

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Wortprotokoll
36. Sitzung

Berlin, den 22.09.2003, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N 001

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB
Wolfgang Zöller, MdB

TAGESORDNUNG:

Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Modernisierungsgesetz - GMG)

BT-Drucksache 15/1525

Tagesordnungspunkt

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

Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten

BT-Drucksache 15/1526

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
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Roth, Karin
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
Zöllner, 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.

Kauch, Michael
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)	6,8,14,23,37,53	SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)	6,9,10,11,12,23,26,27,29,36,37,41,43,45,48,49,51
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	6,14,23,35,41	SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	6,9,24,39
Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU)	8,9,17,29,37	SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	7,8,9,10,12,13,47
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	9,20,45	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	8,15,16,32,49,51
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	10,18,26,39,49	SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	8,34,38
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	11,46	SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung)	11,12
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	11	SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammer)	13
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	12,21,22	SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	14,15,16,24,27,39
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	13,33,34,35,52	SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	14,19,20,36,43,44,53
Abg. Peter Dreßen (SPD)	14	SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	14,17,18,22
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	15,43	SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)	15,25,37
Abg. Erika Lotz (SPD)	15,37,45	SV Dr. Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	15,17
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	17,41	SV Dr. Mark Seidscheck (Bundesverband der Arzneimittelhersteller)	19,21
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	18,28,47	SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generikaverband e.V.)	19,23
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	18,27,40,50	SVe Prof. Barbara Sickmüller (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)	20
Abg. Detlef Parr (FDP)	22	SVe Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)	20,22
Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP)	22	SV Dr. Antonius Pollmann (Zentralverband der Ärzte für Naturheilkundeverfahren)	21
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	26,43	SV Dr. Adler (Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren)	21
Abg. Monika Brüning (CDU/CSU)	28	SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)	22
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	32,33,50,51	SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	24,31,33,34
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	35	SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband)	26,42
Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD)	36,44	SV H.J. Weidhaas (Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e.V.)	27

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	42	SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	28,29,30,33,37,39,42,45,47,49,51,53
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	48	SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)	30,36,44,45,50
		SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer)	31,40
		SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. c/o NAKOS)	32,35
		SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.)	33
		SV Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	33,43
		SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund)	34
		SV K. Heinrich Rehfeld (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.)	35
		SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V.)	35
		SVe Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.)	40,46
		SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	41,47
		SV Kummer (Bundespsychotherapeutenkammer c/o Landespsychotherapeutenkammer)	42
		SV Bruno Blum (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.)	43
		SV Oliver Aitchison (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)	44
		SVe Susanne Schrader (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen)	43
		SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)	45
		SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands)	49
		SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	50

(Beginn:13.01 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD):
Meine Damen und Herren, hiermit eröffne ich die 36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherheit und rufe als einzigen Punkt der Tagesordnung auf:

Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, der CDU/CDU und des Bündnisses 90/Die Grünen „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz -GMG)“

- Drucksache 15/1525 -

und zum Antrag der Fraktion der FDP „Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“

- Drucksache 15/1526 -

Ich begrüße die Vertreter der Verbände, die wir heute als Sachverständige geladen haben. Bevor wir in die eigentliche Befragung einsteigen, bitte ich Sie, noch folgende Hinweise zur Kenntnis zu nehmen: Benutzen Sie bitte die Mikrofone, sagen Sie zu Beginn Ihres Redebeitrages Ihren Namen und benennen Sie den Verband, den Sie vertreten.

Wir haben die Anhörung in vier Komplexe unterteilt: erstens 45 Minuten zum Zahnersatz, zweitens 45 Minuten zur Arzneimittelversorgung, drittens 90 Minuten zur integrativen Versorgung, zu den Hausarztmodellen etc. und viertens 60 Minuten zum Orga-Recht, zur Finanzierung und den Wahlmöglichkeiten - jeweils aufgeteilt entsprechend der Stärke der Fraktionen.

Sicherlich ist zumindest den Kolleginnen und Kollegen der CDU/CSU aufgefallen, dass auf der Änderungs- und Ergänzungsmittelteilung zur Einladung als Ort „CDU-Fraktionssaal“ vermerkt ist. Ich bitte um Nachsicht. Der Grund liegt jedenfalls nicht darin, dass die CSU aufgrund ihres Sieges bei den gestrigen Landtagswahlen schon einen eigenen Fraktionssaal beansprucht.

(Wolfgang Zöllner (CDU/CSU): Damit können wir angesichts des Ergebnisses leben!)

Wir steigen jetzt in die Befragung ein. Es beginnt die Fraktion der SPD.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer und der Bundeszentrale der Verbraucherverbände. Sie lautet: Wie stehen Sie zu den neu eingeführten bundeseinheitlichen Festzuschüssen?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Frau Abgeordnete, wir sehen einen gewissen Nachteil bei den befundorientierten Ansätzen dieser Versorgung. Aber da das im Entwurf enthalten ist, gehen wir davon aus, dass sich das nicht mehr ändern lässt.

Wir bitten Sie, auf die Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ zu achten. Es kann nicht angehen, dass das verwischt wird. Das gilt zum Beispiel für Begleitleistungen oder für die private Absicherung des Zahnersatzes. Wir haben die gewisse Sorge, dass wir das im Bundesausschuss festlegen, obwohl wir uns nicht ganz sicher sind, ob unsere Kollegen aus der Zahnärzteschaft uns unterstützen, wenn es um neue Versorgungsformen geht. Wir möchten natürlich verhindern, dass diese Leistungen nicht der BEMA unterliegen, sondern über GOZ abgerechnet werden. Deshalb haben wir ein starkes Interesse daran, dass Sie noch einmal nachhaltig auf die Effizienz dieser Beratung hinweisen. Wenn die Zahnärzte schon den Vorteil haben, dass die Versorgung befundorientiert geschieht, sollten Sie uns darin unterstützen, dass wir in diesem Katalog neue Versorgungsformen unterbringen können, damit das nicht alles eingesammelt und dann privat abgerechnet werden muss.

SV **Dr. Werner Gerdemann** (VdAK/AEV): Wir sehen diese Regelung mit einem weinenden und einem lachenden Auge. Das weinende Auge bezieht sich auf die Gesamtsituation: Die Versicherten werden einseitig belastet, während - um es sehr deutlich auszudrücken - die Zahnärzte die Gewinner dieser Reform sind. Das sehen wir

schon anhand der amtlichen Statistik KV 45 für das erste Halbjahr 2003, die für Zahnersatz einen deutlichen Anstieg verzeichnet. Wir befürchten, dass das eintritt, was Herr Ahrens gerade vorgebracht hat, nämlich dass die Versicherten in Richtung von zusätzlichen Leistungen, die nicht zu Regelleistungen gehören, abgedrängt werden.

Mit einem lachenden Auge sehen wir diese Regelung deshalb, weil es dem Gesetzgeber gelungen ist, die Vorschrift so zu gestalten, dass der Schutz des Versicherten gewahrt wird. Die Elemente BEMA - die Zahnärzte wollten bekanntlich etwas ganz anderes -, Heil- und Kostenplan, Gutachterverfahren usw. schützen den Versicherten weiterhin. Insofern sind wir dankbar, dass wenigstens dies aufgenommen worden ist.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Nachdem ich mir die ersten Minuten hier angehört habe, komme ich zu der Erkenntnis, dass ich als Vertreter der Abzocker eigentlich in Handschellen in den Saal hätte geführt werden müssen. Ich verstehe auch die vorgetragene Argumentation nicht: Warum sollen die Zahnärzte die Gewinner sein, wo man doch feststellt, dass sie eigentlich etwas ganz anderes wollten?

Fakt ist: Wir wollten etwas ganz anderes. Vor allen Dingen wollten wir diesen Etikettenschwindel vermeiden: Im Gesetzentwurf findet sich zwar der Begriff der befundbezogenen Festzuschüsse; aber aus den Einlassungen eben ist ja schon deutlich geworden, dass das, was damit beabsichtigt war, mitnichten gelungen ist. Nach wie vor besteht eine Therapiebezogenheit.

Vorweg möchte ich zweierlei geradebiegen: Von einer einseitigen Belastung der Versicherten kann, Herr Gerdemann, sicher keine Rede sein. Die Zahnärzte sind auch nicht deshalb der Gewinner, weil es durch eine gewisse Verunsicherung, die wir bei allen derartigen Gesetzgebungsverfahren der letzten Jahrzehnte beobachtet haben - das beste Beispiel ist der so genannte Blüm-Bauch -, zu einem Vorschubeffekt kam. Wenn aufgrund dieser Diskussion vermehrt Patienten in die Praxen kommen, weil sie meinen, sie bekämen es anschließend nicht mehr so günstig wie heute, dann lässt sich daraus kei-

neswegs konstruieren, dass die Zahnärzte die Gewinner dieser Änderungen sind. Um dies zu belegen, bedarf es auch betriebswirtschaftlich gesehen schon sehr viel Fantasie.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: All das, was Sie sich eben gewünscht haben - zusätzliche Leistungen, die nicht zur Regelleistung gehören, sollten verhindert werden -, zeigt mir aufs Neue, dass Sie die Idee eines befundorientierten Festzuschusses nach wie vor nicht verstanden haben. Das bestimmt auch den Geist dieses Gesetzentwurfes. Wir haben dazu mehrfach gesagt, dass wir grundsätzlich diese im Hinblick auf die Vielfalt von Versorgungsformen ungerechte Regelung der prozentualen Erstattung durchbrechen wollten. Heute ist es zwar so, dass der Patient, wenn er einen Zahnersatz braucht, einen Leistungsanspruch gegenüber seiner Kasse hat. Aber bei jeder dieser Therapien ist die rein fachliche Komponente aufgrund der Verschiedenheit der möglichen Ansätze - Funktionsverbesserung, Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit usw. - gekoppelt mit einer Vielzahl von Versorgungsformen, in welchen Komfort, Ästhetik und dergleichen stärker berücksichtigt sind als in anderen Bereichen. Das wurde bisher in einem therapiebezogenen Festzuschuss von der GKV mitfinanziert. Das Ziel war jetzt, durch das Festschreiben einer Befundorientiertheit zu mehr Gerechtigkeit und einer Entlastung von Krankenkassenausgaben beizutragen.

Das wird nicht erreicht. Mit den Beschränkungen, die im § 56 SGB V vorgesehen sind, wird der alte Leistungskatalog im Grunde voll übernommen. Dazu kann ich zusätzlich nur sagen, dass die Zahnärzte mit dieser Fixierung, wenn Sie so wollen, in ihren Möglichkeiten beschnitten werden. Nur nützt das keinem, weil damit ein hohes Maß an Intransparenz, an Inkongruenz und an Rechtsunsicherheit einhergeht.

Damit bin ich bei Herrn Ahrens, der das in gewisser Weise ebenfalls beklagt hat. Ich möchte das an zwei Beispielen deutlich machen.

(Peter Dreßen (SPD): Denken Sie an die Zeit! Das ist kein Vortrag!)

-Ist okay. Aber die Einwürfe gehen nicht von meiner Zeit ab, oder?

(Peter Dreßen (SPD): Aber von unserer!)

Dann müssen Sie eine andere Frage stellen.

In § 55 Abs. 4 SGB V bezieht man sich auf einen über die Regelversorgung hinausgehenden „gleichartigen Zahnersatz“. Beschrieben sind diese Leistungen in § 56 Abs. 2; da steht beispielsweise etwas von Brücken. In der Begründung zum § 55 Abs. 5 wird dagegen ausgeführt, was als „andersartige Versorgung“ anzusehen ist. Auch da wird die Aufzählung mit dem Beispiel Brücke komplettiert. Allein das zeigt mir, dass aufgrund dieser unsauberen Zisierung und Differenzierung ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit besteht.

Ich bleibe deshalb dabei, dass diese Form der befundorientierten Festzuschüsse ihren Namen nicht verdient.

Stellv. Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Was ist mit dem Vertreter der Bundeszahnärztekammer?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Da deren Vertreter aufgrund einer Verspätung bei der Deutschen Bahn noch nicht präsent ist, muss ich es Ihnen leider antun, erneut das Wort zu ergreifen, diesmal im Namen der Bundeszahnärztekammer.

Ich will meine Antwort nur noch mit zwei Sätzen komplettieren: Wir haben ursprünglich vorgehabt - genau wie das eben von Seiten des Vertreters der Krankenkassen gefordert worden ist -, den gesetzlich Krankenversicherten neue Versorgungsformen zur Verfügung zu stellen. Durch die ebenfalls sehr unpräzise Formulierung bzw. den Verweis auf § 135, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, hat der Versicherte - dies wird nach jetziger Lesart des Entwurfes deutlich - nach wie vor keinen Anspruch auf einen Festzuschuss seiner Krankenkasse, wenn diese Leistungen nicht unter § 135 gefasst werden können. Dies ist ein weiteres Beispiel für eine unsaubere Formulierung des Gesetzes.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Festzuschüsse setzen für die Versicherten und die Verbraucher einen Anreiz, sich um möglichst kostengünstige Lösungen zu bemühen. Das ist immer zum Vorteil der Versicherten, die über eine hohe Verbrauchersouveränität verfügen, während diejenigen Patienten, die das nicht tun, in der Gefahr stehen, durch Angebote des Leistungsanbieters überverteilt zu werden. Insofern möchte ich unterstreichen, dass die Probleme an der Schnittstelle zwischen BEMA und GOZ genau beobachtet werden müssen. Denn auch unsere Erfahrung bei der Verbraucherberatung zeigt, dass bei der Abrechnung immer wieder Probleme entstehen und Patientinnen und Patienten überverteilt werden; schließlich ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in diesem Fall nicht ganz gleichberechtigt.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Frage geht an die Vertreter der Spitzenverbände sowie des Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen. Zur Abgrenzung des § 55 Abs. 4 und 5 SGB V: Wie wollen Sie sicherstellen, dass ein Mehrbedarf nicht gleich außerhalb der Regelleistung liegt und aus dem BEMA in die GOZ hineinkommt, das heißt, wie wollen Sie verhindern, dass die GOZ nicht zum Normalfall wird? Denn der Zahnersatz ist ja nach wie vor Teil der Versorgung nach BEMA.

Darüber hinaus interessiert mich, welche Auswirkungen es für den Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen und die Versicherten hat, wenn bundeseinheitlich gleiche Preise gemacht werden.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Herr Abgeordneter, Sie treffen damit den Nagel auf den Kopf. Das typische Beispiel für den befundorientierten Ansatz ist die Situation eines Lückengebisses: Wirtschaftlich angemessen kann sowohl eine Modellgussprothese als auch eine Brückenversorgung oder eine Teleskopversorgung sein. Da kommt es sehr auf den Einzelfall an. Wir haben die Sorge, dass die Zahnärzte immer die billigste Variante nehmen. Der Gesetzgeber hat diese Situation erkannt und die Brücke als Regelversorgung vorgesehen.

Aber nichtsdestotrotz haben wir generell die Sorge, dass die Zahnärzte keinen Anreiz zur Pflege des Katalogs bei neueren Entwicklungen haben; denn das alles kann ja über die Mehrkostenregelung - was über „andersartige Versorgung“ abgerechnet werden kann - privat abgedungen werden. Insofern ist dies eine Herausforderung für die Praxis. Wir werden uns bemühen, eine angemessene Vorgehensweise sicherzustellen. Aber dazu gehören immer zwei. Hier kommt es sehr darauf an, wie die Zahnärzte reagieren. Drücken Sie uns die Daumen, dass die Zahnärzte ein Interesse daran haben, den GKV-Katalog zu pflegen. Allerdings müssen Sie schon ganz fest drücken; in der Vergangenheit war das nämlich nicht so.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Ich möchte die Ausführungen von Herrn von Stackelberg zu der Frage, welche Möglichkeiten es gibt, diese Probleme zu lösen, kurz ergänzen. Unsere klare Antwort auf diese Frage ist, § 55 Abs. 5 SGB V zu streichen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner (CDU/CSU):** Ist ein Vertreter des VDZI anwesend? - Das ist nicht der Fall. Eine Nachfrage des Kollegen Kirschner.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner (SPD):** Ich hatte die Spitzenverbände auch nach den Auswirkungen auf die Versicherten, beispielsweise Zuzahlungen, gefragt, die sich ergeben, wenn die Regelungen zum Zahnersatz in Kraft treten.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Als Sie diesen Gesetzentwurf gemeinsam erarbeitet haben, haben Sie sich sicherlich die Auswirkungen dieser Regelungen überlegt. Es gibt eine große Unsicherheit für die Patienten. Herr Gerdemann hat gesagt, es sei am besten - das ist die extremste Reaktion -, die Vorschrift zu streichen. So weit gehe ich - auch aus Respekt vor Ihrer Arbeit - aber nicht. Man sollte allerdings sehr genau darauf achten, dass man so sorgfältig wie möglich festlegt, welche Sachverhalte unter BEMA und welche unter

GOZ fallen, damit die Unsicherheit für die Versicherten nach Möglichkeit minimiert wird.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Meine Frage geht sowohl an Herrn Dr. Fedderwitz von der KZBV als auch an einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Wir haben eben den Disput über die befundorientierten Festzuschüsse verfolgen können. Herr Dr. Fedderwitz, Sie haben § 56 Abs. 2 SGB V angesprochen. Darin wird geregelt, dass die Regelversorgung durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird. Gleichzeitig wird geregelt, dass nach einer gewissen Zeit eine Überprüfung und eine Anpassung an die zahnmedizinische Entwicklung erfolgen soll und dass der gemeinsame Bundesausschuss von den Vorgaben in diesem Absatz abweichen kann.

Vor diesem Hintergrund frage ich: Ist dies nicht eine Regelung, die man bei befundorientierten Festzuschüssen braucht? Wenn jemand der Auffassung sein sollte, die befundorientierten Festzuschüsse müssten anders geregelt werden, dann möchte ich fragen: Auf welche Weise?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Wissenschaft gemeinsam mit den Standesorganisationen einen Katalog und damit auch ein Konstrukt für die befundorientierten Festzuschüsse festgelegt hat. Die Anpassung an den „State of the Art“ ist nach wie vor gewährleistet. Ich sehe aber eine große Gefahr darin, dass in jedem zweiten Absatz dieses Gesetzentwurfs, der von bürokratischen Regelungen nur so strotzt, die Regelungswut des Ministeriums durchschimmert.

Herr Storm, es ist richtig, dass vorgesehen ist, dass der Bundesausschuss andere als die in § 56 Abs. 2 ff. SGB V aufgelisteten Befunde bzw. Regelversorgungsleistungen festlegen kann. Allerdings bedarf das der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass es hier zu Beanstandungen kommt, wenn Änderungen nicht in die politische Landschaft passen. So gesehen bin ich nicht glücklich über diese Situation. Dies zeigt aber, dass die

Befundorientierung letztlich nicht verstanden worden ist.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Herr Fedderwitz hat den Geist dieses Gesetzes angesprochen. Es wird sich zeigen, inwieweit er bereit ist, den durch das Gesetz abgesteckten Rahmen auszufüllen. Wenn Sie dazu bereit sind, können wir uns entsprechende Eingangsstatements sparen, in denen Sie ein Bild zeichnen, das sich nicht mit dem unsrigen deckt.

Es kommt jetzt sehr darauf an, dass wir im Bundesausschuss gemeinsam in der Lage und bereit sind, nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu definieren, was wir unter Befundorientierung verstehen. Es kann nicht angehen, dass von Ihrer Seite der preiswerteren Variante der Vorzug gegeben wird. Das ist für den Zahnarzt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten vielleicht wünschenswert, aber nicht im Hinblick auf die Versorgung der Patienten.

Ich darf also an Sie appellieren, die Chance, die uns das Gesetz gibt, zu nutzen. Ich befürchte, dass sich der Gesetzgeber eine Änderung überlegt, wenn wir das Gesetz nicht entsprechend ausfüllen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Ich komme zunächst auf die Antworten zurück, die der Kollege Storm auf seine Fragen erhalten hat. Sowohl die KZBV als auch der AOK-Bundesverband bestreiten nicht, dass der gemeinsame Bundesausschuss auch darüber entscheidet - das betrifft die Festlegung der Referenzversorgung und des Referenzpreises -, in welchem Maße die Versicherten und die Patientinnen und Patienten beteiligt werden. Es liegt also in der Verantwortung der beiden Beteiligten, zu einer sachgerechten Lösung zu kommen, die am Ende eine bessere Versorgung und nicht eine Schlechterstellung der Patientinnen und Patienten zur Folge hat. Dazu möchte ich Sie um eine Stellungnahme bitten.

Wir haben im Rahmen der Konsensverhandlungen beschlossen, dass die Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabes für Ärzte im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll. Wir haben eine solche Regelung beim HVM

auch für die Zahnärzte vorgesehen. Meine Frage an die KZBV und an den AOK-Bundesverband: Halten Sie diese Regelung für zweckdienlich?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich möchte kurz auf die Eingangsbemerkung von Frau Widmann-Mauz eingehen. Ich bestätige ausdrücklich, dass der Bundesausschuss entsprechende Möglichkeiten hat. Er ist durch das Gesetz verpflichtet, sich allein an fachlichen Gegebenheiten zu orientieren. Sie können sicher sein, dass diese fachlichen Gegebenheiten nicht dazu führen werden, dass es sozusagen ein Zurück in die Steinzeit gibt. Ich bin vielmehr der festen Überzeugung, dass ein befundorientierter Festzuschuss eine Verbesserung der Versorgung der Patienten bedeutet. Daneben könnte es innerhalb der Solidargemeinschaft gerechter zugehen, wenn man gewissenhaft mit diesem Instrument umgeht.

Ich komme nun zu den Regelleistungsvolumina bei den Ärzten, die ausdrücklich nicht für die Zahnärzte gelten. Die Zahnärzte hatten bisher - anders als die Ärzteschaft - eine an der Einzelleistung orientierte Vergütungsform. Das hat aber aufgrund der Begrenzung der Gesamtvergütung im Hinblick auf die Sicherung der Beitragssatzstabilität dazu geführt, dass in den einzelnen KZV-Bereichen verschiedene Honorarverteilungsmaßstäbe entwickelt wurden, mit denen letztlich all das schon vorweggenommen wurde, was im Rahmen der Regelleistungsvolumina bei der Ärzteschaft neu entwickelt werden muss. Bei allen Honorarverteilungsmaßstäben ist eine Begrenzung vorgesehen. Bis zu einer gewissen Grenze wird das mit den Krankenkassen vereinbarte Honorar in voller Höhe ausgezahlt. Was jenseits dieser Grenze liegt, wird abgestuft ausgezahlt. Dieses Vorgehen wird den Ärzten jetzt durch die Einführung der Regelleistungsvolumina zugesichert.

Wir konnten in der Vergangenheit feststellen, dass die Honorarverteilungsmaßstäbe, die mittlerweile die verschiedenen Instanzen der Sozialgerichte passiert haben - auch aufgrund von Klagen aus der Kollegenschaft -, zum einen rechtsicher sind und dass sie zum anderen von allen Beteiligten - aber nicht immer von den Krankenkassen - offensichtlich akzeptiert werden. Wir

gehen im Moment davon aus, dass die Krankenkassen diese Struktur, die wir über Jahre entwickelt haben, abschaffen werden. Dann kommen wir zu einem floatenden Punktwert und landen genau an der Stelle, von der der Gesetzgeber die Ärzteschaft wegbringen will.

Wir halten dies für keine gute Entwicklung und warnen vor diesem Weg. Wir sind nämlich der Meinung, dass die bisher eingeführten Honorarverteilungsmaßstäbe weiterhin ihre Gültigkeit haben und nicht auf Betreiben der Krankenkassen auf den Prüfstand gestellt werden sollten, wodurch ein erneuter Weg durch die Instanzen vorgezeichnet wäre.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Zunächst zu Ihrer Anmerkung, Frau Abgeordnete. Sie haben natürlich Recht, dass es Aufgabe des Bundesausschusses ist, für eine vernünftige Umsetzung des Gesetzes zu sorgen. Das kann aber nur dann geschehen, wenn beide Partner gemeinsam handeln.

Ich habe erfreut zur Kenntnis genommen, dass Herr Fedderwitz davon ausgeht, dass diese Regelung zu einer Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung der Patienten führen wird. Ich denke, er geht nicht davon aus, dass diese Verbesserung zulasten des Privatvermögens der Patienten gehen sollte. Wir werden die Entwicklung beobachten. Wenn wir feststellen, dass die geäußerten Befürchtungen eintreten, dann müssen wir uns überlegen, ob nicht nachgebessert werden sollte. Aber zunächst sollten wir diesen Versuch durchführen.

Ihre Frage, wie wir zu einer einvernehmlichen Festlegung stehen, beantworte ich so, dass wir diese für sachgerecht halten.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an einen Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des PKV-Verbandes mit der Bitte um eine kurze und prägnante Antwort. Ist bei den Angeboten für Zahnersatz ein wirklich fairer Wettbewerb zwischen GKV und PKV gewährleistet?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Der Wettbewerb ist vorgesehen. Wir befürchten aber, dass die private Krankenversicherung unterschiedliche Tarife anbietet. Vor allem jüngere Versicherte, aber nicht diejenigen, die sich zu höheren Tarifen versichern lassen müssten, würden von dem Angebot der privaten Krankenversicherung Gebrauch machen. Aufgrund dieser Gefahr halten wir den Wettbewerb nicht für fair angelegt. Darüber hinaus ist die PKV auch von dem Härtefallausgleich ausgenommen, was zu einer unterschiedlichen finanziellen Belastung führt.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung): Eine kurze Antwort ist ein klares Nein. Der Anspruch, einen fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV sicherzustellen, kann aus verschiedenen Gründen nicht erfüllt werden. Ein Grund liegt darin, dass die Versicherten bei der GKV versichert sind. GKV und PKV stehen unterschiedliche Instrumentarien zur Verfügung. Die GKV hat das Adressmonopol und ist in der Lage, nach BEMA-Z abzurechnen; die PKV muss nach GOZ abrechnen. Das heißt, wir sind schon hinsichtlich der Preise nicht konkurrenzfähig.

Man kommt zu dem Fazit, dass es sich letztlich um eine Scheinausgliederung handelt. Wenn man bei diesem Szenarium von einem fairen Wettbewerb sprechen will, dann muss man zumindest darauf achten, dass in dem Fall, in dem sich ein GKV-Versicherter für einen privaten Schutz entscheidet, die Vorlage der Bescheinigung bei der GKV ausreicht und die GKV nicht auch noch die Prüfung übernimmt. Es kann nämlich nicht sein, dass ein Wettbewerber, der auf jeder Ebene gegenüber der PKV massiv bevorzugt wird, gleichzeitig die Schiedsrichterfunktion wahrnimmt.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und an den PKV-Verband. Erstens. Sind die Regelungen zum Härtefallausgleich nach Ihrer Meinung der Sache angemessen? Zweitens. Welche Argumente würden für kassenindividuelle Beiträge spre-

chen? Drittens. Wie bewerten Sie die Abkopplung des Beitrages von Lohn, Gehalt und Rente?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Es ist sachgerecht, zu einem Härtefallausgleich zu kommen. Angesichts des Umfangs stellt sich natürlich die Frage, inwieweit die Zuzahlung noch eine steuernde Wirkung hat. Ich sehe sie nicht. Es handelt sich um eine sozialpolitisch gewollte Entlastung.

Kassenindividuelle Beiträge würden den Wettbewerb fördern. Die Abkopplung von Lohn, Gehalt und Rente bedeutet eine Entlastung bei den Lohnnebenkosten.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherten): Die erste Frage zum Härtefallausgleich richtet sich in erster Linie an die GKV, weil die PKV davon nicht betroffen ist.

Zu Ihrer zweiten Frage nach den Argumenten für kassenindividuelle Beiträge. Es ist eigentlich schwer verständlich, dass man trotz der Überschrift „mehr Wettbewerb“ letztlich darauf besteht, dass kassenarten-übergreifend ein gleich hoher Beitrag erhoben wird. Das ist intellektuell nur schwer nachzuvollziehen.

Zu Ihrer dritten Frage, was eine Beitragserhebung unabhängig vom Lohn bedeutet. Ich bin seitens der PKV nicht befugt, das Solidarprinzip zu bemühen. Wäre ich das, würde ich sagen, es ist wider das Solidarprinzip; denn derjenige, der 1 000 Euro verdient, bezahlt letztlich das Gleiche wie derjenige, der 3 000 Euro verdient. Es ist also solidaritätswidrig und ein Schritt in Richtung Äquivalenzprinzip.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an die Spitzenverbände der GKV. Vor dem Hintergrund, wie der PKV-Verband den Wettbewerb einschätzt, möchte ich Sie fragen, warum Sie hinsichtlich der Abwanderung von jüngeren Versicherten zur PKV Bedenken haben; denn Zahnersatz wird auch von jüngeren Versicherten in hohem Maße nachgefragt.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Unsere Bedenken liegen darin, dass die PKV besonders günstige Tarife anbieten kann, was wir nicht tun können. Dieses Tarifgefälle wirkt sich für uns nachteilig aus. Da sowohl der Kollege von der PKV als auch wir der Meinung sind, dass kein Wettbewerb zwischen diesen beiden Systemen möglich ist, sollte man sich überlegen, ob man nicht alles so belässt, wie es ist.

(Heiterkeit)

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung zum 1. Januar 2005 in Kraft tritt. Meine Frage an die Spitzenverbände und an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung lautet: Erwarteten Sie einen Vorzieheffekt? Was könnte man dagegen tun?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Sie haben Recht. Es hat sich in solchen Situationen in aller Regel gezeigt, dass es Vorzieheffekte gibt. Diese lassen sich sogar schon jetzt feststellen. Wenn man die Vorzieheffekte eindämmen will, dann muss man die Versicherten aufklären, was sich verändert.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich teile die Einschätzung von Herrn Ahrens. Frau Bender, ich sehe nicht die Möglichkeit, diesen Vorzieheffekt einzudämmen oder sogar zu stoppen. Diese Effekte hat es bis jetzt immer gegeben. Auch mit vernünftigen Argumenten war der Versicherte, der sich Sorgen wegen der Erhöhung seines Eigenanteils machte, nicht zu überzeugen. In diesem Zusammenhang gibt es ein klares Indiz, dass es zumindest in den neuen Bundesländern zu diesem Effekt kommen wird.

Eine entsprechende Frage wurde eben dem VDZI gestellt. Sowohl die Zahntechniker als auch die Zahnärzte gehen von einem bundeseinheitlichen Preis aus. Die breite Palette an Preisen, die es bis jetzt auf Bundesebene gibt, wird erheblich verkleinert.

Tatsache ist, dass sowohl unsere Punktwerte als auch die Laborpreise in den neuen Bundesländern deutlich niedriger sind. Das gilt auch für den Norden der Republik im Vergleich zum Westen und zum Süden der Republik. Wenn das auf einen bundesdurchschnittlichen, auch gewichteten, Punktwert nivelliert wird, wird es durch das Anheben für die Patienten im Osten deutlich teurer. Deshalb ist zumindest von einem Boom im Osten auszugehen, wofür die Zahnärzteschaft und die Zahntechniker nicht verantwortlich sind.

Ich kann in diesem Zusammenhang nur empfehlen, es bei der Bepreisung auf der regionalen Ebene mit den Krankenkassen zu lassen. Das ist der beste Weg, einer einseitigen Schmidt-Seehofer-Bauchpolitik vorzubeugen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Weitekamp, auch in diesem Gesetz ist eine Pflichtfortbildung zur Qualitätsverbesserung in der zahnärztlichen Leistungserbringung vorgesehen. Was sagen Sie dazu?

SV Dr. Dr. Jürgen Weitekamp (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammer): Eindeutiger als die Fortbildung bisher geregelt ist, kann man sie eigentlich nicht regeln. Die Kammern sind per Heilberufsgesetz und Satzung verpflichtet, Fortbildung nicht nur anzubieten, sondern ihren Berufsangehörigen auch abzuverlangen. Wir haben alle Möglichkeiten, bei denjenigen, die nicht fortbildungswillig sind, entsprechende Maßnahmen zu treffen, was auch hin und wieder geschehen ist, weil es geschehen musste. Dieses aber noch ein zweites Mal zu regeln ist nur ein Ausdruck des unwahrscheinlichen Misstrauens - man hat den Eindruck, dass sich das durch das gesamte Gesetz zieht -, das man gegenüber Ärzten, Zahnärzten und Heilberufen insgesamt zu haben scheint.

Ich muss mich dagegen verwahren, nun zu glauben, einen so hoch stehenden Berufsstand wie den der Zahnärzte und der Ärzte unter eine Fortbildungspflicht zu stellen würde dafür sorgen, dass die Behandlung der Bevölkerung in erheblichem Maße verbessert oder gesichert würde. Es gibt nicht eine einzige validierte Studie auf der

ganzen Welt, die aussagt, dass eine Pflichtfortbildung eine Anhebung des Behandlungsniveaus bewirken würde. Ich halte das Ganze für eine bürokratische Aufblähung. Wir werden nach wenigen Jahren feststellen, dass wir bei einer Pflichtfortbildung eher weniger als mehr Fortbildung haben werden. Denn ich befürchte, dass derjenige, der seine Pflichtfortbildung absolviert hat, resignierend sagt, dass es ihm reicht. Das wäre verkehrt und das Gegenteil von dem, was wir heute bei unseren Berufsständen ständig in die Wege zu leiten versuchen. Insofern ist das, was in das Gesetz geschrieben worden ist, überflüssiger als ein Kropf.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich habe eine Frage an die KZBV. In diesem Gesetzeswerk taucht die Kieferorthopädie auf. Können Sie dazu Stellung beziehen?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Sie spielen auf die Auswirkungen an, die dieser Gesetzentwurf auf die Kieferorthopäden besonders hinsichtlich der Degressionsentwicklung hat. Die Degression ist damals eingeführt worden, um Rationalisierungsreserven der Praxen zu mobilisieren und diese Rationalisierungsreserven der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuführen, indem man bei einer gewissen Punktzahl eine Abstufung der Honorare vorgenommen hat.

Man hat jetzt bei den Kieferorthopäden Derartiges wieder vor. Man hat dabei aber übersehen, dass die Kieferorthopäden zum einen schon in den letzten Jahren nicht die Möglichkeit hatten, mit den vom Gesetzgeber bzw. vom Bundesausschuss vorgenommenen Vorhaben hinsichtlich der BEMA-Umrelationierung und der KIG-Einstufung ihre Verluste aufzufangen. Die jetzige Situation ist, dass der Berufsstand der Kieferorthopäden einseitig belastet wird - zumindest für dieses eine Jahr -, und damit wird die Argumentation der Degressionsregelung auf den Kopf gestellt. Die Kieferorthopäden haben im erweiterten Bewertungsausschuss bei der BEMA-Umrelationierung Abwertungen zwischen 20 und 30 Prozent hinnehmen müssen. Sie haben durch die Differenzierung der verschiedenen Indikationsgruppen - von den fünf sind zwei aus

dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen worden - auch einen Verfall der Behandlungsfälle. Das führt dazu, dass die Rationalisierungsreserven gar nicht mehr vorhanden sind. Eigentlich müsste für die Kieferorthopäden die Degression aufgehoben werden. Aber genau das Gegenteil passiert. Das ist ein weiteres Beispiel für irrationale Elemente in diesem Gesetz.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir kommen nun zum nächsten Block: Arzneimittelversorgung.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Es wird von manchen Patientinnen und Patienten die Sorge geäußert, dass der grundsätzliche Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus dem Leistungskatalog zu einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung führen könnte. Teilen Sie diese Sorge oder sind Sie mit uns der Auffassung, dass der gemeinsame Ausschuss auch hier eine Definition der Arzneimittel auflisten wird, die bei schweren Erkrankungen Therapiestandard sind?

SV **Dr. Manfred Richter-Reichhelm** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir gehen davon aus, dass es zu einer Umstellung in der Arzneiverordnung kommen wird. Wir erwarten keine schlechtere Qualität. Wir sind der festen Überzeugung, dass es dem Bundesausschuss gelingen wird, die entsprechenden Kriterien festzulegen, und dass die grundsätzlich ausgeschlossenen Medikamente bei den wichtigen Indikationen nach wie vor verordnet werden können.

SV **Wolfgang Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Sie haben eben von der einen Hälfte des bisherigen Bundesausschusses gehört, dass er Zuversicht zeigt. Ich möchte das für die andere Hälfte auch noch sagen. Ich glaube, dass der künftige gemeinsame Bundesausschuss seine Schularbeiten macht und eine solche Liste aufstellen wird. Die Befürchtungen der

Versicherten sind etwas irrational. Deshalb kann man sie mit solchen Hinweisen allein nicht aus der Welt schaffen. Man muss viel Aufklärungsarbeit leisten.

Ich gehe davon aus, dass der Bundesausschuss eine solche Liste von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die Standardtherapie sind, aufstellen wird und dass sich der Bundesausschuss darauf verständigen wird, eine Liste aufzustellen, die dafür sorgt, dass die Ärzte keine falschen Anreize zur Substitution haben werden. Der ehrgeizige Zeitplan könnte jedoch in der Öffentlichkeit Verwirrung stiften. Ich weiß nicht, ob wir das bis zum 1. April alles schaffen werden, insbesondere dann, wenn die Arbeit des gemeinsamen Bundesausschusses am Anfang noch etwas holprig ist. Aber alle Seiten werden daran arbeiten.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, an die Bundeszentrale Verbraucherverbände und an den DGB. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz enthält eine Vielzahl von Maßnahmen, die die Arzneimittelsicherheit im Interesse des Verbraucherschutzes auch beim Versandhandel gewährleisten sollen. Bietet das gesetzliche Arzneimittelsicherheitspaket beim Versandhandel aus Ihrer Sicht einen hinreichenden Verbraucherschutz oder sehen Sie Lücken, die sofort oder später geschlossen werden sollten?

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir sehen beim Versandhandel vom Grundsatz her eine Lücke bei der Arzneimittelsicherheit, weil die Verknüpfung zwischen der logistischen Zurverfügungstellung des Arzneimittels und der gleichzeitigen Beratungsmöglichkeit nicht gegeben ist. Beim Versandhandel ist immer ein Dritter zwischengeschaltet, der nicht über das Arzneimittel Bescheid weiß. Es kommt ein dritter Verfügungsberechtigter ins Spiel, was nicht nötig ist. Insoweit lehnen wir den Versandhandel ab. Er bietet nicht denselben Sicherheitsstandard für Arzneimittel, wie es bei der wohnortnahen Versorgung durch eine öffentliche Apotheke der Fall ist.

Es ist heutzutage aber machbar, die Zielvorstellung des Versandhandels durch ein wohnortnahes System zu erfüllen, bei dem die Apotheken in der Lage sind, das Arzneimittel mit der Beratungsmöglichkeit im Einzelfall bis nach Hause an das Krankenbett zu liefern.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt grundsätzlich, dass Versandhandel ermöglicht wird, und er begrüßt die Verbraucherschutzkriterien. Allerdings weisen wir darauf hin, dass man in Zukunft darauf achten muss, dass Versandhandel, was die vertraglichen Bedingungen anbelangt, auf unterschiedlichen Wegen erfolgt, nämlich über die Post und das Internet. Im Internet können sich Betreiber aus den unterschiedlichsten Ländern tummeln. Insofern hat der Verbraucherschutz beim Versandhandel eine europäische, wenn nicht sogar eine internationale Dimension. Das muss in Zukunft deutlicher berücksichtigt werden. Eventuell müssen die Bedingungen der neuen Medien, also des Internet, beim Versandhandel deutlicher berücksichtigt werden.

SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesverband): Wir wollen den Qualitätswettbewerb bei der Versorgung mit Arzneimitteln stärken und verbessern. Wir halten die Möglichkeit der Stärkung des Versandhandels für zweckmäßig. Die Praxis zeigt, dass insbesondere Patienten mit großer Arzneimittelerfahrung den Versandhandel nutzen und eine vernünftige Qualität sicherstellen können.

Im Übrigen enthält der Gesetzentwurf neun oder zehn verschiedene Qualitätselemente. Nach unserer bisherigen Kenntnis und Erfahrung sind diese sehr umfassend. Ich empfehle daher, erst einmal die Praxis wirken zu lassen. Wenn sich im weiteren Vollzug herausstellen sollte, dass das eine oder andere zusätzliche Element einzu beziehen wäre, dann kann man das tun. Ich glaube nicht, dass sich der Gesetzgeber einer solchen Notwendigkeit verschließen würde. Unserer Meinung nach ist dies zunächst einmal ein vernünftiger Einstieg.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wir wissen alle, dass von interessierter Seite behauptet wird, es werde eine massive Substitution von den Patienten zu bezahlender, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch verschreibungspflichtige Medikamente erfolgen. Teilen Sie diese Einschätzung oder gehen Sie davon aus, dass die Vertragsärzte auch im Hinblick auf die Arzneimittelvereinbarung - § 85 SGB V - rezeptfreie Präparate nicht im großen Stil durch verschreibungspflichtige Medikamente ersetzen werden?

SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Gefahr der Substitution ist ohne Zweifel gegeben. Wir haben in der Vergangenheit leider entsprechende Ergebnisse zu verzeichnen gehabt. Wir gehen allerdings davon aus, dass wir durch eine geeignete Pharmakotherapieberatung gegensteuern können. Ich betone allerdings: Um eine solche Pharmakotherapieberatung durchführen zu können, ist es erforderlich, dass wir seitens der Krankenkassen in den Stand gesetzt werden, dies auch zu tun. Deshalb nochmals der Appell, dass wir elektronische Daten zur Verfügung gestellt bekommen, die wir bearbeiten können. Ich bin zuversichtlich, dass wir dann unsere Aufgabe erfüllen können.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Bundesverband Verbraucherzentrale. Es ist eine Nutzenbewertung der Arzneimittel vorgesehen. Welche Auswirkungen auf das Verordnungsgeschehen erwarten Sie von der Nutzenbewertung der Arzneimittel?

SV Dr. Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Das Institut soll Nutzenbewertungen für erstmals verordnungsfähige Arzneimittel sowie für ordnungsrelevante Arzneimittel erstellen. Die Beauftragung des Instituts ist optional und liegt in der Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses. Für erstmals verordnungsfähige Arzneimittel,

also für neu zugelassene, patentgeschützte Arzneimittel, liegen in aller Regel zum Zeitpunkt der Zulassung nur Studien vor, die eine absolute Wirksamkeit dieses Arzneimittels im Vergleich zu Placebo belegen.

Der therapeutische Nutzen eines Arzneimittels, also seine relative Stellung im Vergleich zu bereits verfügbaren therapeutischen Alternativen, lässt sich aber nur aus Endpunktstudien ableiten, die die Arzneimittelwirkung auf die Mortalität oder Morbidität der Erkrankung belegen. Dies wiederum lässt sich erst in einem Praxistest, also in einer breiten Anwendung jenseits von Studienbedingungen, herausfinden.

Schon der runde Tisch im Gesundheitswesen hat daher vor zwei Jahren festgestellt, dass eine Nutzenbewertung nur mit einem gewissen Zeitabstand zur Zulassung möglich ist, es sei denn, dass Endpunktstudien zum verpflichtenden Bestandteil der arzneimittelgesetzlichen Zulassung würden.

Für verordnungsrelevante Arzneimittel erstellt bereits der Bundesausschuss Therapieempfehlungen nach Ziffer 14 der Arzneimittelrichtlinien. Diese Empfehlungen beleuchten die gesamte Bandbreite des zugelassenen Indikationspektrums und enthalten auch einschränkende Empfehlungen mit Blick auf bestimmte Patientengruppen oder Altersklassen, wenn dies nach der jeweils verfügbaren Literatur begründet erscheint. Für neue, patentgeschützte Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, chemisch verwandten Stoffen, erscheint uns eine Nutzenbewertung dieses Instituts nicht zwingend erforderlich. Diese Arzneimittel wird der gemeinsame Bundesausschuss so früh wie möglich in die Festbetragsregelung einbeziehen.

Daher erwarten die Krankenkassen von der Nutzenbewertung des Instituts kurzfristig keine Veränderung und Auswirkung auf das Verordnungsgeschehen. Hat aber das Institut erst einmal sein Bewertungsverfahren und seine Bewertungsanforderungen konkretisiert, dann erhoffen wir uns davon einen deutlichen Schub mit Blick auf die klinischen Studien und ergänzende Studien, die durchgeführt werden, damit endlich die versorgungsrelevanten Fragen beantwortet werden.

Aus der Kombination von Nutzenbewertung einerseits und Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel andererseits sehen wir jetzt einen Druck auf die pharmazeutische Industrie zukommen, sich endlich dem medizinischen Fortschritt zu widmen und verstärkt innovative Arzneimittel zu entwickeln.

SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir teilen die Auffassung, die Herr Kaesbach gerade dargestellt hat, nämlich dass sich ein zugelassenes Medikament erst bei einem längerfristigen Einsatz, sozusagen unter Feldbedingungen, bewähren muss, sodass hinterher ein Nutzen oder der Mangel an Nutzen festgestellt werden kann. Insofern ist die Aufgabe dieses Instituts zu begrüßen. Wir versprechen uns davon mittelfristig Auswirkungen auf die Arzneiverordnung. Auch hier sei allerdings vermerkt: Wenn wir die Erkenntnisse und Empfehlungen, die das Institut gibt, umsetzen wollen, dann brauchen wir Verordnungsdaten. Daher wieder die Forderung nach elektronisch gelieferten Daten seitens der Krankenkassen, damit die Kassenärztliche Vereinigung die entsprechende Pharmakotherapieberatung durchführen kann.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt auch die Nutzenbewertung. Ich kann mich den Einschätzungen der Vorredner im Wesentlichen anschließen. Wir begrüßen vor allem, dass die Nutzenbewertung auch in Behandlungsleitlinien und Behandlungsempfehlungen einfließen soll, die auch patientenverständlich dargestellt werden, so dass Patientinnen und Patienten in der Lage sind, den Nutzen einer Therapie einschätzen zu können.

Wir hätten uns gewünscht, dass dem neuen Namen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechend auch die Befähigung und Erlaubnis zur Kosten-Nutzen-Bewertung gegeben worden wäre. Wir bedauern, dass dem Institut die Erlaubnis, eine Kostenbewertung vorzunehmen, wieder entzogen wurde. Das bedeutet nämlich, dass der Wirtschaftlichkeitseinschätzung des Bundesausschusses nicht die notwendige Evidenz zugrunde liegt, die wünschenswert

ist, wenn solche Entscheidungen getroffen werden. Insofern ist dies ein Mangel beim Institut.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Arzneimittelhersteller befürchten, dass Apotheken die neue Aut-idem-Regelung dazu nutzen, einen Rabattdruck auf die Hersteller auszuüben. Wird diese Einschätzung von Ihnen geteilt und sehen auch Sie die Gefahr, die von den Herstellern aufgezeigt wird, dass damit preiswerte Generika vom Markt verdrängt werden?

SV **Dr. Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Herr Abgeordneter Schmidbauer, es gibt bei Rabatten zwei Seiten: Einmal sind es die, die man fordert, und zum anderen sind es die, die man gewährt. Grundsätzlich ist das Problem nicht neu, weil es die Aut-idem-Regelung seit 1989 gibt und weil die Apotheker die Generikahersteller schon immer an ihrem Rabattverhalten gemessen haben.

Nun gewinnt das Rabattgeschäft aber eine andere Dimension, weil die Apotheker zur Substitution preisgünstigerer Arzneimittel verpflichtet sind und von der ärztlichen Verordnung abweichen müssen. Durch den Wegfall der Preisdrittelinien bei Aut-idem entscheidet jetzt nicht mehr der Arzt, ob ein Arzneimittel preisgünstig ist. Der befürchtete und nicht unrealistische Rabattdruck der Apotheker lässt sich nur dann klein halten, wenn die Apotheken verpflichtet werden, nur das jeweils preisgünstigste Arzneimittel zu substituieren. Diese Regelung haben die Vertragspartner im Rahmenvertrag zu treffen. Ich glaube aber, dass sich die Vertragspartner darauf nicht werden verständigen können. Dann droht die Einberufung des Schiedsamtes, das möglicherweise eine höhere Kompromisslinie vorgeben wird.

Für die Krankenkassen ist allerdings nicht auszuschließen, dass ein Worst-case-Szenario Wirklichkeit wird. Da bereits 85 Prozent aller aut-idem-fähigen Arzneimittel durch einen Festbetrag geregelt sind, könnten Generikahersteller versucht sein, auf einen Preiswettbewerb unter-

halb des Festbetrages, der den Krankenkassen zugute käme, zu verzichten. Sie könnten sich nämlich nicht sicher sein, dass ihre Arzneimittel von den Apotheken auch substituiert werden. Von daher werden sie sich möglicherweise am Festbetrag orientieren und die Apotheker selber mit Rabatten aktiv zur Abgabe ihrer Arzneimittel bewegen wollen.

Von daher sehen die Krankenkassen noch in diesem Gesetzgebungsverfahren einen dringenden Handlungsbedarf. In der Arzneimittelpreisverordnung müsste bestimmt werden, dass entweder gewährte Rabatte den offiziellen Listenpreis des Herstellers nicht unterschreiten dürfen, um das Rabattvolumen in einem angemessenen und nachvollziehbaren Verhältnis zu halten, oder die Apotheker verpflichtet sind, ihre Handelsspanne auf den effektiven Einkaufspreis aufzuschlagen.

Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an die ABDA. In der ersten Frage wurde von der SPD vorhin schon angefragt, ob die Sicherheitsstandards durch die im Gesetz genannten Kriterien ausreichend definiert sind. Ich frage auch aufgrund der Einlassung des Deutschen Gewerkschaftsbundes, nach der erst einmal gewartet und dann geschaut werden solle. Was müssten wir tun, bevor etwas passiert?

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Ich bin bei der Aussage von Frau Engelen-Kefer, dass noch einmal beobachtet werden sollte, gleichermaßen stutzig geworden. Ich meine, die Arzneimittelsicherheit ist in Deutschland nicht nur notwendig, sondern so selbstverständlich, dass sie vom Bürger grundsätzlich auch verlangt wird. Hier können wir uns keinem Risiko hingeben und abwarten, was denn passiert, um danach zu entscheiden und es gegebenenfalls besser zu machen.

Zur Ergänzung meiner vorhin gemachten Ausführungen erwähne ich noch, dass wir es in Deutschland zukünftig mit dem Phänomen zu tun haben werden, dass nicht nur Versandapotheken aus Deutschland, sondern auch ausländische Versandapotheken auf den deutschen Markt

kommen können. Die zitierten Beispiele aus dem Ausland - aus der Schweiz oder den USA - zeigen uns eindeutig, dass wir es gerade dort mit abgeschotteten Märkten zu tun haben. Das Arzneimittel verbleibt nämlich in den Staaten oder innerhalb der Schweiz. Ein Versand aus anderen Ländern in diese Länder ist eben nicht erlaubt.

Wir haben es aber mit der Europäischen Union zu tun, die Mitte des nächsten Jahres bekanntlich um zehn weitere Staaten erweitert wird. Hier sehen wir eine ganz erhebliche Gefährdung der Arzneimittelsicherheit, die auf diesem Wege über die Drittländer zu uns kommen wird.

Ich wiederhole: Das ist nicht nötig. Die Zielvorstellungen, die mit dem Versandhandel verfolgt werden - ich nenne das bequeme Bestellen über das Internet, aber auch über das Telefon und das Telefax; wir sollten das Bestellmedium Internet nicht überbewerten -, sind klar. Es kommt aber auch auf die Auslieferung an: Es geht um die zeitgleiche Beratungsmöglichkeit und logistische Zur-Verfügung-Stellung.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich ebenfalls an die ABDA. Wie beurteilt die ABDA die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Mehrbesitz von Apotheken?

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir sehen hier die ganz große Gefahr, dass es ausgehend von der mehr oder weniger willkürlich gewählten Zahl von drei Nebenstellen zu einer Erweiterung kommen kann. Zwar hat uns der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums mitgeteilt, dass diese Zahl auch bei eventuell anderen Interessen und Klagen Dritter rechtlich Bestand haben wird; die Gefahr ist aber groß - wir sehen das auch im Ausland, beispielsweise anhand der früheren Situation in den Niederlanden -, dass es doch zu einer Änderung kommen wird. Ich denke, wir werden gemeinsam mit der Politik darauf zu achten haben, dass hier kein Fremdbesitz entsteht. Ausgehend von der willkürlich gewählten Zahl drei kann es jedoch zu einem Mehr an Filialen kommen. Das würde im Klartext bedeuten, dass das Interesse des Fremdkapital-

gebers Einzug in die Apotheke halten würde. Wir hätten es dann nicht mehr mit der persönlichen Verantwortung, der persönlichen Leitung und damit auch der persönlichen Haftung des Apothekers zu tun. Damit entfielen auch das persönliche Interesse.

Wir müssen davon ausgehen, dass das Interesse des Kapitalgebers den unabhängigen Ratschlag des Apothekers zukünftig überlagern würde. Durch diese Änderung würde es über die Zahl drei hinaus zu einer Erweiterung des Mehrbesitzes kommen und somit sehr schnell in Richtung des Fremdbesitzes gehen. Wir würden uns über die Landschaft, die es diesbezüglich dann in Deutschland geben würde, wundern.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Auch ich habe noch eine Frage an die ABDA und bitte um eine kurze Beantwortung.

Die integrierte Versorgung ermöglicht jetzt eine diskriminierungsfreie öffentliche Ausschreibung zur Beteiligung sowohl der Versand- als auch der öffentlichen Apotheken. Es ist nicht vorgesehen, dass Preisabsprachen oder abweichende Preisvereinbarungen getroffen werden können. Wie stehen Sie zu dieser Regelung?

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir begrüßen es ausdrücklich, dass die Ausschreibung über den Preis entfallen ist. Ich denke, vom Grundsatz her beinhaltet eine gleiche Dienstleistung auch einen gleichen Preis. Auch wir sind dafür, dass es zu einer Ausschreibung über die Qualität kommt; denn das sollte der rote Faden sein. Wir begrüßen also die Ausschreibung über die Struktur bzw. die Qualität. Diese sollte keinesfalls über den Preis erfolgen; denn dadurch würden keine gleichwertigen Wettbewerbsbedingungen mehr bestehen.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BAH, an den Generikaverband und an den Bundesverband der BKK. Ist es vertretbar, auch für die Arzneimittel, die unter die Aut-idem-Regelung fallen, einen Zwangsrabatt von 16 Prozent vorzuschreiben,

bis die Festbetragsregelung auch bei diesen Arzneimitteln greift?

Daneben habe ich noch eine Anschlussfrage an den BPI. Ist mit den jetzigen Regelungen zur Nutzenbewertung gewährleistet, dass für Arzneimittel in Zukunft keine vierte Hürde errichtet wird?

SV Dr. Mark Seidscheck (Bundesverband der Arzneimittelhersteller): Wir beantworten diese Frage ganz klar mit Nein. Es ist gar nicht einzusehen, dass für Arzneimittel, für die im Augenblick die Aut-idem-Regelung gilt - diese sind damit preisgünstig und man ist, weil es keine Festbeträge gibt, nach dem Gesetz gezwungen, diese auch im Jahre 2004 nach Aut-idem auszurichten, wenn man verordnungsfähig bleiben will; damit werden sie nach den geltenden Regelungen auch im Jahre 2004 noch preisgünstig sein -, aus dem Stand heraus ein 16-prozentiger Abschlag gezahlt werden soll. Dies ist schlicht und einfach systemwidrig; denn für die Tatsache, dass es keine Festbeträge gibt, können die Unternehmen nicht verantwortlich gemacht werden. Das ist eine Konsequenz daraus, dass die Bundesregierung die Festbeträge vor zwei Jahren bis zum Ende des Jahres 2003 in die eigene Verantwortung gestellt und von einer Fortsetzung abgesehen hat. Das heißt, hier gibt es einen klaren Systembruch. Die Präparate sind preisgünstig und von daher besteht überhaupt kein Anlass, einen Abschlag in Höhe von 16 Prozent zu erheben.

SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generikaverband e.V.): Auch wir sehen es so, dass die Ausweitung des Herstellerrabatts auf Arzneimittel, die der Aut-idem-Regelung unterliegen, eine unvermeidbare Belastung gerade für den Problemlöser, die Generikaindustrie, darstellt. Durch diese Regelung kommt es zu einer nicht gewollten Doppelbelastung. In der Gesetzesbegründung steht, dass man diese vermeiden will. Zum einen kommt es zu einer Belastung bezüglich der patentfreien Wirkstoffe, die dem Herstellerrabatt unterliegen, und zum anderen bezüglich der Aut-idem-Drittelregelung, die in die Festbetragsregelung überführt werden soll. Diese Aut-idem-Drittelregelung soll nach der Geset-

zesvorlage so lange in Kraft bleiben, bis die Festbeträge greifen. Hier ist also ganz klar eine Doppelbelastung gegeben. Die Drittelgrenzen wirken gerade für die Generikaindustrie praktisch wie Festbeträge.

Diese Doppelbelastung verstößt aus unserer Sicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes; denn ohne sachlich gerechtfertigten Grund gibt es diese Doppelbelastung nur bei generischen Wirkstoffen. Bei patentgeschützten Wirkstoffen tritt sie dagegen nicht auf.

Von seiner ganzen Konstruktion her ist der Herstellerrabatt auch für patentgeschützte Arzneimittel gedacht. In der Gesetzesbegründung selbst wird von der Vermeidung der Kostenbelastung durch einen eingeschränkten Wettbewerb gesprochen. Dort, wo ein Generikawettbewerb herrscht - auch ohne Festbeträge und Aut-idem -, kann man sicherlich nicht von einem eingeschränkten Wettbewerb sprechen, wie gerade erst der Patentablauf von Simvastatin gezeigt hat. Die Preise sind hier innerhalb weniger Wochen um bis zu 70 Prozent gefallen.

Aufgrund ihrer niedrigeren Preise haben die Generikahersteller logischerweise auch nicht die Margen, um einen solch hohen Rabatt zu tragen. Deshalb bitten wir noch einmal dringlichst, sich die Regelungen vor diesem Hintergrund anzuschauen. Es gibt die Möglichkeit, dies gesetzestechnisch einfach umzusetzen.

SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Spitzenverbände der Krankenversicherungen sehen die Situation anders als meine Vorredner; das dürfte nicht verwundern. Bezüglich der finanziellen Wirkungen der Operationen für das kommende Jahr orientieren wir uns im Wesentlichen am Beitragssatzsicherungsgesetz. Hier wurde eine komplizierte Operation mit verschiedenen Schritten durchgeführt. Wir brauchen diese 10 Prozentpunkte zusätzlich, insgesamt also 16 Prozent.

Es klang hier so, als ob das unisono für alle Arzneimittel gelten würde. Es geht aber nur um die verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die noch keinem Festbetrag unterliegen. Dabei geht es um etwa 15 Prozent dieses Marktes. Wir brauchen

dieses Volumen für das Jahr 2004, um finanziell über die Runden zu kommen.

Ich will nicht darauf eingehen, ob die Herstellerseite im Vorfeld - also bevor es zur jetzigen Autidem-Regelung kam - diese gesetzgeberische Entwicklung durch ihr Preisverhalten mit verursacht hat. Wir brauchen diese Lösung und sind als Spitzenverbände durch die Befristung allerdings auch hinreichend animiert - dabei haben wir alle Hände voll zu tun -, bis Ende nächsten Jahres dafür zu sorgen, dass die Festbeträge mit Auslaufen dieser Regelung entsprechende Wettbewerbswirkungen entfalten.

SVe Prof. Barbara Sickmüller (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie): Sie haben eine Frage zur vierten Hürde und zur Nutzenbewertung gestellt.

Wir verschließen uns einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln nicht. Allerdings - damit schließen wir uns den Vorrednern an - kann sie sicherlich nicht zum Zeitpunkt der Zulassung erfolgen, weil zu diesem Zeitpunkt zwar Daten zur Wirksamkeit, aber nicht zum Nutzen vorliegen. Das heißt, die Daten bezüglich des Nutzens müssen zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden.

Es ist erforderlich, dass man sich auch über die Kriterien klar wird, anhand derer der Nutzen überhaupt definiert werden kann. Wir sind der Auffassung, dass hier sowohl ein medizinischer als auch ein sozialer und ein ökonomischer Outcome in die Diskussion einbezogen werden sollten. Dabei ist entscheidend, wie der Patient in die Bewertung des Nutzens einbezogen wird. Die Situationen, die der Patient in einer Therapie und im Vergleich von Therapien selbst erlebt, sind entscheidende Parameter der Nutzenbewertung. Wir denken, dass die jetzt in die Diskussion einbezogene elektronische Gesundheitskarte geschickt und intelligent genutzt werden könnte, um Daten in dieser Richtung zu erhalten.

Zusammengefasst: Zum Zeitpunkt der Zulassung darf es keine Nutzenbewertung geben. Man kann sie zu diesem Zeitpunkt nicht durchführen und sie würde eine vierte Hürde bedeuten. Dies lehnen wir strikt ab.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der BKK und an den VFA.

Wie beurteilen Sie die im § 129 SGB V vorgesehene Einführung einer Preisabstandsklausel für den Bereich der Importarzneimittel in Höhe von 15 Prozent bzw. mindestens 15 Euro?

SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Das Einsparpotenzial, das mit der Importvorgabe für die gesetzlichen Krankenversicherungen erwirtschaftet werden sollte, hat sich weitestgehend nicht eingestellt. Das hat etwas mit der Preisbildung bei Importen zu tun. Es gab sogar einen Importeur, der Importarzneimittel zum Originalpreis angeboten hat.

Aufgrund dieser Vorgeschichte ist es zwingend, dass der Gesetzgeber jetzt ein Mindestabstandsgebot formuliert. Ich glaube, dass der Importmarkt aufgrund der jetzt getroffenen Regelung - 15 Prozent oder mindestens 15 Euro - nicht zusammenbrechen wird. Es wird hinreichende Importangebote geben. Das hängt letztendlich auch von den Importeuren und von der Marktentwicklung ab.

Das Ganze steht im Zusammenhang mit dem Vertrag nach § 129 SGB V, den die Kassen mit den Apothekern abgeschlossen hatten. Dieser Vertrag wurde gekündigt. Man wird jetzt in neue Verhandlungen eintreten. Ich kann nicht völlig ausschließen, dass die höher gewordene gesetzlich definierte Höhe - das finden wir gut -, dazu führen wird, dass die Quoten in dem Vertrag noch schwerer zu verhandeln sein werden, als es bisher üblich war.

SVe Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Wir begrüßen die Einführung einer Preisabstandsklausel, weil dadurch sichergestellt werden kann, dass künftig nur diejenigen Reimporte in den Genuss der Reimportförderklausel kommen, die eine Entlastung für die gesetzliche Krankenversicherung mit sich bringen.

Die konkret vorgesehene Regelung halten wir in einem Punkt aber nicht für schlüssig. Es war vorgesehen, dass eine prozentuale Abstandsklausel eingeführt wird. Daneben soll jetzt ein absoluter Betrag treten. Dies ist nicht gerechtfertigt. Im Unterschied zu den niedrigpreisigen Reimporten müsste der Preisabstand bei den teureren Reimporten, also denjenigen, die 100 Euro und mehr ausmachen, dann nämlich nicht mehr eingehalten werden. Das heißt, dass es nicht mehr gewährleistet wäre, dass die Rabatte, die heute bei den teureren Arzneimitteln gewährt werden, den gesetzlichen Krankenversicherungen zugute kommen. Insofern schlagen wir vor, dass es, wie ursprünglich vorgesehen, bei einer Preisabstandsklausel prozentualer Art bleibt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an den Bundesverband der Arzneimittelhersteller: Wie bewerten Sie die Regelung, wonach rezeptfreie Arzneimittel von der Erstattung grundsätzlich ausgeschlossen werden? Welche Folgen erwarten Sie für die besonderen Therapierichtungen?

SV **Dr. Mark Seidscheck** (Bundesverband der Arzneimittelhersteller): Ich darf unsere Meinung, die wir in mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen deutlich gemacht haben, wiederholen. Wir halten diese Regelung aus zwei Gründen für nicht sachgerecht:

Erstens. Es wird bei mittleren bis kleinen Beschwerden keine therapieadäquaten Arzneimittel mehr geben, sondern es wird nach dem Prinzip „mit Kanonen auf Spatzen schießen“ verfahren werden. Das halten wir therapeutisch für nicht verantwortbar.

Zweitens. Durch die negative Substitution wird für die GKV eine Mehrbelastung herbeigeführt. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn ein Arzt, der heute bei mittleren Beschwerden die Anwendung eines rezeptfreien Arzneimittels für notwendig hält, zukünftig, wenn es der Patient von ihm erwartet, auf ein teureres, rezeptpflichtiges Medikament umsteigt. Das Verhältnis der Durchschnittskosten von rezeptfreien zu rezeptpflichtigen Medikamenten liegt bei 1 : 3.

Natürlich wird der Bereich der besonderen Therapierichtungen besonders hart davon betroffen sein; denn 95 Prozent der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sind rezeptfrei. Das stellt eine überproportionale Belastung und damit auch ein überproportionaler therapeutischer Verlust für die entsprechenden Patienten dar.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren: Wie beurteilen Sie die vorgesehene Ausnahmeregelung, wonach der Bundesausschuss eine Liste von Arzneimitteln erstellt, die auch bei schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten?

SV **Dr. Antonius Pollmann** (Zentralverband der Ärzte für Naturheilkundeverfahren): Die Naturarzneimittel sind vom BfArM auf ihre Wirksamkeit und ihre Nebenwirkungen geprüft und zugelassen worden; damit ist die Fachkompetenz des BfArM bereits in das Verfahren eingeflossen. Diese Arzneimittel müssen mit Fachkompetenz geprüft werden. Deswegen hat das BfArM die Kommissionen C, D und E für Anthroposophie, Homöopathie und Phytotherapie eingesetzt. Diese Fachkompetenz muss im Bundesausschuss unbedingt vertreten sein. Die Naturarzneimittel werden nicht an den Hochschulen verwendet, sondern finden in der täglichen Praxis Anwendung.

Ich gebe das Wort an Dr. Adler weiter. Er ist Mitglied in der Kommission E des BfArM.

SV **Dr. Adler** (Zentralverband der Ärzte für Naturheilkundeverfahren): Wir glauben, dass der Bundesausschuss den Facettenreichtum der Naturheilverfahren und die Indikationen für chronisch kranke, aber auch akut kranke Patienten nicht entsprechend würdigen wird, weil dafür ein sehr spezifisches Fachwissen nötig ist. Sicherlich werden dort einige Standardindikationen vertreten. Aber die Berücksichtigung patientenrelevanter und vor allen Dingen praxisrelevanter Indikationen sehen wir, was die Ärzte für Naturheilverfahren anbelangt, nicht gewährleistet. Dafür wird sicherlich der Sachverstand fehlen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Wie schätzen Sie die geplanten Veränderungen im Bereich der Arzneimitteldistribution ein?

SV **Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Wir bewerten die Verbesserungen, die mit der Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs vorgenommen worden sind, sehr positiv. Das betrifft die getroffenen Maßnahmen, um das Mehrbesitzverbot zu lockern. Wir meinen, dass man in diesem Bereich noch weiter hätte gehen können. Das Mehrbesitzverbot dürfte auch europarechtlich kaum haltbar sein. Auch das Fremdbesitzverbot hätte aufgegeben werden sollen. Insgesamt aber gehen die Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs aus unserer Sicht in die richtige Richtung.

Abg. **Detlef Parr** (FDP): Es ist nach wie vor politischer Wille, dass Arzneimittel mit besserer Wirksamkeit oder weniger Nebenwirkungen während ihrer Patentlaufzeit festbetragsfrei bleiben sollen. Meine Frage geht an den VFA: Sehen Sie durch die Gesetzesformulierung abgesichert, dass dies auch umgesetzt wird?

SVe **Cornelia Yzer** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Bedauerlicherweise sehen wir dies nicht als abgesichert an. Sie wissen, dass für die forschenden Arzneimittelhersteller die Marktpreisbildung patentgeschützter Produkte grundsätzlich essenziell ist. Durch die vorgesehene Maßnahme, den Festbetrag für patentgeschützte Produkte wieder einzuführen, wird letztendlich der Patentschutz ausgehöhlt. Dies gilt entgegen den Eckpunkten auch für solche Arzneimittel, die eine erkennbare therapeutische Verbesserung bewirken oder geringere Nebenwirkungen mit sich bringen. Das muss hier noch einmal deutlich gemacht werden.

Wenn man sich für einen Festbetrag entscheiden sollte, halten wir es für wesentlich, in der Ausgestaltung bei der Festbetragsgruppenbildung zu differenzieren. Es muss sichergestellt sein, dass patentgeschützte und nicht patentgeschützte Pro-

dukte nicht derselben Gruppe zugeordnet werden. Es muss darüber hinaus sichergestellt werden, dass künftig auch dann, wenn der Patentschutz für das Erstpräparat ausläuft, die Nachfolgepräparate, die zusätzliche therapeutische Verbesserungen mit sich bringen, weiterhin dem Patentschutz unterliegen und die Festbetragsfreiheit damit gewährleistet ist.

All das ist durch die jetzt vorgesehenen Formulierungen nicht sichergestellt. Damit steht der Wortlaut des Gesetzentwurfs nicht einmal im Einklang mit den Eckpunkten, die bereits einen Eingriff in den Patentschutz der forschenden Arzneimittelhersteller beinhalten.

Abg. **Detlef Parr** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Friese von der ABDA. Die Diskussion um den Versandhandel hat sich zuletzt auf die Frage des fairen Wettbewerbs zugespitzt. Ich möchte Sie fragen, Herr Friese, ob Sie den fairen Wettbewerb in der Gesetzesformulierung wiederfinden.

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Zunächst einmal ist festzustellen, dass der Versandhandel in Deutschland durch Versandapotheken stattfinden soll. Ich hatte schon einmal auf eine ähnlich gestellte Frage geantwortet, dass wir darüber hinaus auch einen Versandhandel aus dem Ausland erwarten müssen. Entsprechende Äußerungen so genannter interessierter Kreise liegen bereits vor.

Während die deutschen Apotheken gewollt und selbstverständlich auch erfüllend ein ganzes Bündel an Dienstleistungen erbringen - ich denke nur an die Prüfung von Wirkstoffen oder Fertigarzneimitteln, die Herstellung von Individualarzneimitteln und auch an Nacht- und Notdienste -, ist der Versandhändler aus dem Ausland an diesen Dienstleistungen nicht beteiligt. Insoweit besteht hier ganz klar ein unfairer Wettbewerb zwischen der Versandhandelsapotheke und der öffentlichen Apotheke in Deutschland.

Abg. **Dr. Heinrich L. Kolb** (FDP): Meine Frage geht an den Vertreter des Deutschen Generika-

verbands. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass durch die Reform der Arzneimittelpreisverordnung die Arzneimittelkosten eher erhöht als gesenkt werden. Gleichzeitig machen Sie einen Alternativvorschlag, der sich im Rahmen des Konsenspapiers bewegt - was für die Kollegen von SPD, Union und Grünen besonders wichtig ist. Können Sie bitte einmal beides erläutern?

SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generika-Verband e.V.): Das will ich gerne tun. Dafür möchte ich aber umgekehrt vorgehen und die beiden Argumente, die unserer Ansicht, dass die Reform der Arzneimittelpreisverordnung die Arzneimitteltherapie verteuern werde, immer entgegengehalten werden, aus unserer Sicht kurz widerlegen.

Zum einen wird gesagt, die Umstellung sei kostenneutral und die Verteuerung im unteren Preissegment werde durch die Verbilligung im oberen Preissegment kompensiert. Diese Aussage kann nur in einer statischen Welt gelten. Wir leben aber in einer dynamischen Welt. Das heißt: Wenn preiswerte Arzneimittel teurer werden, wird die Nachfrage nach ihnen natürlich sinken. Umgekehrt wird die Nachfrage nach teuren Präparaten steigen, wenn sie, in relativen Preisen, günstiger werden. Anders ausgedrückt: Der Preisvorteil der Generika wird wegreformiert. Generika verlieren so für Ärzte und Patienten an Attraktivität. Dies wird natürlich nicht folgenlos bleiben.

Zum anderen wird gesagt, dass die Reform der Arzneimittelpreisverordnung, so wie sie jetzt vorgesehen ist, den Struktureffekt abmildern werde. Auch dieses Argument gilt nur in einer statischen Welt. In der realen Welt werden die Hersteller teurer Arzneimittel zumindest mittelfristig auf die Verbesserung der Preisrelationen zu ihren Gunsten reagieren. Das ist betriebswirtschaftlich rational. Gerade bei neuen Wirkstoffen wird diese Anpassung völlig unmerklich und lautlos vonstatten gehen.

Diese aufgezeigten Probleme lassen sich mit einem Alternativmodell, das auf den Eckpunkten basiert, lösen. Dieses Modell sieht zwei Möglichkeiten vor: Entweder man trennt - wie in der Schweiz - das Abgabehonorar vom Apotheken-

verkaufspreis oder man bildet Richtgrößen auf der Basis der Herstellerabgabepreise. Damit behalten die Ärzte den vollen Anreiz, Generika zu verordnen. Zudem sind Preiserhöhungen im Hochpreissegment nicht mehr durchsetzbar.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Wir kommen zum dritten Themenkomplex, unter anderem zur integrierten Versorgung und zum Hausarztmodell.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die KBV und den Deutschen Gewerkschaftsbund.

Im Gesetzentwurf wird detailliert geregelt, wie die integrierte Versorgung in das Gesundheitssystem implementiert werden kann. Meine erste Frage ist: Wie bewerten Sie die getroffenen Regelungen zur Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2006? Die Zusatzfrage: Halten Sie die vorgesehenen Regelungen insgesamt für geeignet, um die integrierte Versorgung zu befördern?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten diese Regelungen im Gesetzentwurf für einen wirklichen Durchbruch. Wir hätten uns - das sage ich ganz ehrlich - ein bisschen mehr Wettbewerb gewünscht; daraus haben wir keinen Hehl gemacht. Aber das ist auf dem Altar des Konsenses geopfert worden. Ich glaube, dass durch diese Regelungen ein Großteil dessen, was wir im Gesundheitswesen beklagen - das Nebeneinander und die Unwirtschaftlichkeiten -, angegangen wird. Insofern werden wir alle, so denke ich, sehr intensiv davon Gebrauch machen.

Wir haben immer gesagt, dass die integrierte Versorgung nicht ohne eine finanzielle Unterlegung möglich ist. Insofern ist es richtig, dies mit einem wenn auch zunächst bescheidenen Ansatz auszugestalten. Ich gehe allerdings davon aus, dass dies kein zustimmungsbedürftiger Vorgang ist, sondern dass es den Kassen bei der Umset-

zung ermöglicht wird, das Geld aus anderen Budgets zu ihrer Verfügung zu haben.

Aus diesem Grunde unterstützen wir diese Regelungen. Wir glauben, dass eine Riesenchance darin liegt. Wir hoffen, dass unsere Vertragspartner, wenn sie das ähnlich sehen, bereit sind, freiwillig mehr als 1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung zur Verfügung zu stellen. Wenn sich in der Folgezeit herausstellen sollte, dass dies der richtige Weg ist, dann könnte man gesetzlich einen höheren Prozentsatz festschreiben.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV) Ich schließe mich der positiven Wertung von Herrn Dr. Ahrens an.

Ich möchte aber einen kleinen Vorschlag machen. Im Gesetzentwurf steht, dass von der Vergütung ein Betrag von bis zu 1 Prozent einbehalten werden kann. Dieser Punkt wird wahrscheinlich sehr viel Abstimmung und Verhandlungsgeschick erfordern. Deswegen schlagen wir vor, die Worte „bis zu“ zu streichen.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Frau Kühn-Mengel, auf Ihre Frage und die ergänzende Bemerkung meines Vorredners Herrn Dr. Gerdemann gehe ich gern ein.

Lassen Sie mich mit der positiven Seite beginnen. Wir begrüßen die vorgesehene Ausgestaltung, die integrierte Versorgung mit Schwung und, wie ich glaube, mit hoher Praxisrelevanz einzuführen. Wir begrüßen auch ausdrücklich das Wettbewerbselement, das hier seinen Niederschlag gefunden hat. Wir bitten allerdings darum - das bezieht sich hauptsächlich auf die Begründung -, bei der integrierten Versorgung den Umfang klarzustellen. Es muss unstreitig sein, dass im Rahmen der kassenarztspezifischen Verträge zur integrierten Versorgung auch das ambulante Behandlungsspektrum des Krankenhauses einbezogen wird, wenn die ambulanten Behandlungsformen dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechen. Die Begründung zu § 140 d SGB V ist da ausgesprochen missverständlich.

Die vorgeschlagene Regelung zur Anschubfinanzierung in der vorgelegten Form kann ich nicht begrüßen. Eine Anschubfinanzierung wäre theoretisch nicht notwendig gewesen, weil schon jetzt im Rahmen der Pflegesätze entsprechende Möglichkeiten bestehen. Diesen Gedanken möchte ich aber nicht vertiefen.

Wenn eine Anschubfinanzierung bejaht wird - ich unterstelle, dass dies der gemeinsame Wille ist -, dann bejahen auch wir die Anschubfinanzierung. Aber wir widersprechen ausdrücklich der Höhe, der vorgesehenen Ausgestaltung von bis zu 1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung. Bei allem Verständnis dafür, dass dies eine Übermaßregelung ist, glaube ich, dass Sie die Folgen des Liquiditätsentzugs für die Krankenhäuser unterschätzen. Dies macht für drei Jahre gut 1,3 Milliarden Euro aus, und das vor dem Hintergrund der parallelen Probleme: Die Veränderungsrate der Krankenhausbudget im Westen liegt bei 0,02 Prozent; die Personalkosten liegen deutlich höher. Das heißt, die Mehrkosten der Krankenhäuser summieren sich auf 4 bis 5 Prozent. Im Hinblick auf das zu ändernde Arbeitszeitgesetz muss man abwarten, ob es zu einer entsprechenden flexibleren Anpassung der Arbeitszeit kommt. Ich erinnere auch an die gesamte Umstellung des DRG-Systems, was nicht finanziert wird.

Wir sagen: Fair wäre es, bis zu 0,5 Prozent als Anschubfinanzierung vorzusehen. Außerdem bleibt die Frage, warum das Geld drei Jahre gehortet werden soll, wenn es nicht gebraucht wird. Daher plädieren wir für eine jährliche Rückerstattung. Ich will noch einen technischen Ausdruck nennen, ihn aber nicht vertiefen: Budgetbereinigung statt Budgetanrechnung.

SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir begrüßen die integrierte Versorgung. Wir halten sie für ein Konzept, mit dem eine bessere Strukturierung der Abläufe möglich ist mit fließenden Übergängen zwischen hausärztlicher, fachärztlicher, ambulanter und stationärer Versorgung.

Die Möglichkeiten, die uns durch § 140 a ff. SGB V gegeben wurden, sind nicht genutzt worden. Dies lag im Wesentlichen daran, dass so-

wohl die Budgets der Krankenhäuser als auch die der niedergelassenen Ärzte sektoral abgeschottet waren. Ein Geldtransfer von A nach B oder von B nach A war dadurch nur mit äußerst komplizierten Bereinigungsverfahren möglich. Insofern ist es konsequent, dieses Bereinigungsverfahren zu erleichtern, indem der Gesetzgeber vorsieht, einen Betrag von bis zu 1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung zu reservieren. Dass dies für die Krankenhäuser wie für die niedergelassene Ärzteschaft äußerst problematisch ist, möchte ich gleich noch vertiefen.

Was die praktische Ausführung angeht, so müssen wir darauf bestehen, dass eine exakte Rechnungslegung der Mittelverwendung Zug um Zug zu erfolgen hat und nicht ex ante 1 Prozent reserviert und nach dem Nimmerleinsystem irgendwann rückerstattet wird, wenn es nicht genutzt wird. Wir haben ähnlich wie die Krankenhäuser das Problem, dass dieses 1 Prozent, das jetzt für die integrierte Versorgung reserviert wird, für die Regelversorgung in der ambulanten Versorgung fehlt.

Herr Robbers hat bereits die Veränderungsrate der Grundlohnentwicklung im Bereich der alten Bundesländer für 2004 von 0,02 Prozent erwähnt; für die neuen Bundesländer sind dies 0,71 Prozent. Wenn man dieses eine Prozent von der Honorarsumme abzieht, berücksichtigt, dass 0,05 Prozent für die Pharmakotherapieberatung reserviert sind, und für den West-Ost-Transfer in den alten Bundesländern 0,2 Prozent abzieht, stellt man fest, dass dies für die vertragsärztliche Versorgung in der Regelversorgung schmerzliche Minusrunden sind, die nur sehr schwer zu schultern sein werden. Die Aufhebung der Kopfpauschalsystematik ist erst ab 2007 zu erwarten. Bis dahin bewegen wir uns in einem ex ante definierten Volumen. Diese Minusrunden werden der Vertragsärzteschaft großen Kummer bereiten.

Zusammenfassung: Der integrierten Versorgung, zu der wir stehen, gehört die Zukunft. Wir werden versuchen, die Gelder, die von uns für die integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt werden müssen, in die niedergelassene Versorgung zurückzuführen, indem wir die integrierte Versorgung anschieben und fördern.

SVe **Dr. Ursula Engelen-Kefer** (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand): Wir begrüßen sehr, dass mit diesem Gesetzeswerk bei der integrierten Versorgung eine größere Verbindlichkeit geschaffen werden soll. Natürlich gab es vorher schon die Möglichkeit der integrierten Versorgung; wir wissen aber alle, dass sie viel zu wenig genutzt wurde.

Wir sehen einen engen Zusammenhang zwischen der Möglichkeit der integrierten Versorgung und der vorgesehenen Finanzierung. In dieser Hinsicht unterscheidet sich meine Auffassung sehr stark von der meiner beiden Vorredner. Ich bin der Meinung, dass es unerlässlich ist, über die Finanzierung ein Stück weit eine Umsteuerung vorzunehmen, und zwar mit mehr Verbindlichkeit, als das bisher der Fall war.

Es geht hier um 1 Prozent der Honorarsumme. Wenn ich richtig informiert bin, macht das im Jahr etwa 700 Millionen Euro aus. Es muss daher weiß Gott nicht befürchtet werden, dass andere Leistungen - ambulant oder stationär - nicht mehr ordnungsgemäß erbracht werden könnten. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass die integrierte Versorgung nicht sozusagen auf das Leistungsangebot draufgesetzt werden soll. Sie soll vielmehr einen Beginn darstellen: Später sollen mehr Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung angeboten werden. Das halten wir gerade im Hinblick auf das Erreichen des Ziels, das wir mit einer Strukturreform im Gesundheitswesen verfolgen, nämlich das Preis-Leistungs-Verhältnis zu verbessern, für unverzichtbar. Deshalb begrüßen wir die jetzt vorgesehene Regelung.

Allerdings hätten wir uns zwei weiter gehende Veränderungen vorstellen können, nämlich zum einen, dass die integrierte Versorgung zur Regelleistung würde, und zum anderen, dass der finanzielle Deckel etwas großzügiger bemessen wäre.

Der Einstieg in die integrierte Versorgung ist richtig. Ich denke, der Gesetzgeber wird sich in Zukunft nötigen Verbesserungen nicht verschließen. Der DGB wird diese neuen Möglichkeiten aufgreifen, konstruktiv begleiten und versuchen, sie in die Praxis umzusetzen, soweit er dazu beitragen kann.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Deutschen Hausärzteverband.

Der neu formulierte § 73 b SGB V sieht die Etablierung einer hausärztlichen Versorgung in Deutschland vor. Von der Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes im Gesundheitssystem werden die Hebung der Versorgungsqualität, Transparenz und eine Steigerung der Kosteneffizienz erwartet. Welche Chancen sehen Sie bei dieser Versorgungsform und welche Anforderungen werden dadurch an die Selbstverwaltung gestellt?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband) Wir begrüßen diese Regelung; wir haben sie häufig gefordert. Wir sind der Meinung, dass das der richtige Weg ist.

Die Wahrnehmung der Lotsenfunktion stellt allerdings hohe Anforderungen an die beteiligten Ärzte. Wir hätten uns in diesem Bereich ein bisschen mehr Vertragsfreiheit gewünscht. Wir können mit den beteiligten Ärzten zwar Einzelverträge abschließen; sie sind aber in eine Absprache eingebettet, die wir mit den KVen treffen müssen. Ich habe mit großer Freude gehört, dass Herr Richter-Reichhelm die integrierte Versorgung, an der die KVen ja nicht beteiligt sind, gelobt hat. Vielleicht wäre es möglich gewesen, uns auf diesem Gebiet ein bisschen mehr Freiheit einzuräumen.

Jetzt ist es aber so vorgesehen. Ich kann deshalb nur an die Ärzteschaft appellieren, mit uns gemeinsam diesen Weg zu beschreiten; denn es geht darum, vernünftige Rahmenbedingungen zu schaffen. Das gilt auch für die Budgetbereinigung an den Stellen, wo wir sie durchführen müssen und wollen.

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband): Wir hätten § 73 b SGB V außerordentlich begrüßt, wenn es zur Regelversorgung gekommen wäre. Eine Ausnahmeverversorgung begrüßen wir nicht. Sie beinhaltet zudem etliche Hürden; so sind zusätzliche, nicht bestimmte Qualifikationen vorgesehen.

Die einzelvertragliche Regelung bedeutet, dass Hausärzte, die die Qualifikationen, welche mit Arbeit und einem langen Vorlauf verbunden sind, erfüllen, nicht sicher sein können, einen Vertrag zu bekommen. Das erschwert auch - das wurde hier bisher nicht berücksichtigt - die Nachwuchssituation im Hausärzdebereich, die ohnehin außerordentlich kritisch ist. Es werden neue Hürden aufgebaut. Die Möglichkeiten, auf die hausärztliche Versorgung fördernd einzuwirken, werden nicht genutzt.

Die Lotsenfunktion bedarf eigentlich keiner zusätzlichen Qualifikation. Sie ist genuiner Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Vor Einführung der Chipkarte war sie das bereits. Der Krankenschein wurde selbstverständlich beim Hausarzt abgegeben. Die Überweisungs- und Berichtstätigkeit war intakt. Ich glaube, dass es keiner so komplizierten Regelung wie der vorgesehenen bedarf, um die 20 Prozent der Patienten, die das zurzeit nicht praktizieren, dazu zu bringen, wieder zuerst den Hausarzt aufzusuchen.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Einschränkung der freien Arztwahl droht. Dies ist ein besonders sensibler Bereich. Die durchschnittliche Bindung von Patientinnen und Patienten an Hausärztinnen und Hausärzte liegt bei etwa 13,8 Jahren und damit gut vier Jahre über der durchschnittlichen Dauer einer Ehe in Deutschland. Die freie Arztwahl sollte man auf keinen Fall gefährden oder einschränken.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Dieser Gesetzentwurf sieht einen vielfältigen Vertragswettbewerb im ambulanten Sektor vor: Kollektivvertragliche und einzelvertragliche Regelungen stehen im Wettbewerb. Ärzte stehen im Wettbewerb, wenn sie bei höherer Qualifikation bestimmte Versorgungsaufträge ausführen. Es gibt verschiedene Versorgungsformen - von der hausarztzentrierten Versorgung bis zu den Einzelverträgen bei der integrierten Versorgung -, die im Wettbewerb stehen. - Wie bewer-

ten Sie den im GMG vorgesehenen Vertragswettbewerb und seine Ausgestaltung?

SV Dr. Ahrens: Wir begrüßen die von Ihnen genannten Ansätze zu mehr Wettbewerb. Wir halten sie für richtig und zielführend. Ich glaube, dass alle Krankenkassen davon Gebrauch machen werden, weil nur dieser Weg zu einer qualitativ und wirtschaftlich verbesserten Versorgung führt.

Es gibt einige Einschränkungen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass wir uns bei den hausärztlichen Verträgen etwas mehr Bewegungsspielraum gewünscht hätten. Natürlich sind wir enttäuscht, dass sich die im ursprünglichen Gesetzentwurf vorgesehenen Ansätze hinsichtlich der Einzelverträge im vorgelegten Gesetzentwurf nicht wiederfinden lassen. Augenscheinlich reichte der Mut zu mehr Wettbewerb nicht aus. Das ist nun aber Vergangenheit.

Fazit: Die Ansätze werden von uns begrüßt und umgesetzt.

SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir haben uns für ein Nebeneinander von Kollektivverträgen und Wettbewerbselementen ausgesprochen. Wir sind überrascht und enttäuscht, dass von dem im ursprünglichen Konsenspapier enthaltenen Dreisäulenmodell nur zwei Säulen übrig geblieben sind. Die erste Säule umschließt den Kollektivvertrag für die Regelversorgung. Die dritte Säule betrifft die Einzelverträge im Rahmen der integrierten Versorgung und anderer Versorgungsaufträge. Die zweite Säule, die kollektivvertragliche Regelungen bei besonderen Qualifikationen vorsah, ist überraschenderweise auf der Strecke geblieben. Dies bedauern wir sehr. Wir werden uns mit dieser Situation aber anfreunden müssen.

Was die hausarztzentrierte Versorgung angeht, hat der Gesetzgeber eine überraschende Volte geschlagen: Während im allerersten Entwurf von Einzelverträgen für Fachärzte die Rede war - sie sollten nur per Einzelvertrag in das System der ambulanten Versorgung eintreten -, scheinen sie nach dem vorliegenden Gesetzentwurf im We-

sentlichen gerettet zu sein. Nun haben die Krankenkassen die Möglichkeit - Herr Weigeldt hat das ausgeführt -, aus dem Kollektiv der qualifizierten Hausärzte besonders qualifizierte Hausärzte herauszufiltern und mit ihnen Einzelverträge abzuschließen. Dies ist für uns sehr überraschend. Wir halten diese Regelung für nicht zielführend.

Ich will begründen, warum wir die zweite Säule für unverzichtbar halten: Im Gegensatz zu den „Einkaufsmodellen“, die in der dritten Säule vorgesehen sind, wäre dabei eine flächendeckende, einheitliche Versorgung auf qualitativ hohem Niveau möglich gewesen. Diese Chance ist mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf leider verpasst worden.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Herrn Weidhaas von der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten: Inwieweit sind die Psychotherapeuten in den elektronischen Datenverkehr einbezogen? Entspricht das Ihren Vorstellungen? Wie bewerten die Psychotherapeuten die 10-Prozent-Klausel bezüglich des Anteils ihrer Gruppierung in der Vertreterversammlung?

SV H.J. Weidhaas (Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e.V.): Ich beantworte zunächst die letzte Frage. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass trotz Einführung des Verhältniswahlrechts ausgerechnet unsere Berufsgruppe quasi in ein 10-Prozent-Reservoir eingesperrt werden soll. Das wird nach unserer Einschätzung unsere Mitwirkungsrechte deutlich schmälern und entspricht auch nicht der Logik des Verhältniswahlrechts. Der Logik des Verhältniswahlrechts würde es entsprechen, wenn wir in den Gremien der Selbstverwaltung, der Vertreterversammlung, den beratenden Fachausschüssen, dem Bundesausschuss und ähnlichen Organen, entsprechend unserem Versorgungsanteil mitwirken könnten. Wir sehen diese Mitwirkung jetzt gefährdet. In den Organen der Selbstverwaltung haben wir bisher nicht allzu schöne Erfahrungen gemacht. Denken Sie nur an die rechtskrumme Form der Umsetzung des Urteils des Bundessozialgerichts in Kassel zur Honorar-

frage bei der Psychotherapie! Wir bitten also darum, diese 10-Prozent-Grenze aufzuheben.

Die Teilnahme am elektronischen Datenaustausch berührt zunächst einmal die Patientenversorgung. Sie alle wissen, dass die Psychotherapeuten im Rahmen des Konsiliarverfahrens darauf angewiesen sind, mit den ärztlichen Kollegen zusammenzuarbeiten. Im Rahmen des Gutachterverfahrens, in dem dem Antrag auf Anerkennung der Leistungspflicht einer Psychotherapie häufig Befundberichte beigegeben werden, ist das von besonderer Bedeutung. Wenn wir Psychotherapeuten auf diese Daten nunmehr keinen Zugriff mehr haben, erschwert das unsere Arbeit natürlich unmittelbar. Darunter leidet auch die Qualität unserer Arbeit. Wir müssen uns diese Unterlagen auf dem Papierweg besorgen. Das macht keinen Sinn. Daher die Bitte, die entsprechenden Passagen des Gesetzes so zu ändern, dass wir am Datenaustausch teilnehmen können.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Gesetzentwurf sieht die Errichtung von Gesundheitszentren, von medizinischen Versorgungszentren, vor. Halten Sie die vorgenommene Ausgestaltung für mit dem Grundsatz der Freiberuflichkeit des Arztberufes vereinbar?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die ursprüngliche Formulierung sah vor, dass Gesundheitszentren durch angestellte Ärzte in beliebiger Trägerschaft eingerichtet werden können. Die jetzige Formulierung gestattet es auch dem Freiberufler, solche Zentren zu bilden. Unser Anliegen ist es, insbesondere in der ambulanten Versorgung Strukturen zu entwickeln, die denen der Anwaltssozietäten vergleichbar sind: Freiberufler arbeiten zusammen mit angestellten Ärzten in einem größeren Verbund, wobei der angestellte Arzt die Chance hat, im Verbund als Freiberufler aufzusteigen. Wir begrüßen es, dass der jetzige Entwurf das ermöglicht.

Allerdings hat der Entwurf eine Schwäche: Jeder zugelassene Leistungserbringer kann ein solches Zentrum bilden, auch wenn er mit der ambulan-

ten Versorgung gar nichts zu tun hat. Sprich: Krankenhäuser, aber auch Apotheker und Krankengymnasten können solche Zentren bilden. Sogar jemand, der einen Vertrag abgeschlossen hat, der also nicht dauerhaft an der Versorgung teilnimmt, kann Träger eines solchen Zentrums sein.

Wenn man solche Zentren in der ambulanten Versorgung etablieren und dementsprechend in die Bedarfsplanung integrieren will, sollte die Trägerschaft auf die Träger begrenzt werden, die etwas mit der ambulanten Versorgung zu tun haben. Wir werden nicht verhindern können, dass das auch Krankenhäuser sein werden. Wir bitten Sie aber, zu überdenken, ob Apotheker, Krankengymnasten oder vertraglich berechtigte Leistungserbringer auch Träger sein sollten. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass dann mit dem Ende des Vertrages auch das Zentrum seine Berechtigung verliert. Ein solches Zentrum muss aber über die Laufzeit eines solchen Vertrages hinaus fortbestehen. Für angestellte Ärzte wäre es sehr unerquicklich, wenn der Vertrag eines Vertragsberechtigten, der ein Gesundheitszentrum errichtet hat, ausläuft, weil dieses Zentrum dann sozusagen völlig in der Luft hängen würde. Außerdem kann es vorkommen, dass solche Zentren von Strohmännern gegründet werden. Wir bitten Sie, diesen Sachverhalt zu prüfen.

Der Ansatz, Versorgungszentren, in denen Angestellte mit Freiberuflern zusammenarbeiten, in der ambulanten Versorgung zu etablieren, halten wir für wesentlich besser, als den Ansatz, Zentren nur mit angestellten Ärzten zu gründen, bei denen der junge Arzt als Angestellter anfängt und nach Erreichen der Altersgrenze als Angestellter ausscheidet. Diese Form der Versorgung können wir uns nicht vorstellen. Die Freiberuflichkeit sollte nach wie vor das Grundziel bleiben.

Abg. Monika Brüning (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die KBV. Um die Qualität der ambulanten Leistungserbringungen zu verbessern, sieht der Gesetzentwurf neben Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch so genannte Stichprobenprüfungen vor. Wie bewerten Sie

insgesamt die Ausgestaltung der neuen Prüfungsvorschriften?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten das für eine zielführende und zweckmäßige Erweiterung der bisher gegebenen Möglichkeiten. Wir weisen allerdings darauf hin, dass wir hier einen gewissen Widerspruch zu den gedeckelten Verwaltungskosten sehen. Das ist nämlich nur eines der Felder, die sehr hohe Verwaltungskosten verursachen werden. Deshalb werden wir uns entscheiden müssen, welchen Weg wir gehen.

Ohne in die Grundsatzdiskussion darüber einzutreten, möchte ich Sie bitten, sich noch einmal vor Augen zu halten, was in dem Gesetzentwurf alles enthalten ist, was unsere Verwaltungskosten erhöht, und ob es vor diesem Hintergrund zielführend ist, sie zu deckeln.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Im Gesetz sind bereits jetzt neben der Durchschnittsprüfung auch Stichprobenprüfungen vorgesehen. Sie werden aber nicht durchgeführt, weil die Datengrundlage dafür fehlt. Es müssten nämlich alle Daten eines Arztes zusammengeführt werden, um seine gesamte Praxistätigkeit berücksichtigen zu können. Die Kassen sind bisher nicht in der Lage, Daten über Krankenseinweisungen, Arznei- und Heilmittelverordnungen, AU-Feststellungen usw. arztbezogen zusammenzustellen. Daran ist diese Prüfmethode bisher gescheitert. Dass man sie braucht, wollen wir gar nicht bestreiten.

Solange die Datengrundlage für eine sachgerechte Stichprobenprüfung fehlt, wird man auf die statistische Durchschnittswertprüfung einfach nicht verzichten können. Sie ist in der Rechtsprechung etabliert und rechtlich abgesichert. Bei ihr wissen wir, woran wir sind. Allerdings ist sie unbequem, weil man viel begründen muss, um überhaupt zu einem Erfolg zu kommen. Sie begünstigt Arztgruppen, die statistisch unauffällig sind, und belastet Arztgruppen wie die Hausärzte, die eine sehr heterogene Struktur haben.

Von daher ist es durchaus sinnvoll, die Stichprobenprüfung auszubauen. Dagegen haben wir überhaupt keine Bedenken. Aber dies muss, wie gesagt, mit einer gesicherten Datenlage verbunden werden.

Uns stört absolut, dass im neuen § 106 SGB V seitenlange Vorschriften über neue Geschäftsstellen, die gemeinsam mit den Kassen aufzubauen sind, und unparteiische Vorsitzende zu lesen sind und dass auch dritte Institutionen mit der Prüfung beauftragt werden können sollen. Hier wird eine Prüfform etabliert, wobei mehr Einrichtungen als effiziente Prüfungen vorgesehen sind.

Es geht nicht darum, Prüfeinrichtungen aufzubauen, um prüfen zu können. Prüfen können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassen schon bisher sehr gut. Es geht vielmehr darum, eine sachgerechte Datengrundlage zu erlangen. Die Kassen sollten etwas mehr Interesse an Prüfungen haben; denn die Budgetierung wird abgeschafft und zusätzliche Leistungen müssen bezahlt werden. Dann sollte es auch entsprechend intensive Prüfungen der Kassen geben. Auf dem Arztesektor gibt es bisher so gut wie keine Prüfanträge, weil die Kassen bisher kein Interesse an dieser Prüfung haben.

Geben Sie also der Selbstverwaltung mehr Freiheit! Bauen Sie nicht die in Ihrem Gesetzentwurf vorgesehenen Bürokratien auf! Ermöglichen Sie die Stichprobenprüfung! Dann werden wir gemeinsam das Prüfgeschäft so gestalten, dass es auch für die Kassen unter den Bedingungen begrenzter Verwaltungskosten finanzierbar bleibt.

Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Kassen, an die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer. Sie betrifft den neuen, sektorübergreifenden gemeinsamen Bundesausschuss. Sehen Sie darin eine Stärkung der Selbstverwaltung oder sind nach Ihrer Auffassung wichtige Sachverhalte übersehen worden? Was muss getan werden, um ein effizientes Arbeiten dieses Ausschusses zu gewährleisten? Halten Sie die Regelung der Rechtsfähigkeit für ausreichend oder sind Sie der Auffassung, dass

wir hier eine Körperschaft des öffentlichen Rechts bräuchten?

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Wir begrüßen diese Regelung. Wir haben im Vorfeld der Diskussion um das Gesetzgebungsverfahren immer sehr deutlich gemacht, dass wir eine Selbstverwaltungslösung präferieren. Dies ist jetzt im Gesetzentwurf umgesetzt. Auch die Zusammenführung der verschiedenen sektorenbezogenen Gremien in einem gemeinsamen Bundesausschuss halten wir für sinnvoll, weil wir es - das ist eben bei der integrierten Versorgung angeklungen - zunehmend mit sektorübergreifenden Fragen zu tun haben.

Es gibt allerdings ein paar Punkte, bei denen wir eine Klarstellung oder Nachbesserung für notwendig halten.

Sie haben die Frage der Organisationsform angesprochen. Hier ist aus unserer Sicht eine Klarstellung im Gesetz sinnvoll und erforderlich, um Rechtssicherheit zu schaffen. Wir würden allerdings befürworten, eine Anstalt öffentlichen Rechts zu errichten. Die neutralen Vorsitzenden würden nicht zur Rechtsform einer Körperschaft passen.

Um den Bundesausschuss tatsächlich handlungsfähig zu machen, ist es aus unserer Sicht zwingend erforderlich, im Gesetz die Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses durch einen Systemzuschlag zu regeln, wie er beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgesehen ist. Ansonsten wird, wie von Herrn Ahrens angesprochen, die Budgetierung der Verwaltungskosten zu riesigen Problemen führen.

Des Weiteren halten wir es für sinnvoll, die verschiedenen bisher sektoralen Gremien mit eigenständigen Bezeichnungen zu versehen, damit klar ist, dass der gemeinsame Bundesausschuss in bestimmten Zusammensetzungen, zum Beispiel als Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder als Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, beschließt.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Kassenärztliche Bundesverei-

nigung begrüßt im Grundsatz die Konzentration der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene in einem gemeinsamen Bundesausschuss.

Wir halten es nicht für sinnvoll, im Gesetz die Rechtsform zu definieren. Die üblichen Strukturen - Körperschaft öffentlichen Rechts, Anstalt öffentlichen Rechts, Stiftung - passen nicht zum Bundesausschuss. In der Rechtsprechung ist erfolglos versucht worden, ihn zur Anstalt zu machen. Er ist aber auch keine Körperschaft. Er ist rechtsfähig als Einrichtung sui generis. Wie sich das im Detail auf die Tätigkeit des Bundesausschusses auswirkt, kann in der Geschäftsordnung geregelt werden.

Eine Körperschaft müsste eine Mitgliederversammlung und einen Vorstand haben. Auch eine Anstalt hätte Strukturen, die nicht zum Bundesausschuss passen. Lassen Sie also bitte die Rechtsfähigkeit als solche bestehen! Die Juristen werden damit etwas anfangen und das rechtlich exakt einordnen können. Kommentare müssen ja geschrieben werden.

(Heiterkeit)

Ich greife auf, was Frau Pfeiffer gesagt hat. In der Tat haben wir einige Ergänzungswünsche, die schriftlich an Sie herangetragen worden sind. Ich will sie jetzt nicht noch einmal im Detail vortragen.

Wir sind sehr für die Stärkung der Patienteninteressen. Es ist völlig richtig, dass der Bundesausschuss bisher etwas im Verborgenen gearbeitet hat. Von daher benötigen wir eine stärkere Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsfindung. Aber wie soll dieser Ausschuss mit einer dritten Bank, mit einer gleichen Zahl an Patientenvertretern wie die der Kassenvertreter, also mit neun Vertretern der Patienten, und mit einem eigenem Antragsrecht effizient und schnell arbeiten? Das bitte ich zu überdenken. Kann man nicht die Patienteninteressen sehr viel konzentrierter in diesen Ausschuss einbringen?

Auf Bundesebene soll ein Patientenbeauftragter bestellt werden, der ein Mitspracherecht hat. Warum übertragen Sie es nicht diesem Patientenbeauftragten, Vertreter in den Bundesausschuss zu entsenden, die von der Sache betroffen

sind? Warum geben Sie dann nicht diesen Vertretern das Recht, dort mitzureden und Anträge zu stellen?

Richten Sie also bitte keine dritte Bank mit Patientenvertretern ein, die dann in sehr unterschiedlicher Form - jeder für sich und alle für alle - Interessen einbringen! Ob diese dann die Patienteninteressen richtig widerspiegeln, müsste man abwarten. Das ist für uns keine wirksame Form der Patientenbeteiligung. Von daher bitten wir Sie, insbesondere diesen Punkt noch einmal zu überdenken.

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer): Wir sehen in der Gründung des gemeinsamen Bundesausschusses in der vorgesehenen Form eine sinnvolle Maßnahme. Auch die rechtliche Fundierung begrüßen wir. Er ist der Nachfolger vieler anderer Einrichtungen, zum Beispiel auch des Koordinierungsausschusses, in dem wir jetzt noch Mitglied sind. Im neuen Bundesausschuss werden wir nicht mehr vertreten sein. Das stimmt uns insofern nicht traurig, als wir die Erfahrung machen mussten, dass zwischen dem, was wir für gute Medizin hielten, und dem, was im Koordinierungsausschuss beschlossen wurde, eine gewisse Differenz besteht. Das hat uns nicht selten in Konflikte mit uns selber gebracht.

Wir möchten aber doch eine Beratungsfunktion wahrnehmen. Wir legen ja seit einiger Zeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ein Nationales Leitlinienprogramm auf. Die Leitlinien, die wir dort entwickeln, würden wir gerne den im Bundesausschuss Agierenden zur Kenntnis geben. Wir wollen nicht mitbestimmen, nicht teilnehmen oder mitwirken, aber beraten. Wir wären dankbar, wenn sich der Gesetzgeber dazu entschließen könnte, in das Gesetz zu schreiben, dass der Bundesausschuss diese Beratung wahrnehmen soll.

Herr Hess hat schon auf das Initiativrecht der Patienten hingewiesen, das wir begrüßen. Aber wenn die Patienten das Recht haben, inhaltliche Eingaben zu machen, dann wäre es vielleicht gut, wenn die Ärzteschaft insgesamt dasselbe

Recht bekäme und das im Gesetz verankert würde.

Auch die Qualitätssicherung soll demnächst im Wesentlichen von diesem Bundesausschuss wahrgenommen werden. Zurzeit wird das auf der Länderebene operationalisiert. Wir glauben, dass es schwer möglich sein wird, von der Bundesebene aus in die Ausübung der Gesundheitsberufe hineinzuregieren. Denn das ist eine Angelegenheit der Länder. Wir haben auf Länderebene eine funktionierende Qualitätssicherungsinitiative mit dreiseitigen Verträgen. Wir bitten darum, das Gesetz in dieser Frage zu ergänzen und darauf zu verweisen, dass die Operationalisierung des Qualitätssicherungswesens auf der Länderebene - zum Beispiel, was die Ärztinnen und Ärzte angeht, bei den Ärztekammern - stattfindet. Da ist im Moment eine Lücke, die dazu führen könnte, dass ein funktionierendes System auf Länderebene kaputtgeht, ohne dass es auf Bundesebene in gleicher Qualität ersetzt wird.

Wir haben zum Beispiel erlebt, dass neue Gesetze hervorragend funktionierende Perinatalerhebungen erstickt haben. Bis heute hat nichts Ähnliches das Licht der Welt erblickt. Das finde ich schade. So etwas sollten wir kein zweites Mal zulassen.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Regelungen für den Bundesausschuss uneingeschränkt. Sie stärken den Selbstverwaltungsgedanken. Die vorgesehene gesetzliche Ausgestaltung schafft die notwendige Rechtssicherheit, die der Koordinierungsausschuss bisher vermissen ließ.

Ich halte es nicht für sinnvoll, im Gesetz die Rechtsform vorzugeben. Insoweit schließe ich mich den Ausführungen von Herrn Dr. Hess an. Ich begrüße ausdrücklich den Vorschlag von Frau Dr. Pfeiffer, die Refinanzierung der Kosten des Bundesausschusses zu normieren, sodass die Leistungserbringer und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen das nicht aus ihren jeweiligen Haushalten bestreiten müssen. Wir sind uns ja in diesem Willen einig.

Die letzte Bemerkung knüpft an die Ausführungen von Herrn Professor Hoppe an. Aus unserer Sicht muss sichergestellt sein, dass die existierenden Organisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Durchführung der stationären Qualitätssicherung - Stichwort BQS - bestehen bleiben. Wenn das klargestellt werden könnte, würden wir das sehr begrüßen.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die erste Frage richtet sich an den Bundesverband der Verbraucherzentralen. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass es künftig einen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gibt. Wie beurteilen Sie die entsprechende Regelung?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir begrüßen die Einrichtung des Amtes eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Wir versprechen uns davon, dass die Anliegen der Patienten auf Bundesebene besser befördert werden und ressortübergreifend wahrgenommen werden. Wir wünschen uns, dass der oder die Patientenbeauftragte mit Kompetenzen analog zu denen des Beauftragten für die Belange behinderter Menschen ausgestattet wird. Dies ist im Gesetzentwurf nicht mehr detailliert geregelt; da ist etwas weggefallen. Dies sollte man entweder wieder ergänzen oder im Zuge der Einsetzung dieses Patientenbeauftragten klären.

Wir gehen davon aus, dass dieser Patientenbeauftragte nicht im luftleeren Raum agiert, sondern einen Beirat aus den anerkannten und relevanten Organisationen bildet, und zwar analog zur Patientenbeteiligung, wie sie in § 140 g SGB V vorgesehen ist.

Eine Formulierung aus der Begründung will ich kritisieren. Dort wird gesagt, der Patientenbeauftragte solle das „Sprachrohr“ der Patienten sein. Das ist, glaube ich, eine Überforderung dieser Funktion. Patientinnen und Patienten sind keine komplett homogene Gruppe. Es bedarf dazu vielmehr der Selbsthilfe-, Verbraucher- und Patientenorganisationen, die selber Sprachrohr sind und diese Funktion auch in der Vergangenheit wahrgenommen haben. Wir würden eher

davon sprechen, dass der Patientenbeauftragte in diesem Zusammenhang eine Scharnier- oder Moderatorenfunktion habe.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die zweite Frage geht an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Seitens der Patienten- und Selbsthilfeverbände wird seit Jahren gefordert, ihre Repräsentanz in den Gremien des Gesundheitswesens erheblich auszuweiten. Wie beurteilen Sie unter diesem Gesichtspunkt den vorliegenden Gesetzentwurf?

SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. c/o NAKOS): Wie der Vertreter des VZBV begrüßen wir die erheblich über den Gesetzentwurf vom Juli hinausgehende Stärkung der Patienteninteressen. Wir begrüßen auch die Erweiterung der Mitsprachemöglichkeiten nach § 140 g SGB V. Es trifft allerdings nicht zu, dass es sich hierbei, wie Herr Hess angeführt hat, um eine dritte Bank handele. Es geht hier „nur“ - aber immerhin - um Mitberatungsmöglichkeiten. Es geht jetzt darum, schnellstmöglich - das ist unsere Forderung - eine Verordnungsermächtigung auf den Weg zu bringen, damit man weiß, wer beteiligt wird, und damit das inhaltlich ausgestaltet werden kann.

In diesem Zusammenhang bedauern wir außerordentlich, dass die eigentlich in § 20 vorgesehene Stärkung der Selbsthilfe über eine Poolförderung weggefallen ist. Wenn man die Patienten wirklich beteiligen will, muss man gute materielle Grundbedingungen schaffen. Das scheint in dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf nicht ausreichend der Fall zu sein. Eine Stärkung der Förderung über eine Poollösung wäre eine Möglichkeit gewesen, der Selbsthilfe eine neue Grundlage zu geben. Dann wäre mehr Kompetenz und eine bessere finanzielle Grundausstattung gegeben gewesen.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage zur integrierten Versorgung an den Bundesverband Managed Care. Wie beurteilen Sie den neuen Ordnungsrahmen für die integrierte Versorgung?

SV **Dr. Klaus Meyer-Lutterloh** (Bundesverband Managed Care e.V.): Einer der größten Mängel des Systems ist die Sektorierung. Insofern ist alles zu begrüßen, was die Sektorengrenzen überwindet. Wir begrüßen deshalb die Erleichterungen, die jetzt durch die Neuformulierung der §§ 140 a SGB V und die Streichung der Hemmnisse geschaffen worden sind.

Wir sehen allerdings bei der Förderung noch gewisse Schwierigkeiten bei der 1-Prozent-Regelung. Es zeigt sich schon jetzt, dass möglicherweise dadurch Verzögerungen entstehen werden, dass Einigungen schwer zustande zu bringen sind. Insofern sollte man hier noch einmal darüber nachdenken - wir haben dazu etwas schriftlich eingereicht -, den Vertragspartnern der integrierten Versorgung etwas mehr Rechte zu geben, diese Ansprüche durchzusetzen.

Aber unter dem Strich begrüßen wir die Regelungen sehr, die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage richtet sich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wie bewerten Sie die Einführung einer Schiedsperson für die häusliche Krankenpflege? Ist die vorgesehene Regelung aus Ihrer Sicht geeignet, die Auseinandersetzungen über die Vergütung der Pflegedienste schneller beizulegen und somit die Sozialgerichte zu entlasten?

SV **Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Ich kann nicht verhehlen, dass wir an dieser Stelle schon mehrfach darauf hingewiesen haben, dass wir eine Schiedsstelle für das geeignete Instrumentarium halten, um die Probleme in der häuslichen Krankenpflege einer adäquaten Lösung zuzuführen, und es begrüßen, nicht auf Möglichkeiten der Regelungen durch Gerichte angewiesen zu sein.

Wir begrüßen vor diesem Hintergrund ausdrücklich den Vorschlag, eine Schiedsperson zu ernennen. Wir hätten uns eine Schiedsstelle gewünscht, halten aber die Regelung, die jetzt in § 132 a SGB V vorgesehen ist, für zielführend. Wir gehen davon aus, dass diese Regelung dazu

führen wird, dass die Streitigkeiten um die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, die es in den Bundesländern gibt, gelöst werden können. Wir wünschen uns vor diesem Hintergrund, dass diese Regelung auf Landesebene unverzüglich nach In-Kraft-Treten umgesetzt wird.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Wie beurteilen Sie die Regelung zur Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen?

SV **Jörg Robbers** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Diese Frage kann ich ganz einfach beantworten: Wir halten diese Regelung für sehr gut und für zielführend.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der KBV und des Hartmannbundes. Mit dem Gesetz soll ein West-Ost-Transfer ermöglicht werden. Wie ist Ihre Position zu dieser Frage?

SV **Dr. Rainer Hess** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir halten es für dringend notwendig, die Finanzgrundlage für die ambulante Versorgung im Osten an die für die Versorgung im Westen anzupassen. Der Bereich der ambulanten Versorgung ist mit der einzige Bereich, der hinterherhinkt. In den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittelversorgung und anderen Bereichen ist man bei 100 Prozent angekommen; dort gibt es keinen Nachholbedarf. Im Heilmitelbereich und in der ambulanten Versorgung dagegen gibt es einen Nachholbedarf; die Differenz beträgt etwa 20 Prozent.

In Ihrem Gesetzentwurf sehen Sie aber nicht vor, diese Differenz zu beseitigen. Sie wollen vielmehr Einkommensunterschiede ausgleichen. Man kann vor dem verfassungsrechtlichen Hintergrund schon fragen, bei welchem Beruf die Einkommen zwischen West und Ost bisher ausgeglichen wurden. Wir halten einen solchen Einkommensausgleich sowohl verfassungsrechtlich als auch sachlich nicht für berechtigt.

Ein Einkommensausgleich war ursprünglich auch gar nicht vorgesehen. Ursprünglich war vorgesehen - das ist auch richtig -, dass die Krankenkassen im Osten mehr Mittel für die ambulante Versorgung aufbringen müssen und die Krankenkassen im Westen mit ihren Mitteln ihre Versorgung sicherzustellen haben. Man muss also noch einmal überlegen, ob man auf solch spektakuläre Weise einen Einkommensausgleich unter Ärzten herbeiführen will oder ob es nicht Aufgabe der Krankenkassen ist, die Mittel, die sie für die Versorgung benötigen, entsprechend anzupassen. Dafür gibt es auch den Länderfinanzausgleich. Man müsste den Länderfinanzausgleich öffnen, um den Kassen im Osten eine Angleichung der Finanzmittel für die Versorgung zu ermöglichen.

SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund): Ich möchte dazu ergänzend ausführen, dass der Hartmannbund, so wie alle hier, eine Anpassung der Einkommensverhältnisse in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern begrüßt; sie ist überfällig. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass niedergelassene Ärzte, so wie alle Bürger, einen Solidaritätsbeitrag in Höhe von 5,5 Prozent leisten. Es würde sich, wie Herr Dr. Hess richtig ausgeführt hat, um ein diskriminierendes Sonderopfer für eine einzelne Berufsgruppe handeln. Wir haben schon zahlreiche Anfragen von Mitgliedern, von betroffenen Kassenärzten aus den alten Bundesländern, erhalten, die uns fragen, ob sie auf dem Klageweg dagegen vorgehen können. Wir halten die vorgesehene Regelung für verfassungsrechtlich bedenklich und werden die Mitglieder auf diesem Weg unterstützen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Darf ich zu dieser Thematik noch die Stellungnahme eines Vertreters der Kassenkassen hören?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Die vorgesehene Regelung ist so angelegt, dass ein interner Ausgleich zwischen den KVen West und Ost stattfindet. Das begrüßen wir uneingeschränkt. Wir halten die Regelung, so wie sie formuliert ist, für richtig.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte meine nächste Frage gerne Herrn Robbers und dem Vertreter des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten stellen. Aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofes steht eine Modifizierung des Arbeitsrechtes an. Sehen Sie dabei Probleme?

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Dieses Urteil wird dazu führen, dass das Arbeitszeitverständnis, das hinsichtlich des Bereitschaftsdienstes besteht, für Deutschland völlig neu definiert werden wird. Dieses Urteil wird aber auch zu einer Neugestaltung der gesamten Arbeitszeit und somit auch der Versorgung im Krankenhaus führen. Diese Veränderung muss man stufenhaft angehen.

Heute Vormittag hatten wir eine Anhörung zum neuen Arbeitszeitgesetz. Je nachdem wie dieses neue Arbeitszeitgesetz ausfallen wird, werden sich weitere und ergänzende Fragen stellen. Wenn man an dem festhält, was jetzt in § 3 des Arbeitszeitgesetzes steht, und wenn man nicht von einer täglichen Höchstarbeitszeit von acht Stunden auf eine wöchentliche Höchstarbeitszeit übergeht, dann ist der Anwendungsrahmen kreativer Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus von Anfang an beschränkt. Das will ich jetzt nicht weiter ausführen, weil wir heute früh schon darüber gesprochen haben. Ich kann nur sagen: Die im Gesetz vorgesehenen Refinanzierungsregelungen für die Arbeitszeitentwicklung im Krankenhaus sind der richtige Ansatzpunkt. Wir begrüßen es daher, dass das beabsichtigte Gesetz diese Thematik bereits aufgreift.

Was die Höhe anbelangt: Diese hängt damit zusammen, wie der erste Schritt zur Neufassung des Arbeitszeitgesetzes aussehen wird, wie gegebenenfalls die weiteren Schritte aussehen werden und was die Tarifvertragsparteien daraus machen. Der dritte Punkt hängt auch damit zusammen, welche Arbeitszeitmodelle wir zukünftig den Krankenhäusern anbieten. Wir von der DKG haben gemeinsam mit dem BMGS einen Untersuchungsauftrag formuliert; die Ergebnisse werden im Januar vorliegen, sodass man dann die Entwicklungen in Bezug auf Arbeitszeitgesetz, Tarifvertrag und mögliche Modelle beurteilen kann. Ich befürchte, dass die vorgesehene

Refinanzierungsregelung nicht ausreichen wird. Aber ich begrüße ausdrücklich, dass in diesem Gesetz die Problematik überhaupt aufgegriffen wird.

SV K. Heinrich Rehfeld (Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V.): Auch wir sind dafür, dass dieses Urteil entsprechend in ein Gesetz umgesetzt wird. Dabei kommt es entscheidend darauf an, dass auch für die Tarifvertragsparteien Gestaltungsfreiheiten gefunden werden. Schließlich müssen viele Möglichkeiten ausgelotet werden.

Ich möchte auch darauf hinweisen, dass nicht nur der Krankensektor betroffen ist, sondern auch der gesamte Rehabilitationssektor, der im stationären Bereich ebenfalls entsprechende Bereitschaftsdienste aufweist. Selbstverständlich wird sich die Frage stellen, wie man auch in diesem Sektor entsprechende Vergütungselemente einführen kann, um die Mehrkosten aufzufangen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich würde gerne auch Herrn Dr. Montgomery zu dieser Frage hören.

SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V.): Ich kann mich dem, was Herr Robbers über die Änderung des Arbeitszeitgesetzes und die Anhörung von heute Morgen gesagt hat, weitgehend anschließen. Ich bin wie er der Meinung, dass die Finanzierungsregelung, die im Gesetz vorgesehen ist, vom Weg her richtig, aber von der Höhe und der zeitlichen Streckung her falsch ist. Anstatt einen Stufenplan von sieben Jahren à 100 Millionen Euro vorzusehen, sollte man über drei Jahre 350 Millionen Euro zur Verfügung stellen - das habe ich mehrfach vorgeschlagen -, um in Deutschland endlich die Forderungen umsetzen zu können, die sich aus dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes ergeben.

Was die Tarifverhandlungen angeht, so muss ich leider gestehen, dass ich dabei etwas skeptisch bin. Wir verhandeln mit den öffentlichen Arbeit-

gebern seit 1996 über neue Bedingungen bei der Arbeitszeit im Krankenhaus, ohne bisher ein vernünftiges Ergebnis zu erzielen. Ich glaube, dass wir eine stringente und vernünftige gesetzliche Regelung brauchen. Diese ist Teil des Arbeitszeitgesetzes. Wenn Sie die entsprechende Finanzierung sicherstellen, dann wird dieses Problem in absehbarer Zeit gelöst sein.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Ich spreche den Vertreter der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen an. Herr Balke, ich darf nicht kommentieren, was Sie vorhin gefragt haben. Deshalb frage ich Sie: Würde es Ihre Zustimmung finden, wenn wir die Formulierung zur Förderung der so wichtigen Selbsthilfe, die im ersten Entwurf des GMG stand, in einem Präventionsgesetz verankern würden?

SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. c/o NAKOS): Das würde auf jeden Fall nützen. Wir fänden es natürlich gut, wenn das bereits jetzt geschehen würde. Die materiellen Gegebenheiten zur Patientenbeteiligung sollten schon im Vorfeld geregelt werden und nicht erst im Rahmen eines Prozesses im nächsten Jahr. Wir haben nämlich die Befürchtung, dass die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes noch ein wenig dauern wird, vielleicht länger, als von politischer Seite im Moment geplant ist.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Ab 2006 soll die elektronische Gesundheitskarte etabliert sein. Die Verfügbarkeit von Notfalldaten, Kostenersparnisse und die Eindämmung von Missbrauch im Gesundheitssystem sind zentrale Vorzüge dieser neuen Technik. Können Sie uns Ihre Einschätzung zu diesem Sachverhalt mitteilen?

Darüber hinaus habe ich eine spezielle Frage zum Datenschutz. Wie ist aus Ihrer Sicht der Datenschutz im Vergleich zur heutigen Situation geregelt?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEF): Grundsätzlich halten wir die Einführung einer elektronischen Versichertenkarte für sinnvoll. Wir sehen allerdings ein Problem in dem Zeitpunkt der geplanten Einführung. Wir sind zurzeit dabei, mit dem Aktionsforum „Telematik im Gesundheitswesen“ Vorbereitungen zu treffen. Erste Aufträge sind vergeben, die die Infrastruktur untersuchen. Es soll ermittelt werden, welche Infrastruktur notwendig ist. Wir sehen die Gefahr, dass der Zeitpunkt der Einführung zu früh gewählt ist und dass Vorgaben gemacht werden, die nicht realistisch sind.

Ganz wichtig für uns ist, dass diese Gesundheitskarte so ausgestattet wird, dass eine Serverlösung möglich ist. Denn nur so können die Aspekte Kosten und Transparenz berücksichtigt werden. Im Gesetz ist das nicht so präzise formuliert, dass man Klarheit hat. Die Serverlösung wäre aus unserer Sicht die einzig sinnvolle Lösung, weil nur so die notwendige Transparenz und Kostenersparnis erreicht werden können.

Was die Aufbringung des Lichtbildes angeht, haben wir bisher immer darauf verwiesen, dass dies nach unserer Einschätzung erhebliche Verwaltungskosten verursachen wird, und dass fraglich ist, ob dadurch ein Missbrauch tatsächlich verhindert werden kann. Deswegen gibt es in einzelnen Bereichen schon Überlegungen, ob ein Lichtbild nicht dadurch ersetzt werden kann, indem bei einer Inanspruchnahme der Karte der Personalausweis vorgelegt werden muss. Das wäre eine Lösung, die keine zusätzlichen Verwaltungskosten verursachen würde, aber im Grunde genommen den gleichen Effekt erzielen würde.

Abg. **Götz-Peter Lohmann** (SPD): In Mecklenburg-Vorpommern - aus diesem Bundesland komme ich - gibt es Regionen, in denen leider in zunehmendem Maße die flächendeckende medizinische Versorgung problematisch wird. Deswegen zielt meine Frage auf den Komplex der medizinischen Versorgungszentren. Ich könnte mir vorstellen, dass in Mecklenburg-Vorpommern die Bedeutung der zukünftigen medizinischen Versorgungszentren steigen wird.

Meine Frage an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Sehen Sie größere Probleme, die medizinischen Versorgungszentren, wie im Gesetz vorgesehen, zu realisieren? Welchen Zeitrahmen könnte das in Anspruch nehmen?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir halten die medizinischen Versorgungszentren für gut und richtig. Es gibt dafür historische Vorbilder. Wenn man diese schon früher berücksichtigt hätte, dann bräuhete man diesen Weg nicht mehr zu gehen. Aber es ist ja nicht zu spät. Wir halten dies für den richtigen Weg, gerade wenn es um die Frage der Unterversorgung geht. Wir sind, ähnlich wie Herr Hess, der Meinung, dass es eine gute Lösung ist, angestellten Ärzten auf diese Weise den Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen. Auf der anderen Seite können Ärzte auch freiberuflich dort tätig sein. Wir sind froh darüber, dass man sich nicht festgelegt hat.

Man muss jetzt aber den Mut haben, in den Regionen, in denen man eine Unterversorgung feststellt, diesen Ansatz zu verwirklichen. Das darf dort nicht torpediert werden oder an irgendwelchen Zustimmungshürden scheitern. Wir halten es, wenn diese Zentren entstanden sind, aber auch für richtig, dass es außer der Regelversorgung die Möglichkeit geben muss, mit den Ärzten Einzelverträge schließen zu können, zum Beispiel bei der Hausarztversorgung und bei der integrierten Versorgung.

Ich glaube, es muss nicht furchtbar viel Zeit vergehen, bis man solche Zentren einrichten kann. Schließlich müssen sich nicht erst große Institutionen dafür finden. Es muss möglich sein, so etwas sehr schnell gemeinsam umzusetzen. Ich glaube, der Zeitrahmen ist nicht so kritisch, wie man das aus Ihrer Frage heraushören konnte.

SV **Wolfgang Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich kann mich im Wesentlichen darauf beschränken, dem Kollegen Ahrens zuzustimmen, und möchte nur einen Punkt ergänzen. Gerade aufgrund früherer Erfahrungen muss ich feststellen, dass man, wenn solche Zentren Erfolg haben sollen, ein professionelles Management braucht. Gerade die inter-

disziplinäre Zusammenarbeit erfordert, dass jemand das Aushandeln von Verträgen, das Controlling und das Marketing richtig betreibt.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): In Gebieten, in denen Bedarf besteht, wird die Errichtung solcher medizinischer Versorgungszentren rechtlich kein Problem sein, weil Stellen vorhanden sind, die man neu besetzen kann. In überversorgten Gebieten ist das anders. Dort können solche Zentren nicht gebildet werden, weil dem Arzt, der als Angestellter oder als Freiberufler in diesem Gebiet zusätzlich arbeiten will, kein Platz zur Verfügung steht. Rechtlich bestehen also keine Hindernisse, solche Versorgungszentren gerade in unterversorgten Gebieten zu gründen.

Ich möchte nur bezweifeln, dass wir damit die Versorgungsprobleme lösen. In diesen Gebieten gibt es auch in den Krankenhäusern Personal-mangel. Es ist also auch für angestellte Ärzte nicht sehr attraktiv, dort hinzugehen. Man sollte sich von dieser neuen Rechtsform also nicht versprechen, dass die Versorgungsprobleme in den neuen Bundesländern gelöst werden. Dort sind sehr viel tief greifendere Strukturprobleme zu lösen. Das müssen wir gemeinsam angehen.

Deshalb fordere ich auch die Kassen auf, die Mitfinanzierung solcher Stellen, die im Gesetz vorgesehen sind, zu übernehmen. Man kann durchaus Ärzte anstellen und ihnen Umsatzgarantien oder Gehaltsgarantien geben, um die Unterversorgung zu beheben. Vor allem aber muss man den Arztberuf in diesen Ländern attraktiver machen - das ist vorhin angesprochen worden -, und zwar nicht durch einen Geldtransfer von Arzt zu Arzt, sondern durch die Bereitschaft der Krankenkassen, die entsprechenden Leistungen angemessen zu bezahlen. Wenn man alles zusammennimmt, dann kann man diese Strukturprobleme lösen. Die Rechtsform Versorgungszentrum allein wird das nicht können.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter des AOK-Bundesverbandes und des DGB. Es wird in Zukunft eine umfassende Fortbildungspflicht für Vertragsärzte geben. Wie bewerten Sie die?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten eine solche Fortbildungspflicht für richtig, zweckmäßig und ziel-führend, weil wir der Meinung sind, dass auf die Ärzteschaft in hohem Maße zusätzliche Ansprüche zukommen werden. Fortbildung ist ein ganz wichtiger Bestandteil. Wir gehen davon aus, dass die Ärzteschaft grundsätzlich dazu bereit sein wird. Diese gesetzliche Regelung ist für diejenige ein Hinweis, die sich der Fortbildung vielleicht entziehen wollen. In dem Fall gibt es Möglichkeiten, auf sie einzuwirken.

Sve Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand): Auch wir sind der Auffassung, dass eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung ein wesentlicher Punkt ist. Wir als Gewerkschaften haben mit unseren Vorschlägen zur Strukturreform immer eine Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses verfolgt. Wir wollen eine Stärkung des Wettbewerbs, allerdings in der Form, dass die Qualität von Leistungen - dazu gehören in erster Linie die ärztlichen Leistungen - sichergestellt ist. Fortbildung ist deswegen so wichtig, weil über Fortbildung ein Höchstmaß an Qualitätsverbesserung erreicht werden kann.

Es sind viele Veränderungen im Gesetzentwurf vorgesehen, wie die integrierte Versorgung oder die verbesserte Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung. All dies stellt natürlich hohe Anforderungen an diejenigen, die ärztliche Leistungen erbringen. Deshalb ist unserer Meinung nach die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung wichtig.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU): Ich möchte etwas richtig stellen. Vorhin wurde eine Frage an den VDZI gerichtet, ohne dass ein Vertreter dieses Verbandes anwesend war. Es hat sich herausgestellt, dass dieser Verband gar nicht eingeladen worden ist. Es hat sich wohl um ein Missverständnis gehandelt.

Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und bezieht sich auf

Art. 1 § 85 a Abs. 5 dieses Gesetzentwurfs, Stichwort „arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina“. Welche der Ihnen bekannten Systeme verfügen über zertifizierte Grouper-Software für den ambulanten Bereich? Wie beurteilen Sie, dass dem Bewertungsausschuss zur Umsetzung der Zeitraum bis zum 30. Juni 2005 vorgegeben ist?

Meine zweite Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die KBV. Inwieweit erfassen die Behandlungsdiagnosen nach ICD-10 das reale Geschehen in der Arztpraxis? Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen eines niedergelassenen Arztes hinsichtlich der Angabe von Behandlungsdiagnosen gibt es?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband) Herr Abgeordneter, Sie haben sich danach erkundigt, welche der mir bekannten Systeme über zertifizierte Grouper-Software verfügen. Man sollte sich da nicht täuschen lassen. Zur Vorbereitung des „Morbi-RSA“ sind jetzt Arbeitsgruppen tätig. Mit einem Teil der internationalen Erfahrungen sind wir vertraut. Auf internationaler Ebene ist man selten mit der Aufgabe konfrontiert, nur die ärztliche Vergütung zu bestimmen. Der überwiegende Teil dieser Erfahrungen wurde in den HMOs gemacht. Eigentlich geht es darum, dass Versicherte „gekauft werden“. Man wirft die Frage der ärztlichen Vergütung und die der Krankenhausvergütung in denselben Topf, um zu klären, wie man die künftigen Ausgaben für die Versicherten bestimmen kann.

Es gibt ein oder zwei, also ganz wenige Ansätze - sie sind noch nicht Bestandteil einer zertifizierten Grouper-Software, weil das noch nicht möglich ist -, die ausschließlich auf die ärztliche Vergütung ausgerichtet sind. Eine solche Ausrichtung stellt normalerweise kein Problem dar. Stellen Sie sich bitte vor, in welcher Lage wir uns befinden: 2007 soll das Ganze umgesetzt werden. Dies ist mit der Umstellung bei den DRGs vergleichbar, für die drei Jahre Zeit war. Ein solcher Zeitraum wäre in Ordnung, wenn in ihm nicht noch andere Aufgaben zu erfüllen wären.

Zurzeit sind es die Ärzte gar nicht gewöhnt - das ist kein Vorwurf -, die ICDs in der Präzision anzugeben, die nötig ist, um Morbiditätsveränderungen in der nachher notwendigen Genauigkeit messen zu können. In der Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der letzten Woche hat die KBV allen Ernstes gefordert, den ICD-10 in der vereinfachten Fassung für den ärztlichen Bereich weiterhin gelten zu lassen.

Sie wollen dafür sorgen, dass die armen niedergelassenen Ärzte drei Jahre nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes differenzierte Morbiditätsangaben machen müssen. Dieses ambitionierte Projekt wird scheitern. Da die Vergütung der Ärzte mit der Anzahl der Diagnosen steigt, werden sie zusätzliche Diagnosen stellen. Zunächst einmal muss eine Basis vorhanden sein, die es ermöglicht, sich mit den Diagnosen auszukennen. Ich wiederhole: Die KBV ist dafür eingetreten, den ICD-10 in der vereinfachten Fassung weiterhin gelten zu lassen. Es darf nicht verwundern, dass sich Ärzte vertun. Dahinter muss keine betrügerische Absicht stehen.

Ab dem Jahre 2007 soll die Vergütung eines Arztes also von der Anzahl der Diagnosen, die er stellt, abhängen. Wir halten diesen Ansatz für verfrüht. Dass die Kassen die Entscheidung über das Vorliegen von Morbidität treffen sollen, ist eine politischer Beschluss, den wir akzeptieren. Wir raten dringend dazu, den Übergangszeitraum zu verlängern. Herr Robbers kann bestätigen, dass die ICD-10 und vormals die ICD-9 im Krankenhaussektor lange Zeit Standard waren. Trotz aller Schwierigkeiten wurden die DRGs eingeführt.

Wir von der AOK weisen auch darauf hin, dass die von Ihnen geplante Angleichung des Wettbewerbs im Hinblick auf einen bestimmten durchschnittlichen Bundespunktwert nichts bringt, da sich dieser Wert später wieder differenziert. Daher ist dieses Vorgehen vollkommen überflüssig.

Unsere Grundbotschaft lautet: Das Projekt der Morbiditätsvergütung im ärztlichen Bereich ist sehr ambitioniert. Der Übergangszeitraum von drei Jahren ist allerdings viel zu kurz. Selbst

wenn die Ärzte guten Willens sind, werden sie zukünftig keine Diagnosen stellen können, die so differenziert sind, wie es notwendig ist.

SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sind im Gegensatz zu Herrn von Stackelberg durchaus optimistisch, die Aufgaben innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens mit einer geeigneten Grouper-Software zu erfüllen. Bereits jetzt wird eine Grouper-Software in einem Modellvorhaben im Bereich der KV Bremen, an dem auch die Barmer Ersatzkasse teilnimmt, erprobt. Die Gremien der Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich jüngst für eine Grouper-Software aus den USA entschieden, mit der dieses Ziel durchaus erreicht werden kann.

Herr Kirschner, was die Dignität der Diagnosen angeht, interpretiere ich Ihre Frage so, dass Sie Bedenken wegen eines Upcodings haben. Sie befürchten, dass sich Praxisärzte künftig veranlasst sehen, schwerwiegende Diagnosen auf den entsprechenden Datenträgern zu dokumentieren, um so eine bessere Vergütung zu erlangen. Eine solche Entwicklung hat es in den Krankenhäusern in Bezug auf die DRGs gegeben.

Wir müssen derzeit in der Tat konstatieren - auch Herr von Stackelberg hat das gerade angesprochen -, dass manche Diagnosen abrechnungsbegründend sind. Wir werden gegenüber den Ärzten sicherlich Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit zu leisten haben, damit sie den ICD-10 richtig anwenden und so das tatsächlich Krankheitsbild eines Patienten darstellen.

Ich bin ganz zuversichtlich, dass wir das in dem vorgegebenen Zeitrahmen schaffen. Ich fordere die Krankenkassen auf, sich dieser Aufgabe nicht zu entziehen; denn es handelt sich um eine gemeinsame Aufgabe der KBV, der KVen und der Krankenkassen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den VdAK/AEV, an die KBV und an die Bundesärztekammer. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass der gemeinsame Bundesausschuss ein fachlich un-

abhängiges Institut gründet, dessen Ziel es ist, die grundsätzlichen Anforderungen des SGB V bei der Leistungserbringung zu sichern. Konnte damit die Kritik am vorherigen GMG-Entwurf, man versuche, Staatsmedizin zu etablieren, entkräftet werden?

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Mit der in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgestaltung dieses Instituts sind wir, der VdAK/AEV, zufrieden. Während im vorherigen Gesetzentwurf noch ein staatlich gelenktes Institut vorgesehen war, ist nun ein Institut der Selbstverwaltung geplant. Das begrüßen wir.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist ebenfalls der Meinung, dass die Verabschiedung des nun vorliegenden Gesetzentwurfs ein vom Staat unabhängiges Institut gewährleistet. Wir begrüßen, dass dieser Gesetzentwurf die Möglichkeit enthält, dieses Institut als eine Stiftung des privaten Rechts zu errichten - das ist ganz wichtig -; denn die Finanzierung dieser Einrichtung hängt von seiner Rechtsform ab. Eine Stiftung des privaten Rechts ist unabhängig und staatsfern.

Wir akzeptieren die gemischte Zusammensetzung des Vorstands - dementsprechend müssen wir akzeptieren, dass im Vorstand auch ein Vertreter des Ministeriums einen Platz hat -; denn dieses Institut wird in irgendeiner Art und Weise auch für die GKV tätig.

Es ist ein bisschen merkwürdig, die zusätzliche Finanzierung von der Schaffung einer Stiftung des privaten Rechts abhängig zu machen. Ich nehme an, dass rechtliche Gründe eine Rolle spielen; schließlich ist es nicht möglich, per Gesetz die Errichtung einer Stiftung des privaten Rechts zu regeln. Es handelt sich also um einen Umweg, der notwendig ist, um dieses Ziel zu erreichen. Wir haben uns mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf diese Vorgehensweise verständigt.

Im gemeinsamen Bundesausschuss gibt es jetzt mit der Finanzierung Probleme. Es ist ganz wichtig, dass die gemeinsame Selbstverwaltung

auf Bundesebene auch eine finanzielle Basis erhält, die es ermöglicht, dass wir unsere Aufgaben schneller und effizienter erfüllen können. Wir müssen externen Sachverstand einholen. Das kostet Geld. Wir können nicht von Hochschullehrern erwarten, dass sie für uns unentgeltlich arbeiten. Entsprechende Finanzmittel müssen bereitgestellt werden.

Was den gemeinsamen Bundesausschuss angeht, sollte die Finanzierung durch Zuschläge zu den Leistungsentgelten sichergestellt werden. Diesem Institut und dem gemeinsamen Bundesausschuss wird eine Vielzahl von Aufgaben übertragen. Wir begrüßen den nun vorliegenden Ansatz; er ist richtig.

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer) Dieser Gesetzentwurf ist gegenüber dem vorherigen ein gewaltiger Fortschritt. Schon in der Anhörung zum vorherigen Gesetzentwurf haben wir dargelegt, warum wir diese Lösung für richtig halten. Ich glaube, man hat mittlerweile den richtigen Weg eingeschlagen. Von einer lupenreinen Staatsferne kann nicht die Rede sein, weil man noch immer Einfluss nehmen kann. Es handelt sich eben um einen Kompromiss.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich zunächst an den Bundesverband Medizintechnologie und an den Bundesverband der Innungskrankenkassen.

Erst einmal möchte ich auf die Hilfsmittelversorgung zu sprechen kommen. Man hat vorgesehen, dass Verträge einzelner Leistungserbringer zukünftig nur bei Vorliegen von Preisen abgeschlossen werden können, die bei gleicher Qualität niedriger als die in den Kollektivverträgen festgelegten sind. Kann dadurch Ihrer Meinung nach der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gestärkt werden?

Künftig sollen Vertragsabschlüsse mit einzelnen Leistungserbringern über Ausschreibungen zustande kommen. Unter anderem soll bei der Versorgung mit kostenintensiven Hilfsmitteln, die direkt vom Hersteller bezogen werden können, eine Ausschreibung vorgenommen werden.

Kann damit eine wirtschaftlichere Versorgung sichergestellt werden?

Nach Art. 1 § 127 Abs. 3 dieses Gesetzentwurfs sollen die Krankenkassen die Versicherten und die Leistungserbringer zukünftig über Durchschnittspreise im unteren Drittel, die sie in Einzelverträgen vereinbart haben, informieren. Wird die Transparenz damit größer? Wird den Leistungserbringern damit ein gute Möglichkeit gegeben, sich auf dem Markt zu positionieren?

Eine weitere Frage richtet sich an einen Vertreter der Krankenkassen, der sich mit Fahrtkosten auskennt. In Art. 1 § 60 dieses Gesetzentwurfs wird vorgeschrieben, dass Fahrtkosten nur in Ausnahmefällen - sie werden vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt - nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse erstattet werden. Führt das nicht zu einem erheblichen personellen Mehraufwand? Wäre es nicht besser, die Fälle, in denen Fahrtkosten aufgrund entsprechender Diagnosen unstreitig zu erstatten sind, festzulegen? Wäre es nicht sinnvoller, nur für bestimmte Fälle, beispielsweise für ambulante Operationen, eine Genehmigungsverfahren zuzulassen und kein weiteres Genehmigungsverfahren einzuführen? Das hieße natürlich auch, festzulegen, wer von dieser Regelung ausgeschlossen ist?

SVe Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Für den Bundesverband Medizintechnologie möchte ich die Fragen von Herrn Dr. Faust zusammenfassend beantworten.

Die derzeit geplante Vertragsgestaltung ist für die Leistungserbringer eigentlich sinnlos; denn die Krankenkassen sollen zukünftig nur noch einen Durchschnittspreis im unteren Drittel - Stichwort Sachleistungsanspruch - erstatten. Angesichts dessen muss man sich einfach die Frage stellen: Macht es noch Sinn, dass Verbände und einzelne Leistungserbringer vertragliche Vereinbarungen mit Krankenkassen aushandeln, obwohl ein Preis festgelegt ist?

Die Patienten müssen künftig Zuzahlungen leisten. Wählen sie selbst einen Leistungserbringer aus, müssen sie womöglich für die Differenz zwischen dem Durchschnittspreis im unteren

Drittel und dem Preis, den ein Leistungserbringer einfordert, aufkommen. Dadurch werden Patienten noch einmal zusätzlich belastet. Wir teilen nicht die Auffassung, dass das Patientenwahlrecht uneingeschränkt fortbesteht.

Ausschreibungen durch die Krankenkassen sind schon jetzt möglich. Für uns ist nicht ganz nachvollziehbar, warum das gesetzlich festgeschrieben werden soll. Für die Gestaltung der Ausschreibungen sollte es eindeutige Kriterien geben. Wir empfehlen, von der gesetzlichen Festschreibung der Ausschreibungen durch die Krankenkassen Abstand zu nehmen. Zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelte Verträge müssen uneingeschränkt Gültigkeit haben.

Die Ermittlung des Durchschnittspreises im unteren Drittel ist zwar lang und breit beschrieben worden; Überprüfungen sind in diesem Bereich allerdings nicht möglich, da die Krankenkassen nicht verpflichtet sind, ihre Verträge offen zu legen. Wie soll man also feststellen können, ob es sich wirklich um einen Durchschnittspreis im unteren Drittel handelt? Wir fordern auf jeden Fall mehr Transparenz.

SV **Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Wir vom Bundesverband der Innungskrankenkassen finden es angesichts der Ausgabenentwicklung bei der Hilfsmittelversorgung in den letzten Jahren richtig, dass man mit verschiedenen Instrumenten, zum Beispiel mit der Schaffung von mehr Transparenz, daran geht, wirtschaftliche Vorgehensweisen zu fördern. Der Ansatz, Einzelverträge nur dann zuzulassen, wenn sie mit niedrigeren Preisen verbunden sind, macht Sinn und schafft einen wettbewerblichen Anreiz.

Ich halte es auch für richtig, im Bereich der Hilfsmittelversorgung, insbesondere was teure Hilfsmittel angeht, Ausschreibungsverfahren festzulegen, damit für alle Beteiligten mehr Transparenz besteht. Angesichts der Vielzahl der Produkte und der Vielzahl der Anbieter besteht sowohl für die in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer als auch für die Versicherten ein großes Problem darin, Transparenz in Bezug auf das Marktgeschehen und auf die Preise herzu-

stellen. Die geplante Transparenz- und Informationspflicht ist zu begrüßen, weil dadurch ein Beitrag dazu geleistet wird, etwas wirtschaftlicher vorzugehen. Die Wirkung dieser Pflicht darf aber nicht überschätzt werden.

Angesichts der sich im Gesetzentwurf manifestierenden Entscheidungen müssen wir von der Vorstellung, dass Fahrtkostenerstattungen ein breit gestreutes Phänomen sind, ein Stück weit Abschied nehmen. Die mittlerweile gefundene Regelung wird nicht zu einem überbordenden Verwaltungsaufwand führen, sondern eher dazu, dass in denjenigen Fällen Fahrtkosten erstattet werden, in denen es aufgrund entsprechend präzisierter Regelungen für sachgerecht gehalten wird. Das Genehmigungsverfahren wird durch ein Gesetz geregelt und es wird nicht mehr so ausufernd wie in der Vergangenheit sein. Dazu besteht angesichts relativ knapper Mittel überhaupt keine Berechtigung.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Wir kommen zur letzten Runde, in der es um Finanzierung, Wahlmöglichkeiten und Organisationsfragen geht.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Wir wollen es ist eine entsprechende Übergangsregelung vorgesehen -, dass die versicherungsfremden Leistungen steuerfinanziert werden. Ich bitte Sie, die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, um Ihre Stellungnahmen dazu.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen das. Das haben wir lange gefordert. Das ist insofern ein guter Weg, weil er dazu führt, dass diese Leistungen - da sie aus anderen Quellen finanziert werden sollen - nicht mehr die Versicherten belasten werden. Ich rege aber an - das ist nur ein formaler Aspekt -, dass das auch bei der RSA-Rechtsverordnung berücksichtigt wird, damit es vernünftig läuft.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Deut-

schen Hausärzterverbandes sowie der Psychotherapeuten. Der vorliegende Gesetzentwurf - das ist schon angesprochen worden - sieht auch die Einführung des Verhältniswahlrechtes vor. Wie bewerten Sie das? Trägt die vorgesehene Regelung der Aufgabenstellung und der Größenordnung des jeweiligen Bereichs Rechnung oder können Sie sich eine bessere, adäquatere Regelung vorstellen?

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die KBV hat sich in ihren Stellungnahmen für die Einführung des Verhältniswahlrechtes ausgesprochen. Daher findet die entsprechende Regelung unsere Zustimmung. Wir müssen allerdings darauf aufmerksam machen, dass sich die Mitgliederstruktur verändert. Auch Ärzte, die bei medizinischen Versorgungszentren angestellt sind, ermächtigte Krankenhausesärzte und Psychotherapeuten - das ist schon der Fall - werden Mitglieder der KVen. Angesichts dieser gemischten Struktur kann es angebracht sein, bestimmte Quoten festzulegen. Wir haben uns nicht für eine Quotenregelung ausgesprochen. Man kann es bei einem reinen Verhältniswahlrecht belassen.

Auf der Bundesebene gibt es aber eine Verdichtung. Deshalb muss es dort eine Mitgliederversammlung sowie einen ersten und einen zweiten Vorsitzenden geben, wenn die KBV ihre Aufgaben wirksam erfüllen soll. Nur der Rest sollte von der Basis gewählt werden. Hier ist es sinnvoll, Quoten festzulegen, damit unsere heterogene Struktur - das ist bei den Zahnärzten anders - auf der Bundesebene angemessen berücksichtigt wird. Vor diesem Hintergrund halten wir die vorgesehene Regelung im Grundsatz für sachgerecht.

SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Im Prinzip begrüßen wir die Einführung des Verhältniswahlrechtes als einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Wir sind der Meinung, dass es vernünftig ist, es flächendeckend einzuführen. Ich selbst bin ein Opfer der Wahlrechte, die bisher in den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen gelten. Allerdings sollten die Belange der einzelnen Versorgungsgruppen, also der Fachärzte, der Hausärzte, aber

auch der Psychotherapeuten, in den jeweiligen Bereichen selbstständig geregelt werden. Ansonsten könnten wir, die Hausärzte, die 70 Prozent der Versorgung sicherstellen, von einer Gruppe majorisiert werden, die zwar nur 30 Prozent der Versorgung sicherstellt, die aber zahlenmäßig stärker ist. Man benötigt aber keine Quotierung für einzelne Gruppen - eine solche Regelung hielte ich für nicht angemessen -, wenn man festlegt, dass die einzelnen Gruppen wählen und ihre Belange eigenständig vertreten dürfen und dass sie in der Gesamtvertretung zusammenwirken. Es hat entsprechende Vorschläge gegeben und das ist auch nach dem bisherigen Regelungssystem möglich.

Fazit: Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wir können uns aber noch Verfeinerungen vorstellen.

SV Kummer (Bundespsychotherapeutenkammer c/o Landespsychotherapeutenkammer): Wir sehen es als nicht gewährleistet an, dass die Psychotherapeuten entsprechend ihrer Mitgliederstärke in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung repräsentiert sein werden. Wir bedauern es sehr, dass die bisher gültige Regelung zurückgenommen worden ist. Wir plädieren ausdrücklich dafür, dass die alte Regelung betreffend den Mitgliederanteil auch für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt. Es wird schon jetzt in verschiedenen kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene darüber nachgedacht, wie man unseren Anteil möglichst gering bemessen kann. Wir haben große Sorge, dass dann, wenn nicht in letzter Minute noch eine entsprechende Änderung vorgenommen wird, der Anteil und der Stellenwert der therapeutischen Versorgung, und zwar einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten, auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht adäquat abgebildet werden.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Alle Versicherten der GKV können in Zukunft das Kostenerstatungsprinzip anstelle des Sachleistungsprinzips wählen. Erstens. Wie bewerten Sie diese Rege-

lung? Zweitens. Ist aus Ihrer Sicht sichergestellt, dass die wechselinteressierten Versicherten über die sich ergebenden Finanzrisiken ausreichend informiert werden?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen, dass die Versicherten ein weiteres Wahlrecht erhalten sollen. Allerdings müssen die Versicherten darauf aufmerksam gemacht werden, dass das in der Regel teurer werden wird. Natürlich werden wir sie darüber aufklären, dass hier andere Abrechnungsmodalitäten zugrunde liegen. Selbstverständlich werden wir sowohl den Abwanderungswilligen als auch den Bleibewilligen den ganzen Katalog an Leistungen, zwischen denen sie wählen können, aufzeigen. Insbesondere werden wir sie darauf aufmerksam machen, dass sie zukünftig größere Gestaltungsmöglichkeiten in der GKV haben werden, als das in der Vergangenheit der Fall war, und was das im Einzelnen bedeutet. Die Versicherten werden in der Lage sein, Licht und Schatten zu erkennen.

SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Wir begrüßen die Gleichbehandlung aller Versicherten. Es gehört zur Patientensouveränität, dass man den Versicherten ein Wahlrecht gibt, und zwar trotz der Probleme, die daraus entstehen können. Aus Sicht der Krankenkassen ist beispielsweise ein Problem, dass wir im Einzelfall oft gar keine Informationen darüber haben, wie es um die Qualität einer zu erstattenden Versorgungsleistung bestellt ist. Woher sollen die Kassen wissen, ob es sich um eine zumindest gleichwertige Versorgung handelt? In einem solchen Fall hilft nur ein kritischer und aufgeklärter Versicherter. Ich gehe jedenfalls davon aus, dass dieses Thema wettbewerbsrelevant werden wird und dass dies die Verwaltungskosten berühren wird. Wir werden wahrscheinlich eine spezifische Software benötigen, weil sich das im Laufe der Zeit - möglicherweise - zu einem Massengeschäft entwickeln wird. Dabei wird sicherlich die Frage von entscheidender Bedeutung sein, ob und, wenn ja, wie die Ausgrenzung aus der Gesamtvergütung funktioniert.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich bitte den Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände um eine kurze Stellungnahme zu der vorgesehenen Regelung betreffend die Zuzahlungen zu Heilmitteln.

SV Bruno Blum (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.): Wir selber haben den Vorschlag ins Spiel gebracht, im System zu bleiben. Die ursprünglich vorgesehene Regelung hätte zu einer bis zu 500-prozentigen Steigerung der Zuzahlungen geführt. Mit der jetzigen Regelung, wonach eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent des Rezeptwertes plus 10 Euro je Rezept verlangt wird, sind wir einverstanden. Das entspricht einer Steigerung der bisherigen Zuzahlungen um etwa 3 bis 4 Prozent. Die ursprünglich vorgesehene Regelung hätte, wie gesagt, zu einer exorbitanten Steigerung geführt. Die jetzige Regelung wird nur dann zu höheren Zuzahlungen führen, wenn auf dem Rezept eine Leistung verordnet ist. Wir hoffen, dass die kombinierte Behandlung, wie sie bisher auf den Rezepten verordnet worden ist, beibehalten wird. Dann werden die Auswirkungen so sein, wie ich sie gerade geschildert habe. Wir sind also mit der jetzt vorgesehenen Regelung einverstanden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste und des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der Zuzahlungsregelung auf den Bereich der häuslichen Krankenpflege?

SVe Susanne Schrader (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen): Wir sind mit der Nachbesserung einverstanden, wonach die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt wird.

SV Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Auch wir sind natürlich glücklich über den Vorschlag, wonach die Zuzahlung auf 28 Tage gedeckelt ist. Das halten

wir durchaus für den richtigen Weg, insbesondere deshalb, weil sich dadurch der Vorrang der stationären Versorgung, also der Krankenhausversorgung, nicht noch einmal negativ für den Patienten niederschlägt. Allerdings halten wir die Regelung für falsch, wonach zusätzlich 10 Euro für eine ärztliche Verordnung gezahlt werden sollen; denn dieser Betrag soll nicht für eine häusliche Krankenpflegeleistung, sondern für eine Verordnung des Arztes gezahlt werden. Dadurch, dass sich diese Zuzahlung nicht auf eine Leistung bezieht, entsteht natürlich sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Versicherten Verwirrung. Das halten wir für den falschen Weg. Diese Regelung muss nach unserer Meinung gestrichen werden, weil es schon eine andere Zuzahlung im Bereich der ärztlichen Versorgung gibt. Wenn zusätzlich 10 Euro gezahlt werden müssten, dann würde es sich um eine doppelte Zuzahlung für ein und dieselbe Leistung handeln.

SV Oliver Aitcheson (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.): Ich kann mich meinen beiden Vorrednern nur anschließen. Auch wir begrüßen die Verbesserungen der Zuzahlungsregelung im Bereich der häuslichen Krankenpflege und sehen eine Ordnungsgebühr in Höhe von 10 Euro als problematisch an. Wenn an dieser Ordnungsgebühr festgehalten würde, müsste zumindest der Gesetzestext dahingehend geändert werden, dass nur eine Gebühr für jede genehmigte Verordnung erhoben wird.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Ich möchte an die Vertreter der Spitzenverbände die Frage richten, wie sie die GMG-Vorschriften beurteilen, die das Organisationsrecht der Krankenkassen betreffen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Beim Organisationsrecht geht es im Wesentlichen um das Gründungs- und das Öffnungsrecht von Betriebskrankenkassen. Wir begrüßen das vorgesehene Öffnungsmoratorium. Wir hätten es aber befürwortet, wenn der neue GMG-Entwurf wie der alte auch ein Gründungs moratorium enthalten hätte. Die vorgesehenen Regelungen sind

zwar sinnvoll und richtig, aber aus unserer Sicht nicht ausreichend.

Im Übrigen sehen wir ein Problem - vielleicht ist es nur ein formales - beim Öffnungsmoratorium. Hier gibt es unterschiedliche Fristen. In Art. 35 § 7 - hier geht es um das Öffnungsmoratorium - ist der Zeitpunkt der dritten Lesung entscheidend. Aber beim Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Paragraphen wird auf die erste Lesung verwiesen. Im Moment läuft ein Errichtungsverfahren, das insbesondere den großen Versorgerkassen riesige Probleme bereiten wird und das genau in diese Gesetzeslücke fallen wird. Hier wäre eine Präzisierung im Hinblick auf die erste Lesung als den Termin, ab dem das Öffnungsmoratorium gilt, sinnvoll.

SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich mache es mir einfach und erkläre, dass ich genau gegenteiliger Auffassung bin. Das sollte dazu genügen.

Ich möchte noch einen anderen Aspekt ansprechen, der für die Betriebskrankenkassen besonders wichtig ist. Für den Bereich der Haftung - dieses Thema spielt vielleicht bei denjenigen Kassen, bei denen es viele autonome Akteure gibt, eine größere Rolle als bei anderen - bringt der vorliegende Gesetzentwurf einige Verbesserungen. So soll der Arbeitgeber nach der Öffnung der Kassen für ein Defizit - sozusagen von Gesetzes wegen - haften. Das finden wir sehr positiv. Wenn es eine solche Regelung schon in der Vergangenheit gegeben hätte, dann hätte es einige Probleme erst gar nicht gegeben. Ob die Regelungen, die in § 155 SGB V vorgesehen sind - Fondsbildung auf Verbänderebene -, eine hinreichende Lösung sind, wage ich allerdings zu bezweifeln. Die Betriebskrankenkassen befinden sich jedenfalls noch mitten in der Diskussion darüber - ich denke, das wird bei den Ersatzkassen nicht viel anders sein -, ob eine solche Lösung sinnstiftend ist oder ob sie möglicherweise nicht dazu führt, dass einige Kassen höhere Risiken eingehen. Gerade die Versicherten, die mit ihren Beiträgen für Fehlentwicklungen nicht nur bei ihrer Kasse, sondern auch bei Kassen gleicher Art haften müssen, haben ein Anrecht darauf, dass hier klare Verhältnisse geschaffen werden.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Um die Vielfalt deutlich zu machen, mit der wir hier auftreten, möchte ich sagen, dass ich das unterstütze, was Frau Pfeiffer vorgetragen hat. Wenn Sie ein Moratorium machen, dann sollten Sie es auch wasserdicht machen. Das, was Sie hier zu tun beabsichtigen, ist ein Sieb. Deshalb wird es nur teilweise halten. Wenn man ein Interesse daran hat, die wettbewerblichen Verwerfungen durch ein Moratorium aufzuhalten, dann darf man nicht halbherzig sein. Ich bitte Sie deshalb, die Anregungen, die Frau Pfeiffer gegeben hat, ernst zu nehmen und nach Möglichkeit auch umzusetzen.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter des DGB und der Spitzenverbände. Nicht alle Sozialhilfeempfänger sind Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse. Auch Sie kennen sicherlich die diesbezügliche Diskussion in der Bevölkerung. Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Regelungen, die zu einer Gleichbehandlung von Sozialhilfebeziehern und denjenigen, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, führen werden?

SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand): Wir begrüßen im Grunde die Gleichbehandlung von Sozialhilfeempfängern und Versicherten der GKV. Wir sehen allerdings ein Problem bei den Zuzahlungsregelungen. Hier besteht Nachbesserungsbedarf. Wir bitten, dies zu berücksichtigen.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten es für richtig und angemessen, so zu verfahren. Man muss sich aber auch Gedanken über die Gegenfinanzierung machen. Wir halten die vorgesehene Zuzahlung in Höhe von 5 Euro für nicht ausreichend. Wir gehen davon aus, dass auch hier die Zuzahlung 8 Euro betragen muss, um die entsprechenden Unkosten zu decken. Wir raten außerdem, noch einmal die Fristen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu überdenken. Wir haben Zweifel, ob eine solche Einführung in so kurzer Zeit möglich ist.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Eine kurze Ergänzung zu dem, was Herr Ahrens zu dem Termin gesagt hat: Wir sehen hier ein Riesenproblem, das mit den Hartz-Gesetzen abzustimmen; denn es gibt unterschiedliche Fristen. Es werden Probleme auftreten, wenn wir am 1. Januar nächsten Jahres entsprechende Änderungen bezüglich der Sozialhilfeempfänger vornehmen werden und wenn sich am 1. Juli 2004 der Personenkreis ändern wird. Es ist daher wichtig, die Zeitpunkte des In-Kraft-Tretens der verschiedenen Regelungen so zu harmonisieren, dass keine unnötigen Probleme auftreten.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV. Erstmals sind Zuzahlungen auch im ambulanten Bereich vorgesehen, und zwar 10 Euro pro Behandlungsfall im Quartal. Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung dieser Regelung in die Praxis und, wenn ja, wie können sie nach Ihrer Auffassung gelöst werden?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wenn man schon eine Praxisgebühr einführt, halten wir es für richtig und auch für am effizientesten für alle mit der Verwaltung Beschäftigten, wenn sie, wie jetzt vorgesehen, von den Ärzten eingezogen wird. Alles andere würde nur zu Mehraufwand führen.

Wir wünschten uns allerdings, dass es diese Vorschrift nicht nur im ambulanten Bereich gibt, sondern auch in anderen Bereichen, wo die Leistungserbringer teilweise andere Gestaltungsmöglichkeiten haben.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Einführung einer Praxisgebühr hat zu einer erheblichen Beunruhigung innerhalb der Ärzteschaft geführt. Wir als Körperschaft tun uns sehr schwer, sie gegenüber den Ärzten zu vertreten. Auf der einen Seite zeigt die Ärzteschaft Verständnis dafür, dass man auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung Zuzahlungen einführt. Auf der anderen Seite ist es für die Ärzte angesichts einer Fülle von Sondertatbeständen ein Problem, von den Patienten die vor-

gesehenen 10 Euro einzuziehen. Besonders schwer fällt das bei Notfällen. Das gilt aber auch für Fälle, wo Patienten spontan in die Praxis kommen und die 10 Euro nicht dabei haben. Wenn der Arzt nicht selber auf dieser Gebühr sitzen bleiben will, muss er den Patienten wieder wegschicken.

Wir als KBV vertreten allerdings den Standpunkt, dass die Einziehung dieser Gebühr nur über den Arzt möglich ist, und versuchen, bei unseren Ärzten dafür um Verständnis zu werben. Das kann aber nicht einfach per Gesetz dekretiert werden. Es müssen auch einige Sonderfälle geregelt werden. So müsste im Gesetz zumindest vorgesehen werden, dass wir mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verfahren einheitlich im Bundesmantelvertrag regeln können. Hier gibt es nämlich einige Abgrenzungsprobleme: Ist zum Beispiel eine Praxisvertretung ein Überweisungsfall oder eine Direktanspruchnahme? Hierbei entstehen ja zwei Behandlungsfälle. Wie sieht es mit der Abgrenzung der regionalen Strukturen aus? Patienten gehen ja nicht nur innerhalb eines KV-Bereichs zum Arzt, sondern überschreiten ja auch KV-Grenzen. Wie bekommen wir dann die Information, dass schon eine Erstbegegnung stattgefunden hat, wenn ein Patient außerhalb eines KV-Bereichs zum Arzt gegangen ist und dann im diesem KV-Bereich zu einem zweiten Arzt geht? Hier bedarf es einer Ausführungsvorschrift. Von daher bitten wir Sie - wir haben das ja auch schriftlich beantragt -, die Möglichkeit, entsprechende Verfahren im Bundesmantelvertrag zu regeln, ins Gesetz aufzunehmen.

Weiterhin stellt sich bei grundsätzlicher Zustimmung unsererseits die Frage, was passiert, wenn ein Arzt diese 10 Euro nicht bekommt. Wenn so etwas in Krankenhäusern passiert, sorgen die Kassen für das Inkasso. Das ist übrigens bisher bei allen Zuzahlungen generell so. Bei der jetzt vorgesehenen Regelung haben Sie das ausdrücklich ausgenommen. Sie müssen uns aber zumindest gestatten, mit den Kassen ein Verfahren zu vereinbaren, wodurch sie uns bei der Einziehung dieser Gebühr helfen. Wenn die Versicherten der Kassen nicht zahlen, ist eine Mitwirkungspflicht der Kassen das Mindeste, was wir einfordern. Man kann nicht alles auf den Ärzten sitzen lassen, sondern die Kassen müssen uns

schon ein wenig zur Seite stehen, um die Einziehung dieser Gelder sicherzustellen, wenn sich deren Versicherte massiv weigern.

Wir beantragen hier also eine Ergänzung der vorgesehenen Regelung, dass Näheres mit den Partnern im Bundesmantelvertrag geregelt und eine Mitwirkung der Krankenkassen bei der Einziehung nicht geleisteter Zuzahlungen vereinbart werden kann; ansonsten ist mit erheblichen Widerständen in der Ärzteschaft zu rechnen. Es kann sein, dass die ganze Reform, die wir den Ärzten durchaus schmackhaft machen wollen, an diesem einen Punkt in ganz gefährliches Fahrwasser kommt und die Ärzte sich verweigern. Sie sollten also diese Belange mit berücksichtigen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an den BV Medizintechnologie. Es ist ja eine Kostenbeteiligung der Patienten in Form einer Zuzahlung an den zur Behandlung nötigen Hilfsmitteln vorgesehen. Auch hier soll der Leistungserbringer diese Gelder einziehen. Entsprechend reduziert sich sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund der Umsetzbarkeit in die Praxis diese Regelung?

Ich hätte gerne auch noch eine Stellungnahme ganz allgemein zu den Zuzahlungsregelungen von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen.

SVe **Oda Hagemeyer** (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Wie ich vorhin schon sagte, ist geplant, dass die Patienten eine 10-prozentige Zuzahlung zu leisten haben, die maximal 10 Euro bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln betragen soll. Hier hat das Ministerium noch einmal eine gute Regelung gefunden; das kann man positiv bewerten. Gleichzeitig ist aber dadurch, dass zukünftig nur ein Sachleistungsanspruch für Hilfsmittel, die im unteren Preisdrittel liegen, vorgesehen ist, dann ein weiterer Differenzbetrag vom Patienten zu tragen, wenn er andere Hilfsmittel wünscht. So kann der Patient schon ganz erheblich belastet werden, zumal dieser Eigenanteil nicht bei der

Berechnung der Belastungsgrenze in Höhe von 1 bzw. 2 Prozent berücksichtigt wird.

Wie hoch diese Zuzahlung ist, hängt jeweils vom Hilfsmittel ab. Es ist schwierig, hier konkrete Zahlen zu nennen. Das müsste im Detail betrachtet werden. Es kommt hier aber auf den Patienten eine ganz erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung zu.

Die Einziehung der Zuzahlung durch den Leistungserbringer halten wir im Vergleich zur derzeitigen Regelung für widersprüchlich, da sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ja um den Zuzahlungsbetrag von maximal 10 Euro reduzieren soll. Bislang war es so, dass ein Leistungserbringer versucht, Geld von der Krankenkasse einzuziehen. Letztendlich handelt es sich hierbei um eine Forderung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten. Diese müssten die Verantwortung für die Zuzahlungen ihrer Versicherten tragen.

SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Herr Abgeordneter, wir halten die Ausgestaltung der Zuzahlungsregelung im Bereich der Hilfsmittelversorgung auch vor dem Hintergrund, dass nur Hilfsmittel aus dem unteren Preisdrittel bezahlt werden, für vertretbar. Es kann sich ja jeder Versicherte objektiv über die Hilfsmittel informieren und dann qualitativ hochwertige aus dem unteren Preisdrittel in Anspruch nehmen. Wenn er sich für Produkte entscheidet, die teurer sind, handelt es sich um seine individuelle, persönliche Entscheidung. Er hat dann auch die Verantwortung für die sich daraus ergebenden finanziellen Belastungen zu tragen.

Hinsichtlich der Frage des Inkassos von Zuzahlungen sind wir der Auffassung, dass es gut wäre, wenn in den verschiedensten Versorgungsbereichen eine möglichst einheitliche Regelung der Einziehung der Zuzahlung durch die verschiedenen Leistungserbringergruppen vorgesehen würde. Darin unterscheiden wir uns von der Position, die Herr Dr. Hess eben in Bezug auf die Praxisgebühren vorgetragen hat. Um das im Gesetz konsistent zu regeln, müsste diese Regelung also auch auf die stationäre Versorgung, was bisher nicht der Fall ist, ausgeweitet werden. Zugleich

müsste Unterstützung geleistet werden, damit diese Aufgabe bewältigt werden kann. Ich habe diesbezüglich aber keine übermäßigen Sorgen, weil ja schon heute Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen nicht vertragsärztliche Leistungen auch direkt und ohne jedwede Probleme mit ihren Kunden abrechnen. Ich denke, die Übertragung dieser Abrechnungspraxis auf andere Bereiche bekommen sie dann auch hin.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Dabei geht es um die innere Organisationsstruktur. Halten Sie die vorgesehene Regelung für sinnvoll, dass in Zukunft Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende einer KV bzw. KZV automatisch Mitglieder der Vertreterversammlung sind?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Für uns Zahnärzte ergibt sich daraus eine ziemlich feudalistische Situation. In der neu zu strukturierenden Vertreterversammlung auf Bundesebene sind maximal 60 Personen. Nach der Organisationsreform gibt es 17 KZVen. Wenn dann der Vorsitzende einer KZV und sein Stellvertreter, die beide hauptamtlich angestellt sind, kraft Amtes in dieser 60-köpfigen Vertreterversammlung sitzen, haben sie schon einmal 34 Stimmen, also die Mehrheit.

Wie demokratisch das ist, möchte ich in Form eines Beispiels verdeutlichen: Stellen Sie sich vor, die Zahl der Parlamentarier im Deutschen Bundestag würde auf 60 begrenzt; aber die Ministerpräsidenten der Länder - das wären 16 - und ihre Stellvertreter wären kraft Amtes Mitglieder des Bundestages. Halten Sie jetzt noch eine Vertretung des durch legitime Wahlen bekundeten Volkswillens für gegeben? Wir von unserer Seite können nur sagen: Das ist nicht demokratisch.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es ist ganz erstaunlich, dass die Ärzteschaft trotz ihrer sehr viel heterogeneren Struktur anderer Meinung als die Zahnärzteschaft ist. Unsere Vertreterversammlung hat

beschlossen, eine solche Struktur, die sehr stark auf einer Repräsentanz der Mitglieder, sprich der KVen, auf der KBV-Ebene beruht, zu befürworten. Das ist insbesondere deshalb befürwortet worden, weil die Kassenärztliche Bundesvereinigung Normgeberin ist. Das heißt, die KBV wird nicht von sich aus tätig, sondern aufgrund von Maßgaben des Bundesausschusses oder von Verträgen. Direkt können wir den KVen so gut wie gar nichts sagen, denn sie sind ja selber auch Körperschaften öffentlichen Rechts.

Die Normgebung aber, die die KBV beschließt, ist von den KVen anzuwenden. Das heißt, sie müssen es 1 : 1 umsetzen. Sie sind aber, wenn sie nicht über ihre Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden daran beteiligt sind, unter Umständen gezwungen, etwas anzuwenden, was sie persönlich gar nicht mitgetragen haben. Unsere Vertreterversammlung ist zurzeit so besetzt, dass letzten Endes Ärzte und Psychotherapeuten entscheiden, die für die Umsetzung gar keine Verantwortung tragen. Die ersten und zweiten Vorsitzenden, die die Verantwortung tragen, bilden zwar einen eigenen Satzungsausschuss, nämlich den Länderausschuss, der aber, wie gesagt, an dieser Beschlussfassung nicht beteiligt ist. Das ist der Grund, warum bei uns die Vertreterversammlung in ihrer alten Besetzung einen Satzungsänderungsvorschlag unterbreitet hat, mit dem sie sich selber fast auflöst, und warum sie sich für eine solche Struktur der Mitgliederversammlungen, in der die ersten und zweiten Vorsitzenden der KVen die Normgebung selber mitvertreten, um sie später auch selber umsetzen zu können, ausgesprochen hat. Dabei müssen wir natürlich auch die anderen Gruppen wie Psychotherapeuten und außerordentliche Mitglieder per Quote entsprechend berücksichtigen, weil man nicht davon ausgehen kann, dass sie zu ersten oder zweiten Vorsitzenden der KVen gewählt werden.

Wir haben bei uns den Satzungsänderungsvorschlag erarbeitet, eine solche unternehmerische Struktur einzuführen. Dass die ersten und zweiten Vorsitzenden jetzt kraft Amtes Mitglieder der Vertreterversammlung sind, stößt bei uns nicht auf Widerspruch, sondern auf Zustimmung, aus den Gründen, die ich eben genannt habe - Basisdemokratie und Verlässlichkeit bei der Normumsetzung -, weil die im Gesetz vorgese-

hene Organbesetzung einen Kompromiss zu unserem eigenen Vorschlag darstellt. Wir könnten uns zugleich vorstellen, die Vertreterversammlungen auch gegenüber der bisherigen Höchstzahl noch zu verkleinern, um diese Struktur zu stärken. Das muss aber dann die Vertreterversammlung selber entscheiden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Verbraucherverbände und den Verband der Krankenversicherten Deutschlands. Wie bewerten Sie die Regelung, dass in Zukunft alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip wählen können und dass Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr eingeführt werden können?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir halten das für zielführend, Frau Abgeordnete, da so die Wahlmöglichkeiten der Versicherten ausgedehnt werden. Ich glaube, dass wir dadurch auch etwas mehr an Attraktivität gegenüber der PKV gewinnen. Diese Regelungen sind allerdings sehr unterschiedlich zu bewerten. Das muss man im Einzelnen dann auch den Versicherten deutlich machen.

Wir halten allerdings nichts davon, wenn Teilbereiche, wie jetzt die Selbstbehaltregelung, nur den freiwillig Versicherten zugestanden werden. Wenn, dann sollten alle die Möglichkeit dazu haben.

Man sollte auch über die Auswirkungen nachdenken. Die Beitragsrückgewähr ist mit Sicherheit ein Mittel, um Versicherte an eine Kasse zu binden; Kosten steuernde Wirkungen wird man damit nicht erzielen können. Jede Kassenart hat damit ihre Erfahrungen gemacht.

Trotz unterschiedlichster sozialpolitischer Betrachtungsweise meinen wir, dass es richtig ist, den Versicherten im Wettbewerb eine gewisse Vielfalt anzubieten; zugleich muss aber auch über die unterschiedlichen Wirkungen aufgeklärt werden.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband): Auch ich denke, dass wir die verschiedenen Maßnahmen differenziert betrachten müssen. Natürlich erhöht die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung die Kundensouveränität der in der GKV Versicherten. Es werden aber dadurch - darauf wurde schon aufmerksam gemacht - auch die Risiken für die Versicherten und Patienten erhöht, indem nämlich Kosten entstehen, die nicht erstattet werden bzw. die von der Art der Kostenerstattung selber hervorgerufen werden.

In Rückgewähr- und Selbstbehalttarifen sehen wir Elemente, die der privaten Krankenversicherung entstammen und dem GKV-System fremd sind und die in der Tendenz dazu führen, dass gesunde Versicherte gegenüber den erkrankten Versicherten bevorzugt werden. Das widerspricht nach unserer Einschätzung strukturell dem Solidarprinzip und ist offensichtlich ein Manöver, um die insgesamt auch durch Zuzahlungsregelungen unattraktiver werdende GKV für gut verdienende Versicherte, die selten krank werden, wieder attraktiver zu machen. Wir glauben allerdings, dass dieses Manöver im Grunde um den Preis erzielt wird, dass das Solidarprinzip aufgegeben wird. Insofern halten wir das nicht für zielführend.

Außerdem erwarten wir, dass durch die verschiedenen neuen Tarifangebote wie Zusatzversicherungen und Bonusleistungen der Markt und der Wettbewerb, der ja im GKV-Bereich besteht, für die Versicherten intransparenter werden. Das kann man sicher durch entsprechende Beratungsangebote kompensieren. Die Beratungslandschaft, und zwar die unabhängige, muss dann aber auch ausgebaut werden. Es dürfen nicht allein die Versicherer selber sein, die über ihre Versicherungsangebote beraten, sondern unabhängige Institutionen müssen das für den Versicherten sinnvollste Angebot herauskristallisieren können.

SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands): Im Grunde genommen kann ich mich dem anschließen, was Herr Etgeton gesagt hat. Auch wir halten die vorgesehenen Regelungen zur Einführung von Selbstbehalttarifen für problematisch. Dagegen wird die neue

Form der Kostenerstattung zu mehr Transparenz führen, was wir voll und ganz befürworten.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Es gibt ja bei den Versorgungsformen verschiedene Möglichkeiten, Bonusregelungen einzuführen. Mich würde insbesondere interessieren, wie Sie die Möglichkeit der Gewährung von Bonusregelungen und ihre Ausgestaltung bei Disease-Management-Programmen und Hausarztтарifen beurteilen.

Nachdem die Spitzenverbände der Krankenkassen, insbesondere die Vertreter der AOK, ihre Meinung ja schon ausführlich kundgetan haben, würde mich interessieren, wie die KBV die Abschaffung der Budgetierung und den Übergang zu Regelleistungsvolumina vom Grundsatz her beurteilt.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir halten die Einführung von Bonusmodellen für richtig, weil sie den Anreiz bieten, die eine oder andere Versorgungsform zu wählen. Unserer Meinung nach bedarf es nämlich solcher Anreize, weil die Einsicht alleine häufig nicht dazu führt, dass man sich entsprechend verhält. Auch für andere Bereiche im Gesundheitswesen gilt, dass finanzielle Anreize für die Beteiligten sinnvoller sind als Appelle an den Verstand.

Ich gehe aber davon aus, dass die einzelnen Kassen und Kassenarten sehr unterschiedliche Vorschläge machen werden. Da es kein Geld zu verschenken gibt und sich jedes Bonusmodell auch irgendwie rechnen muss, wird die Ausgestaltung, vielleicht auch in Form von Paketlösungen, sehr unterschiedlich aussehen.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es ist gar keine Frage, dass wir den Übergang von Budgets auf Regelleistungsvolumina nicht nur begrüßen, sondern dass dieser Übergang dringend notwendig ist. Seit 1993 gibt es Kopfpauschalen, deren Zuwachsrate nur an die Grundlohnsumme gebunden ist. Diese Kopfpauschalen basieren auf Versichertenstruk-

turen, die es heute aufgrund des Kassenwettbewerbs so nicht mehr gibt, da viele Versicherte die Kassen gewechselt haben und die Versicherten- und Vergütungsstruktur in den Kassen völlig verschoben ist. Die Kopfpauschalen, die vor vielleicht 15 Jahren den Versorgungsbedarf widerspiegelt haben, sind heute lediglich eine rein statistische Größe.

Es ist richtig und notwendig, dass die Kassen endlich wieder für die Versorgung ihrer Versicherten gerade stehen und eine Vergütung zahlen, die dem Versorgungsbedarf ihrer Versicherten entspricht. Das erreichen zu wollen bedeutet einen mühsamen Weg; das hat Herr von Stackelberg zu Recht aufgezeigt. Man muss diesen Weg jedoch gehen, weil sonst die bestehende Schieflage nicht behoben werden kann. Dass die Zahlungen der Kassen überhaupt nicht der Versorgungssituation entsprechen, kann nicht länger akzeptiert werden. Die Schieflage hat in der Vergangenheit zu massiven Verwerfungen geführt. Die Hausarzt-Facharzt-Debatte und die Diskussionen innerhalb der Arztgruppen über die Honorarverteilung haben hier ihren tieferen Grund; denn es lässt sich nicht mehr feststellen, wie groß der hausärztliche Anteil an der Versorgung der Versicherten einer Kasse ist, da dieser nicht erfasst werden kann.

Von daher muss eine Umstellung der Strukturen erfolgen. Wir halten es für völlig richtig, jetzt in dieser Form zu einer morbiditätsorientierten Vergütung überzugehen, auch wenn das sehr kompliziert ist, weil die Kassen nicht freiwillig mitspielen, sondern dazu gezwungen werden müssen. Wir werden das aber bis zum Jahre 2007 mit Sicherheit erreichen, notfalls über die Schiedsämter.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Eine Frage an eine Patientenorganisation. Die Versicherten können in Zukunft zwischen hausarztzentrierter Versorgung, integrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen, Elementen von Beitragsrückgewähr, Kostenerstattung und Leistungsinanspruchnahme im benachbarten europäischen Ausland wählen. Wie beurteilen Sie die Vielzahl der Wahlmöglichkeiten

SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Die Vielzahl der Wahlmöglichkeiten ist grundsätzlich zu begrüßen, Herr Abgeordneter. Sie ist positiv, weil sie die Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten stärkt. Als kritisch sehen wir in diesem Zusammenhang allerdings die wachsende Unübersichtlichkeit des Versorgungsangebots, die es dem Patienten erschwert, sich zu orientieren und gut begründete Entscheidungen zu treffen. Es werden andere Informationsmechanismen erforderlich, als wir sie heute haben. Solche Modelle würden auf der bestehenden Basis nicht funktionieren, weil die Transparenz fehlen würde und sich niemand richtig entscheiden könnte.

Es bleibt auch ein bisschen unklar, wie eine solche Versorgungslandschaft bei 350 Kassen und 72 Millionen Versicherten aussehen soll. Durch die sehr hohe Differenzierung könnte das Ganze letzten Endes unhandlich werden.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Bundesverband der Verbraucherzentralen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung ein unabhängiges Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einrichten. Wie bewerten Sie diese Regelung und welche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung erwarten Sie durch das Institut?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Frau Abgeordnete, wir begrüßen, dass ein solches Institut eingerichtet wird. Durch die Neustrukturierung des gemeinsamen Bundesausschusses ist eine Organisation entstanden, die die Fortentwicklung des Leistungskatalogs in der GKV beraten und beschließen muss. Dazu bedarf es natürlich auch einer wissenschaftlichen Fundierung. Insbesondere die zunehmende Einbeziehung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin erfordert einen wissenschaftlichen Background, welcher es ermöglicht, dass dem gemeinsamen Bundesausschuss Vorlagen zur Beratung und Beschlussfassung geliefert werden. Von daher

halten wir es für wichtig und sinnvoll, dass hier eine Art Wissensagentur geschaffen wird, die das entsprechende Wissen für den Bundesausschuss aufbereitet. Wir halten es auch für richtig, dass dieses Institut neutral organisiert und über einen Systemzuschlag finanziert wird. Bezüglich der Unabhängigkeit halten wir es allerdings für problematisch, dass die Leitung des Instituts im Einvernehmen mit dem Ministerium bestellt werden soll. Diese Notwendigkeit sehen wir als nicht gegeben an. Der staatliche Einfluss scheint uns hier zu hoch zu sein. Aber vom Grundsatz her halten wir diese Regelung für sinnvoll.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir können uns dem anschließen, was Frau Pfeiffer gesagt hat. Hier ist schon ausgeführt worden: Dieses Institut schließt insofern eine Lücke, als wir als Bundesausschuss bisher nicht in der Lage waren, Forschungen und Untersuchungen zum Beispiel zu evidenzbasierten Leitlinien in Auftrag zu geben; denn dafür waren weder die Geldmittel noch die Zeit noch die richtige Organisationsform vorhanden. Von daher ist es richtig, dass dieses Institut jetzt als beratende Einrichtung beim Bundesausschuss angesiedelt wird. Auch die Aufgabenstellung wird von uns gutgeheißen, sodass wir die Regelung uneingeschränkt begrüßen.

In der Tat hat der Staat bei der Besetzung der Institutsleitung noch immer ein bisschen Einfluss. Wenn Sie das noch ändern, ist das Institut völlig unabhängig. Aber wir sind es gewohnt, auch Kompromisse mitzutragen, und würden deshalb zur Not akzeptieren, dass für die Leitung ein Vertreter aus dem Ministerium benannt wird. Wenn die völlige Unabhängigkeit hergestellt würde, fände das ganz bestimmt auch unsere Zustimmung.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale): Auch der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Einrichtung dieses Institutes einschließlich der vorgesehenen Ansiedlung. In der letzten Zeit war zu beobachten, dass sich auf beiden Seiten, bei der Selbstverwaltung, aber auch in der wissenschaftlichen Community, der Ansatz der „evidence based medicine“ durchzusetzen begonnen hat. Wir hoffen, dass das Insti-

tut die Strukturen für den methodischen Konsens herstellt, der es dann ermöglicht, die Einsichten in die Vertragspraxis umzusetzen.

Wir wünschen uns, dass bei der Erarbeitung der entsprechenden Ergebnisse auch im operativen Geschäft Patientinnen- und Patientenmeinungen eingeholt werden; denn für die Behandlungswirklichkeit und den Nutzen einer Therapie spielen die Erfahrungen der Patienten mit den Therapien eine große Rolle. So ist es auch in Großbritannien, in England und Wales, im NICE-Institut geschehen.

Als einen ganz wichtigen Aspekt, der im Rahmen der Aufgabenstellungen des Instituts bisher nicht so stark beleuchtet wurde, hebe ich hier den Auftrag, Patienten Informationen zur Verfügung zu stellen, hervor. Ich halte das für eine ganz wesentliche Verbesserung; denn gerade bei den Informationen über Leistungen und Versorgungsqualität, aber auch über Behandlungsleitlinien gibt es noch immer erhebliche Defizite. Durch das Institut können die Patienten nun in verständlicher Sprache Informationen über die für sie angemessene Behandlung bekommen. Das begrüßen wir sehr. Ebenfalls begrüßen wir, dass von dem Institut in verständlicher Form Behandlungsempfehlungen produziert werden sollen.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch eine Frage an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung. Für wie wahrscheinlich halten Sie die mit dem GMG vorgesehene Beitragssatzsenkung und in welchem Bereich sehen Sie möglicherweise Finanzrisiken?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Das ist eine Frage, bei der sich alle drängeln. - Wir gehen davon aus, dass mit diesem Gesetz, das in hohem Maße durch die Herausnahme von Leistungen, Zuzahlungen von Versicherten, Praxisgebühren und Ähnliches bestimmt ist, eine Entlastung bei den Beitragssätzen geschaffen wird. Wir haben uns auch in Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium darüber verständigt, dass man bei dieser Gelegenheit Raum dafür schaffen muss, dass die

Kassen ihre Schulden abbauen. Unter diesen Voraussetzungen wird es, glaube ich, in den kommenden Jahren spürbare Entlastungen geben. Ich warne jedoch alle Beteiligten davor, sich in diesem Zusammenhang auf irgendwelche Prozentsätze festzulegen; denn das ist nicht möglich. Ich warne ebenfalls davor, Durchschnittswerte anzugeben, weil dadurch eine völlig falsche Erwartungshaltung entsteht. Das wird je nach Kassenart sehr unterschiedlich sein.

Wir haben gerade in letzter Zeit festgestellt, dass der Schätzerkreis bezüglich der Einsparungen zu etwas anderen Erwartungen kommt, als sie im Finanztableau enthalten sind. Wir müssen auch genau beobachten, was aus der bestehenden Grundlohnschwäche wird, welche Konsequenzen das EuGH-Urteil hat und wie sich die Arzneimittelkosten entwickeln.

Wir sind also der Meinung, dass sich das Gesetz auf die Beitragssätze auswirken wird, spürbar, aber individuell sehr unterschiedlich. Wir empfehlen, mit Prognosen zum Umfang etwas zurückhaltend zu sein.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Wenn ich Herrn Hess eben richtig verstanden habe, hat er große Probleme mit der Praxisgebühr. Herr Hess, was halten Sie denn davon, wenn wir in Ihr System die sehr erfolgreiche Mautregelung einführen? Das wäre doch eine Möglichkeit, kostengünstig an diese Methode zu kommen.

(Heiterkeit)

Aber jetzt ernst zur Sache. Die Kostenerstattung und die Praxisgebühr sind eingeführt worden. Ich meine, man hätte beide sehr gut koppeln können. Damit wäre der Aufwand sicherlich minimiert worden und der Erfolg vorprogrammiert gewesen. Herr Dr. Fedderwitz, Herr Dr. Hess und - da ich die Krankenkassen immer hege und pflege - Herr Schmeinck, was halten Sie davon?

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Was die Praxisgebühr angeht, sehe ich ähnliche, wenn nicht sogar noch größere Probleme, als sie Herr Dr. Hess

aufgezeigt hat. Ich will das an ganz wenigen Beispielen klar machen:

Uns ist im Moment noch nicht klar, was mit einem Patienten ist, der einen Notarzt aufsucht und keine Bescheinigung für die Folgebehandlung bei seinem Hauszahnarzt vorweisen kann. Wo zahlt er in diesem Fall die Praxisgebühr?

Zweites Beispiel. Nach einiger Mühe und Überzeugungsarbeit ist es gelungen, die präventiven Leistungen von der Praxisgebühr auszunehmen, um den Präventionsgedanken hochzuhalten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Was ist mit einem Patienten, der eigentlich zur Prävention zum Arzt geht, aber, weil das gekoppelt und im gleichen Sachleistungskatalog etabliert ist, auch geröntgt wird? Muss er dann etwas zahlen, obwohl er eigentlich nur Prävention betreiben wollte?

Ein drittes Beispiel. Der Zahnersatz ist jetzt aus dem normalen GKV-Strang herausgenommen und wird auch anders finanziert. Was ist mit einem Patienten, dessen Prothese zerbricht? Muss auch er eine Praxisgebühr zahlen?

So gibt es eine Vielzahl von Sonderregelungen. Was ist zum Beispiel mit der Härtefallregelung? Wie kann beurteilt werden, ob ein Patient ein Härtefall ist? Muss er wieder heimgeschickt werden, wenn er das nicht belegen kann?

Man muss sich einmal vorstellen, der Zahnarzt Fedderwitz hat 680 Patienten im Quartal, weshalb ihm über die KZV von den Krankenkassen 680 mal 10 Euro abgezogen werden, weil man meint, er hat das Geld jeweils kassiert. Anschließend liege ich dann eventuell mit vielen Einzelkassen im Clinch, weil ich belegen muss, dass manche Patienten das Geld nicht gezahlt haben.

Deshalb sehe ich dabei große Probleme, vor allen Dingen Akzeptanzprobleme bei der Kollegenschaft, und würde mir eine vernünftigeren Regelung wünschen.

Das gilt auch für die pure Kostenerstattung. Wir sind auf der einen Seite dankbar, dass die Kostenerstattung gefördert wird. Auf der anderen Seite muss man ehrlicherweise sagen: Ein Patient in Deutschland muss ohne Rückfahrkarte die

Kostenerstattung für den gesamten ambulanten Bereich wählen und sich gleichzeitig noch bei seiner gesetzlichen Krankenkasse, die er möglicherweise verlassen will, beraten lassen, ob es schädlich sei, Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen; jeder weiß, wie das Ergebnis einer solchen Beratung aussehen wird. Das muss man mit den Konsequenzen aus der EU-Rechtsprechung vergleichen. Auch hier ein Beispiel: Derjenige Patient, der in Lindau am Bodensee wohnt und zur Behandlung nach Bregenz in Österreich fährt, kann jede einzelne Leistung im ambulanten Bereich über seine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland abrechnen und Kostenerstattung erwarten. Derjenige Patient aus Lindau hingegen, der in Lindau einen Arzt aufsucht, kann sich nicht für eine einmalige Leistung und deren Abrechnung entscheiden, sondern muss eine Entscheidung sozusagen für sein ganzes Leben treffen. Das ist eine Unlogik, die der EU-Rechtsprechung und den hehren Urteilen, die dort gefällt werden, sicherlich nicht entspricht.

SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens den Vorschlag eingebracht, die Wahlmöglichkeiten des Patienten auf ein Kostenerstattungssystem und ein hausarztzentriertes System zu begrenzen. Bei dieser Wahl hätte man auf jede Zuzahlung verzichten können; denn bei der Kostenerstattung ist die Zuzahlung und beim Hausarztssystem die Steuerung immanent. Dieser Vorschlag ist aber von Ihnen nicht aufgegriffen worden, weil Sie darin offenkundig eine zu starke Beschränkung der Wahlrechte gesehen haben.

Sie sehen also, dass wir im Rahmen der Gesundheitsreform durchaus revolutionäre Gedanken eingebracht haben. Dass sie nicht aufgegriffen worden sind, haben wir nicht zu vertreten. Die Hausärzte und die Fachärzte haben sich damals sogar gemeinsam zu dieser Wahlentscheidung durchgerungen. Wir bedauern, dass dieser etwas stringenterer Ansatz vernachlässigt worden ist und wir uns jetzt mit der Praxisgebühr herum-

schlagen müssen. Es gibt nun nicht die gewünschte Alternative, sondern eine Regelversorgung, die ihrerseits eine Steuerung benötigt. Damit sind wir bei der Praxisgebühr.

Mehr muss ich dazu nicht sagen; alles andere habe ich schon ausgeführt.

SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Herr Dr. Thomae, zur Vermeidung von Doktorhopping braucht man keine Praxisgebühr. Neuere Untersuchungen belegen, dass dieses Phänomen ohnehin eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Daraus, dass die Praxisgebühr trotzdem im Gesetz vorgesehen ist, folgere ich, dass sie mehr als Finanzierungsinstrument gedacht ist. Damit komme ich zu Ihrer Frage: Ich glaube nicht, dass aus diesem Instrument in Kombination mit Kostenerstattungen ein hinreichendes Volumen erwachsen würde. Wenn man mit diesem Finanzierungsinstrument Geld auftreiben will, muss es realistischerweise so laufen, wie es im Moment vorgesehen ist.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner**: Meine Damen und Herren, damit sind wir am Ende dieser Anhörung. Ich bedanke mich bei Ihnen, den Damen und Herren Sachverständigen, die Sie uns so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben. Ich verspreche Ihnen, dass wir uns alles durch den Kopf gehen lassen werden. Ich danke auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Stenografischen Dienstes. Ohne das Wortprotokoll, das sie erstellen, wäre es nicht so leicht möglich, am Mittwoch die Schlussberatung auch auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Anhörung durchzuführen.

Die Sitzung ist geschlossen.

Ende der Sitzung: 16.57 Uhr

