Arzt-Beziehungen, Patient-Betreuer-Beziehungen oder anderen Beziehungen Wertungen hinzu.

Wenn man meint, man könne diesen Komplex bis in die individuelle Patient-Arzt-Beziehung durch richtlinienartige Empfehlungen steuern, dann ist das ein Irrtum. So sehe ich das, ganz unpolitisch, aus ärztlicher Sicht. Ich glaube, man sollte diese mechanistische Vorstellung abstreifen; denn dann kommt man schnell zu einem anderen Ergebnis.

Die Patienten haben in Deutschland einen Rechtsanspruch auf alle Leistungen, die dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen. Dem hat - wie die Urteile zeigen - auch die Rechtsprechung in der Vergangenheit Rechnung getragen. Wir als Ärztinnen und Ärzten und die Krankenhäuser als Vertragspartner von Patienten wurden nicht davon befreit, bei den sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Pflichten den anerkannten medizinischen Maßstab bei den Patienten anwenden zu müssen. Wir sind nach wie

vor dazu verpflichtet. In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes wurde gesagt, dass der Maßstab der guten Versorgung eine intraprofessionelle Angelegenheit sei. Das heißt, dass die Ärzteschaft und die medizinische Wissenschaft zu entwickeln haben, was das ist. Von außen kommende Maßstäbe - so hat der Bundesgerichtshof festgestellt - stellen eine Fremdbestimmung der Profession dar, die die Profession nicht akzeptieren dürfen.

Wenn also in einem Zentrum Leitlinien entwickelt werden, die mit der ärztlichen Profession nicht vereinbar sind, müssten wir diese missachten, damit wir uns nicht in eine Position bringen, die mit unserem Auftrag nicht vereinbar sind. Das möchte ich hier gerne zu Protokoll geben. Ich glaube, dass wir mit der Lösung, die wir in Deutschland haben, dass es nämlich eine Selbstverwaltung gibt und dass in dieser Selbstverwaltung die entsprechende wissenschaftliche Fundierung für eine gute Medizin entwickelt wird, besser beraten sind als durch ein sehr staatsnahes Institut.

SV Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen: Ich bin hier als Einzelsachverständiger geladen. Aber Sie werden verstehen, dass ich natürlich auch in meiner Funktion als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft spreche.

In der Absicht, zu einer Qualitätsverbesserung und zu einer Förderung des Qualitätswettbewerbs zu kommen, sind wir uns fast alle einig; zumindest ist sich die Arzneimittelkommission mit der Regierungskoalition einig. Aber die Frage ist, wie wir dieses Ziel erreichen. Wir unterstützen natürlich wesentliche Inhalte des geplanten Zentrums aus unserer Tradition der Arzneimittelkommission heraus. Dazu zählen die Fortführung des erfolgreichen Prozesses der Erstellung evidenzbasierter, qualitativ hochwertiger Leitlinien, der in Deutschland schon begonnen wurde, die Verbesserung der Patienten- und Verbraucherinformation und insbesondere die so genannte vierte Hürde, das heißt, die kritische Bewertung der Preiswürdigkeit alter und neuer Therapieverfahren.

Meiner Meinung nach ist die Patienteninformation - insbesondere die Erstellung EBM-gestützter Leitlinien - im Bereich der Selbstverwaltung und im Bereich der bestehenden Verbraucherorganisationen gut aufgehoben. Dass eine für Koordinierung zuständige Stelle

die Situation verbessern könnte, leugnen wir nicht. Aber ein Zentrum in der Form, wie es vorgeschlagen wird, ist aus unserer Sicht unpraktikabel und auch nicht notwendig; denn es gibt, wie Professor Hoppe schon gesagt hat, Aktivitäten im Rahmen unserer Selbstverwaltung, um international Standards setzen zu können.

Hinsichtlich der Frage der Erstellung von Leitlinien, wie sie durch das geplante Zentrum anvisiert werden, wird offenbar vergessen - auch Herr Professor Lauterbach hat nicht darauf hingewiesen -, dass die Erfahrungen im Ausland vor allem zwei Problempunkte aufgezeigt haben.

Der erste Punkt: Die Implementierung der Leitlinien in die Praxis ist das Problem, nicht die Erstellung von Leitlinien. Die Implementierung, der Transfer in die Praxis, ist das Problem.

Der zweite Punkt: Im Ausland, insbesondere in Frankreich, hat man die Erfahrung gemacht, dass der Transfer bei Leitlinien funktioniert, die, wie man heute sagt, „bottom up“, also von der Basis her unter Beteiligung der Ärzteschaft, auch der Primärärzte, und der Patienten entwickelt werden, und nicht bei denen, die - bottom down - auf die Leistungserbringer, wie man heutzutage sagt, aufgestülpt werden. Dazu gibt es wichtige Studien und Erfahrungen.

Es ist auch verschwiegen worden, dass sich der Europarat in seinen Empfehlungen für unabhängige Leitlinien ausspricht und zu einer unabhängigen Leitlinienerstellung durch die betroffenen Professionen rät, wie Sie das in der Stellungnahme des ÄZQ finden.

Es ist nicht wahr, wenn behauptet wird, in Deutschland gebe es keine qualitativ hochwertigen Leitlinien. Diese Aussage ist falsch. Die Arzneimittelkommission ist die Institution, die die längsten Erfahrungen bei der Erstellung von Leitlinien vorweisen kann, die von der sehr gut funktionierenden Clearingstelle, dem ÄZQ, außerordentlich positiv zertifiziert worden sind und die es mit Leitlinien im internationalen Vergleich sehr wohl aufnehmen können. Das muss hier einmal deutlich gesagt werden.

Eine wesentliche Aufgabe für ein solches Zentrum oder eine Koordinierungsstelle, die genauso gut woanders angesiedelt werden könnte, ist

die so genannte vierte Hürde; denn dieses aus Sicht der Ärzteschaft quasi schmutzige Geschäft, das dennoch mit Beteiligung der Ärzteschaft erledigt werden muss, kann die Ärzteschaft alleine nicht leisten. Das kann nur in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, insbesondere den Kassen, den Verbraucherverbänden und Patientenorganisationen, geschehen. Man wird sich überlegen müssen, wie man das gestaltet. Ich versuche seit Jahren, meine Kollegen davon zu überzeugen, dass sich die Ärzteschaft vor dieser Aufgabe, die die vierte Hürde betrifft, nicht drücken kann. Das ist für Ärzte keine schöne Aufgabe; aber sie werden die Hand zu diesem Spiel reichen müssen und müssen dabei sein.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich kann die Frage nicht besser beantworten als Herr Hermann, der auf die Frage von Frau Kühn-Mengel geantwortet hat. Er hat in der ihm eigenen offenen Art die Absichten dieses Gesetzes sehr deutlich dargelegt. Er hat dargelegt, dass es im Einzelwettbewerb keine Basis mehr für den Bundesausschuss gibt. In der Tat: Das ist unser Problem. Wenn Sie den Einzelvertrag mit Kassen im Einkaufssystem zulassen, dann fehlt die Basis für den Überbau Bundesausschuss; denn der einzelne Arzt ist nicht Mitglied des Bundesausschusses und dann auch nicht mehr Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung. Herr Hermann deswegen sehr deutlich gesagt: Der Bundesausschuss der Zukunft ist nicht mehr zuständig; man braucht das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin, um diese normative Ebene abzulösen, nicht aber um ihre Empfehlungen zu geben. Das ist die Absicht, die hinter diesem Gesetz steht.

Sie können das in einem AOK-Gutachten nachlesen. Da heißt der Ausschuss auch nicht mehr „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“, sondern er heißt „Regulierungsausschuss“. Das wird er in Zukunft auch sein, denn Sie schaffen die normative Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen systematisch ab. Sie brauchen dann in der Tat jemanden, der Normen setzt. Das ist dann das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin und das ist staatlich.

Schauen Sie sich die Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses an. Sie können doch nicht ernsthaft erwarten, dass er Leitlinien in dieser Pluralität erstellt. Das Ministeri-

um hat eindeutig den Zugriff und den Vorgriff und kann sehr genau steuern, was als Ergebnis herauskommt. Das können Sie übrigens jetzt schon mit diesem Gesetzentwurf, denn Sie ersetzen die Rechtsaufsicht über den Bundesausschuss durch eine Fachaufsicht. Auch das wird - leider - so nicht gesagt. In Ihrem Gesetzentwurf ist die Rechtsaufsicht über den Bundesausschuss durch eine Fachaufsicht abgelöst. Das heißt, dass das Ministerium das Zentrum beauftragen kann, etwas vorrangig zu tun. Der Bundesausschuss muss diese Empfehlung umsetzen. Dann entscheidet die Fachaufsicht so, wie das Zentrum es gerne haben möchte.

Es steht - da stimme ich Ihnen, Herr Storm, völlig zu - ein Paradigmenwechsel an. Sie müssen entscheiden, ob Sie den Staat oder die Selbstverwaltung wollen; denn eines geht in Deutschland nicht: eine normative Ebene Selbstverwaltung und darüber ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin. Da haben wir rechtliche Probleme, denn der Bundesausschuss muss die Haftung für das übernehmen, was das Zentrum ihm empfiehlt.

Wir haben darüber hinaus das Problem, dass das Zentrum gar nicht als empfehlende Organisation gedacht ist. Herr Hermann hat sehr richtig gesagt: Im Wettbewerb gibt es keine Selbstverwaltung mehr. Sie müssen dann den Wettbewerb steuern, damit nicht das eintritt, was Sie zu Recht sagen, nämlich ein reines Qualitätsdumping und kein Preiswettbewerb. Das müssen Sie normativ vorgeben. Da genügen Leitlinien überhaupt nicht, sondern Sie müssen Richtlinien erlassen, die normative Vorgaben für diesen Wettbewerb machen. Der Staat muss das kontrollieren.

Deswegen ist der ganze Entwurf mit Vorschriften gespickt - das können Sie alles nachlesen -, mit denen die Rechtsaufsicht durch die Fachaufsicht abgelöst wird und dieses Zentrum eingerichtet werden soll.

Von daher ist das ein Paradigmenwechsel. Es ist eine grundsätzliche Frage, ob Sie der Selbstverwaltung die Kompetenz geben, sich unabhängigen Sachverstand zu verschaffen - dazu haben wir Ihnen gemeinsam mit den Kassen einen Vorschlag unterbreitet, der ein unabhängiges Institut vorsieht, das die Selbstverwaltung berät, aber die normative Ebene der Selbstverwaltung belässt -, oder ob Sie die Selbstverwaltungsebene systematisch aushe-

beln und durch ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin ersetzen, das dann, lieber Herr Professor Lauterbach, nicht mehr Leitlinien erstellt, sondern Richtlinien erlassen muss, weil es die Selbstverwaltungsebene, die normativ tätig werden könnte, gar nicht mehr gibt.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Staatssekretär a. D. Karl Jung, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin.

Nachdem wir jetzt gehört haben, was das Zentrum alles leisten soll, würde mich interessieren, ob die diesem Zentrum zugedachten Aufgaben von ihm zeitnäher und wissenschaftlich ausgereifter gelöst werden können, als dies mit den bisherigen Institutionen der Selbstverwaltung, insbesondere dem Bundesausschuss, dem Krankenhausausschuss und dem Koordinierungsausschuss, der Fall ist.

Vielleicht könnte insbesondere die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften auf die Aussage von Professor Lauterbach eingehen, dass die in Deutschland existierenden Leitlinien qualitativ minderwertig seien.

SV Karl Jung: Ich rede als Vorsitzender des Bundesausschusses und des Koordinierungsausschusses und will zunächst einmal versuchen, die Bedeutung des Zentrums etwas zu relativieren. Wir haben seit 120 Jahren die GKV, die 1883 gegründet wurde. Wir haben in 120 Jahren ein solches Zentrum nicht gebraucht. Wir haben in 120 Jahren auch nicht von Unter-, Über- und Fehlversorgung gelebt. Von daher will ich die Diskussion und die Aussagen der modernen Heilsbringer, die schon zu Wort gekommen sind, relativieren.

Die Frage war: Kann das Zentrum die ihm zugedachten Aufgaben lösen? Man muss zunächst einmal klar machen, was das Zentrum soll. Das ist keineswegs klar. Die Aufgaben haben sich in den einzelnen Stadien der Erarbeitung des Gesetzentwurfs wesentlich geändert. Es fing mit der sehr verharmlosenden Erklärung in der Koalitionsvereinbarung, in

den Eckpunkten an, ein staatsfernes Institut nach Art der Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen vorzusehen. Das klingt alles sehr harmlos.

Mit dem ersten Entwurf ließ man die Katze aus dem Sack: rein staatliche Lösung. Man hatte in der Zwischenzeit versucht, eine Pseudoselbstverwaltungsform hineinzubringen, auch die Aufgaben im Einzelnen haben sich sehr verändert. Im aktuellen Entwurf haben wir in § 139 b noch fünf Ziffern. Aber die Aufgaben in diesen Ziffern kann das Zentrum in dieser Form nicht erfüllen, auch nicht die der Bereitstellung von Informationen allgemeiner Art gemäß Ziffer 1. Das Zentrum ersäuft in Arbeit, wenn es für 70 Millionen GKV-Versicherte allgemeine Auskünfte über Qualität und Standard von 3 000 Krankenhäusern und 120 000 niedergelassenen Ärzten geben soll.

Ziffer 2 sieht die Erstellung von Leitlinien vor. Es ist schon klar geworden, dass das Zentrum dazu gar nicht in der Lage ist. Dazu müsste man einen riesigen wissenschaftlichen Stab haben. Die Erstellung von Leitlinien ist eine Aufgabe der medizinischen Fachgesellschaften. Das Zentrum kann allenfalls bei der Bewertung und Zertifizierung tätig werden.

Daher muss man sehr sorgfältig sondieren, was das Zentrum sein soll. Soll es eine Art Stiftung Warentest oder eine allgemeine Informationsstelle sein oder kommt es zu einem Paradigmenwechsel, wie es Herr Hess zutreffend charakterisiert hat? Dann kommen Sie in Konflikt mit der bisherigen Systematik der GKV. Die Steuerung auf der mittleren Ebene ist Sache der Selbstverwaltung. Hier wird in die Selbstverwaltung mit einem staatlichen Institut eingegriffen. Beides verhält sich wie Feuer und Wasser. Feuer und Wasser kann man nicht mischen.

Man kann bei der Selbstverwaltung bleiben und die Gremien der Selbstverwaltung arrondieren. Da kann man einiges verbessern, was die Arbeit der Ausschüsse angeht. Darüber müsste man im Einzelnen reden. Aber Sie können die Selbstverwaltung nicht mit einem staatlichen Institut kombinieren und damit die bisherige Qualität der Selbstverwaltung völlig verändern, indem Sie dem Ministerium - statt ihm die Rechtsaufsicht zu belassen - auf dem Umweg über § 139 c - Herr Hess hat das zutreffend dargestellt - die Fachaufsicht sowohl gegenüber den Bundesausschüssen als auch

gegenüber dem Ausschuss Krankenhaus eröffnen. Das ist eine andere Welt. Wenn man das will, kann man das machen, aber dann sollte man es offen sagen.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Jung weitgehend anschließen. Gestatten Sie mir dennoch den Hinweis - Herr Professor Müller-Oerlinghausen hat schon darauf hingewiesen -, dass in Frankreich der Ansatz, über ein Institut Leitlinien von oben nach unten zu geben, gescheitert ist. Man wird den Versuch aufgeben, weil die Akzeptanz der Basis fehlt.

Sie brauchen die Akzeptanz der Basis, um Leitlinien umzusetzen, weil diese gerade keine normativen Vorgaben sind, sondern ein Korridor von Entscheidungsmöglichkeiten. Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin wird die Akzeptanz der Basis nicht bekommen, weil es von seiner Zusammensetzung her nicht den einzelnen Arzt bzw. das einzelne Krankenhaus ansprechen kann, sondern es wird - jedenfalls von den Ärzten an der Basis und den Krankenhäusern - als Superbehörde empfunden werden. Daher haben diese von vornherein eine negative Grundeinstellung.

Es wird als Bundesoberbehörde auch nicht eine vergleichbare Aufgabe wie die Stiftung Warentest erfüllen können. Wir haben schon oberste Bundesbehörden genossen. Das DIMDI ist eine Bundesoberbehörde. Fragen Sie einmal nach, was dort geschieht und mit welcher Effizienz dort gearbeitet wird. Sie werden feststellen, dass allein die Einrichtung einer solchen neuen Behörde noch keine Qualitätsverbesserung mit sich bringt.

Ich glaube nicht, dass es so einfach ist, in Deutschland einen Qualitätsvergleich von Ärzten und Krankenhäusern zu publizieren, ohne eine Fülle von Klagen zu provozieren. In den Ländern, in denen man so etwas publizieren kann, existiert eine andere Gerichtsbarkeit als in Deutschland. In Deutschland wird jeder, der mit einem Negativvotum bedacht wird, sofort einen Prozess gegen dieses Institut führen. Ich glaube daher, dass das mit einer solchen Konstruktion nicht funktionieren wird.

Wir brauchen eine Stärkung der Selbstverwaltung. Wir haben ein großes Know-how zum Beispiel im Bereich der Abrechnung. Die Kas-

senärztliche Vereinigung kann genau sagen, mit welcher Frequenz Ärzte welche Leistungen abrechnen. Wir dürfen das zurzeit nicht veröffentlichen. Wenn wir das veröffentlichen würden, würden Klagen auf uns zukommen. Geben Sie uns doch bitte die Rechtsgrundlage dafür, so etwas publizieren zu können. Dann brauchen wir kein Institut, sondern dann können wir gemeinsam mit den Kassen solche schlichten Wahrheiten, mit welcher Frequenz Ärzte und Krankenhäuser welche Leistungen abrechnen, publizieren. Solche Informationen sind schon verfügbar und man kann die Auskünfte erteilen. Dafür brauche ich kein Institut, sondern ich brauche die Rechtssicherheit, um das in der Selbstverwaltung machen zu können.

Was schließlich die vierte Hürde angeht: Ich glaube nicht, dass das Institut es schaffen wird, in Deutschland eine vierte Hürde als unabhängiges Institut durchzuhalten. Schauen Sie sich einmal an, als wie abhängig von der Pharmaindustrie das englische Institut NICE vom Staat selbst charakterisiert wird. Ich glaube nicht, dass durch den Formalismus im Gesetz, ein Institut als unabhängiges Institut zu bilden, allein schon die Unabhängigkeit garantiert wird. Mir hat bisher noch keiner nachweisen können, dass die Unabhängigkeit in der Tätigkeit nachher auch wirklich garantiert ist.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Ich spreche für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und kann mich meinen Vorrednern Herrn Dr. Hess und Herrn Jung anschließen. Herr Schmidbauer hat das Problem auf den Punkt gebracht, als er in seiner Frage den Begriff Leitlinien dem Begriff Richtlinien gegenübergestellt hat.

Jetzt muss man ganz nüchtern bilanzieren. Ich bin dafür, dass man die Beurteilung, ob man ein Zentrum für Qualität in der Medizin braucht oder nicht, von den zukünftigen Aufgaben abhängig macht. Eines ist klar: Wenn ich ein solches Zentrum in der vorgesehenen Weise schaffe, dann schaffe ich weitgehend die Selbstverwaltung ab; sie ist der Nukleus. Das ist ein Hineinregieren des Zentrums in die jeweilige Selbstverwaltung. Es ist zwar von Empfehlungen die Rede, aber die Empfehlungen sind zu beachten. Das Zentrum erlässt nicht Leitlinien im idealistischen Sinne, so wie wir sie bisher verstehen, nämlich als Ausdruck von lege artis vorgenommener Beurteilung von

Qualität, sondern diese so genannten Leitlinien bekommen einen dogmatischen Charakter; sie sind zu beachten. Wenn ich das Zentrum schaffe, demontiere ich große Teile der Selbstverwaltung.

Ich muss die Aufgabenstellungen dieses Zentrums sehen. Da steht: Es werden evidenzbasierte Leitlinien sowie pflegerische Standards erstellt. Daran sehen Sie die Zielgerichtetheit. Das sind nicht die Leitlinien, von denen Herr Professor Hoppe und andere Redner gesprochen haben, nämlich Qualitätsindikatoren, sondern letztlich geht es darum, Versorgungsstandards und Versorgungsvorgaben zu definieren. Wenn man das will, dann muss man das klar sagen. Aber ich kann Ihnen versichern, dass keine Konfiguration der Selbstverwaltung das jemals schaffen wird.

Wer den Weg geht, Medizin als Versorgungsstandard zu beschreiben, kommt vermutlich an der Bildung eines staatlichen Zentrums nicht vorbei. Dann muss das allerdings ehrlich gesagt werden. Wenn man das nicht will, dann plädieren wir nachdrücklich dafür, die Selbstverwaltung durch ein solches Zentrum nicht zu demontieren.

SV Prof. Dr. Albrecht Encke (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften):

Es wurde nach der Aufgabenstellung dieses zu gründenden Zentrums gefragt. Den sechs Leitsätzen dazu ist zu entnehmen, dass es hier in der Regel um wissenschaftliche Erkenntnisse geht, die in Leitlinien, in wissenschaftliche Gutachten und Empfehlungen an die Bundesausschüsse und in Informationen an die Patienten umgesetzt werden sollen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe bedarf es der Unabhängigkeit, vor allem auch des Sachverständigen. Mir ist nicht klar, wie in einem solchen zentral geleiteten Institut dieser Sachverständigen zusammenkommen soll, der sich bei der Generierung von Leitlinien, von medizinischem Wissen überhaupt auf eine Vielzahl medizinischer Fachgebiete und damit auch entsprechender Sachverständiger und Fachgesellschaften verteilt. Insofern halte ich ein solches Zentrum allenfalls für die Verteilung der Aufgaben für denkbar. Dann allerdings ist es sehr teuer und wahrscheinlich wenig effektiv.

Zur Frage nach der Situation der Leitlinien in Deutschland: Wir entwickeln seit 1994 auf Anregung des Sachverständigenrates Leitlinien. Wir haben drei wissenschaftlich begründete methodische Kategorien von Leitlinien geschaffen. Die qualifizierteste Form der Leitlinie, die einen bestimmten Stufenprozess vorsieht, ist inzwischen für eine Reihe von Leitlinien - das sind deutlich mehr als 1 Prozent - erarbeitet worden. Das Problem der Leitlinien liegt darin, dass sich nicht alle medizinischen Sachverhalte durch Evidenzbasierung beweisen lassen. Das gilt ganz besonders in den operativen Fächern; bei einer medikamentösen Behandlung ist das leichter.

Zur Leitliniengenerierung gehört deren regelmäßige Überprüfung, Aktualisierung und Implementierung, die schon angesprochen wurde. Es gehört auch dazu, dass die klinischen Studien, die notwendig sind, um diese Leitlinien aufzustellen, gefördert werden müssen. Da liegt allerdings in unserem Land sehr viel im Argen. Schließlich muss in diesen Studien vor allen Dingen das Ergebnis berücksichtigt werden und nicht nur die Abwicklung. Die so genannte Outcome-Forschung spielt eine große Rolle.

Wir sind im Vergleich zu anderen Ländern - das überschauen wir sehr gut - durchaus nicht so rückschrittlich, wie es hier dargestellt wurde. Es gibt in den USA verschiedene Institute, die sich mit Qualität beschäftigen, es gibt aber kein zentrales staatliches Institut. Der Austausch mit der Wissenschaft funktioniert. Die Implementierung ist dort genauso schwierig wie hier. Insofern sehe ich die Gefahr, dass ein solches Institut auf dem Wege der Verordnung versucht, auch nicht medizinische Gesichtspunkte zur Geltung kommen zu lassen. Wenn ich lese, dass das zentrale Institut vorrangig Aufträge des Bundesgesundheitsministeriums bearbeiten muss, dann zeigt mir das doch die Richtung an.

SV Dr. Günther Jonitz (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin): Ich spreche als stellvertretender Vorsitzender der Planungsgruppe des Ärztlichen Zentrums für Qualität, das seit 1995 existiert. Wenn Sie den Katalog der Projekte anschauen, die das ÄZQ bereits bearbeitet hat, werden Sie vieles von dem wieder finden, was heute Gegenstand der Diskussion ist.

Ich wurde gebeten, zu der Frage Stellung zu beziehen, wie wirksam ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin bei der Erstellung von Leitlinien ist. Die Antwort ist sehr einfach: Es ist unwirksam. Die Empfehlungen des Europarates, mittlerweile knapp ein Dreivierteljahr alt, an alle europäischen Länder gehen dahin, Leitlinien von unten nach oben zu erstellen, das heißt von den Betroffenen selbst. Die Vorarbeiten dazu, die kritische Bewertung der Wissenschaft und Literatur können gerne an anderer, an höherer Stelle erfolgen, beispielsweise am DIMDI.

Der zweite Beleg dafür, dass diese Leitlinienentwicklung unwirksam sein wird, ist folgender: Das französische Leitlinieninstitut ANAES hat fünf Jahre lang versucht, staatliche Leitlinien von oben nach unten zu entwickeln. Das ist gescheitert. Der aktuelle Bericht der OECD zu diesem Thema, auch zum Scheitern der Leitlinienentwicklung eines staatlichen Instituts in Holland, legt Wert auf die Feststellung, dass die Betroffenen selber Leitlinien erarbeiten müssen. In dem Zusammenhang kann ich auch Herrn Isenberg von der Patientenberatung der Verbraucherzentrale zustimmen. Ein Institut, wie es derzeit im Gesetz vorgesehen ist - top-down, also von oben nach unten, autark, frei von Kooperation und Diskussion -, wird Leitlinien erstellen, die die Ärzteschaft bevormunden werden. Die Ärzteschaft, die Patientenversorger und die Patienten selber werden sie als Bevormundung erleben. Es wird nicht funktionieren. Ich möchte dringend empfehlen, von dem Versuch der Leitlinienerstellung top-down Abstand zu nehmen. Sie schonen damit die Nerven der Bürger und Sie schonen damit das Steuersäckel.

Welches Problem steckt eigentlich dahinter? Ich habe großes Verständnis dafür, dass die Politik antritt, unser Gesundheitssystem mit einem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz zu modernisieren. Das ist notwendig. Es ist deswegen notwendig, weil alleine schon die Flut an Wissen, an wissenschaftlichen Informationen, das Maß an Pseudowissenschaft und Pseudowissen, aber auch die Entwicklung der Medizin selber so komplex geworden ist, dass der einzelne Arzt mittlerweile eine bessere Führung braucht, um leichter erkennen zu können, was im Idealfall sinnvoll und notwendig ist.

Dem Problem der übergroßen Vielfalt der Angebote wird die Selbstverwaltung dadurch gerecht, dass seit mehreren Jahren, seit 1998, ein Leitlinienclearingverfahren existiert. In diesem Leitlinienclearingverfahren wurden innerhalb von fünf Jahren zehn große Volkskrankheiten gecleart. Das heißt, es wurde geschaut, welche Leitlinie gut und welche eher weniger gut ist.

In diesem Verfahren, bei dem es darum geht, aufarbeitende Aussagen darüber zu erhalten, was gute Medizin bei Zuckerkranken, Bluthochdruckkranken, akutem Rückenschmerz etc. pp. ist, arbeiten alle Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen im Konsens und sehr harmonisch zusammen. Es wäre schön, wenn Sie dieses Konsensprinzip bezogen auf die inhaltliche Arbeit auch im Gesetzentwurf realisieren könnten.

Die konkreten Ergebnisse dieser Leitlinienclearings sind beispielsweise Grundlage der Diskussion für DMPs, für die Erarbeitung individueller Leitlinien auf Landesebene, beispielsweise im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, und sie stellen sehr fundierte, qualitätsgeprüfte Patienteninformationen dar, die auch im Internet zu finden sind.

Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV.

Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach die Aufspaltung des Sicherstellungsauftrags - auf der einen Seite die Kassenärztlichen Vereinigungen für Hausärzte, Frauenärzte und Kinderärzte und auf der anderen Seiten die Krankenkassen für die Fachärzte und die Psychotherapeuten - auf die bisher im geltenden Gesetz vorgesehenen Qualitätsmaßnahmen aus?

SV **Dr. Rainer Hess** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wenn man den Gesetzentwurf liest, meint man, es würde sich nichts ändern; denn die Vorschriften zur Qualitätssicherung bleiben erhalten und die Richtlinien zur Qualitätssicherung gelten auch für das Einzelvertragssystem.

Man muss aber feststellen, dass alle zurzeit durchgeführten kassenübergreifenden Qualitätsprüfungen - durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ausschüssen gemeinsam mit den Krankenkassen oder durch die Kassen-

ärztlichen Vereinigungen allein - anhand kassenübergreifender Daten durchgeführt werden. Die frequenzabhängigen Regelungen, die wir zurzeit einführen, oder auch die Regelungen, die darauf abstellen, die Abrechnung auf qualitative Erfordernisse zu überprüfen, können Sie nur umsetzen, wenn Ihnen die gesamten Daten zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe Sie Vergleiche darüber anstellen können, was dieser oder jener Arzt einer bestimmten Arztgruppe tut. Ohne solche Vergleiche lässt sich eine objektivierbare Qualitätsprüfung nicht durchführen.

Wenn Sie die Fachärzte in das Einzelvertragssystem entlassen, fehlen Ihnen diese Daten. Wir haben sie nicht und die Kassen haben sie auch nicht. Jede Kasse verfügt nur noch über die Daten ihrer Versicherten. Wenn ein Arzt nur fünf Versicherte hat, ist die Kasse nicht in der Lage, die Qualität seiner Leistungen zu überprüfen. Vielleicht hat die Kasse dann auch kein Interesse daran, die Qualität der Leistungen dieses Arztes wirklich objektiv zu überprüfen; denn er ist ja ihr Wettbewerbspartner; mit ihm steht sie im Wettbewerb hinsichtlich ihrer Versicherten. Wenn Sie die Ärzte in das Einzelvertragssystem überführen, dann haben Sie keine objektivierbare Qualitätssicherung mehr, weil es den Dritten, der die Qualität in der Zweierbeziehung zwischen der Kasse und dem Arzt prüfen könnte, nicht mehr gibt.

Wie gesagt: Die Daten laufen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. In allen Kassen haben wir gemeinsame Ausschüsse. Hier können Sie die Qualität kassenübergreifend überprüfen. Wenn Sie dieses System abschaffen, also ein Einzelvertragssystem einführen, fehlt für eine solche Prüfung die Basis.

Hinzu kommt - das habe ich vorhin schon gesagt -, dass Ärzte, die nicht mehr Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, nach der Rechtsprechung nicht mehr den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen unterworfen werden können; denn diese setzt die demokratische Basis, vom Arzt - er muss also Mitglied in der KV sein - über die KV bis zum Bundesausschuss, voraus. Beseitigen Sie diese Basis, so gelten die Richtlinien des Bundesausschusses für diese Ärzte nicht mehr. Das führt dazu, wie Herr Hermann zu Recht ausgeführt hat, dass Sie den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen auf längere Sicht nicht mehr für zuständig für diese Ärzte erklären können. Das heißt, die Richtli-

nien des Bundesausschusses gelten dann für diese Ärzte quasi nicht mehr. Sie brauchen dann die Regulierungsbehörde, um das zu ersetzen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe mehrere Fragen an das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin:

Erstens: Gibt es strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitswesen, die dazu führen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse im Versorgungsalltag nicht hinreichend berücksichtigt werden?

Zweitens: Ist zur Behebung der Qualitätsdefizite eine zentrale Institution wie das vorgesehene Zentrum erforderlich oder lassen sich derartige Defizite auch mit den vorhandenen Strukturen beheben?

Drittens: Halten Sie die vorgesehenen Regelungen zur rechtlichen und organisatorischen Ausgestaltung des Zentrums für Qualität für zielführend?

SV Dr. Gerd Antes: Es gibt Defizite beim Transfer von der Wissenschaft in die Versorgung. Allerdings sprechen wir hier einen anderen Aspekt an. Aufgrund der Mängel in der Versorgungsforschung in Deutschland haben wir kaum die Möglichkeit, qualifiziert nachzuweisen, wo die Defizite liegen. Dieser Aspekt ist noch nicht angeführt worden. Wir haben bei klinischen Studien bisher immer nur von der Evidenzgenerierung gesprochen. Das Abbilden der Versorgungsvorgänge, was die Versorgungsforschung eigentlich leisten soll, ist - auch aufgrund der Probleme, die mit dem Datenschutz verbunden sind - unterentwickelt, sodass wir das quantitativ nur wenig belegen können.

Zur zweiten Frage. Wir halten eine wesentliche Ergänzung der bestehenden Strukturen - und zwar in zentraler Form - für notwendig. Dies muss allerdings unter Einbeziehung der bereits entwickelten Strukturen erfolgen. In diesem Sinne sagen wir ein klares Ja zu zentralen Strukturen. Diese dürfen aber nicht in der Form existieren, wie sie im gegenwärtigen Entwurf - soweit wir ihn verstehen - vorgesehen sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielleicht können Sie noch auf die dritte Frage eingehen, ob Sie die gegenwärtigen Regelungen für zielführend halten bzw. welche anderen Vorschläge Sie haben.

SV **Dr. Gerd Antes**: Ich glaube, wir müssen zwischen dem Anschluss an das internationale Niveau der verfügbaren Evidenz - dieses Schlagwort finden wir immer wieder -, also der Synthese dessen, was wir weltweit wissen, und dem, was klinische Leitlinien bedeuten, besser differenzieren. Ich denke, die ganze Diskussion ging bisher zu sehr in Richtung Leitlinien. Leitlinien, die nur am Schreibtisch entstehen, sind im strengen Sinne eigentlich keine Leitlinien; sie sind Evidenzberichte, also eine Zusammenführung des Wissens. Leitlinien bedeuten zwangsläufig auch Implementierung. Die Implementierung geht nur gemeinsam mit Ärzten und Patienten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wie gehen Sie in diesem Zusammenhang mit dem Vorwurf der Staatsmedizin und der Beschneidung der Therapiefreiheit um?

SV **Dr. Gerd Antes**: In dem Sinne, wie es bisher diskutiert worden ist. Wir haben in der Stellungnahme gefordert, dass dieses Zentrum politikfern - nicht unmittelbar politisch beeinflussbar - und in gewissem Sinne unabhängig sein muss. Die Konstruktion mit dem Direktorium, dem Beirat und dem Kuratorium scheint uns keine Garantie dafür zu sein, dass es unabhängig ist.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle zunächst an Herrn Professor Lauterbach die Frage: Sind generalisierende Beurteilungen, wie sie ein solches Zentrum für Qualität bei der Bewertung von Arzneimitteln und medizinischen Verfahren notwendigerweise vornehmen muss, mit dem Anspruch auf patientenorientierte Versorgung vereinbar?

SV **Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach**: Auf jeden Fall. Sie sind die Grundlage dafür. Denn wenn man über Arzneimittel nichts Generalisierbares aussagen kann, zum Beispiel zur

Sicherheit oder zur Wirkung eines Arzneimittels im Allgemeinen, dann kann man auch nichts über den Einzelfall sagen. Man muss das allgemein Bekannte über ein Arzneimittel wissen, um für den speziellen Fall eine Ausnahme ableiten zu können.

Herr Encke hat vorhin darauf hingewiesen, dass mehr als 1 Prozent der Leitlinien in Deutschland dem höchsten Qualitätsstandard der AWMF verpflichtet seien. Das ist auf der Grundlage unserer Recherchen nicht der Fall. Weniger als zehn der 1 000 Leitlinien der Fachgesellschaften in Deutschland, die im Netz publiziert sind, weisen den S-3-Standard aus, also den höchsten Standard der AWMF. Das heißt: Nicht einmal 1 Prozent der Leitlinien, die wir bei der Behandlung der Patienten derzeit täglich beachten müssen, genügt dem höchsten wissenschaftlichen Standard der Fachgesellschaften selbst. Das halte ich für eine sehr bedenkliche Situation.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an das Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Sie hatten vorhin gesagt, dass Ihnen die Patientenbeteiligung auf der handlungsleitenden Ebene des Zentrums nicht ausreicht. Können Sie das bitte erklären?

SVe **Jeannette Arenz** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband- Gesamtverband e.V.): Wir begrüßen es, dass in Zukunft die Qualität in der Medizin eine stärkere Rolle spielen soll, und fordern, dass die Patienten insbesondere auch bei der Erstellung von Leitlinien und Behandlungsprogrammen einbezogen werden. Wir halten es daneben für erforderlich, dass die Patienten in Zukunft in die Arbeit der Arbeitsgruppen eines Zentrums für Qualität einbezogen werden, weil sie in den letzten Jahren ein sehr starkes Know-how in ihren Vereinigungen erworben haben, das eingebracht und berücksichtigt werden sollte. Die Patienten sollten also nicht nur in Form einer Anhörung beteiligt werden, sondern auch in der Form, dass sie an der Entwicklung mitarbeiten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Herrn Ahrens nach den

Erfahrungen mit den zentralen Institutionen für Qualitätsbewertung im Ausland gefragt. Welche Regelungen sind in Deutschland im Vergleich zum Ausland erforderlich?

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten die internationalen Erfahrungen, die in Frankreich, den Niederlanden, in Großbritannien, Kanada und den USA mit Institutionen vorliegen, die eine Bewertung von Leitlinien vornehmen, für auswertbar. Ein unabhängiges Institut erscheint uns hier wichtig. Dieses wird in all diesen Nationen auf unterschiedlicher rechtlicher Grundlage und mit unterschiedlicher Einbeziehung der Leistungserbringer angestrebt. Es erscheint uns ein geeigneter Ansatz, die Zielsetzung, die mit dem Gesetzentwurf verbunden ist, voranzubringen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte auch an Sie noch einmal die Frage stellen, die ich Herrn Lauterbach gestellt habe: Sehen Sie einen Konflikt zwischen den generalisierenden Beurteilungen, die ein solches Zentrum vornimmt, und der Patientenorientierung in der Versorgung im Einzelfall?

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir sehen diesen Widerspruch nicht. Es ist in den vorangegangenen Äußerungen aller Beteiligten zu den Leitlinien deutlich geworden, dass Leitlinien genau den Anwendungsspielraum enthalten müssen und auch enthalten, der es ermöglicht, ein patientenorientiertes und evidenzbasiertes Wissen anzuwenden. Insoweit sehen wir keinen Widerspruch.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den Verband der Angestellten-Krankenkassen: Welche Auswirkungen hätte das vorgesehene Zentrum für Qualität aus Ihrer Sicht auf den Leistungskatalog der GKV und die konkrete Versorgung?

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Aufgrund der Konstruktion, die im Gesetzentwurf vorgesehen ist, halten wir die Auswirkungen für sehr problematisch, weil die Felder, die

bearbeitet werden sollen, vom Ministerium, aber auch von Dritten, die Aufträge an das Institut geben können, vorgegeben werden können. Der Bundesausschuss muss sich mit diesen Themen befassen.

Wie Herr Dr. Hess schon dargestellt hat, ist hier auch die rechtliche Kompetenz gegeben, über den Leistungskatalog zu beschließen. Dieser wird aber durch das, was vom Zentrum vorgegeben wird, konterkariert. Insofern sehen wir das als sehr problematisch an.

Im Übrigen haben wir die Sorge, dass durch die vorgesehenen Fristen in der Auftragsabwicklung Verzögerungen entstehen. Die starre Frist von sechs Monaten wird bei manchen Themen nicht ausreichen, sodass der Bundesausschuss auf einzelnen Themenfeldern nicht aktiv werden kann. Insofern halten wir diese Regelung nicht für zielführend.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Bundesverband der Innungskrankenkassen.

Das vorgesehene Zentrum für Qualität wird auch von den Kassen kritisiert. Welche Vorschläge haben die Innungskrankenkassen zur Verbesserung der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen?

SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Wir haben das Zentrum für Qualität in der Medizin, so wie es jetzt im Gesetzentwurf steht, in der Tat kritisiert, weil wir der Auffassung sind, dass die Qualität der Leistungserbringung von denjenigen sichergestellt werden muss, die einerseits für die Leistungen selbst und andererseits für deren Kosten zuständig sind. Es ist ziemlich einmalig in der deutschen Wirtschaft, dass ein staatsnahes Institut bzw. eine staatsnahe Einrichtung für Qualitätsfragen zuständig sein soll, die aufgrund des originären ökonomischen Bezugs eigentlich von den Partnern geregelt werden müssten.

Wir sehen die Arbeitsgemeinschaft des Koordinierungsausschusses als eine solche Einrichtung bzw. ein solches Zentrum für Qualität und - nicht zu vergessen - Wirtschaftlichkeit in der Medizin an. Wir sind der Auffassung, dass die Idee, die in dem Gesetz angelegt wird, so zum Tragen kommen sollte, dass die gemein-

samen Aufgaben, die die Selbstverwaltung im Koordinierungsausschuss hat, durch eine wissenschaftlich relativ unabhängige Einrichtung unterstützt werden. Diese soll bezogen auf die Qualitätssicherung nicht nur auf Anforderung seitens der Partner im Koordinierungsausschuss, sondern auch auf Anforderung anderer tätig werden. Dies wäre für uns eine Möglichkeit, den Selbstverwaltungsgedanken, der letztendlich dahinter steckt, nämlich für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung zuständig zu sein, zum Tragen zu bringen.

Meiner Meinung nach wird durch den Gesetzentwurf darüber hinaus noch einmal auf eine ganze Reihe von Weiterentwicklungsvorschlägen sowie Struktur- und Ergebnisqualitäten hingewiesen, die es bereits gibt. Ich betrachte die einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Notwendigkeit kontinuierlicher Fortbildung und die Möglichkeiten, die man durch regelmäßige Qualitätsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Transparenz eröffnet, als sachgerechte Veränderungen hinsichtlich der Qualität im Gesundheitswesen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Im Anschluss an die Antwort, die wir gerade gehört haben, habe ich die Frage an die KBV und die DKG, ob sie diese Vorschläge teilen bzw. was ihre Alternativen sind.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Als der erste Rohentwurf vorlag, haben wir in der gemeinsamen Selbstverwaltung, auch im Koordinierungsausschuss und im Bundesausschuss, intensive Gespräche über die Frage geführt, wo eine Beurteilungseinrichtung angesiedelt werden kann, die der Selbstverwaltung bei der Erarbeitung ihrer Richtlinien, die wir nach wie vor für notwendig halten, mit unabhängigem Sachverstand zur Seite steht.

Bisher haben wir das Problem, dass wir erstens zu wenig Finanzmittel haben, um solche Studien auf einer wirklich breiten Basis zu erstellen - das kostet Geld -, und dass es zweitens in der Tat eine gewisse Blockadehaltung gibt. Wenn jemand ökonomisch betroffen ist, neigt er dazu, im Bundesausschuss Probleme zu machen, bevor es zu Beschlüssen kommt. Bei der Methadon-Substitution waren es die Kran-

kenkassen, weil sie extrabudgetär bezahlt wird, bei anderen Leistungen waren wir es, weil sie aus der Kopfpauschale bezahlt werden sollen. Das ist die eigentliche Blockade. Es geht nicht darum, wie wir den Sachverstand bekommen; den haben wir. Es geht darum, wie wir diesen Sachverstand finanzieren können. Dafür brauchen wir eine andere Finanzierungsform. Wir haben Vorschläge dazu entwickelt, um zu vermeiden, dass jeweils sieben Verwaltungshaushalte bemüht werden müssen, um dieses Institut oder den Bundesausschuss zu finanzieren.

Wie lösen wir die Blockadehaltung auf? Dafür brauchen wir ein anderes Vergütungssystem. Wenn dieses vorliegt, können wir uns im Bundesausschuss sehr schnell einigen bzw. der unparteiische Vorsitzende und die Neutralen werden die Entscheidung nach Abwägung aller Interessen treffen können. Wir brauchen also kein Institut, um Verkrustungen zu lösen. Dies müssen wir mit anderen Mitteln erreichen.

Wir brauchen eine Einrichtung bei der Selbstverwaltung, die Selbstverwaltungsentscheidungen beschleunigt. Was nützt es, wenn wir unseren Entscheidungsbedarf bei einem Institut abgeben müssen? Dann braucht dieses Institut sechs Monate, um eine Entscheidung zu entwerfen, und danach brauchen wir sechs Monate, um uns damit auseinander zu setzen. Das ist Zeit verzögernd und kräftezehrend.

Wir schlagen Ihnen vor, die Grundstrukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bundesausschuss unverändert zu lassen, ihr mehr Rechtssicherheit zu geben und die Basis einer Finanzierung zu schaffen, damit wir mit einem unabhängigen Institut bei der Selbstverwaltung die Erstellung und Beurteilung solcher Leitlinien beschleunigen können. Unser Vorschlag ist, wie ich glaube, sehr hilfreich und würde nicht etwas zerschlagen, was an sich gut ist und nur funktionsfähiger gemacht werden muss.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Frau Bender, wir stehen hinter den gemeinsamen Überlegungen der Selbstverwaltung, die bestehenden Selbstverwaltungseinrichtungen - dazu rechne ich den Koordinierungsausschuss, den Krankenhausausschuss, aber auch die BQS, die EZQ und andere Selbstverwaltungsgremien - zu stärken und an erster Stelle zu prüfen, wie man deren Arbeit

effektiver machen kann. Ein Punkt dieser Überlegungen ist, den Koordinierungsausschuss neu zu konstruieren und aus ihm eine eigenständige Stiftung oder Ähnliches mit wissenschaftlicher Kapazität zur Vorbereitung von Entscheidungen zu machen.

An dieser Stelle füge ich ein eindeutiges Aber hinzu - hier unterscheiden wir uns vielleicht von anderen Selbstverwaltungspartnern -: Wenn es das politisch gewollte Ziel ist, evidenzbasierte Leitlinien und Pflegestandards von einer Anstalt des öffentlichen Rechts entwickeln zu lassen, die ihrem Rechtscharakter nach Richtlinien sind, aufgrund derer Versorgungsstandards entwickelt werden sollen, die zu beachten sind, dann kann die Selbstverwaltung eine solche Aufgabe nicht leisten. Sämtliche Annahmen stehen hier unter der veränderten, wettbewerbsorientierten Zielrichtung des Gesetzes, wie es Herr Hermann, aber auch Herr Hess entwickelt haben. Wenn Sie die Zielrichtung verfolgen, dass abgestimmte Versorgungsstandards vorgegeben werden und zu beachten sind, dann wäre die Ultima Ratio die Schaffung einer Anstalt öffentlichen Rechts als Zentrum. Wir halten dies aber für verzichtbar, da die bisherigen Aufgaben auch ohne die von mir beschriebene zentrale Institution erfüllt werden können. Die Selbstverwaltung kann man noch effektiver machen, die bestehenden Organisationen entsprechend umorganisieren und ausweiten. Dafür braucht man kein staatliches Zentrum.

Abg. Dr. Dieter Thoma (FDP): Ich stelle eine Frage an Herrn Professor Neubauer. Es wurde stets sehr deutlich gesagt, die Selbstverwaltung sei ein hohes Gut. Durch diesen Gesetzentwurf wird die Selbstverwaltung massiv eingeschränkt. Wie sehen Sie als Wissenschaftler diesen Entwurf?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich bedanke mich für diese Frage, Herr Thoma. Lassen Sie mich eine Bemerkung vorausschicken, die für das Ganze symptomatisch ist: Wir reden hier sehr viel von Leistungsqualität und Transparenz. Das jetzt vorgelegte, über 400 Seiten starke Gesetz erfüllt genau diese Bedingungen nicht. Wer in einem solchen Umfang neue Regulierungen schafft, bewirkt keine Leistungstransparenz, sondern eher das Gegenteil. Das Vorgelegte ist auch nicht wirtschaftlich, weil die Energien, die durch die auf den 400

Seiten beschriebenen Regelungen neu gebunden werden, nie und nimmer durch einen entsprechenden Effekt ausgeglichen werden.

Mit dem Zentrum hat man ein Problem identifiziert, das es in der Tat gibt. Wir brauchen die Weiterentwicklung der Qualität; das ist keine Frage. Die Weiterentwicklung der Qualität muss sicherlich auch über mehr Transparenz erfolgen. Aber brauchen wir dafür eine neue Institution? Meine Vorredner haben zum Teil schon dargestellt, dass wir auf diesem Gebiet eher zu viele als zu wenige Institutionen haben. Wenn Sie eine neue Institution schaffen wollen, dann empfehle ich Ihnen - mit den Worten des Bundespräsidenten - mindestens zwei Institutionen abzuschaffen. Durch eine neue Institution wird die Bürokratie um etwas bereichert, mit dem Sie sich in den nächsten zehn Jahren herumärgern werden. Auch wird zehn Jahre lang diskutiert werden, ob das Zentrum seine Aufgaben erfülle, ob es wirtschaftlich arbeite usw. Damit lösen Sie das Problem nicht, sondern verstärken es eher.

Es geht hier um Lösungen für ein Problem, das im Grunde genommen bei Arzt-Patienten-Kontakten entsteht, die in Deutschland etwa 500-millionenfach im Jahr anfallen; hinzu kommen etwa 16 Millionen Patienten im Krankenhaus. Lösungen müssen also dort gefunden werden, wo Qualität entsteht und beurteilt wird, nämlich in diesem direkten Verhältnis. Hier vermisste ich generell das Vertrauen darauf, dass sich die Qualität verbessert, wenn man die Akteure vor Ort stärker einbezieht. Eigentlich wollen wir ja - Frau Engelen-Kefer hat es vorhin angesprochen - Preis-Leistungs-Qualitätsvergleiche. Nur ein Qualitätsvergleich reicht ökonomisch nicht aus; wir müssen auch den Preis berücksichtigen. Hierzu vermisste ich im vorgelegten Gesetzentwurf jeden Ansatz.

Selbstverwaltung ist besser als eine staatliche Institution. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass unterhalb der Ebene der Selbstverwaltung auch noch die Betroffenen einzubinden sind. Ich wünsche mir also, dass bei einer Selbstverwaltungslösung mehr daran gedacht wird, wie die besagten 500 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr entsprechend mobilisiert werden. Die Transparenz muss bis zu diesen Kontakten reichen. Ein Abruf von Transparenz von einem zentralen Institut ist viel zu wenig. Qualitätsberichte sind richtig, aber sie müssen veröffentlicht werden. Hier

wünsche ich mir, dass die Ärztekammer oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechend tätig werden.

Wir alle wissen, dass die Entwicklung von mehr Transparenz natürlich Geld kostet. Bislang scheitert es an der Finanzierung. Leistungstransparenz muss auch Gegenstand der Vergütung werden. Sie müssen daher Qualitätsergebnisse in die Vergütung einbauen. Dann haben Sie Qualität und Transparenz stärker am Ort der Akteure verankert. Die Unterschiede, die sich dann ergeben, müssen auch den Patienten zugänglich gemacht werden. Die Befürchtung, der Patient sei damit überfordert, zeugt nach wie vor von der Haltung, dass nichts vernünftig geregelt sei, was nicht der Staat oder Körperschaften des öffentlichen Rechts geregelt hätten. Weil dem so ist, verabschieden Sie seit 25 Jahren alle vier Jahre ein neues Reformgesetz, ohne dass dies zu dem gewünschten Ergebnis geführt hätte.

Im Gesetzentwurf werden die Probleme angesprochen, aber falsch gelöst. Neue Institutionen und neue Bürokratie sind die Antwort auf Probleme, die wir mit den vorhandenen Institutionen lösen sollten. Außerdem werden die Akteure vor Ort zu wenig eingeschaltet; es geht aber nur „bottom up“. Wir müssen auch darüber nachdenken, dass die Vergütung und Finanzierung dort ankommen, wo Qualität und Preise entstehen. Diese Transparenz muss geschaffen werden; wir werden später darüber zu reden haben, was im Einzelnen zu geschehen hat.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Professor Weiser, ich stelle Ihnen eine ähnliche Frage. Sie sind Praktiker und jetzt der Vorsitzende des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte. Wie sehen Sie diese Thematik im Hinblick auf die Ärzteschaft im Krankenhaus?

SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.): Ich schließe mich den Ausführungen an, die im Wesentlichen von Herrn Hess von der KBV, Herrn Robbers von der DKG und Herrn Professor Hoppe von der Ärztekammer gemacht worden sind. Auch wir halten die Einführung eines solchen Instituts für einen Paradigmenwechsel in unserer Medizin, der zumindest zu einem Aushöhlen der mittleren Ebene der Selbstverwaltung führen wird und

langfristig wahrscheinlich dazu dienen soll, Leistungssteuerung zu betreiben. Nach unserem Eindruck wird mit dem Institut eine Einrichtung geschaffen, der ein unendlich großes Arbeitsprogramm aufgebürdet wird, das letztlich nur unter Hinzuziehung externen Sachverständigen bewältigt werden kann. Diesen externen Sachverständigen gibt es in unserer Republik seit langem in den Gremien der Selbstverwaltung - ich nenne nur die EZQ und die BQS - und in den Bundesausschüssen. Hier wird es aus unserer Sicht zu Doppelarbeiten, Doppelbelastungen und ineffizientem Vorgehen kommen.

Auch sehen wir das Problem der Zusammensetzung des wichtigsten Gremiums des vorgeschlagenen Instituts, des Kuratoriums. Allein seine Größe von 49 Mitgliedern garantiert die Arbeitsunfähigkeit. Aber auch durch die Tatsache, dass dieses Kuratorium am gesellschaftlichen Proporz und nicht am medizinischen Sachverstand ausgerichtet ist, sehe ich die Arbeitsfähigkeit als erheblich gefährdet an.

Als weiteres Problem kommt die Finanzierung dieses Instituts hinzu, die nach der jetzigen Regelung ausschließlich an den Bundeshaushalt gekoppelt sein wird. Wir alle wissen, dass sich damit eine langfristige Arbeitsplanung dieses Instituts zumindest schwierig gestalten wird.

Um dies zusammenzufassen: Wir sehen in der angedachten Konfiguration eines Nebeneinander bestehender Ausschüsse und Gremien eine Doppelbelastung und Doppelarbeit mit der Folge von Insuffizienz.

Zum Schluss spreche ich noch das Problem der Leitlinien an. Der VLK plädiert seit langem dafür, den Begriff der Leitlinien anders zu formulieren. Wir halten Leitlinien mit definierten Ober- und Untergrenzen für extrem problematisch. Wie wir inzwischen in der Praxis gesehen haben, sind sie auch Gegenstand der Justiz geworden. Es wäre sehr viel besser, wenn in Deutschland Mindeststandards für das diagnostische und therapeutische Vorgehen eingeführt würden. Dies gäbe jedem Arzt die Möglichkeit, Diagnostik und Therapie den Notwendigkeiten entsprechend auszudehnen, ohne gegenüber Patienten und Kostenträgern - Letztere sind entscheidend - in Begründungszwang zu kommen.

Insgesamt halten wir die Regelung im Gesetzentwurf für nicht effizient. Wir glaube nicht, dass ein derartiges Institut zu Transparenz und Qualitätssicherung beiträgt.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): In dem Zentrum für Qualität in der Medizin sollen auch Kosten-Nutzen-Empfehlungen für die Arzneimittel erstellt werden. Ich frage den VFA, den BAH und den BPI nach ihrer Position dazu.

Sve Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Herr Thomae, das Institut wird seine qualitativen Ansprüche nie und nimmer erfüllen können. Die angekündigte generalisierende Nutzenprüfung wird keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn für die Therapie erbringen. Sie wissen, dass die Wirksamkeit von Arzneimitteln in aufwendigen mehrjährigen Zulassungsverfahren geprüft wird. Was ein solches Institut über die Zulassungsbehörden hinaus, in denen international renommierte Experten tätig sind, erbringen soll, ist außerordentlich fraglich.

Wenn Sie eine Nutzenobjektivierung vornehmen wollen, wie Sie es mit dem Gesetzentwurf angekündigt haben, dann müssen Sie ökonomische Parameter einführen. Die Briten tun dies im Rahmen ihrer NICE-Bewertung, indem sie 30 000 Pfund pro gewonnenes Lebensjahr als Grenze vorsehen. Welche ökonomischen Parameter vonseiten der Bundesregierung als Grenze geplant sind, ist noch offen. Dies wird aber sicherlich intensiv erörtert werden müssen; denn eines ist klar: Durch das Institut sollen Leistungsbeschränkungen eingeführt werden, die letztendlich zulasten des Patienten gehen.

Insofern sind die internationalen Beispiele, auf die heute schon mehrfach verwiesen wurde, ein Beleg dafür, dass zentrale Bewertungen nicht funktionieren, sondern sich im Hinblick auf die individuelle Therapie negativ auswirken. Entweder funktionieren die Standardansätze nicht - das Beispiel Frankreichs wurde schon genannt - oder die Institutionen und ihre Instrumente erweisen sich als Patientenzugangssperre. Gerade bei innovativen Arzneimitteln hat sich beispielsweise in Großbritannien gezeigt, dass Patienten mit zum Teil lebensbedrohlichen Indikationen - als Beispiel nenne ich die Onkologie - zwischen einem Jahr

und 30 Monaten auf neue Arzneimittel warten mussten.

Unsere Bewertung lautet insgesamt: Das Institut ist ein Ansatz, der zu einem staatlichen Gesundheitssystem führt, indem ein virtueller Durchschnittspatient zum Maßstab genommen wird und die individuelle Therapieentscheidung des Arztes ins Hintertreffen gerät.

SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.): Ich stimme den Ausführungen von Frau Yzer weitgehend zu und mache auf einen weiteren Punkt aufmerksam: Bereits jetzt ist im SGB V durch die Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots eine ausreichende Normdichte vorhanden, die sicherstellt, dass Arzneimittel ihrem therapeutischen Nutzen entsprechend angewendet werden. Wir haben die Arzneimittelrichtlinien, wir haben die arztgruppenspezifischen Richtgrößen und im Nachgang dazu die Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In § 92 Abs. 2 der Arzneimittelrichtlinien wird bereits heute der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ermächtigt, Hinweise zur Therapie und zur preisgerechten Auswahl von Arzneimitteln zu geben. All das, was im vorliegenden Gesetzentwurf hinsichtlich des Zentrums nicht konkret und ohne jegliche Transparenz geregelt wird, ist heute schon im SGB V geregelt. Auch gibt es konkrete Kriterien, anhand derer das geschehen kann. Es gibt konkrete Mitwirkungsrechte aller Beteiligten, die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eingefügt worden sind. Wir haben also heute ein klares Instrumentarium, das die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, derartige Bewertungen von Arzneimitteln vorzunehmen.

An dieser Stelle hebe ich hervor, dass im Bundesausschuss der Selbstverwaltung der Sachverstand vorhanden ist, auch die Tag für Tag mit den Arzneimitteln gemachten Erfahrungen einfließen zu lassen, sodass es zu einer adäquaten und sachgerechten Bewertung von Arzneimitteln kommen kann.

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.): Herr Dr. Thomae, die in § 35 b SGB V dargestellte Arbeit des Zentrums im Hinblick auf Arzneimittel hat mit einer Nutzenbewertung nichts zu tun. Es handelt sich nicht um eine Kosten-Nutzen-Bewertung, sondern um eine reine

Kostenbewertung. Eine Nutzenbewertung ist etwas völlig anderes; dies ist wissenschaftlich nachgewiesen. Eine Nutzenbewertung spielt sich nicht bei der Zulassung ab, sondern sehr viel später; dabei wird auch nach anderen Parametern verfahren. Nutzenbewertung ist immer auch Anwendungsforschung unter Echtbedingungen.

Kann dieses Institut überhaupt noch zusätzlichen Erkenntnisgewinn in einem derart durchgeregelten Bereich wie dem Arzneimittelbereich bringen? Dem, was Hermann Kortland dazu ausgeführt hat, ist nicht viel hinzuzufügen. Man muss nur eines wissen - man sollte einmal versuchen, das Institut nicht völlig unhistorisch zu diskutieren -: So, wie das Institut beschrieben ist, war es 1996 von der Gesundheitsministerkonferenz in Cottbus zwar nicht als Institut, aber als Institution beschrieben worden. Die Gesetzesbegründung zu diesem Institut ist 1 : 1 aus der damaligen Beschreibung übernommen worden. Allerdings setzten sich die Gesundheitsminister vor sieben Jahren in einem völlig anderen Kontext damit auseinander. Seinerzeit ging es um die Frage der Qualifizierung der Pflege. In der Tat bestand damals für dieses Gebiet Regelungsbedarf; hier machte eine solche Fragestellung Sinn, nicht aber auf einem Gebiet wie den Arzneimitteln, das bis ins Letzte durchreguliert ist. Herr Professor Lauterbach hat vorhin drei Kriterien genannt: Es sollen Aussagen zur Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln gemacht werden. Genau diese drei Merkmale prüft das BfAM.

Wenn Sie sich darüber hinaus das Monitoring von Arzneimitteln nach ihrer Zulassung anschauen, was oft noch zur Einschränkung in der Indikation führt, dann wissen Sie, dass dabei sehr sorgsam gearbeitet wird. Hier handelt es sich um einen Bereich, der zu den am stärksten regulierten gehört.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Noch eine Frage an Professor Neubauer: Wie müssten nach Ihrer Vorstellung die Rahmenbedingungen aussehen, um eine möglichst gute Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu erzielen, ohne dass es eines solchen Zentrums bedürfte?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich hatte schon dargestellt, dass man zunächst einmal die Qualität über die Strukturen definieren

muss, also über Ausbildungsgänge etc. Man kann mit Leitlinien Prozesse beschreiben; man kann aber Ergebnisse letztendlich nur vor Ort im Verhältnis zwischen Arzt und Patienten beurteilen.

Die Lösung dieses Problems muss in diesen Schritten angegangen werden. Nach meiner Meinung ist die Selbstverwaltung aufgerufen, etwas zur Strukturqualität etwa im Rahmen der Fortbildung bzw. etwas zu der Frage der Vergütungen zu sagen. Es ist an der Zeit, dass man in das Vergütungssystem eine Komponente einbaut, mit der auch Ergebnisse insbesondere bei der Qualität berücksichtigt werden. In der gesamten Wirtschaft haben Ergebnisse einen hohen Stellenwert für die Vergütung, und zwar sowohl im Bereich der Krankenhäuser als auch bei den niedergelassenen Ärzten. Im Augenblick spielt dies keine Rolle. Im Gegenteil: Mit der Einführung der DRGs treten die Ergebnisse sogar in den Hintergrund. Es wird nur der Prozess vergütet, ganz gleich ob er gut durchgeführt wurde oder ob er erforderlich war. Deswegen sehe ich hier die Notwendigkeit einer Ergänzung.

Des Weiteren muss man sehen, dass die Selbstverwaltung in dieser Frage deshalb nicht vorangekommen ist, weil bislang die Finanzierungsgrundlagen nicht gegeben sind. Würde man der Selbstverwaltung einen entsprechenden Finanzierungsrahmen vorgeben, dann hätte man sicherlich genügend Institutionen, die das Problem aufgreifen und entsprechende Lösungsansätze entwickeln könnten.

Die Frage nach dem geplanten Institut ist aus meiner Sicht falsch gestellt. Es geht vielmehr darum, die Funktionen weiterzuentwickeln und die vorhandenen Institutionen stärker einzubinden.

Letzten Endes muss im Hinblick auf die Ergebnisqualität eine Preis-Leistungs-Transparenz vor Ort vorhanden sein. Das wird nur möglich sein, wenn man die Patienten über Kostenerstattung und über Zuzahlungen an die Preise erinnert, wenn man die Preise transparent macht und wenn man ihnen die Qualität gegenüberstellt. Wenn der Patient - in geeigneten Fällen - zuzahlungspflichtig ist, dann wird er sich selber mehr für die Qualität interessieren, als wenn man ihn nicht zuzahlen lässt, in der paternalistischen Vorstellung, der Patient könne das alles nicht beurteilen und deswegen müsse das eine andere Ebene ma-

chen, am besten der Staat, weil er es am besten könne. Das ist falsch; denn er macht es zwar einheitlich, aber einheitlich falsch.

Im Vergleich dazu ist die schon vorhandene pluralistische Selbstverwaltung besser. Wir alle wissen ja, dass zentrale Lösungen den Eindruck vermitteln, man könne etwas einfach lösen. Aber das ist einfach falsch. Pluralistische Lösungen werden in der Regel als unübersichtlich abgetan. Aber tatsächlich sind sie auf längere Sicht die besseren Lösungen, weil sie eher zu Ergebnissen und Vergleichen führen.

Noch einmal: Die Qualität vor Ort muss der Patient mit beurteilen können. Ihm muss deshalb die Möglichkeit dazu durch entsprechende Einrichtungen gegeben werden, und zwar unter Berücksichtigung der Vergütung. Das ist der richtige Ansatz. Alles andere, was hier an Vorschriften geplant ist und beschrieben wird - man schafft ein Konstrukt und alle Mitwirkenden sollen auch noch im Beirat sitzen -, ist pure Bürokratie. Das ist fast ein Lehrbeispiel für den Aufbau von Bürokratie, die zwar immer Gutes will, die es aber nie schafft. Wir sollten einmal darüber nachdenken, warum wir es nie geschafft haben, das Gute, das wir wollten und das wir uns vorgestellt haben - das gilt für alle Gesetze in den letzten 20 Jahren - zu erreichen. Ich behaupte, dass das nicht möglich war, weil man die Menschen falsch eingeschätzt hat und ihnen zu wenig Verantwortung gegeben hat und weil man alles zentralistisch lösen wollte nach dem Motto: Wir wissen, wie es geht.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Unser Anliegen ist, mit dem geplanten Zentrum eine Leitlinienkultur zu verorten. Ich bitte Sie, Herr Professor Lauterbach, um Stellungnahme und Kommentierung zu einigen Punkten, die von den Kritikern des geplanten Instituts vorgebracht worden sind. Man hat von einem Regulatorauschuss, von richtlinienartigen Leitlinien und von Top-down-Prozessen gesprochen sowie auf die negativen Erfahrungen im Ausland verwiesen. Nicht zuletzt - so wurde gesagt - sei die Medizin eine Erfahrungswissenschaft, in der Leitlinien nur sehr schwer zu verankern seien.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Es wurde unter anderem der Vorwurf erhoben,

dass ein solches Zentrum die Medizin als eine Naturwissenschaft betrachte. Das ist natürlich falsch; denn die Studien, die in diesem Institut ausgewertet werden sollen, sind medizinisch und klinisch und nicht naturwissenschaftlich.

Die einzige Frage, die von Bedeutung ist, ist: Kennen die Ärzte die aktuellen wissenschaftlichen Studien, die relevant sind? Das ist zum jetzigen Zeitpunkt in der Regel nicht der Fall; denn weniger als 1 Prozent der Leitlinien - das ist schon vorhin ausgeführt worden -, die derzeit von den Fachgesellschaften zur Verfügung gestellt werden, genügen den eigenen wissenschaftlichen Standards. Das ist eine bedenkliche - aus meiner Sicht: sogar eine skandalöse - Situation. Diese Probleme durch eine Einrichtung der Selbstverwaltung zu lösen kann nicht funktionieren; denn eine solche Einrichtung würde im Sinne der Selbstverwaltung über die Einkommensverteilung entscheiden. Vereinfacht ausgedrückt: Den Kassenärzten müsste beispielsweise zugemutet werden, unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Argumente über ihre eigenen zukünftigen Einkünfte zu entscheiden. Oder die Krankenkassen müssten als Träger eines solchen Zentrums über ihre eigenen zukünftigen Ausgaben entscheiden. Es ist nachvollziehbar, dass dies nicht funktionieren kann. Dies wäre so, als ob man die Haustiere am Weihnachtsabend fragen würde, was es denn zu Weihnachten zu essen geben solle.

(Heiterkeit)

Die internationalen Erfahrungen mit Einrichtungen wie dem geplanten Zentrum sind durch die Bank positiv. Auch sind die Empfehlungen des Europäischen Rats bei der Konstruktion des Zentrums berücksichtigt worden. Zum Beispiel ist keine zentrale Behörde vorgesehen, die selbst Leitlinien entwickelt, sondern eine Einrichtung, die gemeinsam mit den besten Wissenschaftlern und Klinikern Leitlinien entwickeln soll. Hier wird ausgeschrieben und in einem transparenten Verfahren - ohne Interessenkonflikte - mit Ärzten und Wissenschaftlern das beste wissenschaftliche Wissen zusammengetragen, und zwar auch unter Berücksichtigung der Erfahrungen von Praktikern. Daher ist der Vorwurf, hier werde zusätzliche Bürokratie aufgebaut, fehlgeleitet. Außerdem handelt es sich bei dem geplanten Zentrum um keine große Institution. Ich persönlich kann mir sehr gut vorstellen, dass einige der genannten nicht funktionierenden Ein-

richtungen aufgelöst werden. Im Hinblick auf Bürokratieabbau schlage ich vor, dass man zuerst die Einrichtungen einschränkt bzw. abbaut, die bisher bewiesen haben, dass sie ihre Aufgaben nicht stemmen können.

Es kann auch nicht von Verschwendung von Steuermitteln in Milliardenhöhe gesprochen werden. Man darf nämlich das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht aus den Augen verlieren. Hier handelt es sich um wenige Millionen Euro, die dazu verwendet werden sollen, die Qualität des Einsatzes von Milliarden von Euro besser zu steuern. Die bestehende Fehl-, Über- und Unterversorgung macht beispielsweise allein im Bereich der Bluthochdruckerkrankungen bisher über 720 Millionen Euro aus, wie wir in einer Studie für die Barmer Ersatzkasse nachweisen konnten. Danach würde sich das geplante Zentrum schon dann amortisieren, wenn es nur gelingen würde, bei einer einzigen Volkskrankheit die bestehende Fehl-, Über- und Unterversorgung zu beseitigen.

Zum Abschluss möchte ich darauf hinweisen, dass die Implementierung von Leitlinien - das hat Herr Müller-Oerlinghausen schon gesagt - mindestens genauso wichtig ist. Aber die Implementierung kann nur funktionieren, wenn die notwendige Voraussetzung guter Leitlinien erfüllt ist. Dass die derzeitigen Leitlinien nicht implementiert worden sind, ist in gewisser Weise ein Segen; denn die Implementierung von Leitlinien schlechter Qualität hätte die problematische Versorgungssituation bei den Volkskrankheiten eher negativ beeinflusst als verbessert. Der notwendige erste Schritt ist also, das internationale Niveau bei der Leitlinienentwicklung zu erreichen. Dann sind Leitlinien ein wichtiges Instrument und eine Ressource für die Selbstverwaltung. Sie wird hier nicht demontiert. Ihr wird keine Aufgabe genommen, die sie bisher erfüllt hat; denn die Aufgabe, um die es hier geht, hat sie bisher nicht wahrgenommen. Die Selbstverwaltung hat keine Leitlinien entwickelt. Nach § 137 e hat zum Beispiel die Selbstverwaltung die Aufgabe, auf der Grundlage wissenschaftlicher Leitlinien Kriterien für Fehl-, Über- und Unterversorgung bei zehn Krankheiten pro Jahr zu entwickeln. Diese Aufgabe ist bis heute nicht wahrgenommen worden, das heißt, die Selbstverwaltung hat freiwillig darauf verzichtet. Folglich verliert sie keine Aufgabe, die sie bisher wahrgenommen hat.

Abg. **Rolf Stöckel** (SPD): Meine Frage möchte ich an Herrn Professor Sawicki, Herrn Dr. Antes und an einen Vertreter bzw. eine Vertreterin der Spitzenverbände richten. Mir scheint nach wie vor noch nicht konkret fassbar zu sein, an wen sich der Arzt oder der Apotheker, den ich als Patient fragen soll, wenden soll, um Informationen über möglichst objektivierbare und ausgehandelte Bewertungen von Erfahrungen und Meinungen, aber auch von Studien, die es über verschiedene Dienstleistungen in der Medizin gibt, zu erhalten. Ich möchte also konkret wissen, an wen sich mein praktizierender Arzt wenden soll, damit ich als Patient mehr Vertrauen haben kann. Wie wichtig ist ein objektivierbarer, neutraler Bewertungsprozess?

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Im Moment ist es für den praktisch tätigen Arzt oder den Apotheker sehr schwierig, sich unabhängig zu informieren. Eigentlich ist es unmöglich. Derzeit wird die Fortbildung der Ärzte leider nicht durch die ärztliche Selbstverwaltung wahrgenommen. Die Selbstverwaltung hat vielmehr die Fortbildung zum großen Teil der pharmazeutischen Industrie überlassen, die diese Aufgabe sehr gerne wahrgenommen hat und weiterhin wahrnimmt. Es ist relativ gut untersucht, was dort geschieht. Wir schätzen, dass mehr als drei Viertel der Fortbildungsveranstaltungen von der pharmazeutischen Industrie beeinflusst sind. Noch höher ist der Anteil bei den Zeitschriften, die sich an Ärzte wenden. Die Werbung, die dort - verdeckt oder unverdeckt - stattfindet, ist zum Teil falsch. Zum Teil werden Studien sogar direkt manipuliert. Bestimmte Experten können sich ihrer Abhängigkeit nicht entziehen; denn sie werden vor ihren Vorträgen bei „unabhängigen“ Veranstaltungen von der Industrie aufgefordert, Nebenwirkungen zu verschweigen und entsprechende Botschaften zu vermitteln. Beim Abweichen von den vorgegebenen Botschaften droht der Verlust von mehreren Tausenden Euro, die man für eine Stunde Vortrag erhält.

Momentan ist es für den praktisch tätigen Arzt oder den Apotheker überhaupt nicht möglich, objektive Beurteilungen vorzunehmen, weil es keine Transparenz gibt, weil kein entsprechendes Angebot vorhanden ist und weil er nicht über die notwendige Kompetenz verfügt. Er hat nicht gelernt, Informationen einzuschätzen. Dafür braucht man eine entsprechende Ausbil-

dung. Diese Aufgabe kann durchaus ein unabhängiges Institut übernehmen.

SV Dr. Gerd Antes: Ich kann Herrn Lauterbach und Herrn Sawicki nur Recht geben. Der Transfer bzw. der Rückgriff auf Studien, die das Handeln bestimmen sollten, funktioniert zurzeit nicht. Es gibt keine unabhängige Möglichkeit, sich zu informieren, jedenfalls nicht in Deutschland. Wenn man zum Beispiel die Internetseiten des National Cancer Institutes aufruft, dann stellt man fest, dass dort Informationen zum Bereich der Onkologie sowohl für Patienten als auch für Ärzte großartig aufbereitet werden und dass dort weitgehend alle Fragen beantwortet werden, die heute relevant sind. Der Grund, warum es in Deutschland anders ist, ist - das möchte ich betonen -, dass wir an dem internationalen Studiengeschehen nicht teilnehmen, das heißt, wir produzieren keine Studien und haben deshalb auch keine entsprechende Kultur entwickelt. Diese Tendenz scheint sich dadurch zu verstärken, dass gegenwärtig die Kassen zunehmend Regressansprüche an die Ärzte stellen, die Patienten im Rahmen von Studien behandeln. Hier gibt es inzwischen eine ganze Reihe von Fällen. Wir haben das Gefühl, dass im Moment die beiden „verfeindeten“ Bereiche Forschung und Versorgung eher noch weiter auseinander driften, als dass sie zusammenkommen. An dieser Stelle ist im Sinne einer Modernisierung einzugreifen.

Aus Sicht des Netzwerkes geht es bei der Umsetzung nicht um die Frage von Staatsmedizin oder Selbstverwaltung. Für uns ist vielmehr die Frage wichtig - das ist ein Qualitätsmerkmal -, wie wir es schaffen können, die Informationen schnell an den Arzt zu bringen, die er benötigt, um richtig zu entscheiden.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband) Wenn die Zielrichtung der Frage ist, ob mit dem geplanten Institut eine zentrale Auskunftsstelle vorhanden sein wird, dann muss ich sagen, dass man dem nicht gerecht wird, und zwar auch nicht mit dem, was in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen ist; denn die Fragestellungen sind so unterschiedlich, dass man auch unterschiedliche Partner haben wird, egal ob das Kammern oder Institutionen für die Qualität und die Qualitätssicherung sein werden. Ich glaube auch nicht, dass die Vorstellung, die die Spitzenverbände

und die KBV haben, eine Änderung herbeiführen wird, wenn sie umgesetzt wird; denn bei Fragestellungen, die den Koordinierungsausschuss bzw. das geplante Zentrum für Qualität in der Medizin betreffen werden, ist der Koordinierungsausschuss in ähnlicher Weise auskunftsfähig, wie es die geplante Institution wäre, die staatlich bzw. halbstaatlich gebildet werden soll. Bei Fragen, die sich an ein Institut richten, das nach unserer Vorstellung dem Zentrum bzw. dem Koordinierungsausschuss zuarbeitet, wäre der Ausschuss sicherlich genauso in der Lage, entsprechende Antworten zu geben. Ich glaube deshalb nicht, dass die Vorstellung, die wir entwickelt haben, einer anderen Art und Weise der Auskunftserteilung dient, als es im Gesetzentwurf des BMG vorgesehen ist.

Abg. Erika Lotz (SPD): Ich möchte meine Frage an Herrn Professor Sawicki und an Herrn Dr. Antes richten. In die Anhörung ist auch der Antrag der CDU/CSU einbezogen. In diesem Antrag wird die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung als das zentrale und zielführende Instrument zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten beschworen. Können Sie dem zustimmen? Ist diese Aussage vertretbar? Ich knüpfe damit an die Frage des Kollegen Stöckel an.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Eine freie bzw. freiheitliche Entscheidung kann nur zwischen dem Arzt und dem Patienten getroffen werden, und zwar individuell. Nach meiner Meinung geht es hier etwas durcheinander, wenn man auf die Aufsicht bzw. die diesbezüglichen Richtlinien zu sprechen kommt, die erlassen werden können. Man kann nicht gute Medizin verordnen. Das ist überhaupt nicht möglich. Es gibt in dem Arzt-Patient-Verhältnis auch keine richtige oder falsche Entscheidung. Ich möchte Ihnen das an einem Beispiel klar machen. Man kann natürlich eine Richtlinie oder Leitlinie erlassen, wonach Patienten nach einem Herzinfarkt Betablocker erhalten sollen. Aber das kann man nur allgemein festlegen. Das muss der Arzt wissen und auch, wie viele Patienten davon profitieren. Er wird seinem Patienten sagen: Von 20 Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten haben, stirbt innerhalb von fünf Jahren ein Patient, der dieses Präparat nicht genommen hat. Der eine Patient wird sagen: Das ist viel. Ein anderer Patient wird sagen: Das ist wenig.

Ein dritter wird fragen: Welche Nebenwirkungen hat das Präparat? Das alles muss der Arzt, aber auch der Patient wissen. Momentan ist die Voraussetzung nicht gegeben, dem Arzt und dem Patienten unabhängige Informationen zur Verfügung zu stellen. Deswegen ist derzeit eine freiheitliche Entscheidung auf dieser Ebene nicht möglich.

SV Dr. Gerd Antes: Ich möchte das unterstützen. Die evidenzbasierte Medizin hat drei Säulen: erstens die Erfahrung des Arztes, zweitens die externen Evidenzstudien und drittens das Wertesystem von Arzt und Patient. Aufgrund dieser Einschränkungen kann es keinen Automatismus beim Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis geben. Das Problem ist - das hat Herr Sawicki auf den Punkt gebracht -, dass man sich im Moment aufgrund des mangelnden Zugangs zum Wissen gar nicht freiheitlich entscheiden kann. Ich möchte Ihnen ein Beispiel nennen. Letztes Jahr wurden Aufsehen erregende Ergebnisse zur Hormonersatztherapie in der Women's Health Initiative study publiziert. Die deutschen Ärzte haben größtenteils aus Tageszeitungen und aus dem „Spiegel“ davon erfahren. Solche Lücken gilt es aus unserer Sicht zu schließen. Das ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung. Wie das politisch umgesetzt wird, ist die nächste Frage. Aber es hapert schon an der ersten Stelle. Aus meiner Sicht wird zu viel über die zweite und die dritte Ebene diskutiert.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage geht an Herrn Professor Sawicki, Herrn Professor Lauterbach und Herrn Dr. Hermann. Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin wird eine Informationsplattform für unsere Bürgerinnen und Bürger werden. Hier werden endlich Informationen über die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und in der stationären Versorgung bekannt gemacht sowie endlich die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie in der Medizin abrufbar sein. Halten Sie das für sinnvoll? Wie bewerten Sie den Transparenzzuwachs im System?

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Ich halte das auf jeden Fall für sinnvoll. Nur darüber kann eine Verbesserung vor allen Dingen im Be-

reich der chronischen Erkrankungen und im Bereich der Prävention erreicht werden.

Momentan ist die Bevölkerung zu wenig informiert. Außerdem ist die Information paternalistisch: Jemand sagt, was gut und was schlecht ist. Man quantifiziert also nicht. Wünschenswert wäre eine Einrichtung - wo auch immer sie angesiedelt ist -, die der Bevölkerung mitteilt, wie viele von 1 000 Frauen von einer zehn Jahre dauernden Mammographie tatsächlich in der Art und Weise profitieren, dass sie nicht sterben. Auch eine Ausdehnung in andere Bereiche wäre gut. Wenn das geschieht, wird sowohl bei vielen, die hier versammelt sind, als auch bei der Bevölkerung eine ganz große Ernüchterung eintreten.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich kann dem nur zustimmen.

In Bezug auf zahlreiche planbare Operationen ist gesichert, dass das Ergebnis einer Operation davon abhängt, wie häufig ein Eingriff in einer bestimmten Abteilung durchgeführt worden ist. Das gilt zum Beispiel für Brustkrebsoperationen, für Prostatakrebsoperationen oder für Operationen an der Halsschlagader. Was diese Operationen angeht, werden international Mindestmengen empfohlen.

In Deutschland kann sich derzeit kein Patient informieren, für welche Krankheiten diese Mindestmengen gelten und wie hoch diese Mindestmengen genau sind. Beispielsweise weiß ein Patient, der vor einer Prostataoperation steht, nicht, wie oft eine solche Operation in einer Abteilung pro Jahr im Durchschnitt durchgeführt werden sollte, um mit einer guten Qualität rechnen zu können. Er weiß auch nicht, wonach er sonst fragen muss, um eine einigermaßen gute von einer einigermaßen schlechten Qualität unterscheiden zu können.

Einen Katalog zu erstellen, der Mindestmengen angibt, ist eine der vielen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung, die die Selbstverwaltung bisher nicht wahrgenommen hat. Eigentlich verpflichtet das Fallpauschalengesetz die Selbstverwaltung, einen Katalog zu entwickeln, der Mindestmengen angibt. Ein solcher Katalog sollte transparent sein. Die notwendigen Arbeiten ist man nicht angegangen. Genauso wenig hat man sich darange-macht, Über-, Unter- und Fehlversorgungen im System zu diagnostizieren.

Die Hintergründe sind klar: Es handelt sich dabei immer um Informationen, die eine sehr hohe verteilungspolitische Relevanz haben. Wenn diese Informationen von der Selbstverwaltung zusammengestellt werden, dann sind diejenigen Abteilungen, die die Mindestmengen nicht anbieten, gefährdet. Das bedeutet, dass ein Patient auf die Idee kommen könnte, in einer bestimmten Abteilung nicht mehr operiert werden zu wollen. Das Interesse der Selbstverwaltungen, auf diesem Gebiet nicht allzu rasch voranzuschreiten, ist daher verständlich.

Im Sinne der Patienten halte ich das für völlig unvertretbar. Ich bin der Meinung, dass von einer neutralen Institution wie dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin diejenigen Eingriffe definiert werden sollten, für die die Mindestmengenregelung gilt. In diesem Zentrum sollten dem interessierten Patienten neutrale und verständliche Informationen zur Verfügung stehen.

SV Dr. Christopher Hermann: Wie wir gehört haben - das ergibt sich schon aus der Frage -, geht es um Transparenzzuwachs und um Anonymität in unserem System. An Beispielen ist hier dargestellt worden, wie man zu anderen, zu transparenten Regelungen für die Versicherten und für die Patienten kommen kann.

Ich habe mich in der letzten Woche erneut viele Stunden darum bemüht, in Baden-Württemberg den Weg zu einem „DMP Brustkrebs“ zu ebnen. Wir haben im Vorfeld versucht, anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten herauszufinden, wie viele Krankenhäuser in Baden-Württemberg heutzutage überhaupt Mammakarzinome operieren. Wir sind - aufgrund der Datenlage können wir das nicht mit absoluter Sicherheit feststellen - auf die Zahl von 140 Einrichtungen gekommen. Eine Vielzahl dieser Einrichtungen führt pro Jahr eine bis fünf Mammakarzinomoperationen durch.

Es ist wahrscheinlich jedem Laien verständlich, dass damit gewisse Qualitätsprobleme verbunden sind. Heutzutage weiß aber niemand - auch keine Frau in Baden-Württemberg -, in welche Einrichtung sie sich begibt und ob der letzte Eingriff, der in einer entsprechenden Einrichtung durchgeführt

worden ist, möglicherweise neun oder zwölf Monate zurückliegt.

In diesem riesigen Bereich unseres Systems können wir Transparenz schaffen. Das kann nur jemand leisten, der unabhängig ist. Nach meinem Dafürhalten kann die Selbstverwaltung das eben nicht. Ich behaupte das, obwohl wir eben gehört haben, dass die Selbstverwaltung ihre Aufgaben offenbar sehr gut wahrnimmt und auf der mittleren Ebene Steuerung vornimmt; Herr Hoppe hat das als das Spezifikum des deutschen Systems bezeichnet. Meiner Ansicht nach handelt es sich mitnichten um eine Demontage der Selbstverwaltung - so hat es Frau Robbers genannt - oder um ein Aufgeben von etwas, was sich bewährt hat.

Ich habe in Bezug auf vieles, was hier gesagt worden ist, den Eindruck, dass man die Selbstverwaltung als Wert an sich begreift und dass man gar nicht fragt, warum es sie überhaupt gibt. Es geht darum, eine höhere Transparenz sowie mehr Patientensouveränität und Patientenzufriedenheit zu erreichen. In den letzten 20 Jahren ist es im Zusammenhang mit der Selbstverwaltung - ich sage das als jemand, der sich schon lang genug in diesem System bewegt - zu einer Vielzahl von Regelungen gekommen. Die Selbstverwaltung war objektiv nicht in der Lage, die notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Die Idee der Selbstverwaltung ist, dass diejenigen, die in ihr zusammenkommen, irgendwann zu einem Konsens kommen, weil sie im Kern gleiche Interessen vertreten. Diese Idee ist in unserem mittlerweile sehr komplizierten Gesundheitswesen zu einer Fiktion geworden. Dieser Fiktion unterliegen nach wie vor viele. Das macht die ganze Angelegenheit so schwierig. Meiner Ansicht nach ist die Selbstverwaltung in vielen Bereichen objektiv nicht in der Lage - das gilt nicht, weil man es nicht will oder weil für sie Menschen arbeiten, die sozusagen auf die Bremse treten -, ihre Steuerungsverantwortung für die Weiterentwicklung des Systems im notwendigen Umfang wahrzunehmen.

Herr Hess hat Beispiele für die Blockadehaltung der Selbstverwaltung in einzelnen Bereichen genannt. Sie haben gehört, dass sich die Interessen der Selbstverwaltung nicht auf einen Nenner bringen lassen. Sie sind eben so konträr, dass sich die Idee der Selbstverwaltung nicht mehr verwirklichen lassen kann.

Es geht angeblich darum, die Selbstverwaltung zu stärken. Die Selbstverwaltung soll es in Zukunft wieder richten können. Diese Absicht kann ich nicht verstehen. Ich frage mich, in welcher Hinsicht sie gestärkt werden soll. Im Kern kann es nur darum gehen, Verantwortung an Schiedsstellen abzugeben. Möglicherweise denkt man an die erneute Ersatzvornahme durch den Staat. Insofern zeigt sich auch am Beispiel der angeblichen Stärkung der Selbstverwaltung, dass die Selbstverwaltung an objektive Grenzen ihrer Möglichkeiten stößt.

Wenn für die Versicherten und für die Patienten mehr Transparenz in diesem System gewährt werden soll, dann müssen wir dafür sorgen, dass man von denen, die in diesem System Partei sind, ein Stück abrückt. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Schaffung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin der richtige Weg.

Abg. Eckhart Lewering (SPD): Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Lauterbach und Herrn Professor Sawicki.

Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin, das es künftig geben soll, wird nicht selbstständig Projekte durchführen; vielmehr soll es sich am britischen NICE-Institut orientieren. Aktuelles Fachwissen wird also durch die Vergabe von Arbeits- und Forschungsaufträgen aufbereitet bzw. erarbeitet. Der Aufbau einer eigenen kostspieligen Administration ist nicht vorgesehen. Wie bewerten Sie diese Arbeitsstrategie?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Diese Arbeitsstrategie wird auch den Empfehlungen des Europarats gerecht. Man hat festgestellt, dass sich große Bürokrationen, die selbst Leitlinien erstellen, nicht bewährt haben. Bewährt haben sich vielmehr schlanke Organisationen, die Leitlinien in Zusammenarbeit mit Praktikern, Wissenschaftlern und klinischen Experten - also in Zusammenarbeit mit Personen, die das Feld kennen - erstellen. Somit entspricht die Arbeitsweise gewissermaßen einer Bottom-up-Arbeitsweise und eben nicht einer Top-down-Arbeitsweise, die eben angesprochen worden ist. Das geplante Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin kooperiert mit wissenschaftlichen Arbeitsgruppen und mit Fachgesellschaften. Es entwickelt somit Ba-

siswissen und gibt auf der Grundlage von einer Mischung aus Basiswissen, klinischer Erfahrung und unabhängigem wissenschaftlichen Sachverstand Informationen weiter.

Das ermöglicht auch eine schnelle und unbürokratische Arbeitsweise, sodass lange Verzögerungen, zum Beispiel bei der Einführung neuer Arzneimittel, ausgeschlossen sind. Man kann auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse, über die sich Ärzte und Patienten informieren wollen, schnell reagieren.

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass es die Massenmedien und einige kritische Journalisten gewesen sind, die die Öffentlichkeit zum Beispiel über die wichtigen Ergebnisse der Studien zur Hormonersatztherapie oder zur Blutdrucksenkung - ich erinnere an die große Allhat-Studie - informiert haben. Darüber hat nicht irgendein Organ der Selbstverwaltung geschrieben. Bis heute hat sich kein einziger Bundesausschuss beispielsweise zu den Ergebnissen der wichtigsten Studien zur Hormonersatztherapie geäußert.

Herr Müller-Oerlinghausen, die Arzneimittelkommission ist kein Bundesausschuss. Die Bundesausschüsse haben die Aufgabe, diese Informationen auch unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten zur Verfügung zu stellen. Selbst zu den wichtigsten Studien der letzten beiden Jahre gibt es keine einzige Stellungnahme der Bundesausschüsse. Dieses Vakuum muss gefüllt werden. Derzeit wird es durch die Arbeit kritischer Journalisten, die diese Informationen zum Beispiel in der „Zeit“ oder im „Spiegel“ veröffentlichen, gefüllt. Davon profitieren auch Ärzte. Es gelingt uns zurzeit nicht, Ärzte und Patienten über die Gremien der Selbstverwaltung zeitnah und qualitätsgesichert zu informieren.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Es muss zu einer anderen Struktur kommen. Der Versuch, die bisherige Struktur zu ändern, ist wirklich schwierig. Wenn es nicht zu einer Kooperation aller Beteiligten kommt, wird es große Akzeptanzprobleme geben.

Es ist erforderlich, dass ein solches Institut eine gewisse Stärke hat. Die bisherigen diesbezüglichen Aktivitäten in der ärztlichen Selbstverwaltung sind vor allen Dingen daran gescheitert, dass sich die Ärzte und die entsprechenden Gremien den massiven Einflüssen von

nicht patienteninteressengesteuerten Verbänden entziehen können.

Ein solches Institut muss transparent sein. Es wird der Kritik ausgesetzt sein. Diese Kritik muss in eine Verbesserung der Arbeit dieses Instituts umgesetzt werden.

Ich fasse zusammen: Stärke, Kooperation und Transparenz.

Die Methode, auf die es ankommt - sie muss für alle gelten -, ist die evidenzbasierte Medizin. Wenn diese Methode angewandt wird, kann das Ziel erreicht werden.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Herr Professor Sawicki und Herr Dr. Ahrens, ich möchte auf die Fortbildung zu sprechen kommen. Bisher war die Fortbildung von Hausärzten, Zahnärzten und anderen Ärzten sehr unterschiedlich, Stichwort „Sponsoring und die damit verbundene Beeinflussung“. In Zukunft soll Fortbildung verpflichtend sein. Welche Kriterien werden erfüllt sein müssen? Wie kann man insbesondere für Vergleichbarkeit sorgen? Vergleichbarkeit ist ganz wichtig; denn vor dem Hintergrund der Ziele Qualität, Wettbewerb und Transparenz muss Fortbildung auf einer relativ einheitlichen Ebene stattfinden; andernfalls sind die Resultate von Fortbildungen nicht vergleichbar.

Ich möchte Sie bitten, auch auf das Problem der Spannung zwischen allgemein ausgerichteten Fortbildungen und individuellen Behandlungen einzugehen.

SV **Prof. Dr. Peter T. Sawicki**: Die momentane Fortbildungsstruktur in Deutschland krankt nicht an einem Mangel an Angeboten, sondern an einem Mangel an qualitativ hochwertigen, unabhängigen Angeboten.

Fortbildungen sind tatsächlich eine Intervention in das ärztliche Tun und können auch als solche evaluiert werden - ob von dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin oder von einem anderen Institut, das sei dahingestellt. Zur Evaluation der Qualität einer Fortbildung sollte man der Frage nachgehen, was sie tatsächlich bewirkt. Im Moment geht man nicht so vor.

Für die Ärzte ist es im Moment leider nicht möglich, sich darüber Klarheit zu verschaffen, welchen qualitativen Anforderungen eine Fortbildung entspricht. Herr Ollenschläger von der Bundesärztekammer hat schon Anfang der 90er-Jahre hervorragende Qualitätsmerkmale im Hinblick auf die ärztliche Fortbildung erarbeitet. Leider hat sich darum niemand gekümmert.

Für die Ärzte ist vor allen Dingen Transparenz wichtig. Kein Arzt geht gern zu einer schlechten Veranstaltung. Mancher wird entgegengenommen, viele Veranstaltungen seien so, dass sie mit einer warmen Mahlzeit locken. Ich glaube, dass die meisten Ärzte vor allen Dingen inhaltlich-qualitativ sehr gute Veranstaltungen besuchen möchten. Allerdings können sie momentan weder im „Deutschen Ärzteblatt“ noch in einer anderen Publikation etwas über die Qualität einer Veranstaltung erfahren. In Deutschland finden diesbezüglich keine Bewertungen statt. Es fehlen entsprechende Forschungen.

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen diese Formulierung und vor allen Dingen die Forderung nach einer Verpflichtung. Wir sind der Meinung, dass die Voraussetzungen eindeutig definiert sein müssen. Fortbildungen sollten, wie vorgesehen, regelmäßig erfolgen. Sie sollen durch eine Rezertifizierung sicherstellen, dass damit gewisse Anforderungen - Stichwörter sind „Zulassungen“ und „Einzelverträge“ - verbunden sein können. Wir sind der Meinung, dass die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung dafür zuständig sein sollten.

Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Die Spielregeln sind hier ein bisschen geändert worden. Zum Beispiel hat man jemanden über eine Frage darum gebeten, auf die Argumente der Vorredner einzugehen. Angesichts dessen ist es ein Gebot der Fairness, die Vorredner zumindest noch einmal zu Wort kommen zu lassen, damit sie auf die Gegenargumente eingehen können.

Herr Dr. Hess, hier wurde behauptet, man könne dieses Institut allein durch Einsparungen im Bereich Bluthochdruck in Höhe von 700 Millionen Euro finanzieren. Wie ist man zu der Erkenntnis gekommen, man könne einen solchen Betrag einsparen, obwohl es die-

ses Institut bisher noch gar nicht gibt? Sollte man diese Einsparungen nicht unabhängig von der Einrichtung dieses Instituts vornehmen?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): In der letzten Befragungsrunde hat mich schon irritiert, dass evidenzbasierte Medizin zwar eingefordert wird, dass in den Stellungnahmen aber keine evidenzbasierten Aussagen gemacht wurden. Das muss ich leider Gottes in dieser Deutlichkeit einmal sagen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Herr Dr. Hess, diese Bewertung der Stellungnahmen der einzelnen Sachverständigen lasse ich nicht zu. Setzen Sie sich mit den Argumenten auseinander!

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Das will ich gern tun. - Herr Professor Lauterbach - ich möchte zunächst auf ihn eingehen - hat dem Bundesausschuss vorgeworfen, dass er sich nicht um Qualität kümmert. Uns liegt ein Dankeschreiben der Ministerin vor. In Hinblick auf die chronischen Erkrankungen Diabetes, KHK, Brustkrebs und Asthma haben wir im Koordinierungsausschuss auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Chronikerprogramme beschlossen. Diese Beschlüsse sind unter einem Zeitdruck zustande gekommen, den uns die Politik auferlegt hat. Dieser Zeitdruck hat uns aber nicht daran gehindert, unseren Auftrag zu erfüllen. Herr Lauterbach, das alles geschah aufgrund evidenzbasierter Leitlinien.

Sie selbst haben in dieses Lob eingestimmt. Ich kann einfach nicht akzeptieren, dass wir hier immer schlechtgeredet werden. Ich kann es nicht akzeptieren, dass hier permanent gesagt wird, der Bundesausschuss komme seinen Aufgaben nicht nach. Wir als Bundesausschuss haben innerhalb der letzten zehn Jahre eine Fülle von Leistungen neu in den Leistungskatalog aufgenommen, manche Leistungen eben auch nicht in den Leistungskatalog aufgenommen, indikationsbezogene Einschränkungen gemacht. Wir haben nur ein Problem und das ist die Rechtssicherheit. Wir laufen mit unseren Beschlüssen sozusagen in offene Prozesse hinein. Wir leben nicht in Frankreich oder England, wo es keine Sozial- und Verwaltungsgerichtbarkeit gibt. Bei uns gibt es sie.

Alles das, was der Bundesausschuss tut, wird auf den Prüfstand Rechtssicherheit gestellt.

Lieber Herr Lauterbach, wir alle wissen, wie die Vorschrift des § 137 b SGB V zustande gekommen ist, eben auch nicht evidenzbasiert. Sie ist in letzter Sekunde in das Gesetz aufgenommen worden - ohne jegliche Einbeziehung des Justizministeriums und des Rechtsausschusses. Wir haben in der Diskussion im Bundesausschuss feststellen müssen, dass die Rechtssicherheit gar nicht umsetzbar ist, dass wir gar nicht rechtsverbindlich für jeden einzelnen Kassenarzt und jedes einzelne Krankenhaus im Blick auf zehn Krankheiten sagen können, wie es zu machen ist. Das wäre keine Leitlinienfindung mehr, sondern hier müssten Richtlinien vorgegeben werden.

Wir sind trotzdem dabei, das umzusetzen. Wir haben dazu eine eigene Interpretation formuliert. Sie werden das auch in Zukunft wiederfinden. Nur: Weil der politische Druck so groß war, mussten wir im Bundesausschuss zunächst einmal die Chronikerprogramme bewerten und auch mit akzeptierten Leitlinien ausfüllen. Das hat Zeit gekostet. Deswegen musste das andere zurückgestellt werden. Uns das vorzuwerfen, nachdem wir mit der Politik ausdrücklich abgestimmt haben, dass wir Prioritäten setzen müssen - Herr Lauterbach, Sie arbeiten ja sehr eng an der Politik -, ist eben nicht evidenzbasiert.

Es gibt die Aussage: 700 Millionen sparen wir allein bei Bluthochdruck und den Fehlern ein; damit finanzieren wir ein ganzes Institut. - Inwiefern ist das evidenzbasiert? Lesen Sie das Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung! Lesen Sie die Kernaussagen des Sachverständigenrates! Einer der Sachverständigen hat es ja auch gesagt: Wir haben zurzeit keine evidenzbasierte Datengrundlage, die es ermöglichte, Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland exakt zu beurteilen. Es gibt nur Anzeichen dafür und diese Anzeichen werden von den Fachgesellschaften selbst geliefert. Sie selbst erkennen Fehler. Fehler gibt es in jedem Gesundheitssystem auf der ganzen Welt. Nur wir aber erlauben es uns, zu sagen: Weil es diese Fehler gibt, schmeißen wir das ganze System über den Haufen.

Herr Hermann hat gesagt: Ihr habt selbst zugegeben, dass ihr euch blockiert. - Natürlich blockieren wir uns. Warum blockieren wir uns?

Weil wir vom Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren in ein Korsett hineingezwängt worden sind, sodass wir als Selbstverwaltung kaum mehr handlungsfähig sind. Jetzt sagen Sie: Weil ihr nicht handlungsfähig seid, schaffen wir euch ab oder schränken euch ein; ihr könnt die Aufgaben nur auf Druck eines Instituts bewältigen. - Man löst doch ein Problem nicht, indem man etwas darüber setzt, sondern indem man es da angeht, wo es entstanden ist, hier: in der Selbstverwaltung und mit den Mitteln der Selbstverwaltung. - Das Vorgehen ist nicht evidenzbasiert. Das sind doch Glaubenssätze.

Herr Lauterbach sagt, dass man mit diesem Institut nicht „top down“, sondern „bottom up“ vorgeht. Diesbezüglich lese ich den Gesetzesentwurf ganz anders. Fünf Wissenschaftler werden eingesetzt und die sollen das machen. Wo ist da das Bottom-up-Prinzip, Herr Lauterbach? Lesen Sie doch bitte einmal den Entwurf nach! Wir müssen hier sauber miteinander umgehen.

Es ist richtig, dass die pharmazeutische Industrie Fortbildungsveranstaltungen finanziert. Deswegen sind diese Veranstaltungen noch lange nicht schlecht. Es gibt hervorragende Fortbildungsveranstaltungen, für die zwar Finanzmittel der Pharmaindustrie in Anspruch genommen werden, die aber nach objektiven Kriterien abgewickelt werden und höchsten Qualitätsanforderungen entsprechen. Mit dem, was ich jetzt sage, mache ich mich wieder unbeliebt - ich weiß es -: Dass die Pharmaindustrie auch andere sponsert und anderswo Entscheidungen bezahlt - trotz höchster Neutralität und politischer Unabhängigkeit -, habe wir bei den Festbeträgen erlebt.

Also: Sie können die Einrichtung an sich so unabhängig machen, wie Sie wollen; so ganz unabhängig ist niemand, wenn es um Geldmittel geht. Von daher geht es nicht darum, so etwas zu verhindern, sondern es geht darum, die Selbstverwaltung in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben sachgerecht zu erfüllen. Dazu brauchen wir ein Gesetz, das in der Tat bestimmte Blockaden beseitigt.

Die Hauptblockade für integrierte Verträge und für neue Versorgungsformen ist die Tatsache, dass die Krankenkassen jetzt seit zehn Jahren eine Kopfpauschale an uns als Kassenärztliche Vereinigung zahlen, mit der völlig losgelöst vom Versorgungsbedarf die gesamte Versorgung abgedeckt wird, und den Ärzten

zugemutet wird, in ihren demokratischen Gremien zu entscheiden, wer welches Geld bekommt. Glauben Sie denn ernsthaft, dass eine Vertreterversammlung entscheiden kann: „Wir machen jetzt einmal eine qualifizierte, leitliniengestützte Diabetesversorgung und zahlen aus dem Honorar, das für alle zur Verfügung steht, einen bestimmten Prozentsatz nur für diese Versorgungsform“? Dazu braucht man einen Mehrheitsbeschluss. Einen solchen würden auch Sie im Deutschen Bundestag nicht zustande bekommen. Einen solchen Beschluss bekommen auch wir in einem solchen System nicht zustande. Das ist die Blockade, die beseitigt werden muss. Wenn das geschieht, dann kommen auch qualitative Formen durch.

Sie müssen uns gemeinsam auch wieder in die Finanzverantwortung stellen. Kassen und Leistungserbringer müssen gemeinsam entscheiden, wo das Geld der Kassen qualitativ sinnvoll eingesetzt wird. Dafür haben wir Ihnen einen hoch qualifizierten Vorschlag gemacht. Wir brauchen eine zweite Ebene, auf der die Kassen definieren, welche Qualitätsanforderungen sie für Diabetes haben wollen. Dann können sie mithilfe von Herrn Lauterbach und Herrn Sawicki die Qualitätsanforderungen selbst definieren. Wir verhandeln dann darüber, unter welchen Finanzbedingungen das geschieht. Wir schreiben das unter unseren Mitgliedern aus und ein Quartal später haben wir die entsprechende Versorgung in ganz Deutschland etabliert. Das bekommen Sie mit keinem Wettbewerbssystem so hin wie mit einem System, das auf der Grundlage von Kollektivverträgen arbeitet.

Ich bin immer erstaunt, Herr Hermann, wenn Sie sagen: Wenn ich das alles abschaffe und durch den Wettbewerb ersetze, dann klappt das. - Das ist nicht evidenzbasiert, Herr Hermann. Wo gibt es ein System mit Wettbewerb, bei dem so etwas funktioniert? Deswegen weigere ich mich, die Schwarz-Weiß-Malerei, wie sie in den letzten Aussagen betrieben worden ist - die Fortbildung ist schlecht, die Ärzte sind schlecht, es passiert nichts -, zu akzeptieren. Solche einseitigen Beurteilungen sind nicht geeignet, hier zu einer sachlichen Diskussion zu führen.

Wir als Ärzteschaft sind für eine Reform. Wir wollen Wettbewerb. Wir wollen aber auch Versorgungssicherheit für die Bevölkerung. Wir wollen den Wettbewerb deswegen auf

einer Ebene, die jenseits der Versorgungssicherheit beginnt. Da können wir uns alle Formen von qualitätsbezogenen Verträgen vorstellen. Solche Verträge können wir vereinbaren. Wir wollen die integrierte Versorgung, auch als Maßstab für einen solchen Wettbewerb.

Deswegen wehre ich mich wirklich ganz massiv dagegen, dass uns so einseitig vorgehalten wird, es sei alles schlecht, und evidenzbasierte Medizin eingefordert wird, die Evidenzbasierung der eigenen Aussagen aber nicht mitgeliefert wird.

Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Vorsitzenden des Koordinierungsausschusses, Herrn Staatssekretär a. D. Karl Jung. Auf welche Weise müssten einerseits der Koordinierungsausschuss und andererseits die Bundesausschüsse gestärkt werden, um die dem Zentrum für Qualität in der Medizin zugedachten Aufgaben erfüllen zu können bzw. die ihnen bisher anvertrauten Aufgaben besser lösen zu können? Konnte es die Selbstverwaltung nicht, wie Herr Dr. Hermann sagt, oder liegt es daran, dass bisher entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen fehlen?

SV Karl Jung: Vielen Dank für die Frage, Herr Abgeordneter Sehling.

Bei den Aufgaben muss man differenzieren. Die Informationsplattform für Patienten hat mit der Steuerung auf der untergesetzlichen Ebene und auch mit dem Zentrum auf der einen Seite und den bisherigen Ausschüssen auf der anderen Seite nichts zu tun. Das ist getrennt. Die Information kann zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liefern. Dafür braucht man das Zentrum in dieser Form und die Eingriffe in die Selbstverwaltung nicht.

Bei der Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit auf der untergesetzlichen Ebene geht es dann in der Tat um die Frage, ob es bei der Selbstverwaltung bleibt oder ob ideologisch motivierte Veränderungen stattfinden, wie Herr Hermann sie propagiert hat, die Selbstverwaltung abgeschafft und durch ein staatliches Institut ersetzt wird.

Die Selbstverwaltung hat sehr wohl einen hohen Wert, Herr Hermann. Sie leben davon. Sie sind ja Selbstverwalter. Von daher sollten Sie nicht so geringschätzig von diesem Institut sprechen, das die Krankenversicherung neben anderen Grundprinzipien seit Beginn mit prägt, das ein bewährtes Institut ist und das nicht nur in diesem Bereich, sondern für die Ausrichtung der GKV insgesamt maßgeblich ist. Von daher sollten Sie sich mit Ihren ideologisch motivierten Veränderungsabsichten da etwas zurückhalten.

Die Krankenkassen, die Ärzte und die DKG plädieren für die Beibehaltung der Selbstverwaltung. Sie erkennen an, dass es sicherlich gewisse Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Ehe man die vier bisherigen Ausschüsse in ihrer Gesamtheit verurteilt und ihnen einseitig Schuld zuweist, sollte man sich aber zunächst einmal bemühen, etwas mehr an Information über diese Ausschüsse zu gewinnen; denn der Informationsstand über das, was sich unter den Schlagworten „Bundesausschüsse“, „Ausschuss Krankenhaus“ und „Koordinierungsausschuss“ verbirgt, geht gegen null.

Kennzeichnend dafür ist die Aussage von Herrn Sawicki, diese Gremien seien in hohem Maße lobbyanfällig. Das absolute Gegenteil ist der Fall. Diese Ausschüsse sind in keiner Weise lobbyanfällig. Lobbyanfällig ist die Politik. Das lässt sich an den Ergebnissen erkennen. Denken Sie einmal daran, wo überall sich die Pharmaindustrie gegen Einsparungsbestrebungen durchgesetzt hat! Nicht bei den Bundesausschüssen, sondern beim Gesetzgeber und bei der Politik sollten Sie einmal gucken! Sie sollten nicht so einen Unfug reden!

(Unruhe)

Nun konkret zum Koordinierungsausschuss. Herr Lauterbach, Sie haben ihn vorhin kritisiert. Sie haben - ohne einen zeitlichen Vorlauf - die Aufgabe in das Gesetz gebracht, Kriterien für Unter-, Über- und Fehlversorgung bei jährlich zehn Krankheiten zu definieren. Auf den Einwand, dass es ein bisschen viel ist, pro Jahr solche Kriterien für zehn Krankheiten zu definieren, haben Sie vor drei Jahren in einer Veranstaltung nach In-Kraft-Treten des Gesetzes glorreiche Gedanken geäußert. Sie haben eingeräumt, dass es schon ein bisschen viel ist, pro Jahr solche Kriterien für zehn Krankheiten zu definieren, haben aber gesagt, es stehe nun einmal im Gesetz und dann müsse

man dem auch gerecht werden; das könne man dadurch tun, dass man für jede dieser zehn Krankheiten zunächst einmal ein Kriterium definiert.

(Zuruf: Das habe ich nicht gesagt!)

Ein Kriterium zur Definition einer optimalen Behandlung einer Krankheit! Was da notwendig ist, haben wir bei den DMP-Programmen gesehen.

Nachdem das alles nicht funktioniert hat und Sie bis heute nicht in der Lage sind, zu sagen, was Kriterien sind, haben Sie sozusagen im Frühstadium des Gesetzes versucht, den Koordinierungsausschuss wieder abzuschaffen, ihn ersatzlos zu streichen.

(Zuruf: Das ist doch Unsinn, Herr Jung!)

Das ist Ihre Art, Politik zu machen: rein in die Kartoffeln, raus aus den Kartoffeln! Und da wollen Sie Leute kritisieren, die seit Jahr und Tag gezeigt haben, wie Steuerung wirksam funktioniert? Sie, der Sie glauben, mit Theorie Politik machen zu können, sollten sich das Beispiel Viagra mit einer Ersparnis von 500 Millionen jährlich einmal hinter die Ohren schreiben.

(Zurufe von der SPD)

Stellvertretender Abg. **Vorsitzender Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, wenn man der einen Seite die Möglichkeit gibt, Vorwürfe zu formulieren, dann kann man Vorwürfe, die von der anderen Seite zurückkommen, nicht für nicht zulässig erklären.

(Zuruf von der CDU/CSU: So ist das!)

Ich bitte Sie alle nur recht herzlich darum, bei der Wortwahl ein bisschen vorsichtig zu sein.

SV **Karl Jung**: Gegen die Ausschüsse sind hier Vorwürfe geäußert worden, die in keiner Weise begründet sind, Herr Vorsitzender. Diese Vorwürfe muss man endlich einmal zurückweisen. Die Ausschüsse halten sich an das Gesetz. Sie tun das, was im Gesetz vorgegeben ist.

Vorhin ist hier kritisiert worden, wir hätten keine Information über bestimmte Studien. Das

ist auch nicht unsere Aufgabe. Ehe man kritisiert, muss man sich erst einmal darüber informieren, was der Ausschuss leisten soll und leisten kann. Aber hier ist es ja offenbar beliebt, einfach Dinge in die Welt zu setzen, ohne zu wissen, worüber man redet.

Nun konkret zurück zu Ihrer Frage, Herr Seuling. Man soll die notwendigen Rechtsgrundlagen schaffen. Für das Zentrum sieht der Gesetzgeber 14 Paragraphen vor. 14 Paragraphen, um zu regeln, dass es einen Direktor, ein Direktorium und Ähnliches gibt! Für die vier Ausschüsse, die seit Jahr und Tag die Arbeit machen, gibt es im Gesetz nur insgesamt sieben Paragraphen. Das ist die Verteilung der Hilfe des Gesetzgebers zur Aufgabenerfüllung! Ehe man kritisiert, sollte man erst einmal Ordnung schaffen, Aufgaben und Kompetenzen klar benennen und rechtssichere Grundlagen schaffen. Nur wenn das gegeben ist, kann man die Aufgaben auch erfüllen.

Um das zu leisten, was gefordert wird, bedarf es auch der Finanzierung; diese Frage ist hier schon angesprochen worden. In der Tat geht es um die Arrondierung wissenschaftlicher Unterlagen für die Ausschüsse; die Ausschüsse können das nicht alles selbst bereitstellen. Wer da in Form von leichtfertigen Experimenten zu neuen Ufern kommen will, sollte erst einmal nachmachen, was da von mehr als 400 ehrenamtlich tätigen Sachverständigen aus den Kassen, von der Ärzteschaft und von der Krankenhausesseite geleistet worden ist.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte zunächst eine Frage an Herrn Professor Rychlik stellen, und zwar wiederum in Bezug auf die vierte Hürde. Die Industrie erkennt ja durchaus an, zumindest in Teilen, dass wir mit Blick auf das europäische Ausland um eine Nutzenbewertung auf lange Sicht nicht herumkommen. Sehen Sie Möglichkeiten, ohne die Errichtung eines Instituts dieser Art zu einer solchen Bewertung von Arzneimitteln zu kommen und, wenn ja, welche Kriterien würden Sie da zugrunde legen?

Im Nachgang interessiert mich eine Stellungnahme des BKK-Bundesverbandes zu den Ausführungen von Professor Rychlik und dazu, ob der BKK-Bundesverband aus der Sicht der Kassen Alternativen zu dem Zentrum sieht.

SV Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik: Vielen Dank für die Frage.

Ich bin Gutachter der Europäischen Union für Public Health und Gesundheitsökonomie. In dieser Funktion sehe ich jährlich, wie es in den anderen europäischen Ländern um diesen Sachverhalt bestellt ist. Das Nachlaufen der Wissenschaft in Deutschland - das ist eingangs hier gesagt worden - muss leider so bestätigt werden. Deutschland ist in Europa das letzte Land, das sich mit der vierten Hürde beschäftigt. Portugal und Finnland und viele andere Länder, auch solche, die der EU erst im nächsten Jahr beitreten werden, etwa Polen und Tschechien, sind an uns vorbeigezogen.

Insofern bleibt die Frage, wie wir uns diesem Problem stellen können, wobei die Kritik, die hier aufgekommen ist, sicherlich nicht die Ursache dafür sein sollte. Ich kann nicht evidenzbasiert überprüfen, ob die Vorwürfe, die hier und da geäußert werden, ihre Berechtigung haben, aber ich kann sagen, dass es einige Institute gibt, die in Deutschland in etwa dieselbe Arbeit leisten wie vergleichbare europäische Institutionen, zum Beispiel das BfArM, das bei der ersten, zweiten und dritten Hürde hier in Deutschland gute Arbeit geleistet hat. Das entsprechende Institut im UK und das europaweite Institut, die EMA, haben insofern keine anderen Kriterien zugrunde gelegt.

Die Frage ist also: Wie kann man sich dem Thema stellen? Da sind aus meiner Sicht Leitlinien nicht unbedingt hilfreich. In den Niederlanden gibt es beispielsweise eine Leitlinie zur Grippe, die die niederländischen niedergelassenen Ärzte vertreten müssen: Wenn ein Patient vorstellig werden möchte, wird er bereits am Telefon abgewimmelt mit den Worten, er möchte sich doch erst einmal ins Bett legen, ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, Paracetamol einnehmen und sich dann, wenn er in fünf Tagen immer noch nicht fieberfrei sei, wieder vorstellen. Angesichts von 20 000 Grippetoten in Deutschland in jedem Jahr und 40 000 Einweisungen zur stationären Behandlung halte ich solch eine Leitlinie, die praktisch umgesetzt ist, also von der Basis mitgetragen wird, bottom-up, für verfehlt.

Wir haben in Deutschland gerade eine dreijährige Studie zur Herzinsuffizienz abgeschlossen. Sie zeigt, dass die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nicht be-

herrscht werden und auch nicht akzeptiert werden. Man kommt aber trotzdem zu demselben Ergebnis: Verbesserung des Krankheitszustandes des Patienten. In diesem Umfeld gibt es sicherlich noch einiges zu tun.

Hier ist auch der Begriff des Nutzens angeklungen. Da fehlt heute hier eine ganz entscheidende Gruppe, nämlich die Gruppe der Patienten; vielleicht sehen wir uns aber alle selbst als Patienten. Auf der einen Seite kann der Nutzen nur evidenzbasiert dargestellt werden. Auf der anderen Seite gibt es andere Kriterien für den Patienten - das ist auch im europäischen Ausland zum Teil so zugelassen -, zum Beispiel die Verbesserung der Lebensqualität, die Akzeptanz des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die Souveränität, mit der er über einen therapeutischen Ablauf mitentscheiden kann, aber auch verschiedene andere Dinge, zum Beispiel die Anwendungsfreundlichkeit einer bestimmten Maßnahme oder die Sicherheit, mit der sie betrieben wird, Telemedizin beispielsweise. „Peace of Mind“ heißt das Stichwort dazu. Eine Frage ist: Wie sicher fühle ich mich als Patient mit einer solchen Betreuung? Das alles spielt sich im Arzt-Patienten-Verhältnis ab. So tief hinunter kann die evidenzbasierte Medizin eigentlich nicht gehen. Im Deutschen haben wir da leider nicht die richtigen Begriffe. Im internationalen Sprachgebrauch gibt es den Begriff der Efficacy, Wirksamkeit, als Begriff der evidenzbasierten Medizin, und den der Effectiveness, Alltagswirksamkeit. Die mündet genau in das ein, was wir in Deutschland brauchen, was uns fehlt, nämlich die Beschreibung einer Versorgungsqualität. Das kann man nur mit einer ausreichenden Versorgungsforschung erreichen. Wir müssen endlich wissen, wie es insofern in Deutschland aussieht, und wir müssen es vor allem auch aus der Sicht des Patienten beschreiben.

Ob das in einem Institut geschehen muss, das neu zu gründen ist, kann ich nicht beurteilen. Ich sehe hier und da durchaus Mängel, aber die hat jede Organisation. Ich würde vorschlagen, diese Mängel zunächst einmal zu beheben, bevor man etwas Neues installiert, das später so vielleicht auch nicht weitergeführt werden kann, weil es nicht funktioniert. Vor diesem Hintergrund meine ich, dass man bei dieser Entscheidung vor allem die Patienteninteressen viel stärker berücksichtigen muss.

SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Es steht ja die Aussage im Raum, wir hätten bei einer Fülle von arzneimittelrechtlichen Regelungen etwas überreguliert und die erfolgreichste Regelung der letzten 15 Jahre sei die Festbetragsregelung von 1989. Übrige Regelungen sind ja vielfach durch andere ergänzt worden, weil sie rechtlich nicht so ausgestaltet waren, wie es notwendig war, um sie sicher anzuwenden. Darauf ist ja auch von Herrn Dr. Hess hingewiesen worden.

Die Siebte SGB-V-Novelle von 1996 hat den Kern der Festbetragsregelung bewusst konterkariert. Eine Fülle der Probleme, die wir heute mit Metoo-Präparaten, Scheininnovationen etc. haben, rühren von dieser Schwächung durch die Siebte SGB-V-Novelle her, sodass ich es bei dieser Gelegenheit zunächst sehr begrüße, dass dies im GMG durch eine Änderung von § 35 SGB V repariert wird. Wir halten auch nach der verfassungsmäßigen Bestätigung der Festbetragsregelung Kontinuität in diesem Bereich für eine sehr sinnvolle und wichtige Maßnahme.

Das im neuen § 35 b vorgesehene Institut soll analog der Klassifizierung von Fricke/Klaus Arzneimittel anhand von drei Gruppen - verbesserte Wirkung mit neuem Wirkprinzip, verbesserte Wirkung mit bekanntem Wirkprinzip und vergleichbare Wirkung - bewerten. Wir haben große Sorge, dass die Einstufung in die letzten beiden Gruppen letztlich neben der bestehenden, wieder funktionsfähig zu stellenden Festbetragsregelung im Grunde genommen eine neue Regelung schafft, die die Festbetragsregelung konterkariert. Von daher würden wir aus sehr pragmatischen Gründen und aus Gründen der Steuerungsfähigkeit dieser Regelungen dringend dazu raten, das Zurückdrehen der Siebten SGB-V-Novelle in den Vordergrund zu stellen und in § 35 b „Empfehlungen zu Arzneimitteln“ die Rechte des Instituts darauf zu beschränken, Arzneimittel mit verbesserter Wirkung und neuem Wirkprinzip zu bewerten. Genau diese Bewertung kann man nämlich mit Festbeträgen nicht vornehmen. Wie das Institut sie dann vornimmt und mit welcher Wirkung man hier rechtlich sicher vorgehen kann, ist nicht Gegenstand der Frage gewesen; von daher will ich nur auf den Konflikt hinweisen, wenn man über Empfehlungen des Institutes die gerade wieder hergestellte Festbetragsregelung konterkariert.

Abg. **Hildegard Müller** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Herrn Robbers von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, an Herrn Weitkamp von der Bundeszahnärztekammer und Herrn Hoppe.

Herr Robbers, können Sie kurz schildern, welche Bedeutung aus Ihrer Sicht das Institut für den medizinisch-technischen Fortschritt an Universitätskliniken haben wird?

An Herrn Weitkamp richtet sich die Frage, ob die im neuen § 95 d formulierte obligatorische Einbeziehung der KZVen in die Fortbildungspflicht sinnvoll ist.

Herr Hoppe, es ist ja erhebliche Kritik an der Position der deutschen Ärzteschaft geübt worden. Könnten Sie aus Ihrer Sicht bitte einmal darstellen, ob die deutsche Ärzteschaft selbstkritisch genug ist, um Qualitätsmängel festzustellen, und welche Sanktionen Sie in entsprechenden Fällen vorsehen?

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Frau Abgeordnete, ich antworte Ihnen gerne, da ich sehr dankbar für die Gelegenheit bin, einfach einmal theoretisch am Beispiel des Krankenhaussektors durchspielen zu können, wie zukünftig mit dem medizinischen Fortschritt verfahren wird. Davon sind nach meiner Auffassung nicht nur die Universitätskliniken, sondern auch große Schwerpunktkrankenhäuser und andere Krankenhäuser betroffen.

Ab dem Jahr 2004 werden wir ja das DRG-System haben, das nur Leistungen erfasst, die bekannt sind. Medizinischer Fortschritt beinhaltet eine Weiterentwicklung der Leistungen. Also bemüht sich jedes Klinikum bzw. Krankenhaus, da wir ja anders als im Ausland ein reines Individualitätsprinzip haben, mit der Kassenseite um eine entsprechende Vereinbarung, um den medizinischen Fortschritt gesondert bezahlt zu bekommen, wenn es eine bestimmte Behandlungsmethode, ein medikamentöses oder wie auch immer geartetes Verfahren anbietet.

Da sieht das Gesetz bisher die Regelung vor, dass, wenn man sich nicht über eine neue Behandlungsmethode in Schwerpunktkrankenhäusern oder Unikliniken einigt, in Bezug auf die Vergütung eine Schlichtungsstelle angerufen werden kann. Parallel dazu wird entweder

das Krankenhaus oder die Kassenseite zu einem solch fortschrittlichen Verfahren den Krankenhausausschuss anrufen. Das ist - davon haben ja Herr Jung und Herr Hess gesprochen - einer dieser Ausschüsse unter dem Gesamtgewand des Koordinierungsausschusses, der über strittige Methoden - es gibt im Augenblick fünf oder acht - entscheiden muss.

Wenn das Zentrum gegründet wird, nimmt das einen völlig anderen Weg: Zwar geht dieser Antrag auch an den Krankenhausausschuss; aber nach § 139 c ist ein Antrag auf medizinisch fortschrittlichere Verfahren dem Zentrum vorzulegen. Es hat einen Entscheidungsvorbehalt und kann innerhalb von sechs Monaten eine Empfehlung aussprechen. Was passiert also in der Regel? Die gesamten Anträge für medizinisch fortschrittlichere Verfahren landen beim Zentrum, werden dort bewertet und es wird dann - ich überspitze es einmal - dem Krankenhausausschuss die Anweisung gegeben, eine entsprechende Entscheidung zu fällen. So läuft das Verfahren. Bei nüchterner Betrachtung ist das für Unikliniken und Schwerpunktkrankenhäuser unvorstellbar. Man könnte es stark vereinfachen, indem man den Krankenhausausschuss abschafft und nur das Zentrum darüber entscheiden lässt, ob eine Behandlungsmethode anerkannt wird.

Daran wird deutlich, dass über den gesamten medizinischen Fortschritt im Zentrum eine Vorentscheidung fällt. Es ist unvorstellbar, dass bei einer Anstalt des öffentlichen Rechts mit solch einer Machtballung über den medizinischen Fortschritt votiert wird. Wir werden dann Schwierigkeiten haben, neue Erfahrungen zu sammeln, da diese kanalisiert werden und durch dieses Nadelöhr gehen müssen. Das halten wir nicht für vertretbar.

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer): Man wundert sich, dass jetzt noch etwas eingeführt werden soll, was es längst gibt, nämlich die Pflicht zur Fortbildung. Die Aufsplittung der Fortbildungspflicht, die zum einen im SGB V neu festgeschrieben wird und zum anderen in den schon bestehenden Heilberufsgesetzen zu finden ist, erscheint uns ordnungspolitisch weder sinnvoll noch praktikabel. Die Fortbildung ist integraler Bestandteil unserer Berufsausübung. Im Heilberufsgesetz eines jeden Bundeslandes gibt es die Pflicht zur Fortbildung. Diese ist auch in den Berufsordnungen umgesetzt. Es gibt die Mög-

lichkeit zu Sanktionen bis hin zur Berufsgerichtsbarkeit. Warum soll es, so fragt man sich ja, das Gleiche jetzt noch einmal im SGB V geben?

Wenn man dann daran denkt, dass der Berufsstand, zumindest im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich, sehr einheitlich ist und das Bundesverfassungsgericht das eigenständige Berufsbild eines Kassenzahnarztes nicht zugelassen hat, dann ist umso unverständlicher, dass alles das, was bereits geregelt ist, nun ein weiteres Mal geregelt werden soll. Wir können uns das in der Praxis nicht vorstellen.

Noch etwas zur Qualität der Fortbildung: Es ist teilweise etwas sehr abschätzig gesagt worden, es gebe so gut wie ausschließlich nur eine von Industriesponsoring oder Ähnlichem abhängige Fortbildung. Das muss mir für unseren Bereich erst einmal mit Daten und Fakten bewiesen werden. Bis dahin behaupte ich genau das Gegenteil. Die Fortbildung in unserem Bereich wird so gut wie ausschließlich von Kammern oder Fachgesellschaften organisiert und die Veranstaltungen sind äußerst gut besucht. Wir können diese Fakten mit Zahlen belegen. Wenn Fortbildung gegebenenfalls von anderer Seite organisiert wird, wird sie von unserer Zahnärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, in der die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vertreten sind, akkreditiert. Ich weiß gar nicht, was man da noch regeln will, und kann mir überhaupt nicht vorstellen, dass es demnächst zwei Klassen der Fortbildung geben wird, eine im Rahmen der Vorgaben im SGB V sowie eine durch die Heilberufsgesetze und durch die Berufsordnungen geregelte. Der nötige Aufwand, um diese beiden sinnvoll zu koordinieren, scheint jedem gerecht und billig Denkenden absolut unnötig zu sein.

Ich möchte dringend davor warnen, neben den Regelungen, die sich weitestgehend bewährt haben, jetzt noch neue zu schaffen. Das bedeutet nichts anderes, als neue Bürokratie zu installieren.

SV Prof. Dr. Jörg Hoppe: Natürlich ist die deutsche Ärzteschaft - so haben Sie gefragt, Frau Müller - selbstkritisch genug, um Qualitätsmängel zu konstatieren. Allerdings glauben wir nicht, dass das deutsche Gesundheitswesen

von Unter-, Über- und Fehlversorgung gekennzeichnet ist. Ich nehme vielmehr an, dass doch mehr als 90 Prozent aller Abläufe einer guten Normalversorgung entsprechen. Unter-, Über- und Fehlversorgung können natürlich überall vorkommen und müssen durch Nachjustierungen vermieden oder verhindert werden. Das gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern für alle Wirtschaftszweige; nicht nur für Deutschland, sondern für alle Länder der Welt. Gerade Sie als Politikerinnen und Politiker justieren ja solche unvermeidlichen Unter-, Über- und Fehlversorgungen über Gesetze und andere Mittel nach. Hier gilt dasselbe wie beim Zug: Wenn er unterbesetzt ist, ist er überversorgt; wenn er überbesetzt ist, ist er unterversorgt und wenn Leute drinsitzen, die nicht bezahlen, ist er fehlversorgt. Anhand dieses Beispiels kann man darlegen, dass hier in dieser Debatte ein Popanz aufgebaut wurde. Wir sollten nicht weiter in diese Richtung gehen.

Strukturqualität ist über gute Aus-, Fort- und Weiterbildung und ausreichende Ausstattung der Einrichtungen sicherzustellen. Prozessqualität ist eine Angelegenheit, die die ärztliche Selbstverwaltung seit 30 Jahren beschäftigt. Niemand anders als wir selbst ist auf die Idee gekommen, dies zu untersuchen. Als die am meisten hervorstechenden Beispiele kann man die Pränatal- und Neonatalmedizin anführen. Durch Prozessqualitätsüberprüfungen und Erhebungen ist es gelungen, die Einstufung Deutschlands, was die Säuglings- und Müttersterblichkeit angeht, von einem Platz unter „ferner liefen“ an die Weltspitze zu katapultieren. Das ist im Wesentlichen ein Erfolg dieser Studie. Auch andere typische Beispiele aus der Urologie, der Chirurgie und dergleichen mehr könnten wir anführen.

Wir haben Einrichtungen gegründet, die zum Teil älter als 20 Jahre sind. Wir haben das Bundeskuratorium für Qualitätssicherung mit mehreren anderen Partnern, die Arzneimittelkommission, die ja schon zu Wort gekommen ist, und die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin, bei dessen Arbeit sogar das Bundesgesundheitsministerium mitwirkt. Für unser Highlight, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, in dem wir Leitlinien entwickeln und Clearingverfahren durchführen, gibt es in Deutschland kein anderes Beispiel. International wettbewerbsfähig ist es auch; das kann man daran erkennen, dass der Geschäftsführer, Professor

Ollenschläger, als Erster überhaupt Vorsitzender einer internationalen Vereinigung vergleichbarer Einrichtungen geworden ist.

Schließlich nenne ich die Kooperation für Transparenz und Qualität, eine Gemeinschaftseinrichtung mit anderen Partnern in der Selbstverwaltung und dem Gesundheitsministerium, in der Krankenhäuser zertifiziert werden. Der Behauptung, dass hier nichts passiere, kann zumindest ich mich nicht anschließen.

Vielleicht darf ich zum Schluss noch die Frage der Mindestmengen, die ja auch mit Qualität zu tun hat, ansprechen. Es wird behauptet, dass Mindestmengen Voraussetzungen dafür seien, dass etwas gut und sicher gemacht wird. Es gibt wissenschaftliche Studien, die ich genauso ernst nehme, die besagen, dass Patientinnen und Patienten häufig zu jemandem gehen, der es gut macht; und erst deswegen macht der es häufig. Dieser Weg ist demnach richtig, nicht der andere Ansatz, dass jemand, weil er etwas häufig macht, gut ist. Es ist ja klar, dass ein Trottel etwas, das er hundertfünfzigmal macht, auch dann nicht besser macht, wenn er es hundertfünfzigmal macht. Ich denke vielmehr, ein Nichttrottel macht es hundertfünfzigmal gut, weil er kein Trottel ist. Diesen Denkansatz muss man verfolgen.

Man kann hierfür auch klassische Beispiele finden: Im Rheinland hatten wir den schönen Fall, dass ein Geburtshelfer, der fast alle Frauen dazu bewogen hatte, ihre Kinder in dem Universitätsklinikum zu bekommen, wo er arbeitete, in ein anderes Krankenhaus wechselte. Es hat kein Jahr gedauert, da war die Geburtshilfe in besagter Universitätsklinik am Boden und die Frauen, die Kinder bekamen, sind ihm in das andere Krankenhaus gefolgt und haben sich dort von ihm entbinden lassen. Sie haben also wohl registriert, dass jemand es gut macht; deshalb haben sie dafür gesorgt, dass er es häufig und somit sicherlich auch nicht schlechter macht. Das ist meines Erachtens die richtige Interpretation, nicht die umgekehrte. Zumindest sollte man sich wirklich wissenschaftlich damit auseinander setzen, was die Henne und was das Ei ist, und nicht etwa nur eine Seite der Medaille beleuchten. Solche Feststellungen sind wir Sachverständige, wie ich glaube, den Politikerinnen und Politikern schuldig, damit sie wissen, worüber sie entscheiden, und nicht auf den Holzweg geraten.

Stellvertretender Vorsitzender **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf mich bei allen recht herzlich für die Diskussionsfreudigkeit bedanken.

Noch ein organisatorischer Hinweis: Die zweite Runde beginnt um 13.30 Uhr.

(Unterbrechung der Sitzung von 13.16 bis 13.31 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Die Fragerunde geht zunächst an die SPD-Fraktion. Der Kollege Schmidbauer erhält das Wort.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage geht an Professor Lauterbach, Dr. Hermann und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ziel unserer Reform ist es, einen Qualitäts- und Preiswettbewerb zu erreichen. Die Frage ist: Welche Vorteile bringt dies aus Ihrer Sicht für die Patientinnen und Patienten sowie die Beitragszahler in unserem Gesundheitssystem?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Wenn es gelingt, über einen Preis- und Qualitätswettbewerb das deutsche Gesundheitssystem effizienter zu gestalten, dann können Leistungsausgrenzungen und Privatisierungen ganzer Leistungsblöcke in der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden werden. Das wäre der Hauptvorteil. Das deutsche Gesundheitssystem ist ungefähr 30 Prozent teurer als die Gesundheitssysteme im europäischen Vergleich. Das heißt, wir haben große Wirtschaftlichkeitsreserven. Über die Qualitätsdefizite des Systems ist bereits heute Morgen umfänglich gesprochen worden. Aus meiner Sicht ist der Wettbewerb der sicherste und wichtigste Weg, die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven zu heben. Wenn uns das nicht gelingt, wird es - das ist meine feste Überzeugung - zur Privatisierung ganzer Leistungsbereiche kommen müssen, weil das System bei der bestehenden Unwirtschaftlichkeit langfristig nicht finanzierbar bleibt.

Hier muss eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden: Wird der Versuch unternommen, über mehr Wettbewerb bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen, oder resigniert man vor den Widerständen, die sich

einer solchen wettbewerblichen Orientierung des System entgegenstellen, und lädt somit die zusätzlichen Kosten beim Beitragszahler und beim Patienten ab, was ich für unververtretbar halten würde?

Es ist auch mit Blick auf die Ärzte ungerecht, dass jetzt gute wie schlechte Qualität, notwendige wie überflüssige Leistung einheitlich bezahlt wird. Es ist ungerecht, dass das Patientenvolumen eines Arztes weitgehend unabhängig von dessen Qualität ist. Somit halte ich die vorgesehene Öffnung des Systems für mehr Wettbewerb auch für die Leistungserbringer selbst für vorteilhaft.

SV Dr. Christopher Hermann: Mit der Orientierung an Preis- und Qualitätswettbewerb wird eine seit langem überfällige Entwicklung einen deutlichen Schritt vorangebracht. Wir müssen uns vor Augen halten, dass wir 1996 die Wahlfreiheit, jedenfalls in einem wesentlichen Umfang, in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt haben. Die Versicherten können ihre Krankenkassen mit entsprechenden Fristen frei wählen. Aber was sie wählen können, ist dann im Wesentlichen durch einheitliche, gemeinsame Vorschriften gekennzeichnet. Was die Krankenkassen machen können und heute auch tun, ist zum Teil ein wenig interessanter Nippeswettbewerb oder ein Wettbewerb, bei dem nicht die Versorgung, sondern die guten Risiken im Mittelpunkt stehen, indem die aus der eigenen Kasse herausgehalten werden, die für die eigene Beitragsgestaltung uninteressant sind. Dies ist völlig kontraproduktiv und führt das Wettbewerbsmodell der Wahlfreiheit der Versicherten im Kern ad absurdum.

Deswegen ist der Weg des Preis- und Qualitätswettbewerbs, unterfüttert durch die Ausschaltung eines Wettbewerbs um die guten Risiken, das heißt ein Wettbewerb um die Strukturelemente, die die soziale Krankenversicherung ausmachen, notwendig und zwingend. Dazu ist der Risikostrukturausgleich unabdingbar. Auf dieser festen Grundlage ist ein Wettbewerb um gute Versorgungsstrukturen, um qualitativ hoch stehende Versorgungsstrukturen, um Versorgungsstrukturen, die auf die Notwendigkeit der Behandlung von Versicherten und Patienten eingehen, möglich.

Die Entwicklung der Disease-Management-Programme, die wir seit einem Jahr im Gesetz

haben, zeigt, wie viel Lernbedarf bei allen Beteiligten besteht, insbesondere bei den Kassen. Die Kassen müssen weg von dem, was sie heute sind: in vielfacher Hinsicht Organisationen, die Geld von Versicherten zu Leistungserbringern umverteilen. Sie müssen sich hin zu Versorgungsdienstleistern entwickeln. Nur dann haben sie die Chance, für ihre Versicherten insofern attraktiv zu sein, als sie ihnen etwas Besonderes bieten, nämlich eine Versorgung, die gegebenenfalls von einer anderen Krankenkasse etwa in der Qualität nicht angeboten wird.

Wenn wir dies entwickeln können - dazu sind noch einige andere Prämissen erforderlich, die man jetzt hier beiseite lassen kann -, dann haben wir auch einen erheblichen Effekt in Bezug auf die Beitragszahler in der GKV. Wenn heute offenbar allgemein politisch völlig unumstritten ist, dass mit dem erreichten Beitragssatz von durchschnittlich 14,4 Prozent der Limes sozusagen überschritten wird, dann bleiben in der Tat nur mehr wettbewerbliche Strukturen oder der vermeintlich einfache Weg in die Rationierung von Gesundheitsleistungen, den ich mir wahrlich nicht wünsche.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen es, dass in den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Wettbewerbselemente eingeführt werden sollen, dass sich hier ein Wettbewerb um Versorgungsformen entwickeln kann. Wir gehen davon aus, dass aus einem solchen Wettbewerb positive Chancen sowohl auf der Qualitätsseite als auch auf der Preisseite entstehen können. Allerdings ist heute noch keineswegs gesichert, dass diese wettbewerblichen Strukturen ganz automatisch zu Verbesserungen führen, sodass hier ein schrittweises Vorgehen sinnvoll ist. Ein Beispiel sind die Disease-Management-Programme; in diesem Fall hatte der Wettbewerb zumindest auf der Qualitätsseite positive Folgen.

Von daher unterstützen wir den Grundansatz dieser Reform, durch mehr Wettbewerb zu einem Mehr an Qualität und Preis zu kommen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Auch wir unterstützen den eingeschlagenen Weg. Es ist ein erster Schritt. Wir haben allerdings etwas weniger hohe Erwartungen als vielleicht andere, dass dieser Wettbewerb

wirklich in Gang kommt; denn die Gesetzeskonstruktion ist so angelegt, dass nur ganz kleine Schritte möglich sind. Insofern wird ein wirklich wirksamer Wettbewerb wahrscheinlich noch lange auf sich warten lassen.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Herr Gerdemann, ich habe noch eine Zusatzfrage: Wo sehen Sie denn die Hindernisse, die die erwartete Dynamik beeinflussen?

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Ich nenne konkret das Verfahren der Einzelverträge im Facharztbereich und Kollektivverträge in den KV-Bereichen. Diese Umstellung erfolgt nur schrittweise. Die Einzelverträge sind nur auf neu hinzukommende Fachärzte zugeschnitten. Der Gesetzentwurf geht zwar davon aus, dass die Möglichkeit besteht, dass sich Ärzte aus dem Kollektivvertrag herauslösen; aber unsere Erwartung, dass sie das tun werden, ist nicht sehr groß. Sie werden das höchstens dann tun wollen, wenn sie durch die Einzelverträge besser gestellt werden als durch den Kollektivvertrag. Wie kann man jemanden besser stellen? Im Wesentlichen wahrscheinlich durch Geld. Das heißt, eine solche Lösung wäre dann für uns Kassen teurer als die Situation vorher.

SV Dr. Bernd Metzinger (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, und zwar dort, wo es einen Markt gibt. Das ist das Problem im Gesundheitswesen: Es gibt keinen echten Markt, sondern einen sehr streng regulierten Markt mit ganz besonderen Aspekten und Aufträgen zur Sicherstellung.

Mit anderen Worten: Man muss den Wettbewerb sehr vorsichtig einführen. Man muss den Wettbewerb, wenn er tatsächlich als Wirtschaftlichkeitsinstrument funktionieren soll, mit entsprechenden Auffangmaßnahmen flankieren. Dann kann Wettbewerb positiv sein. Aber wir dürfen nicht dahin kommen, wo die Vereinigten Staaten sind: Wir dürfen keinen freien Markt zum Zwecke des Wettbewerbs schaffen.

SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Wir hätten uns

sehr gewünscht, dass nach dem Vergaberecht Vergabemöglichkeiten für Regionen, in denen bei bestimmten ärztlichen Gebieten Überversorgung besteht, geschaffen werden, sodass man nicht in der Fläche weithin ein Parallelsystem von Kollektivverträgen und Einzelverträgen hat. Klare Ausschreibe- und Vergabemöglichkeiten wären wichtig gewesen. Das hätte die Innovationsfähigkeit und die Innovationsbereitschaft in diesen Regionen auf beiden Seiten gefördert. So müssen Sie weithin ein Parallelsystem befürchten. Gleichwohl wird es die Anstrengung wert sein, das zu versuchen. Das ist der eine Aspekt.

Der andere Aspekt ist: Wir würden uns sehr wünschen, dass die Bundesregierung schon bei der Einführung von Einzelverträgen Vorkehrungen hinsichtlich der Aufsicht in diesem Wettbewerbsbereich trifft. Es kann nicht sein, dass einige Kassen mit der BVA, andere mit regionalen Aufsichten zu tun haben. Es wäre besser, wenn man - dazu gibt es durchaus vernünftige Vorschläge in einem Gutachten von Wasem, Ebsen etc., das der AOK-Bundesverband in Auftrag gegeben hat - die Kassenaufsicht generell bei der BVA lassen würde und die Versorgungsaufsicht auf die Länder übertragen würde.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hermann und Herrn Professor Lauterbach. In Zukunft wird es ja Gesundheitszentren, also Einrichtungen mit fachübergreifender Kompetenz, geben. Es wird ihnen möglich sein, an der Patientenversorgung in unserem Gesundheitssystem mitzuwirken. Frage: Welche Erfahrungen gibt es mit derartigen Versorgungsformen in Deutschland und im Ausland und welche Auswirkungen wird die Etablierung dieser neuen Versorgungsform in unserem Gesundheitswesen haben?

SV Dr. Christopher Hermann: In Deutschland haben wir Erfahrungen allenfalls in dem Umfang, wie wir in den neuen Bundesländern noch Gesundheitseinrichtungen nach § 311 SGB V haben. Das sind wenige Einrichtungen, die dort allerdings gute Arbeit leisten und offenbar auch erfolgreich, wie man am Patientenzustrom erkennen kann. In anderen Systemen um uns herum, die sich ebenfalls um Innovation und Flexibilisierung von Versorgungsstrukturen bemühen, etwa seit Anfang

der 90er-Jahre in der Schweiz, haben wir ähnliche Strukturen, im weitesten Sinne Managed-Care-Strukturen, die in größeren Städten Gesundheitszentren bilden.

Ein Aspekt dieser Entwicklung ist dort wie bei uns die chronische Unterfinanzierung in Klein- und Kleinstunternehmen, das eine ärztliche Einzelpraxis nun einmal ist, insbesondere im fachärztlichen Bereich, in dem allein die Amortisation der Investition einen solchen Umschlag an Finanzmasse erfordert, dass dies für den Einzelnen immer größere Schwierigkeiten mit sich bringt. Deswegen befinden sich viele Fachärzte sozusagen im Hamsterrad. Sie berichten - das höre ich immer wieder -, dass sie 60, 70 und noch mehr Stunden in der Woche arbeiten und gleichwohl einen Stundenlohn erreichen, der dem hohnspricht. Hier zeigen sich Probleme der Kleinst- und Kleinunternehmerstruktur, wie wir sie in unserem Gesundheitswesen noch immer haben.

Für das SGB V wird mit den Gesundheitszentren erstmals die Möglichkeit eröffnet, flexible und innovative Unternehmensstrukturen in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Meines Erachtens fehlt, dass parallel restriktive Regelungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder beseitigt werden, die zum Teil eindeutig vorschreiben, dass die ärztliche ambulante Tätigkeit an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden ist. Hier werden Strukturen von Ferdinand Sauerbruch ins 21. Jahrhundert übertragen und die Praxen können, wie von mir eben kurz skizziert, allein die hohen Investitionen nicht mehr aufbringen, die sie eigentlich einspielen müssten.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Die Einzelpraxis entspricht im Wesentlichen dem Tante-Emma-Laden im Einzelhandel und ist durch Unwirtschaftlichkeit gekennzeichnet, insbesondere dann, wenn es um fachärztliche Leistungen geht; denn fachärztliche Leistungen beanspruchen teures diagnostisches Gerät, welches regelmäßig ausgetauscht werden muss. Wenn aber die Einzelpraxis das für eine Amortisation notwendige Patientenvolumen nicht hat, dann ist die Gefahr der Überversorgung sehr groß. Es besteht außerdem die Gefahr, dass die Geräte schon veraltet sind, bevor sie ausgetauscht werden. Es gibt hier also die klassische Kombination von Unwirtschaftlichkeit, Qualitätsdefiziten und einem so genannten Praxisautismus.

Der Arzt in einer Einzelpraxis ist nicht mit dem Privileg der interdisziplinären Zusammenarbeit gesegnet. Er ist sozusagen Einzelkämpfer, wenn es darum geht, sich fortzubilden. Für die Fortbildung stehen ihm häufig nur die Fortbildungsangebote der pharmazeutischen Industrie zur Verfügung. In einer Einzelpraxis ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit können Qualitätsdefizite sehr lange un bemerkt bleiben, insbesondere der Praxisbetreiber selbst bemerkt sie nicht. Wenn man nämlich keinen Widerhall im Rahmen eines kritischen Diskurses beispielsweise mit einem Praxismitbetreiber findet, dann weiß man oft nicht, wie kritisch die Qualitätsdefizite mittlerweile geworden sind.

Ich befürworte daher ohne Einschränkung die Einführung solcher Gesundheitszentren. Dass die Krankenkassen solche Gesundheitszentren betreiben können, ist deshalb richtig, weil die Krankenkassen dadurch eine sehr direkte und in dieser Form einzigartige Verantwortung für die Qualität der Versorgung übernehmen. Alle Krankenkassen haben also die Möglichkeit, Qualitätsdefizite zu beseitigen, denen sie sich derzeit ausgesetzt sehen.

Diese Strukturen haben sich international bewährt. Ich bin aber der Meinung, es sollte nicht die einzige Form der Versorgung sein. Vielmehr sollte ein sinnvoller Wettbewerb zwischen den etablierten Systemen und den neuen Managed-Care-Ansätzen bestehen. Außerdem sollte es eine gründliche Evaluierung geben. Damit es hier nicht wiederum zu unbemerkten Qualitätsdefiziten kommt, bin ich ganz klar für eine Offenlegung der Qualität.

Es muss auf jeden Fall vermieden werden, dass es zu einer Risikoselektion kommt. Bei der Auswertung der Qualität, die eine notwendige Voraussetzung für diesen Einstieg in Gesundheitszentren ist, könnte die Risikoselektion der simpelste Weg sein, eine vermeintlich gute Qualität nachzuweisen. Dem kann man nur begegnen, indem die Risikoselektion konsequent ausgeschlossen wird und indem die Qualität prospektiv, also nach vorne hin, verglichen wird. Dann wird das Gesamtsystem an Wettbewerb und an Transparenz gewinnen. Viele Ärzte, die im Moment keine Alternative zur Einzelpraxis haben und die nur ein geringes Einkommen erzielen, würden ihre Praxis aufgeben.

Abg. **Karsten Schönfeld** (SPD): Ich bleibe bei diesem Thema. Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Die Gesundheitszentren werden in Zukunft sowohl im Rahmen eines Kollektivvertrags als auch im Rahmen eines Einzelvertrags mit anderen Leistungserbringern konkurrieren können. Wie beurteilen Sie die Auswirkung dieser Entwicklung auf das Gesundheitssystem?

SV **Dr. Hans-Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir sehen darin eine Verbesserung der Versorgung. Ich will zwei Punkte nennen. Zum einen erfolgt die Gesundheitsversorgung aus einer Hand, was neue Möglichkeiten bezüglich der Verbesserung der Qualität eröffnet. Zum anderen wird es in den Gebieten mit Unterversorgung möglich sein, ein Angebot bereitzustellen, was auf die herkömmliche Art und Weise nicht möglich ist. Ich widerspreche allerdings der Einschätzung, dass wir in diesem Bereich einen fließenden Übergang von der Einzelpraxis weg haben sollten. Es muss ein vernünftiges Nebeneinander geben, damit die verbesserte Qualität bei der Versorgung auch dort, wo dies nur schwer möglich ist, sichergestellt werden kann.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und an Herrn Professor Beske. Kann es unter Ärzten überhaupt einen Wettbewerb um Qualität geben? Ist bei einem solchen Qualitätswettbewerb, bei dem die Kassen einseitig den Inhalt von Dienstleistungsverträgen bestimmen, die qualitative Versorgung unter Beachtung des Vertrauensverhältnisses von Arzt und Patienten und unter Beachtung der individuellen Patientenbedürfnisse gewährleistet?

Meine zweite Frage richtet sich an jeweils einen Vertreter des VdAK, des IKK-Bundesverbandes und der KBV. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen des von der Union vorgeschlagenen Dreisäulenmodells insbesondere im Hinblick auf den Qualitätswettbewerb in der ambulanten Versorgung? Wie verhält sich nach Ihrer Meinung diese Regelung im Vergleich zu dem Einkaufssystem für Fachärzte im Entwurf der Bundesregierung?

SV Prof. Dr. Jörg Hoppe: Natürlich kann es einen Qualitätswettbewerb unter Ärzten geben. Den hat es immer gegeben und den gibt es auch derzeit; das ist auch gut so. Diesen Wettbewerb würden wir nie bekämpfen. Es wird aber problematisch, wenn es sich um einen Preiswettbewerb handelt, weil dann Qualität und Preis gegeneinander abgewogen werden müssen. Menschen, die dieses Verhältnis nicht beurteilen können, könnten dadurch Nachteile erleiden, die wir ihnen nicht zumuten wollen.

Die Idee, Gesundheitszentren zuzulassen und diese mit freiberuflichen, niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxen oder mit Ärzten in Gruppenpraxen konkurrieren zu lassen, führt zu einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung zwischen den verschiedenen Arten der Berufsausübung. Es gibt außerdem eine weitere Wettbewerbsverzerrung, weil einige das Geld für Investitionen haben, andere aber nicht; sie müssen sich das benötigte Geld leihen. Dies bedeutet eine erhebliche Minderung der Patientensouveränität - das wird sicherlich auch die Vertreter der Patientinnen und Patienten im Saal interessieren -, weil die freie Arztwahl in Gesundheitszentren eine andere Qualität hat als die freie Wahl unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die als Freiberufler tätig sind und die persönliche Partner bei der Betreuung sind. Das ist ein wichtiger Punkt.

Aufgrund der Beispiele aus anderen Ländern kann man erwarten, dass in solchen Gesundheitszentren andere Arbeitszeitrhythmen eingehalten werden müssen. Diese Arbeitszeitrhythmen werden zur Folge haben, dass das Tempo nicht vergleichbar ist mit dem Tempo, das wir aus Praxen von freiberuflich tätigen Ärzten kennen. Es werden Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten entstehen - eine ähnliche Entwicklung kennen wir aus anderen Ländern -, die wir in Deutschland bisher nicht gewöhnt sind. Hier liegen also unsere Bedenken.

Die beste Lösung wäre - darüber wurde ursprünglich diskutiert -, dass man in den Regionen, in denen eine Versorgung mit Praxen von niedergelassenen Ärzten oder mit Gruppenpraxen nicht sichergestellt ist, versucht, die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte als Freiberufler in den Zentren arbeiten zu lassen. Es gab einmal die Idee, sie als Leasingpartner der Träger dieser Einrichtungen arbeiten zu lassen. Das würde bedeuten, dass sie nach wie vor persönliche Vertragspartnerinnen und Vertragspartner

der Patienten sein würden und die Institution als Einrichtung dahinter stehen würde. Wenn diese Idee weiter verfolgt werden könnte, dann wäre eine Weiterentwicklung der derzeitigen Strukturen durchaus möglich.

SV Prof. Dr. Fritz Beske: Ich darf zu der Frage unter dem Gesichtspunkt der Zukunft der fachärztlichen Versorgung und unter dem Gesichtspunkt der Planungssicherheit für die Leistungserbringer und der Versorgungssicherheit für den Patienten skizzenhaft, bezogen auf die Einzelbereiche, Stellung nehmen.

Zu den Auswirkungen auf den Facharzt und die fachärztliche Versorgung. Es besteht bei den Fachärzten schon heute Unsicherheit darüber, ob ein Vertrag abgeschlossen oder verlängert wird. Dies führt zur Planungsunsicherheit. Wir spüren heute schon die Zurückhaltung bei Investitionen in neue Medizintechnik. Es ist aus meiner Sicht unmöglich, dass ein einzelner Facharzt oder eine Facharztgruppe mit etwa 350 Krankenkassen Vertragsverhandlungen führt. Ich darf darauf hinweisen, dass ein Facharzt heute Patienten von bis zu 100 Krankenkassen versorgt. Bei jedem neuen Patienten müsste der Vertragsarzt eine Prüfung durchführen, ob er mit der Krankenkasse dieses Patienten einen Vertrag abgeschlossen hat. Wenn nicht, muss die Behandlung abgelehnt werden oder erfolgt über Kostenerstattung.

Schließlich gilt noch: Jeder Facharzt und jede Facharztgemeinschaft muss unterschiedliche Verträge mit einer großen Zahl von Krankenkassen managen. Dies ist ein ungeheurer Verwaltungsaufwand für die einzelne Praxis. Insgesamt bedeutet dies, dass die Freiberuflichkeit abnehmen wird.

Zu den Auswirkungen auf den Patienten. Mittel- oder langfristig wird es die Aufhebung der freien Arztwahl geben; denn keine Kasse schließt mit jedem Arzt einen Vertrag. Heute hat der Patient Zugang zu jedem niedergelassenen Arzt im ganzen Bundesgebiet. Bei jedem Arztkontakt müsste der Patient in Zukunft prüfen, ob dieser Arzt mit seiner Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Dies ist letztlich das Ende der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung und damit die Aufgabe der Versorgungssicherheit. Dies bedeutet für den Patienten auch, dass der Übergang zu Institutionen wie Krankenhäusern, Versor-

gungszentren und Gesundheitszentren mit zunehmenden Wartezeiten verbunden ist. Das zeigt die Erfahrung in anderen Ländern. Diese Situation ist heute für den Patienten weitgehend unbekannt.

Zu den Auswirkungen auf die Krankenkassen. Jede einzelne Krankenkasse muss mit jedem einzelnen Facharzt einen Vertrag abschließen. Sie muss diesen Vertrag in Bezug auf Durchführung und Qualität kontrollieren. Das heißt, auch hier entsteht ein höherer Verwaltungsaufwand. Sie muss den Patienten im Grunde genommen kontinuierlich über veränderte Verträge unterrichten. Da es für die kleineren Krankenkassen unmöglich ist, in allen Regionen Verträge mit Fachärzten abzuschließen, ist dies das Aus für kleinere Krankenkassen.

Zu den Auswirkung auf Krankenhäuser. Die Krankenhäuser müssen investieren, da die Länder die Investitionen für Krankenhäuser weitgehend zurückgefahren haben. Es ist also völlig unklar, wie die Krankenhäuser diese Investitionen, die heute von niedergelassenen Ärzten gemacht werden, in Zukunft tätigen können.

Ich will noch auf das Problem der Gewinnung von Ärzten und Pflegepersonal hinweisen. Dieses Problem ist schon heute akut. Viele Krankenhäuser dürften überhaupt nicht in der Lage sein, die ambulante Versorgung zu erweitern. Mir scheint die freiwillige Kooperation und die Ansiedlung von immer mehr hoch spezialisierten Facharztpraxen am Krankenhaus die Lösung für die Zukunft zu sein.

Eine Schlussbemerkung. Wenn durch das neue Gesetz ein Prozess eingeleitet wird, der zu einer Umstrukturierung der fachärztlichen Versorgung führt, dann gibt es in kurzer Zeit kein Zurück mehr. Das heißt, diese Entwicklung ist irgendwann nicht mehr rückgängig zu machen. Damit hat die freie Arztwahl für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung endgültig ihr Ende gefunden.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Das Dreisäulenmodell in dem Antrag der Union ermöglicht nach unserer Ansicht einen ersten Einstieg in die Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Auch wir haben immer gefordert, dass neben den kollektivvertraglichen Möglichkeiten auch mehr Möglichkeiten bei den Vertragsoptionen, insbesondere bei der integ-

rierten Versorgung, bestehen. Nach unserer Einschätzung reicht das, was im Antrag der Union steht, jedoch nicht aus. Insbesondere für die zweite Säule, die Sie vorgesehen haben, müsste eine stärkere Flexibilisierung dahingehend erfolgen, dass die Blockademöglichkeiten, die bisher innerhalb des KV-Systems bestehen, abgebaut werden. Auch bei der integrierten Versorgung müssten mehr Möglichkeiten ohne das Einbeziehen der KVen bestehen.

Es gibt noch einen weiteren Punkt, der für uns ganz entscheidend ist. Die vorgesehenen Vergütungsstrukturen in diesem Modell dürfen nicht zu Ausgabensteigerungen führen. Hier müssen noch Maßnahmen sozusagen eingebracht werden, die das verhindern. Man kann diesen Vorschlag natürlich erst dann endgültig bewerten, wenn er weiter konkretisiert wird. Aber vom Grundsatz her muss man sagen, dass es ein erster Schritt ist, dem allerdings noch weitere folgen müssen.

SV Dr. Bernd Metzinger (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Mir ist beim ersten Durchlesen aufgefallen, dass dieses Dreisäulenmodell eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit den Vorschlägen im SPD-Entwurf hat. Die erste Säule ist im Prinzip die Basisversorgung. Landesverbände und KVen sollen sich auf einen Versorgungsauftrag einigen. Die Frage ist aber, wie der Versorgungsauftrag definiert ist. Eine feste Definition gibt es nicht. Sie müsste von der CDU/CSU noch nachgeliefert werden.

Es gibt auch Vorschläge zum Thema Qualität. Ich will dazu anmerken, dass es erforderlich ist, dass die bisherigen Mindeststandards in Bezug auf die Qualität, die in den Richtlinien des Bundesausschusses festgelegt sind, auch weiterhin eine Mindestqualität gewährleisten müssen. Vereinbarungen unterhalb dieser Richtlinien darf es aus meiner Sicht nicht geben.

Der zweite Punkt, der mit den Versorgungsaufträgen geregelt werden soll, ist die Leistungsmenge. Dies kann gefährlich werden. Wenn damit gemeint ist, dass alle Leistungen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erforderlich sind, abzudecken seien, dann ist es aus meiner Sicht in Ordnung. Das gilt allerdings nicht für den Fall, dass beispielsweise Mitte Juli die EKGs ausgeschöpft sind und

stattdessen im Rahmen des Versorgungsauftrags nur noch die Möglichkeit zur Mikrowellenbestrahlung besteht. Das kann man nicht tolerieren; das muss entsprechend anders geregelt werden. Hier geht der Entwurf noch nicht in die Details.

Die dritte Säule, die Direktverträge, hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Entwurf der Regierung, mit dem Unterschied: Es gibt keine Beschränkung auf die Fachärzte und eine vorsichtige Öffnung der Strukturen, die aus meiner Sicht in Ordnung ist. Es gibt keine biologische Zwangslösung, also kein vorprogrammiertes Ende dadurch, dass neu hinzukommende Fachärzte nicht mehr, wie das bei der Regierung der Fall ist, am Kollektivsystem teilnehmen können. Aus meiner Sicht ist das die günstigere Lösung.

In Bezug auf die zweite Säule besteht ein entscheidender Unterschied. Ich habe es im Gegensatz zum VdAK so verstanden, dass die integrierte Versorgung, aber auch Disease-Management-Programme sowohl in der zweiten als auch in der dritten Säule, in der Säule der einzelvertraglichen Vereinbarung, funktionieren. Das würde verhindern, dass Disease-Management-Programme und die integrierte Versorgung von den KVen blockiert werden könnten. Das würde ich sehr begrüßen; dies kann sinnvoll sein.

Zum Thema Honorierung: Die arztgruppenbezogene Gebührenordnung sollten Sie mir gelegentlich etwas genauer erläutern; da sind Sie selber wahrscheinlich noch in der Ideenfindung. Die Säule zwei, Zuschläge, und die Säule drei, Verhandlungen über eine entsprechende Honorierung, werden auf jeden Fall dazu führen, dass dieses neue System teurer wird als das, was wir jetzt haben. Mir erscheint das als nicht zielführend für die Senkung des Beitragssatzes insgesamt.

In der Säule drei fehlt aus meiner Sicht das Thema Bereinigung: Wie muss die kollektivvertragliche Vergütung bereinigt werden, wenn es Einzelverträge gibt? Da müsste nachgelegt werden.

Fazit: Es handelt sich hier um eine moderate Öffnung des Vertragsgeschäfts auf freiwilliger Basis. Die KVen können nicht mehr blockieren; das halte ich für positiv. Der Versorgungsauftrag muss definiert werden. Es darf nicht zu einer Unterversorgung kommen; ich habe in

diesem Zusammenhang das Beispiel: „EKG und Mikrowelle“ genannt. Eine Honorierung über Zuschläge macht die Sache auf jeden Fall teurer, was ich als Vertreter einer Krankenkasse natürlich äußerst kritisch sehe. Die Qualität der Versorgung wird sich möglicherweise tatsächlich verbessern. Dafür wird aber zusätzliches Geld nötig; ich nenne die Stufe zwei. Im Unterschied zum SPD-Entwurf sind zumindest nach meiner Lesart Disease-Management-Programme und die integrierte Versorgung im Rahmen von Einzelverträgen sowohl unter dem KV-Dach als auch außerhalb des KV-Daches möglich. Das würde ich als positiv beurteilen.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Unter allen Beteiligten besteht Konsens, dass wir die Strukturen in unserem Versorgungssystem verbessern müssen. Das heißt in der Tat, dass wir zwar keine Einzelpraxen auflösen wollen, dass wir aber kooperative Versorgungsstrukturen dort fördern müssen, wo es geht und wo es sinnvoll ist.

Der Unterschied zwischen den beiden vorliegenden Ansätzen besteht im Weg, darin, wie ich das erreiche. Wir kritisieren an dem Entwurf der Regierungskoalition, dass sie erst einmal alle Vertragsärzte in den Käfig KV sperrt und in diesem Zusammenhang das Kopfpauschalensystem mit allen seinen bisherigen Bindungen voll beibehält, die Kassen allerdings an der Verteilung beteiligt. Wenn die Ministerin sagt, dass dem Arzt ein fester Punktwert garantiert wird, dann stimmt das nicht. Denn wenn ich eine feste Pauschale vorgebe und nur diese verteilt werden darf, dann muss entweder der Punktwert, wenn er nicht gezahlt werden kann, abgesenkt oder das Regelleistungsvolumen verkleinert werden; sonst kann die Pauschale nicht eingehalten werden. Man muss also mit politischen Aussagen vorsichtig umgehen.

Hier wird ein Käfig aufgestellt, in dem sich alle Ärzte befinden. Es soll eine Kopfpauschale und damit nach wie vor eine Verteilung nach einem Honorarverteilungsmaßstab geben, den dann allerdings die Kassen mit verantworten müssen. Ich freue mich schon darauf.

In diesem Käfig gibt es zwei kleine Türchen: Das ist das Einzelvertragssystem, bei dem Ärzte herausgelassen werden, wenn sie denn einen Vertragspartner finden, der mit ihnen

entweder einen Vertrag zu den Bedingungen, die die Kassen definieren, oder einen Integrationsvertrag abschließt, wobei die Kassen in diesem Zusammenhang bis 2006 zusätzlich Geld ausgeben dürfen. Denn Integrationsverträge unterliegen bis 2006 nicht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Wer als Hausarzt, Augenarzt und Frauenarzt das nicht aushält, der darf mit seiner Praxis in ein Gesundheitszentrum gehen und diese dort abgeben.

Das ist - sozusagen mit schlanken Worten - das Modell der Koalition. Dass wir das nicht wollen, können Sie bestimmt gut nachvollziehen. Das würde nämlich bedeuten, dass wir als KV nur noch das System ausverkaufen dürfen und Sie als Kassen demnächst das Glück haben, einkaufen zu dürfen, wobei das kein reines Glücksgefühl ist. Denn es wird Ärzte geben, die sich sehr teuer verkaufen werden, weil sie im wahrsten Sinne des Wortes Einzelkämpfer in einer Landregion sind und Ihnen diktieren können, zu welchen Bedingungen Sie sie einkaufen dürfen, während Sie vielleicht in der Großstadt, wo es eine größere Zahl von Ärzten gibt, die Bedingungen vorgeben.

Das Ganze wird auf dem Rücken der Patienten ausgetragen; dessen muss man sich klar sein. Denn der Patient - Herr Beske hat es gesagt - verliert die Versorgungssicherheit. Er muss immer fragen: Mit wem hat meine Kasse einen Vertrag? Nicht der Patient wählt sich seinen Arzt. Vielmehr wählt die Kasse für ihn die Ärzte aus, die er in Anspruch nehmen kann. Das ist der fundamentale Unterschied.

Wir sehen die Patientenrechte und die wohnortnahe Versorgung gefährdet. Wir sehen die Freiberuflichkeit insgesamt gefährdet. Denn der Freiberufler, der einen Vertrag hat, behält diesen Vertrag ja nicht zeitlebens. Das hat nichts mit der Fortbildungspflicht und dem alle fünf Jahre zu erbringenden Fortbildungsnachweis zu tun. Die Kassen werden im Rahmen des Wettbewerbs befristete Verträge abschließen, um so den Arzt unter Kontrolle zu halten. Sie werden prüfen: Was macht dieser Doktor mit unseren Patienten? Ist er günstig genug? Wenn nicht, verlängert die Kasse den Vertrag mit ihm nicht. Der Arzt wird sich sagen: Wenn ich ein derartiges Risiko habe, von solchen Verträgen abhängig zu sein, und gar nicht weiß, ob ich zeitlebens Freiberufler bleiben kann, lasse ich mich lieber gleich in einem Gesundheitszentrum anstellen. - Damit höhlen

Sie die Freiberuflichkeit in der Versorgung in Deutschland systematisch aus.

Der Vorteil des Systems der CDU/CSU ist - zu diesem bekennen wir uns deswegen voll und ganz -: Dort findet diese Fehlentwicklung nicht statt. Es wird erst einmal Versorgungssicherheit gewährleistet, indem der Patient nach wie vor die Wahl unter allen Ärzten mit Kassenzulassung hat. Das ist auch richtig so, wobei wir gemeinsam mit den Kassen durchaus die Strukturen verändern wollen, indem wir zurzeit an einer neuen Gebührenordnung arbeiten. Sie ist arztgruppenbezogen. Sie hat qualitative und mengenbegrenzende Elemente. Es wird eine Vielzahl an Leistungskomplexen eingeführt, die an Fachkundenachweise gekoppelt sind. Auch hier darf nicht mehr jeder Arzt alles. Hier gibt es Fachkundanforderungen für bestimmte Leistungen, sodass wir schon da die Strukturen verändern. Wir tun das aber insbesondere auf der zweiten Ebene. Die steht in der Tat, Herr Metzinger, im Wettbewerb mit der dritten Ebene; das ist der entscheidende Faktor. Das habe ich vorhin zu Herrn Lauterbach und zu Herrn Hermann gesagt.

Während Sie von der Regierungskoalition sozusagen den Kassen den Sicherstellungsauftrag übergeben und den Kassen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages die Entscheidung überlassen, wen sie unter Vertrag nehmen und mit wem sie die Versorgung sicherstellen, ist im CDU/CSU-Modell immer noch die Unabhängigkeit des Arztes vorgesehen, die gewährleistet sein muss. Er wird also nicht von einer Kasse eingekauft. Er gerät nicht in die Abhängigkeit einer Kasse. Er bleibt unabhängig in seiner ärztlichen Entscheidung gegenüber seinen Patienten.

Sie aber beschreiten offenkundig den Weg von gezielten Aufträgen, zum Beispiel in Bezug auf Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten oder im Hinblick darauf, dass beispielsweise der Kardiologe nur in Verbindung mit dem Krankenhaus tätig sein darf oder dass für bestimmte Versorgungsstrukturen bestimmte Organisationsstrukturen benötigt werden. Dies ist eine auftragsgebundene Versorgung. Wir müssen stattdessen gemeinsam mit den Kassen vereinbaren: Welche Struktur wollen die Kassen für diese qualifizierten Versorgungsebenen? Welche qualitativen Anforderungen stellen sie? Dann wird dies ausgeschrieben; dann findet ein Qualitätswettbewerb statt. Daran können nur diejenigen teilnehmen, die die

Vorgabe dieser bestimmten Qualitäten erfüllen.

Das führt zu einer Veränderung der Strukturen, die nicht von einem Bruch mit dem derzeitigen System in Form eines Einzelvertragswettbewerbes begleitet wird. Dabei würde es übrigens einen Verdrängungswettbewerb nach dem Motto „Alle gegen alle“ geben; die Ortskrankenkassen würden die anderen Kassen platt machen. Auch das ist in diesem Entwurf angelegt. Nur die großen Ortskrankenkassen haben die Chance, günstige Verträge mit Ärzten abzuschließen, die entsprechende Patientenzahlen haben. Eine kleine Innungskrankenkasse, Herr Metzinger, wird nie einen Vertragsarzt finden; es sei denn zu hohen Preisen.

Das heißt mit anderen Worten: Ein geregelter Vertragswettbewerb, ein geregelter Qualitätswettbewerb und auf der dritten Ebene ein Wettbewerb um die Versorgung, die die Kassen für dieselben Disease-Management-Leistungen bzw. die integrierte Versorgung anbieten können, ist eine ausgewogene Struktur, die drei Dinge garantiert: Die Versorgungssicherheit bleibt erhalten. Ein Qualitätswettbewerb wird eingeführt und die Freiberuflichkeit bleibt eine tragende Säule unseres Gesundheitswesens - und das durch Ärzte, die nicht durch Kassen im Rahmen eines Einzelvertragssystems gegängelt werden können, sondern nach wie vor einen unabhängigen, freien Beruf ausüben.

Dafür, dass wir den Ausweg über Gesundheitszentren, die nur von den Kassen oder irgendwelchen Trägern errichtet werden und nur Angestellte haben dürfen, auf keinen Fall akzeptieren, werden Sie Verständnis haben, wobei wir uns durchaus neue Strukturen vorstellen können, in denen das Angestelltelement ein stärkeres Element ist, als das heute der Fall ist, in denen also ähnlich wie in einer Anwaltssozietät in der Einstiegsphase Ärzte als junge Mitglieder angestellt sein können, die dann aber in diesem System die Chance haben sollen, in freiberufliche Strukturen aufzusteigen. Wir wollen damit insgesamt zu einer Kooperationsform kommen, die diese Dinge mit berücksichtigt.

Wir sind nicht für fünf verschiedene Vertragstypen: zum Beispiel mit Krankenhäusern, mit Gesundheitszentren, mit Hausärzten und mit Fachärzten. Das alles dreimal durch den Mixer gedreht und 350-mal multipliziert ist das Ge-

sundheitswesen der Zukunft. Ich frage Sie, wie Sie in diesem System Ordnung halten wollen.

Dass Sie formal den Bundesausschuss darüber setzen und sagen, es gebe einen einheitlichen Leistungskatalog und den Risikostrukturausgleich, mag richtig sein. Nur, der Leistungskatalog ist durch die Auswahl der Leistungserbringer manipulierbar. Je nachdem welchen Leistungserbringer Sie auswählen, haben Sie bei gleichem Inhalt einen völlig anderen Leistungskatalog. Nehmen Sie nur zwei Psychotherapeuten unter Vertrag, können Sie Ihre Patienten, die eine Psychotherapie benötigen, sofort zu einem Kassenwechsel veranlassen. Das heißt, hier besteht eine Manipulationsgefährdung hoch fünf. Das führt zu Risikoselektion. Herr Lauterbach hat mir bis heute nicht sagen können, mit welchen Instrumenten er diese Risikoselektion verhindern will. Mit einer Aufsicht wird das jedenfalls nicht gelingen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Jacobs: Es war bereits die Rede von der im Gesetzentwurf allmählich vorgesehenen Ablösung des Kollektivvertragssystems durch ein Einzelvertragssystem für niedergelassene Fachärzte. Sehen Sie dieses Instrument als geeignet an, um gerade im ambulanten Bereich Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern?

SV **Dr. Klaus Jacobs**: Wenn wir uns vor Augen führen, welche zentralen Ursachen für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite in unserem System gesehen werden - darüber ist viel geschrieben worden -, so ist vielfach Übereinstimmung dahin gehend festzustellen, dass vor allen Dingen die sektorale Abgrenzung der Versorgung eine erhebliche Ursache für bestehende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite ist. Insoweit würde ich Verbesserungen der Versorgungsstrukturen gegenüber dem Status quo immer an dem Kriterium messen: Wird etwas an dieser sektoralen Abschottung der verschiedenen Versorgungsbereiche geändert? Das wird nicht durch die Einführung des Vertragswettbewerbs innerhalb des vertragsärztlichen Bereiches erfolgen.

Insofern würde ich zunächst grundsätzlich sagen: Der zentrale Schritt beim Vertragswettbewerb sollte bei der integrierten Versorgung liegen. Gleichwohl denke ich, dass wir solche

integrierten Versorgungsmodelle nicht in kurzer Zeit flächendeckend realisieren können, in bestimmten Regionen Deutschlands wahrscheinlich auf längere Zeit nicht. Das ist ein Prozess, der in Gang gesetzt werden muss. Er sollte nicht planwirtschaftlich von oben erfolgen, sondern sich bei den Beteiligten entwickeln. Deswegen sollte innerhalb der bestehenden Sektoren eine Lockerung der jetzigen Kollektivvertragsstrukturen erreicht werden.

Ich persönlich würde nicht unbedingt der Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten folgen, sondern würde sagen: Alle Ärzte im vertragsärztlichen Bereich sollten diesen Weg gehen. Wir brauchen dann aber auch bestimmte Vorkehrungen - ich knüpfe an die Ausführungen von Herrn Hess an -, um Gefahren zu vermeiden. Einige Vorkehrungen sind schon genannt worden, zum Beispiel Anreize für die Krankenkassen durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wenn es dies nicht gäbe, wäre der Vorwurf berechtigt, dass die Krankenkassen das Instrument der Einzelverträge nutzen könnten, um bestimmte Versichertengruppen gerade nicht in die eigene Kasse zu locken.

An dieser Stelle sollten wir etwas weiter gehen, als es im Gesetzentwurf in § 106 b vorgesehen ist. Es reicht nicht, zu sagen: Eine Unterversorgung muss dadurch verhindert werden, dass bestimmte Ärzte weiter verpflichtet werden, die Versorgung zu gewährleisten, bzw. dass Krankenhäuser bestimmte fachärztliche Leistungen anbieten können. Es besteht nach wie vor die Möglichkeit - da hat Herr Hess durchaus Recht -, dass auch von Krankenkassenseite vielleicht kein Interesse daran besteht, alle Versorgungsleistungen in hinreichender Qualität flächendeckend vorzuhalten.

Es gibt Möglichkeiten, das zu regeln, und zwar anders, als das gegenwärtig im Rahmen der Sicherstellungsaufträge der Fall ist. Von den gegenwärtigen Sicherstellungsaufträgen müssen wir in jedem Fall weg, weil diese sektoral organisiert sind. Wenn wir aber zu sektorübergreifenden Versorgungsformen kommen wollen, dann müssen wir entsprechende sektorübergreifende Sicherstellungsvorkehrungen treffen. Wir haben in einem Gutachten zusammen mit mehreren Professoren vorgeschlagen, auch den Ländern eine gewisse Mitverantwortung zu geben.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Dr. Jacobs: Im Zusammenhang mit der Verantwortung, die auf die Kassen zukommt, werden ja bereits Gefahren an die Wand gemalt. Sind die Kassen in der Lage, die neuen Aufgaben im Rahmen der Versorgungssteuerung sowohl im ambulanten Facharztbereich als auch im Krankenhausbereich zu übernehmen, und welche Chancen liegen darin für die Versicherten?

SV **Dr. Klaus Jacobs**: Diese Frage ist mir wohl bekannt. Vielfach wird ja auch gesagt: Wir können den einzelwirtschaftlichen Akteuren an dieser Stelle gar keine Handlungsspielräume geben, weil die ihrerseits dazu nicht in der Lage sind. Das ist natürlich vor dem Hintergrund der bisherigen Aufgaben der Krankenkassen nicht ganz unberechtigt. Es kommen ja nicht nur auf die Krankenkassen, sondern auch auf andere Akteure neue Aufgaben zu. Selbstverständlich braucht man da - wie immer, wenn neue Aufgaben kommen - eine gewisse Zeit. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Fehler gemacht werden.

Die Frage für mich ist nur: Ist das ein hinreichender Grund, an den Mechanismen der zentralen Planwirtschaft festzuhalten? Ich meine, nicht. Im Gesetz ist ja durchaus angelegt, dass die Veränderung des Systems in einer gewissen Schrittfolge durchgeführt werden soll. Dies ist zunächst einmal *ein* Schutz vor Überforderung der beteiligten Akteure.

Wir werden aber nie zu dem Punkt kommen, zu sagen: „Die können das jetzt“, wenn wir nicht irgendwann einmal anfangen, die Handlungsspielräume der Beteiligten entsprechend zu erweitern. Wer soll denn nach welchen Kriterien entscheiden - es möge sich bitte keiner auf die Füße getreten fühlen -, wann die Krankenkassen so weit sind? Ich glaube nicht, dass letztlich der Deutsche Bundestag die Kompetenz hat, festzustellen, ob Akteure im Wirtschaftsbereich jetzt so weit sind, dass man ihnen mehr Handlungsspielräume geben kann. Ich denke, die Kassen sind auf einem sehr guten Weg. Alle sind noch nicht gleich weit. In einem Wettbewerb ist es natürlich immer so, dass es Schnellere und Langsamere gibt. Schauen Sie sich den Bereich der Disease-Management-Programme an: Auch dort ging es nicht per Knopfdruck von einem Tag auf den anderen. Gleichwohl kann man jetzt diesen

Bereich - ganz anders, als es noch vor einigen Monaten der Fall war jetzt - recht positiv bewerten; das wird von vielen Beteiligten so gesehen.

Ich würde hier durchaus Mut haben. Wettbewerb bedeutet aus ökonomischer Sicht, Such- und Entdeckungsverfahren zu ermöglichen. Natürlich ist das mit Risiken verbunden. Aber man muss dies der Alternative gegenüberstellen, ob es richtiger ist, auf ein solches Vorgehen zu verzichten, weil es Risiken gibt, und weiterhin eine rigide zentrale Planwirtschaft - diese haben wir im Gesundheitssystem - fortführen zu lassen, obwohl alle das Wort „Wettbewerb“ im Munde führen.

Einen Satz will ich noch sagen: Sie müssen den Krankenkassen allerdings Möglichkeiten geben, sich an dieser Stelle organisatorisch richtig aufzustellen. Auch da bestehen im Moment noch zu viele Hemmnisse, Stichwort: Fusionen. Es müssten sich wahrscheinlich etwas größere Einheiten bilden, um ein entsprechendes Know-how vorhalten zu können. Dann würde das Problem, dass Anbieter mit einer Unzahl von Krankenkassen Verträge abschließen müssen, relativiert. Im Wettbewerb würde sich von selber ergeben, dass sich die Krankenkassen - natürlich in einer überschaubaren Zahl - zu leistungs- und managementfähigen Einrichtungen entwickeln.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch eine Frage an Herrn Dr. Jacobs: Sie sprachen davon, dass das Einzelvertragssystem auf alle Ärzte ausdehnbar wäre. Können Sie uns sagen, was dafür oder dagegen spräche, auch die Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte und -ärztinnen in ein Einzelvertragssystem einzubeziehen?

SV **Dr. Klaus Jacobs**: Ich möchte zunächst daran erinnern, was ich eben schon gesagt habe - das muss ich vorausschicken -: Ich persönlich sehe die zentrale Perspektive für mehr wettbewerbliche Strukturen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung vor allen Dingen in sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen und weniger darin, dass einzelne Krankenkassen mit einzelnen Ärzten Verträge abschließen.

Herr Beske hat schon darauf hingewiesen, dass damit ein erheblicher Verwaltungsaufwand bei

allen Beteiligten verbunden ist; das ist sicherlich richtig. Das heißt: Alle Beteiligten werden sich überlegen, inwieweit sie da überhaupt aktiv werden wollen, auch die Krankenkassen.

Zur Trennung von Haus- und Fachärzten. Vorausgeschickt, dass ich eigentlich in der Überwindung der Sektoren den wesentlichen Schritt zu mehr Qualität und vor allem mehr Produktivität bei der Leistungserstellung sehe, sehe ich die Trennung von Haus- und Fachärzten im ambulanten Bereich eher als kontraproduktiv an; denn damit wird eine neue Art Subsektor geschaffen. Ich frage mich, ob es wirklich der richtige Weg ist, einen neuen Subsektor zu schaffen, wenn die Sektoren doch eigentlich überwunden werden sollen.

Zweitens. Wenn dem Hausarzt eine besondere Rolle zugewiesen werden soll, stellt sich mir die Frage, ob nicht die Krankenkassen ein besonderes Interesse haben müssten, die Hausärzte nach Qualitätskriterien auszuwählen. Wenn der Hausarzt wirklich eine größere Verantwortung in der Versorgung tragen soll - das ist ja im Gesetzentwurf vorgesehen -, besteht doch gerade die Notwendigkeit, bei der Auswahl des Hausarztes darauf zu achten, dass besondere Qualitätsbedingungen eingehalten werden. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist es - ohne jetzt einem Hausarzt zu nahe treten zu wollen - auch in der Ärzteschaft unstrittig, dass in Bezug auf die hausärztliche Tätigkeit, die Qualifikation von Hausärzten durchaus noch ein gewisser Handlungsbedarf besteht. Insofern ist für mich auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar, warum eine solche Trennung notwendig ist. Wenn dies dennoch umgesetzt wird, sollte im hausärztlichen Bereich ähnlich vorgegangen werden.

Letzter Punkt. Ich halte es für problematisch, auch die Bedarfsplanung subsektoral vorzunehmen. Ich habe ja schon gesagt, dass wir die Sektoren überwinden müssen. Auch bei der Bedarfsplanung sollte nicht mehr zwischen vertragsärztlicher Leistung und Krankenhaus getrennt werden; man sollte dies mehr aus der Patientenperspektive sehen. Umso schwerer kann ich mir vorstellen, auch noch den Auftrag zu erfüllen, eine fachärztliche ambulante Bedarfsplanung durchzuführen. Ich glaube, das wäre eher kontraproduktiv.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich möchte Herrn Professor Neubauer und Herrn Dr. Hess

fragen: Glauben Sie, dass durch die Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung sowie durch die Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem Kosteneinsparungen oder Qualitätsverbesserungen zu erzielen sind?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Zunächst einmal muss man feststellen, dass, so wie sich die Veränderung der Versorgungsstruktur darstellt, ganz bestimmte Annahmen dahinter stehen. Es gibt die Annahme, Hausärzte seien preiswert und gut und es gäbe nicht so viele Fachärzte, außerdem gehörten die Fachärzte ins Krankenhaus. Die zweite Annahme ist, viele Zentren seien besser. - Ich meine, dass man dies erst einmal mit einem Fragezeichen versehen und die Steuerungsansätze überprüfen müsste.

Ich stimme Herrn Jacobs zu: Man müsste für alle Teilbereiche des Systems gleiche Regeln schaffen und diese Regeln so gestalten, dass sich das System öffnen und frei entwickeln kann. Man sollte also nicht von vorneherein mit solchen Annahmen an das System herangehen, die Steuerungseffekte bereits im Auge haben; denn dann wird man am Schluss eher bei mehr Regulierungen landen, weil sich die Ziele so nicht erreichen lassen. Deswegen halte ich die Öffnung der vertragsärztlichen Versorgung nur für junge Ärzte, die dann quasi Einzelverträge haben, für einen falschen Schritt. Richtiger wäre es, allen Ärzten die Möglichkeit zu geben, in vertragsärztliche Strukturen zu gehen oder sich anders zu organisieren. Dafür würde ich neben der KV auch andere Arztvereinigungen zulassen, Herr Hess. Es muss nicht eine KV sein, es kann mehrere Vereinigungen geben.

Es ist aber kontraproduktiv, einen einzelnen Arzt, der sich neu niederlassen möchte, in einen Einzelvertrag zu zwingen. Abgesehen davon stellt es für diese jungen Ärzte eine riesige Überforderung dar, wenn sie sich in ein solches Vertragsmanagement begeben müssen. - Ich meine, hier ist die Linie nicht so richtig zu erkennen.

Es fehlt aber noch etwas. Bei allem Wettbewerb auf der so genannten Vertragsebene, die sich zwischen den Vertragspartnern heutiger Art neu strukturiert, muss der Wettbewerb auch auf die nächste Ebene übertragen werden, also auf die Ebene, auf der sich der einzelne

Patient und der einzelne Arzt gegenüberstehen. Man muss darüber nachdenken, dass die besten Verträge, die die Vertragspartner natürlich nur mit bestem Wissen und Gewissen abschließen, vom Einzelversicherten nicht angenommen werden müssen, sondern angenommen werden können. Das heißt, ich würde jedem Einzelversicherten ein so genanntes Opting Out, ein Hinauswahlrecht, geben, das er über eine Kostenerstattung wahrnehmen kann. Die Mehrkosten hätte er natürlich selbst zu übernehmen.

Im Gesetzentwurf sind an einigen Stellen solche Hinweise aufgenommen. Ich halte es aber für unabdingbar, dass die Versicherten und Patienten, für die wir das System verändern wollen, nicht in Verträge eintreten müssen, die sie vielleicht gar nicht wollen. Deswegen muss es ein Ventil geben. Die Mehrzahl wird es nicht wahrnehmen. Aber es reichen, wie wir wissen, 5 bis 10 Prozent der Versicherten, die einen Vertrag ausschlagen, und das System ändert sich. - Wir erleben es im Augenblick bei der Wahl der Krankenkassen: 5 Prozent an Wanderern verändern das gesamte System. - Wir brauchen immer ein Veränderungselement im System. Wenn wir das nicht haben, wird das System auf eine Ebene gehoben, bei der der Bezug, die Steuerung und auch die Rücksichtnahme der Patientenversicherung vernachlässigt werden.

Deswegen plädiere ich dafür, noch eine zweite Ebene einzuziehen, die entsprechend mobilisiert werden kann. Für alle anderen müssen gleiche Regeln gelten. Es darf keine Vorwegnahme geben, zum Beispiel die Annahme, Gesundheitszentren seien gut. Mit einem System, das den Versicherten und Patienten eine Ventil- und Korrekturfunktion einräumt, könnte man ein ganzes Stück von dem, was wir heute an Planung im System haben, abbauen. Ich behaupte, dass Sie heute die Krankenhausplanung ebenso wie die bedarfsärztliche Planung aufgeben könnten, wenn Sie den Mut hätten, die Steuerung zu ändern. Wenn man aber weiter so steuert wie bisher, ist man auf diese Planungen angewiesen. So kommen Inkongruenz und Inkompatibilität zustande: Hausärzte haben eigene Vergütungssysteme; es gibt das Budget für psychiatrische Ärzte, Augenärzte und Frauenärzte usw. Ich vermisste hier eine klare ordnungspolitische Linie. Wir sollten nicht für jede Gruppe ein Süppchen kochen. Am Schluss wird dies nämlich zu einem Brei, den niemand mehr essen mag.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Zunächst einmal möchte ich Herrn Professor Neubauer zustimmen, dass der Gesetzentwurf der Regierungskoalition nicht wettbewerbsoffen ist, sondern eine ganz bestimmte Zielrichtung verfolgt: Junge Ärzte sollen dazu motiviert werden, in Gesundheitszentren zu gehen, und Fachärzte, in Krankenhäusern zu arbeiten. Am besten könnten sie vielleicht dazu gezwungen werden, indem sie in Zukunft gar nicht mehr Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung sein können, ihnen also nur noch die Wege Einzelvertrag und Gesundheitszentrum offen stehen. Ein junger Arzt wird dann das Gesundheitszentrum wählen, weil er das Risiko der Freiberuflichkeit vor dem Hintergrund befristeter Einzelverträge nicht mehr eingehen kann.

Verfolgt man die Entwicklung in anderen Ländern, wird deutlich, dass dort, wo das ambulante Gesundheitswesen durch Gesundheitszentren oder durch Fachärzte im Krankenhaus gesteuert wird, Wartelisten bestehen. Das ist in allen Ländern mit staatlichen Gesundheitsdiensten der Fall, aber auch in Holland. Dort hatten die freiberuflichen Ärzte zunächst im Krankenhaus ihre eigenen Praxen. Weil dies dem Staat zu teuer wurde, hat man die Freiberufler dann in das Krankenhausbudget integriert und jetzt gibt es auch in Holland Wartelisten. Die Holländer finden ihr Gesundheitssystem gar nicht mehr so fortschrittlich. Wir sind damals ja auch dorthin gereist und haben gesagt: Das Gesundheitssystem in Holland hat etwas Gutes. Inzwischen aber sagen die Holländer: Nein, unser Gesundheitswesen ist gar nicht so gut, weil wir wegen der Konzentration der fachärztlichen Versorgung in den Krankenhäusern Wartelisten in extremem Umfang haben.

Ich glaube auch nicht, dass das Gesundheitswesen dadurch billiger würde. Es wird ja so getan, als wäre unser Gesundheitswesen so teuer. Bitte lesen Sie dazu auch unsere schriftliche Stellungnahme. Natürlich ist unser Gesundheitssystem teurer als ein staatlicher Gesundheitsdienst; denn wir steuern es eben nicht durch Wartelisten und Gate-Keeper. Wir bieten unseren Versicherten mit einer Chipkarte die freie Wahl unter allen Vertragsärzten. Wir haben die niedrigste Selbstbeteiligung zumindest in ganz Europa. Außerdem haben die Kassen aufgrund des Wettbewerbs noch einen

Anreiz gesetzt, dass die Versicherten diese Möglichkeiten auch in Anspruch nehmen. Von daher muss unser System teurer sein.

Ich glaube zwar, dass das Gesundheitssystem, wenn wir im Hinblick auf Gesundheitszentren, Krankenhäuser und Fachärzte Umstellungen vornehmen, unter Umständen billiger wird, jedoch zulasten der Versorgungsqualität der Versicherten. Ihnen wird dann die Möglichkeit, freiberufliche Ärzte auch außerhalb von Krankenhäusern in Anspruch zu nehmen, nicht mehr eingeräumt. Insbesondere wird der Weg junger Ärzte in die Gesundheitszentren dazu führen, dass es auf Dauer teurer wird. Das zeigt auch die Entwicklung. Die Kassen hatten früher Eigeneinrichtungen. Sie haben sie alle aufgegeben, weil sie unwirtschaftlich waren. Die letzte Einrichtung, ein großes Röntgeninstitut, hat zu meiner Amtszeit als Hauptgeschäftsführer in Köln seine Pforten geschlossen, weil es für die Krankenkassen schlicht unwirtschaftlich war, solche Eigeneinrichtungen zu betreiben. Wenn Sie dies wieder einführen wollen, dann tun Sie es. Aber billiger und besser wird das Gesundheitssystem dadurch jedenfalls nicht.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte Professor Neubauer noch eine Frage stellen. Hier wird über Einzelverträge und Kollektivverträge gesprochen. Alle sagen, der Patient solle im Mittelpunkt stehen. Sie kennen ja die Vorstellung der Liberalen. Ich bin der Meinung, man sollte das System auf das Prinzip der Kostenerstattung umstellen.

Für mich ist es schon etwas schizophren, wenn ich im Gesetzentwurf der Regierung lese, dass ein deutscher Patient, wenn er über die Grenze fährt, in Europa im Rahmen der Kostenerstattung medizinische Leistungen in Anspruch nehmen kann, dass ihm diese Möglichkeit aber im Inland untersagt wird. Ich frage mich, welche Überlegungen zu dieser Formulierung geführt haben.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Herr Thomae, ich glaube, man muss noch ein Stück weiter vorne ansetzen: Wir sollten den Versicherten das Geld geben, das sie verdient haben, indem wir ihnen die Arbeitgeberanteile auszahlen. Das ist schlichtweg verdientes Einkommen der Versicherten, das ihnen momentan von den Arbeitgebern vorenthalten und für

sie abgeführt wird. Ich halte das für eine Maßnahme, die in der heutigen Zeit nicht mehr adäquat ist. Arbeitnehmer brauchen in diesem Bereich keine Bevormundung von Unternehmen.

Zahlt man ihnen die Arbeitgeberanteile aus, haben sie auch mehr Möglichkeiten, mit ihrer Kaufkraft Signale zu setzen. Der Patient wird immer ernst genommen, wenn der Doktor weiß, dass er von der Kaufkraft seines Patienten lebt. Das ist sicherlich dann am eindeutigsten, wenn der Patient seine Kaufkraft direkt mitbringt. Das könnte über eine Kostenerstattung gehen, zumal wir wissen, dass die Kostenerstattung über Europa ohnehin auf uns zukommt, ob wir wollen oder nicht. Das lässt sich gar nicht vermeiden, es sei denn, wir wollten Europa aufhalten. Ich vermute aber einmal, dass wir das nicht wollen.

Ich würde jedoch, Herr Thomae, in einem Punkt nicht ganz so weit gehen: Ich würde die Kostenerstattung nicht zum Dogma werden lassen, sondern es den Versicherten auch ermöglichen, Sachleistungsversorgungssysteme zu wählen. Die Krankenkassen müssen dann zeigen, wie gut sie den Versicherten Sachleistungsverträge anbieten können, um deutlich zu machen: Das ist besser als die Kostenerstattung.

In jedem Fall ist eindeutig, dass wir den Versicherten und Patienten sagen, dass es Ausgaben auslöst, dass es also etwas kostet, wenn man alle Leistungen in Anspruch nimmt. Das heißt, das Kostenerstattungsprinzip muss mit einer Kostenbeteiligung verbunden werden. Ansonsten fehlt die steuernde Wirkung. Das kann man aber auch beim Sachleistungsprinzip durchführen.

Alles in allem glaube ich: Wer Versicherte und Patienten in den Mittelpunkt stellen will - und das sollten wir tun -, muss ihnen auch Kaufkraft geben. Er kann nicht ihre Kaufkraft abgeben, zum Beispiel an die Krankenkassen, und sie dann quasi in ein Land eintreten lassen, das andere für sie vorbereitet haben. Das ist sicherlich gut gemeint. Aber ob das von den Versicherten und Patienten auch so aufgenommen wird, ist nicht nachprüfbar.

Ich meine, wir müssten den Mut haben, in die beschriebene Richtung zu gehen. Ich habe vorhin schon gesagt: Wenn sich hier nur 10 bis 15 Prozent der Versicherten aktiv einschalten,

reicht das, um unser gesamtes System zu bewegen. Es geht nicht um die Frage, ob Oma und Opa jetzt auch noch im Netz lesen müssen. Es reicht, glaube ich, wenn 15 oder 20 Prozent aktiv mitmachen, damit unser System die entsprechenden Signale erhält.

Natürlich werden die Versicherten Fehler machen. Aber wir wissen, dass auch Krankenkassen Fehler machen. Wir haben heute über die Qualitätssicherung gesprochen; auch Ärzte machen Fehler. Man sollte also auch den Versicherten und Patienten das Recht einräumen, Fehler zu machen. Dies kann also kein Argument sein, alle Gestaltungsmöglichkeiten nach oben abzugeben und sie nicht unten zu belasten.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Lauterbach und an die Vertreterin des VdAK. Heute wird ja der Antrag der CDU/CSU mitberaten. Er sieht die Einführung einer privaten Pflichtversicherung für Zahnersatz vor. Meine Frage ist: Ist es systematisch vernünftig, eine jetzt bestehende Vollversicherung unter dem Dach der GKV in mehrere Teilversicherungen in verschiedenen Versicherungssystemen aufzusplitten?

SV **Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach**: Aus meiner Sicht ist das ein schlechter Vorschlag. Hier wird zum einen unnötigerweise eine Leistung privatisiert, die dann aber genauso erbracht werden soll wie jetzt. Zudem gehört der Zahnersatz zu den Leistungen, die wir als Sachverständigenrat in der Qualität nie problematisiert haben. Der Sachverständigenrat hat viele Versorgungsbereiche problematisiert; darüber ist heute Morgen gesprochen worden. Die zahnmedizinische Versorgung, auch der Zahnersatz, ist als zwar teuer, aber in der Qualität sehr gut bewertet worden. Das ist also einer der wenigen Bereiche, in denen das deutsche Gesundheitssystem international voll konkurrenzfähig ist. Von daher gibt es unter Qualitätsgesichtspunkten keine Notwendigkeit, diesen Bereich auszugliedern. Wenn er jedoch ausgegliedert werden würde, würde dies nur teurer. Von daher fehlt mir, offen gesagt, das Argument, weshalb eine Leistung, die heute qualitätsgesichert erbracht wird, demnächst teurer angeboten werden soll.

Die Mehrkosten sind im Wesentlichen durch die Bürokratie bedingt, die hier aufgebaut

wird. In diesem Punkt verstehe ich den Antrag ebenfalls nicht. Als Kritik an den Reformwürfen der Regierung wird ja das Argument vorgebracht, das System werde bürokratischer. Ich teile diese Kritik nicht. Wenn man aber eine Bürokratisierung vermeiden will, dann wäre das doch ein gutes Beispiel dafür. Mir will nicht einleuchten, warum hier eine neue Versicherungsform für eine kleine zusätzliche Leistungsart aufgebaut werden soll, die bestenfalls so gut wie vorher erbracht werden kann. Hier schließe ich mich der generellen Kritik an, auch der Kritik von Herrn Seehofer, dem ich in vielerlei anderer Hinsicht nicht immer zugestimmt habe.

Ich will abschließend noch ganz kurz etwas zu Herrn Hess sagen. Herr Hess hat, was die einzelvertragliche Regelung angeht, gefragt: Wie kann man Risikoselektion vermeiden? Wenn eine Krankenkasse in Direktverträgen mit Ärzten zusammenarbeitet, die Risikoselektion betreiben, verliert diese Krankenkasse Versicherte. So funktioniert Wettbewerb. Wenn also beispielsweise die AOK in dem Ruf stünde, mit Ärzten zusammenzuarbeiten, die Risikoselektion betreiben, würde die AOK das nicht lange - zumindest nicht mit gleicher Versichertenzahl - überleben.

Wir haben jetzt aber eine Risikoselektion. Wir wissen doch beide, Herr Hess, dass derzeit viele Ärzte, insbesondere Fachärzte, schwere Fälle, wenn ihr Budget es nicht mehr hergibt, an das Krankenhaus weiterverweisen. Diese teure Drehtür-Medizin einer Risikoselektion allererster Güte ist von Ihnen, soweit ich mich erinnern kann, in letzter Zeit nie problematisiert worden. Ich persönlich kann also Ihre Befürchtungen nicht teilen.

Ich glaube, richtig ist, was Herr Jacobs vorgebracht hat: Man sollte jede Form von Risikoselektion vermeiden. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist das wichtigste Instrument. Den Rest wird aus meiner Sicht der Wettbewerb bringen.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich kann dem, was Herr Lauterbach zum Thema Zahnersatz gesagt hat, nur zustimmen. Wir halten es nicht für sinnvoll, hier eine eigene Teilversicherung einzuführen. Das würde einen zusätzlichen Aufwand bedeuten und auch neue Schnittstellenprobleme bringen. Wenn man sich die Vorschläge, die hier seitens der

privaten Krankenversicherung gemacht worden sind, anschaut, stellt sich erst recht die Frage, warum eine Ausgliederung vorgenommen werden soll. Wenn nämlich gleichzeitig ein Umlageverfahren, keine Risikoprüfung und auch keine Altersrückstellungen vorgesehen sind, muss man wirklich die Frage stellen, welchen Sinn eine separate Versicherung macht. Das würde einen zusätzlichen Aufwand bedeuten, obwohl es im Grunde genommen genauso abgewickelt werden soll, wie es heute im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geschieht - und dort funktioniert es auch.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Ich habe eine Zusatzfrage an den VdAK und an Herrn Professor Lauterbach. Ziel politischen Handelns muss auch sein, im Interesse der GKV-Solidargemeinschaft die Verwaltungskosten niedrig zu halten. Der VdAK hat in einer Pressemitteilung vor wenigen Tagen angemerkt, wie hoch die Verwaltungskosten bei den privaten Krankenversicherungen sind. In ihr wurden Leistungsausgaben, Beitragseinnahmen und Provisionszahlungen gegenübergestellt; da findet man ganz beeindruckende Zahlen. Ist es unter Berücksichtigung der Finanzdaten, die dort kommentiert wurden - sie legen eine zumindest teilweise Beitragsverwendung nahe -, vertretbar, dem Vorschlag der CDU/CSU zu einer neuen Pflichtversicherung zu folgen?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Die Ausgliederung ganzer Leistungsteile der GKV in die private Krankenversicherung würde aus meiner Sicht zu immer der gleichen Kombination aus drei Problemen führen:

Zum Ersten würden neue Verwaltungskosten entstehen. Natürlich muss das legitime Gewinninteresse der Assekuranz bedient werden. Selbst wenn die Leistungen nicht teurer angeboten würden, würde es per definitionem immer teurer werden, wenn sich sonst nichts ändert, weil die Verwaltungskosten im Bereich der privaten Krankenversicherung höher sind - das ist im Übrigen weltweit so; von den Vereinigten Staaten ist das gut dokumentiert - und weil die Gewinninteressen bedient werden müssen.

Zum Zweiten würde mehr Bürokratie entstehen. Man müsste auf die etablierten Abrechnungs- und Qualitätskontrollsysteme verzichten, weil diese für die private Versorgung noch

gar nicht am Platz sind. Ein Aufbau neuer Qualitätssicherungssysteme würde zu einer unnötigen Bürokratisierung führen; denn die Alternative wäre, die bestehenden Systeme weiter in Anspruch zu nehmen.

Zum Dritten wäre das - da darf man sich nichts vormachen - langfristig der gezielte Weg in die Zweiklassenmedizin. Diese lehne ich aus ethischen Gründen ab, weil ich nach wie vor von der Grundüberzeugung getragen bin, dass die Qualität und der Umfang der Versorgung bei medizinisch notwendigen Leistungen nicht vom Einkommen abhängen dürfen.

Somit sehe ich für eine solche Vorgehensweise nur Nachteile. Aus meiner Sicht wurde dieser Vorschlag aus der Überzeugung geboren, dass man den privaten Krankenversicherungen schon einmal etwas anbieten muss, um langfristig auch andere Bereiche in die private Krankenversicherung übertragen zu können. Von dieser Strategie halte ich gar nichts. Sie sollte vermieden werden. Insofern stimme ich ausdrücklich Herrn Seehofer zu, der die gleichen Argumente vorgetragen hat.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Das Thema Verwaltungskosten macht noch einmal sehr deutlich, wie problematisch eine solche Ausgrenzung ist. Im Vergleich der Verwaltungskosten zwischen PKV und GKV werden häufig Zahlenspiele betrieben. Die PKV gibt immer sehr niedrige Raten an, lässt dabei aber die Abschlusskosten unter den Tisch fallen. Nach ihren eigenen Zahlen betragen die Verwaltungskosten der PKV im Jahr 2002 760 Millionen Euro, während die Abschlusskosten 2,3 Milliarden Euro ausmachten. Das heißt, die Gesamtkosten beliefen sich auf mehr als 3 Milliarden Euro. Wenn man das dann auf die Leistungsausgaben bezieht - was die PKV ebenfalls nicht macht; sie bezieht das auf die Beitragseinnahmen -, dann kommt man auf die von uns in der Presseerklärung genannten fast 21 Prozent. Das zeigt sehr deutlich, wie unterschiedlich hoch die Verwaltungskosten sind. Wir sind deswegen ja oft in der Kritik. Aber ich glaube, wir können uns sehr gut sehen lassen; denn wir haben nur ein Viertel der Verwaltungskosten der PKV.

Im Übrigen muss man davon ausgehen, dass bei einer privaten Absicherung die Abrechnung nach der privaten Gebührenordnung anfallen würde. Die Erfahrungen der Jahre 1997

und 1998 haben sehr deutlich gezeigt, welche Ausgabensteigerungen das mit sich bringt. Dies ginge nicht nur zulasten der GKV, sondern auch zulasten der Versicherten, die, wie das auch nach diesem Modell vorgesehen wäre, entsprechende Anteile zahlen müssen. Insofern ist die Frage nicht nur, ob die jetzt in Rede stehenden 7,50 Euro - bzw. 9 bis 12 Euro; je nachdem, welche Zahl man annimmt - überhaupt stabil sein werden, sondern daneben ist zu berücksichtigen, dass die 50-prozentige Zuzahlung der Versicherten weiter steigen würde, weil entsprechend höhere Ausgaben entstehen werden.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet an Professor Sawicki, an Dr. Hermann und an den Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. In Zukunft sollen die Kliniken die Möglichkeit erhalten, Patienten ambulant zu betreuen. Dadurch entsteht natürlich grundsätzlich die Gefahr, dass die Patienten über die Ambulanz ohne zwingende medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung zugeführt werden. Der Vorwurf lautet, dadurch würden leer stehende Betten gefüllt. Wie kann diesem Problem begegnet werden und ist die Problemstellung überhaupt lösbar?

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Ich sehe dieses Problem durchaus. Nur, dieses Problem, dass Krankenhäuser Patienten stationär behandeln, die eigentlich nicht stationär behandelt werden müssten, besteht auch jetzt schon. Momentan wird das im Wege einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gelöst. Wenn die Krankenhäuser aber die Möglichkeit haben, über Fallpauschalen abzurechnen und man diese auch auf ambulante Leistungen bezieht, dann könnte man über einen entsprechenden finanziellen Ausgleich diesen Anreiz so weit abschaffen, dass die Krankenhäuser nicht in Richtung auf eine stationäre Behandlung der Patienten motiviert werden.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich glaube, man sollte dieses Problem nicht überbewerten. Natürlich kann es so etwas geben. Aber wie Herr Professor Sawicki gesagt hat, ist das auch heute nicht unbekannt. Heute, wo der tagesgleiche Pflegesatz gezahlt wird, sind diese Anreize für ein Krankenhaus viel höher als in einem DRG-System. Ein Krankenhaus, das in

einem solche System Fälle stationär aufnimmt, die nicht in diese Art der Versorgung gehören, wird sich bei einem leistungsorientierten Vergütungssystem selbst in die Finger schneiden.

Ich will aber darauf hinweisen, dass der Gesetzentwurf hier keine Öffnung im allgemeinen Sinne vorsieht. Beschränkt ist dies zunächst auf den Bereich der Unterversorgung - diese wird ja neu definiert; künftig ist diese gegeben, wenn die Bedarfszahlen in der fachärztlichen Versorgung um mindestens 25 Prozent unterschritten sind; dann muss ein Krankenhaus auf Antrag für die ambulant-fachärztliche Versorgung zugelassen werden - und auf die Disease-Management-Programme.

Disease-Management-Programme bieten die Möglichkeit, die Versorgungsstrukturen und -aufgaben ganz genau zu beschreiben. Das passiert schon heute, etwa beim DMP „Diabetes“ oder beim DMP „Brustkrebs“. Ureigenster Inhalt von Disease-Management-Programmen ist es, die Aufgaben und Versorgungszuständigkeiten der einzelnen Versorgungsstrukturen zu beschreiben. So wird das dann auch in Zukunft sein, wenn Krankenhäuser in einem anderen Umfang als heute nach dem neuen § 116 b SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

Insofern wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit - auch wenn das noch nicht evidenzbasiert ist, Herr Hess - auch in Zukunft eine vernünftige Versorgungsstruktur geben.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir sehen in der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen eine Notwendigkeit und eine Chance, wobei die Öffnung, wie sie jetzt vorgesehen ist, nicht eine totale Öffnung ist, sondern nur für Teilbereiche gilt, nämlich für hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen und für den Fall der Unterversorgung. Das finden wir okay. Allerdings sehen auch wir die Gefahr, dass zusätzliche Kapazitäten entstehen und genutzt werden, was vielleicht zu einem Drehtüreffekt - ambulante Leistungen werden zu stationären - führen könnte. Deswegen sollte es eine Regelung geben, wonach nicht jedes Krankenhaus diese Leistungen erbringen darf, sondern nur jene Krankenhäuser, die entsprechende Verträge geschlossen haben. Nur über diesen Weg der Vertragsbindung ist es möglich, Krankenhäuser, die gegen diese ge-

setzlichen Bestimmungen verstoßen, zu sanktionieren.

Abg. Rolf Stöckel (SPD): Ich möchte noch einmal auf den Vorschlag zurückkommen, dass niedergelassene Ärzte Einzelverträge abschließen und aus dem Kollektivvertragssystem ausscheiden können. Meine Frage richte ich an den AOK Bundesverband und an Professor Lauterbach: Wie bewerten Sie grundsätzlich diese neue Vertragsform und welche Anreize sehen Sie?

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir unterstützen den Plan, dass den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit eingeräumt werden soll, neben Kollektivverträgen auch Einzelverträge abzuschließen. Wenn man Strukturen verändern will, ist es nicht damit getan, nur ein bisschen an der Oberfläche zu kratzen. Vielmehr sollte man versuchen, in das System einzusteigen, um ganz neue Strukturen zu schaffen. Ein solcher Versuch ist hiermit gemacht worden. Deswegen wird er von uns unterstützt. Wir sind auch nicht der Meinung, dass die gesundheitliche Versorgung auf diese Weise in Gefahr geraten könnte. Die gesundheitliche Versorgung wird vielleicht nicht mehr von denen sichergestellt werden, die sie in der Vergangenheit übernommen haben. Aber das wird nichts daran ändern, dass die gesundheitliche Versorgung sichergestellt bleibt.

Insofern halten wir es für nicht richtig, zu argumentieren, dies sei nicht im Interesse von Patienten und Versicherten. Schon jetzt ist es eine Tatsache, dass nicht jeder Arzt von unseren Versicherten aufgesucht werden kann, sondern nur derjenige, der zugelassen ist. Insofern ist dieser Vorschlag ein guter, mutiger und richtiger Weg in mehr Wettbewerb. Er wird zudem auch zu mehr Qualität führen. Denn diese Verträge werden insbesondere dann abgeschlossen, wenn wir wissen, dass die Ärzte die Qualität erbringen, die notwendig ist, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, nämlich eine Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Eine Verlängerung des Vertrages davon abhängig zu machen, halten wir ebenfalls für den richtigen Weg. Auch das wird von uns unterstützt.

Man hat das Schreckgespenst gezeichnet, andere würden von uns platt gemacht. Wir ma-

chen niemanden platt, Herr Hess. Mehr Wettbewerb wird dazu führen, dass sich die Ärzte zusammenschließen, um unsere Vertragspartner zu werden; die Kassen werden sich zusammenschließen, um ein Äquivalent zu bilden.

Insofern wird dies gesunde Auswirkungen auf unsere Vertragspartner und auf die anderen Kassen haben. Von uns gibt es dazu insgesamt eine positive Bewertung.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich kann mich dem nur anschließen.

Positive Anreize bestehen erstens schon dadurch, dass diese Verträge ausgeschrieben werden. Die Wahrscheinlichkeit, einen solchen Vertrag zu bekommen, ist umso höher, je besser qualifiziert der Arzt ist. Die besser qualifizierten Ärzte werden also belohnt, indem sie mehr Verträge bekommen. Es ist also nicht mehr wie jetzt, wo jeder Arzt, der die formalen Kriterien einer Zulassung erfüllt, einen Vertrag bekommt. Tendenziell wird es so sein, dass die besseren Ärzte - jene, die sie verdienen - die Verträge bekommen.

Zum Zweiten. Qualitätsmerkmale der Versorgung werden dann zum Vertragsgegenstand - genau so, wie Herr Hess und Herr Hoppe es eben selbst gefordert haben. In den Verträgen wird nicht nur geregelt sein, dass eine Versorgung überhaupt stattfindet, sondern auch, wie sich die vereinbarte Versorgungsqualität gestaltet und wie eine belastbare Finanzierung aussieht. Ich gehe davon aus, dass diese Verträge unter Kassenärzten sehr beliebt sein werden.

Zum Dritten erwarte ich eine bessere Verteilung von Ärzten. Ich gehe davon aus, dass die Kassen solche Arztsitze nicht in den Regionen ausschreiben werden, die bereits überversorgt sind, sondern in solchen, die deutlich unterversorgt sind. Das heißt, die derzeitige Fehlverteilung von Ärzten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht wirksam bekämpft werden konnte, könnte abgemildert werden.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Ärzte diese Verträge dann nicht bekommen, wenn sie nicht die Mindestmengen erreichen. Es ist, wie Herr Hoppe schon ausgeführt hat, in der Tat nicht ganz klar, warum hohe Patienten- oder Operationszahlen von Vorteil sind: Ist es so,

dass die Erfahrung den guten Arzt macht, oder zieht der gute Arzt den Patienten an? Für den Patienten aber macht das keinen Unterschied. Solange ich mich darauf verlassen kann, dass bei einem hohen Eingriffsvolumen eine gute Qualität wahrscheinlicher ist - bei Leistungen, für die das wissenschaftlich gesichert ist -, ist der Grund dieses Zusammenhangs für den Patienten völlig unerheblich. Insofern spricht das nicht gegen die Mindestmengenregelung, wie man das Ihren Äußerungen eben hätte entnehmen können.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Die Kollegen der SPD-Fraktion haben vorhin das Thema „Absicherung für den Zahnersatz“ aufgegriffen und die Behauptung aufgestellt, es werde teurer und ebne den Weg in eine Zweiklassenmedizin. Deshalb bedanke ich mich, dass ich nunmehr die Gelegenheit einer Nachfrage habe. Zunächst richte ich mich an den Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, an Herrn Professor Neubauer, an Herrn Professor Beske und an die Vertreterin der PKV mit der Bitte um eine Darstellung der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich seit 1997 und eine Bewertung der Möglichkeit der Versorgungsentwicklung für die Versicherten bei Realisierung des CDU-Modells. Insbesondere die PKV bitte ich darüber hinaus, sich mit dem Argument auseinander zu setzen, dass dies im Hinblick auf Verwaltungskosten teurer würde.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich bedanke mich für die Gelegenheit, einiges zurechtrücken zu können. Wir haben 1998 mit der Einführung der therapiebezogenen Festzuschüsse - von „Abzocke“ war damals die Rede; jeder wird sich daran erinnern - einen massiven Einbruch im Bereich der Ausgabenvolumina für Prothesen erlebt. Ich habe die genauen Zahlen nicht parat - es ist sicherlich auch nicht erheblich -, daher nur folgende zwei Belege: Die Zahn-techniker beklagen, dass sie sich von diesem Einbruch bis heute nicht erholt hätten, und nehmen das zum Anlass, die Stärken der GKV herauszuarbeiten. Darüber hinaus kam von der Politik der Vorwurf, diese Situation habe seinerzeit zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Versorgung der Patienten geführt.

Dies mag Beleg dafür sein, dass die Ausgaben zu jener Zeit nicht exorbitant gestiegen sind. Das genaue Gegenteil ist der Fall. Seit mehr

als 15 Jahren verzeichnen wir einen kontinuierlichen Rückgang des Anteils des Zahnersatzes und der allgemein zahnärztlichen Versorgung an den Ausgaben der GKV. Dieser Abwärtstrend ist ungebrochen. Der Anteil der zahnprothetischen Versorgung liegt derzeit zwischen 2,5 und 3 Prozent. Sie wissen, dass eine Entlastung um 0,34 Beitragssatzpunkte erreicht werden könnte, wenn man diesen Bereich herausnehmen wollte.

Eine Überforderung der Patienten war zu dieser Zeit auch gar nicht möglich, weil die therapiebezogenen Festzuschüsse kostenneutral entwickelt wurden. Das heißt, man hat das Zuschusswesen seinerzeit von prozentualen Zuschüssen auf Festzuschüsse umgebrochen. Das bedeutete, dass man den Zuschuss von beispielsweise 60 Prozent, den ein Patient für eine Kronenversorgung oder eine Brückenversorgung bekam, sozusagen als Festzuschuss transformiert hat. Hier hat sich also auch nichts einstellen können.

Eine weitere Möglichkeit des Abzockens war ohnehin deshalb nicht gegeben, weil Grundlage für die außervertraglichen Leistungen die Gebührenordnung für Zahnärzte war. Sie stammt aus dem Jahr 1988. 1998 galt die GOZ zehn Jahre, 2003 15 Jahre. Ich frage Sie alle: In welchem Berufsstand bekommen Sie noch Leistungen zu den Preisen von vor zehn oder 15 Jahren?

Eine Schlussbemerkung: Sie wissen, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung wie alle zahnärztlichen Organisationen mehr den befundorientierten Festzuschüssen das Wort redet, weil aus ihrer Sicht im Vergleich zum jetzigen Gesetzentwurf der Regierungskoalition drei große Vorteile aufgezeigt werden können. Der therapiebezogene Festzuschuss ist - mit Verlaub - nichts anderes als ein Etikettenschwindel, nichts anderes als alter Wein in neuen Schläuchen. Es gibt kein Einsparpotenzial und er hat die gleichen Fehlstrukturen wie bisher.

Ein befundorientierter Festzuschuss hat für den Patienten kurz gefasst drei Vorteile: Zum Ersten ist er, da - im Moment noch - solidarisch finanziert, ein ausgesprochen gerechterer Ansatz, wenn man ihn überhaupt in der GKV belassen wollte, weil es hier keine Überforderungen gibt und weil grundsätzlich klar gemacht werden kann, dass derjenige Patient, der sich einen höheren Eigenanteil leisten kann,

auch etwas mehr Geld von der Solidargemeinschaft erhält.

Gleichwohl sind wir der Meinung, dass eine Herausnahme der Erstattung des Zahnersatzes gerade im Rahmen von Strukturreformdiskussionen, die ja überfällig sind, ein idealtypischer Ansatz ist. Schon jetzt zahlt der Patient in diesem Bereich zu. Schon jetzt gibt es in diesem Bereich die Mischung zwischen so genannter Need Dentistry, also zwischen Leistungen, die man braucht, um die Funktionsfähigkeit des Gebisses wiederzuerlangen, und Want Dentistry, also Alternativen, die einen Komfort- oder - lassen Sie es mich so locker sagen - Ästhetik-Touch präferieren. Dieser Ästhetik- und Komfortansatz kann aber nicht in irgendeiner Form solidarisch finanziert werden. Also ist es am ehrlichsten, ihn aus dem System herauszunehmen, und daher ist dies der idealtypische Ansatz.

Last, but not least - das ist das Wichtigste; denn wir wollen über unseren Patienten sprechen -: Bisher ist der Patient in den GKV-Strukturen durch die starren Korsettstangen des Sachleistungsprinzips vom wissenschaftlichen Fortschritt abgeschnitten. Den wissenschaftlichen Fortschritt kann man ihm nur dann angedeihen lassen, wenn er die Möglichkeit hat, außerhalb irgendwelcher Sachleistungsstrukturen das zu wählen, was er möchte, und wenn er aufgrund seiner Versicherung in irgendeiner Form eine Teilerstattung erhält.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Herr Storm, vorab muss man eines sagen: Zahnersatz braucht überhaupt nicht versichert zu werden, weil Zahnersatz kein Risikogut ist. Der Zahnarzt sagt Ihnen heute mit großer Treffsicherheit fünf Jahre vorher voraus, wann Sie Zahnersatz brauchen. Deswegen könnte jeder ansparen und Zahnersatz brauchte gar nicht versichert zu werden. Versicherungstechnisch ist Zahnersatz also kein Risikogut. Wenn man ihn aber versichern will, muss man zunächst weiter feststellen, dass eine Versicherung am ehesten insofern zumutbar ist, als jeder weiß, dass Zahnersatz nicht vom Himmel fällt, sondern durch eigenes Bemühen um die Zähne weitestgehend gestaltet werden kann. Man kann also durch geeignete Maßnahmen hier eine Menge selber tun.

Deshalb wird, wenn man den Zahnersatz in die Eigenverantwortung gibt, präventionsorien-

tiertes Verhalten belohnt. Derjenige, der sich Süßigkeiten leistet und hinterher nicht die Zähne putzt, wird heute über die solidarische Gemeinschaft abgefedert. Er muss künftig das Risiko selbst tragen oder er wird, wenn er pflichtversichert ist, entsprechend in die Versicherung aufgenommen.

Die Vorstellung, die Verwaltungskosten der PKV seien höher als die der GKV, kann man relativ schnell entkräften; dazu kann Herr Beske noch etwas sagen. Solange die Arbeitgeber die Kosten für den Einzug der Beiträge usw. zu übernehmen haben, die PKV dies aber selbst betreiben muss, liegen die Kosten bei der PKV selbstverständlich höher. Sie liegen aber nicht deswegen höher, weil die Kosten der GKV geringer sind, sondern deshalb, weil die GKV Kosten auf die Arbeitgeber verschieben kann. - Das ist das eine.

Zum Zweiten ist es ein ökonomisch völlig falsches Argument, wenn gesagt wird, dass derjenige, der einen Gewinn erzielt, seine Produkte teurer verkaufen muss als derjenige, der Verluste macht. Wer die Wirtschaft ansieht, weiß, dass es genau umgekehrt ist: Wer Verluste macht, verkauft die Produkte teurer als derjenige, der Gewinne macht, weil der Gewinn nach wie vor ein Ausweis für Können und nicht für Profitgier ist, sofern man einen einigermaßen vernünftigen Wettbewerb hat. Deswegen halte ich nichts von dem Argument, dass die PKV nur deswegen, weil sie Gewinne macht, teurer sein muss.

Übrigens wird von den Kassen anerkannt, dass Gewinn erzielende Krankenhäuser eindeutig wirtschaftlicher sind als kommunale Häuser, die Steuergelder brauchen und den Patienten nicht vernünftig versorgen können, und als Vertragspartner sogar präferiert werden. Hier kann man sehr schön ablesen, dass öffentliche Strukturen bzw. ein guter Wille längst nicht ausreichen, um Gutes zu tun. Umgekehrt tut jemand, der im Wettbewerb Gewinn erzielt, für die Gesellschaft mehr, weil er zum einen Steuern zahlt und zum anderen bessere Leistungen erbringt als andere, die nur behaupten, Gutes tun zu wollen, dann aber wegen Unfähigkeit scheitern.

Generell kann man, wenn man die Ökonomie betrachtet, feststellen, dass es nur ganz wenige Fälle gibt, in denen öffentliche Strukturen Leistungen effizienter erbringen als private. Das sind ganz wenige Fälle. Auf mittlere Sicht

kann man feststellen, dass öffentliche Strukturen die Leistungen kostengünstiger erbringen, dass sie dies immer mit ihrem sozialen Auftrag kaschieren und sie deswegen Steuerbegünstigungen und Ähnliches erhalten. Die Ökonomie sagt also bezüglich der PKV etwas anderes über die Verwaltungskosten und den Gewinn.

Ein Weiteres möchte ich anführen; wir sind ja hier quasi im Vorhof des Parlaments. Man muss sich doch einmal fragen: Wo kommen wir denn in Deutschland hin, wenn wir es nicht wagen, den Menschen selbst die Verantwortung für 28 Zähne und den Zahnersatz zu geben? Sie lassen die Eltern Kinder erziehen und fragen nicht, ob sie das können oder nicht. Da könnte man eine Menge tun. Ich könnte ironisch hinzufügen: Wir lassen die Leute auch wählen, welche Partei sie wollen. Wir haben auch dafür, dass richtig gewählt wird, keine Versicherung. Aber die Verantwortung für 28 Zähne wollen Sie den Leuten nicht übergeben. Was wollen Sie denn noch tun? Sie müssten den 18- bis 20-Jährigen das Autofahren verbieten, weil wir wissen, dass jedes Jahr 2 000 Menschen im Straßenverkehr zu Tode kommen. Wenn Sie den jungen Leuten präventiv die Lizenz entziehen würden, würden 2 000 Menschen weniger ums Leben kommen. So viel Schlimmes, wie auf den Straßen jedes Jahr hingenommen wird, kann bei den Zahnärzten gar nicht passieren. Von daher ist die Argumentation, dass die Übertragung der Verantwortung für den Zahnersatz nicht möglich oder gar diskriminierend ist, schlichtweg falsch ist.

Wenn Sie die Erstattung des Zahnersatzes aus der GKV herausnehmen, führt das zu neuen Steuerungseffekten. Wenn Sie dagegen das Krankengeld, das als Alternative zur Debatte steht, nur umfinanzieren, haben Sie überhaupt keinen Steuerungseffekt, sondern nur eine Umfinanzierung. Ich frage mich, was da der Vorteil sein soll.

Ich habe von der Verantwortung für die Zähne gesprochen. Wenn Sie nicht am Gebiss sehen, wie sich ein Mensch gepflegt hat, dann sehen Sie ihm in die Augen! Dann erkennen Sie, wie er sich pflegt. Die Vorstellung, dass es nur auf das Gebiss ankommt, halte ich also schlichtweg für falsch. Das ist Populismus, der nicht zutrifft.

SV Prof. Dr. Fritz Beske: Ich bin Arzt und versuche, Vorschläge in erster Linie in Bezug auf ihre gesundheitspolitischen Auswirkungen und damit in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewerten. Die Herausnahme der Erstattung des Zahnersatzes aus der GKV ist eine ökonomisch bedingte Maßnahme. Man möchte in der gesetzlichen Krankenversicherung weniger Ausgaben haben und damit den Beitragssatz senken.

Ich gehe an den gesamten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung immer mit einer Grundsatzüberlegung heran: Die gesetzliche Krankenversicherung hat den Auftrag, Krankheiten oder kranke Menschen zu behandeln. Alles, was nicht dieser Aufgabe dient, gehört nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist der Grund, warum ich schon vor 20 Jahren zum ersten Mal vorgeschlagen habe, versicherungsfremde Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen.

Die Zahnmedizin ist ein Teil der Medizin und der Zahnersatz ist ein Teil der medizinischen Behandlung. Zu glauben, dass eine unzureichende Behandlung im zahnmedizinischen Bereich, im Zahnersatz, keine Auswirkungen auf die Gesamtmedizin des Menschen hat, ist ein Irrtum. Es kann nicht sein, dass man bestimmte Leistungen herausnimmt, um dann die Folgen einer nicht erfolgten Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln.

Trotzdem habe ich sehr viel Verständnis für das, was von der CDU/CSU vorgeschlagen wird. Allerdings möchte ich es in der Form interpretieren und erweitern, wie es auch die Zahnärzteschaft getan hat, nämlich dass das Gesamtsystem der Zahnbehandlung in ein präventionsorientiertes, befundorientiertes Festzuschussystem umgewandelt werden sollte. Das würde bedeuten, dass die gesetzliche Krankenversicherung im Grunde genommen die Gesamtverantwortung für die Zahnbehandlung als einen Teil der Medizin insgesamt beibehält, dass sich aber ein völlig anderes System der Finanzierung ergibt.

Ich bitte die Zahnärzteschaft, ein Modell vorzulegen, das genau diesem Gesichtspunkt Rechnung trägt, und ein präventionsorientiertes und befundorientiertes Festzuschussystem so auszuarbeiten, dass es auch einmal modell-

haft für die gesetzliche Krankenversicherung in ein Gesetz eingefügt werden kann.

Das bedeutet eine Erweiterung dessen, was die CDU/CSU vorschlägt, aber nicht allein unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung, sondern auch in dem Bestreben, die Zahnbehandlung und die Zahnmedizin insgesamt als ein in sich geschlossenes und trotzdem der Medizin verbundenes Teilelement der ärztlichen Versorgung in einer anderen Form zu finanzieren.

SVe Sybille Sahmer (Verband der privaten Krankenversicherung): Die Höhe der Kosten in der privaten Krankenversicherung ist seit Jahren ein Thema der Polemik. Aber die Tatsachen sehen vielleicht doch ein bisschen anders aus.

Ich darf zunächst daran erinnern, dass auch bei den gesetzlichen Krankenkassen das Gehalt jedes einzelnen Mitarbeiters, jedes Verwaltungsgebäude, jedes Blatt Papier und jeder Bleistift aus den Beiträgen der Versicherten bezahlt werden. Genauso ist es in der privaten Krankenversicherung. Auf den Vorteil, den die Kassen durch den Beitragseinzug durch die Arbeitgeber haben, hat Herr Professor Neubauer schon hingewiesen; ich brauche das nicht zu wiederholen.

Ich möchte nur noch einige Zahlen gegenüberstellen. Wenn man die echten Kosten rechnet, kommt man in der privaten Krankenversicherung auf einen Verwaltungskostensatz von 3,5 Prozent. Bei den gesetzlichen Kassen liegt er bei etwa 6,5 Prozent. Abschlusskosten fallen bei einer Pflichtversicherung natürlich nicht an. Das wird bei einer Zahnersatzversicherung genauso wenig der Fall sein, wie es bei der Pflegepflichtversicherung der Fall gewesen ist.

Was die Gewinne der privaten Krankenversicherungen anbelangt, so ist vielleicht nicht hinreichend bekannt, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften mehr als 90 Prozent aller Überschüsse zugunsten der Versicherten gebunden sind. Auch hier darf ich auf das Beispiel der Pflegeversicherung zurückkommen: Dort konnten die Überschüsse schon dreimal zur Senkung der Beiträge verwendet werden.

Es wurde noch das Argument angeführt, dass die Kosten bei einer privaten Absicherung des Zahnersatzes durch die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in die Höhe

gehen würden. Dazu kann ich nur sagen: Hier müssen Rahmenbedingungen festgelegt werden. Wir haben es zwar bisher geschafft, wettbewerbsfähig zu sein, obwohl wir in der Regel doppelt so viel an die Leistungserbringer zahlen; aber wenn man die Rahmenbedingungen entsprechend festsetzt, kann man natürlich noch günstiger sein, als man es derzeit ist.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KBV, an Herrn Professor Beske, Herrn Dr. Bausch und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. - Welche Wechselwirkungen entstehen Ihrer Meinung nach durch die parallele Einführung der DRGs an den Krankenhäusern und der im GMG vorgesehenen Versorgungsstrukturen?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die DRGs bilden für das Krankenhaus den Anreiz, Verweildauern auf das niedrigste Maß zu verkürzen, das heißt, den Patienten so schnell wie möglich wieder in die ambulante Versorgung zu entlassen. Durch das Einzelvertragssystem ist gezielt beabsichtigt, die doppelte Facharztschiene zumindest zu reduzieren und Fachärzte dadurch, dass sie über Einzelverträge mit Kassen aus dem Kollektivvertragssystem herausgenommen werden, in Verbindung zu den Krankenhäusern zu bringen.

Beides zusammen kann und wird - so ist es von privaten Krankenhäusern schon eingeleitet - zu einem Koppelungsgeschäft führen: Das Krankenhaus möchte auf der einen Seite seinen Patienten sehr schnell in die Obhut eines qualifizierten Arztes geben - das ist der Facharzt im Einzelvertragssystem oder jetzt noch im Kollektivvertragssystem - und das Krankenhaus möchte auf der anderen Seite natürlich Patienten im Krankenhaus haben. Dann ist der Arzt, mit dem man einen Vertrag hat, geneigt, Patienten stationär dorthin einzuweisen.

Wir schaffen also Strukturen, in denen ein gewisser Drehtüreffekt - davon ist ja schon gesprochen worden - durchaus systemimmanent wird. Von daher muss man sich überlegen, ob man sich in gewissen Bereichen - ich nehme einmal als Beispiel das ambulante Operieren - gar nicht so sehr im Rahmen der fachärztlichen Versorgung an Krankenhäuser bindet, sondern ganz im Gegenteil - solche Strukturen gibt es auch - den Patienten in Pra-

xiskliniken, also krankenhauserfernen Einrichtungen mit einer Betreuung, die über 24 oder 48 Stunden geht, so versorgt, dass er anschließend, ambulant versorgt, nach Hause gehen kann und nicht mit einem Krankenhaus in Kontakt kommt, bei dem, wie gesagt, zumindest die Versuchung besteht, durch eine Koppelung mit dem DRG eigene Kosten zu sparen bzw. den Patienten sehr früh in eine ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte zu entlassen.

Diese Gefahren bestehen; diesen Gefahren muss man vorbeugen. Die Vorschläge, die wir Ihnen unterbreitet haben, würden dem Rechnung tragen. Eine Umsetzung dieser Vorschläge würde ambulante fachärztliche Strukturen auch außerhalb von Krankenhäusern konkurrenzfähig machen, den Facharzt nicht in die totale Abhängigkeit von Kassen bringen und es deswegen erlauben, auch außerhalb von Krankenhäusern leistungsfähige Facharztkooperationen - es gibt sie schon - aufzubauen. Diese wären in der Lage, Patienten durchgehend zu versorgen, und würden nicht in Koppelung mit Krankenhäusern Fehleinweisungen provozieren und damit Gewinnsituationen schaffen, die nicht sinnvoll sind, wenn man an Kostendämpfung und Krankenhausstrukturen denkt.

SV Dr. Jürgen Bausch: In Ergänzung dessen, was Herr Dr. Hess gesagt hat, möchte ich auf einen Teilaspekt des Problems der Beziehung zwischen Krankenhaus und ambulanter fachärztlicher Versorgung hinweisen, nämlich auf die Tatsache, dass wegen der sehr schnellen Entlassung und der Notwendigkeit, den Patienten mit hochwirksamen Medikamenten zu behandeln, Probleme entstehen, die mir in den Entwurfsfassungen, die ich bisher gelesen habe, völlig ungelöst zu sein scheinen.

Wir haben die Situation, dass hochpreisige Arzneimittel, die bisher über den Krankenhaussektor abgewickelt worden sind, in erheblichem Umfang in die ambulante Versorgung gedrückt werden. Das impliziert natürlich ganz automatisch die Budgetproblematik und die Frage: Was wird eigentlich mit der Budgetproblematik einer KV, den Gesamtausgaben, und mit den nicht im KV-System, sondern in einzelvertraglichen Bindungen bei den Kassen angesiedelten Ärzten? Hier ergeben sich für meine Begriffe unübersehbare Probleme, die nicht gelöst sind und die vom Gesetzgeber offenkundig auch nicht bedacht worden sind.

SV Prof. Dr. Fritz Beske: Es gibt Bereiche in der Entwicklung des Gesundheitswesens, wo ich in der Beurteilung der Auswirkungen bestimmter Maßnahmen unsicher bin. Ich bewundere jeden, der weiß, was sich aufgrund bestimmter Entscheidungen entwickeln wird, und darf einen alten Satz zitieren: Die Prognose von heute ist der Irrtum von morgen.

Bei den DRGs weiß ich, ehrlich gesagt, nicht, was passieren wird. Einiges zeichnet sich ab. Es zeichnet sich ab, dass viele kleine Krankenhäuser nicht überleben werden, und es zeichnet sich ab, dass die Hochleistungskrankenhäuser in erhebliche finanzielle Defizite kommen, weil das DRG-System nicht so ausgelegt ist, dass die Hochleistungsmedizin in den Schwerpunktkrankenhäusern bezahlt wird. Ich möchte die Zahl der Universitätskliniken nicht nennen, die sich aufgrund dieser Situation in finanziellen Defiziten befinden, die sie nicht zu beheben vermögen. Das mittlere Krankenhaus wird mit Sicherheit eine gewisse Zukunft haben.

Das Krankenhaus ist eine mikroökonomische Einrichtung, die naturgemäß an ihre Wirtschaftlichkeit denkt. Das, was man in Ländern, die DRGs eingeführt haben, beobachtet hat und was man schlagwortartig als „blutige“ oder im konservativen Bereich als „instabile Entlassung“ bezeichnet, wird auch in Deutschland in einem gewissen Umfang zu beobachten sein, was wiederum bedeutet, dass ein Kontrollsystem aufgebaut wird, das den medizinischen Dienst noch weiter ausweitet.

Dies birgt natürlich die Gefahr, dass die ambulante Medizin, der niedergelassene Arzt, vieles von dem auffangen muss, was im Krankenhaus heute geleistet wird, ohne dass das Prinzip „Das Geld folgt der Leistung“ verwirklicht ist. Auch hier gilt: Wenn wir die sektoralen Begrenzungen nicht aufheben und die Budgetierung der verschiedenen Sektoren weiterführen, wird es keine Lösung für die Zukunft geben.

Ich weiß also, ehrlich gesagt, nicht, was sich entwickeln wird. Ich habe nur die große Sorge - dies wird eigentlich von allen, die Sachkenner des Systems sind, gleichermaßen beurteilt -, dass es die vermutete oder angestrebte Kostendämpfung im stationären Bereich mit Sicherheit nicht geben wird. Eher wird es - das zeigen die ersten Auswertungen des DRG-

Systems in den Krankenhäusern, die es bereits eingeführt haben - teurer, es kommt zu einer ungeheuren Leistungsdichte im Krankenhaus und damit zu einer weiter steigenden Belastung von Ärzten und Pflegepersonal. Auch die Frage, wie die Krankenhäuser in Zukunft mit ausreichend vielen Ärzten, insbesondere aber mit Pflegepersonal versorgt werden können, ist bisher ungelöst.

Insgesamt: Ich wage nicht zu sagen, was kommt. Ich sehe gewisse Entwicklungstendenzen. Aber auf diese Entwicklungstendenzen gibt es heute noch keine schlüssige Antwort. Ich fürchte, dass wir in einer Situation von Trial and Error sein werden. Wir haben ein System eingeführt, ohne es zu Ende zu denken, und wir werden die Konsequenzen der verfrühten Einführung zu tragen haben.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Frau Abgeordnete, ich bin Ihnen für Ihre Frage sehr dankbar. Herr Professor Beske hat sich an Fragestellungen herangetastet, kommt allerdings zu Schlussfolgerungen, die erst einmal bewiesen werden müssen.

Wir sprechen über das DRG-System, über mögliche Erfahrungen und über das, was die KBV - so sage ich einmal - an die Wand malt. Die Folgerungen sind überhaupt noch nicht abzusehen und überhaupt noch nicht bewiesen. Das DRG-System im eigentlichen Sinne gibt es nämlich noch gar nicht. Wir werden im nächsten Jahr das zweite budgetneutrale Jahr haben. Dann muss rechtzeitig die Weiche gestellt werden, wie das DRG-System auf Dauer angewandt werden soll. Erst wenn alle diese Fragen beantwortet sind und wir die notwendigen Erfahrungen haben, kann ich Rückschlüsse ziehen.

Im Augenblick haben wir eine theoretische Betrachtung. Diese theoretische Betrachtung zielt darauf ab - das ist völlig klar -, dass durch das DRG-System die Versorgungsstrukturen geändert werden; das steht für mich fest. Es führt zu einer Spezialisierung, zu einer Schwerpunktbildung und „schreit“ bei einer Spezialisierung der Krankenhäuser geradezu danach, zu Gesundheitszentren zu führen, weil überhaupt nicht einsichtig ist, dass sich Krankenhäuser aufgrund der Leistungsbeschreibung konzentrieren und spezialisieren und die Qualitätssicherung einen ganz anderen Output haben soll. Dann will man „den Schwanz ein-

ziehen“ und sagen: Mehr darf nicht sein. Man malt an die Wand: Die Patienten werden blutig entlassen. Herr Beske, mit der „blutigen Entlassung“ schockt man einen Anfänger im Seminar, aber nicht den Fachmann; das darf ich Ihnen ganz deutlich sagen.

Es wird zu einem Wettbewerb kommen; denn das DRG-System fördert den Wettbewerb. Vielleicht ist das auch die politische Absicht. Ich möchte das Krankenhaus sehen, das im Wettbewerb bestehen will, das nach den Vorstellungen der Regierungskoalition ab 2007 ja auch ein Versorgungsvertragskrankenhaus sein wird oder soll, das sich um den Vertrag mit einer Kasse bemüht und das als „blutiger Entlasser“ bekannt ist. Ein solches Haus kann dicht machen; das sage ich Ihnen ganz eindeutig.

Jetzt komme ich zu einem Problem. Ich bitte Sie als Fachleute einmal um Folgendes: Zeigen Sie mir ein Land auf der Welt, das das DRG-System - wie auch immer - anwendet, in dem es eine strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich gibt und in dem diese strikte Trennung zurzeit eher noch gepflegt als aufgelöst wird! Das gibt es nirgendwo. Darin liegt das große Problem.

Das Problem ist schon jetzt absehbar. Wir haben das in der Selbstverwaltung schon in letzter Zeit gespürt. Überall dort, wo DRG-Systeme angewandt werden, gibt es den Begriff der Behandlungsfreiheit nach der Einweisung. Die Einweisung ist die Entscheidung des Vertragsarztes: Eine stationäre Behandlung ist notwendig. In allen Systemen der Welt ist das Krankenhaus dann in der Leistungserbringung frei. Vollstationär, vorstationär, nachstationär oder teilstationär interessiert keinen Menschen. Das interessiert aber bei uns, weil wir getrennte Sektoren haben.

Dieses Problem ist noch nicht beherrscht. Wir fordern Behandlungsfreiheit nach der Einweisung, um die gekünstelte Schnittstellenproblematik, die immer wieder entwickelt wird, abzubauen. Das muss die eindeutige Antwort sein. Die Krankenhäuser sind ja bereit, anders und flexibler zu behandeln. Das bitten wir zukünftig auch unter DRG-Bedingungen einzulösen.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Lauterbach, Herrn Pro-

fessor Sawicki und den AOK-Bundesverband. Von der Opposition wird aktuell der Vorwurf erhoben, der vorliegende Gesetzentwurf hebe die freie Arztwahl auf. Fakt ist, dass ein Patient auch in Zukunft seinen behandelnden Arzt grundsätzlich frei aussuchen kann. Die neue Zuzahlungsregelung, also auch die neue Arzneimittelzuzahlung, soll die Teilnahme am Hausarztssystem attraktiv machen und Kosten sparen, Stichwort: „Ärzteshopping“. Wie bewerten Sie dieses Steuerungsinstrument? Halten Sie die vorgesehene Zuzahlungsregelung des CDU/CSU-Antrages für zielführend und sinnvoll?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich kann in der Summe keine Einschränkung der freien Arztwahl feststellen. Zum Ersten wird durch die Öffnung der Krankenhäuser für fachärztliche ambulante Versorgung die Zahl der Ärzte erhöht, die für den Versicherten insgesamt zur Verfügung stehen. Fachärzte, die im Krankenhaus ambulant tätig wird, stehen jetzt auch für gesetzlich Versicherte zur Verfügung; früher standen sie nur für privat Versicherte zur Verfügung. Das heißt, die Gesamtzahl der Ärzte, auf die ein Versicherter zugreifen kann, wächst.

Zum Zweiten erweitern die Ärzte, die in bislang unterversorgte Regionen gehen, dort die freie Arztwahl erheblich, während es allenfalls in jetzt überversorgten Regionen dazu kommen wird, dass der eine oder andere Facharzt nicht mehr ans Netz kommen kann, weil er entweder von keiner Kasse oder nicht von allen Kassen einen Vertrag bekommt. Aber das ist nur der Abbau einer bestehenden Überversorgung, mit dem eine anderswo bestehende Unterversorgung ausgeglichen wird. In der Summe wird die freie Arztwahl also nicht tangiert.

Ein dritter Punkt. Die Zuzahlungen, von denen jetzt auf Seiten der CDU/CSU die Rede ist, erscheinen mir, mit bis zu 10 Prozent des Einkommens des Versicherten unverhältnismäßig.

(Zurufe von der CDU/CSU)

Zwei Prozent ist die Überforderungsklausel. Aber die Überforderungsklausel kommt erst zum Tragen, wenn zunächst einmal die einzelne Leistung bis zu 10 Prozent mitbezahlt wird. Das heißt, dass ein großer Teil der Versicherten, insbesondere der Versicherten, die Krankenhausleistungen benötigen, unter die Zwei-

Prozent-Überforderungsklausel fallen, weil sie die ersten 10 Prozent der teuren Leistungen komplett mitbezahlen müssen. Das ist eine sehr starke Belastung, die ich persönlich für nicht vertretbar halte, auch wenn insgesamt die Zwei-Prozent-Überforderungsklausel zum Tragen kommt.

Ich will es noch anders ausdrücken: Diese Klausel kommt für mich für zu viele Versicherte zum Tragen. Sie käme bei der Lösung, die von der SPD vorgeschlagen wird, nur für sehr wenige zum Tragen, weil die dort vorgesehenen viel maßvolleren Zuzahlungen nur für wenige Patienten bedeuten werden, dass sie in die Nähe einer Gesamtbelastung in der Größenordnung von zwei Prozent ihres Bruttoeinkommens geraten werden.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Die Frage zielt auf die Vermutung, dass der direkte Zugang zum Facharzt erschwert sein könnte. Ich denke, dass es bei einer direkten Entscheidung des Patienten bei seiner Arztwahl und einer Entscheidung bezüglich eines bestimmten Facharztes drei grundlegende Möglichkeiten geben kann. Es kann sein, dass er den richtigen Facharzt auswählt. Das wird der Hausarzt in den allermeisten Fällen bestätigen. Sollte er das ausnahmsweise nicht tun, hat der Patient immer noch die Möglichkeit, direkt zum Facharzt zu gehen. Die zweite Möglichkeit verteuert die Versorgung. Denn es kann unnötig sein, bei jeder Nasennebenhöhlenentzündung einen Hals-Nasen-Ohrenarzt aufzusuchen. Viele solcher Erkrankungen können auch sehr wirkungsvoll vom Allgemeinarzt, vom Hausarzt behandelt werden.

Es kann auch negative Aspekte geben. Wenn sich nämlich der Patient nicht richtig entscheidet und seine eigene Diagnose bezüglich der Zuweisung zum Facharzt nicht richtig stellt, kann es auch passieren, dass er von einem Arzt behandelt wird, der nicht die Breite der Medizin beherrscht und ihn nur in einer bestimmten Richtung behandelt. Es kann durchaus sein, dass bei Rückenschmerzen nicht der Orthopäde gefragt wird, sondern der Psychosomatiker. Hier liegt die Kompetenz des Allgemeinarztes, des Hausarztes.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Zur ersten Frage: Ich kann in Angeboten, die es ermöglichen, dass Versi-

cherte die eine oder andere Versorgungsform wählen, keinen Verstoß gegen die freie Arztwahl sehen. Ich bin der Meinung: Ohne Anreize funktioniert hier gar nichts. Deshalb sind sie einfach notwendig, wenn ich Versicherte zu einer optimierten Versorgungsform lenken will.

Ich halte auch viel davon, das wie bei Disease-Management-Programmen oder bei der integrierten Versorgung beispielhaft festzulegen. Ich möchte nur anregen, den Beteiligten etwas mehr Freiheit zu geben. Zum Beispiel weiß ich nicht, ob es sehr sinnvoll ist, das Hausarztmodell für alle obligatorisch festzulegen. Hier sollte vielleicht doch die Möglichkeit gegeben werden, dass das individuell ausgestaltet und individuell angeboten wird.

Wir müssen allerdings auch berücksichtigen, dass ein Bonus immer auch erwirtschaftet werden muss. Die Qualitätsverbesserung alleine wird es auf Dauer nicht machen. Wenn ich einen Bonus anbiete, muss er auch in irgendeiner Art und Weise erwirtschaftet werden.

Fazit: Die Bonusregelungen sind richtig. Wir sollten sie aber vielleicht im Gesetz etwas weniger stringent festschreiben und nicht für jeden Bereich obligatorisch machen. Den Kassen sollten wir die Möglichkeit geben, die Regelung individuell so zu gestalten, dass sie damit finanziell zurecht kommen.

Bei der Selbstbeteiligung ist grundsätzlich zu fragen, welchem Ziel sie dient. Soll sie Geld schöpfen oder soll sie auch das Verhalten ändern? Bei einer indifferenzierten 10-prozentigen Selbstbeteiligung habe ich Zweifel, ob sie ein Steuerungsinstrument ist. Ich frage mich vielmehr, ob sie nicht nur ein zusätzliches Finanzierungsinstrument ist. Das müsste man allerdings deutlich machen; denn sonst werden die Strukturprobleme nicht gelöst.

Man sollte auch Folgendes berücksichtigen: Die Krux, die wir derzeit haben, sind die Härtefälle, die teilweise 50 Prozent ausmachen. Selbst wenn wir bei der Überforderungsklausel wieder zu diesen 50 Prozent kommen, ist das Ganze nicht gelungen, sondern es ist ein Irrweg.

Zum Zweiten müssen wir darauf achten, dass der erforderliche Verwaltungsaufwand nicht dadurch größer wird, dass die Höhe der Selbst-

beteiligung sehr schwer zu errechnen ist, zum Beispiel im ärztlichen Bereich. Wie soll man das denn feststellen? Das kann man erst machen, wenn das Quartal beendet ist.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Ich möchte eine Frage zur Psychotherapie an Frau Dr. Clever richten und sie fragen, wie unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgebotes für psychisch Kranke und somatisch Kranke die Zuordnung der Psychotherapie aus ihrer Sicht künftig aussehen müsste. Sollte sie analog der haus- und der frauenärztlichen Versorgung mehr der Grundversorgung zugeordnet werden oder sollte sie ihre Verankerung im fachärztlichen Bereich finden?

SVe **Dr. Birgit Clever** (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.): Grundsätzlich zielen die Überlegungen im Gesetzentwurf darauf ab, hochtechnische Leistungen mit der Akzentuierung „Je technischer die Leistung ist, desto geeigneter ist sie möglicherweise für den Wettbewerb und für eine Rückverlagerung oder Anbindung an das Krankenhaus“ in einen Vertragswettbewerb überzuführen.

Im Bereich der Psychotherapie möchte ich auf einen anderen Gesichtspunkt hinweisen, der aber auch für andere Fachgruppen gilt. Wir können unterscheiden, wie das Tätigkeitsspektrum in Bezug auf den Anteil der Gesprächsleistung aussieht. Nicht ohne Grund haben Sie im Gesetzentwurf die Hausärzte mit einem großen Anteil an Gesprächsleistung und Flächenversorgung von diesem Wettbewerb ausgenommen und genauso wie die Gynäkologen und die Augenärzte mit der flächendeckenden Versorgung in Bezug auf Vorsorge und Brillenverschreibung, die sich für eine Wettbewerbsorientierung nicht eignen, im Kollektivvertragssystem belassen. Für die Psychotherapie gilt das natürlich in ganz spezifischer Weise. Wir erbringen eine reine Gesprächsleistung. Da ist Wettbewerb in diesem Sinn nicht sinnvoll und nicht kostensparend.

Ich möchte auch auf den ordnungspolitischen Gesichtspunkt hinweisen. Mit dem Psychotherapeutengesetz ist ja gerade ordnungspolitisch der Fortschritt erzielt worden, für die Gruppe der psychisch Kranken einen Erstzugang - auch zu den psychologischen Psychotherapeuten - zu schaffen, der bis dahin nicht gegeben war, um die große Gruppe psychisch Kranker,

die bekanntlich sehr verzögert in Behandlung kommen und damit sehr hohe Folgekosten verursachen - das ist neuerdings durch den Gesundheitsreport von DRK und GEK belegt worden -, schneller der Versorgung zuzuführen.

Wir meinen, dass der ordnungspolitische Fortschritt durch das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 auf keinen Fall zurückgedreht werden sollte, sondern zumindest insofern beibehalten werden sollte, als die psychotherapeutische Versorgung auf keinen Fall anders geregelt werden sollte als die hausärztliche, die gynäkologische und die augenärztliche Versorgung.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Ich habe eine Zusatzfrage an den Vertreter des Berufsverbands der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Herrn Dr. Menzel. Wie wird gewährleistet, dass Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen hinreichend auf sonstige somatische Erkrankungen untersucht werden? Wer soll die Lotsenfunktion für psychisch Kranke übernehmen?

SV **Dr. Herbert Menzel** (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände): Zunächst einmal muss man sagen, dass bei der Versorgung psychisch Erkrankter einerseits die Ebene der psychologischen Psychotherapeuten im GKV-System etabliert ist. Andererseits gibt es eine andere Ebene, die von den Fachärzten her gewährleistet wird. Das sind zum einen die Fachärzte für psychosomatische Medizin - so heißt das Fachgebiet seit zwei Wochen - und zum anderen die Fachärzte für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Sie fragen, wie Psychosomatiker körperliche Erkrankungen ausschließen können. Dazu muss ich sagen: Das sind Ärzte, die ein vollwertiges Medizinstudium absolviert haben, die die Approbation erworben haben und danach eine Facharztweiterbildung absolviert haben, die mindestens zwei Jahre lang die organische Medizin umfasst. Diese Ärzte - die Psychiater und die Kinderpsychiater ganz genauso - sind also sehr wohl in der Lage, körperliche Erkrankungen zu erkennen. Sie können auch entsprechende Untersuchungen durchführen. Man muss also nicht befürchten, dass körperliche Erkrankungen übersehen werden. Man kann sogar davon ausgehen, dass körperliche

Erkrankungen von dieser Seite viel weniger übersehen werden als umgekehrt psychische oder psychosomatische Erkrankungen vonseiten der Primärversorgungsebene. Natürlich müsste für diese Fachgebiete auch ein Erstzugang gewährleistet sein, weil sich die Patienten sonst mehrmals mit ihrem seelischen Leid offenbaren müssen. Das darf man ihnen nicht mehrmals zumuten, weil sonst die Motivation abnimmt.

Sie fragen, wer für diese Erkrankungen die Lotsenfunktion haben sollte. Zunächst hat sie natürlich der Hausarzt, weil er die meisten Patienten versorgt. Er hat auch eine entsprechende Qualifikation, die ihn erkennen lässt, wer ein psychosomatisches Problem haben könnte. Im Fall derjenigen, die primär einen Psychosomatiker aufsuchen, kann man natürlich sagen: Hier sollte der Psychosomatiker die Lotsenfunktion übernehmen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich greife den Begriff des Hausarztes als Lotsen auf und bitte den Deutschen Hausärzterverband und Herrn Professor Lauterbach um die Beantwortung der folgenden Frage: Weshalb benötigen Patienten und Patientinnen und das System diese Aufgabenwahrnehmung?

Zusatzfrage an Herrn Professor Lauterbach: Von Gegnern des Hausarztmodells wird gern auf die Schweiz verwiesen, wo aber im Unterschied zu uns keinerlei finanzielle Anreize bestehen. Aufgrund fehlender Steuerungsinstrumente kommt es auch zur Entmischung der Versichertenkollektive. Deshalb die Frage: Kann man die Systeme vergleichen und welche Erfahrungen und welche Vorteile von Hausarztmodellen sind Ihnen bekannt?

SV **Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow** (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Die Lotsenfunktion des Hausarztes ist besonders bei den Systemen wichtig, die infolge ihrer historischen Entwicklung schlecht strukturiert sind. Dazu gehört unser System, weil es bei uns eine Beliebigkeit des Leistungsangebotes bis in den hochspezialisierten Bereich hinein gegeben hat, übrigens auch bei den Kollegen im Bereich der Psychologie. Dort gibt es auch mehrere Verfahren wie zum Beispiel tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, analytische Verfahren und verhaltenstherapeutische Verfahren nebeneinander, sodass die Patienten

nicht erkennen können, an welche Adresse sie sich mit speziellen Problemen wenden sollen.

Deswegen ist die Lotsenfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte dort wichtig, wo es einer besonderen medizinischen Fachkunde bedarf, um geeignete Spezialisten herauszufinden, die der Patient braucht. Denn bisher haben wir ja eine freie Arzt- und Psychologenwahl, verknüpft mit der uneingeschränkten freien Wahl der Versorgungsebene. Das heißt, der medizinische Laie, nämlich die Patientin und der Patient, bestimmt hierzulande selbst, wen er bei einem bestimmten Problem auswählt. Wenn er den richtigen Spezialisten wählt, gibt es keine Nachteile. Das ist zum Beispiel regelmäßig bei Augenärztinnen und Augenärzten sowie bei Gynäkologinnen und Gynäkologen der Fall.

Patienten können sich aber bei der Wahl eines Spezialisten irren, weil sie sich ausschließlich an ihrem Befinden orientieren. Sie wählen beispielsweise wegen Rückenschmerzen den Orthopäden und wegen verstopfter Nase den Hals-Nasen-Ohrenarzt. Selbst wenn diese Spezialistinnen und Spezialisten alles richtig machen, gibt es am Ende trotzdem eine Unter-, Fehl- und gegebenenfalls auch Überversorgung, weil die Fachversorgung nur dann erfolgreich ist, wenn der Spezialist richtig gewählt ist.

Wir haben vermutlich deswegen so schlechte Ergebnisse der Diabetesversorgung, weil unsere Diabetiker mehr als zehn Jahre zu spät in eine regelhafte Diabetesversorgung kommen und wir nicht wie andere Länder über ein etabliertes Hausarztsystem verfügen. Deswegen ist es zunächst einmal wichtig, dass bei den von Risikofaktoren abhängigen großen Volkskrankheiten eine strukturierte Regelversorgung stattfindet, die auch dem „management by objectives“ folgt. Das bedeutet: Es gibt einen verantwortlichen Arzt. Die medizinische Beliebigkeit in ihrem Schaden auszuloten und zu quantifizieren ist in Deutschland allerdings nicht möglich, weil wir leider kein etabliertes epidemiologisches Berichts- und Kontrollsystem haben, über das andere Länder verfügen.

Ich habe heute die Diskussion den ganzen Tag verfolgt und möchte quasi als Zusammenfassung dieser Diskussion feststellen: Wenn wir im deutschen Gesundheitssystem ein Defizit haben, dann ist es der Mangel an epidemiolo-

gischen Ergebnissen. Es ist für mich als Hausarzt weniger die Frage, ob ich geeignete Leitlinien und Kontrollinstrumente durch ein staatliches Institut oder durch ein Institut der gemeinsamen Selbstverwaltung bekomme. Solange beide Formen nebeneinander denkbar sind, muss man beiden Formen zunächst einmal die epidemiologische Methode zuordnen. Am Wichtigsten wäre ein neutrales Messinstrument, auf das alle an der Erkenntnisbildung im Gesundheitswesen Beteiligten - nicht nur die Bundestagsabgeordneten, sondern auch Forschungsinstitute - freien Zugriff haben.

Was wir brauchten, wären 100 000 oder 150 000 Dauerstichproben aus der Gesamtbevölkerung, an denen wir den Stand der Gesundheit messen können. Dann können wir fragen: Wo sind Defizite? Wie können wir sie beseitigen? Was im Großen für die Strukturierung des Systems unverzichtbar ist, brauchen wir im Kleinen für die patientenbezogene Gesundheitsberichterstattung und die Patientenführung. Dies bekommen wir nur mit einer verantwortlichen hausärztlichen Dienststelle, die dafür dann auch die Dokumentation führt, damit eine epidemiologische Auswertung möglich ist.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Das Hausarztssystem trägt folgender Situation Rechnung: Derzeit ist der Patient der Lotse im System. Das führt dazu, dass der Patient häufig zum Facharzt geht, obwohl eine hausärztliche Versorgung ausgereicht hätte, wie Herr Sawicki schon dargestellt hat. Es kann auch sein, dass er zwar richtigerweise zum Facharzt geht, aber zum falschen Facharzt. Er müsste zum Beispiel zu einem Orthopäden gehen, geht aber zu einem Rheumatologen, oder aber er wird vom Facharzt zu einem falschen Facharzt weiterverwiesen. Denn der Facharzt, der nur eine Subspezialität kennt, kann nicht so rasch einschätzen, welcher fachärztliche Kollege einer anderen Spezialität der geeignete Facharzt wäre. Ich vereinfache einmal: Der Orthopäde schickt den Patienten zum Rheumatologen, hätte ihn aber zum Nierenfacharzt schicken müssen.

Alle diese Koordinationsprobleme kosten sehr viel Geld. Was aber noch wichtiger ist: Sie reduzieren die Qualität der Versorgung. Denn die Behandlung kann natürlich an jeder Schnittstelle ganz abbrechen. Hier kommt es

zu Therapieabbrüchen und zu einer teuren, aber im Einzelfall oft minderwertigen Qualität. Ich bin daher Herrn Kossow dankbar, dass er, als ein Vertreter der Leistungserbringer in der Diabetesversorgung Qualitätsdefizite offen eingeräumt hat. Wir können diese Qualitätsdefizite nicht überwinden, ohne dass wir den Patienten als Lotsen durch den Hausarzt als Lotsen im System ablösen. Es ist ganz klar, dass dafür die Hausärzte in Zukunft besser ausgebildet werden müssen. Aber wir können diesen Umstieg nicht aufschieben. Die Hausärzte können diese Leistung besser erbringen als die Patienten. Das System würde billiger und besser. Ich halte es daher für eine ganz zentrale Aufgabe der Reform, so schnell wie möglich ein gutes, flächendeckendes Hausarztssystem einzuführen.

Dies wird ohne eine finanzielle Steuerung nicht gelingen. Denn Patienten haben verständlicherweise ein Interesse daran, sich im System mit maximaler Freiheit zu bewegen, auch wenn ihnen dies im Einzelfall schadet. Es ist verständlich, dass der Patient es wünscht, direkt zum Facharzt gehen zu können. Das ist aber ein Wunsch, der im Gesamtsystem zu Qualitätsdefiziten und zu hohen Kosten führt und dem die Solidargemeinschaft nicht Rechnung tragen sollte. Daher halte ich eine steuernde Zuzahlung für geboten und wäre mit der Praxisgebühr, die zur Steuerung der Patienten in ein Hausarztssystem vorgesehen ist, sehr einverstanden.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass das Hausarztssystem mittelfristig auch die apparative Ausstattung der Praxen sehr viel besser steuerbar machen würde. Im Moment müssen viele Hausärzte, die fälschlicherweise Patienten fachärztlich behandeln müssen, auch die Ausstattung einer fachärztlichen Praxis vorhalten. Fachärzte wiederum können ihre Geräte nicht komplett auslasten, weil sie zum Teil die hausärztlich zu versorgenden Patienten behandeln müssen. Diese Praxen amortisieren sich damit nicht. Das Gesamtsystem könnte also deutlich effizienter und mit besserer Qualität organisiert werden, wenn wir mutig den Schritt in Richtung Hausarztssystem vollziehen könnten.

Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage richtet sich an den BKK-Bundesverband, an Herrn Dr. Bausch und Herrn Professor Hoppe in seiner

Eigenschaft als Präsident der Bundesärztekammer: Wie bewerten Sie die Einführung des Hausarztmodells im Hinblick auf die Steigerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit, insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Teilöffnung der Krankenhäuser und der Erfahrungen im Ausland, zum Beispiel in Holland?

Die zweite Frage richtet sich an den VdAK/AEV. Welche Möglichkeiten haben die Kassen, das systemkonforme Verhalten von in den Hausarztmodellen eingeschriebenen Versicherten zu prüfen und gegebenenfalls Maßnahmen zu ergreifen? Wie wird sich die Umsetzung des Hausarztmodells nach Ihrer Einschätzung auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen auswirken?

SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Aspekte, die hier vorgetragen worden sind, gelten auch für alle bisher bekannten Verzahnungsmodelle, zum Beispiel für das Belegarztwesen. Das ist also kein neues Argument. Wenn man aber die integrierte Versorgung klar planen und klar gestalten will, ist diese Frage natürlich von vornherein in den Blick zu nehmen. Es handelt sich nicht um eine Nebenwirkung irgendwelcher guter Absichten. Integrieren sollte man die Behandlung des Versicherten, des Patienten, aber nicht unbedingt die verschiedenen Budgettöpfe konkurrierender Anbieter. Es ist schon gesagt worden: Wenn man die integrierte Versorgung hat und die sektoralen Budgets weithin aufheben kann, ist natürlich auch die Integration der Angebote notwendig und möglich.

Der zweite Teil der Frage bezog sich auf das Hausarztmodell. Hier können natürlich Gründe für die flächendeckende Grundversorgung angeführt werden, die man im Kollektivvertragssystem unbedingt haben will. Ansonsten sehe ich im Prinzip keine Notwendigkeit, dem Hausarzt einen Sonderstatus zu geben. Weder muss man unbedingt Hausarztmodelle anbieten noch muss man den Hausarzt generell von Einzelverträgen ausnehmen. Die einzigen Gründe, die ich erkennen kann, sind die, dass es bei einer flächendeckenden Grundversorgung mit Betreuungscharakter sinnvoll und nützlich sein kann, Gesamtvergütungen zu vereinbaren, was im fachärztlichen Bereich nicht so leicht möglich ist.

SV Dr. Jürgen Bausch: Wenn man sich die derzeitige Versorgungslandschaft anschaut, sieht man, dass wir für über 90 Prozent der chronisch Kranken ohnehin ein Hausarztmodell haben, weil sie freiwillig zum Hausarzt gehen. Das ist ja das Grundprinzip, das wir seit Jahren befürworten. Auch das andere Grundprinzip, nämlich so viel „ambulant“ wie möglich und so wenig „stationär“ wie nötig, hat sich durchgesetzt. Aber wenn man die Kooperation der fachärztlichen Ebene und der hausärztlichen Ebene in erheblichem Umfang stört und nicht ausreichend finanziert, kommt es natürlich zu Effizienzverlusten.

Wenn man den Krankenhäusern einen wesentlich breiteren Raum für die ambulante Versorgung einräumen wird, also den Vorstellungen von Herrn Robbers folgt, die er eindeutig und unmissverständlich geäußert hat, und wenn man den Freiheitsgrad der Chipkarte nicht an einer bestimmten Stelle einengt, wird das System teurer und ineffizienter. Insofern kann ich den Vorstellungen, die Herr Robbers geäußert hat, nicht folgen.

Es ist nun einmal so - das ist die Erfahrung -, dass wir in einem Sachleistungssystem mit einer Chipkarte, die vom Hustensaft bis zur Herztransplantation alles ohne irgendeine Steuerung und ohne irgendeinen Einengungseffekt zulässt, eine unnötige Inanspruchnahme auf allen Ebenen bekommen. Je mehr Ebenen man öffnet, desto mehr Ebenen werden in Anspruch genommen.

SV Prof. Dr. Jörg Hoppe: Die Bundesärztekammer sieht natürlich vor dem Hintergrund, dass die Spezialisierung in der Medizin seit dem Beginn des letzten Jahrzehnts des vorigen Jahrhunderts einen enormen Auftrieb bekommen hat, die Notwendigkeit, dass die Koordination eine besondere Rolle spielen muss. Ich stimme mit denjenigen überein, die gesagt haben, dass die Tatsache, dass die Patienten die Primärdiagnose an sich selber fällen, indem sie entscheiden, zu welchem Facharzt sie gehen, von besonderer Bedeutung ist und eine Ausnahme gegenüber anderen Systemen darstellt.

Deswegen sind auch wir der Meinung, dass es richtig ist, die hausärztliche Versorgung zu fördern. Wir sind nicht für ein Primärarztmodell à la Holland, weil wir die Nachteile ken-

nen, die dort zweifellos vorhanden sind. Ich kenne sie persönlich aus eigenem Anschauen und Erleben, weil ich in der Nähe zu Holland wohne und gelegentlich in diesem Land verweile. Vor allen Dingen wenn es dann zur fachärztlichen Versorgung weitergeht, gibt es eine große Bremse. Die Unzufriedenheit der Bevölkerung ist in dieser Hinsicht sehr groß.

Aber wir sind dafür, dass wir in Deutschland die Verteilung der niedergelassenen Ärzteschaft so fördern, wie sich das die Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1994 vorgestellt hat, und haben uns deswegen seitdem angestrengt, durch die Weiterentwicklung des Weiterbildungsrechtes auf eine Förderung der allgemein medizinischen - sprich: hausärztlichen - Versorgung qualitativ und damit sekundär auch quantitativ hinzuwirken, zuletzt mit der Beschlusslage, die wir jetzt haben, dass wir die Fächer Allgemeine Innere Medizin und Allgemeinmedizin zu einem Hausarzttyp zusammenführen, der sich demnächst als Arzt für Innere und Allgemeinmedizin in diese Versorgungsebene begeben soll.

Wo ich nur kann, mache ich insbesondere den Nachwuchs, also unsere Studentinnen und Studenten, darauf aufmerksam, dass - auch angesichts des Durchschnittsalters der Ärztinnen und Ärzte, die jetzt in diesem Versorgungsbereich tätig sind - für die Versorgungslandschaft der Zukunft damit zu rechnen ist, dass von dieser Sorte Arzt bis zum Ende des Jahrzehnts mindestens 50 000 gebraucht werden, und animiere sie dazu, sich diesem Versorgungszweig besonders zu widmen und zu prüfen, ob sie daran interessiert sind. Denn wir brauchen Ärztinnen und Ärzte, die durch das spezialistisch strukturierte übrige Gesundheitswesen hindurchsteuern, weil die Medizin immer komplizierter wird - aber nicht in der Form eines Primärarztsystems als Verpflichtung.

Deswegen würde ich nicht so sehr mit Geld hantieren, sondern einfach dafür sorgen, dass diese Ärzte besonders häufig vorkommen und gut und richtig qualifiziert sind. Auf diesem Wege wird sich eine bessere hausärztliche Versorgung von alleine entwickeln, ohne dass dabei eine überflüssige Auseinandersetzung entsteht.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Die Frage von Herrn Sehling zielte darauf ab,

die Möglichkeiten systemkonformen Verhaltens durch Kassen überprüfbar zu machen. Das ist sicherlich eine sehr schwierige Aufgabe. Eine Voraussetzung dafür ist, dass es für die Versicherten eine eigene Versichertenkarte geben muss. Aber wir haben in den ärztlichen Netzwerken, die wir modellhaft erprobt haben, die Erfahrung sammeln müssen, dass die Kontrolle der Einhaltung des erforderlichen Verhaltens relativ schwer ist, selbst wenn es für die Versicherten eine eigene Versicherungskarte gibt.

Sie wird meines Erachtens nur dann gelingen, wenn die Interessenlage aller Beteiligten darauf ausgerichtet wird, sich so zu verhalten, dass das gelingt. Das heißt für mich: Wer gegen das notwendige Verhalten verstößt, muss Konsequenzen tragen. Das gilt letztlich sowohl für den Versicherten, also für den Patienten, der sich eingeschrieben hat, als auch für die Ärzte, die hier mitwirken.

Der zweite Teil der Frage bezog sich auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen. Wir gehen davon aus, dass die Verwaltungskosten in diesem System aufgrund der Überprüfung und der Kosten für die eigene Versicherungskarte steigen werden. Wir hoffen zwar darauf, dass das nicht so läuft wie in der Vergangenheit, nämlich dass uns diejenigen, die das System einführen, hinterher wegen gestiegener Verwaltungskosten prügeln. Aber ich wage zu bezweifeln, ob sich diese Hoffnung bewahrheitet.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Beske, Herrn Dr. Bausch und die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Ist eine freiberufliche fachärztliche Tätigkeit bei befristeten Verträgen angesichts des hohen Investitionsaufwandes in den Arztpraxen noch denkbar, auch unter dem Gesichtspunkt der Verfassungskonformität? Und wie wird sich das vorgesehene Einzelvertragssystem für die fachärztliche Versorgung auf die Marktposition von Ärzten und Krankenhäusern auswirken?

Die Frage zur Marktposition hätte ich gern auch einem Vertreter des Bundeskartellamts gestellt. Ich habe gehört, die Einladung sei nicht angekommen. Ich bitte deshalb darum, diese Frage in der Anhörung am Mittwoch noch einmal stellen zu dürfen. Sie passt zu diesem System, weil man nach dem heutigen

Kartellrecht von einer marktbeherrschenden Stellung bei 30 Prozent und mehr ausgeht. Wir wissen, dass es Kassen wie die AOK und manche BKKs gibt, die schon eine solche Position innehaben.

Ich bitte also zunächst die angesprochenen Fachexperten, zur Marktposition Stellung zu nehmen, und wiederhole die Bitte, die gleiche Frage am Mittwoch noch einem Vertreter des Bundeskartellamts stellen zu dürfen.

SV Prof. Dr. Fritz Beske: Die Frage zur Kartellsituation kann ich nicht beantworten; das ist eine juristische Frage. Ich weiß aber, dass es von juristischer Seite Meinungsäußerungen zu dieser Frage gibt, wobei durchaus kartellrechtliche Probleme gesehen werden.

Sie haben weiter nach dem Investitionsbedarf gefragt. Einer der Gründe dafür, dass man die Lösung gefunden hat, die fachärztliche Versorgung mehr im Krankenhaus zu konzentrieren, ist das Prinzip der so genannten Doppeluntersuchungen. Dieses Problem muss gesehen werden, obwohl es keine detaillierten Untersuchungen darüber gibt, wie viele Doppeluntersuchungen es gibt.

Mir scheint aber sicher zu sein, dass bei der vorgesehenen einzelvertraglichen Regelung kaum noch ein Facharzt bereit sein wird, in seiner Praxis in moderne Medizintechnik zu investieren, obwohl bekannt ist, dass die moderne Medizintechnik im Allgemeinen patientenschonender und qualitätsgesicherter ist als die Vorgängergeneration. Allein aus diesem Grunde wird die Qualität der fachärztlichen Versorgung abnehmen müssen. Dies führt auch dazu, dass sich immer weniger Ärzte bereit finden werden, sich um eine fachärztliche Versorgung zu bemühen. Das heißt, es kommt notgedrungen zu einer Konzentration der fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus oder in Gesundheitszentren.

Nun stellt sich aber bei den Krankenhäusern genau die gleiche Situation: Die Krankenhäuser haben Schwierigkeiten, sich zu finanzieren. Ich darf noch einmal darauf hinweisen, dass die Länder ihre Investitionen in Krankenhäuser, zu denen sie verpflichtet sind, schon seit Jahren abbauen, sodass es fraglich ist, wie eine zeitgerechte, qualitätsgesicherte Versorgung auch im Krankenhaus sichergestellt werden kann.

Es gibt insgesamt eine Verlagerung der fachärztlichen Versorgung hin zu Gesundheitszentren und Krankenhäusern. Unverändert glaube ich sagen zu können - manchmal werden Dinge ja besonders deutlich, wenn man sie extrem darstellt -, dass die fachärztliche Versorgung in der heutigen Form in einem vorhersehbaren Zeitraum ein Ende gefunden haben wird.

SV Dr. Jürgen Bausch: Wir sprechen jetzt von Fachärzten, von Orthopäden, von Röntgenologen, von internistisch spezialisierten Fachärzten für die Onkologie und über verschiedene andere Disziplinen der inneren Medizin. Für die Disziplinen, die ich eben genannt habe, müssen die Ärzte, die sich niederlassen wollen, eine Primärinvestition für Raum- und Sachkosten in der Größenordnung von etwa einer halben Million Euro leisten. Das heißt, wir würden erwarten, dass ein junger Mann am Ende seiner Klinikkarriere und seiner Weiterbildung zum Facharzt bereit ist, eine halbe Million Euro zu investieren, versehen mit einem Fünfjahresvertrag von zunächst einer oder zwei Krankenkassen und in der Hoffnung, dass der Vertrag nach fünf Jahren verlängert wird, wenn er sich gegenüber den Krankenkassen sehr wohl verhalten haben wird und alles getan hat, was diese sagen; eine andere Möglichkeit hat er ja auch gar nicht. Wir glauben allen Ernstes, dass wir Ärzte finden werden, die dieses Risiko eingehen. Ich teile die Auffassung von Herrn Beske: Solche Ärzte werden wir nicht finden.

Das heißt, es wird der Weg zu gehen sein, den Herr Hess vorgeschlagen hat, nämlich dass der Versuch gemacht wird, den fachärztlichen Sachverstand am Krankenhaus zu belassen, wenn denn die Krankenhausträger in der Lage sein werden, die Fachärzte weiter beschäftigen zu können.

Wenn ein junger Facharzt heutzutage fragt, ob er das Risiko eingehen soll, einen Vertrag abzuschließen, der zunächst auf fünf Jahre begrenzt ist und unter dem Vorbehalt steht, danach vielleicht verlängert zu werden, kann man ihm nur sagen: Wenn du Hasard spielen willst, dann mache es; aber eine vernünftige Planungssicherheit für deine fachärztliche Tätigkeit ergibt sich bei dieser Vorgabe in gar keiner Weise.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es wurde auch die Frage der verfassungsrechtlichen Prüfung angesprochen. Ich möchte drei Facetten darstellen, bei denen wir davon ausgehen, dass sie einer verfassungsrechtlichen Prüfung nicht standhalten werden.

Das Erste ist die Tatsache, dass der Facharzt, der jetzt Kassenarzt ist, zwar seine Kassenzulassung behält, diese aber nach ihrem Auslaufen nicht an einen Nachfolger übertragen werden kann, sodass der Wert der Arztpraxis, der bisher immer ein Bestandteil seiner Altersversorgung war, praktisch auf null reduziert wird. Der Nachfolger wird nämlich zu Recht sagen: Ich muss sowieso Einzelverträge mit den einzelnen Kassen abschließen; deine Praxis interessiert mich nicht mehr. Auch die Zulassung, die du bisher als Basis der Praxisveräußerung nehmen konntest, interessiert mich nicht mehr. - Das ist eine Enteignung durch die Hintertür.

Das Bundesverfassungsgericht hat ja in seiner Entscheidung zur Bedarfsplanung darauf hingewiesen, dass die Position des Kassenarztes eigentumsrechtlich geschützt ist. Hier wird der Eigentumsschutz zwar für die Dauer der Zulassung aufrechterhalten; aber was die Weitergabe des ideellen Praxiswertes betrifft - die Rechtsprechung lässt ja ausdrücklich zu, dass er veräußerungsfähig ist -, wird der Arzt praktisch in seinem Recht beschnitten. Das halten wir für verfassungswidrig; das muss verfassungsrechtlich überprüft werden.

Das Zweite ist die unterschiedliche Behandlung von Hausärzten und Fachärzten in wesentlichen Bereichen ihrer ärztlichen Berufstätigkeit. Nehmen Sie nur die Arzneimittelprüfung als Beispiel. Wer im KV-System tätig ist, wird kassenartenübergreifend geprüft; Sie kennen die Paragraphen. Das ist eine Überreglementierung bis dorthinaus: eigene Geschäftsstelle, Stichprobenprüfung, Qualitätsprüfung, Plausibilitätsprüfung, Kriminalitätsprüfung. Alle diese Prüfungen werden dem Arzt im Einzelvertragssystem erspart. Das heißt, der Arzt im Einzelvertragssystem ist in seiner Berufsausübung ein völlig anderer Arzt. Auch das wirft verfassungsrechtliche Fragen auf. Beide Arzttypen sind für die Kassen tätig. Hausarzt, Augenarzt und HNO-Arzt unterscheiden sich in ihrer Funktionalität nicht so stark, dass man sie so diametral unterschiedlichen Berufsausübungsregelungen unterwerfen könnte. Auch

das werden wir verfassungsrechtlich prüfen lassen, sollten Sie es in das Gesetz aufnehmen.

Das Dritte ist die Benachteiligung des Facharztes im Wettbewerb gegenüber dem Krankenhaus und den Gesundheitszentren. Ich spreche nur die direkte Zuzahlung beim Facharzt von 15 Euro an. Es gibt sie nicht im Krankenhaus und nicht in Gesundheitszentren, sodass der niedergelassene Facharzt im Wettbewerb schon per se benachteiligt ist. Er ist aber auch gegenüber dem Krankenhaus benachteiligt, das mit Investitionsgeldern finanziert wird, während er selber mit befristeten Verträgen rechnen muss. Auch da stellt sich die Frage: Ist es zulässig, Gesundheitszentren einzuführen, in denen der Arzt ohne eigenes Investitionsrisiko sozusagen auf Dauer im Angestelltenverhältnis abgesichert ist?

Die fünf Jahre betreffen nur die Fortbildungspflicht; das werden die Vertragsärzte ja noch schaffen, wobei auch das verfassungswidrig ist, weil im Sozialgesetzbuch nicht die berufsrechtliche Fortbildung geregelt werden kann. Das ist in den Heilberufsgesetzen abschließend geregelt.

Die Befristung ergibt sich aus dem Wettbewerb. Die Kassen werden ja nicht die Fünfjahresfrist einführen. Sie werden vielleicht eine Zehnjahresfrist einführen und sagen: Wir werden alle zehn Jahre neue Verträge abschließen, weil wir dann prüfen wollen, wie sich der Arzt im Wettbewerb verhalten hat. Die Kassen müssen ja auch an den ärztlichen Nachwuchs denken und ihm eine Chance geben. Sie können also keine Einzelverträge auf unbestimmte Dauer abschließen, sondern müssen befristete Verträge abschließen.

Auch hier stellt sich eine verfassungsrechtliche Frage: Kann ich jemanden, der nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom Grundsatz her den Anspruch hat, als Freiberufler im System der kassenärztlichen Versorgung tätig zu sein, im System der sozialen Krankenversicherung mit diesen Wettbewerbsnachteilen belegen? Hinzu kommen noch die kartellrechtlichen Fragen. Diese werden am Mittwoch seitens des Bundeskartellamts beantwortet werden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst einmal eine Frage an Herrn Hildebrandt. Wir haben ja das

erklärte Ziel, integrierte Versorgungsformen zu fördern. Ich möchte Sie fragen: Wie bewerten Sie unter dieser Vorgabe die Regelungen des GMG?

SV Helmut Hildebrandt: Die Regelungen des vorgelegten GMG-Entwurfs kann ich in drei Kategorien einordnen: in positive Regelungen, die für die integrierte Versorgung tatsächlich vorwärtsweisend sind, in einige gut gemeinte, aber leider zu falschen Ergebnissen führende Regelungen und in einige Regelungen, die noch massiv fortentwickelt werden müssen, wenn man den Erfolg erzielen will, der mit der integrierten Versorgung im Prinzip möglich ist.

Die möglichen Erfolgsdimensionen haben ein gewaltiges Volumen. Dies erkennt man, wenn man berücksichtigt, dass eine volle Integration der Sektoren zu einem Einsparerfolg von 3 bis 5 Prozent der Gesamtkosten der GKV führen kann, der mit 5 bis 7 Milliarden Euro zu veranschlagen ist, allerdings nicht in einem kurzfristigen Zeitraum, sondern in mittelfristiger Sicht. Deshalb ist dies im GMG-Entwurf wahrscheinlich auch nicht so stark berücksichtigt.

Positiv ist zunächst der Arzneimittelbereich. Bei der integrierten Versorgung sind die Arzneimitteldistribution und die Preisgestaltung verbessert worden. Das ist als positiv anzusehen, weil damit auch die Refinanzierung der Unternehmensformen der integrierten Versorgung leichter möglich ist. Hier gab es bisher ein Problem. Zur integrierten Versorgung ist es nicht deshalb nicht gekommen, weil sich irgendwelche Verbände dagegen gesperrt hätten, sondern deshalb, weil die wirtschaftlichen Existenzbedingungen dafür nicht so entwickelt worden sind, dass damit tatsächlich Erfolge erzielbar waren.

Zweiter Punkt. Was gut gemeint ist, aber zu falschen Ergebnissen führt, ist die Begrenzung der Boni und der Zuzahlungen. Für integrierte Versorgungsformen, Hausarztmodelle usw., gibt es feste, verringerte Zuzahlungssätze. Das wird im Ergebnis entweder dazu führen, dass Krankenkassen von vornherein skeptischer sind, solche Verträge abzuschließen, oder dazu, dass derartige wirtschaftliche Formen einseitig benachteiligt werden. Viel besser wäre es, sowohl die Zuzahlung als auch die Praxisgebühr so zu organisieren, dass sie optionale

Möglichkeiten für integrierte Versorgungssysteme darstellen.

Ein ebenfalls gut gemeinter Ansatz zur Förderung der integrierten Versorgung ist die Regelung, die Krankenkassen mit Eigeneinrichtungen für die integrierte Versorgung auszustatten. Ich halte das allerdings ordnungspolitisch für ein massives Problem. Sie schaffen damit nämlich die Situation, dass Krankenkassen auf der einen Seite als Körperschaften des öffentlichen Rechts arbeiten und gleichzeitig mit privatwirtschaftlichen Strukturen konkurrieren müssen und konkurrieren dürfen.

Man könnte die Krankenkassen reorganisieren und ihnen privatwirtschaftliche Organisationsformen geben. Ich denke da zum Beispiel an die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. In eine solche Richtung könnte man die gesetzliche Krankenversicherung prinzipiell entwickeln.

Wenn man die Krankenkassen heute aber in den genannten Konflikt bringt, wird es zu Problemen kommen, die in der Schweiz schon massiv diskutiert worden sind, weil es natürlich Quersubventionierungen geben wird und gar nicht auseinander gerechnet werden kann, in welchem Bereich die Regelversorgung die integrierte Versorgung unterstützt und umgekehrt.

Fortzuentwickeln ist eine ganze Reihe von Bestandteilen. Der erste Bestandteil - es ist vielleicht überraschend, dass er hier genannt wird - ist § 119 a; das ist eine Sonderregelung für Behinderteneinrichtungen. Die Regelung ist an sich ebenfalls sinnvoll; aber es wäre viel besser, wenn sie in Verbindung mit § 140 stünde und nicht als Einzellösung sozusagen ohne Regelungssubstanz im Gesetzentwurf enthalten wäre.

Zweitens. Die Unternehmensformen der integrierten Versorgung sind wie im Gesetz des Jahres 2000 nach wie vor nicht präzisiert; die Bestimmung ist ganz vage. In der Kommentierung werden sie als Managementgesellschaften erläutert; es ist auch von GmbH- und BGB-Gesellschaften die Rede. Nach wie vor ist aber unklar, wie ein Unternehmen der integrierten Versorgung eigentlich auszusehen hat und welche Gesellschafter es haben darf. Natürlich sollte man sagen, dass Unternehmen der integrierten Versorgung analog zu Krankenhäusern eine ärztliche Leitung haben müssen, dass sie

analog zu den Krankenhäusern Qualitätsberichte abliefern müssen und dass sie ihre Beteiligungsstruktur offenbaren müssen.

Hier besteht eines der Probleme. Bereits jetzt gibt es in der Versorgung Beteiligungsstrukturen. Ich denke nur an viele große Facharztpraxen, die das Kapital gar nicht mehr alleine aufbringen können und deshalb darauf angewiesen sind, von der Industrie entsprechende Unterstützung zu erhalten. Aber diese Beteiligung wird bisher nicht aufgedeckt. Derartiges darf zukünftig nicht die Grundlage unserer Struktur sein.

Drittens. Es ist nicht einzusehen, warum die Vertragspartner nach § 140 b so eingeschränkt werden. Es ist zwar die Managementgesellschaft hinzugefügt worden. Aber warum sollen nicht auch Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, also Behinderteneinrichtungen, und Einrichtungen, die im Bereich des Rentenversicherungsgesetzes und der Unfallversicherung in der Versorgung tätig sind, Partner sein können? Bisher sind es nur die nach dem vierten Kapitel des SGB V zugelassenen Einrichtungen.

Es ist zu begrüßen, dass die Bereinigungen in der Form, wie sie vorgesehen waren, wegfallen. Ein Problem ist trotzdem, dass integrierte Versorgungssysteme sozusagen immer nur als abhängige Unterteile der Krankenkassen gesehen werden. Man sollte ihnen das Recht geben, selber entsprechende Schiedsamtentscheidungen zu beantragen und herbeizuführen.

Große Probleme bestehen nach wie vor im Bereich des Umsatzsteuerrechts und des Gemeinnützigkeitsrechts. Die Unternehmensformen, die sich entwickeln wollen und können, sind in der Abgabenordnung nicht als umsatzsteuerbefreite Unternehmensformen definiert. Das heißt, mit ihnen ist die Gefahr verbunden, 16 Prozent Aufschlag zu zahlen, und das angesichts des Umstands, dass sie ein Gesamtbudget verwalten und organisieren müssen. Niemand wird glauben, 16 Prozent einsparen und zusätzlich Vorteile für die GKV erwirtschaften zu können. Das dürfte klar sein, ist aber auch im GMG nicht geregelt.

Ebenfalls ein Problem ist der Datenfluss. Wenn man wirklich intersektorale Verknüpfungen organisieren will, muss man in der Lage sein, relativ zeitnah Transparenz darüber zu haben, was sich mit den Versicherten ei-

gentlich tut und bei wem sich etwas für die Versicherten tut. Der Datenfluss ist aber nach wie vor so geregelt, dass die Krankenkassen die Daten nicht versichertenbezogen zusammenführen und sie schon gar nicht an ein integriertes Versorgungssystem weitergeben dürfen. Das ist aber erforderlich, wenn man die Effizienzreserven herausholen möchte, die herausholbar sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Hildebrandt sowie an den Vertreter des Bundesverbandes der Gesundheitszentren und Praxisnetze.

Herr Hildebrandt, Sie haben schon auf die Beteiligungsstruktur hingewiesen. Es wird gesagt, Pharmafirmen oder Medizinproduktehersteller könnten sich als Kapitalgeber in integrierte Versorgungsformen und Gesundheitszentren einkaufen und sie als Marketinginstrumente nutzen. Was würde eine solche Entwicklung für die Unabhängigkeit der Ärzte bei Behandlungsentscheidungen bedeuten?

Vorsitzender **Klaus Kirschner**: Frau Bender, Sie müssen sich entscheiden. Ich kann für die Antwort nur noch zwei Minuten zulassen. Wen ziehen Sie vor?

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dieses Mal den Bundesverband.

SV **Rainer Schwitalski** (Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.) Ich bin der stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der Gesundheitszentren und Praxisnetze.

Frau Abgeordnete, ich kann Ihnen keine ganz klare Antwort geben und Ihre Frage weder bejahen noch verneinen. Die Vergangenheit hätte zeigen können, ob es eine Konstellation seitens der Pharmaindustrie - beispielsweise für Marketingveranstaltungen - gibt, weil die §-311-Einrichtungen in Brandenburg schon seit mehr als zehn Jahren erfolgreich etabliert sind. Das ist aber nicht der Fall gewesen. Ich kann auch nichts erkennen, was so etwas begünstigen würde. Das heißt, ich sehe die Unabhängigkeit der Ärzte auch bei der neuen Konstellation in keiner Weise gefährdet.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich möchte Herrn Professor Neubauer ansprechen. Die Entwicklung im Bereich der Fachärzte sieht nach meiner Auffassung so aus, dass die Fachärzteschaft als Freiberufler mit der vorliegenden Konzeption schrittweise beseitigt wird. Sehen Sie das ähnlich oder gibt es für die Fachärzte dennoch Chancen zu überleben?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Zunächst einmal glaube ich, dass Fachärzte eine durchaus wirtschaftliche Alternative zu vielen Krankenhausleistungen bieten, die heute stationär erbracht werden. Insbesondere wenn die Fachärzte nicht alleine praktizieren, sondern in einer Gruppe zusammenwirken, sind sie den Krankenhausstrukturen überlegen. Da es darüber hinaus Facharztzentren gibt, die einen gewissen klinischen Rückhalt mit zehn, 15 oder mehr Betten haben, bin ich davon überzeugt, dass die Versorgungsstruktur sehr effizient sein könnte, wenn man sie denn zulässt.

Damit komme ich zur anderen Frage. Vorhin ist schon davon gesprochen worden, dass die jetzt vorgesehenen Einzelverträge, die terminiert sind und jeweils eine neue Bewertung erfordern, zu einer Art Vermögensvernichtung führen, nämlich dann, wenn der Facharzt keinen neuen Vertrag bekommt. Das macht die Fachärzte sicher sehr anfällig und wird viele junge Leute daran hindern, Facharzt zu werden. Wenn dies umgesetzt wird, wird es zu einer Ausdünnung der Fachärzte kommen und irgendwann möglicherweise zu einer Verdrängung der Fachärzte in freier Praxis. Eine solche Entwicklung wäre insgesamt weniger wirtschaftlich.

Wie ich schon sagte, sehe ich für Fachärzte eine große Zukunft, wenn die rund 700 bis 800 Kleinkrankenhäuser mit etwa 150 Betten - unter DRG-Bedingungen könnte die Zahl auf 50 Betten sinken -, die wir heute haben, als fachärztliche Einrichtungen in der Form von Belegarztkliniken oder ähnlichen Strukturen geführt würden. Ich meine, man muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass solche Einrichtungen bestehen können. Sie könnten einerseits den Facharzt als „Einzelkämpfer“ ablösen und würden andererseits nicht die Alternative „Krankenhaus“ bedeuten. Das wäre eine dezentrale, flexible fachärztliche Versorgung nach wie vor vor Ort in Verbindung mit

einem klinischen Hintergrund. Das hielte ich für einen der wichtigsten Beiträge zur Effizienzsteigerung unseres Gesundheitssystems. Wenn man das noch über die DRGs vernünftig steuern könnte - das wäre ja möglich -, könnten wir zum einen Geld sparen und würden zum anderen die Versorgung nicht verschlechtern, sondern sogar noch verbessern.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Herr Rüggeberg, meine nächste Frage geht an Sie als Vertreter der Fachärzte: Sehen Sie für die Fachärzte in der Zukunft ökonomische Chancen oder wird ihnen durch die vorliegende Gesetzgebung im Grunde genommen der Mut genommen?

SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.): Natürlich wird die fachärztliche Versorgung in ihrer derzeitigen Struktur durch die geplante Gesetzgebung vernichtet. Die Frage, in welcher Form die fachärztliche Versorgung in Zukunft sinnvoll geregelt werden sollte, stellt sich für uns in der Weise, dass wir zunächst einmal die typischen Patientenprobleme analysieren. Die fachärztliche Versorgung ist ja nicht ein Wert an sich, sondern bedeutet die Betreuung eines Patienten im Rahmen seiner Patientenkarriere. In seiner Patientenkarriere durchläuft der Patient typischerweise mehrere Abschnitte des Gesundheitssystems, von der stationären Versorgung über die ambulante fachärztliche Versorgung bis hinunter zur hausärztlichen Versorgung.

Aufgabe der fachärztlichen Versorgung wird es in der Zukunft sein, diese Versorgungsbereiche miteinander zu verknüpfen. Dazu ist es erforderlich - das hat Herr Neubauer gerade eindeutig gesagt -, dass den Fachärzten die Möglichkeit gegeben wird, sich mit dem derzeitigen stationären Bereich in sinnvoller Weise zu verschränken, das heißt, die starre sektorale Trennung zwischen dem derzeit stationären Bereich und dem derzeit ambulanten Bereich aufzulösen, damit es zu Synergieeffekten kommen kann.

Noch ein Wort zu den empirisch überhaupt nicht nachzuweisenden Behauptungen bezüglich der Qualität der fachärztlichen Versorgung, die hier im Raum stehen. Es ist nicht so, dass die Fachärzte durchweg in Einzelpraxen vor sich hin vegetierten. Von den Radiologen

sind allenfalls 20 Prozent und von den Anästhesisten mehr als 80 Prozent in Gemeinschaftspraxen tätig. In der Tat ist es so, dass bei den klassischen flächendeckenden Versorgungsbereichen wie der Augenheilkunde 80 Prozent in Einzelpraxen tätig sind. Es ist aber einfach falsch, daraus den Schluss zu ziehen, die Fachärzte seien nicht kooperationsfähig.

Die Fachärzte wollen die Patienten gemeinsam mit der stationären Versorgung an dem Ort versorgen, an dem die Ressourcen am sinnvollsten zusammengefügt werden können. Wir haben auf dem letzten Deutschen Ärztetag diesbezüglich die Musterberufsordnung geändert, indem wir die Möglichkeit eröffnet haben, dass Facharztpraxen zumindest zum Teil in Form von ausgelagerten Praxisräumen oder Zweigpraxen an den Standort des Krankenhauses gehen, um sich schon einmal in die dann in vermehrtem Maß erforderliche ambulante Versorgung der bisher stationär versorgten Patienten einzubringen.

Der Kernpunkt bei all dem ist, dass eine Optimierung der Versorgung nur dann erreicht werden kann, wenn sie in der eigenverantwortlichen und selbstständigen Tätigkeit des Leistungserbringers erfolgt. Jede Form eines Angestelltenverhältnisses - sei es als Angestellter in der ambulanten Versorgung im Krankenhaus, sei es als Angestellter in Gesundheitszentren - wirkt motivationsbehindernd. Die Motivation in der Versorgung des konkreten Patienten ist aber ein ganz entscheidendes Moment, um die Effizienz insgesamt zu steigern.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte gern Herrn Best und Professor Fritze fragen, die beide auf dem Sektor der Psychotherapie erfahren sind: Wie bewerten Sie die Konzeption der Bundesregierung in Ihrem Bereich?

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde): Der Fokus der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren lag auf der Gemeindenähe. Das funktioniert nur mit einem in eigener oder in einer Gruppenpraxis tätigen Psychiater und Psychotherapeuten. Wenn die entsprechenden Patienten alle an das Krankenhaus verwiesen werden, ergeben sich - das ist plausibel - weite Wege, die von der Gemeinde wegführen. Damit wird

die Versorgung sehr viel schwieriger und die personelle Kontinuität wird ebenfalls schwieriger zu erzielen sein. Personelle Kontinuität ist aber gerade bei der Versorgung psychisch Kranker besonders wichtig.

SV Dieter Best (Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e.V.): Dem kann ich mich anschließen. Bei der Versorgung psychisch kranker Patienten haben wir es mit dem Problem zu tun, dass psychische Störungen immer noch stark stigmatisiert werden. Das im Zusammenwirken mit langen Wegen zum Psychotherapeuten - es ist ja bekannt, dass es oft Jahre dauert, bis der psychisch kranke Patient einen Therapeuten aufsucht - führt zu Chronifizierungen und zu Folgekosten. Man sieht anhand der Statistiken der Krankenkassen, dass zum Beispiel Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentungen aus psychischen Gründen enorm zunehmen. Aus dem Grund ist es sehr wichtig, die Wege zu verkürzen und dem Patienten einen direkten Zugang zum Psychotherapeuten zu ermöglichen. Dafür ist die Freiberuflichkeit des Psychotherapeuten der beste Garant. Denn hier ist der Vertrauensschutz gewährleistet: Der Patient kann sich darauf verlassen, dass die intimen Einzelheiten bei dem verbleiben, dem er es sagt. Hinzu kommt, dass die Zugangsschwellen relativ niedrig sind.

Auch aus diesem Grund sind wir dafür, dass ein eigener psychotherapeutischer Versorgungsbereich definiert wird, der dadurch gekennzeichnet ist, dass die Angehörigen dieses Bereiches ihre Angelegenheiten selber regeln können, und dadurch, dass der Patient weiß, dass er dort gut aufgehoben ist.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich möchte mich auf eine Bemerkung des Kollegen Thomae beziehen. Er hat gesagt, dass die niedergelassenen Fachärzte den Krankenhäusern und - das hat er bei seiner zweiten oder dritten Frage hinzugefügt - auch den Gesundheitszentren überlegen seien. Daher bitte ich den Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und auch den Vertreter des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten, diese Aussage zu kommentieren.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Wir begrüßen es ausdrücklich, dass in dem vorgelegten Gesetzentwurf diesbezüg-

lich Öffnungstatbestände vorgesehen sind, weil wir der Ansicht sind, dass die Regelungen in diesem Bereich - in Anführungszeichen - mit Augenmaß vorgenommen werden. Wenn wir von integrierten Versorgungsformen sprechen - dazu zähle ich auch die Disease-Management-Programme - und wenn wir es mit solchen besonderen Behandlungsformen zu tun haben, ist es meiner Ansicht nach überfällig, dass auch eine vertragliche Gestaltungsfreiheit zwischen den Leistungserbringern dahin gehend gegeben sein muss, wer welchen Anteil einer Versorgung übernimmt. Das heißt, dass Krankenhäuser unter der Voraussetzung auch ambulante Leistungen erbringen können, dass eine besondere fachliche Qualifizierung vorliegt oder die Leistungskomplexe, die im Krankenhaus erbracht werden, ohnehin schon groß sind. So erbringen die Krankenhäuser im Rahmen des Disease-Management-Programms „Brustkrebs“ circa 70 bis 80 Prozent der Leistungen.

Zu den Zulassungen für hoch spezialisierte Leistungen darf ich sagen: Ich glaube nicht, dass dadurch Erschütterungen in der Welt ausgelöst werden. Als ich vor rund 20 Jahren im Gesundheitswesen angefangen habe, gab es bereits einen Katalog so genannter hoch spezialisierter Leistungen. Uns ist nur der Mut abhanden gekommen, diesen Katalog tatsächlich umzusetzen.

Ich halte die in diesem Bereich vorgesehenen Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs für fachlich angemessen, für qualitätsorientiert und für patienten- und versichertenfreundlich. Sie weisen mit Augenmaß den Weg in die richtige Richtung.

SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.): Ich kann mich dem, was Herr Robbers für die Krankenhäuser ausgeführt hat, in allen Punkten anschließen. Ich möchte nur einen Punkt ergänzen, der vielleicht ein wenig vom Thema wegführt.

Ich bin der Meinung, dass die Rehabilitationskliniken, die ja der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten als größte Organisation dieser Versorgungsart mit vertritt, generell an der ambulanten fachärztlichen Versorgung beteiligt werden sollten. Es müssen ja in den neuen Bundesländern Versorgungslücken geschlossen werden und gerade dort gibt es Re-

habilitationskliniken, die apparativ und personell sehr gut ausgestattet sind. Insofern glaube ich, dass wir auch auf diese Ressource zurückgreifen sollten. Insbesondere im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme würde dort ein Fortschritt erzielt werden, was die gesamte sektorübergreifende Versorgung aus Sicht der Privatkrankenanstalten voranbringen würde.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte gern auf einen Aspekt der Einzelverträge zurückkommen und den Vertreter des BKK-Bundesverbandes, den Vertreter des AOK-Bundesverbandes und Herrn Professor Lauterbach fragen. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass in weniger dicht besiedelten Regionen die Krankenkassen Verträge mit den wenigen dort vorhandenen Fachärzten abschließen müssen, auch wenn die Qualität und die Effizienz der Versorgung nicht gegeben sein sollten. Der Hintergrund dafür ist, dass ja die fachärztliche Versorgung abzusichern ist. Meine Frage ist nun: Welche Möglichkeiten haben die Krankenkassen, durch Einzelverträge in den unterversorgten Regionen eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern? Welche Rolle spielen dabei die leistungsorientierten Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge?

SV Karl Heinz Schönbach ((Bundesverband der Betriebskrankenkassen)): Es wird ja immer wieder behauptet, dass sich Fachärzte im ländlichen Raum sehr schnell zusammenschließen könnten, sodass sie dann gegenüber den Krankenkassen eine Art Monopolstellung einnehmen und den Krankenkassen die Vertragsbedingungen diktieren könnten. Das ist die umgekehrte Apokalypse zu dem, was hier gesagt wird.

Darauf möchte ich wie folgt entgegnen: Es kann ja notfalls auf das Krankenhaus ausgewichen werden; dieser Fall wird aber weniger häufig eintreten. Die Gesetze gegen den Missbrauch von marktbeherrschenden Stellungen und gegen den Missbrauch von Marktmacht werden auch in diesem Bereich Anwendung finden, sodass die Wettbewerbsaufsicht entsprechend tätig werden könnte.

Ich möchte das noch ergänzen. Auch die apokalyptischen Vorstellungen dahin gehend, dass der Landarzt Verträge mit Hunderten von Kas-

sen bedienen müsse, sind unrealistisch. Von einem Gesetz wird immer nur die Wirklichkeit, was in der Wirklichkeit halbwegs umsetzbar ist. Kein Arzt wird Hunderte von Verträgen abschließen. Die Krankenkassen werden auch - das Vertragsrecht steht ja in dieser Beziehung den Krankenkassen oder dem Verband zu - ihr Vertragsmandat häufig dem Verband überlassen. Von daher ist die Praktikabilität dieser Regelung nicht infrage gestellt.

SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Diese Frage hat mehrere Aspekte, einmal den der Budgetbereinigungsnorm bei Unter- bzw. Überversorgung. Wir sind der Meinung, dass in Bezug auf dieses Problem das Gesetz noch einmal nachgebessert werden sollte. Denn es kann nicht angehen, dass dann, wenn bei Überversorgung Ärzte ausscheiden, eine Budgetbereinigung nicht erfolgt, dass wir aber dann, wenn wir bei Unterversorgung zusätzliche Verträge abschließen, das auf eigene Kosten tun. - Das war Punkt eins.

Punkt zwei. Ich glaube, dass in solchen Situationen das Wettbewerbsprinzip und das Wettbewerbsrecht auch im Verhältnis zu den Leistungserbringern gelten müssen. Das bedeutet, dass wir, wenn sich niemand findet, der mit uns Verträge abschließen will - das kann ich mir eigentlich nicht vorstellen -, auf andere Formen der Versorgung ausweichen müssten und es uns gestattet sein müsste, Versorgungsverträge mit geeigneten Krankenhäusern abzuschließen oder eigene Einrichtungen aufzubauen.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W Lauterbach: Ich kann mich dem nur anschließen. Auch ich halte die Gefahr, dass so etwas eintritt, für extrem unwahrscheinlich, weil die Krankenkassen in solchen Regionen zwar gezwungen werden können, Verträge abzuschließen, sie aber nicht gezwungen werden können, Verträge mit schlechten Ärzten abzuschließen. Sie können Ausschreibungen machen und wählen dann die besten Ärzte aus denen aus, die sich beworben haben. Ich sehe also nicht, dass hier die Qualität der Versorgung notwendigerweise schlechter wird. Wenn sich aber nun tatsächlich zu wenige Ärzte bewerben sollten, dann können die Krankenkassen zu den beiden Ausweichstrategien greifen, die Herr Ahrens schon beschrieben hat: Bedienung der Fach-

ärzte im Krankenhaus oder Aufbau eigener Einrichtungen der Krankenkassen. Ich glaube allerdings nicht, dass es dazu kommen wird. Denn es wird, wie gesagt, in den überversorgten Regionen zu weniger Vertragsabschlüssen kommen und die derart frei gewordenen Ärzte werden ein großes Interesse daran haben, sich in den unterversorgten Gebieten niederzulassen. Wir sind schon heute dringend darauf angewiesen, dass ein solches Interesse geweckt wird. Das geschieht heute aber nicht, da es noch möglich ist, sich in überversorgten Gebieten als Facharzt, obwohl kein Bedarf besteht, niederzulassen.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Meine Frage richte ich an Herrn Dr. Hermann und an einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Es geht mir um den Krankenhausbereich. Wie Sie wissen, ist ja vorgesehen, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen in die Lage versetzt werden, bei Prüfungs- und Genehmigungsvorbehalt durch die zuständigen Landesbehörden Verträge mit Krankenhäusern abzuschließen und kündigen zu können. Mich interessiert, wie Sie diesen Sachverhalt einschätzen. Es wäre ganz gut, wenn Sie in Ihrer Antwort auf folgende Aspekte eingehen könnten: Erstens. Möglicherweise kann sich zukünftig ein Qualitäts- und Preiswettbewerb entfalten. Zweitens. Möglicherweise bekommt die bisherige Bedarfsplanung eine neue Wertigkeit.

SV Dr. Christopher Hermann: Der betreffende Bereich soll ja ab dem Jahre 2007 neu geregelt werden. Mit diesen Regelungen wird nach meinem Dafürhalten ein kleiner Schritt - ich muss betonen: wirklich ein kleiner Schritt - in die richtige Richtung gemacht. Der wesentliche Aspekt ist, dass sich hier nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen ein Qualitäts- und Preiswettbewerb entfalten kann, da ja die Krankenkassen weiterhin einheitlich und gemeinsam handeln müssen. Dabei ist allerdings die PKV ausgeschlossen, die ja in dem übrigen Krankenhausbereich mit eingebunden ist; hier ist sie dann nicht mehr mit dabei. Das ist aber der einzige Unterschied.

Es ist richtig: Es wird einen Vertrag geben. Es wird keine automatischen Bindungen im Landeskrankenhausplan und keine Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen geben. Wir bekommen allerdings auch keinen richti-

gen Wettbewerb um die beste Versorgungsstruktur im stationären Bereich.

Hinzu kommt, dass sich weiterhin dadurch Schwierigkeiten ergeben werden, dass das DRG-System auch als Einheitspreissystem konzipiert ist und als solches weiter wirkt. Es sind also einheitlich und gemeinsam Preise, die Basisfallwerte etc., zu vereinbaren. Wenn das so bleiben sollte, wie es jetzt angedacht ist, wären zumindest Folgeänderungen in Bezug auf die Vergütungsverhandlungen zwingend. Die PKVen und die anderen Leistungserbringer sind ja heute, wie gesagt, über das KHG eingebunden, demnächst aber nicht mehr, so dass sie nicht mehr Verträge mit Krankenhäusern abschließen. Dieser Hinweis soll nur dazu dienen, dass dieser kleine Schritt sachlogisch besser abgesichert wird. Viel zielführender und sinnhafter wäre es natürlich, wenn ein deutlich größerer Schritt in Richtung auf Vertragswettbewerb gegangen würde.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir haben heute schon mehrfach gehört, dass die Einführung der DRGs Veränderungen im Versorgungssystem mit sich bringen wird; das ist sicherlich richtig. Insofern ist es zwingend und notwendig, dass der Gesetzgeber darauf reagiert, dass er diese Anpassungsmöglichkeiten auch einräumt. Das tut er in einer Form, die einem die Tränen der Freude in die Augen schießen lässt. Es wird nämlich die Überprüfung der Versorgungsstrukturen zur Pflicht gemacht; das ist sehr wichtig. Es gibt keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages; das heißt, letztlich fällt auch der Kontrahierungszwang weg. Das alte Verfahren, das man bei der Genehmigungsbehörde einleiten musste, entfällt ebenfalls. Es gibt nur noch eine Anzeigepflicht. Aber - jetzt kommen mir die Tränen der Wut in die Augen - wer im Gesetzentwurf weiterliest, wird beim § 109 a merken, dass sich das Ganze auf der Basis von Rahmenvorgaben abspielt. Diese Rahmenvorgaben sollen zwar im Einvernehmen von Landesbehörde und Krankenkassen erarbeitet werden, aber - dieser Satz treibt uns die Tränen der Wut in die Augen - das letzte Wort hat nach wie vor die Landesbehörde. Denn wir finden dort folgenden Satz:

Soweit Einvernehmen

- also zwischen Landesbehörde und Krankenkasse - nicht hergestellt wird, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

Das heißt, dass sich im Grunde genommen im Vergleich zum jetzigen Zustand nichts ändert. Es wird nach wie vor für die Krankenkassen außerordentlich schwierig sein, notwendige Anpassungen der Versorgungsstruktur durchzuführen.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Nachtigäller. Sie haben ja mitbekommen, dass wir innerhalb der letzten Stunde sehr viel über die integrierte Versorgung und über die Bewertung dessen, was diesbezüglich im Gesetz vorgesehen ist, gesprochen haben. Mich würde interessieren, wie Sie das im Zusammenhang mit der Versorgung Behinderter sehen.

SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Herr Schmidbauer, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie an uns gedacht haben. Es haben hier zwar sehr viele gesagt: Wir sprechen hier nicht nur über Patienten; vielmehr sind sie uns besonders wichtig. - Sie stellen nun eine Frage - das ist das erste Mal, dass das geschieht - an einen Vertreter, der außerhalb der vorhandenen Struktur entsteht. Schon dafür bin ich Ihnen dankbar.

Unsere Stellungnahme fällt ein bisschen anders aus als das, was hier schon gesagt worden ist. Mit Blick auf behinderte und chronisch kranke Menschen müssen wir feststellen, dass sie eine besondere Bedarfssituation haben, die mit der von akut kranken Menschen entweder nicht oder nur partiell übereinstimmt.

Die Lockerung kollektivvertragsrechtlicher Strukturen, um zu mehr Flexibilität zu kommen, halten wir für günstig, insbesondere wollen wir den Abbau und die Umwandlung der sektoralen Versorgungsgrenzen erreichen. Auch wir wollen eine Öffnung der Krankenhäuser. All dies wollen auch wir haben.

Wir haben aber große Probleme, wenn nach den Vorschlägen, die jetzt gemacht worden sind, ein Hausarztssystem eingeführt werden soll, das generell für jeden Versicherten gelten soll, ganz egal, ob er bereits diagnostiziert oder noch auf der Suche nach dem richtigen Arzt

ist. Es ist sicherlich sinnvoll, lange Suchprozesse abzukürzen und Menschen, die auf der Suche nach dem richtigen Arzt und der richtigen Behandlung sind, so genannte Patientenkarrerien zu ersparen. Es ist richtig, eine Kristallisationsfigur zu finden, die man eher „Case Manager“ oder „Lotse im System“ nennen sollte. Der Begriff „Hausarzt“ ist eine Formulierung aus einem überkommenen traditionellen System, der in Strukturen verhaftet ist, die wir heute eigentlich nicht mehr haben. Ich benutze diesen Begriff deswegen nicht gerne, weil er etwas Falsches suggeriert. Den „Lotsen im System“, den „Case Manager“ brauchen wir.

Jemand, der nach einem entsprechenden Suchprozess hat feststellen lassen müssen, dass er beispielsweise eine chronische entzündliche Darmerkrankung oder eine chronische Polyarthritis hat, hat dann den Ansprechpartner oder die Ansprechpartnerin, den Arzt oder die Ärztin seines Vertrauens gefunden. Derjenige oder diejenige weiß sehr genau, mit welchen Langzeitbeschwerden jemand leben kann, der gerade diese spezielle chronische Krankheit hat, und kennt alle Verästelungen. Das ist dann der Ansprechpartner oder die Ansprechpartnerin.

Diesen Menschen jetzt zu zwingen, zu einem Arzt für Allgemeinmedizin zu gehen, würde ihm die Autonomie nehmen, würde ihn zwingen, etwas zu tun, was er nicht benötigt; zum anderen verursacht es überflüssige Kosten; denn es kann nichts Neues dabei herauskommen, da der Prozess bereits beendet ist.

Wir bitten insofern die Besonderheit zu berücksichtigen, dass für Menschen, die eine chronische Erkrankung haben, die feststeht, auch der jeweilige Facharzt der „Lotse im System“ sein und bleiben kann und man nicht den Umweg über den Allgemeinmediziner macht.

Als zweite Besonderheit möchte ich auf einige Gefahren bei der Vertragsflexibilisierung für Patienten aufmerksam machen, auch wenn dies in einigen Stellungnahmen vielleicht schon zum Ausdruck gekommen ist. Wir denken weniger über Verteilungsmechanismen nach, sondern ausschließlich über die Schaffung von Qualität. Die beste Qualität ist im Grunde genommen auch das preiswerteste System. Dies soll, denke ich, auch der eigentliche Ansatz des Gesetzes sein. Insofern müssten wir uns da

verstehen. Wir, die BAGH, und auch andere Kolleginnen und Kollegen, die hier sind, haben den Eindruck, dass im Bereich von chronisch Kranken die Flexibilisierungsüberlegungen nicht ganz zu Ende gedacht sind. Auch habe ich nach allem, was ich gehört habe, noch nicht feststellen können, wie tatsächlich einheitliche Qualität gesichert werden kann. Ich habe noch nicht feststellen können, wie der Zugang zu den Ärzten in einer breiten Art und Weise, wie man ihn vor Ort braucht, gesichert werden kann. Auch die Transparenz stellt bei dem sehr zergliederten System, das wir jetzt haben, viel höhere Anforderungen. Bei der Transparenz müssen Sie noch besondere Maßnahmen ergreifen, damit der Patient oder die Patientin auch zu ihrem Arzt kommt.

Die Versorgung, die Versorgungsqualität und der Ausschluss von Risikoselektion sind noch nicht hinreichend sichergestellt. Die Flexibilisierung ist im Prinzip richtig, aber man muss noch ein paar Sicherheitsstangen einziehen.

Wie gesagt, uns ist besonders wichtig, dass bei einem chronisch Kranken der gewählte Facharzt, der die Diagnose bei einem Patienten bereits gestellt hat - es kann auch jemand sein, zu dem ein geistig behinderter Mensch ein besonderes Vertrauen gefunden hat -, der „Lotse im System“ ist. Wir dürfen dies nicht dadurch verbauen, dass wir sagen, dass es jemanden etwas kostet, wenn er den Arzt seines Vertrauens nimmt. Das Arzt/Patient-Verhältnis - es ist vielleicht etwas altmodisch - zu bewahren hat auch für den einzelnen Patienten einen hohen Wert.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten. Halten Sie die Qualifikation der heutigen Generation von Hausärzten im Hinblick auf ihre Lotsenfunktion nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz für ausreichend? Haben die Patienten bei schweren Erkrankungen einen Anspruch auf Überweisung zum Facharzt und wie kann er durchgesetzt werden?

SV **Dr. Ekkehard Bahlo** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Die Frage der Qualifikation der Hausärzte für ihre Lotsenfunktion ist insbesondere im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen diskutiert worden. Es kamen

Bedenken dahin gehend auf, dass die Fortbildungsanforderungen in kurzer Zeit so groß sein könnten, dass Hausärzte diesen möglicherweise nicht so gerecht werden würden, wie es erforderlich wäre. Hier ist nach unserer Auffassung ein Fortbildungsweg erst einzuschlagen, er ist noch nicht zu Ende gegangen. Dies geht natürlich mit Risiken für den Patienten einher, die auf eine solche Lotsenfunktion voll vertrauen möchten und dann möglicherweise enttäuscht werden. Diese Herausforderung kann bewältigt werden, aber dies muss angegangen werden.

Ihre zweite Frage, Herr Abgeordneter, betraf den Anspruch, den ein Patient haben sollte, wenn er eine Überweisung zum Facharzt benötigt, sie aber nicht bekommt. Wir bewegen uns hier in der verbreiteten Problematik, dass Versicherten Ansprüche nicht gewährt werden, die sie nach dem Gesetz haben und bei denen sie dann sehen müssen, wie sie die Leistung bekommen. Das ist kein Phänomen, das nur in diesem Fall auftreten würde, sondern es ist immer wieder ein Problem, mit dem sich Menschen auseinandersetzen müssen. Es gibt vielfältige Möglichkeiten, sein Problem zu artikulieren und sich an die betreffenden Stellen entweder auf der Kassenseite oder auf der Verbandsseite zu wenden. Schließlich gibt es auch Patientenorganisationen, die hier unterstützen würden.

Abg. **Monika Brüning** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an den Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands. Professor Weiser, ist die vorgesehene Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung durch den geplanten § 116 b Abs. 2 SGB V zu hochspezialisierten Leistungen zufriedenstellend geregelt? Hat der Verband der leitenden Krankenhausärzte weiter gehende Vorschläge zur Änderung der Versorgungsstrukturen und welche Effekte könnten damit erreicht werden?

SV **Prof. Dr. Hans-Fred Weiser** (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.): Vielen Dank, Frau Brüning, für diese Frage. Ich bin froh, dass ich als jemand, der sowohl als angestellter Arzt im Krankenhaus wie über die Ermächtigung zumindest zum Teil in freier Praxis tätig ist, dazu Stellung nehmen kann.

Bei der Diskussion des heutigen Nachmittags bin ich von der Schwarz-Weiß-Malerei, die ich heute gehört habe, gelinde gesagt beeindruckt. Betrachten wir die Situation des Gesetzentwurfs für die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Tätigkeit, so sind die geplanten § 106 b und § 116 a SGB V Kann-Bestimmungen, die bestenfalls eine Alibifunktion haben, aber ganz sicher nicht dazu führen werden, dass die Krankenhäuser in die ambulante Versorgung verstärkt einbezogen werden.

Deutlich weiter geht der Entwurf aus meiner Sicht beim geplanten § 116 b SGB V, den hochspezialisierten Leistungen. Dies hält der VLK in Übereinstimmung mit der DKG für einen geeigneten Schritt in die richtige Richtung mit zum jetzigen Zeitpunkt sehr eingeschränktem Augenmaß. Wir halten es für nicht tragbar, zu argumentieren, dass jemand, der in eine Praxis investieren muss, dies aufgrund des hohen Investitionsvolumens und der zukünftig entstehenden Vertragsverhältnisse nicht mehr tun wird oder tun muss, weil es auch andere Möglichkeiten gibt. Unter dem Aspekt der DRGs werden etwa 20 Prozent aller kleinen, jetzt nicht mehr wirtschaftlich zu führenden Krankenhäuser andere Betätigungsfelder suchen müssen.

Vorhin wurde von Herrn Jacobs gefordert, die sektorale Versorgung nicht nur partiell, sondern vollständig zu überwinden. Wir könnten uns als Entwurf sehr wohl vorstellen, dass in Zukunft Fachärzte als Mieter in solchen dann nicht mehr unter DRG-Bedingungen wirtschaftlich zu führenden Krankenhäusern auftreten, dort Infrastruktur mieten und ihrer Tätigkeit in diesen Krankenhäusern als Freiberufler für bestimmte Leistungen nachgehen. Auf der anderen Seite können wir uns sehr wohl vorstellen, dass jetzt im Krankenhaus tätige Ärzte ihre Verträge in der Art geändert bekommen, dass sie zu einem Prozentsatz x zur Schwerpunktversorgung herangezogen werden und zu einem Prozentsatz y als Freiberufler ebenfalls als Mieter in den Institutionen der Krankenhäuser tätig sind. Dies setzt allerdings voraus, dass unabhängig von Einsatzort und Leistung für beide Bereiche die gleiche Vergütung erfolgt.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage an die BDA: Wie bewerten Sie das Hausarztmodell angesichts des Erfordernisses eines Arztbesuches bei Krankheitsbildern, bei

denen von vornherein klar ist, dass ein Facharzt konsultiert werden muss? Erwarten Sie angesichts des Hausarztmodells erhöhte Fehlzeiten in den Betrieben und welche Konsequenzen könnten daraus gezogen werden?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Die Antwort auf Ihre erste Frage liegt auf der Hand. Wenn der Facharztbesuch von vornherein klar ist, bringt es nicht viel, wenn der Patient erst den Hausarzt aufsucht. Wir haben uns deshalb in unserer Stellungnahme dagegen ausgesprochen, das Hausarztmodell verbindlich allen Krankenkassen vorzuschreiben. Wir fänden es besser, wenn sich das Hausarztmodell als eine Versorgungsform neben anderen im Wettbewerb qualifizieren muss, also jede Kasse für sich entscheiden könnte, was für ein Modell sie fahren möchte.

Das verbindlich vorzuschreiben könnte - auch das wurde heute gesagt - dazu führen, dass mehr Arztbesuche als sonst stattfinden, nämlich der Hausarztbesuch und der Facharztbesuch. Dies könnte zu höheren - ich will nicht Fehlzeiten, Fehltagen sagen - Abwesenheiten führen, wenn man während der Arbeitszeit, was vorkommen soll, dann eben zum Hausarzt und zum Facharzt geht. Dies lässt sich aus heutiger Sicht kaum quantifizieren. Unser zentrales Anliegen ist, nicht wie sonst auch allen Krankenkassen vom Gesetzgeber ein Modell verbindlich vorzuschreiben. Was das beste Modell ist, kann im Grunde nur der Markt zeigen. Dies sollte man abwarten.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV, an Herrn Dr. Hess. Die Regierung begründet ihren Reformansatz damit, die so genannten verkrusteten Strukturen der Selbstverwaltung seien nicht in der Lage, die Beitragsmittel zielgenau einzusetzen. Wie bewerten Sie diesen Vorwurf aus Sicht der KBV? Welchen Beitrag leistet im Gegensatz dazu die im Antrag der CDU/CSU vorgeschlagene Systematik bedarfsgerechter Versorgungsaufträge und leistungsgerechter Honorierung für eine zielgenaue, effiziente und innovative Verwaltung der Ressourcen in der vertragsärztlichen Versorgung?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Seit etwa fünf Jahren steht im

Gesetz, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, Modellvorhaben im Einzelvertragssystem an den KVen vorbei für acht Jahre durchzuführen, und es steht im Gesetz, dass sie in der Lage sind, ohne Beteiligung der KVen sektorübergreifend Integrationsverträge abzuschließen. Schon damals wurde immer gesagt, es liegt an den KVen, dass das nicht geschieht. Es liegt aber nicht an den KVen, sondern es liegt - so die Vertreter der Krankenkassen, wenn Sie sie direkt fragen - daran, dass die Krankenkassen uns eine Kopfpauschale für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung bezahlen, und zwar für das Mitglied, noch nicht einmal für den Versicherten, und dass wir aus dieser Kopfpauschale, die für alle Mitglieder einer Kasse gleich hoch ist und in ihrer Höhe auch nicht in irgendeiner Form etwas mit dem Behandlungsbedarf des jeweiligen Versicherten zu tun hat, dann die gesamten ärztlichen Leistungen finanzieren, also das Morbiditätsrisiko für etwa 90 Prozent der Leistungen, die wir mit den Kassen abrechnen, übernehmen. Wir übernehmen, am Rande erwähnt, übrigens auch die Lasten des Chipkartenbetrugs. Wenn hinter dem Bahnhof Chipkarten verkauft werden und Patienten mit diesen Karten zum Arzt gehen, wird der Arzt dann Leistungen abrechnen, weil er es nicht erkennt. Auch dies zahlen wir aus der Kopfpauschale.

Mit anderen Worten: Wer solche Einzelverträge abschließen will und unter Wahrung des Grundsatzes der Beitragsstabilität natürlich Geld braucht, der muss sich bei uns das Geld zurückholen, das er vorher mit befreiender Wirkung für die gesamte Versorgung bezahlt hat. Daran scheitern alle Innovationsverträge und daran werden sie, das verspreche ich Ihnen, auch in Zukunft scheitern. Warum? Weil diese Bereinigung nicht funktioniert; sie kann nicht funktionieren. Sie kann deswegen nicht funktionieren, weil Sie die Gesamtvergütung nicht um die Kopfpauschale bereinigen können; denn die Kopfpauschale deckt gar nicht den Versorgungsbedarf eines Krankenversicherten, sie ist für den Kranken viel zu niedrig. Wenn Sie die Kopfpauschale herausnehmen, haben Sie viel zu wenig Geld. Sie ist im Übrigen gar nicht auf den Versicherten bezogen. Wenn der Versicherte ein Mitversicherter ist und Sie die Kopfpauschale herausnehmen, dann haben Sie kein Geld mehr, um die mitversicherten Familienangehörigen zu versorgen.

Sie müssen im Rucksackverfahren hochkompliziert bereinigen, also die Kosten des Versicherten in der Vergangenheit nehmen und danach die Bereinigung vornehmen. Dies ist auch in der weiteren Umsetzung hochkompliziert. Wenn jemand andere Ärzte in Anspruch nimmt, die anderswo sitzen, ist wieder die Frage akut, wer diese Leistung bezahlt. Dann müssen Sie eine interne Verrechnung vornehmen, Sie müssten dann ein hochkompliziertes Fremdkassen-Zahlungsausgleichsverfahren einführen, um das zu bedienen. Dies hat dazu geführt, dass das System in der Tat verkrustet ist. Das liegt aber nicht an dem Kollektivvertragssystem als solchem, sondern an dem Vergütungssystem. Von daher begrüßen wir Ihren Vorschlag, genau dies abzuschaffen.

Wettbewerb wird überhaupt erst möglich, indem man die Kassen zwingt, endlich wieder eine finanzielle Mitverantwortung für die Versorgung ihrer Versicherten zu übernehmen. Im neuen EBM haben wir arztgruppenbezogene Gebührenordnungen. Anstelle eine Kopfpauschale müsste man mit uns vereinbaren, welche Anforderungen an die Versorgung wir in der Gynäkologie, in der hausärztlichen Versorgung, in der fachärztlichen Versorgung haben, welche qualitativen Bedingungen die Krankenkassen an diese Versorgung stellen, und dafür wiederum ein Regelleistungsvolumen mit einem festen Punktwert vereinbaren, sodass die Menge garantiert bleibt, aber der Preis festgelegt wird und der Arzt wieder kalkulieren kann. Wenn Sie eine solche auf den Verhandlungsfall bezogene Vergütung einführen, haben Sie kein Bereinigungsproblem mehr, wenn es um konkurrierende Einzelverträge geht. Denn dann wandert die Vergütung mit dem Fall. Die Behandlung eines Versicherten, der im Regelsystem ist, das wir in der Vergütung in dieser Form gemeinsam strukturieren, wird im Regelsystem vergütet. Die Behandlung eines Versicherten, der in der integrierten Versorgung ist, wird im System der integrierten Versorgung vergütet. Sie brauchen nichts zu bereinigen, weil er bei uns als Vergütungsfall nicht anfällt. Solche Systeme brauchen wir, wenn es darum geht, Vertragsvielfalt einzuführen.

Der Entwurf der Bundesregierung geht an diesem Problem völlig vorbei, indem er die Kopfpauschale genauso fortschreibt, wie es gesetzlich bis heute geregelt ist. Die Kopfpauschale hat die Bundesregierung 1993 eingeführt; sie galt bis 2003. Seit 2003 haben wir eine Ver-

gütung, die nichts mehr mit dem Versorgungsbedarf zu tun hat. Wir müssen dazu kommen, die gesamte Vergütungsstruktur an dem Versorgungsbedarf zu orientieren und damit durchlässig zu machen. Sie können das Krankenhaus zurzeit nicht in integrierte Verträge hineinnehmen. Wir brauchen deswegen auch für das Krankenhaus eine Vergütungsstruktur, die die Vergütung nach denselben Prinzipien regelt, sodass es im Fall eines Versicherten, der in einem Disease-Management-Programm ist, nicht zu einer Budgetbereinigung kommen muss, sondern sich die Bereinigung aus den Vergütungsstrukturen heraus selber ergibt.

Wenn Sie das nicht schaffen, werden Sie mit dem Vertragswettbewerb keinen Erfolg haben. Von daher ist die Alternative, die Sie anbieten, für mich die einzig plausible: Die Verkrustungen müssen weg. Das heißt nicht: Das Kollektivvertragssystem muss weg. Denn mit diesem Kollektivvertragssystem kann ich Qualitätswettbewerb sehr wohl viel effizienter einführen, als ich das mit einem unregelmäßigen Einzelvertragswettbewerb schaffen kann. Denn der Arzt richtet sich nicht nur nach dem Ersatzkassenvertrag oder dem Ortskrankenkassenvertrag, sondern er verändert seine Praxis nach seinem Praxisbedarf für alle Versicherten. Von daher brauchen wir, wie gesagt, neue Vergütungsstrukturen. Sie bieten das in Ihrem Modell an.

Sie bieten gleichzeitig Einzelverträge auf dieser Grundlage an. Das ist sinnvoll, weil ich die Bereinigung nicht brauche. Sie bieten ferner Versorgungssicherheit an, indem Sie für die normale Kassenzulassung nach wie vor das Kollektivvertragssystem zur Basis machen und nicht in Hausärzte auf der einen Seite und Fachärzte auf der anderen Seite dividieren. Von daher kommen Sie zu einer flexiblen Vertragsstruktur, die auch den Qualitätswettbewerb zulässt, aber die Versorgungssicherheit dort belässt, wo sie nach wie vor notwendig ist.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wir haben gehört, dass sich für den Fall, dass die einzelvertragliche Regelung Gesetz wird, das Problem der Fachärzte in Ballungs- oder überversorgten Gebieten lösen wird. Mir ist zu wenig herausgearbeitet worden, was vor allen Dingen in den strukturschwachen Gebieten in den neuen Bundesländern passiert. Deshalb frage ich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, wie die Entwicklung der Fachärzte in den nächsten

Jahren aussieht. Die Kassen frage ich, mit wem sie die Einzelverträge abschließen werden, wenn gar keine Fachärzte mehr da sind. Ist da ein Umzugszwang - das muss ich etwas zuge-spitzt sagen - vorgesehen?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung) Wir haben über unsere statistische Abteilung gemeinsam mit der Bundesärztekammer eine sorgfältige Analyse der zukünftigen Arztlage erstellt. Ihr ist zu entnehmen, dass wir in Zukunft mit einem Arztmangel rechnen müssen, allerdings in unterschiedlicher Intensität und in unterschiedlichen Zeiträumen. Es ist allerdings schon jetzt festzustellen, dass Krankenhäuser qualifizierte Fachärzte suchen und sie häufig keine finden. Es ist auch festzustellen, dass in den neuen Bundesländern kein Facharztmangel, aber ein Mangel an Allgemeinärzten unmittelbar bevorsteht. Wir müssen davon ausgehen, dass in den nächsten fünf Jahren - ich habe die genauen Prozentzahlen jetzt nicht im Kopf - 30, 40 Prozent der Allgemeinärzte aus Altersgründen aus ihren Praxen ausscheiden und durch Praxisnachfolger ersetzt werden müssen. Von daher haben wir in den neuen Bundesländern ein massives Versorgungsproblem, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung. Das gilt nicht mit derselben Dramatik in der fachärztlichen Versorgung, obwohl auch da Engpässe festzustellen sind.

Die Krankenkassen und wir gemeinsam - das betone ich noch einmal, weil immer der KV allein die Verantwortung in die Schuhe geschoben wird - nehmen eine Bedarfsplanung vor. Wir haben auch gemeinsame Zulassungsinstanzen. Nicht die KV lässt einen Kassenarzt zu, sondern das macht die Selbstverwaltung nach gemeinsam erarbeiteten Kriterien. Sie sagen: „Die KV blockt ab.“ Schauen Sie bitte ins Gesetz: Beide sind verantwortlich. Wenn etwas schief läuft, dann verteilen Sie die Verantwortlichkeit bitte gleichmäßig auf beide Schultern. Das gilt übrigens auch für die Behebung des Versorgungsnotstands in den neuen Bundesländern. Auch da haben wir eine gemeinsame Verantwortung.

Man muss prüfen, wie wir dieser Verantwortung gemeinsam gerecht werden können. Das kann man zunächst einmal dadurch tun, dass man Umsatzgarantien gibt, also finanzielle Anreize bei Zulassungen in den unterversorgten Gebieten setzt, so wie das in der Vergan-

genheit schon einmal geschehen ist. Das wird, glaube ich, auch gemacht. Wenn das nicht hilft, dann kann man durchaus versuchen, das Versorgungsproblem in einer Arztpraxis mit Anstellungen - das ist im Gesetz sogar schon jetzt vorgesehen; § 105 lässt es zu, dass wir Ärzte anstellen - zu lösen und später, wenn der betreffende Arzt merkt, dass die Praxis gut läuft, ihm die Übernahme dieser Praxis anzubieten. Dann kann er aus dem Anstellungsverhältnis in eine freiberufliche Tätigkeit hinüberwechseln. Auch das ist eine Maßnahme, die wir gemeinsam ergreifen könnten.

Wenn es eine Versorgungslücke gibt, gibt es auch die Möglichkeit, Krankenhäuser zu öffnen, also Krankenhausärzte zu ermächtigen, eine fachärztliche Lücke zu schließen. Das geschieht auch. Nur, wir haben in den unterversorgten Ostgebieten nicht genügend Krankenhauskapazitäten. Das heißt, Sie finden kaum Krankenhausärzte, die Sie ermächtigen könnten. Sie finden auch keine Ärzte, die Sie in einem Gesundheitszentrum anstellen könnten.

Wir können dieses Problem, wenn überhaupt, nur gemeinsam lösen. Wir müssen gemeinsame Anstrengungen unternehmen und gemeinsam Finanzmittel zur Verfügung stellen, wobei wir und vor allem die KVen durchaus bereit sind, in den neuen Ländern aus Sicherstellungsfonds die nötigen Finanzmittel aufzubringen. Das ist eine gemeinsame Verantwortung, zu der wir uns bekennen. Diese kann man nicht den Kassen im Wettbewerb allein übertragen. Denn auch die AOK kann nicht allein Ärzte dorthin zaubern. Wenn wir das schon gemeinsam nicht erreichen, wüsste ich nicht, wie das eine Krankenkasse im Einzelvertragssystem lösen sollte. Dies ist ein Problem, das typischerweise nur von allen gemeinsam, und zwar gemeinsam von Krankenkassen und Leistungserbringern, über Sondermaßnahmen zu lösen ist.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Es ist richtig beschrieben worden, dass dies ein Problem ist, das strukturell und regional in unterschiedlicher Intensität und auch in verschiedenen Zeithorizonten besteht. Hieran haben wir gemeinsam, aber auch getrennt mit Analysen gearbeitet. Es ist in der Tat so, dass es in den neuen Bundesländern ein Problem der hausärztlichen Versorgung und weniger der fachärztlichen Versorgung gibt und sich

dies auf einige Regionen konzentriert, in denen auch sonst die Bereitstellung von Infrastruktur schwierig ist. Es stellt sich die Frage, ob die Selbstverwaltung dieses Problem gemeinsam lösen kann.

Ferner ist festzustellen, dass wir deutliche Überversorgung sowohl hausärztlicher Art als auch fachärztlicher Art in den Ballungsräumen haben. Dies gilt es zunächst einmal zu bereinigen und es gilt, einen Ausgleich herbeizuführen. Wir erwarten die konsequente Unterstützung seitens der KVen. Wenn dies mit Maßnahmen ergänzt wird, muss man schauen, ob die vorgesehenen Maßnahmen zureichend sind. Der Katalog an Maßnahmen, den wir teilen, ist von Herrn Hess schon aufgeblättert worden. Es bedarf ein bisschen auch der Unterstützung durch die Gebietskörperschaften und der Landesregierungen, die in der Investitionsbereitstellung und in der Investitionsförderung etwas tun können. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, hilft in der Tat das System der Einzelverträge weiter, um Überversorgung abzubauen. Zusätzliche Einzelverträge können ausgeschrieben und Niederlassungsmöglichkeiten in unterversorgten Regionen geschaffen werden.

Es sollte auch von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, Krankenhäuser gezielt unter Vertrag zu nehmen oder im schlimmsten Fall seitens der Kassen eigene Einrichtungen zu schaffen.

Dieser Katalog an Möglichkeiten steht uns zur Verfügung und wird von uns auch genutzt werden.

SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen) Sie sprachen das Thema Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung in deglomerierten Gebieten, also in ländlichen Gebieten, an. Es ist schon gesagt worden, dass das Thema Entwicklung der Facharztzahlen durchaus unterschiedlich zu sehen ist. Ich möchte in diesem Zusammenhang ein Thema ansprechen, von dem ich glaube, dass es in der Systematik der heute im Gesetzentwurf angelegten Vertragslogik enthalten ist, nämlich dass in deglomerierten Gebieten die Fachärzte den Abschluss von Einzelverträgen mit Blick auf einen Konditionenwettbewerb durchaus deutlich behindern könnten. Das wäre versorgungspolitisch ausgesprochen problematisch, weil sie damit höhere Forderungen durchsetzen

wollen und über eine solche Herangehensweise möglicherweise das Gesamtniveau erhöhen wollen.

Ich sehe diese Gefahr als nicht gering an. Ich sehe diese Gefahr in dem Nebeneinander eines sterbenden Kollektivvertragssystems und eines neuen Systems, das nach und nach wachsen soll, inhärent liegend an. Das wird, wie es hier angelegt ist, nach meiner Auffassung zu einer Überbetonung des Konditionenwettbewerbs führen. Wenn man auf der Anbieterseite mehr Wettbewerb haben will, sind Regelungen erforderlich, die in den Fällen, in denen eine inhaltlich und ökonomisch sinnvolle Weiterentwicklung des Kollektivvertragsrechts nicht möglich sein sollte, kostenneutrale, qualitätsverbessernde und diskriminierungsfreie Einzel- und Arztgruppenverträge ermöglichen. Das ist eine grundsätzlich andere Auffassung, die ich hier zu dem Thema Einzelvertragssystem und Kollektivvertragssystem habe.

Darüber hinaus könnte man, wenn es so sein sollte, wie es jetzt im Gesetzentwurf angelegt ist, auf das zurückkommen, was Herr Dr. Hess schon gesagt hat, nämlich dass man eine gemeinsame Selbstverwaltungslösung in diesen Bereichen anstrebt. Man sollte allerdings auch sehen, inwieweit man stationäre Versorgung partiell in ambulante einbeziehen kann. Das geht bis hin zu den Überlegungen, die Herr Dr. Hoberg gerade angesprochen hat, nämlich eigene Einrichtungen der Kassen zu schaffen.

Im Übrigen bin ich der Meinung, dass sich, wenn solche Tendenzen da sind, die Kassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung sehr eng und schnell zusammensetzen sollten, um diese Probleme zu lösen. Daran sieht man auch, dass das Vertragsrecht, so wie es im GMG jetzt angelegt ist, an und für sich nicht trägt; denn das Nebeneinander eines sterbenden Systems und eines neuen Systems muss zu irreparablen Entwicklungen führen.

Unterbrechung der Sitzung von 17.32 bis 17.45 Uhr.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir beginnen mit der dritten Runde: Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems. Etliche Fragen und Antworten in der zweiten Runde reichten be-

reits in den jetzt aufgerufenen Bereich hinein. Ich wäre den Fragestellern wie den Antwortenden daher sehr dankbar, wenn sie Wiederholungen vermieden. Angesichts der Temperaturen in diesem Saal wäre dies auch ein Beitrag zur gesundheitlichen Prävention. - Es beginnt nun die SPD.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Eine Frage an Professor Lauterbach und an den Spitzenverband der Krankenkassen: In Zukunft wird die erbrachte Leistung, wenn sie mittels des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet wird, zusätzlich an den Zeitaufwand gekoppelt, was die Abrechnungstransparenz erhöht. Können Sie mir bitte die Vorzüge dieser Regelung erläutern?

Des Weiteren gebe ich der AOK die Chance, zu einer Frage Stellung zu nehmen, die von vorhin noch übrig geblieben ist, und den Unterschied zwischen den privaten und den gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich ihrer Verwaltungskosten zu erläutern.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Das Abrechnungssystem, das auch den Zeitaufwand berücksichtigt, verbessert auf der einen Seite die Transparenz, weil man einen Überblick darüber bekommt, wie viele Leistungen in welcher Zeit vom Arzt erbracht worden sind. Auf der anderen Seite führt dieses System indirekt dazu, dass Leistungen, die sehr zeitintensiv sind, besser als in der Vergangenheit vergütet werden, weil technische Leistungen, die nur sehr kurze Zeit in Anspruch nehmen, früher häufig im so genannten Hamsterradsystem vom niedergelassenen Arzt zur Maximierung seiner Einkünfte herangezogen worden sind. Wenn die Zeiten, die für eine Leistungserbringung notwendig sind, einigermaßen gut bekannt sind und dokumentiert wird, wie viele dieser Leistungen erbracht werden, dann sind dem Hamsterradeffekt Grenzen gesetzt.

Ich sehe also drei Vorteile: bessere Transparenz und eine Förderung der sprechenden Medizin sowie eine Durchbrechung des so genannten Hamsterradeffektes, den wir seit Jahren beobachten und beklagen, aber nicht wirkungsvoll bekämpfen konnten.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Wir teilen die Einschätzung, dass ein EBM -

eine Honorierung, die an Zeitwerte anknüpft - eine sehr sachgerechte Lösung für die Abrechnung ärztlicher Leistungen ist. Dies legen wir auch dem gegenwärtig in Abstimmung befindlichen Entwurf für ein EBM in weiten Teilen zugrunde. Mit dieser Regelung wird zweierlei erreicht: erstens eine sachgerechte, auf den Zeitaufwand bezogene Honorierung von Ärzten und zweitens eine Qualitätssicherung, weil hier der Zeitaufwand, den ein Arzt qualitätsgesichert einsetzen soll, zur Grundlage der Honorierung gemacht wird. Darüber hinaus dient eine solche Anknüpfung an die Zeit der Plausibilitätsprüfung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, weil man feststellen kann, ob die Zeiten, die man zunächst für die Honorierung zugrunde gelegt hat, im Tagesprofil auch wirklich auftauchen. In den Verhandlungen haben wir durchaus erlebt, dass man hier mit zweierlei Maß messen wollte. Wir werden aber nicht bereit sein, dies in einer Vereinbarung mitzutragen.

Die Prüfaufwendungen, die wir an dieser Stelle haben, sind für mich ein Anlass, auf die zu anderer Zeit gestellte Frage nach den Verwaltungskosten einzugehen. Die Verwaltungskosten von GKV und PKV sind nur in Grenzen miteinander vergleichbar; im Grunde liegen sie meilenweit auseinander. Der Aufwand, der für die Akquisition betrieben wird, ist zwar auch in der GKV vorhanden, dort aber deutlich niedriger. Dies erklärt einen Gutteil des Verwaltungskostenabstandes zwischen 21 Prozent und 4 bis 5 Prozent. Einen Teil der Verwaltungskosten der PKV trägt im Übrigen die GKV, indem überwiegend sie die Arbeiten im gesamten Vertragsbereich vorstrukturiert, auf die dann die PKV zurückgreifen kann.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine ersten beiden Fragen gehen an die Spitzenverbände der Krankenkassen und Herrn Professor Lauterbach. Das Entgeltsystem im Bereich der niedergelassenen Ärzte wird in Zukunft stärker an Leistungskomplexen und Fallpauschalen ausgerichtet sein. Daneben wird es ergänzend auch weiterhin Einzelvergütungen geben. Wie bewerten Sie diese Regelung? Verfügen die gesetzlichen Krankenversicherungen über ein hinreichendes Instrumentarium, um medizinisch nicht indizierten Fallzahlsteigerungen effizient begegnen zu können?

Meine dritte Frage richte ich an Herrn Dr. Köhler vom Berufsverband der Ärzte für

Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Wie kann künftig die fach- und hausärztliche Vergütung der Kinderärzte gesichert werden?

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Grundsätzlich ist es richtig, dass man das gesamte Spektrum der Abrechnungsmöglichkeiten für Ärzte ausschöpft, wie es auch den bisherigen gesetzlichen Regelungen entspricht. Von daher beurteilen wir die vorgesehenen Regelungen mit deutlicheren Vorgaben, welche Vergütungsformen gewählt werden sollen, durchaus kritisch, weil wir hier die Komplexbildung von Leistungen und die Abrechnung als Fallpauschalen als noch nicht ausreichend getestet ansehen. Wir wollen erst einmal Erfahrungen mit den jetzt in der Abstimmung befindlichen EBM machen. Insbesondere im Hinblick auf Fallpauschalen gibt es zwar Erfahrungen aus dem stationären Bereich; für den ambulanten Bereich ist dies für uns aber noch nicht ausreichend erprobt.

Zur Frage nach unseren Möglichkeiten zur Vermeidung nicht indizierter Fallzahlen: Wir werden versuchen, in EBM-Regelungen ausreichende Nachweise und Indikationspräzisierungen einzubauen, die dann gegebenenfalls im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrolliert werden können. Allerdings ist dies nur ein sehr unzureichendes Kontrollinstrumentarium. Wir benötigen hier die Zusammenführung versichertenbezogener Daten, um eine Steigerung nicht indizierter Fallzahlen wirklich gezielt überprüfen und im Zweifel nachweisen zu können.

Grundsatz sollte aus unserer Sicht sein, dass vom Gesetzgeber der Rahmen abgesteckt wird, nicht aber der Selbstverwaltung direkt vorgegeben wird, welches Vergütungsschema sie zu wählen habe. Diese Festlegungen sollte die Selbstverwaltung selber treffen können.

SV Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Grundsätzlich sind die beiden Abrechnungssysteme Leistungskomplexe und Fallpauschalen in der ambulanten Medizin notwendige Schritte in die richtige Richtung, weil sie helfen, dass überflüssige Einzelleistungen abgebaut werden. Die Einführung dieser beiden Instrumente wird es mit sich bringen, dass die evidenzbasierte Medizin in der ambulanten Versorgung stärker Raum greift. Wenn man solche Leistungskomplexe definiert, ist es notwendig, dass

der einzelne Komplex daraufhin überprüft wird, welche enthaltene Einzelleistung tatsächlich wissenschaftlich gesichert ist und welche nicht. Ein Beispiel: Für die Abklärung von Bluthochdruck haben internationale Leitlinien und große Studien gezeigt, dass die 24-Stunden-Blutdruckmessung von großer Bedeutung ist. Sie wird aber in Deutschland im Rahmen der langfristigen Einstellung eines Bluthochdruckpatienten viel zu wenig durchgeführt. Dies könnte man in einem Leistungskomplex mit verankern, sofern sich die von mir getätigte Aussage bei näherer Prüfung bestätigen lässt.

Hat die Selbstverwaltung und haben insbesondere die Krankenkassen dazu die notwendige Sachkompetenz? In vielen Bereichen ja; ich bin mit Herrn Hess einer Meinung, dass sich der Koordinierungsausschuss in Vorbereitung der Disease-Management-Programme bei der Definition der evidenzbasierten Anforderungen als relativ leistungsfähig erwiesen hat. Ich bleibe aber dabei, dass dies bei weitem kein Zentrum für Qualität in der Medizin substituiert. Aber hinsichtlich der Definition dieser Leistungskomplexe ist dort der notwendige Sachverstand vorhanden und kann bei Bedarf jederzeit durch externen wissenschaftlichen Sachverstand ergänzt werden.

Ich bin in Bezug auf die Frage skeptisch, wie stark die Morbidität der Versicherten bei der Definition solcher Leistungskomplexe berücksichtigt werden soll. Die Gefahr ist, dass man vorhandene Morbidität und nicht die erbrachte Leistung vergütet. Von daher teile ich einige der Vorbehalte, die Herr Hoberg hier gegen die bislang vorgelegten oder in der Diskussion befindlichen Instrumente hat anklingen lassen. Ich sehe aber zu der grundsätzlichen Bewegung hin zur Definition von Leistungskomplexen und Fallpauschalen in der ambulanten Versorgung keine Alternative.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin bilden eine Fachgruppe, die sowohl hausärztlich als auch fachärztlich tätig ist. Deswegen muss ein einheitlicher Bewertungsmaßstab nach den Bestimmungen für Fachärzte auch berücksichtigen, dass wir hausärztlich und fachärztlich tätig sind. Wir meinen daher, dass im Hausarztkapitel eine Untergliederung stattfinden muss, in der das Leistungsspektrum der ge-

samen Pädiatrie dargestellt werden kann. Das pädiatrische Fachärztkapitel muss aus Qualitätsgründen in einen Unterabschnitt für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzweiterbildung gegliedert werden und folgende beiden Kriterien erfüllen: Erstens. Der Zugang ist nur für Ärzte mit abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung möglich. Zweitens. Das Zusatzkapitel enthält gesonderte Leistungsbeschreibungen und Bewertungen für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an den Hausärzteverband. Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz sieht in § 105 Regelungen für die Finanzierung eines Sicherstellungszuschlages vor. Diese Vorgabe begegnet der Besorgnis, dass in einigen Planungsbereichen eine ambulante medizinische Unterversorgung eintreten könnte. Wie schätzen Sie diese Regelung ein, insbesondere die Bindung des Sicherstellungszuschlages an die bereits eingetretene Unterversorgung? Reicht dies aus, um der im hausärztlichen Bereich drohenden Unterversorgung in den neuen Bundesländern zu begegnen?

SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Frau Abgeordnete Volkmer, das reicht nicht aus. Ein Sicherstellungszuschlag sollte an eine drohende und nicht an eine schon zu beobachtende Unterversorgung gebunden sein. Auch reicht nicht der einfache Sicherstellungszuschlag aus; vielmehr ist es erforderlich, den Vergütungsrückstand in den neuen Bundesländern abzubauen. Die Versorgung lässt sich dort nur sicherstellen, indem man die gesamte Vergütung der Vertragsärzte, insbesondere der Hausärzte, daraufhin überprüft, wo sie einen Beitrag zur Unterfinanzierung der neuen Bundesländer leistet. Ein Beispiel ist gerade genannt worden: Wenn ich eine Pauschalvergütung auf der Grundlage von Durchschnittswerten zahle, dann ist dort die Vergütung relativ schlechter, wo die Morbidität höher ist. Die Morbidität ist in den neuen Bundesländern nachweislich höher.

Ferner haben Ärzte in den neuen Bundesländern insbesondere auf dem Land eine größere Notdienstbelastung. Wenn ich nicht die Notdienstvergütung aus der Pauschalierung herausnehme, bezahle ich Ärzte im Osten schlechter. Sie wandern dort ab - dies konnten

wir punktuell beobachten - und nutzen Niederlassungschancen im Westen. Auf diese Weise wird die Unterversorgung im Osten noch dynamisiert.

Im Moment werden im Osten, verglichen mit den alten Bundesländern, nur rund 80 Prozent der Vergütungen gezahlt, obwohl in den neuen Bundesländern 15 Prozent mehr Arbeit zu leisten ist. Angesichts dessen ist durchaus einmal zu überprüfen, ob ein solcher Unterschied mehr als zehn Jahre nach der Wiedervereinigung mit Blick auf das Gleichheitsgebot überhaupt noch verfassungsgemäß ist.

Insbesondere auf dem Lande droht ein Mangel an Hausärzten, weil das Durchschnittsalter der Ärzte in den neuen Bundesländern zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung höher als im Westen war. Aus Zeitgründen kann ich jetzt keine konkreten Zahlen nennen. Aber die ärztliche Zentralstelle für Statistik von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, deren Vorsitzender die Situation im Osten gut kennt, weil er dort geboren ist, wird die Zahlen beisteuern können. Im Übrigen haben wir uns darauf auch vorbereitet.

Hinzu kommt, dass Ärzte im Osten nach Auskunft von zwei großen Banken, die dort besonders viele Kredite ausgereicht haben, höher als im Westen verschuldet sind, sodass aufgrund des Vergütungsrückstandes im Osten auch die Zahl drohender Insolvenzen größer ist.

Aus alledem ergibt sich, dass das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern stufenweise, gleichwohl aber kurzfristig auf das Niveau der alten Bundesländer angehoben werden muss.

Eine Differenzierung der pauschalierten Gesamtvergütung nach Morbidität - hier widerspreche ich Herrn Lauterbach teilweise - halten wir für zwingend erforderlich. Wo die Morbidität mangels verfügbarer Indizes nicht gemessen werden kann, sollte man hilfsweise eine altersgeschichtete Pauschalvergütung nehmen.

Man sollte aber immer nur 60 bis 70 Prozent der Vergütung pauschalieren, damit man die Möglichkeit hat, dem Notfalldienst, der Technik und vor allen Dingen dem Stadt-Land-Unterschied mit unterschiedlichen Vergütungen begegnen zu können. Die Versorgung wird nun einmal in der Stadt wesentlich intensiver zwischen Fachärzten und Hausärzten geteilt,

als dies auf dem Lande der Fall ist. Diesen unterschiedlichen Arbeitsbelastungen muss man durch eine entsprechend differenzierte Vergütung Rechnung tragen. Dabei sollten Mittel aus dem Risikostrukturausgleich verwendet werden. Dieser sollte dann auch für die ambulante Versorgung nach § 313 a zugelassen werden.

Lassen Sie mich abschließend darauf hinweisen, dass wegen der großen Zahl der Verordnungen durch Hausärzte, die aufgrund von Facharztbriefen induziert werden, der Regressdruck bei Arzneimitteln im Osten Deutschlands besonders hoch ist. Auch dieses Problem wird gelöst. Aber ich sehe gerade, dass zu dem Problem mit § 106 noch eine gesonderte Fragenrunde kommen wird. Deshalb möchte ich das nicht weiter ausführen.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Hermann und an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Wie Sie wissen, wird der Bewertungsausschuss erstmalig aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2004 sachgerechte Abstufungsregelungen für Behandlungsleistungen, welche im niedergelassenen Bereich häufig erbracht werden, zu entwickeln. Dadurch sollen, wie wir alle wissen, Fehlanreize möglichst vermieden oder zumindest gemindert werden. Deswegen frage ich, welche Steuerungseffekte die so genannten Abstufungsregelungen haben sollen.

SV Dr. Christopher Hermann: Solche Regelungen müssen natürlich rechtssicher sein. In der Vergangenheit ist wiederholt versucht worden, solche Regelungen in diesem Bereich einzuführen. Es ist aber nicht gelungen. Insofern ist der Ansatz, der im Gesetzentwurf vorgesehen ist, richtig. Was man damit erreichen möchte, ist klar: Man will einen Übereinsatz in diesem Bereich durch effiziente Abstufungsregelungen verhindern. Die Fixkosten müssen zwar weiterhin abgedeckt werden. Aber es müssen keine zusätzlichen Profite gesichert werden. Dadurch erzielt man den Effekt, dass Leistungen im notwendigen Umfang angeboten und erbracht werden. Das ist - theoretisch - sehr schön gesagt, in der Praxis aber äußerst schwer umzusetzen. Wir kommen auf jeden Fall nicht darum herum, auch in diesem Bereich diesen Weg zu beschreiten.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Wir sehen in den Möglichkeiten zur Abstufung einen Weg, der betriebswirtschaftlich begründet ist. Hinsichtlich der Steuerungswirkung bleiben Abstufungsregelungen aber deutlich hinter den Möglichkeiten von Praxisbudgets zurück. Daher lautet unsere Forderung, dass die Möglichkeit von Praxisbudgets nach wie vor im Gesetz enthalten sein sollte und dass Abstufungsregelungen nur in zweiter Linie greifen sollten.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage geht an Herrn Professor Lauterbach. In Zukunft wird die Vergütung der Leistungen im niedergelassenen Versorgungsbereich durch feste Punktwerte innerhalb eines Regelleistungsvolumens erfolgen. Erstens. Wie bewerten Sie diesen Sachverhalt grundsätzlich? Zweitens. Kann das durch Veränderungen bei der Morbidität berücksichtigt werden? Wie ist diese objektiv feststellbar? Welche positiven Auswirkungen hätte das auf die neuen Bundesländer? Drittens. Wäre dies in einem Kollektivvertragssystem handhabbar?

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Erstens. Grundsätzlich ist es natürlich wünschenswert, dass mit festen Punktwerten gearbeitet wird. Das kann aber nur funktionieren, wenn es jenseits der Regelleistungsvolumina deutliche Abstufungen gibt. Zweitens. Es ist im Prinzip möglich, dies mit der morbiditätsorientierten Versorgung in der ambulanten Medizin zu kombinieren. Man muss aber einräumen: Fertige Konzepte gibt es noch nicht. Daher ist diese Möglichkeit zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer bewertbar. Drittens. Die Einbringung in ein Kollektivvertragssystem ist nicht unproblematisch. Aber das ist der Tatsache geschuldet, dass ein solches System schon grundsätzlich nicht unproblematisch ist, weil es immer wieder Anreize für eine Hamsterradmedizin gibt. Der Hamsterradmedizineffekt - das bedeutet, dass man für ein Kollektiv ein fixes Budget zur Verfügung hat - kann sogar beschleunigt werden, wenn die Abstufung jenseits der festen Punktwerte nicht gelungen ist, wenn also die so genannten variablen Kosten niedriger sind als das, was der abgestufte Punktwert noch einbringt. Die kurze, zusammenfassende Antwort lautet also: Es ist möglich, dies mit der Morbidität zu ver-

knüpfen. Aber eine gut funktionierende Lösung muss erst noch erarbeitet werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In Zukunft soll der Maßstab für die Honorarverteilung zwischen den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam vereinbart werden. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Die gesetzliche Krankenversicherung hat über lange Zeit gefordert, bei der Honorarverteilung mehr Mitspracherechte zu erhalten. Mit der vorgesehenen Regelung wird dies eingelöst. Allerdings muss man sehen, dass dies nicht unproblematisch ist, da die Gesamtvergütung nicht in den gemeinsam abgeschlossenen einheitlichen Gesamtverträgen, sondern kassenspezifisch geregelt ist. Wir sollten daher - das ist unser Vorschlag - zu einer Regelung in Ergänzung des im Gesetzentwurf vorgesehenen kommen, die den Krankenkassen die Möglichkeit gibt, an der Honorarverteilung mitzuwirken, die ihnen aber auch die Möglichkeit einräumt, in Abstimmung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung auf dieses Recht bedingt zu verzichten.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Nach wie vor zahlen die Krankenkassen - mit entlastender Wirkung - die Gesamtvergütung. Daher war es bisher Aufgabe der KVen, auch die Verteilung der Honorare zu übernehmen. In dem Augenblick, in dem der Honorarverteilungsmaßstab auf die Ebene des Gesamtvertrages gehoben wird, stehen die Krankenkassen zwar in der Verantwortung der Verteilung, aber nicht in der adäquaten Finanzierung. Deswegen sehen wir hier Probleme.

Abg. Peter Dreßen (SPD): In der Frage, die die Kollegin Volkmer vorhin dem Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes gestellt hat, ging es darum, dass der vorliegende Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes in § 105 Regelungen für die Finanzierung des Sicherstellungszuschlags vorsieht. Herr Dr. Hermann, mich interessiert, ob Sie

mit dem übereinstimmen, was Herr Professor Kossow ausgeführt hat, oder ob Sie eine andere Vorstellung haben.

Ich möchte auch noch eine Auskunft von Herrn Professor Sawicki. In Zukunft erhält das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Möglichkeit, Entscheidungsprozesse im Bewertungsausschuss mittels Fristsetzung voranzubringen. Gegebenenfalls kann auf eine Beschlussfassung durch den erweiterten Bewertungsausschuss hingearbeitet werden. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband) Herr Abgeordneter, vielen Dank für Ihre Frage, die sich nahtlos an die Frage nach dem HVM und der Mitbestimmung anschließt. Es gibt bislang zwei wichtige Bestandteile für die Sicherstellung der KVen.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Es ist in Ordnung, wenn Sie mit Herrn Kossow übereinstimmen. Mir ging es aber um die Unterschiede.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Nein, wir stimmen nicht überein.

Ich möchte aber einleitend sagen - damit es uns gemeinsam klar wird -, dass es darum geht, dass die KVen ihre Funktionen erfüllen. Nach dem Vorschlag von Herrn Kossow sollen wir, die Krankenkassen, beim HVM mitreden und uns an der Finanzierung der Sicherstellungszuschläge beteiligen, die bis jetzt allein über den HVM, also über die Vergütungen, die wir im Rahmen des Gesamtvertrags an die Ärzte zahlen, finanziert werden. Sie gehen damit an die Grundfesten der KVen heran. Wenn die Kassen das mitfinanzieren sollen, dann stellt sich die Frage, wozu wir überhaupt noch KVen brauchen. Mit Ihrem Vorschlag stellen Sie die KVen infrage; denn wenn diese geplante Regelung umgesetzt wird, sprechen wir zukünftig beim HVM mit und finanzieren die Unterversorgung mit, die man genauso gut über Zuschläge finanzieren könnte. Eine hauptsächliche Funktion der KVen ist es aber, Unterversorgung entgegenzuwirken. Ich wundere mich deshalb, dass der berühmte Uckermark-Fall, ein Beispiel für Unterversorgung, immer wieder ins Gespräch gebracht wird; denn das ist gleichzeitig ein Beispiel für das aktuelle Ver-

sagen der KVen. Das muss man einfach feststellen.

Wir sind gerne bereit, das alles unter dem Aspekt mitzutragen, dass dies ein weiterer Schritt hin zur Verzichtbarkeit der KVen ist. Ob Sie in der Politik damit gut beraten sind, weiß ich nicht. Aber Sie können nicht die Rechte der KVen erhalten und die Pflichten auf die Kassen abwälzen.

Zusammenfassend stelle ich fest: Der Sicherstellungszuschlag kann ein wirksames Instrument sein, wenn er vernünftig gehandhabt wird. Er hat jedenfalls im Westen Deutschlands weitgehend funktioniert. Ich halte es auch für vernünftig, Kassenärzten, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen, in den ersten fünf oder sechs Jahren Umsatzgarantien zu geben. Das alles funktioniert, wie die Erfahrungen im Westen Deutschlands gezeigt haben. Ich würde allerdings nicht so weit wie Herr Kossow gehen, der, wenn ich ihn richtig verstanden habe, die Vergütungsunterschiede, die er noch sieht - ich frage mich, wo er noch welche sieht; das sollte er belegen -, auf Dauer finanzieren möchte. Bei den KVen funktioniert es jedenfalls leidlich. Die Uckermark scheint ein Fall zu sein, in dem die zuständige KV versagt.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn von Stackelberg im Wesentlichen an. Ich möchte nur folgenden Aspekt hinzufügen: Nach § 105 des SGB V können die KVen seit annähernd 30 Jahren die Sicherstellungszuschläge über Sicherstellungsfonds finanzieren. Das haben sie bis in die 80er-Jahre hinein auch getan. Aber seitdem ist die Sicherstellung offenbar nur noch eine Sache des schönen Wetters. Jetzt sollen die Kassen mit ins Boot geholt werden.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Ich sehe mich nicht in der Lage, darauf valide zu antworten.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Ich habe eine Frage an den Vertreter des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken, Herrn Westphal. Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung der Vergütungspraxis in der medizinischen Rehabilitation vor?

SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.): Das ist jetzt ein Themenwechsel. Ich versuche, es kurz zu machen. Dieses Thema passte an keine andere Stelle in diesem Anhörungsverfahren.

Die medizinische Rehabilitation ist nach SGB IX eine eigenständige Säule im Gesundheitssystem und gleichzeitig der einzige Leistungsbereich, der bislang ohne ein geregeltes Instrumentarium zur Preisfindung auskommen muss. Ich nenne zwei Gründe, warum wir aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken ein Preissystem in der Rehabilitation benötigen. Zum einen gibt es bislang eine zu große Abhängigkeit von den Kostenträgern bzw. den Leistungserbringern. Zum anderen gibt es eine Schnittstellenproblematik. Durch die Einführung von DRGs - das wird allgemein erwartet - werden Kosten und Leistungen in den nachgeordneten Versorgungsbereich, also in die Rehabilitation verlagert. Um die Schnittstelle zu definieren, brauchen wir eine Klassifikation der Leistungen in der Rehabilitation. Dabei wird es darum gehen, dass man einerseits die Leistungen beschreibt - in der Rehabilitation gibt es bislang nicht die notwendige Transparenz; es geht also um die Frage, was wir in der Rehabilitation überhaupt machen - und dass man andererseits Qualitätsstandards festlegt, über die bislang viel geredet wird, die aber bislang niemand definiert hat.

Konkret umsetzen könnte man das wie folgt: Man könnte im Rahmen des jetzigen Gesetzgebungsvorhabens § 21 des SGB X neu fassen. Wir brauchen verpflichtende Verhandlungen auf der Ebene der Spitzenverbände über angemessene Vergütungen in der Rehabilitation. Es müsste dann - selbstverständlich in einem längeren Prozess - ein eigenständiges Klassifikationssystem entwickelt werden, auf dessen Grundlage später ein Preissystem aufbauen könnte. Ob es sich dabei um Fallpauschalen oder um eine andere Systematik handelt, muss sich erst noch herausstellen. Es gibt hierzu Vorarbeiten. Ich weiß, dass ein solcher Prozess Jahre dauern wird. Aber ich denke, man sollte beginnen, Grundlagen zu schaffen, und dies, wie ich vorgetragen habe, in dem geplanten Gesetzesvorhaben verankern.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Mir geht es um die Beantwortung der Frage, die Herr Professor Sawicki vorhin nicht beantwortet hat. Vielleicht können Herr Dr. Hermann oder Herr

Professor Lauterbach weiterhelfen. Meine Frage lautet: In Zukunft erhält das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Möglichkeit, Entscheidungsprozesse im Bewertungsausschuss mittels Fristsetzung voranzubringen. Gegebenenfalls kann auf eine Beschlussfassung durch den erweiterten Bewertungsausschuss hingearbeitet werden. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Christopher Dr. Hermann: Ich beantworte die Frage gerne, weil sie an das anschließt, über das heute Morgen kontrovers diskutiert worden ist. Es geht hier um einen Bereich, in dem der Bewertungsausschuss Regelungen der GKV-Reform 2000 nicht umsetzen konnte, weil man sich in der gemeinsamen Selbstverwaltung gegenseitig blockiert hat. Das haben wir zum einen bei der Einführung veranlasserbezogener Vergütungsregelungen für medizinisch-technische Großgeräte und zum anderen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, bei der BEMA-Reform, erlebt. Nach der GKV-Reform 2000 bestand für den damaligen BMG erstmalig die Möglichkeit, den erweiterten Bewertungsausschuss anzurufen. Das musste er dann auch tun, weil die Selbstverwaltung nicht im zeitlichen Rahmen fertig wurde. Das Ergebnis war, dass uns - mit einer Verzögerung von zweieinhalb Jahren - seit dem 3. Juni dieses Jahres die entsprechenden Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses vorliegen.

Das macht deutlich, dass die Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung immer wieder an Grenzen stoßen, weswegen es schwierig ist, den notwendigen Regelungen wirklich Taten folgen zu lassen. Die heute Morgen immer wieder angeführte Stärkung der Selbstverwaltung kann dadurch herbeigeführt werden, dass der Rechtsverordnungsgeber - das ist aus meinen bisherigen Ausführungen bereits deutlich geworden - Ersatzvornahmemöglichkeiten schafft.

Abg. Hildegard Müller (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach die Spaltung des Sicherstellungsauftrags zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen auf das ärztliche Vergütungs- und Abrechnungssystem aus? Gilt die in § 87

dieses Gesetzentwurfs vorgesehene Neustrukturierung bei EBM auch für die fachärztliche Versorgung?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Dieser Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen mit den Fachärzten freiwillige Vergütungen vereinbaren. Dabei würden die Richtlinien des Bundesausschusses noch gelten; man kann aber von einem einheitlichen Bewertungsmaßstab abweichen. Wir machen uns die Hoffnung, dass wir insbesondere hinsichtlich einer qualitätsgesicherten Vergütung Entwicklungsmöglichkeiten und Chancen nutzen können, die wir in diesem Maße heutzutage nicht haben. Wir glauben, dass dieser Punkt zum Vorteil der Versicherten ist.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Zunächst einmal möchte ich darauf hinweisen, dass das gesamte Abrechnungs- und Vergütungssystem der Verwaltung teuer wird, weil man zwei parallele Strukturen aufbauen muss: die mit den Abrechnungen, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die noch zugelassenen Vertragsärzte erfolgen, verbundene Struktur und eine genauso gestaltete Struktur im Einzelvertragssystem.

Auch dieser Gesetzentwurf lässt viele Fragen offen. Ich erinnere hier nur an die mit dem bekannten Fremdkassenzahlungsausgleich verbundenen Regelungen. Dass ein Versicherter nach dem Sachleistungsprinzip bundesweit ärztliche Dienste in Anspruch nehmen kann, ist über das Einzelvertragssystem nicht gewährleistet.

Sie haben danach gefragt, inwieweit EBM für Fachärzte noch von Bedeutung ist. Dazu muss man schlicht und ergreifend sagen: Solange es noch einen einzigen Orthopäden in einer Kassenärztlichen Vereinigung gibt, wird man EBM haben müssen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Herr Dr. Fedderwitz, wir haben gerade von Herrn Dr. Hermann gehört, in welchem Umfang sich die Selbstverwaltungskräfte insbesondere im Bewertungsausschuss lahm gelegt

haben. Wie stellt sich dieser Sachverhalt aus Ihrer Sicht dar?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Dr. Salfeld. Wie sollten die aus Ihrer Sicht wünschenswerten neuen sektorübergreifenden Versorgungsformen und Versorgungsstrukturen - integrierte Versorgung, Gesundheitszentren, strukturierte Behandlungsprogramme - in einem ambulanten Vergütungssystem abgebildet werden? Wie kann man sicherstellen, dass die Morbidität und somit die notwendige Behandlungsintensität eines Patienten in einem solchen Vergütungssystem angemessen berücksichtigt werden, sodass eine Risikoselektion durch die Leistungserbringer auf der einen Seite oder durch die Kostenträger auf der anderen Seite vermieden wird?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Eigentlich hätte Professor Neubauer diese Frage beantworten sollen; denn er ist der Vorsitzende des Bewertungsausschusses. Es könnte sein, dass sich hinter den Äußerungen von Herrn Hermann ein latenter Vorwurf verbirgt.

Tatsache ist - ich sage es einmal salopp -: Der Gesetzgeber hat es sich mit einer etwas weltfremden Zeitvorgabe sehr einfach gemacht. Wer weltfremde Zeitvorgaben macht, der darf sich nicht wundern, dass man keine seriösen Ergebnisse vorlegen kann, da man nicht fertig wird.

Ich möchte noch auf den Aufgabenbereich, der sowohl den Krankenkassen als auch den Zahnärzten übertragen werden soll, eingehen. Wir sollten eine präventionsorientierte Zahnheilkunde im zahnärztlichen BEMA implementieren. Eine präventionsorientierte Zahnheilkunde sollte auf einem wissenschaftlichen Fundament aufbauen. Wir haben heute Morgen etwas über die Problematik von Leitlinien und über ihren Qualitätscharakter gehört. Eine solche Arbeit - wir haben diese Arbeit zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sehr ernsthaft betrieben - braucht ihre Zeit.

Man hat versucht, durch Zeitstudien dieses Problems Herr zu werden. Das geschah auch, weil man innerhalb und unterhalb der verschiedenen Leistungsbereiche neu zu relationieren hatte. Beide Seiten, die Krankenkassen und wir, mussten erst einmal Zeitstudien

durchführen. Dabei war es letztlich sogar unerheblich, ob wir uns, was das Studiendesign angeht, auf eine Studie verständigen können oder ob beide Seiten ihre Hausaufgaben getrennt machen. All das war kein Beiwerk, sondern Grundlage. Angesichts dessen nimmt es nicht wunder, dass es seine Zeit braucht, eine derartige Mammutaufgabe ernsthaft zu betreiben.

Ich fasse zusammen: Man kann seine Aufgaben gut erledigen, wenn die Zeitvorgaben stimmen. Wenn die Korsettstangen zu eng sind, dann darf man sich nicht wundern, wenn Zeitvorgaben nicht eingehalten werden.

SV Dr. Rainer Salfeld: Ich möchte zunächst auf die Frage nach der Abbildung neuer sektorübergreifender Versorgungsformen eingehen. Das heutige kollektive Abrechnungssystem funktioniert über Kopfpauschalen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen schütten das eingesammelte Geld im Rahmen einer einheitlichen Honorierung an die Leistungserbringer aus. Der Aufbau eines Parallelsystems zur Schaffung neuer Versorgungsformen funktioniert relativ gut, wenn man Patientenkollektive ausgliedert. Es geht also um die Schaffung von Einschreibemodellen, mit denen den Patienten angeboten wird, sich einer anderen Versorgungsform anzuschließen, um sich dann nur dort behandeln zu lassen.

Damit verbunden ist der große Vorteil, dass man die Kopfpauschale, die auf ein bestimmtes Patientenkollektiv entfällt, von den Mitteln, die der KV zur Verfügung stehen, abziehen kann. Damit verbunden ist der Nachteil, dass man zwei Systeme parallel bedienen muss. Ein anderer Vorteil ist, dass man neue Versorgungsformen ausprobieren kann. Auf jeden Fall ist eine relativ saubere Abgrenzung möglich.

In Bezug auf den im GMG enthaltenen Vorschlag ist noch nicht erläutert worden, wie das Einzelvertragssystem auf der Ebene zwischen den Kassen und der KV funktionieren soll. Eigentlich müsste man konsequent sein und sagen: Jeder Patient, der sich in einem Einzelvertragssystem, beispielsweise im System der Einzelvertragsärzte der AOK, einschreibt, scheidet aus dem KV-System automatisch aus und seine Kopfpauschale wird übertragen bzw. bei der KV abgezogen. Wenn das in einem begrenzten Umfang geschieht, dann ist damit

der Nachteil verbunden, dass man ein recht komplexes System aufbauen muss, um für den Fall, dass ein Patient doch einen KV-Arzt aufsucht, einen Ausgleich zwischen den Einzelvertragssystemen und dem KV-System herbeizuführen.

Solche Querausgleichssysteme gibt es schon. Sie haben nie gut funktioniert, Stichwort Fremdkassenausgleich. Man bürdet sich damit einen erheblichen administrativen Aufwand auf. Zumindest ist das, was man vorhat, nicht unmöglich.

Ich halte es für sehr schwierig - eine Diskussion darüber wurde in letzter Zeit schon geführt -, die Ärzte aus dem KV-System einfach auszugliedern, indem man das Honorarvolumen, das ein Arzt im Vorjahr erwirtschaftet hat, aus den Mitteln, die einer KV zufließen, pauschal herausnimmt. So etwas würde möglicherweise im ersten Jahr funktionieren, wenn das Honorarvolumen ähnlich ist. Auf die Dauer kann sich das Honorarvolumen aber ändern, beispielsweise wenn ein Arzt aus dem System nach zwei Jahren krankheitsbedingt ausscheidet. Man müsste dann überlegen, ob man das entsprechende Honorarvolumen einer KV zuführt, weil die Patienten, die dieser Arzt versorgt hat, weiterhin versorgt werden müssen, was im Zweifelsfalle im KV-System passiert.

Noch schwieriger wäre es mit Ärzten, die neu in das System kommen; denn sie haben im Vorjahr kein Honorar erhalten. Es würde sich dann die Frage stellen, wie man den potenziellen Umfang der Leistung eines solchen Arztes bemisst, wenn man auf der Arztseite Ausgliederungen vornehmen möchte.

Aus meiner Sicht besteht der einzige Weg, Parallelsysteme aufzubauen, darin, Einschreibemodelle zu definieren - das kann in Hinblick auf Arztnetze, integrierte Versorgungsformen, parallele Leistungsstrukturen einzelner Kassen oder Kassenkollektive geschehen - und diese Modelle gesetzlich zu verankern, damit die entsprechenden Systeme geschaffen werden können.

Ich habe eben erwähnt, dass der Aufwand nicht unerheblich ist. In den USA wird heute - viele von Ihnen haben die entsprechende Diskussion verfolgt - eine Rückkehr zum Kollektivvertragssystem angedacht. Das Kollektivvertragssystem in Kanada kommt mit sehr niedrigen Verwaltungssätzen aus. In den USA gibt es ein

flächendeckendes Einzelvertragssystem. Dort steht jeder Leistungserbringer mit jeder Kasse gewissermaßen in einem Verhältnis. Würde dieses System in Deutschland installiert, verbunden mit denselben administrativen Kosten - das müsste nicht unbedingt so sein -, käme es zu Mehrkosten von 25 Milliarden Euro. Das amerikanische System erstickt in Administration. In den USA diskutiert man daher darüber, ein ähnliches Kollektivvertragssystem wie in Kanada einzuführen, um mit den frei werdenden Mitteln für 40 Millionen Amerikaner Leistungen zu finanzieren, die dem System nicht angehören. Man muss abwägen, ob der Gewinn, der sich aus dem Einstieg in die Einzelvertragssysteme ergibt, den Aufwand im administrativen Bereich ausgleicht.

Eine Alternative könnte darin bestehen, die Fehler des bestehenden Kollektivvertragssystems, die es ohne Zweifel gibt, zu kompensieren. Man kann sicherlich viele Dinge verbessern. Ich möchte die Situation mit folgendem Bild verdeutlichen: Es geht darum, ob man den defekten Motor eines Autos repariert oder ob man einen zweiten Motor einbaut.

Die Vorschläge der Vorlage der CDU/CSU sind zumindest einfacher zu realisieren; denn wenn man sie umsetzt, verlässt man das Kollektivvertragssystem zunächst einmal nicht. Was die weiteren Folgen angeht, müsste man die Patienten auf dem Wege von Einschreibemodellen aus dem bestehenden System ausgliedern.

Ich möchte auf die Frage nach der Morbidität antworten. Es ist sicherlich unstrittig, dass sich die Morbidität der Bevölkerung aufgrund der Verschiebung der Alterspyramide verändert. Diese Veränderung sollte eigentlich auf zwei Ebenen von Bedeutung sein.

Erstens: auf der Ebene der Gesamtvergütungen. Dabei geht es um die Frage, welche Mittel das System eigentlich braucht, um die veränderte Morbidität abzubilden.

Zweitens: auf der Vergütungsebene. Dabei geht es um Mengenbegrenzungen. In dieser Hinsicht ist die Einführung eines Morbiditätsmaßstabs verhältnismäßig einfach zu bewerkstelligen. Herr Professor Lauterbach sagte eben - darin gebe ich ihm Recht -, das sei auf der Ebene der Praxis schwierig, weil derjenige, der eine Diagnose stelle, möglicherweise auch derjenige sei, der hinterher abrechne. Beim

Abrechnen falle einem manchmal vielleicht etwas auf, was einem sonst nicht aufgefallen wäre.

Morbiditätselemente im EBM sind im Einzelfall dort sinnvoll, wo sie an harte Kriterien - Alter, bestimmte Labormesswerte und Ähnliches - geknüpft sind. Dort, wo man Morbidität beispielsweise ganz allgemein über die Kategorien „leicht“, „mittel“ und „schwer“ einzuordnen oder am Vorhandensein von Rückenproblemen festzumachen versucht, kommt es zu einem enormen Upgrading. Das kann dem System nicht gut tun. Von daher ist die morbiditätsorientierte Vergütung aus meiner Sicht in Teilbereichen des EBM - vielleicht bei 20 oder 30 Prozent - sinnvoll, und zwar wenn sie an die flächendeckende Einführung einer Mengenbegrenzung auf Gesamtvergütungsebene geknüpft ist.

Abg. **Monika Brüning** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Vertreter der KBV. Welche Auswirkungen erwarten Sie aufgrund der Einführung des Hausarzt systems, wenn künftig zusätzlich zur nach Komplexgebühren und Fallpauschalen erfolgenden Vergütung der fachärztlichen Leistungen regelmäßig Fallpauschalvergütungen für den Hausarzt fällig werden?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal liegt die Vermutung nahe, dass dadurch, dass den Hausärzten eine Kopfpauschale und den Fachärzten Komplexgebühren und Fallpauschalen gezahlt werden, für die Hausärzte ein besonderer Anreiz geschaffen wird - er hat aufgrund der Erstbehandlung des Patienten schon Geld bekommen -, seine Leistungen zu minimieren und ein „Facharztüberweisungskarussell“ in Gang zu setzen. Wir treten deswegen nachdrücklich dafür ein, die hausärztlichen Leistungen, die ein Hausarzt aufgrund der Kopfpauschalen zu erbringen verpflichtet ist, festzuschreiben.

Es darf einem Hausarzt nicht ohne weiteres möglich sein, seine Vergütung dankend anzunehmen, obwohl die Fachärzte nach der Überweisung die eigentlichen Leistungen erbringen. Das muss man verhindern. Es muss gelingen, die notwendigen flankierenden Regelungen zu treffen. Die entsprechenden Modelle verhelfen

uns noch nicht zu den nötigen Erfahrungen. Wir brauchen Zeit.

Aus unserer Sicht ist es ganz wichtig, dass die inhaltlichen Gegebenheiten beschrieben werden und dass gleichzeitig qualitätssichernde Maßnahmen beschlossen werden. Trotz aller Erfahrung, die wir haben, betone ich: Uns fehlen in diesen Bereichen Praxiserfahrungen. Es gibt zu viele Schlupflöcher, die man früher nicht gesehen hat. Das geplante System ist grundsätzlich möglich und sinnvoll. Bevor es flächendeckend eingeführt werden kann, muss man aber genug Zeit zur Erprobung gehabt haben.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Entscheidend ist, dass die Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbe reich durch den Patienten-Arzt-Kontakt angestoßen wird. In diesem Bereich stimmen die Patienten mit den Füßen ab. Wenn es dazu kommt, dass ein Hausarzt ausschließlich an Fachärzte überweist, dann würden ihn viele Patienten gar nicht mehr aufsuchen. Insofern besteht die angesprochene Gefahr überhaupt nicht.

Allerdings wird ein strukturiertes Überweisungssystem nötig sein, das sicherstellt, dass die Behandlung eines Patienten in der jeweiligen Versorgungsebene verbleibt. Die anstehende Reform der Gebührenordnung kann in diesem Zusammenhang durchaus sinnvolle Anreize schaffen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Vertreter der KBV. Welche grundsätzlichen Auswirkungen hat die Neustrukturierung der Honorarverteilung in den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Vergütung der Vertragsärzte? Sehen Sie ein Einsparpotenzial im Gesamtsystem?

Die Vertreter der KBV und der Krankenkassen möchte ich fragen, was sie von dem Vorschlag von Herrn Salfeld, den wir eben gehört haben, halten.

Herr Lauterbach, welchen Zeitraum halten Sie für angemessen, um die Ost-West-Angleichung der Honorare der Ärzte vorzunehmen?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Durch die Beibehaltung der Trennung der Vergütung in einen hausärztlichen Versorgungsbereich und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich wirken sich die Änderungen beim Einzelvertragssystem primär auf die fachärztliche Vergütung aus. Da man nicht weiß, ob sich die Patienten an einen zugelassenen Vertragsarzt oder an einen Vertragsarzt im Einzelvertragssystem wenden, wird die Leistungsmenge im fachärztlichen Versorgungsbereich nach unseren Prognosen größer werden, wodurch die Vergütung kleiner wird.

Wir können derzeit insbesondere die Effekte der Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen auf die übrige fachärztliche Vergütung nicht abschätzen. Aber auch was dieses Gebiet angeht, ist von einem deutlichen Punktwerteverfall auszugehen.

Was Ihre Frage angeht: Die Vorschläge von Herrn Salfeld sind sicherlich zu begrüßen. Wir unterstützen den Ansatz, den Aspekt der Morbiditätsorientierung bei der Bemessung der Honorare zu berücksichtigen. Entsprechende Verfahren werden derzeit erarbeitet und in den Bewertungsausschuss eingebracht.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband) Die Entstehung der Gesamtvergütungen ist historisch begründet. Zum Zeitpunkt der Einführung der Gesamtvergütungen wurde über die Kopfpauschalen der Versorgungsbedarf der einzelnen Kassen und der einzelnen Versichertenbestände richtig abgebildet. Durch Wanderungen zwischen den Krankenkassen und durch das Altern von Versichertenbeständen haben sich in der Tat Verschiebungen ergeben, die sich in unterschiedlichen Vergütungsstrukturen, in Punktwertestrukturen und in Honorarverteilungsmaßstäben niederschlagen.

Es gibt auf diesem Gebiet durchaus Erörterungsbedarf. Darüber haben wir mit der KBV bereits mehrfach gesprochen. Wir haben sehr klar Position bezogen: Eine Änderung im Vergütungsbereich muss mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verzahnt sein; erst einmal muss es gelingen, den Versorgungsbedarf auf der Einnahmeseite der Krankenkassen zu justieren; alles andere be-

deutet eine massive Benachteiligung der Versorgungskassen.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich kann mich den Äußerungen von Herrn Hoberg eigentlich nur anschließen. Ich habe dem nichts hinzuzufügen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Wenn ich mich recht erinnere, ist nach dem Zeitraum für die Angleichung der Honorare der Ärzte in Ost und West gefragt worden.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Diese Angleichung kann nicht pauschal beurteilt werden, sondern muss im Vergleich mit den Kosten in den Versorgungsregionen gesehen werden. Wenn man Kosten und Honorare ins Verhältnis setzt und dies dann wiederum zu den allgemeinen Einkünften in Ost und West ins Verhältnis setzt, dann ergibt sich ein Gesamtbild. Ich persönlich bin der Meinung, dass dieser Angleichungsprozess vorangetrieben werden sollte, kann aber keine Jahreszahl nennen, bis zu der er abgeschlossen sein sollte. Das hängt davon ab, wie sich die Entwicklung der Kosten und der allgemeinen Löhne auch im Osten darstellt.

Abg. **Barbara Lanzinger** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die KBV. Erstens. Bilden die bisherigen Gesamtvergütungen, die auch Basis der künftigen Vergütung sein sollen, die Morbidität der Versicherten der verschiedenen Kassen noch zutreffend ab? Zweitens. Wie könnte Ihres Erachtens eine Anpassung der Vergütungen an die unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen erfolgen und ist dies mit dem vorgelegten Gesetzentwurf möglich?

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Ich stelle diesen Zusammenhang noch einmal dar: Wir gehen davon aus, dass sich bei den Gesamtvergütungen, die historisch gewachsen sind, durchaus Anpassungsnotwendigkeiten zeigen können, dass diese aber noch zu analysieren sind und dass eine Anpassung, soweit eine morbiditätsorientierte Vergütung erfolgen soll, nur Hand in Hand mit dem in Vorbereitung befindlichen morbiditätsorientierten Risi-

kostrukturausgleich vorgenommen werden kann. Wir sind ab diesem Zeitpunkt bereit, entsprechenden Gesetzesvorhaben positiv gegenüberzustehen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEF): Aus Sicht der Ersatzkassen möchte ich noch einen speziellen Aspekt hinzufügen. Herr Hoberg hat ja schon richtig dargestellt, dass die jetzigen Gesamtvergütungen historisch gewachsen sind. Das gilt auch für die Ersatzkassen. Die Ersatzkassen zahlen in Teilbereichen bekanntlich erheblich mehr als andere Kassenarten. Durch die Einführung des Risikostrukturausgleiches sind ihnen die Einnahmen dafür genommen worden. Eine Anpassung oder Angleichung des Vergütungsniveaus hat aber nicht stattgefunden. Unter dieser Situation ächzen und stöhnen wir. Wir haben erhebliche negative Folgen zu tragen. Wir bitten also darum, dass bei dieser Gelegenheit auch das Preisniveau angepasst wird.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Höhe der Gesamtvergütung bildet aber in keiner Weise die Morbidität ab. Es gibt das besondere Beispiel der neuen Bundesländer, die mit 85 bis 87 Prozent der Vergütungshöhe in den alten Bundesländern höhere Morbiditäten behandeln müssen. Herr Lauterbach, die Kostensituation ist mittlerweile identisch - alles andere wäre mir neu, Herr Lauterbach; das Statistische Bundesamt belegt das auch eindeutig -; bei gleichen Kosten gibt es aber geringere Vergütungen. Daran, dass wir eine höhere Morbidität behandeln müssen, führt kein Weg vorbei.

Es ist auch erstaunlich, dass der prozentuale Anteil der Gesamtvergütungen an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen von 22 auf 16 Prozent gefallen ist, dass man uns aber Vorwürfe im Hinblick auf die Sicherstellungszuschläge macht.

Unabhängig davon werden Sie bei Kassen mit gleichen oder ähnlichen Vergütungshöhen feststellen müssen, dass unterschiedliche Morbiditäten nicht berücksichtigt sind. Bei den Versorgerkassen reicht die Höhe der Gesamtvergütung nicht mehr aus. Im Umkehrschluss heißt das, Herr Gerdemann: Ersatzkassenversicherte gehen häufiger zum niedergelassenen Vertragsarzt. Wir fordern die Anpassung hin-

sichtlich der Morbidität. Hierzu gibt es einen Morbiditätsindex, mit dem man Morbiditäten auch in der Höhe der Gesamtvergütung abbilden muss. Das kann zum Vorteil, aber auch zum Nachteil der Kostenträger sein. Das ist von der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Versicherten abhängig.

Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. die KBV. Wie erfolgt die Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung beim Abschluss von Einzelverträgen eines Vertragsarztes mit einzelnen Krankenkassen und bei Einschreibung eines Versicherten in die integrierte Versorgung? Sind diese Regelungen Ihrer Meinung nach sachgerecht?

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Es gibt eine Verabredung zur integrierten Versorgung, von der meines Wissens allerdings bisher im Rahmen eines Vertragsabschlusses noch nicht Gebrauch gemacht worden ist. Danach sollen auf der Basis der Vorjahreswerte für eingeschriebene Versicherte die entsprechenden Kostenwerte zur Bereinigung verwendet werden. Hierüber gibt es eine sehr detaillierte Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wir werden sehen müssen, ob wir dieses oder ein ähnliches oder nach Möglichkeit ein vereinfachtes Verfahren zur Anwendung bringen.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Das im Gesetzentwurf für die Einzelvertragslösung vorgesehene Bereinigungsverfahren ist völlig unzulänglich; denn es stellt auf den Arzt und auf seinen historischen Umsatz in Punkten ab. Da ist die Rahmenvereinbarung sogar noch besser, Herr Hoberg. Das Verfahren ist eben nicht versichertenbezogen, was wir aber eigentlich brauchen. Wir brauchen risikoadjustierte versichertenbezogene Bereinigungsverfahren. Kein Kostenträger, keine Kassenärztliche Vereinigung kann wissen, wohin sich der Patient zur Behandlung wendet, wenn der Vertragsarzt in ein Einzelvertragssystem eingebunden ist. Es kann weiterhin der zugelassene Vertragsarzt sein; dann entsteht der Nachteil der Kassenärztlichen Vereinigung. Es kann aber auch umgekehrt sein. Kurzum: Wir brauchen ein versichertenbezogenes Bereinigungsverfahren.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesverbände der BKK, der AOK und der IKK. Herr Stuppardt hat vorhin so schön gesagt, dass die KV ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt hat. Als Beispiel hat er, wenn ich mich richtig erinnere, die Uckermark genannt. Nun frage ich zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung einmal umgekehrt. Folgender Fall: Ein nicht dicht besiedeltes Gebiet, eine geringe Anzahl von Fachärzten einer bestimmten Fachrichtung, diese schließen keine Einzelverträge mit den Krankenkassen ab, sondern versuchen gemeinsam, das Niveau ihrer Vergütung höher zu treiben. - Wie stellen in einem solchen Fall die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die drei Bundesverbände, die ich angesprochen habe, die fachärztliche Versorgung in diesem Gebiet sicher?

SV Dr. Robert Paquet (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Das ist natürlich eine Gefahr in einem solchen mehr wettbewerblich orientierten System, aber es gibt zwei Ausweichmöglichkeiten. Im Zweifel muss man Gesundheitszentren fördern oder mit Krankenhäusern zusammenarbeiten und mit ihnen entsprechende Verträge zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung schließen. Wenn diese Möglichkeiten ausgereizt sind - das muss man aber erst einmal prüfen -, dann wird es kritisch.

SV Dr. Bernd Metzinger (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Grundsätzlich kann ich an dieser Stelle nur noch einmal meinen Vorsitzenden unterstützen. Wenn die Sicherstellung nicht funktioniert, dann hat offensichtlich die KV versagt; denn die Sicherstellung ist ihre Aufgabe. Wie man das Ganze löst, ist schon angesprochen worden. Es gibt Ausweichmöglichkeiten. Die Öffnung der Krankenhäuser bietet sich an. Es bietet sich auch an, beispielsweise Gemeinschaften zu bilden, gemeinsam auf Ärzte zuzugehen, um auf diese Weise zu gewährleisten, dass entsprechende Leistungen eingekauft werden. Da gibt es also Lösungen. Ich würde immer eine einvernehmliche Lösung deutlich bevorzugen; notfalls muss es aber auch anders gehen.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Es ist ein interessanter Fall, den Sie durchspielen. Sonst ist es immer der umgekehrte Fall, dass eine übermächtige Krankenkasse einem einzelnen Arzt gegenübertritt und einen Vertrag erzwingt.

Man muss zwei Situationen unterscheiden. Die eine Situation ist die, in der Kassenärzte einen Vertrag anbieten. So wie ich die Vorschriften des GMG-Entwurfs lese, gibt es keinen Kontrahierungszwang. Wenn es nicht zum Vertragsabschluss kommt, bleibt es insoweit bei der Regelung des Kollektivvertrages; der Sicherstellungsauftrag wäre weiterhin erfüllt.

Sollte Ihre Frage darauf abzielen, dass von dieser Ärztegruppe der Wettbewerb so angeschärft wird, dass die kassenärztliche Zulassung zurückgegeben wird, dann muss ich Folgendes sagen: In diesem Fall greifen Regelungen, die dankenswerterweise bereits Herr Seehofer eingeführt hat. Dann gibt es keinen Weg mehr zurück in das System von kollektivvertraglichen Regelungen.

In dem Fall wäre es zur Absicherung sicherlich vernünftig, wenn insoweit im Rahmen einer Überprüfung des Sicherstellungsauftrags den ausgeschiedenen Kassenärzten auferlegt würde, dass sie nur zum einfachen Satz der GOÄ abrechnen dürfen.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Dr. Köhler. Wie bewerten Sie, Herr Dr. Köhler, die im Gesetzentwurf vorgesehene Verteilung der finanziellen Verantwortung auf Kassen und KVn?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es wäre ja schön, wenn eine solche Verteilung stattfände. Aber nach wie vor zahlen die Krankenkassen mit entlastender Wirkung. Sie nehmen lediglich an der Honorarverteilung teil, obwohl sie diese ohne größere Probleme mitgestalten können, nachdem sie die Vergütung mit entlastender Wirkung gezahlt haben. Wir fordern an dieser Stelle nach wie vor die Durchgängigkeit. Wenn die Krankenkassen an der Honorarverteilung teilnehmen, dann müssen sie auch die Vergütung an den Versorgungsbedarf anpassen.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Rupprecht. Wir haben über die Pauschalen gesprochen. Herr Kossow, den ich dazu nicht mehr befragen muss, hat auf die Asymmetrien hingewiesen, die aus seiner Sicht dort bestehen. Uns liegt die Stellungnahme der Lebenshilfe vor, in der davon die Rede ist, dass Menschen mit Behinderungen möglicherweise zu unbeliebten Patientinnen und Patienten werden.

Herr Rupprecht, besteht Ihrer Meinung nach die Gefahr, dass Ärzte bei Pauschalvergütungen nur noch Minimalbehandlungen durchführen, was zulasten der Qualität der Versorgung geht? Welche Wege sind aus Ihrer Sicht denkbar, um eine solche Entwicklung zu vermeiden? Können Sie vielleicht noch konkretisieren, was Herr von Stackelberg nur kurz anreißen konnte? In welche Richtung könnten Ihrer Ansicht nach Vorschläge gehen, die diese Überweisungsbeschleunigung Hausarzt-Facharzt unterbinden?

SV Christoph Rupprecht: Erstens ist anzumerken, dass die Versichertenpauschale von der Möglichkeit flankiert wird, Einzelleistungen und Leistungskomplexe abzurechnen. Zu erwähnen ist die Einschreibung des Versicherten über ein Jahr. Der letzte Punkt ist von Herrn von Stackelberg schon erwähnt worden, nämlich die Beschreibung hausärztlicher Leistungen.

Zweitens gibt es natürlich ein grundsätzliches Problem durch das so genannte Gießkannenprinzip. Anbieter minderer Qualität erhalten die gleiche Vergütung wie Anbieter höherer Qualität. Der Entwurf des GMG bietet durchaus Ansätze für qualitätsorientierte Vergütung. Auf einer ersten Ebene könnte durch die Etablierung einer hinreichend praktisch wirksamen Qualitätssicherung der gegenwärtigen Bevorzugung von Anbietern minderer Qualität gegenüber Anbietern höherer Qualität in der Grundversorgung entgegengewirkt werden. Auf einer zweiten Ebene könnte erreicht werden, dass unterschiedliche Qualität von Leistungserbringern auch für Patienten erkennbar wird. Dabei ist vorstellbar, dass sich im Rahmen der Gesamtvergütung Ärzte nach Qualitätsstufen unterscheiden können, die für den Patienten erkennbar sind, also transparent sind, und auch unterschiedlich honoriert werden.

Eine solche Einteilung in Qualitätsstufen muss zwingend mehr als Weiterbildungszertifikate beinhalten. Die Patientinnen und Patienten könnten dann wohl informiert selbst die Wahlentscheidung treffen. Auf einer dritten Ebene ginge es dann um konkret überprüfbare Qualität oder Ergebnisziele. Das betrifft das ganze Feld der Direkt- und Einzelverträge. Dabei sind die Verträge mit Fachärzten, kooperative Versorgungsformen, Ärztehäuser, Gesundheitszentren und integrierte Versorgungsformen berührt.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Rupprecht und an den Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze. Das GMG sieht vor, dass spezielle Fallpauschalen für integrierte Versorgungsformen entwickelt werden. Ich habe die Frage, wie es möglich ist, die Pauschalen so zu kalkulieren, dass sie möglichst konflikt- und reibungsarm auf die verschiedenen Leistungserbringer aufgeteilt werden können. Können Sie dazu eine Lösung oder zwei Lösungen skizzieren?

SV Christoph Rupprecht: Im Prinzip ist es zu begrüßen, dass Leistungskomplexe und Fallpauschalen unter Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen entwickelt werden sollen. Dabei ist die Frage zu stellen, ob spezifische Fallpauschalen ausreichend sind. Für integrative Versorgung für alle Krankheitsbilder fehlen möglicherweise sachgerechte Kalkulationsmodelle. Zu prüfen ist, ob risikoadjustierte Kopfpauschalen ein Weg sein könnten. Der Vorteil wäre, dass innerhalb der integrierten Versorgung nicht auf fachärztliche und hausärztliche Versorgung aufgeteilt werden müsste, sondern zusammengefasst werden könnte.

Es ist klar, dass sich die Entwicklungskosten eines solchen Modells nicht bei einem einzelnen Projekt amortisieren können. Deswegen ist es sinnvoll, solche Entwicklungskosten gemeinsam zu tragen und das Modell dann für eine kostenfreie Nutzung zur Verfügung zu stellen. Hierbei wäre die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen möglicherweise sinnvoll. Der Gesetzgeber könnte einen Impuls dazu geben.

SV **Rainer Schwitalski** (Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.): Entgegen dem, was hier schon geäußert worden ist, verfügen wir doch über einige Erfahrungen auf dem Gebiet der Honorierung per Fallpauschalen. Die Brandenburger Gesundheitszentren sind bis Ende 1995 über Fallpauschalen abgerechnet worden. Die Fallpauschalen differierten je nach Fachrichtung. Sie wurden über eine relativ komplizierte Formel berechnet. Fallwertgewichte entsprechend der Fachrichtung, Anzahl der Ärzte und die Fachrichtung waren die entscheidenden Parameter für die Berechnung der Pauschale.

Insofern kann ich, auch im Namen aller Gesundheitszentren und der darin vertretenen Ärzteschaft, nur für Folgendes plädieren: Setzen Sie sich wieder für eine adäquate Berechnung von Fallpauschalen zur Finanzierung ein, so ähnlich wie das im Arzt/Ersatzkassen-Mantelvertrag vorgesehen war, der Bestandteil des Einigungsvertrages wurde! Das war eine Grundlage, die die Qualität widerspiegelt hat. Aus unseren Erfahrungen kann ich nur immer wieder sagen: Der Patient selbst ist in der Lage, festzustellen, ob die Qualität gesichert ist oder nicht. Im Zweifel verlässt er den Arzt. Diese Form der Finanzierung war meines Erachtens schon sehr ausgeklügelt. Auch im Namen des Verbandes kann ich also nur für Folgendes plädieren: Gucken Sie sich gemeinsam mit uns noch einmal die Erfahrungen an, die wir da gemacht haben! Wir haben sämtliche Abrechnungsunterlagen aus der Zeit. Wir können das bis ins Detail durchgehen. Das gilt auch für die Grundlage der Finanzierung mit der Berechnungsformel.

Ein letzter Satz dazu: Das wirkt auch dem Hamsterradeffekt entgegen.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Glauben Sie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass durch die Umstellung der Vergütung im fachärztlichen Bereich auf Fallpauschalen verbesserte Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und ambulant tätigen Fachärzten bestehen? Welche Umrisse müsste ein solches Vergütungssystem haben?

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Wenn ich es richtig sehe,

ist die Krankenhausgesellschaft hier im Moment nicht vertreten.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann richte ich die Frage an Herrn Rupprecht.

SV **Christoph Rupprecht**: Es ging um die Schnittstelle Krankenhaus-Fachärzte und um die Frage, welche Umrisse ein solches Vergütungssystem haben sollte. Das System sollte transparent sein, den Vergleich erlauben und in gewissem Sinne fair sein. Durch die Umstellung der Vergütung im fachärztlichen Bereich auf Fallpauschalen wird letztlich auch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Fachärzten gefördert und die Tendenz zur Ausweitung von Leistungen wird etwas reduziert.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Herr Professor Neubauer, haben Sie als Professor einen Vorschlag dafür, wie man ein vernünftiges und im europäischen Rahmen zukunftsweisendes Honorierungs- und Vergütungssystem auf den Weg bringen kann?

SV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Zunächst einmal, Herr Thomae, wird ja von allen Vergütungssystemen behauptet, dass sie vernünftig seien und man mit ihnen auf dem richtigen Wege sei. Da wir aber dauernd nachbessern müssen, wissen wir, dass es doch nicht so ist.

Ich möchte noch eine Vorbemerkung machen, weil vorhin Herr Hermann gesagt hat, dass der vom Gesetzgeber festgelegte Zeitrahmen für die Implementierung präventionsorientierter Leistungen in dem BEMA überschritten wurde. Es waren, wie Herr Fedderwitz schon gesagt hat, genau zwölf Monate. Diese zwölfmonatige Überschreitung lässt sich damit erklären, dass die Arbeit nicht schneller zu machen war. Im BMG wäre es vielleicht schneller gegangen, aber nicht so zuverlässig. Man muss also auch immer den Umfang einer Aufgabe ins Verhältnis zu der für die Umsetzung benötigten Zeit setzen.

Jetzt zurück zu den Vergütungssystemen: Sie sollen zunächst einmal leistungsorientiert sein; das ist notwendig, damit sie motivierend wirken. Vergütungssysteme müssen transparent sein, damit sie nachvollziehbar sind und auch

Manipulationen unter Kontrolle gehalten werden können. Vergütungssysteme sollen schließlich steuern, und zwar einerseits die knappen Mittel zum besten Leistungserbringer lenken und andererseits auch Versorgungslücken ausgleichen. Um dieser Aufgabe nachzukommen, gibt es auf der einen Seite eine Vielzahl von Varianten bei den Vergütungssystemen: Sie reichen von der Einzelleistungsvergütung über die Komplexvergütung bis zur Kopf- oder Versichertenpauschale. Auf der anderen Seite gibt es eine Vielzahl von Bewertungsverfahren: Sie können Kosten, Einzelkosten usw. in Verhandlungsverfahren festlegen oder auch einfach Preise festsetzen.

Jede Kombination dieser Vielzahl von Varianten ist unterschiedlich gut für die jeweilige Versorgungssituation. Habe ich eher eine Unterversorgung, ist eine Einzelleistungsvergütung besser geeignet als dann, wenn ich eine Überversorgungssituation habe. Generell muss man aber beim Erstellen eines leistungsorientierten Vergütungssystems die Leistungen abbilden, klassifizieren und gruppieren. Das heißt, ein an Einzelleistungen orientiertes Vergütungssystem führt zu einer langen Liste, bei Komplexvergütung packt man Dinge zusammen und bei Fallpauschalen ist die Komprimierung am stärksten. Jedes Verfahren eignet sich unterschiedlich gut für die verschiedenen Leistungsbereiche.

Es wurde ja vorhin schon angesprochen, dass man Hausärzten eine Pauschale anbieten kann, dabei kommt es aber zu Leistungsausdünnung; deswegen müssen Sie mit Einzelleistungszuschlägen verschiedenster Art gegensteuern. Bei der Pauschalvergütung müssen dagegen die eingeschriebenen Patienten morbiditätsorientiert differenziert werden, sonst greift ein Selektionsmechanismus. Aus England wissen wir, wohin die Einführung von Pauschalen ohne Differenzierung führt: Die Leute statten die Praxen nicht aus, halten die Sprechstunden kurz und überweisen die Kranken schnell. Wer das nicht will, muss hier gegensteuern und entsprechend anders vorgehen. Bei Fachärzten kann man sehr gut Leistungskomplexe definieren und diese dann skalieren. Den Leistungskomplexen muss dann wiederum eine unterschiedliche Höhe der Vergütung zugeordnet werden. Diese Skala kann man auf dem Verhandlungsweg entwickeln.

Transparenz heißt immer, dass der Versicherte auch weiß, was geschieht. Dazu ist zum einen

notwendig, dass er erfährt, welche Kosten er auslöst, in welchem Umfang er also quasi zur Vergütung des Arztes beiträgt, und zum anderen ist neben dieser Transparenz aus Steuerungsaspekten auch eine Kostenbeteiligung unabdingbar, damit der Versicherte kein Interesse hat, zu großzügig zu sein. Alles in allem ist das System so komplex, dass man es eher der Selbstverwaltung überlassen und nicht im Einzelnen vorgeben sollte, was geschehen soll.

Aktuell taucht das Problem auf, dass an den Nahtstellen zwischen Fachärzteversorgung und Krankenhaus sowie Krankenhaus und Reha die Vergütungssysteme immer häufiger gegeneinander steuern und keine Brücken bilden. Aus dem Grunde ist es sinnvoll, für fachärztliche Versorgung dort, wo sie Stationen ersetzen kann - das geht oft nicht nur beim ambulanten Operieren -, ein pauschaliertes System ähnlich den DRGs vorzusehen und die Kosten für die Abschlussbehandlung, die dann eintritt, wenn die Krankenhäuser Patienten an die Reha weitergeben, ähnlich wie im Krankenhaus zu vergüten. Es muss schließlich auch eine durchlaufende Komplexvergütung für solche möglich sein, die integriert zusammenarbeiten. Von daher gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, um das System zu steuern. Diese sind längst nicht ausgeschöpft. Aber weil man das Vergütungssystem je nach Situation anpassen muss, weil sich die Situation sehr schnell ändert und von daher der Gesetzgeber immer hinterherläuft, sollte der Gesetzgeber den Verantwortlichen möglichst viel Spielraum und eher wenig Regeln geben.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich möchte gerne einen Bereich ansprechen, der heute überhaupt noch nicht genannt wurde, und bitte um eine kurze Bewertung. Sie wissen, dass in der Vergangenheit die Umsetzung der im BSRG fixierten Regelungen bezüglich der Gesundheitsleistungen für Sozialhilfeempfänger angemahnt und diskutiert worden ist. Es wurde uns immer wieder gesagt, Sozialhilfeempfänger würden besser gestellt. In Zukunft werden die gesetzlichen Krankenversicherungen ja die Abrechnung dieser Gesundheitsleistungen professionell übernehmen. Ich bitte die Spitzenverbände der Krankenkassen um eine kurze Antwort auf die Frage, wie sie diese Regelung bewerten.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen, dass es in diesem Bereich zu einer Regelung kommt, die zu größerer Kostenklarheit bei der Abrechnung und zur Vermeidung von Verwerfungen zwischen unterschiedlich finanzierten Systemen führen kann. Insoweit wird dieser Ansatz begrüßt.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. Hermann. Trotz des bestehenden Arbeitsauftrages ist es den Selbstverwaltungsorganen innerhalb unseres Gesundheitssystems bisher nicht gelungen, einen umfassenden Abrechnungskatalog für das ambulante Operieren vorzulegen. Der vorliegende Gesetzentwurf forciert die Erstellung dieser dringend benötigten Regelungen. Welches Einsparpotenzial ist nach Ihrer Ansicht durch konsequente Etablierung ambulanter Operationen in Deutschland denkbar? Die Geschichte hat uns ja gezeigt, dass ein bis heute nicht umgesetzter Abrechnungskatalog vorhanden ist?

SV Dr. Christopher Hermann: Vorhanden ja, aber er wurde nicht verabschiedet. Das soll jetzt ja anders geregelt werden, indem eine Ersatzvornahmemöglichkeit für den BMGS geschaffen wird.

Die Frage nach den Einsparpotenzialen durch konsequente Etablierung ambulanter Operationen ist deswegen nicht einfach zu beantworten, weil wir im Krankenhausbereich oder genauer gesagt im stationären Bereich auf das DRG-System umsteigen, im ambulanten Bereich aber eine adäquate Vergütung nicht zwingend vorgegeben ist. Wir kennen Berechnungen, die aber letztlich mit Vorsicht zu genießen sind, dass manche Leistungen, wenn sie vom stationären in den ambulanten Bereich übertragen werden, 20 bis 30 Prozent günstiger zu erbringen sind. Das betrifft aber nur einzelne Leistungen und kann sicherlich nicht auf das Gesamtsystem übertragen werden. Insofern ist die Frage schwierig zu beantworten. Aber von der Systematik her - da stimme ich auch Herrn Neubauer zu, der das eben schon ausgeführt hat - muss es auf Sicht im Kern egal sein, wie die Leistung erbracht wird. Wenn sie lege artis erbracht wird, dann muss sie auch, ob stationär oder ambulant, gleichartig vergütet werden.

Gestatten Sie mir noch einen kurzen Hinweis, weil das jetzt sicherlich zehnmal gekommen ist, dass Krankenkassen eine Gesamtvergütung

mit befreiender Wirkung über Kopfpauschalen vornehmen. Ich bin möglicherweise der Einzige im Raum, der über Gesamtvergütungen tatsächlich verhandelt und verantwortlich Verträge abschließt. Ich mache das mit vier KVen in Baden-Württemberg. Es verhält sich beileibe nicht so, als würden wir Kopfpauschalen vereinbaren und dann das Geld hinüberschieben. Natürlich übernehmen auch wir bereits heute in einem hohen Umfang Morbiditätsrisiken. Etwa 25 Prozent aller Vergütungen der KVen in Baden-Württemberg werden für Einzelleistungen aufgewandt; von daher ist auch das Morbiditätsrisiko bei uns und bei sonst niemand anderem - hier trete ich zwar als Einzelsachverständiger auf, habe aber ansonsten ja noch meinen Job bei einer großen Versorgerkasse in Baden-Württemberg.

Ein letzter Hinweis zu den Abrechnungssystemen, die doppelt aufzubauen sind. Es gibt jetzt die Veränderung, dass die Hochschulambulanzen nicht mehr über die KVen, sondern seit 1. Januar aufgrund des Fallpauschalengesetzes mit den Krankenkassen abrechnen. Wir sehen, dass wir etwa mit der Hälfte des Geldes, das bisher von den KVen für die Hochschulambulanzen in Anspruch genommen worden ist, auskommen werden. Hierbei handelt es sich nicht um die kompliziertesten Regelungen - das gebe ich gerne zu -, aber es zeigt, dass eine andere Abrechnungsweise nicht zwangsläufig zu neuen Kosten führt.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage geht an Professor Sawicki. Uns wird ja vorgeworfen, dass das neue Gesetz Innovationen im Gesundheitswesen verhindert. Besteht die Gefahr, dass durch dieses Gesetz Innovationen im Gesundheitswesen verspätet etabliert werden? Bitte geben Sie auch Auskunft darüber, ob Innovationen stets mit medizinischem Fortschritt gleichzusetzen sind.

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki: Erst einmal ist eine Begriffsklärung nötig: Innovation bedeutet eine Verbesserung von bisher Schlechtem. Der Begriff wird aber hier häufig missverständlich verwendet; auch bei der Diskussion über die Positivliste wurde er missverständlich verwendet. Die Industrie verwendet diesen Ausdruck häufig einfach für Neuentwicklungen, die erst einmal weder gut noch schlecht, sondern nur neu sind. Die muss man überprüfen. Wenn man sie adäquat überprüft, weiß

man hinterher, ob diese Neuentwicklung eine Verbesserung, eine Verschlechterung oder keine Änderung mit sich gebracht hat. Wir müssen also - ich komme jetzt auf den Anfang der Diskussion von heute Morgen zurück - bei Neuentwicklungen eine Qualitätssteuerung etablieren. Es ist mit diesem Gesetz, wie ich es gelesen habe, möglich, zumindest im Ansatz eine transparente Überprüfungsmöglichkeit zu schaffen, sodass den Ärzten eine Bewertung der Neuerungen unabhängig von marktwirtschaftlich interessierten Seiten möglich ist.

Dass durch eine Veränderung der Vergütung, also neue Abrechnungsweisen, Innovationen auf der Facharztebene verspätet etabliert werden, ist möglich; ich halte es aber nicht für wahrscheinlich. Dies wird nämlich, wie ich denke, durch zwei Punkte aufgefangen: Erst einmal sind die Ärzte an Neuentwicklungen ohnehin interessiert und werden sie, wenn sie sie bezahlt bekommen, auch etablieren. Zum Zweiten kann dem durch entsprechende Qualitätssicherung und die Einführung von Überprüfungsmethoden vorgebeugt werden.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Herr Professor Lauterbach, sehen Sie über den jetzigen Gesetzentwurf hinaus noch weiteren Handlungsbedarf? Wahrscheinlich ja, aber mir geht es insbesondere um die Neuabgrenzung des Versichertenkreises.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Jeder Gesetzentwurf lässt sich natürlich verbessern. In Bezug auf die Neuabgrenzung des Versichertenkreises bin ich in der Tat der Meinung, dass hier Handlungsbedarf besteht. Wir haben ja gesehen, dass das Gesundheitssystem durch die vorgeschlagenen Änderungen deutlich an Effizienz und Qualität gewinnen würde. Ich fände es ungerecht, wenn diese Verbesserungen Beamten, Selbstständigen und Besserverdienenden vorenthalten würde. Auf der anderen Seite ist es ungerecht, dass sich derzeit gesunde, einkommensstarke Versicherte dem System entziehen können, wenn es für sie wirtschaftlich vorteilhafter ist. Es würden meiner Meinung durch die Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen in die gesetzliche Krankenversicherung und die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze, wofür ich hier plädiere, beide Seiten, die gesetzlichen Krankenversicherungen und die gerade genannten Personengruppen, gewinnen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Dr. Köhler und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich beziehe mich auf § 84 Abs. 3 erster Satz, wo die bisherigen Worte „Gegenstand der Gesamtverträge“ in Zukunft durch das Wort „auszugleichen“ ersetzt werden. Das bedeutet, dass mit diesem teilweisen Ausgleich bei Überschreitung der Kollektivregress durch die Hintertür wieder eingeführt wird.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Man muss schlicht und ergreifend bejahen, dass die vernünftigen Steuerinstrumente, die in der Vergangenheit installiert wurden, durch diese Neuregelung vollständig konterkariert werden.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen das, dass hier wieder eine sinnvolle Regelung eingeführt wird, weil letztlich dann auch der Verursacher zur Haftung herangezogen wird.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Ich habe zunächst Fragen an die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wir haben gehört, dass der Gesetzentwurf vorsieht, Sozialhilfeempfänger wie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen. Könnten Sie bitte die Konsequenzen für die Gesamtvergütung der Ärzteschaft durch diese Regelung erläutern? Werden damit die Kosten, die für Sozialhilfeempfänger entstehen, auch adäquat bei der Gesamtvergütung berücksichtigt? Vielleicht könnten Sie mir auch sagen, ob es aus Ihrer Sicht möglich ist, Sozialhilfeempfänger weiterhin privatärztlich abzurechnen; denn im Grunde haben Sie als Krankenkasse ja kein sonderliches Interesse, die Plausibilitätsprüfung im Detail vorzunehmen, zumal ja die Verwaltungskosten durch eine Pauschale für sie abgedeckt sind.

Die zweite Frage richte ich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Es geht um das jüngste EuGH-Urteil vom 13. Mai. Entsprechend dieser Entscheidung sieht der Gesetzentwurf vor, dass für alle GKV-Versicherten bei Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen im EU-Ausland keine Genehmigungspflicht mehr besteht. Wie bewerten

Sie diese Regelung und wie müsste sie gestaltet sein, um auch ein praktikables Verfahren zu erreichen?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Derzeit gibt es noch keine näheren Vereinbarungen, wenn die Vergütungshöhen für Sozialhilfeempfänger zukünftig durch die Kostenträger gesteuert werden. Wir werden aber auch in diesem Fall risikoadjustierte pauschalierte Vergütungsformen oder aber Vergütungen zu festen Preisen im Rahmen von Einzelleistungen einfordern. Alles Weitere werden die Vertragsverhandlungen ergeben.

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Bei der Frage, die vorhin gestellt wurde, hatten wir schon einmal grundsätzlich gesagt, dass wir den Ansatz, einen Kostenerstattungsweg für die Sozialhilfeempfänger zu wählen, für grundsätzlich richtig und zielführend halten. Man muss hier im Vereinbarungsweg dahin kommen, den speziellen Leistungsbedarf im einzelnen Abrechnungsfall festzustellen und dann entsprechend den in der jeweiligen KV für das jeweilige Quartal festgestellten Leistungsbedarf nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes und im Übrigen entsprechend angepasst auch dem Arzt zu vergüten. Diesen Weg werden wir einschlagen, um zu Vereinbarungen zu kommen. Darüber muss man sich zwischen KV und KBV verständigen. Wir gehen davon aus, dass hier eine angemessene Verwaltungskostenvergütung erfolgen muss, damit dieses auch bis hin zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen richtig gehandhabt werden kann.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich habe eben von Herrn Hoberg vernommen, dass er für einen anderen Leistungsbereich den Weg für die Kostenerstattung frei macht. So gesehen ist das offensichtlich kein Tabuwort mehr. Natürlich hat jeder allein aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes Recht, der sagt, dass es, wenn Kostenerstattungen für Behandlungen im Ausland ohne vorherige Genehmigung vorgenommen werden sollen, doch logisch ist, dass man auch bei dieser Regelung die Kostenerstattung einführt.

Professor Neubauer hat heute Morgen unter anderem darauf hingewiesen, dass wir in der

Bundesrepublik Deutschland auf dem Weg nach Europa sind und man wie andere Bereiche auch unser Gesundheitssystem nicht mehr abschotten kann. Ich möchte das aber auch noch an einem anderen Beispiel deutlich machen.

Wir haben in unseren Leistungsbereichen schließlich Budgets. Ich frage ganz einfach: Wie will man das handhaben, wenn beispielsweise vor Beginn eines Jahres die Budgets für die deutschen Zahnärzte und ihre Zusammenarbeit mit den deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen festgelegt werden, aber für die gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der Problematik der Kostenerstattung im Ausland überhaupt nicht klar ist, in welcher Höhe sich ein Finanzvolumen aus diesem Bereich dazuaddiert? Will man das im Nachhinein von den vorhergehenden Budgets abziehen? In diesem Fall können Sie natürlich mit geharnischem Protest rechnen. Wir müssten dann darüber reden, wie wir das handhaben sollen. Ich bitte Sie eindringlich, dann auch den Weg der Kostenerstattung verstärkt in den Blick zu nehmen.

Langer Rede kurzer Sinn: Die beste Regelung ist auch im zahnärztlichen Bereich die Kostenerstattung.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ich fand die Antwort bezüglich der Sozialhilfeempfänger im GKV-System ein bisschen dünn. Können Sie vielleicht einmal sagen, wie hoch gegebenenfalls die Verwaltungskosten für die Sozialhilfeempfänger sein werden? Soweit ich weiß, gibt es da schon bestimmte Prozentzahlen, die zu erläutern wären.

Meine zweite Frage geht an die Vertreter des VdAK und der KBV. In den letzten Jahren, seit 1998, sind die Nettoverwaltungskosten der Krankenkassen drastisch angestiegen. Können Sie einmal die Ursachen nennen?

SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband): Zu dem Vorwurf, dass die Antwort etwas dünn gewesen sei. Wir stehen vor einem Gesetz, das noch nicht in Kraft ist. Wir haben die Verhandlungen mit der KBV noch nicht aufgenommen. Von daher entsprach die Antwort

etwa dem Verhandlungsstand, den wir zurzeit haben.

Aber lassen Sie mich eine Erwartung der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich machen: Wir gehen von einem monatlichen Abrechnungsverfahren mit der jeweiligen KV aus und halten einen Verwaltungskostenaufschlag von 8 Prozent für angemessen. Dies liegt deutlich unter dem, was in anderen Bereichen üblich ist.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Zu der Frage nach den Verwaltungskosten. Zunächst einmal muss man klarstellen, dass der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben nicht gestiegen ist; er ist über viele Jahre konstant geblieben. Auf der anderen Seite muss man natürlich sehen: Die Steigerungsraten, die wir in der letzten Zeit hatten, hängen entscheidend damit zusammen, dass die Krankenkassen sehr viele neue Aufgaben übernehmen mussten. Dass den Krankenkassen zunehmend auch Steuerungsaufgaben zugedacht worden sind, war eine ganz bewusste Entscheidung, die wir befürworten. In den letzten Jahren musste für die Einführung der Disease-Management-Programme ein entsprechendes Know-how aufgebaut werden, das Kosten verursacht.

Ein zweiter Punkt ist - das ist ein Thema, das heute noch nicht so deutlich angesprochen worden ist -, dass wir im Bereich der Versor-

gerkassen eine Abwanderung insbesondere von gesunden Versicherten erleben. Die Kosten für die Betreuung von kranken Versicherten bleiben weiterhin konstant, verteilen sich aber auf sinkende Mitgliederzahlen, wodurch Steigerungsraten entstehen, die eigentlich fiktiv sind, denn der höhere Betrag je Mitglied entsteht bei gleichem Aufwand.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Verwaltungskosten der Krankenkassen haben mittlerweile durchaus die Höhe der ärztlichen Einkommen - nicht der Umsätze - erreicht. Wir begründen das eher mit dem sich im Wettbewerb befindenden System, das in diesem Bereich durchaus Auswüchse hat. Die Krankenkassen haben infrastrukturell aufgerüstet und das wird auch durch diesen Betrag dokumentiert.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich darf mich bei allen recht herzlich für die rege Diskussion bedanken und wünsche Ihnen noch, soweit es möglich ist, einen schönen Abend hier in Berlin.

(Ende der Sitzung: 19.24 Uhr)