

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
30. Sitzung

Berlin, den 06.11.2006, 15:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3101

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil II: Organisation) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drucksache 16/3100

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

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

BT-Drucksache 16/1928

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

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

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

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

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

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

SPD

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

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

FDP

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

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

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

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

B90/GRUENE

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

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	6,13,21,25,30,35 41,46	SV Gerhard Schulte	7,11,37
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	8,37	SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)	8,12,14,24,26 29,30,40,41, 43,44
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	10	SVe Dr. Doris Pfeiffer (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.)	8,12,17,18,30 35,38,40,41
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	11	SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband)	9,13,24,25,40 41
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	13,45	SV Jürgen Brennenstuhl (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.)	9,10,34
Abg. Eike Hovermann (SPD)	14	SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband)	9,10,18
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	18	SV Rolf Stadié (Knappschaft)	10
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	21,22,25	SV Dr. Christoph Straub	11,37
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	22	SVe Sylvia Bohlen-Schöning (Bundesversicherungsamt)	14,35,42,43
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	24	SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss)	14,19,33,39
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	27,29,30	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	16,19,22,24, 29,39
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	30,31,33,34,35	SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	16,23,29,40
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	35	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	20,25
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	40	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	20,29,31,39
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	40	SV Dr. Reimar Buchner	21,22,26
Abg. Peter Friedrich (SPD)	41	SV Dr. Thomas Muschallik (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	23,24
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	42,43	SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer)	23
Abg. Jella Teuchner (SPD)	43	SV Prof. Dr. Volker Amelung	27
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	44	SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)	27
		SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund-Bundesvorstand)	28
		SV Prof. Dr. Reinhard Busse	30,33,42
		SV Martin Danner (BAG SELBSTHILFE)	32
		SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.)	41,42,46
		SV Jochen Berking (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.)	44
		SV Nicolai Woelki (See Krankenkasse)	44

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT-Drucksache 16/3100

Tagesordnungspunkt 2

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

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

BT-Drucksache 16/1928

Tagesordnungspunkt 3

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

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Tagesordnungspunkt 4

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

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

(Beginn: 15.00 Uhr)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne hiermit die 30. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Dies ist der zweite Teil eines insgesamt 26-stündigen Anhörungsverfahrens zur so genannten Gesundheitsreform. Wir nehmen uns für die Anhörung heute drei Stunden Zeit.

Ich bitte Sie, zu respektieren, dass wir versucht haben, aus den räumlichen Bedingungen das Beste zu machen. Die anderen Anhörungen werden im SPD- bzw. CDU/CSU-Fraktionssaal stattfinden. Dort sind die Bedingungen optimal. Hier sitzen einige Teilnehmer an dieser Anhörung hintereinander. Wir haben das aber so geregelt, dass sich die Abgeordneten und die Sachverständigen so weit wie möglich sehen können. Die Abgeordneten

haben nach der Einbringung des Gesetzentwurfs am 27. Oktober beschlossen, sich sehr viel Zeit für die Anhörung Ihres Sach- und Fachverständes zu nehmen.

Ich rufe den einzigen Punkt der Tagesordnung auf:

Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV WSG)“

BT-Drucksache 16/3100 –

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weite-

rer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

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

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

„Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“
BT-Drucksache 16/1997 –

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

„Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben“
BT-Drucksache 16/3096 –

Sie haben sicherlich schon von dem Verfahren gehört: Die Fraktionsmitglieder werden Sie in einer fest vorgegebenen Reihenfolge befragen. Ich bitte Sie, soweit das nicht durch mich schon geschehen ist, sich für das Protokoll vorzustellen. In diesem Zusammenhang bedanke ich mich beim Stenografischen Dienst recht herzlich dafür, dass er dem Ausschuss hilfreich unter die Arme greift. Neben den Abgeordneten des Ausschusses für Gesundheit begrüße ich recht herzlich die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, voran den Parlamentarischen Staatssekretär Herrn Schwanitz und den Staatssekretär Dr. Schröder. Vertreter des Bundesrates sind heute nicht anwesend.

Wir beginnen nun mit der Anhörung. Zunächst hat die Fraktion der CDU/CSU das Fragerecht.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzel-sachverständigen Herrn Schulte, Vorstand des BKK Landesverbands Bayern. Ziel des Entwurfs des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist die wettbewerbliche Ausrichtung der GKV. Ein Instrument zur Erreichung dieses Ziels sind unter anderem Fusionen der Krankenkassen, auch kassenartenübergreifende. Die Betriebskrankenkassen sind historisch bedingt häufig an ein Unternehmen gebunden und zählen in der Regel - gemessen an ihrer Mitgliederzahl - eher zu den kleineren Krankenkassen. Inwieweit halten Sie das Instrument kassenartenübergreifender Fusionen für prinzipiell geeignet, den Wettbewerb der Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beleben? Welche Chancen und Risiken birgt aus Ihrer Sicht dieser eingeleitete Prozess der kassenartenübergreifenden Fusionen insbesondere für kleinere Kassen wie Betriebs- und Innungskrankenkassen?

SV **Gerhard Schulte**: Kassenartenübergreifende Fusionen sind meines Erachtens wettbewerbsneutral. Wenn man davon ausgeht, dass die Freiwilligkeit der Fusionen tangiert ist, kann man dem Grunde nach auch hier zunächst einmal die Frage in den Vordergrund stellen, weshalb kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht werden sollen. In der Begründung des Gesetzentwurfs ist zu lesen, dass die Anforderungen an Verwaltung und Organisation bezüglich der Leistungserbringung durch die Gesetzgebung der letzten Jahre erheblich erhöht wurden. Das ist sicherlich richtig. Daraus allerdings schließen zu wollen, dass Fusionen, auch kassenartenübergreifend, eine Möglichkeit sind, um diesen Anforderungen gerecht zu werden, halte ich für verfehlt.

Die Betriebskrankenkassen, die ja schon aufgrund ihrer Zahl Hauptziel einer kassenartenübergreifenden Fusion sind, haben auf die aktuelle Situation der Gesetzgebung längst reagiert. Wir haben beispielsweise Vertragsarbeitsgemeinschaften gebildet, in denen zum Teil 150 Betriebskrankenkassen ihre Vertragsstrategie verbindlich abstimmen. Das gilt

gerade für wettbewerbsrelevante Bereiche wie Disease-Management-Programme, Integrationsversorgung, Arzneimittelrabatte und viele andere Sachverhalte. Ich darf in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass beispielsweise die Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern der Betriebskrankenkassen drei- bis viermal so viele Versicherte vertritt wie die größte deutsche Krankenversicherung.

Im Übrigen ist von Chancen und Risiken die Rede. Als Chance ist vielleicht zu betrachten, dass eine Krankenkasse, die in ihrem Verband keinen Fusionspartner findet, einen entsprechenden Partner in einem anderen Verband finden könnte. Das würde ich grundsätzlich als positiv bewerten. Risiken sind bei kassenartenübergreifenden Fusionen zweifelsohne darin zu sehen, dass die Kenntnis über mögliche Haftungsrisiken, solange sie noch bestehen, in einer anderen Kassenart - jedenfalls bis zum Zeitpunkt der beabsichtigten Fusion - nicht vorhanden ist. Deswegen halte ich die Regelung, dass der kleinere Verband die Mitgliedschaft in seinem Bereich ablehnen kann, wenn der Nachweis vorhanden ist, dass die finanziellen Grundlagen gefährdet sind, für problematisch. Die Gefährdung erkennt man häufig nicht schon zum Zeitpunkt der Fusion, sondern sie stellt sich erst im weiteren Verlauf heraus. Ich bin also der Auffassung, man sollte diesen Halbsatz streichen und es bei einer schlichten Entscheidung des kleineren Verbandes belassen.

Insgesamt meine ich, dass kassenartenübergreifende Fusionen nicht das zentrale Problem dieses Gesetzentwurfs sind. Wir werden damit vernünftig umgehen können.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine zweite Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wie beurteilen Sie die kassenartenübergreifenden Fusionen, insbesondere im Hinblick auf die beabsichtigte Steigerung des Wettbewerbs und der Effizienz? Drohen infolge von Fusionen die Entstehung und/oder die Stärkung marktbeherrschender Stellungen einzelner Kassen?

Ferner interessiert mich, inwieweit Sie zur Vermeidung monopolartiger Strukturen flankierende Rechtsvorschriften für erforderlich halten. Wenn ja: Sollte das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen zumindest analog Anwendung finden?

Eine weitere Frage lautet: Welche rechtlichen Fragen müssen aus Sicht der Kassen geklärt werden, wenn kartellrechtliche Regelungen auf Kassenfusionen Anwendung finden sollten?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Wir sind der Meinung, das ist ein guter und richtiger Weg. Es ist dabei aber einiges zu bedenken. Zu bedenken ist zum Beispiel, dass man sich damit auseinander setzen muss, wann kartellrechtliche und wann sozia rechtliche Fragen auftreten. Das ist nicht eindeutig geklärt.

Wir halten die Frist von drei Jahren, innerhalb derer jemand in Haftung genommen wird, für zu kurz. Darüber wird man noch einmal nachdenken müssen. Den Weg halte ich aber für richtig. Ich glaube nicht, dass es zu wesentlichen wettbewerblichen Verzerrungen kommt. Aber ich bin mir nicht ganz sicher, ob das schon der Bereich ist, bei dem man über das Kartellrecht nachzudenken hat. Die Frage ist nämlich, ob es hier überhaupt Anwendung findet. Das ist noch offen und muss überprüft werden. Unter der Voraussetzung, dass es eine entsprechende Überprüfung gibt, kann man diesen Weg gehen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK(AEV): Vom Grundsatz her kann man diesen Weg gehen, um die Möglichkeiten der Kassen zu verbessern. Allerdings muss man natürlich grundsätzlich die Frage stellen, ob Fusionen an sich etwas Positives sind und ob allein die Größe im Markt entscheidend ist. Dass hier die Möglichkeiten erweitert werden, hat zur Konsequenz, dass man möglicherweise zu Größenordnungen kommt, die zu marktbeherrschenden Stellungen führen. Ich kann nur das unterstreichen, was Herr Ahrens angesprochen

hat, nämlich dass wir die Sicherheit haben müssen, dass monopolartige Strukturen vermieden werden.

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen findet momentan keine Anwendung, weil es für Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht gilt. Hier müssten analoge Regelungen geschaffen werden. Es muss vor allem klargestellt werden, wie die Möglichkeiten der Aufsichtsbehörden aussehen. Es stellt sich auch die Frage, was die Grundlage für die Prüfung einer solchen marktbeherrschenden Stellung ist. Wird das zum Beispiel am Umsatz festgemacht? Hier sind also einige Fragen zu klären, um eine marktbeherrschende Stellung zu verhindern und dieses Vorgehen rechtlich abzusichern.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Wie meine drei Vorredner halte auch ich Fusionen zunächst einmal für wettbewerbsneutral. Sie sind aber ein gutes Instrument, um Kassen aus einer Verschuldungsverlegenheit zu helfen und um möglicherweise hinreichend Nachfragemacht unter den neuen Verhältnissen, die dieses Gesetz schafft, zu erzeugen. Das gilt für Fusionen schlechthin. Die Vorbehalte, die wir als BKK Bundesverband eine ganz Zeit lang gegen kassenartenübergreifende Fusionen hatten, bezogen sich auf die damals nicht geklärten Haftungsfragen. Diese scheinen mir in diesem Gesetzentwurf weitestgehend geklärt zu sein.

Bedenken haben wir auch bezüglich einer ausreichenden Wirkung der Dreijahresnachlauffrist. Wir haben einmal kalkuliert, wann möglicherweise die letzten Gerichtsverfahren für unsere internen finanziellen Hilfen auslaufen werden. Das könnte, ohne pessimistisch zu sein, durchaus 2011 sein. Die ersten kassenartenübergreifenden Fusionen sind 2007 möglich, sodass die Frist von drei Jahren schon im Jahre 2010 abgelaufen wäre. Unsere Bitte ist, die Dauer von drei Jahren noch einmal zu überdenken.

SV Jürgen Brennenstuhl (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.): Ich bin Vorstand der Daimler-Chrysler BKK und spreche hier für den Verein Betriebskrankenkassen im Unternehmen. Ich stimme Herrn Schmeinck zu. Auch wir sehen hier eine wettbewerbliche Neutralität, wenngleich sachliche Gründe für kassenübergreifende Fusionen sicherlich im Einzelfall genau zu prüfen wären. Ansonsten entspricht es den wettbewerblichen Grundsätzen, die wir in vollem Umfang unterstützen.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Diese kassenartenübergreifenden Fusionsmöglichkeiten unterstützen im Grunde genommen den schon bestehenden Konzentrationsprozess innerhalb der Krankenkassenlandschaft. Er soll dadurch wahrscheinlich etwas beschleunigt werden. Ergänzend möchte ich aber darauf hinweisen, dass man bezüglich der Effektivität und der Effizienz nicht automatisch annehmen sollte, dass eine kassenartenübergreifende Fusion automatisch zu mehr Wirtschaftlichkeit führt. Es gibt eine ganze Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass ein großes Gebilde nicht unbedingt effizienter oder effektiver ist als kleinere Organisationen.

Ich - wie auch meine Vorredner - habe Zweifel, ob der Zeitraum von drei Jahren ausreicht, um auszuschließen, dass sich Kassen ihren bisherigen Verpflichtungen, was die kasseninternen Lasten angeht, entziehen. Das muss man noch einmal überdenken. Im Übrigen bin ich der Meinung, dass sich diese kassenartenübergreifenden Fusionen erst dann realistisch umsetzen lassen, wenn man die noch offenen Fragen, die sich im sozialrechtlichen Bereich ergeben - zum Beispiel die Fragen der Haftung -, noch besser klärt, als dies bis jetzt der Fall ist. Dazu gehört auch das Verhältnis zwischen den staatlichen Aufsichten und den Kartellbehörden. Das ist in diesem Gesetzentwurf noch offen und müsste noch ausreichend geklärt werden. Ansonsten sind die Wirkungen nach meinem Dafürhalten relativ neutral.

SV Rolf Stadié (Knappschaft): Im vorliegenden Gesetzentwurf ist für die Knappschaft keine Fusionsmöglichkeit vorgesehen. Insofern erübrigt sich für uns eine Stellungnahme.

Abg. Max Straubinger (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die BKK im Unternehmen, an die IKK und an Herrn Schulte. Grundsätzlich müssen die Betriebs- und Innungskrankenkassen für Versicherte im Kassenbezirk wählbar sein. Für derzeit geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen gilt eine Ausnahmeregelung. Wie beurteilen Sie diese Regelung und wie sehen Sie die Zukunftsperspektiven der geschlossenen Krankenkassen im wettbewerblich ausgerichteten gesetzlichen Gesundheitssystem? Eine Zusatzfrage: Ist es unter dem Wettbewerbsgesichtspunkt überhaupt notwendig, hier eine neue Vorschrift zu erlassen?

SV Jürgen Brennenstuhl (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.): Zum Thema der so genannten Öffnungsverpflichtung will ich sagen: Wir halten es in der Tat für sachgerecht, dass für bisher geschlossene, also auf das jeweilige Trägerunternehmen beschränkte, Betriebskrankenkassen eine Ausnahmeregelung gilt; denn letztlich gilt es hier zu berücksichtigen, dass die Entscheidung über die Existenz einer geschlossenen Kasse und damit auch über ihre Betriebsbezogenheit vom Trägerunternehmen und von der jeweiligen Selbstverwaltung ausgeht. Das bedeutet, dieses Unternehmen hat bewusst eine Entscheidung getroffen, seine Betriebskrankenkasse auf den Betrieb zu beschränken, wie das früher für Betriebskrankenkassen obligatorisch war. Deshalb betrachten wir uns auch als traditionelle Betriebskrankenkassen.

Eine Öffnung würde die Vorteile, die aus der Nähe zum Trägerunternehmen und zu den Versicherten vor Ort resultieren, natürlich gegenstandslos machen und beseitigen. Diese Nähe, der Bezug zum Unternehmen, insbesondere unsere Modelle zur betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention - Stichwort: alternde Belegschaften - begründen

letztlich das Existenzrecht dieser Art von Krankenkassen. Hier brauchen die deutschen Unternehmen einen entsprechenden Dienstleister im Unternehmen. Deshalb gibt es die Entscheidung für die geschlossenen Kassen. Daher begrüßen wir die vorliegende Regelung als sachgerechte Entscheidung für diese Art von Kassen.

Wir reden hier über etwa 55 Betriebskrankenkassen mit etwa 1 Million Versicherten. Das bedeutet, dass wir letztlich kein richtiger Wettbewerber sind. Unsere Wettbewerbssituation ist so, dass wir mit allen anderen Krankenkassen um Versicherte im Betrieb konkurrieren, uns aber als geschlossene Kassen nicht am allgemeinen externen Markt beteiligen. Daher sehen wir diese Entscheidung eher als Nachteil für unsere Kassenart an. Die Unternehmen respektieren sie aber und unterstützen sie mit Blick auf die betriebliche Nähe und die anderen Vorteile der Kassen.

Was uns Sorge bereitet, ist die Befristung der Möglichkeit dieser Kassen bis zum Jahre 2008, sich zu öffnen. Wir halten eine solche Befristung der Öffnungsoption für einerseits überflüssig und andererseits nicht zielführend. Denn bisher galt die, wie wir meinen, sachlich korrekte Regelung, dass sich die Selbstverwaltung einer Betriebskrankenkasse, die geschlossen ist, für eine Öffnung entscheiden kann. Dieses Optionsrecht sollte erhalten bleiben. Andernfalls haben wir die Sorge, dass sich Unternehmen möglicherweise vorschnell für eine Öffnung entscheiden, ohne die sachlichen Gründe abzuwägen. Daher gilt es, diese Öffnungsoption aufrechtzuerhalten und im Übrigen sicherzustellen, dass sich möglichst viele der deutschen Unternehmen für die betriebliche Sozialpolitik engagieren. Die betreffenden Kassen sollten im Prinzip geschlossen gehalten werden, wenn das der Zielrichtung und der Entscheidung dieser Kasse entspricht.

SV Rolf Stupardt (IKK-Bundesverband): Aus meiner Sicht sind die vorgesehenen Regelungen durchaus akzeptabel. Ich kann

auch der Auffassung meines Vorredners folgen, denjenigen Kassen, die sich für eine Beschränkung ihrer Versicherten auf das Unternehmen entschieden haben, die Möglichkeit zu geben, sozusagen als Solidargemeinschaft unter sich zu bleiben. Es spricht nichts dagegen, dass sie die Option, sich später öffnen zu können, haben. Bei den Wahloptionen sind und bleiben geschlossene Krankenkassen im Wettbewerb. Bei Einbahnstraßenkrankenkassen im Sinne einer zielspezifisch ausgerichteten Solidargemeinschaft kann ich das nachvollziehen.

Es ist die Frage gestellt worden, welche Probleme die Optionsmöglichkeit im wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem mit sich bringt. Diese muss nicht unbedingt zu großen Problemen führen, wenn die Rahmenbedingungen ansonsten stimmen. Sollte eine solche Krankenkasse Probleme bekommen, wird es Möglichkeiten geben, sie durch andere Regelungen sozusagen aufzufangen.

SV Gerhard Schulte: Ich teile die vorgelegte Auffassung der Betriebskrankenkassen im Unternehmen, möchte aber in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass die Öffnungsregelungen in diesem Gesetzentwurf insgesamt nicht konsistent sind. In Art. 39 des Gesetzentwurfs wird das Öffnungsmoratorium für neu gegründete Betriebskrankenkassen verlängert. In Art. 40 wird es ab dem 1. April 2007 der Knappschaft und der Seekasse ermöglicht, sich zu öffnen. Schließlich können Ersatzkassen schon immer ihren Bezirk und damit auch ihr Spektrum selbst bestimmen.

Eine kleine Arbeiterersatzkasse hat vor einem Jahr den Bezirk erweitert und ihre Mitgliederzahl von 3000 auf 50 000 erhöht, natürlich nicht in Berlin oder in Hamburg, sondern in Bayern und Baden-Württemberg. Wenn Sie eine konsistente Öffnungsregelung wünschen, dann empfehle ich, Art. 39 zu streichen. Es handelt sich im Übrigen nur um eine Betriebskrankenkasse mit 1 100 Mitgliedern, die unter diesen Artikel fällt. Die Furcht der Ortskrankenkassen und Ersatzkassen vor dieser Be-

triebskrankenkasse wird sich sicherlich in Grenzen halten.

Was die Begrenzung der Öffnungsmöglichkeit für noch geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen angeht, möchte ich darauf hinweisen, dass wir in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht haben, dass aufgrund von Veränderungen insbesondere in großen Konzernen, was die Arbeitgebereigenschaft gegenüber den Versicherten einer Betriebskrankenkasse angeht, häufig nicht unbedingt der Wunsch der Betriebskrankenkasse nach Öffnung maßgeblich war, sondern dass schlicht und einfach Unternehmenskonstellationen entscheidend waren, die als einzigen Weg eine Öffnung der Betriebskrankenkassen offen gelassen haben, um den Mitgliederbestand zu halten. Insofern würde ich aus sachlichen Gründen dafür plädieren, dass auch nach 2009 den geschlossenen Betriebs- und Innungskrankenkassen die Öffnungsoption zu einem späteren Zeitpunkt erhalten bleibt.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Straub. Wie bewerten Sie die vorgesehene Rolle und die innere Struktur des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und welche Auswirkungen auf den Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen erwarten Sie davon?

In diesem Zusammenhang habe ich noch eine Frage an die Spitzenverbände, wobei ich um eine Antwort von Herrn Dr. Ahrens, Frau Dr. Pfeiffer und Herrn Schmeincck bitte: Lässt sich mit einem Spitzenverband Bund die Beseitigung von Blockaden und Ineffizienzen in der Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung beseitigen? Vielleicht können Sie auch noch etwas zu der Verteilung der 32 Sitze im Verwaltungsrat sagen, die Sie in der schriftlichen Stellungnahme gemeinsam kritisieren.

SV Dr. Christoph Straub: Zunächst möchte ich daran erinnern, dass am Anfang des Gesetzgebungsverfahrens auch Spitzenverbände in den Ländern vorgesehen

waren. Wir sind froh, dass es diese zusätzlichen 16 Verbände nicht geben soll, weil wir darin die Gefahr gesehen hätten, dass wettbewerbliches Handeln auf der Landesebene deutlich erschwert worden wäre.

Übrig geblieben ist jetzt der Spitzenverband Bund, der als Körperschaft an die Stelle der bisherigen sieben Spitzenverbände treten soll. Wenn man mit dem Gesetz den Weg konsequent gehen will, Fusionen über Kassenartengrenzen hinweg zu erleichtern, dann ist es folgerichtig, eine neue Organisation an dieser Stelle einzuführen und eine moderne und zeitgemäße Organisationsform zu suchen. Ich bin aber der Auffassung, dass man es in einem wettbewerblichen System den Akteuren weitgehend selbst überlassen sollte, sich zu organisieren.

Ich bin nicht von vornherein gegen einen gemeinsamen Verband, der wettbewerbsneutrale Aufgaben wahrnimmt, zum Beispiel bei der Festlegung von Festbeträgen für Arzneimittel, bei Fragen der Qualitätssicherung, bei der Ausgestaltung von Tarifsystemen. Das alles sind Aufgaben, die eindeutig gemeinsam, einheitlich und wettbewerbsneutral erledigt werden müssen. Unsere Sorge besteht darin, dass der Dachverband mit der Zeit zu einem dirigistischen Steuerungselement werden könnte. Er hat heute bezüglich der Planung ein recht umfangreiches Aufgabenspektrum. Das ist eine Ballung von Macht, auf die man achten muss.

Was die Zusammensetzung des Spitzenverbandes Bund hinsichtlich der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates angeht, erscheint uns die Lösung im Gesetzentwurf noch nicht ideal. Das sollte hinsichtlich des Prozents der beteiligten Organisationen und der direkten Vertretungen noch einmal überdacht werden.

Eine weitere Sorge besteht darin, dass es am Ende des Diskussionsprozesses zu einer Kombination von Spitzenverband Bund und den heutigen Spitzenverbänden ohne klare Trennung der Aufgaben und Funktionen

kommen könnte. Das wäre mit Sicherheit die schlechteste Situation.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Es ist falsch, als Begründung für die Bildung eines Spitzenverbandes eine ansonsten bestehende Blockade zu nennen. Es gibt keine Blockade durch die Spitzenverbände. Wir haben allerdings Schwierigkeiten, wenn es darum geht, mit den Ärzten und Krankenhäusern zu irgendwelchen Lösungen zu kommen. Wir haben Schwierigkeiten, wenn es darum geht, die Einführung der Gesundheitskarte voranzutreiben. Das liegt aber daran, dass wir und die Leistungserbringer sowie andere Beteiligte unterschiedliche Interessen haben. Die Begründung, die hier herangezogen wird, ist also ebenso falsch wie die Einführung des Spitzenverbandes.

Die Schaffung eines Spitzenverbandes wird dazu führen, dass das, was wir haben wollen, nämlich mehr Wettbewerb, konterkariert wird. 70 Prozent der Leistungen werden dort festgelegt. Es werden Entscheidungen getroffen, die von einem föderalen System weg und hin zu einem zentralen System führen. Ich kann nur dringend raten, die Begründung zu überdenken und von einem solchen Spitzenverband Abstand zu nehmen.

Ihre Frage, ob die Zusammensetzung den Aufgaben des Spitzenverbandes gerecht wird, macht deutlich: Der Spitzenverband kann in dieser Zusammensetzung nicht funktionieren. Das ist vielleicht auch der Grund, warum man ihn so völlig unterschiedlich hat konstruieren wollen: Einmal waren es die jetzigen Spitzenverbände, die ihn bilden sollten, dann waren es Kassen mit über 1 Million Versicherte, dann wiederum waren es alle Kassen. Wie das funktionieren soll, das kann man sich nur schwer vorstellen. Deshalb kann ich nur raten, davon Abstand zu nehmen.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich kann mich den Worten von Herrn Ahrens nur anschließen. Er hat die Schwierigkeiten am Beispiel der Einführung der elektronischen

Gesundheitskarte schon aufgezeigt. Als weiteres Beispiel wurde der Gemeinsame Bundesausschuss genannt. Hier geht es um den Interessenausgleich zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen. Dass hier unterschiedliche Interessen zutage treten, ist nachvollziehbar. Ich finde, dass wir in diesem Bereich immer Wege gefunden haben, aus den Schwierigkeiten herauszukommen. Es lag aber nie an den Spitzenverbänden, dass keine gemeinsamen Entscheidungen der Beteiligten getroffen wurden. Deshalb ist die Begründung, dass mit dieser Regelung Blockaden und Ineffizienzen in der Entscheidungsfindung beseitigt werden sollen, falsch.

Im Übrigen ist nicht absehbar, ob das zukünftig besser werden würde. Denn es stellt sich die Frage, wie beispielsweise die Interessen der Einzelkassen in diesem Spitzenverband eingebracht werden können. Heute geschieht dies über die Spitzenverbände. In gemeinsamen Gremien kommt man dann zu gemeinsamen Entscheidungen. Es gab wohl die Einigung in der Koalition, dass dieser Spitzenverband einige wenige Aufgaben übernehmen soll. Ich habe hier eine Liste mit 118 Einzelaufgaben, die dem Spitzenverband Bund übertragen werden sollen. An dieser dreiseitigen, sehr eng bedruckten Liste kann man sehr deutlich sehen, dass sämtliche Aufgaben demnächst von dem Spitzenverband Bund wahrgenommen werden sollen. Dadurch entsteht das Problem, das Herr Dr. Straub ansprach, nämlich dass die Möglichkeiten der Kassen, im Wettbewerb ihre Handlungsspielräume zu nutzen, sehr begrenzt werden.

Die Verteilung der Sitze im Verwaltungsrat ist uns völlig unerklärlich. Für die Ersatzkassen sind lediglich acht Sitze, aber für die AOK 12 Sitze vorgesehen. Dies halten wir nicht für angemessen. Angemessen wäre es, die Verteilung der Sitze entsprechend den Marktanteilen der Beteiligten durchzuführen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich begrüße an dieser Stelle Frau Staatssekretärin Caspers-Merk in unseren Reihen.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Es ist bereits zweimal gesagt worden: Interessengegensätze zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen löst man nicht dadurch, dass man auf Krankenkassenseite einen einzigen Dachverband organisiert. Ich erinnere mich nur an zwei Fälle, seitdem es das gemeinsame Entscheidungsgremium der Spitzenverbände nach §213 SGB V gibt, in denen wir uns in der ersten Runde nicht einig geworden sind. Das Suchen nach Kompromissen hat jeweils - die Geschäftsordnung schreibt das vor - weniger als vier Wochen gedauert. Insofern läuft auf der Kassenseite die Einigung bisher wie geölt. Ich bin gespannt, wie das im Dachverband aussieht.

Was die Verteilung der Sitze angeht, haben die Betriebskrankenkassen vor allem das Problem, dass sie nur sehr unsymmetrisch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in diesen Dachverband entsenden können. Der Grund ist allen Beteiligten klar: Die Ersatzkassen haben keine Arbeitgebervertreter. Ich persönlich neige dazu, die im Gesetzentwurf vorgesehene Verteilung als einen Kompromiss aufgrund der verschiedenen bestehenden Friktionen zu sehen. Ich könnte ihn aber akzeptieren.

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

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte eine Frage zu den Fusionen an Frau Bohlen-Schöning stellen. Ich möchte wissen, ob die Konzepte, die die fusionswilligen Krankenkassen zur Organisation, zur Personal- und Finanzstruktur der neuen Kasse Ihnen vorstellen, eine taugliche Grundlage dafür darstellen, um die Auswirkungen einer Fusion beurteilen zu können.

Von den Spitzenverbänden - es müssen nicht alle antworten - hätte ich gerne Folgendes gewusst. Wir haben gehört, dass alle die

Fusionsmöglichkeiten begrüßen. Muss es da noch weitere konkrete Erleichterungen geben?

Sve Sylvia Bohlen-Schöning (Bundesversicherungsamt): Die Fusionskonzepte stellen insofern eine relativ taugliche Grundlage dar, als wir in der Verwaltungspraxis in den letzten Jahren dazu übergegangen sind, mehr zu fordern, als es der Gesetzeswortlaut hergibt. Das betrifft den Zweck der Kontrolle oder die Verlegung von Sitzen. All diese Dinge prüfen wir mit. Wir beschränken uns also nicht auf die jetzige sehr eng gefasste Prüfungsmöglichkeit, die der Gesetzeswortlaut hergibt.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Frau Abgeordnete, wir haben bereits darauf hingewiesen, dass wir bezüglich der kassenartenübergreifenden Fusionen anregen, dass man den Zeitraum der Nachhaftung erweitert; denn er ist zu kurz. Bei den internen Fusionen halten wir es für sehr richtig, dass es da keines Staatsvertrags mehr bedarf. Nach unserer Ansicht war es vorher schon klar; aber insbesondere die Länder sahen das anders. Wir begrüßen, dass das jetzt klargestellt ist. Wir sind allerdings der Meinung, dass die Vorlage von Unterlagen für eine inhaltliche Prüfung, die dann von Aufsichten durchgeführt werden soll, nicht nur überflüssig ist, sondern auch gegen die Selbstverwaltung der Kassen verstößt, da es sich dort um ein operatives Geschäft handelt.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ich möchte eine Frage an Herrn Dr. Hess, an Herrn Dr. Köhler, an einen Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und an einen Vertreter der Kassen stellen. Wird die vom Gesetzentwurf intendierte und behauptete stringendere Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses dazu führen, dass dessen Arbeit effektiver und effizienter gestaltet werden kann? Herr Dr. Hess, bitte erläutern Sie das am Beispiel der Rolle der Hauptamtlichen und der Festsetzung des Beitragssatzes.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Herr Abgeordneter, man muss sich darüber im Klaren sein, dass es bei der Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht primär um eine Besetzungsentscheidung geht, sondern um eine Strukturentscheidung. Es geht nämlich darum, wie dieser Bundesausschuss rechtlich systematisch eingeordnet ist. Bisher war es ein Ausschuss der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das heißt, er ist von unten nach oben aufgebaut. Die Ärzte wählen ihre Vertreter in die kassenärztlichen Vereinigungen, die kassenärztlichen Vereinigungen wählen ihre Vertreter in die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wählt ihre Repräsentanten in diesen Ausschuss. Das Gleiche gilt für die Krankenkassen und indirekt auch für die Krankenhäuser. Auch da gibt es einen Aufbau von unten nach oben. Das ist Selbstverwaltung.

Selbstverwaltung heißt, die Angelegenheiten selber zu regeln. Machen wir es so, wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist, dann gibt es diese Legitimation nicht mehr. Die Selbstverwaltung im Ausschuss soll ja gerade abgeschafft werden. Ein Interessenausgleich im Ausschuss soll nicht mehr stattfinden. Denn nach der Begründung ist völlig klar: Der Interessenausgleich soll aus diesem Ausschuss ausgegliedert werden. Damit haben Sie nicht mehr die Selbstverwaltung, in der die Kräfte gegeneinander gestellt werden, um sich auszugleichen, sondern es sitzen dort neun Vertreter, die zwar von der Selbstverwaltung noch vorgeschlagen werden, die aber hinterher mit der Selbstverwaltung an sich nichts mehr zu tun haben sollen.

Es sollen auch Unabhängige dort hineinkommen können. Nun stellen Sie sich vor, dort würde eine Entscheidung für die Zahnärzte getroffen werden müssen. Niemand von Ihnen käme auf die Idee, zu sagen, dass das noch eine Entscheidung der zahnärztlichen Selbstverwaltung oder der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten ist. Denn in dem Ausschuss sitzt gar kein Zahnarzt mehr, allenfalls einer. In der Begründung selber steht: Der Interes-

senausgleich findet nicht im Entscheidungsgremium statt; diesen regeln wir über Rechtsverordnungen - das müssen Sie einmal genau nachlesen - auf der Ebene unterhalb des Entscheidungsgremiums. Damit ist völlig klar, dass man eine neue Legitimation hat. Die Legitimation dieses Ausschusses ist die Rechtsverordnung. Das heißt, sie wird vom Staat gesetzt und nicht mehr von der Selbstverwaltung aufgebaut, indem die Selbstverwaltung selber ihre Gremien bildet und diese Gremien dann sozusagen das verkörpern, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung eben ausmacht.

Herr Köhler vertritt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Vorstand. Wenn Sie ihn aus dem Bundesausschuss hinauswerfen und ihm nur noch die Möglichkeit geben, einen Sachverständigen zu benennen, dann ist das nicht mehr die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dasselbe gilt für die Krankenkassen und die Krankenhausträger. Sie müssen sich darüber im Klaren sein, welche politische Entscheidung Sie hier treffen. Man kann das wollen; aber dann sollte man es auch sagen. Man sollte nicht so tun, als ob das noch irgendetwas mit Selbstverwaltung zu tun hätte.

Natürlich können Sie sagen, Sie wollen gar keine Selbstverwaltung mehr in einem Normsetzenden Gremium, sondern lieber einen Rat der Weisen, in dem auch Professoren sitzen können, die dann die Entscheidungen treffen. Was Sie damit auslösen, sind Konflikte. Darüber müssen Sie sich im Klaren sein. Denn das, was dieser Rat der Weisen beschließt, muss nicht unbedingt die Akzeptanz derjenigen finden, die nach wie vor Selbstverwaltung betreiben müssen.

Daher sagen wir als Bundesausschuss: Es ist richtig, dass man die Strukturen schafft, wobei man sagen muss, dass Sie die jetzigen Strukturen geschaffen haben. Ich war schon immer dagegen, sechs Ausschüsse zu bilden und mit neun Vertretern zu besetzen. Das hätte man von Anfang an straffen können. Es ist daher, wie gesagt, sehr gut, dieses Gremium zu straffen. Das kann dadurch geschehen, indem

man die Zahl der Kassenvertreter und damit automatisch die Zahl der Ärztevertreter und Krankenhausvertreter reduziert. Die hohe Zahl der Vertreter im Bundesausschuss ist nur wegen der Krankenkassen zustande gekommen. Es war nämlich der Proporz der Krankenkassen, der zu diesen neun Mitgliedern geführt hat.

Man kann natürlich dann unter Umständen mithilfe der Funktion der Unparteiischen weitere Straffungen herbeiführen, indem die Unparteiischen die Unterausschüsse leiten. Damit kann eine gewisse Stabilität bei sektorübergreifend besetzten Unterausschüssen herbeigeführt werden. Denn über eines muss man sich im Klaren sein: Alle dreiseitig besetzten Ausschüsse können nicht mehr mit wechselndem Vorsitz tagen. Wir haben ja beim Ausschuss, der § 116 b behandelt hat, leidvoll erlebt, dass man dann, wenn drei zusammenkommen, nämlich Krankenkassen auf der einen Seite, die DKG und die KBV auf der anderen Seite, mit einem wechselnden Vorsitz keine Einigung herbeiführen kann. Dann ist es besser, man hat Unparteiische, die diesen Vorsitz übernehmen. Das kann man alles machen; denn das würde an der Systematik Selbstverwaltung nichts ändern. Also: Straffung ja, durchaus auch eine neue Struktur der Ausschussarbeit - da gibt es Vorschläge der Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses -, aber zerstören Sie nicht das System Selbstverwaltung, weil Sie damit den Bundesausschuss in eine Legitimationskrise stürzen.

Hauptamtler lösen keine Konflikte, sondern sie schaffen Konflikte, weil sie natürlich eine neue Schnittstelle einziehen. Wenn Sie über Rechtsverordnungen den Interessenausgleich unterhalb der Ebene der Hauptamtler durchführen wollen, dann erzeugen Sie doch eine neue Schnittstelle. Dann müssen die Unterausschüsse in der Selbstverwaltungsbesetzung zunächst einmal ihre eigenen Entscheidungen treffen. Das führt nicht zu einer Beschleunigung; denn es würde gesagt werden: Bevor man sich den Hauptamtlern anvertraut, muss es doch einen Konsens geben, weil man sonst gar nicht weiß, wie die Hauptamtler mit den

Vorschlägen umgehen. - Wer also glaubt, dass das zur Beschleunigung führt, der irrt.

Es geht in der Tat nicht um eine Besetzung mit Hauptamtlichen, sondern es geht um die Frage, was dieser Ausschuss in Zukunft sein soll. Soll er ein Organ der Selbstverwaltung bleiben, wie der Bewertungsausschuss ein Organ der Selbstverwaltung ist? Dann dürfen Sie die Grundstruktur, dass die Repräsentanten zu einem Interessenausgleich in diesem Ausschuss kommen, nicht aufheben.

Im Übrigen sind wir für eine Straffung der Organe. Wir sind für einen zentralen Ausschuss. Allerdings sollte man in diesem zentralen Ausschuss - das verhindert ja gerade die hauptamtliche Besetzung - die Möglichkeit haben, dass beispielsweise auf der Leistungserbringerseite nur Zahnärzte vertreten sind, wenn ein Beschluss über eine reine Zahnarztangelegenheit gefasst werden soll. Diese Flexibilität haben Sie, wenn Sie es bei den jetzigen Selbstverwaltungsstrukturen belassen. Diese Flexibilität haben Sie nicht mehr, wenn die Stellen hauptamtlich besetzt werden. Denn die Hauptamtler haben keine Vertreter; sie können sich nur gegenseitig vertreten.

Mit dem von uns eingebrachten Vorschlag wird die Struktur erhalten. Damit wird deutlich, dass es nach wie vor um Selbstverwaltung geht, so störend sie auch manchmal sein mag. Ich gebe Ihnen gerne Recht, dass die Selbstverwaltung unbequem ist. Sie hat aber den großen Vorteil, dass sie Verantwortung abnimmt. Was haben Sie von einem Gremium, das seine Legitimation durch Rechtsverordnungen hat, wenn letztendlich Sie die Fachverantwortung tragen müssen, weil das Gremium, was seine Zuständigkeit angeht, von Ihnen abgeleitet ist? Es ist doch viel besser für die Politik, ein Gremium zu haben, das bereit ist, Verantwortung zu übernehmen, und das unter Ihrer Rechtskontrolle steht, das aber die Fachverantwortung für seine Entscheidungen, mögen sie noch so unpopulär sein, gegenüber den Versicherten und der Bevölkerung vertritt.

Als jemand, der in der Selbstverwaltung groß geworden ist, vertrete ich vehement diese Systematik Selbstverwaltung und glaube, dass das deutsche Gesundheitswesen bisher davon profitiert hat. Dass auch der Bundesausschuss davon profitiert hat, können Sie an den beiden letzten Geschäftsberichten erkennen. Das ist eine Erfolgsgeschichte. Viele bescheinigen uns, dass dieser Ausschuss gut gearbeitet hat. Deswegen meine ich, man sollte die Vorteile der Selbstverwaltung nutzen und sich auf eine Straffung beschränken, aber nicht das ganze System auf den Kopf stellen.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich kenne weit aus ineffizientere Gremien als den Gemeinsamen Bundesausschuss, zumal dort in den letzten zwei Jahren viele schwierige leistungsrechtliche Entscheidungen zu treffen waren.

Die Verbeehördlichung wird nicht zur Effizienz beitragen, weil es zu einer Entfremdung zwischen den Trägerorganisationen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss kommt, was die Beschlüsse angeht. Die Verpflichtung, diese Beschlüsse umzusetzen, ergibt sich doch daraus, dass wir in den Gremien mitentscheiden. Beispielsweise den Beschluss zur Akupunktur muss die Ärzteschaft umsetzen, gleichwohl sie nicht unbedingt Freund dieses Beschlusses ist. Sie muss es deshalb tun, weil sie mitberaten hat und im Entscheidungsprozess eingebunden war. Wenn Herr Hess am Montag entscheidet, wer in dieser Woche der Vertreter der KBV ist, dann ist das nicht mehr der Vertreter der KBV und dann wird diese Bindungspflicht nicht mehr gegeben sein. Es steht eher zu befürchten, dass Trägerorganisationen die Gerichte anrufen und dass wir hier ineffizienter werden, als wir es bisher waren. Deswegen lehnen wir diese Verbeehördlichung und Verhauptamtlichung ab.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich dagegen aus, die Verhauptamtlichung dieses Ausschus-

ses einzuführen. Die Gründe sind bereits ausreichend dargelegt worden. Ein ganz wichtiger Grund wurde gerade von Herrn Köhler genannt. Die Selbstverwaltung wird dieses Gremium nicht als das eigene Gremium ansehen, sondern sie wird sich dahinter verstecken können. Sie fühlt sich im Vorhinein bei allen schwierigen Entscheidungen sozusagen schon exkulpiert. Sie wird dann auch anders mit diesem Gremium umgehen. Im Vorfeld wird man sozusagen anders anstuern und dieses Gremium als Objekt der Politikgestaltung ansehen, sodass wir hier vielleicht mit einem Bruch zu rechnen haben, den wir alle nicht wollen.

Was sollten wir tun? Straffung - ja. Aber neben der Straffung brauchen wir auch neue Beschlussregeln in diesem Gremium. In der Vergangenheit ist es häufig zu schnell zu einer Majorisierung von Minderheiten gekommen. Wir müssen überlegen, ob das so weiter fortgeführt werden kann. Wir plädieren dafür, sich die Beschlussregeln noch einmal genau anzuschauen und die Majorisierung von einzelnen Gruppen im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht so einfach zu machen, wie das heute möglich ist.

Ein anderer Punkt. Die radikale Entkammerung des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte noch einmal überdacht werden; denn eine große Anzahl von Themen, die wir dort beraten, ist nicht unbedingt sektorenübergreifend, sondern sehr stark sektorengeliegt. Wenn Sie jetzt das Kind mit dem Bade ausschütten und nur noch sektorenübergreifende Gremien vorsehen, dann erschweren Sie in erheblichem Maße die Arbeitsfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier brauchen wir eine Lösung mit Augenmaß. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat dazu Vorschläge gemacht. Ich bitte Sie sehr herzlich, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Die Spitzenverbände lehnen die Ausgestaltung der neuen Entscheidungsstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss genauso ab wie

meine Vorredner. Es ist ein weiterer Baustein im Gesetzentwurf zur Verstaatlichung und Vereinheitlichung. Wir haben eben schon über den neuen Spitzenverband Bund gesprochen. Das ist ein weiterer Schritt in dieser Richtung; Herr Dr. Hess hat es dargestellt. Hier werden Entscheidungen letztlich über Rechtsverordnungen getroffen.

Wir haben hier zum einen das Problem - das wurde schon ausführlich dargestellt -, dass es zukünftig nicht mehr der Fall sein wird, dass die Entscheidung auch mit der entsprechenden Verantwortung in die eigenen Organisationen getragen wird. Zum anderen haben wir auch ein rechtliches Problem, nämlich die Legitimation der Entscheidungen. Wir haben in der Vergangenheit häufiger Prozesse zu den Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss gehabt. Die Rechtsprechung des BSG und des Bundesverfassungsgerichts besagt, dass es einer Legitimationskette bedarf, um den Bundesausschuss quasi als kleinen Gesetzgeber ausgestalten zu können. Diese Legitimationskette würde durchbrochen. Deswegen bedarf es hier einer Behörde mit den entsprechenden Eingriffsmöglichkeiten und der Aufsicht durch das Ministerium.

Wir sehen bei diesem Punkt daher einen weiteren Schritt hin zur Verstaatlichung, die sich dann eben auch auf die Konkretisierung des Leistungskatalogs auswirkt. Dieser Block zusammen mit dem Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz ergibt ein Gesamtbild. Dies ist der falsche Weg, weil wir damit von der selbst verwalteten, pluralen Krankenversicherung und dem pluralen Gesundheitswesen weg und hin zu einem weitgehend staatlich regulierten System kommen.

Die inneren Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind ebenfalls angesprochen worden. Wir haben verschiedene Vorschläge gemacht, wie man diese Strukturen verbessern kann. Dabei ist für mich weniger entscheidend, wie viele Personen in dem Gremium sitzen. Es geht vielmehr um die Frage, wie viele Unterausschüsse benötigt werden und ob man durch Zusammenfassung, Neugliederung und durch eine sek-

torübergreifende Neugestaltung die Zahl der Unterausschüsse reduzieren kann. Hier gibt es bereits entsprechende Vorschläge, die wir aber auch selbständig umsetzen können. Daher ist hier keine Notwendigkeit für eine Neugestaltung gegeben.

Im Übrigen ist die Regelung, dass die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung ebenfalls vom BMG vorgegeben werden, nicht angemessen. Wir haben für den Gemeinsamen Bundesausschuss diese Satzungsregelung in der Vergangenheit selbst entwickelt und verabschiedet. Es gibt hier die Pflicht zur Genehmigung durch das BMG. Die ist unseres Erachtens ausreichend, um die Rechtsaufsicht zu gewährleisten.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Für mich ist in diesem Zusammenhang der Begriff des Verantwortungsbezuges ganz entscheidend. Das ist bereits von den Vorrednern zum Ausdruck gebracht worden. Sie können keine vertretbaren Ergebnisse erwarten, wenn diejenigen, die die konkreten Leistungen im Gesundheitswesen zu verantworten haben, nicht auch Mitsprachemöglichkeit haben. Andererseits können Sie nicht erwarten, dass diejenigen, die die Finanz- und Kostenverantwortung im Gesundheitswesen tragen sollen, diese auch tatsächlich tragen, wenn sie von den Entscheidungsprozessen ferngehalten werden. Um dieses schlimme deutsche Wort zu verwenden: Das ist eine Frage der Entverantwortlichung. Sie wird dazu führen, dass wir uns auf anderen Ebenen rechtliche Streitereien liefern. Das bringt in unserem Gesundheitswesen nichts.

Mit der Logik der ordnungspolitischen Unorientierung, die von der tatsächlichen Verantwortung weggeht, ist eine Dysfunktionalität auf verschiedenen Ebenen verbunden. Wir werden sicherlich im Zusammenhang mit der Organisationsdebatte noch auf das Thema Funktionsfähigkeit des Systems zu sprechen kommen. Das ist ganz wichtig; denn diese Organisationsdebatte spielt bisher in den politischen Diskussionen völlig zu Unrecht nur eine nachgeordnete Rolle. Ich vermute,

das ist deswegen der Fall, weil man im Einzelnen nicht so genau weiß, was die konkreten Dinge, die dort zu tun und zu bewegen sind, für den Geschäftsprozess der Krankenversicherung vor Ort bedeuten.

Der Verantwortungsbezug ist also aus meiner Sicht entscheidend. Sie können nicht diejenigen, die letztendlich für die Kosten und für die Leistung geradzustehen haben, aus dem Entscheidungsprozess heraushalten und die Entscheidungsgremien mit Professionellen, wer auch immer damit gemeint sein soll, besetzen; denn diese haben einen ganz anderen Verantwortungsbezug als diejenigen, die in der Selbstverwaltung dafür verantwortlich sind.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine beiden Fragen ranken sich um die Qualitätssicherung. Sie gehen an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, an den Gemeinsamen Bundesausschuss, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an die Verbraucherzentrale.

Erste Frage. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, zukünftig sektorenübergreifend die Anforderungen an die Qualitätssicherung festzulegen. Halten Sie diese Vorgaben für geeignet, um eine effektive Qualitätssicherung für die Versorgungsbereiche zu fördern und sie auch auszugestalten?

Zweite Frage. Ist die sektorenübergreifende Gestaltung der Qualitätssicherung notwendig, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten insbesondere im Hinblick auf die Ergebnisqualität beurteilen zu können?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Die Regelung, die Qualitätssicherung hier zu konzentrieren, unterstützen wir. Wir halten eine einheitliche Struktur für den Erlass möglichst sektorübergreifender Anforderungen an die Qualitätssicherung für sinnvoll; sie ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau. Wir

halten allerdings die ausdrückliche Erwähnung des Rechts des Gemeinsamen Bundesausschusses, Mindestanforderungen an die Struktur und Ergebnisqualität festlegen zu können, für nicht gerechtfertigt. Es gibt hier schon erfolgreiche Ansätze, mit Mindestanforderungen die Qualität der Versorgung von Früh- und Neugeborenen sowie von krebserkrankten Kindern zu verbessern. Dem wird hier ohne Not die gesetzliche Basis entzogen. Auch haben regionale Konzepte in der Vergangenheit immer wieder dazu geführt, dass in bestimmten Bereichen Ausnahmeregelungen auf Kosten der Qualität eingeführt und international anerkannte Mindestanforderungen unterlaufen worden sind. Das wären Konsequenzen, die die betroffenen Patienten zu tragen hätten. Deswegen sollte es die bestehenden Möglichkeiten weiterhin gegeben.

Wir sind der Auffassung, dass nur eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung die notwendigen Hinweise dafür liefern kann, an welcher Stelle der Versorgungskette Verbesserungen sinnvoll sind. Im Einzelfall kann es sein, zum Beispiel bei Krebserkrankungen schon bei der Früherkennung für eine Qualitätssicherung zu sorgen. Das Thema hatten wir schon heute Morgen in der Anhörung.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir unterstützen diese Regelung, soweit die Entwicklung von Qualitätsindikatoren betroffen ist. Allerdings wollten wir in der Formulierung der Aufgaben sichergestellt wissen, dass diese Indikatoren wissenschaftlich begründet sind.

Im Übrigen sollte der Bundesausschuss, was die Beauftragung angeht, dahin gehend eingeschränkt werden, dass das Auftragsvolumen eine eng begrenzte Zahl von Indikatoren vorsieht. Wir wünschen uns auch, dass sich die geplante Institution zunächst auf eine zusammenfassende und vergleichende Auswertung der Ergebnisse und auf deren Veröffentlichung beschränkt. Dies sollte auch deshalb geschehen, weil wir in der neuen Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses

die Legitimation für die Eigenbeteiligung der Träger sehen.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Es war von Anfang an eine Fehlentwicklung, den Sektorbezug in der Qualitätssicherung völlig außen vor zu lassen. Es galt, dem Bundesausschuss die Aufgabe zu stellen, etwas sektorübergreifend zu regeln, aber die Qualitätssicherung durch einzelne Vorschriften - zahnärztliche, ärztliche, krankenhausrechtliche - sehr strikt voneinander zu trennen. Das hat dazu geführt, dass wir bei der jetzt eingeführten Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Dialyse rechtlich nicht in der Lage sind, die dafür notwendigen Daten pseudonymisiert zusammenzuführen. Gott sei Dank gibt es im Gesetzentwurf eine Vorschrift, die uns das gestattet, und das in einem Zeitalter, in dem wir mit DRGs arbeiten, in dem also die Verwaltungsarbeit im Krankenhaus immer weniger wird und in der man in der Tat immer die Ergebnisqualität sichern will. Dies kann man nicht mehr leisten, indem man die Daten eines zweitägigen Krankenhausaufenthalts zusammenführt; vielmehr braucht man, um die Ergebnisqualität sicherzustellen, auch die Daten der nachfolgenden ambulanten Behandlung.

Es ist ganz wichtig, dass Sie dies jetzt in § 137 regeln. Das ist die Voraussetzung dafür, in einem System, das zwischen ambulanter und stationärer Behandlung nicht mehr so stark trennt, eine Qualitätssicherung durchzuführen, die die verschiedenen Leistungserbringer einbezieht, um zu einer Gesamtbeurteilung von Ergebnissen einer strukturierten Behandlung, die ambulante und stationäre Abschnitte hat, zu kommen.

Ich bin der Meinung, dass man die Kompetenz des Bundesausschusses in dieser sektorübergreifenden Form nicht einschränken sollte. Wenn der Bundesausschuss die Kompetenz hat, Qualitätssicherungsrichtlinien zu erlassen, dann sollte er sie in Bezug auf alle Indikatoren haben.

Dass wir das nur stufenweise umsetzen können, dass das ein längerer Prozess ist, der sich über mehrere Jahre hinziehen wird, dessen bin ich mir ganz sicher. Wir haben mit den Vorarbeiten begonnen. Der Bundesausschuss sollte die Zuständigkeit besitzen, die notwendigen Richtlinien für die Leistungserbringer und die Krankenkassen zu erlassen. Für die Umsetzung brauchen wir das Institut § 137 a. Die normativen Vorgaben müssen vom Bundesausschuss beschlossen werden und die operationale Umsetzung muss über dieses Institut geleistet werden. Alles, was normativ ist, muss von den normsetzenden Gremien beschlossen werden und kann nicht auf das Institut verlagert werden.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Ich gehöre zu dem glücklichen Bereich des Gesundheitswesens, der ein Drittel aller Leistungen erfasst und eine international anerkannte externe Qualitätssicherung in Bezug auf stationäre Leistungen vornimmt, ohne dass es der Institution „Gemeinsamer Bundesausschuss“ in dieser Form bedarf. Das ist allein durch das Wirken der Verbände zustande gekommen. Es gibt eine qualifizierte Institution, die den laufenden Betrieb sicherstellt.

Sektorübergreifend im GemBA Qualitätssicherung zu organisieren, sollte nicht a priori ein Selbstzweck sein. Nicht alles muss im Gemeinsamen Bundesausschuss Qualitätsgesichert werden. Die Krankenhäuser sind nicht erpicht darauf, die zahnmedizinische Versorgung durch gemeinsame sektorübergreifende Qualitätssicherungsrichtlinien zu regeln. Vieles, was die Arzneimittelversorgung im Bereich Niedergelassene betrifft, fällt nicht in den Kompetenzbereich der Krankenhäuser.

Umgekehrt kann es nicht sein, dass alle Beteiligten die Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin - um nur einen Teilbereich der stationären Medizin zu nennen - mitregeln wollen, weil im Krankenhausbereich eine hervorragende Qualitätssicherung existiert. Auf diesem Weg sind wir. Das ist

eine Gefahr. Es gibt funktionierende Strukturen. Alle, die zusammengehören, müssen eingebunden werden; aber es kann kein Selbstzweck sein. Dort, wo es funktioniert - im Beritt, in der Eigenverantwortung der Verbände; Stichwort „ambulantes Operieren“ - stellt sich die Frage: Warum soll die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren, zu dem es als Ergebnis eines Schiedsverfahrens eine hervorragende gemeinsame Qualitätssicherungsvereinbarung gibt, jetzt in die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Gesamtprozess einbezogen werden?

Wir bitten, differenziert vorzugehen und das Kind nicht wieder mit dem Bade auszuschütten. In jedem Fall bedarf es einer gleichberechtigten Einbeziehung. Das müsste zur Folge haben, dass die Qualitätssicherungsaufgabe des ganzen Systems der niedergelassenen Vertragsärzte von den Krankenhäusern gleichberechtigt entschieden wird. Das ist gegenwärtig nicht der Fall.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Ich vertrete hier die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. - Wir begrüßen ebenfalls, dass die Qualitätssicherung sektorübergreifend angelegt wird, gerade aus der Perspektive von Menschen, die sich im System oftmals längere Zeit bewegen, also zum Beispiel aus der Perspektive von chronisch kranken Menschen. Die Sektorgrenzen sind oftmals ein Defizit in der Qualitätssicherung. Das erleben wir bei der Umsetzung.

Eine sektorübergreifende Qualitätssicherung wird sicher nicht von jetzt auf gleich den gesamten Bereich der Versorgung umfassen; sie wird vielmehr vom stationären Bereich aus, wo das schon sehr ausgeprägt ist, andere Bereiche erfassen und sich nach und nach auf die gesamte Versorgung erstrecken.

Wichtig ist, zu beachten, dass der verbindende Faktor im Hinblick auf die erhobenen Daten in der Regel der Patient sein wird, der sich auf den verschiedenen Sektoren bewegt. Wir werden bei sektorübergreifender Qualitätssi-

cherung immer ein Problem mit dem Datenschutz bekommen können, wenn das nicht geregelt wird. Es geht um versichertenbezogene Daten, die erhoben werden, um die Kontinuität zwischen den Sektoren herstellen zu können. Es ist wichtig, den Datenschutz, ähnlich wie es in § 299 geregelt ist, zu beachten.

Bei dem Wettbewerb - das Gesetz heißt ja „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ - geht es sicher auch um den Wettbewerb um Qualität; aber es kann nicht um den Wettbewerb um die Qualitätsstandards gehen. Die Qualitätsstandards sollten einheitlich gelten, damit Verbraucherinnen und Verbraucher einen sinnvollen Qualitätsmaßstab haben, wenn sie Wahlentscheidungen treffen. Insofern begrüßen wir ausdrücklich, was in § 137 a vorgesehen ist, nämlich eine neue Institution einzurichten bzw. eine bestehende Institution damit zu beauftragen, diese sektorübergreifende Qualitätssicherung vorzunehmen und gemeinsame Indikatoren zu entwickeln, und zwar mit den Akteuren und nicht gegen die Akteure, aber auch unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten, und diese - das wäre ein Quantensprung in der deutschen Versorgungslandschaft - den Patientinnen und Patienten, den Bürgerinnen und Bürgern in verständlicher Weise zugänglich zu machen. Das ist für uns ein wichtiger Aspekt.

Wettbewerb und Wahlentscheidung können nur funktionieren, wenn die Versicherten wissen, wofür sie sich entscheiden. Die Ergebnisdaten, die uns vorliegen und die den Versicherten bisher in nur sehr geringer Anzahl zur Verfügung stehen, müssen in verständlicher Weise aufbereitet werden. Dafür bietet der Gesetzentwurf eine sehr gute Grundlage. Das sollte möglichst zügig angegangen werden. Der Auftrag sollte also noch von dem jetzigen Bundesausschuss erteilt werden. Dies sollte ein Beschlussgremium tun, das selber sektorübergreifend arbeitet, also kein Beschlusskörper, sondern das Plenum oder der Bereich „ärztliche Angelegenheiten“. Aber das ist eher ein technischer Tipp.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die FDP-Fraktion hat nun das Fragerecht.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Buchner. Es war interessant, zu hören, dass die Vertreter der Selbstverwaltung vor einer Vereinheitlichung vehement und eindringlich warnen. Sie haben in einem Gutachten für die Spitzenverbände der Krankenkassen dargestellt, dass der geplante Organisationsabbau nichts anderes als der Einstieg in eine Einheitsversicherung durch die Hintertür sei. Können Sie uns darstellen, wie Sie zu dieser Auffassung kommen?

SV Dr. Reimar Buchner: Die Formulierung „Einstieg in die Einheitsversicherung durch die Hintertür“ basiert auf der Analyse, dass das derzeitige Verbandssystem der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen mehrstufigen gegliederten Aufbau und eine dezentrale, zum Teil arbeitsteilige Aufgabenerledigung gekennzeichnet ist. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird dieses System in mehrfacher Hinsicht durchbrochen, und zwar insbesondere im Sinne einer Zentralisierung und Konzentration von Aufgaben beim neu gebildeten Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Den bisherigen kassenartspezifischen Bundesverbänden werden letztlich alle Aufgaben entzogen, die sie in ihrer Funktion als Spitzenverbände arbeitsteilig erfüllt haben. Damit hat es aber nicht sein Bewenden; vielmehr werden auch Aufgaben, die bisher auf regionaler Ebene erledigt worden sind, „hochgezont“, etwa bei der Vergütung der Vertragsärzte. Diese Aufgaben werden dem Bewertungsausschuss übertragen, indem sie wiederum der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrzunehmen hat. Das heißt: Zentralisierung und Konzentration.

Diese Formulierung stützt sich darauf, dass man daran zweifeln kann, dass alle Aufgaben, die von den Bundesverbänden auf den Spit-

zenverband übertragen werden, wirklich, wie im Gesetzentwurf formuliert, wettbewerbsneutral sind. Es spricht einiges dafür, dass es durchaus kassenartspezifische Gesichtspunkte gibt, die über die Verbände in diese Aufgabenerledigung eingebracht worden sind, was zukünftig deutlich erschwert wird, weil es diese Verbände und damit diese Aufgaben nicht mehr gibt.

Zur Begründung dieser Formulierung: Es bleibt dabei, dass der Leistungskatalog der Krankenkassen gesetzlich weitestgehend determiniert ist. In Zukunft gibt es einen einheitlichen Beitrag und - nur noch ergänzend - einen Zusatzbeitrag, sodass es letztlich kein weiter Schritt hin zur deutschen Krankenversicherung ist.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Herr Dr. Buchner, in Ihrem Gutachten bemängeln Sie, dass es bei der Übertragung der Aufgaben von den Spitzenverbänden auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterlassen werde, die Pflichten gegenüber den circa 1 900 Beschäftigten der Spitzenverbände ebenfalls zu übertragen. Können Sie darlegen, ob es in der Vergangenheit in anderen Bereichen vergleichbare Fälle gegeben hat und wie man dort mit der Problematik umgegangen ist?

SV **Dr. Reimar Buchner**: Vergleichbare Regelungen in der Vergangenheit haben wir nicht gefunden. Das Ganze ist ein vorbildloser Vorgang.

Wenn der Gesetzgeber die Spitzenverbände als Körperschaften des öffentlichen Rechts gesetzlich auflösen und damit Gesamtrechtsnachfolger würde, dann würde er in alle Rechte und Pflichten dieser Verbände, einschließlich Arbeitsverhältnisse, eintreten.

Es findet keine Auflösung statt. Sie wird formell vermieden, indem die bisherigen Körperschaften des öffentlichen Rechts rechtlich im Wege des Formwechsels in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden, die

außer der Rechtsnachfolge keine Aufgaben mehr haben. Im gleichen Akt werden alle Aufgaben der Bundesverbände auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen oder gestrichen.

Es stellt sich die Frage, was aus den Beschäftigten wird, die dort als Ergebnis der Gesamtrechtsnachfolge und des angeordneten Betriebsübergangs auf die GbRs beschäftigt sind. Diese GbRs haben zwar Gesellschafter, aber ab dem 1. Januar 2009 erst einmal keine Einnahmen und keine Aufgaben mehr. Es erscheint offenkundig, dass das keine besonders sinnvolle Regelung ist, schon gar nicht im Sinne des Erhalts dieser Arbeitsplätze; schließlich ist der Großteil des Personals der Bundesverbände zur Erledigung derjenigen Aufgaben beschäftigt worden, die auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

In anderen Fällen derartiger Organisationsreformen hat das Hohe Haus immer andere Regelungen getroffen, zuletzt bei der Reform der gesetzlichen Rentenversicherung. Dort ist ein Betriebsübergang auf die neu gegründete einheitliche Körperschaft angeordnet worden respektive ein Regelungsmodell für Beamte im Zusammenhang mit dem Aufgabenübergang. Eine Rechtsnachfolge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wäre an sich angemessen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich möchte beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen bleiben, auf den alle Aufgaben übergehen sollen. Die Vertreter der Spitzenverbände - Herr Ahrens, Frau Pfeiffer, Herr Schmeinck - haben sich dazu geäußert. Mich interessiert, ob die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer die Regelungen begrüßen und ob sie glauben, dass sie mit dem Ziel der Wettbewerbsstärkung vereinbar sind.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir werden künftig zwei

Sektoren im deutschen Gesundheitswesen haben: den staatlichen Sektor und den Sektor der eher wettbewerbsorientierten Strukturen, §§ 73 b und 73 c. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wirkt in diesem Staatssektor wie ein Monopolist. Ich kann keine Verbesserung feststellen. Ihre konkrete Frage nach der Stärkung des Wettbewerbs kann ich dahin gehend beantworten, dass hier ein Monopolist in einem staatlichen Sektor geschaffen wird.

SV Dr. Thomas Muschallik (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich vertrete die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. - Die Frage impliziert geradezu die Antwort. Wie Herr Dr. Köhler zu Recht sagte, wird hier ein Monopol geschaffen, das einen Wettbewerb verhindert und nicht ermöglicht. Ein Beispiel aus dem Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung - früher war dies die Kassenzahnärztlichen Versorgung -: Es ist uns einmal gelungen, mit einem Bundesverband einen wegweisenden Vertrag über die Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Das war wegweisend für eine spätere gesetzliche Regelung, die sehr erfolgreich war. Wie soll das möglich sein, wenn wir in Zukunft nur noch einen Spitzenverband als potenziellen Vertragspartner haben? Diese Möglichkeit ist ausgeschlossen.

SV Dr. Rudolf Kösters (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): In der Tat war es auch für uns überraschend, dass man einerseits den Wettbewerb stärken will, andererseits dies mit einem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf den Weg bringen will.

Wir sehen diesen Spitzenverband eher als eine Bundesbehörde, die letztlich unabhängig von den Krankenkassen agieren kann, weil sie öffentlich-rechtlich verfasst ist. Daher glauben wir nicht daran, dass dies eine Beförderung des Wettbewerbs nach sich zieht. Wir glauben, dass es in einem sehr staatsnahen Gesundheitswesen eher zu monopolähnlichem Agieren kommt. Der Wettbewerb war zwar

angedacht, bleibt aber auf der Strecke. So ist unsere Einschätzung dieser Dinge.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt sich dem Wettbewerb. Sie will natürlich, dass es einen bestimmten Rahmen gibt. Wir halten das, was mit dem Bundesverband beabsichtigt ist, nicht für den richtigen Weg. Auch wenn das Verhandeln mit sieben Verbänden auf der Krankenkassenseite manchmal mühsam war, so sind doch immer wieder zielführende Lösungen gefunden worden. Ganz selten war es notwendig, längere Zeit auf Entscheidungen der Krankenkasse zu warten. Auch das komplizierte Verfahren der Entwicklung eines DRG-Systems für die Bundesrepublik ist mit dieser Struktur im Grunde genommen sehr vernünftig bewerkstelligt worden. Wir können nicht erkennen, was eine solche Bundeskrankenkassenbehörde, wie wir sie nennen, Besseres zu Wege bringen kann.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer): Ich kann mich den Ausführungen meiner Vorredner weitgehend anschließen. Ich meine, dass die Gründung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Namen, den dieser Gesetzentwurf trägt, letztlich konterkariert. Die Vielfalt der Kassenlandschaft wird aufgelöst und Wettbewerb wird damit ein Stück weit verhindert. Hiermit wird ein Beitrag zur weiteren Zentralisierung im Gesundheitswesen geleistet. Auch hier ist der Weg in Richtung Staatsmedizin erkennbar.

Lassen Sie mich aus ärztlicher Sicht hinzufügen: In einer solchen - dann drohenden - Überbürokratie tritt eine patientengerechte Versorgung immer mehr in den Hintergrund, weil die ökonomischen Aspekte dominierend sind. Die Patienten drohen in Situationen zu geraten, in denen sie nicht mehr die Herrschaft über die Verwaltung ihrer Krankheit haben; diese Herrschaft haben dann andere.

Lassen Sie mich noch etwas aus ärztlicher Sicht hinzufügen: Die Individualität der Patientenversorgung erfährt ein Stück weit Steuerung, die allein von externen ökonomischen Kautelen diktiert wird. Über die Be-

handlung von Patienten sollen aber Ärzte bestimmen. Die Behandlung von Krankheiten darf nicht durch Programme bestimmt sein.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Mir geht es darum, dass alle Daten einer Krankenkasse, die heute an ihren Spitzenverband übermittelt werden, in Zukunft an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt werden sollen. Ich möchte die Vertreter der Spitzenverbände fragen - wenn Sie sich einig sind, dann reicht es, wenn einer oder zwei Vertreter antworten -, welche Konsequenzen das für sie hat und inwieweit das Konsequenzen für heute vorhandene Steuerungsinstrumente hat. Zu diesem generellen Problem würde mich auch die Meinung von KBV, KZBV und Krankenhausesellschaft interessieren. Außerdem wollte ich dazu den Bundesbeauftragten für Datenschutz befragen. Das geht jetzt nicht mehr. Vielleicht lässt sich die Beantwortung schriftlich erledigen.

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): Wenn man einen so umfassenden Dachverband plant, dann ist es nur konsequent, ihm alle Daten zu übermitteln. Entscheidend für die Kassen ist, dass sie künftig - die in diesem Gesetz verankerten Wettbewerbsinstrumente sollen für die Kassen erschlossen werden - sowohl ihre eigenen Daten - das ist gar nicht so einfach - als auch ihre relative Position in der gesetzlichen Krankenversicherung haben.

Wenn ich den Wirkzusammenhang des Datenstroms - §§ 300 ff. und vor allem § 302 a bis f - richtig verstanden habe, dann ist es weiterhin möglich, dass sich die Kassen helfen lassen, sogar von Verbandsstrukturen, die nicht in öffentlich-rechtlicher Form existieren. Ich glaube, das Problem, dass alle Daten einem einzigen Verband übermittelt werden, ist relativiert und die Kassen können ihre wettbewerblichen Funktionen wahrnehmen.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Derjenige, der sich das

ausgedacht hat, verkennt, dass es selbst bei diesem Gesetz noch ein Rest von Wettbewerb geben wird. Die Kassen werden nicht bereit sein, alle ihre Daten einem einzigen Verband zu übermitteln, weil sie ihre wettbewerblichen Funktionen behalten wollen. Deshalb wird es einen Bereich geben, der dem Wettbewerb vorbehalten ist - zu ihm werden diese Daten fließen -, und das werden die Verbände sein. Die Verbände werden weiterhin Bestand haben. Darauf werden die Kassen achten. Daten werden zusammengeführt, aber nicht alle Daten. Die Kassen werden sehr darauf achten, dass die wettbewerbsrelevanten Daten dahin kommen, wo sie hingehören, damit der Wettbewerb nicht gefährdet wird.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Bei sieben Spitzenverbänden hatten wir ein System der verteilten Datenhaltung. Der Datenschutz war also gewährleistet. Wenn Sie einen Spitzenverband Bund der Krankenkassen einrichten, dann müssen Sie die Datenverarbeitungsbefugnisse dieses Spitzenverbandes im Gesetz sehr präzise regeln. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Datenschutz und damit auch der Patientenschutz nicht eingehalten werden. Dass sie eingehalten werden, ist unserer Meinung nach durch die jetzt vorliegenden Regelungen noch nicht gewährleistet. Uns wäre ein System der verteilten Datenhaltung immer noch lieber.

SV **Dr. Thomas Muschallik** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Ich kann mich dem anschließen. Herr Abgeordneter, wie Sie wissen, rühmt sich die KZBV, bezüglich des Datenschutzes eine kritische Haltung einzunehmen. Wir sehen die Gefahr, dass der gläserne Patient und im Endeffekt der gläserne Bürger - 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert - entstehen.

Ein Beispiel dafür, wie schnell etwas gehen kann, ist aus meiner Sicht eine Regelung, die in diesem Gesetzentwurf vorgesehen ist - Herr Dr. Hess hat sie bereits angesprochen -: die Bestimmung in §299 zur sektorübergreifen-

den Qualitätssicherung. Das ist alles datenschutzrechtlich abgesichert; in der Regel sind es pseudonymisierte Daten.

Vorgesehen ist im Gesetzentwurf aber auch, in besonderen Fällen eine personenbezogene Vollerhebung und Übermittlung vorzunehmen. Wann das jedoch der Fall ist, wird gesetzlich nicht geregelt. Dass das dem Datenschutz wirklich dienlich ist, glaube ich nicht. Wenn das alles einmal zentral erfasst wird, dann können solche Strukturen, so befürchte ich, sehr schnell entstehen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Auch aus der Sicht der Krankenhäuser bedeutet ein Zusammenführen der Daten bei einem Spitzenverband der Krankenkassen einen Effekt, der dem gläsernen Krankenhaus entspricht, und das in einer ordnungspolitischen Situation, in der geplant ist, die Einzelvertraglichkeit auszubauen. Das heißt, das einzelne Krankenhaus, das dem bestens informierten Krankenkassenbereich übergreifend wie auch als Einzelnes gegenübersteht, hat im Einzelvertragswettbewerb von vornherein schlechtere Karten.

Außerdem ist vorgesehen, dass die so genannten 21er-Daten, das heißt die Daten, die laut Gesetz von den Krankenhäusern ausschließlich für den Aufbau des DRG-Systems erfasst werden - dabei geht es um sehr individuelle und betriebswirtschaftlich markante Daten einzelner Krankenhäuser -, auch für andere Zwecke, zum Beispiel für Qualitätssicherungszwecke, zugänglich gemacht werden. Ein Versprechen des Gesetzgebers, diese Daten nur zum Aufbau des DRG-Systems zu erheben, wird im Nachhinein gebrochen. Die Krankenhäuser haben natürlich Angst, dass wichtige Betriebsinterna weitergegeben werden können.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir werden noch klären, wie wir die Antwort des Datenschutzbeauftragten erhalten. Wir haben keine Information dar-

über, weshalb heute kein Vertreter des Datenschutzbeauftragten anwesend ist.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Schmeinck und an Herrn Ahrens sowie an Herrn Dr. Buchner zum Thema „Insolvenzrecht als Konsequenz der Auflösung der Bundesverbände“. Wie beurteilen Sie die Auswirkung auf die Organisation der Versorgung? Sehen Sie die Gefahr von Anschlussinsolvenzen, wenn insbesondere größere regionale Krankenkassen - diese Frage richtet sich vor allem an Herrn Dr. Ahrens - in Konkurs gehen? Kann man unter diesen Voraussetzungen noch von einer Sicherstellung der Versorgung ausgehen? Falls Sie Alternativen zur vorgesehenen Lösung haben, würde ich mich freuen, wenn Sie diese kurz aufzeigen.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): In einem tatsächlich wettbewerblichen GKV-System wäre die Insolvenzfähigkeit aller Akteure und dann auch der Krankenkassen nach meinem Verständnis geradezu natürlich. Wir befinden uns derzeit nicht in einem wettbewerblichen System. Ich habe überhaupt nicht den Eindruck, dass wir uns in diese Richtung bewegen. Nur deshalb und nicht wegen möglicher Insolvenzen tauchen Übergangsprobleme auf. Der Abgeordnete Bahr hat eben gesagt, dass die Probleme, die sich auf die Versorgungsfähigkeit des Systems auswirken, im Falle einer Insolvenz eher bei größeren Krankenkassen auftreten.

Wenn man tatsächlich Insolvenzfähigkeit möchte, dann kann dieses Problem mit Übergangsregelungen abgefangen werden. Beispielsweise kann man eine ganze Zeit lang die Vorrangigkeit der Forderungen von Leistungserbringern regeln. Die Frage, ob das praktisch-technisch möglich ist, müssen Juristen beantworten; dazu zähle ich nicht. Solange es noch eine hinreichend große Zahl von gesetzlichen Krankenkassen gibt, haben auch die Versicherten die Möglichkeit, eine andere Kasse zu wählen, und sie müssen

darunter nicht leiden. Ich sehe keine grundsätzlichen Probleme, auch wenn es ernst zu nehmende Probleme mit Übergangsregelungen geben könnte. Diese Probleme halte ich aber für lösbar.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Ich habe folgenden Eindruck: Wer sich das ausgedacht hat, der hat die Konsequenzen nicht bedacht. Das Ganze ist eine sehr unheilvolle Kette. Ein Dachverband wird eingerichtet, die Bundesverbände verlieren ihre Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts und können den Haftungsverbund damit nicht mehr sicherstellen. Um den Staat nicht zu belasten, will man der einzelnen Kasse die Insolvenzfähigkeit zugestehen. Das bedeutet für unser System und für die großen Kassen, dass man damit rechnen muss, dass wegen der neuen Situation nahezu alle Kassen zunächst eine Konkursöffnungsbilanz vornehmen. Sie müssen Altersrückstellungen in einer Höhe aufweisen, die es mit sich bringt, dass sie nicht mehr in der Lage sind, zu überleben. Das gilt nicht nur für das AOK-System, sondern für alle großen Versorgerkassen.

Wenn die Struktur einer großen Kasse zusammenbricht, dann wird die Versorgungsstruktur vor Ort zusammenbrechen. Eine Kasse, die nicht mehr zahlungsfähig ist, ist auch nicht mehr in der Lage, Krankenhäuser zu bedienen. Ich kann nur dringend raten, davon Abstand zu nehmen. Die Strukturen der Kassen werden nicht berücksichtigt. Das Ganze führt dazu, dass wir Versorgungsstrukturen zerschlagen. Alternative: Lassen Sie es so, wie es ist. Wir brauchen weder den Dachverband noch die Insolvenzregelung.

SV Dr. Reimar Buchner: Wir haben die Auffassung vertreten, dass gesetzliche Krankenkassen aus verfassungsrechtlichen Gründen und nach den Regelungen der geltenden Insolvenzordnung insolvenzunfähig sind. Ich verweise auf meine schriftliche Stellungnahme, die dem Gutachten beigelegt ist.

Ihre Frage nach Anschlussinsolvenzen zielt auf die Regelung in § 155 Abs. 5 SGB V ab. Nachdem das bisherige Verbandhaftungssystem - § 155 Abs. 4 des Gesetzentwurfs - gestrichen worden ist, wird das Haftungssystem der Krankenkassen derselben Art wieder angeordnet. Es ist aber unklar, ob das nur für Verbindlichkeiten gilt, die am 1. Januar 2008 bestanden, oder für alle.

Wenn es so ist, dass die anderen Krankenkassen für Verbindlichkeiten einer in ein Insolvenzverfahren eingetretenen anderen Krankenkasse ihrer Kassenart haften, dann ist nicht auszuschließen, dass diese Krankenkassen ihrerseits Insolvenz anmelden müssen, weil sie nicht mehr in der Lage sind, ihren Verbindlichkeiten nachzukommen. Dann dürften aus rechtlichen Gründen eine Verantwortung des Bundes und eine entsprechende Haftungsverpflichtung bestehen.

Die Alternative zu dem Entwurf ist im Grunde deklaratorisch: Man regelt die Insolvenzunfähigkeit bundesgesetzlich und modifiziert das geltende Schließungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen - es soll parallel fortbestehen -, gegebenenfalls in einem wettbewerbsbezogenen Sinn.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Das Fragerecht hat nun die Fraktion DIE Linke.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Wir haben jetzt sehr viel Innenbetrachtung vorgenommen. Ich möchte Herrn Professor Amelung bitten, uns mitzuteilen, wie er die bisherige Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses einschätzt und ob er eine Veränderung im Sinne der geplanten Professionalisierung als zielführend und erforderlich betrachtet.

Gleichzeitig - wir reden nicht nur über das GKV-WSG, sondern auch über die Anträge der Fraktionen - interessiert mich Ihr Urteil darüber, ob mit dem WSG gewährleistet wird - ich bitte, einen Vergleich zu den Nie-

derlanden zu ziehen -, dass wir dem Gesundheitswesen tatsächlich eine stabile Grundlage geben.

SV Prof. Dr. Volker Amelung: Ich beginne mit der Beantwortung der Frage nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Natürlich unterstütze ich die Forderung nach einer stärkeren Professionalisierung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ich möchte mich den Ausführungen von Herrn Dr. Hess anschließen, dass es in zentralen Bereichen um die Frage geht, wie man Entscheidungen treffen möchte. Im Zentrum steht dabei immer die Frage, wie viel Wettbewerb man will und wie die Entscheidungsstrukturen sein müssen, und zwar sowohl bei mehr als auch bei weniger Wettbewerb. Diese beiden sehr weit auseinander gehenden Stoßrichtungen liegen, was die Struktur angeht, relativ dicht beieinander.

Eine Einschränkung des Gemeinsamen Bundesausschusses kann sowohl notwendig sein, um weniger Wettbewerb zu haben, aber auch, um mehr Wettbewerb zu haben. Das muss man bedenken. Ich plädiere für sehr viel mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Es ist zentral, dass man Entscheidungsstrukturen hat, die einen umfangreichen Wettbewerb berücksichtigen. Man muss hinterfragen, wie viel Selbstverwaltung ein wirklich wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem trägt. Wahrscheinlich wird ein wirklich wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem weniger Selbstverwaltung vertragen und es braucht liberale Strukturen.

Zu den Niederlanden. Es ist im Moment noch zu früh, die Ergebnisse der Reformen in den Niederlanden zu beurteilen. Wir können im Moment noch nicht einschätzen, ob sich die Unversicherten als Problem darstellen oder nicht. Man wird noch deutlich länger warten müssen, um sich an Erfahrungen aus den Niederlanden orientieren zu können. Ich hätte mir trotzdem gewünscht, dass man einige der dortigen Ergebnisse stärker berücksichtigt.

Die Ausgangslage in den Niederlanden ist mit der Ausgangslage in Deutschland nicht ganz vergleichbar. Das gilt insbesondere für den Einfluss der Länder, für die doppelte Facharztschiene und für die Erfahrungen mit der Leistungsausgrenzung. Man muss im Zusammenhang mit den holländischen Reformen immer sehen, dass die dortigen Entwicklungen vor 20 Jahren eingeleitet wurden. Entscheidend ist - das gilt sowohl für die Reform in Deutschland als auch für die Reform in den Niederlanden -, dass beide Reformen meiner Meinung nach nicht demografiefest sind. Somit wird eine zentrale Anforderung an die Gesundheitsreform, nämlich Demografiefestigkeit herzustellen, nicht erfüllt.

Ich plädiere dafür, sehr viel mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zuzulassen. Wir brauchen dafür schnellere und einfachere Entscheidungsstrukturen. Wir brauchen dafür natürlich auch flexiblere Entscheidungsstrukturen. Insbesondere brauchen wir den Aufbau eines Kapitalstocks.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Wir haben viel über die gemeinsame Selbstverwaltung gehört; aber wir haben noch nicht über die soziale Selbstverwaltung gesprochen. Meine nächste Frage richte ich an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Wie beurteilen Sie die Einführung eines Spitzenverbandes der Krankenversicherungen?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Im Grunde genommen ist zum Dachverband alles gesagt worden. Wenn ich mich richtig erinnere, waren die Anmerkungen hierzu durch die Bank negativ. Ich möchte mich darauf beschränken, die aus Sicht der Arbeitgeber wichtigen Punkte zu nennen:

Auch wir sind der Meinung, dass die Begründung für die Bildung eines Dachverbands falsch ist. Es gibt keine Blockaden innerhalb der Spitzenverbände. Sie arbeiten in den schon

bestehenden Gremien nahezu reibungslos zusammen.

Der Dachverband bringt aus unserer Sicht keine Vorteile. Die Akteure, die dort zusammenkommen, sind dieselben wie bisher, nämlich die Vertreter der Krankenversicherungen, der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Sie werden weiterhin miteinander verhandeln müssen, nur unter einem anderen Dach und in anderen Räumen.

Angesichts dessen muss man sich fragen, warum ein Dachverband errichtet werden soll. Ich sehe folgende Antworten - damit sind zugleich Gefahren verbunden -:

Erstens. Im angedachten Dachverband erfolgt eine wirkliche Machtkonzentration: In die Hände von drei Vorständen und 32 Verwaltern wird das gesamte System der GKV gelegt. Das hat mit Wettbewerb nichts zu tun. Wettbewerb setzt Vielfalt voraus. Das steht in allen Lehrbüchern zum Thema VWL. Nur dann, wenn es Vielfalt gibt, kann Wettbewerb funktionieren. Wettbewerb ist ein Suchprozess mit offenem Ergebnis. Auf diesem Gebiet kann der Staat sich nichts wünschen.

Zweitens. Der Dachverband könnte genutzt werden, um einem größeren Staatseinfluss den Weg zu bereiten, wenn sich herausstellt, dass die Konsensfindung in einem so großen Gebilde noch schwerer ist als im heutigen System von sieben Dachverbänden.

Drittens. Für die einzelnen Krankenkassen wird es, wenn es einen Dachverband gibt, schwerer, sich im Wettbewerb zu behaupten. Im Dachverband entscheiden nämlich immer alle, auch über die Spielräume der Einzelnen.

Die BDA lehnt einen solchen Dachverband ab. Sie hält ihn für nicht erforderlich und für gefährlich.

SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund-Bundesvorstand): Ich nehme nur eine Ergänzung vor. Unsere Position ist in we-

sentlichen Fragen ähnlich. Der Dachverband wird vom Deutschen Gewerkschaftsbund abgelehnt, weil er ihn für unnötig hält.

Ich möchte auf die Frage nach der Selbstverwaltung und der Konzeption des Verwaltungsrats im Spitzenverband Bund der Krankenkassen eingehen. Seine Besetzung soll paritätisch sein. Dazu müssten die Beitragszahler wie bei den einzelnen Kassen, zumindest wie bei den Primärkassen, gemeinsam die Verantwortung tragen. Vorzufinden ist die Konstruktion eines Verwaltungsrates, in dem die Primärkassen zu zwei Dritteln durch Arbeitgebervertreter repräsentiert sind. Das jeweilige System - es sind keine kleinen Systeme - kann sich sozusagen nicht wiederfinden, und zwar unabhängig von der Frage der Repräsentativität, die vorhin schon einmal angesprochen wurde.

Ich möchte etwas zu der Sinnhaftigkeit sagen. Bislang war es manchmal problematisch, wenn die sieben Spitzenverbände gemeinsam eine Entscheidung treffen sollten. Das ist aber nicht wirklich ein Problem. Nach dem heute noch bestehenden §213 gibt es die Möglichkeit, dass Mehrheitsentscheidungen getroffen werden.

Das ist für den DGB eine wichtige Fragestellung. Welchen Sinn hat das Ganze? Welche Bedeutung hat es für die Versicherten und vor allem für die Patienten? Meiner Meinung brauchen wir das nicht. Sinnvoll ist, dass über alle gemeinsam zu treffenden Qualitätsvereinbarungen und über alles, was den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten zugute kommen soll, einheitlich entschieden wird. Dazu muss man keinen Dachverband errichten; das kann genauso gut durch die bestehenden Verbände geschehen, die viele positive Erfahrungen gemacht haben.

Ich erinnere an das, was bereits heute Morgen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung durch die Betriebskrankenkassen gesagt wurde: Es gibt bei den Innungskrankenkassen eigenständige Angebote, auch wenn die Krankenkassenverbände viele Alleinstellungsmerkmale verloren haben. Es gibt

Punkte, an denen man anknüpfen kann. Was gemeinsam getan werden soll, kann in einer Form geschehen, bei der Einheitlichkeit nicht unbedingt erforderlich ist.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Herr Dr. Ahrens, Sie haben vorhin darauf hingewiesen, Sie seien der Auffassung, man solle das Insolvenzrecht aus dem WSG streichen. Mich interessiert Ihre Bewertung, insbesondere bezüglich der Haftungen für Leistungen nach dem 1. Januar 2008; es gibt zwei Kriterien der Haftungsregelung. Stellen Sie bitte einen Zusammenhang zu den Fusionen her! Ich glaube, auf diesen besonderen Aspekt sollte noch einmal eingegangen werden.

Mich interessiert ferner die Einschätzung von KBV, DKG und Verbraucherzentrale hinsichtlich der Haftungsansprüche bei einer Insolvenz nach dem 1. Januar 2008, hinsichtlich der Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nach der neuen Regelung und hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Absicherung.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Ihre Frage gibt mir die Möglichkeit, meine Ausführungen zu ergänzen. Ich habe bereits erläutert, warum dieses Insolvenzrecht für dieses System völlig ungeeignet ist. Diese Regelung wird dazu führen, dass die großen Versorgerkassen in die Insolvenz geradezu getrieben werden. Sie wird darüber hinaus dazu führen, dass Versorgungsbereiche zusammenbrechen, da die Ansprüche von Leistungserbringern und Versicherten nach dem 1. Januar 2008 aus der Insolvenzmasse zu befriedigen sind. Diese Ansprüche können dann nicht mehr befriedigt werden und die Versorgungsstrukturen der davon Betroffenen können nicht mehr aufrechterhalten werden. Dieser Vorgang betrifft nicht nur die Kassenlandschaft, sondern auch andere Bereiche, zum Beispiel die Versorgung.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Der Vertragsarzt hat

gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Anspruch auf Honorarzahmung. Was Insolvenzen betrifft: Wir reden hier über Milliardenbeträge, die KVen nicht fremdfinanzieren können und nicht fremdfinanzieren dürfen. Der Honoraranspruch des Vertragsarztes besteht dennoch. Dadurch werden Versorgungsprobleme generiert. Zu glauben, dass wir als Gläubiger - wir KVen werden Gläubiger von insolventen Krankenkassen - vor Lohnzahlungen etc. stehen, ist eine Utopie. Wir werden ernsthafte Probleme bekommen.

SV **Dr. Rudolf Kösters** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Angesichts der extrem angespannten Finanzlage der Krankenhäuser sehen wir diese Regelung besonders kritisch. Wir schließen Anschlusskonkurse von Krankenkassen mit einem bedeutenden Volumen - das sind einige - nicht aus. Wir müssen davon ausgehen, dass solche Konkurse keine Einzelfälle sein werden. Solche Konkurse werden nicht unvorhergesehen eintreten. Ich kann mir vorstellen, dass die Krankenhäuser ihr Verhalten ändern. Falls solche Konkurse tatsächlich drohen, würde die Versorgung von Krankenkassenpatienten wahrscheinlich nur noch bei Vorkasse erfolgen, um so den ganzen Krankenhausbetrieb nicht zu gefährden.

Die von den Vorrednern bereits genannten Konsequenzen für die Versorgungslandschaft sind zu bedenken. Ich glaube, dass Krankenhäuser betroffen sein können, von denen alle der Meinung sind, sie sollte es auch in Zukunft geben. Das Verschwinden dieser Krankenhäuser müssen wir auf jeden Fall verhindern.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir sehen durchaus Risiken für die Versicherten. Wenn eine solche Insolvenzregelung tatsächlich Gesetz wird und kein entsprechendes Rückversicherungssystem installiert ist, dann laufen Leistungsansprüche der Versicherten ins Leere, zum Beispiel auf dem Gebiet der medizini-

schen Leistungen und im Bereich des Krankengeldes.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass diejenigen, die in einer Krankenkasse versichert sind, der Insolvenz droht, von den Leistungserbringern zur Kostenerstattung gedrängt werden. Die Kostenerstattung wird erleichtert, um dem Gläubigerstatus zu entgehen. Das heißt, auch dieses Risiko wird über die Ärzteschaft an die Patienten weitergeleitet. So etwas ist nur möglich und nur akzeptabel, wenn ein entsprechendes Rückversicherungssystem funktionsfähig ist.

In der Anhörung wurde dazu aufgefordert, die EU-rechtlichen Implikationen verschiedener Regelungen im WSG zu prüfen. Auch diese Regelung sollte man im Hinblick auf die EU-rechtlichen Konsequenzen - was ist der Status einer gesetzlichen Krankenkasse? - überprüfen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Herr Dr. Ahrens, Sie haben meine Frage nach den insolvenzrechtlichen Folgen von Fusionen nicht beantwortet.

Frau Dr. Pfeiffer, erläutern Sie bitte kurz das Problem „gemeinsamer Spitzenverband“ und die Auswirkungen auf die Landesebenen des VdAK.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Bei Fusionen bleibt das Insolvenzrecht nicht auf einen Bereich beschränkt; vielmehr greift es auf andere Bereiche über. Es ist dann nicht mehr gewährleistet, dass ein Verbund betroffen ist. Möglich ist ein Dominoeffekt.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich habe bereits gerade von einer Vielzahl von Aufgaben gesprochen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zukünftig wahrgenommen werden. Ähnliches gilt für die Landesebene. Die Aufgaben des Verbandes werden auf die Kassen übertragen; der Ver-

band ist nicht mehr Gegenstand des Gesetzes. Das hat zur Folge, dass diese Aufgaben zukünftig von den Ersatzkassen wahrgenommen werden müssen bzw. können. Das bedeutet, dass es in einigen Bereichen weiterhin die Möglichkeit gibt, dies auf den Verband zu übertragen. Das ist aber nicht in allen Bereichen möglich, zum Beispiel bei der Zulassung von Heilmittelerbringern. Diese Aufgabe wurde vor drei, vier Jahren explizit von den Kassen auf den VdAK übertragen. Der Verband erfüllt diese Aufgaben für die Mitglieds-kassen. Wir haben eine Reduzierung des dafür notwendigen Personals auf fast ein Drittel erreichen können. Ein solcher Vorgang wird unter den neuen Bedingungen nicht mehr möglich sein, weil der VdAK keine Rechtsakte mehr erlassen kann. Das müssen zukünftig wieder die Einzelkassen machen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Das Fragerecht hat nun die Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte auf das Thema „Professionalisierung des GemBA“ zurückkommen. Ich habe eine Frage an Herrn Professor Busse. Halten Sie die vorgesehenen Maßnahmen für zielführend und, falls nein, wie sollte der GemBA aus Ihrer Sicht weiterentwickelt werden, um eine sektorübergreifende Arbeit zu ermöglichen?

SV **Prof. Dr. Reinhard Busse**: Die Probleme werden - auch in der Begründung - beschrieben; aber die Antwort ist nicht richtig. Man muss sich überlegen, was die Anforderungen an einen Gemeinsamen Bundesausschuss sind: Partizipation - wer soll diesem Ausschuss angehören? -, Legitimation - Herr Hess ist darauf eingegangen - und Repräsentativität. Es muss geklärt werden, wie sich die - nicht homogenen - Interesselagen widerspiegeln lassen. Dieses Problem taucht spätestens dann auf, wenn es nicht mehr drei Leistungserbringer gibt, sondern nur noch einen. Man würde dann sehen, was alles nicht geht.

Der Gesetzentwurf betrifft auch die Professionalisierung der Arbeit - wie zügig kann man das organisieren? - und die Transparenz des ganzen Verfahrens. Bisher wurde mehr Wert auf die Legitimation gelegt. Jetzt soll die Professionalisierung Schwerpunkt werden. Ein Schwachpunkt war, dass die Einzelinteressen der Bänke zu viel zählten. Der Schwerpunkt Legitimation soll aufgegeben werden. Man muss versuchen, beide Punkte in eine Balance zu bringen. Wir brauchen die Legitimation. Die Mitglieder müssen weiterhin von ihren Bänken entsandt werden, damit die Repräsentativität sichergestellt ist. Wissenschaftlich gesehen lässt sich dazu schlecht eine Aussage treffen. Drei Mitglieder pro Bank sind zu wenig; neun müssen es auch nicht sein. Es gibt etwas dazwischen. Sinnvoll sind also vielleicht fünf oder sieben Mitglieder pro Bank.

Im Gesetzentwurf ist überraschenderweise vorgesehen, dass die entsandten Mitglieder - Stichwort „Professionalisierung“ - hauptamtlich tätig sind - es wird mit der zu erwartenden Arbeitsverdichtung begründet -, während die Unparteiischen ihre Arbeit weiterhin als Nebentätigkeit verrichten sollen. Das ist sehr merkwürdig. Ich frage mich, ob es nicht besser wäre, wenn auch die Unparteiischen hauptberuflich tätig wären. Mir schwebt vor, dass die Unparteiischen den Unterausschussvorsitz übernehmen. Das wäre ein Beitrag zur Straffung.

Um zu verhindern, dass auch die Unparteiischen zu Bürokraten werden, sollten wir uns anschauen, wie es in anderen Ländern geregelt ist. Es gibt Länder, in denen dies als Nebentätigkeit geleistet wird. Die entsprechenden Personen werden von ihren Arbeitgebern zur Hälfte freigestellt. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme auf das britische National Institute for Health and Clinical Excellence hingewiesen. Das ist nicht mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu vergleichen. Im National Institute for Health and Clinical Excellence werden wichtige Entscheidungen getroffen. Diese Entscheidungen werden bei uns zum Teil vom GBA

getroffen. Im National Institute for Health and Clinical Excellence gibt es hauptamtliche Mitarbeiter und Non-Executives. Das sind Personen, die von ihrem Hauptberuf freigestellt sind. Beispielsweise übt der Vorsitzende dieser Institution sein Amt nebenberuflich aus. Ein Modell dieser Art könnte man sich auch hier vorstellen.

Um die Legitimation sicherzustellen, sollten die Mitglieder weiterhin von den beiden Seiten entsandt werden. Wir sollten für eine Professionalisierung aufseiten der Unparteiischen sorgen. Mein konkreter Vorschlag lautet: Der Vorsitzende sollte hauptamtlich tätig sein. Denkbar sind vier stellvertretende Vorsitzende, die sich bei der Amtsausübung abwechseln. Damit könnte man den Spagat zwischen Professionalisierung und Legitimation schaffen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Verbraucherzentralen und an die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Bei der heute Nachmittag vorgetragenen Kritik an den Veränderungen im GemBA hat die Perspektive der Patientenvertreter noch keine Rolle gespielt. Wie stellt sich das für Sie da? Welche Schritte wären aus Ihrer Sicht notwendig, um die Patientenrechte zu stärken?

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Auch wir sehen Gefahren in der angestrebten Veränderung des Gemeinsamen Bundesausschusses. In § 140 f und in § 140 g ist vorgesehen, dass sich die Anzahl unserer Mitglieder an der der Krankenkassenvertreter orientiert. Das heißt, auch die Anzahl unserer Vertreter würde von neun auf drei reduziert. Somit besteht das Problem - Herr Busse hat bereits darauf aufmerksam gemacht -, die Vielfalt der Landschaft - in der Verordnung sind vier Organisationen benannt, die die Patienteninteressen vertreten sollen - darzustellen.

Das Vorhandensein hauptamtlich Tätiger führt dazu - das ist ein gravierendes Problem -, dass

sich die Vertreter der Bänke praktisch jeden Tag in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen, sodass Entscheidungen dort im Vorhinein besprochen werden. Die Sitzungen, auf denen die Entscheidungen de facto getroffen werden - wir Patientenvertreter nehmen daran teil -, werden dann nur einen formellen Charakter haben. Unsere Chancen, mit unseren Argumenten in dem Diskurs, der bisher in den Entscheidungsgremien stattfand, Einfluss zu nehmen - wir haben kein Stimmrecht -, würden dadurch dramatisch vermindert. Wir sehen in den Regelungen, die mit § 91 angedacht sind, eine Aushöhlung unserer Beteiligungsrechte, auch wenn an § 140 nichts geändert wird.

Wir schließen uns dem Vorschlag von Herrn Hess an - der Vorschlag von Herrn Busse ging in eine ähnliche Richtung -, die Zahl zu reduzieren, auch die der Unterausschüsse, aber bei der Gesamtstruktur zu bleiben. Mit diesem Vorschlag können wir uns durchaus anfreunden.

Allerdings muss man sagen - auch das ist Gegenstand unserer schriftlichen Stellungnahme -, dass die Vorgabe des Koalitionsvertrages, die Patientenbeteiligung auszubauen, weder durch dieses Gesetz noch durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wirklich umgesetzt wird. Man müsste darüber nachdenken, ob den Patientenvertretern nicht doch ein Stimmrecht - zumindest in Verfahrensfragen, also wenn es um die Geschäftsordnung, die Protokolle oder die Tagesordnung geht - zugestanden werden sollte.

Stichwort „Professionalisierung“. Es geht auch um folgende Fragen: Wie sind die Patientenvertreter ausgestattet? Wie können die Patientenvertreter nicht nur in Bezug auf Sachkundigkeit und Aufwandsentschädigungen - da ist einiges passiert -, sondern auch in Bezug auf Strukturen in den entsendenden Organisationen einigermaßen mit dem Schritt halten, was an professioneller Arbeit geleistet werden soll?

SV Martin Danner (BAG SELBSTHILFE):
Es wurde ja vorhin schon viel Rechts- und Organisationstheoretisches zum Gemeinsamen Bundesausschuss gesagt. Da ich seit fast drei Jahren Woche für Woche viel zu viel Zeit dort verbringe, möchte ich den Sachverhalt hier eher pragmatisch beleuchten.

Auch aus unserer Sicht werden die geplanten Veränderungen dazu führen, dass die Spruchkörpersitzungen, die ja öffentlich sein werden, eher einen Darstellungscharakter bekommen werden, dort also nicht mehr Argumente ausgetauscht werden und wirklich verhandelt wird, sondern dieses in vorgelagerte Gremien abgedrängt wird, vielleicht sogar in Gesprächsrunden außerhalb der institutionalisierten Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das wäre natürlich eine gefährliche Entwicklung für die Patientenvertreter, weil so das Mitberatungsrecht nicht mehr so effizient ausgeübt werden kann wie in der Vergangenheit.

Ein weiterer Punkt ist die Straffung der Organisationsstrukturen. Die Verringerung der Zahl der Unterausschüsse wird letztendlich, da auf einer Unterausschusssitzung nur eine gewisse Anzahl sehr komplexer Themen bearbeitet werden kann, dazu führen, dass Arbeitsgruppen gebildet werden, in denen Dinge vorbereitend beraten werden. Die groben organisatorischen Vorgaben werden also allein wohl nicht ausreichen, um die Effizienz der Arbeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu steigern. Überdies wird unser Koordinierungsaufwand durch eine mehr informelle Arbeitsweise und die nötigen Absprachen mit den Hauptamtlichen, die ja jeweils zu Beratungen hinzugezogen werden sollen, erhöht. Es ist ja eine seltsame Situation, dass man vorhat, jetzt auch noch die Position derjenigen, die schon bislang über Stäbe und Organisationsstrukturen verfügen, durch hauptamtliche Vertreter in der Geschäftsstelle des Bundesausschusses zu stärken, während die Patientenvertreter die gleiche Arbeit nach Feierabend bzw. an Tagen, an denen sie Urlaub nehmen müssen, erledigen sollen.

Der Anspruch der Patientenvertreter ist ja durchaus, sehr schwierige medizinische und rechtliche Fragen auf gleicher Augenhöhe zu bearbeiten. Aus diesem Grunde sehen wir es kritisch, wenn eine Verhauptamtlichung lediglich bei den anderen Gruppen stattfindet, aber bei der Patientenvertretung alles beim Alten verbleibt. Wir wollen damit nicht sagen, wir brauchen hauptamtliche Patientenvertreter. Es ist ja gerade unser Qualitätsmerkmal, dass wir authentisch berichtende Menschen haben, die Krankheitsbilder einbringen, mit denen sie ihr Leben lang umgehen müssen. Aber wir brauchen eine Unterstützungsstruktur im Sinne einer Stabsstelle, die beispielsweise hilft, medizinische Studien zu recherchieren, einen Antrag in rechtlicher Hinsicht bezüglich SGB V abzu prüfen etc., um einigermaßen das Gleichgewicht zu erhalten.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe nun eine Frage an Herrn Hess zur Besetzung der Unterausschüsse. Verschiedene Verbände wie etwa die Bundespsychotherapeutenkammer und die Diakonie sowie Vertreter der Hebammen usw. schlagen vor, die Unterausschüsse nicht nur sektorübergreifend, sondern auch multidisziplinär zu besetzen, also auch andere Gesundheitsberufe einzubeziehen. Was halten Sie von diesen Vorschlägen?

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Das hängt davon ab, wie viele Beteiligte man verkraften kann, ohne dass die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses stark behindert wird. Ich habe es bereits in der Anhörung heute Morgen gesagt: Wenn Sie bei den Pflegeberufen anfangen, dann können Sie erst bei der Industrie aufhören. Das heißt, viele werden dann den Anspruch erheben, an diesem Ausschuss beteiligt zu werden. Da können Sie auch niemanden ausschließen. Jede Berufsgruppe, die irgendwie betroffen ist, erhebt dann den Anspruch, an den Unterausschüssen unmittelbar beteiligt zu werden. Davor kann ich nur warnen.

Zugleich bin ich aber auch der Auffassung, dass wir die Betroffenen etwas stärker in die Vorbereitung der Entscheidungsprozesse einbinden müssen. Ich war immer skeptisch, ob schriftliche Stellungnahmen allein ausreichen. Man sollte vielleicht eine persönliche Beteiligung in der Art, wie sie jetzt bezüglich der Festbetragsgruppenregelung im Gesetz steht, in Erwägung ziehen. Das darf jedoch nicht routinemäßig oder schematisch passieren, sondern muss von Fall zu Fall entschieden werden, wobei man mit Hauptgruppen, sofern sie betroffen sind, in jedem Fall ein gemeinsames Gespräch führen sollte, entweder im Ausschuss oder außerhalb des Ausschusses. So kann man die Beteiligungsrechte stärken. Man sollte aber meines Erachtens den einzelnen Gruppen kein Recht auf Teilnahme an den Sitzungen geben.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zur Einrichtung eines bundesweiten Spitzenverband habe ich eine Frage an Herrn Busse. Wir haben ja eben viel Kritik daran gehört. Wie schätzen Sie, auch aufgrund Ihrer Kenntnis der Praxis in anderen europäischen Ländern, insbesondere das Argument, dass dadurch der Wettbewerb behindert würde, ein?

SV Prof. Dr. Reinhard Busse: Wenn man sich Krankenversicherungssysteme von Ländern ansieht, die auch so etwas wie ein gesetzliches System haben, stellt man fest, dass wir das einzige Land sind, wo es einen solchen Verband noch nicht gibt. Es ist insofern sachlogisch, dass so etwas angedacht wird. Einen Knackpunkt dabei stellt allerdings die Frage dar, inwieweit er die anderen Verbände ersetzen soll. Eine Mischlösung gibt es nur in Belgien. Dort gibt es neben dem Dachverband auch noch Verbände wie den Landesbund der Christlichen Krankenkassen usw. Das Schweizer Krankenversicherungsgesetz dagegen sieht vor, dass die Krankenkassen als gemeinsamen Dachverband eine Stiftung gründen und dass das Ministerium nur ersatzweise tätig werden darf. Frankreich hat sich interessanterweise an der Idee unseres

Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert und erst vor kurzem mit der letzten Gesundheitsreform einen Dachverband geschaffen, in dem die Krankenkassen nun ein echtes Mitspracherecht haben. Vorher war das sehr viel staatlicher organisiert.

Im Zusammenhang mit dem Thema „Staat und Vorgaben“ ist ein Blick in die Niederlande nützlich. Die Niederlande halten wir ja für sehr am Wettbewerb orientiert, was nicht immer stimmt. Dort ist interessanterweise vor etwa zehn Jahren der Krankenkassenverband als Selbstverwaltungsorgan abgeschafft und durch eine staatliche Supervisionsbehörde ersetzt worden. Die Krankenversicherer, übrigens die gesetzlichen und privaten, haben sich daraufhin freiwillig zu einem Verband zusammengeschlossen, um ein Interessenorgan zu haben. Bei der neuen Reform in den Niederlanden werden nun solche Dinge wie Leistungskataloge und Qualitätsanforderungen vom Ministerium vorgegeben und von der neuen Wettbewerbsbehörde für das Gesundheitswesen überprüft. Dies bezeichnet man dort als wettbewerbsorientiert. Es wäre also auch eine Lösung, staatliche Vorgaben zu machen, diese von einem Kartellamt überprüfen zu lassen und ansonsten alles den Einzelkassen zu überlassen.

Ich persönlich meine - auch unter Berücksichtigung dessen, was die Franzosen machen -, dass hier ein Mittelweg unter Einbeziehung der Selbstverwaltung versucht werden sollte. Hierbei ist natürlich das Gleiche zu beachten, was ich eben bezüglich des Gemeinsamen Bundesausschusses angemahnt habe, nämlich dass die Legitimität der Akteure erhalten und nicht abgeschafft wird. Insgesamt kann man aber nicht sagen, dass es außergewöhnlich wäre - ganz im Gegenteil -, wenn ein Dachverband geschaffen würde.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Vertreter des Vereins Betriebskrankenkassen im Unternehmen. Sie begrüßen ja die geplante Umwandlung der bisherigen Bundesverbände

der Kassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts. Was sollen aus Ihrer Sicht die Aufgaben der Verbände in Zukunft sein und wer soll aus Ihrer Sicht Gesellschafter sein?

SV Jürgen Brennenstuhl: (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.): Man kann sicherlich geteilter Meinung darüber sein, ob die Einrichtung eines Spitzenverbandes Bund strukturell und von der Aufgabenzuweisung Sinn macht. Dazu möchte ich nun nicht Stellung nehmen.

Wir brauchen aber, wenn sich die Mitgliedschaft eines neuen Spitzenverbandes Bund aus den Kassen zusammensetzt - das ist, wie ich denke, entscheidend -, eine Struktursymmetrie. Das bedeutet, wenn die bisherigen Bundesverbände der Krankenkassen privatisiert werden, dann muss in diesen auch die Kassenseite vertreten sein, weil ansonsten die Klammerfunktion der Kassen, die sich ja sowohl auf die neuen privaten Spitzenverbände als auch auf den neuen öffentlich-rechtlichen Spitzenverband Bund erstreckt, nicht stimmig wäre.

Die Privatisierung der Bundesverbände entspricht sicherlich ein Stück weit dem wettbewerblichen Ansatz. Wenn nämlich die hoheitlichen Aufgaben der bisherigen Bundesverbände auf den neuen Spitzenverband Bund übergehen, kommt diesen sehr viel stärker eine Dienstleisterrolle zu. Dafür müssen sie sich umorganisieren, um dann direkt für Krankenkassen IT-Dienstleistungen in Form von EDV-Unterstützung und Datentransfer sowie administrative Dienstleistungen wie Rechnungsprüfung, Unterstützung im Bereich Beitragswesen und Finanzen erbringen zu können. Das sind sicherlich interessante Aufgabenfelder, die zwar bundesweit einheitlich organisiert werden müssen, sich aber an die einzelnen Kassen richten. Deshalb ist es aus unserer Sicht zwingend notwendig, nicht die Landesverbände als Mitglieder vorzusehen, sondern die Kassen. Die Landesverbände selbst behalten ja ihre öffentlich-rechtliche Struktur, allerdings auf regionaler Ebene. Das heißt, sie könnten diese Einheitlichkeit der

Prozesse und Dienstleistungen auf Bundesebene nicht gewährleisten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Den VdAK möchte ich fragen, wie er die geplante innere Struktur des Spitzenverbands Bund sieht und welche alternative Gestaltung der Organe ihm am Herzen liegt.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEF): Wir haben ja drei Organe: die Mitgliederversammlung, den Verwaltungsrat und den hauptamtlichen Vorstand. Es ist schon erwähnt worden, dass die Verteilung der Sitze im Verwaltungsrat zumindest willkürlich erscheint. Ein sinnvolles Kriterium kann meines Erachtens nur der Marktanteil sein. Die Verteilung ist aber nach anderen Kriterien vorgenommen worden. Interessant ist insbesondere, dass die Verteilung kassenartenspezifisch erfolgen soll, obwohl ja ansonsten davon ausgegangen wird, dass sich die Kassenarten nach und nach auflösen. Ich bin gespannt, ob bei kassenartenübergreifenden Fusionen die Sitzverteilung verändert wird. Im Übrigen ist vorgesehen, die anhand der Mitglieder gewichtete Stimmenvergabe für die Mitgliederversammlung jährlich anzupassen. Da stellt sich dann die Frage, ob in jedem Jahr die Mitgliederversammlung mit unterschiedlichen Stimmengewichten neu wählt; denn es werden sich ja Veränderungen ergeben. Ich kann mir das praktisch nicht vorstellen.

Ein weiteres entscheidendes Problem ist sicherlich, dass es einen dreiköpfigen hauptamtlichen Vorstand geben soll, der ganz konkret das operative Geschäft gestaltet. Außerdem ist analog der heutigen Regelung für die Kassen vorgesehen, dass der ehrenamtliche Verwaltungsrat in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung entscheidet. Wir gehen davon aus, dass die Gestaltung beispielsweise der Vergütungssysteme und die Erstellung von Vorgaben für regionale Vereinbarungen eher zum operativen Geschäft gehören. Von daher stellt sich die Frage, welche Einflussmöglichkeiten die Kassenvorstände

haben; denn letztlich werden viele Entscheidungen massive finanzielle Konsequenzen für die Kassen haben. Somit müsste sich ein Vorstand einer Kasse gegenüber seinem Verwaltungsrat für finanzielle Konsequenzen rechtfertigen, die im Spitzenverband Bund von drei Hauptamtlichen entschieden wurden, ohne dass für ihn hier Kontroll- und Einflussmöglichkeiten bestanden hätten.

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

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an das Bundesversicherungsamt.

Erstens. Sie haben sich in Ihrer schriftlichen Stellungnahme explizit gegen ein Prüfrecht des Bundeskartellamts bei Kassenfusionen unter Bezugnahme auf höchstrichterliche Rechtsprechung ausgesprochen. Welche konkreten Auswirkungen befürchten Sie, wenn das Bundeskartellamt aufsichtsrechtlich Fusionen begleitet?

Zweitens. Wie könnte Ihrer Meinung nach das Verhältnis der Fusionsvorschriften des SGB V zur Fusionskontrolle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen unproblematisch gestaltet werden, und zwar ohne auf ein Mitwirkungsrecht der Kartellbehörden zu verzichten?

Noch eine Frage an Herrn Schulte: Sehen Sie eine Möglichkeit, die Fusionsvorschriften im SGB V mit den Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen vertraglich zusammenzubringen?

SVe **Sylvia Bohlen-Schöning** (Bundesversicherungsamt): Wir halten das Kartellrecht in diesem Fall nicht für anwendbar. Unter den jetzigen gesetzlichen Bedingungen sind die Kassen nach wie vor mittelbare Staatsverwaltungen; sie sind eben keine privaten Unternehmen, selbst wenn sie um Versicherte

konkurrieren. Der gemeinsame Zweck aller Krankenversicherungen ist nämlich immer noch die Versorgung der Versicherten und nicht der Wettbewerb untereinander. Auch der EuGH hat die Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen verneint, sodass wir unter den jetzigen gesetzlichen Bedingungen das Kartellrecht für nicht anwendbar halten.

Man kann das gesetzlich ändern; nur passen die Systeme nicht zusammen. Es stellt sich ja zum einen die Frage, unter welchen Bedingungen das Kartellamt die Fusionskontrolle ausüben soll bzw. was der Fokus sein soll. Wenn wir die Fusionen prüfen, dann ist unser Fokus die Stärkung der Leistungskontrolle. Der Fokus des Kartellamtes ist die Verhinderung von marktbeherrschenden Stellungen. Zum anderen ist es zu fragen, ob man regional oder bundesweit anknüpft. Wenn in Bremen die AOK mit der HKK fusioniert, dann haben beide zusammen eine marktbeherrschende Stellung. Wenn aber dort Barmer und DAK fusionieren, dann ist das nicht der Fall; deren gemeinsamer prozentualer Anteil wäre nicht so hoch wie der jeweilige Anteil der beiden anderen Kassen. Durch einen Zusammenschluss würden DAK und Barmer so in den einzelnen Regionen nicht unbedingt eine marktbeherrschende Stellung erreichen; aber bundesweit würde ein sehr großes Krankenkassenunternehmen entstehen. Insofern ist das System im Moment noch nicht ausgereift. Die Fusionskontrollen, die das Kartellamt in den letzten Wochen gemacht hat, haben einfach nur einen Gebührenbescheid über 4000 € zur Folge gehabt; das mag ja schön für das Kartellamt sein. Wenn man aber marktbeherrschende Stellungen verhindern will, dann sollte man - das wäre mein Vorschlag - eine Lösung im System suchen, indem nicht das Kartellamt die Prüfungen durchführt, sondern die Aufsichten.

SV Gerhard Schulte: Durch die Einräumung von verbandsübergreifenden Fusionen brauchen wir zweifelsohne Fusionskontrollen im Sozialgesetzbuch. Ich teile auf der einen Seite die Auffassung, dass eine Automatik, was die körperschaftlichen Krankenkassen angeht, mit

dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen nicht herzustellen ist. Auf der anderen Seite gibt es im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen durchaus vernünftige Grundlagen, um eine Fusionskontrolle auszuüben. Es liegt eigentlich nahe, die brauchbaren Grundlagen in das Sozialgesetzbuch zu übernehmen. Wettbewerb findet allerdings, wie an dem Beispiel, das von der Vertreterin des Bundesversicherungsamtes genannt worden ist, deutlich wurde, weitgehend auf der regionalen Ebene statt. In der Konsequenz heißt das, dass immer dann, wenn Ortskrankenkassen, die entweder schon marktbeherrschende Unternehmen im Sinne des Kartellrechts sind oder es schnell werden können, mit anderen Krankenkassen fusionieren, eine entsprechende Fusionskontrolle stattfinden muss.

Wenn nun die entsprechenden Vorschriften im Sozialgesetzbuch verankert werden, dann stellt sich die Frage, welche Behörde diese Fusionskontrolle ausüben soll. Hierbei auf die Aufsichten zu verweisen, scheint mir problematisch zu sein. In aller Regel wird nämlich bei Fusionen der eine Fusionspartner unter der Aufsicht des Landes und der andere Fusionspartner unter der Aufsicht einer Bundesbehörde stehen. Insofern würde viel dafür sprechen, eine einheitliche Behörde für Fusionskontrollen zu schaffen. Es ist nämlich einerseits zu befürchten, dass sich Länder bei der Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion zu stark an Landesinteressen orientieren; ich glaube, ich brauche nicht deutlicher zu werden. Andererseits würde ich keine Ausnahme in Form einer Ministererlaubnis analog zum Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen vorsehen. Da wiederum würde ich der Bundesministerin für Gesundheit nicht trauen.

Schließlich - auch das ist zu konstatieren - gibt es im Augenblick Krankenkassen mit marktbeherrschender Position im kartellrechtlichen Sinne, beispielsweise die AOK Sachsen, und zwar egal ob Sie es nach dem Versichertenanteil oder nach dem Umsatzanteil betrachten. In beiden Fällen liegt die Ortskrankenkasse Sachsen schon über der 50-Prozent-Grenze.

Es sind in der Tat noch einige Fragen zu klären. Das Gesetzgebungsverfahren dauert ja noch einige Wochen. Ich glaube, das Problem ist im Rahmen des SGB V zu lösen.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU):
Ich habe vier Fragen.

Erstens möchte ich Sie, Herr Dr. Straub, bitten, zu erläutern, ob Sie die Regelungen, die zu der nachgehenden Haftung getroffen sind, für wettbewerbskonform halten.

Zweitens möchte ich Sie, Herr Schulte, fragen, welche Möglichkeiten Sie für die Gesellschaften des bürgerlichen Rechts, die die Nachfolge der bestehenden Spitzenverbände antreten sollen, sehen, über den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Fonds hinaus fortbestehen zu können, und welche Aufgaben diese Gesellschaften übernehmen könnten.

Die dritte Frage richtet sich an die Vertreter von KBV und Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie beurteilen Sie den schon mehrfach unterbreiteten Vorschlag, den Gemeinsamen Bundesausschuss mit drei unparteiischen Hauptamtlichen zu besetzen und die Selbstverwaltungsmitglieder weiterhin in ihrer Rolle zu belassen?

Viertens. Herr Dr. Hess, können Sie sich vorstellen, dass Patientenvertreter mehr Verfahrensrechte bekommen? Wenn ja, wie könnten diese aussehen?

SV Dr. Christoph Straub: Die Regelungen zur nachgehenden Haftung im Gesetzentwurf scheinen aus unserer Sicht ausreichend zu sein. Eine nachgehende Haftung über drei Jahre ist eine vergleichsweise lange Frist, die aufgrund der dann doppelten Haftung in zwei Verbänden kassenartenübergreifende Fusionen eher bremsen dürfte. Aus unserer Sicht ist besonders wichtig, dass die nachgehenden Risiken und Lasten plan- und berechenbar sind und dass der Haftungsträger auch die volle Informations- und Mitwirkungsmöglich-

keit in dem Verband hat, in dem die Haftung anfällt.

Das Gesagte gilt auch für den Fall der Garantiehaftung infolge der Schließung einer Krankenkasse. Für den Fall der finanziellen Hilfen nach § 265 a, die zum Beispiel für die Sicherstellung der Entschuldung einer Krankenkasse durch den Verband gewährt werden, ist die nachgehende Haftung aus unserer Sicht problematisch und abzulehnen, da auf diese Weise Schulden von Einzelkassen über weite Strecken sozialisiert würden. Einzelne Kassen haben in der Vergangenheit im Wettbewerb über Jahre von ihren de facto zu niedrig kalkulierten Beitragssätzen profitiert. Dabei war die Haushaltsführung sicher nicht solide. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Darlehensaufnahmen schlicht rechtswidrig waren. Wenn jetzt diese Schulden auf diesem Weg weitergetragen würden, dann würden Mitglieder und Arbeitgeber belastet, die damit nichts zu tun haben. Das halten wir juristisch für sehr bedenklich.

Zur Wettbewerbskonformität der vorgesehenen Regelungen zur nachgehenden Haftung: Da die Haftung dauerhaft in der Kassenart der betroffenen Kasse verbleiben soll, der Spitzenverband Bund im Falle einer Auflösung einer GbR nur eine Art Clearingfunktion übernimmt und im Übrigen alle Kassen gleich behandelt werden, erscheinen uns die Regelungen grundsätzlich wettbewerbskonform zu sein. Allerdings - das ist eine etwas andere Sicht als die Sicht meiner Vorredner und meiner Vorrednerin - ist die Frage der Verhinderung einer marktbeherrschenden Stellung auch in der GKV zu beachten. Gerade in Verbindung mit dem Fonds und dem RSA ist die Möglichkeit, Marktmacht einzusetzen, ein ganz wesentlicher Faktor für die Dynamik auf diesem Markt. Deshalb erscheint uns eine Begleitung des Marktgeschehens durch eine Kartellbehörde oder durch eine andere Einrichtung angemessen.

SV Gerhard Schulte: Zur Frage, ob Krankenkassen nach der Errichtung eines Spitzenverbandes Bund im traditionellen System noch

eine Bundesorganisation brauchen, kann man für den Fall, dass Sie sich nicht der mehrheitlichen Meinung der Experten anschließen, nämlich den Spitzenverband Bund fallen zu lassen, sagen, dass Krankenkassen, und zwar nicht nur die Betriebskrankenkassen, einen Bundesdienstleister brauchen. Wir haben mit hohem Aufwand und sehr effektiv eine gemeinsame EDV-Struktur aufgebaut. Diese würden wir ohne weiteres nicht dem Spitzenverband Bund zur Nutzung überlassen, weil das ein wettbewerbliches Instrument ist. Wir brauchen auch weiterhin die Entwicklung von vertragsrelevanten einheitlichen Grundlagen für Disease-Management-Programme, Integrationsversorgungsmodelle, hausarztzentrierte Versorgung und vieles andere mehr.

Man darf nicht übersehen, dass es auch zur Aufgabe der Bundesverbände gehört, ihre Mitglieder zu unterstützen. Das ist dann im Prinzip das Einzige, das übrig bleibt. Aber ich möchte diese Aufgabe nicht unterschätzen. Ich denke, dass ein Großteil der Mitarbeiter, die die Bundesverbände im Augenblick beschäftigen, gerade in diesen Bereichen und nicht an der Entwicklung gemeinsamer Grundlagen für die auch schon im Augenblick einheitlich und gemeinsam zu treffenden Entscheidungen arbeitet. Deswegen stellt sich für mich auch nicht so sehr die Frage, wer in der Gesellschaft bürgerlichen Rechts Gesellschafter ist. Da halte ich die Anregung des Kollegen durchaus für sinnvoll, jedenfalls bezogen auf unsere Struktur. Wichtig ist, dass wir weiterhin zentrale Dienstleister brauchen. Es stellt sich natürlich die Frage, ob das mit einem größeren finanziellen Aufwand für die Krankenkassen verbunden ist, wenn sie sowohl den Spitzenverband Bund als auch die traditionelle Infrastruktur werden finanzieren müssen.

Ich sehe in diesem Zusammenhang noch ein weiteres Problem. Leidgeprüft haben wir feststellen müssen, dass die Finanzbehörden davon ausgehen, dass Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zivilrechtlich Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind und deswegen steuerpflichtig werden können. Vor diesem Hintergrund sehe ich die Geier schon auf der Lauer. Es wäre tragisch, wenn die

vielfältigen Aufgaben, die dann Gesellschaften bürgerlichen Rechts in einem wettbewerblichen System wahrnehmen müssten, steuerpflichtig würden, insbesondere vor dem Hintergrund einer Mehrwertsteuer von 19 Prozent. Deswegen rege ich an, zu überlegen, ob es nicht sinnvoll ist, die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben durch Krankenkassen so wie beispielsweise die ärztliche Tätigkeit steuerfrei zu stellen, und zwar egal ob sie privat, öffentlich-rechtlich oder in welcher Gesellschaftsform auch immer ausgeübt wird. Dann bräuchten wir uns diese Sorge nicht mehr zu machen.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Die Frage betraf ja die Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es ist bereits in den vorherigen Runden deutlich geworden, dass wir eine solche Umgestaltung nicht für zielführend und nicht für notwendig halten. Wenn überhaupt, dann wäre eine Professionalisierung allenfalls bei den unparteiischen Mitgliedern sinnvoll, weil man so die Legitimation und Akzeptanz des Bundesausschusses erhalten würde.

Allerdings sehe ich in diesem Zusammenhang nicht die Notwendigkeit, die Zahl der Entscheider zu reduzieren. Sie gehen in Ihrer Frage ja davon aus, dass es bei den sechs Mitgliedern bleibt. Ich glaube, für Entscheidungsfindungen ist es nicht entscheidend, wie viele Leute, also ob drei oder neun Personen, auf jeder Seite sitzen. Es geht darum, dass hier die Organisationen vertreten sind. Für die Arbeit ist entscheidend, dass die Strukturen so gestaltet werden, dass wir schneller zu Entscheidungen kommen. Deshalb lautet unser Vorschlag, ein gemeinsames Entscheidungsgremium statt der derzeit unterschiedlichen Kammern vorzusehen und die Zahl der Unterausschüsse zu reduzieren und sektorübergreifend einzurichten. So könnte man die Arbeit sektorübergreifend gestalten; das würde sicherlich erheblich zur Qualität und Effizienz der Arbeit beitragen.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wenn man unter Beibehaltung der Legitimation der Gremien die Strukturen straffen will, dann muss man dafür sorgen, dass die unparteiischen Mitglieder hauptamtlich tätig sind. Wir würden das unterstützen, sehen allerdings die von Herrn Hess in seinen Ausführungen dargelegte Schlussfolgerung, dass wir in den Unterausschüssen ausschließlich mit den unparteiischen Hauptamtlichen arbeiten müssen, nicht als zwingend an.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Auch wir meinen, dass die Unparteiischen durchaus hauptamtlich tätig sein sollten. Wenn das Gremium die Aufgabe behält, die Herr Hess skizziert hat, nämlich einen Interessenausgleich herzustellen, dann kommt dem Vorsitzenden in den Sitzungen der Entscheidungsgremien die Rolle zu, einen solchen Interessenausgleich durch eine professionelle Moderation der Diskussion zu Wege zu bringen. Das ist in den letzten Jahren in vielen Sitzungen relativ gut gelungen und trägt auch zur Beschleunigung bei. Für Entscheidungsfindungen wird die meiste Zeit ohnehin nicht im Entscheidungsgremium verbracht, sondern in den Unterausschüssen. Das heißt, wenn man zur Beschleunigung beitragen will, dann muss man die Geschäftsstelle für die Zuarbeit zu den Unterausschüssen besser ausstatten. Aber es kann sicher der Entscheidungsfindung in den Entschlussgremien durchaus zuträglich sein, wenn die Leitung professionell wahrgenommen wird.

Bezüglich der Zahl der Vertreter gibt es eine kritische Untergrenze. Drei ist eindeutig zu wenig, um unsere Interessen zu repräsentieren. Mit fünf oder sechs könnte man sicher leben.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): An mich ist die Frage gerichtet worden, wie die Position der Patientenvertreter verbessert werden könnte. Ich wage die Behauptung, die Position der Patientenvertreter im Bundesausschuss ist hervorragend. Das

unterscheidet den Bundesausschuss vielleicht etwas von Gremien, die auf Landesebene bestehen. Wir haben im Bundesausschuss eine Kultur des gleichberechtigten Miteinanders entwickelt und handhaben diese auch. Das heißt, die Patientenvertreter haben dieselben Rechte wie alle anderen Mitglieder; sie haben nur kein Stimmrecht.

Die Zuerkennung eines Stimmrechtes sollte man den Patientenvertretern nicht antun, weil sie damit in eine Verantwortung hineingezogen würden, die jedenfalls in der Außendarstellung sehr schwer zu tragen wäre. Ich bewundere Herrn Etgeton dafür, dass er zum Beispiel die Analoginsulinentscheidung nach außen mitgetragen hat. Ich weiß aber nicht, ob es für die Patientenvertreter wirklich gut wäre, wenn sie jede Entscheidung nach außen vertreten müssten. Ich glaube, die Unabhängigkeit ohne Stimmrecht ist ein Faustpfand, das man nicht so schnell aufgeben sollte.

Ich persönlich bin der Meinung, dass auf die Patientenvertretung mehr Rücksicht genommen wird, wenn sie kein Stimmrecht hat. So fragen wir zurzeit vor jeder Abstimmung expressis verbis die Patientenvertreter in beiden Gremien immer nach ihrer Position; erst dann wird abgestimmt. Dabei hat man immer im Hinterkopf, wie die Auffassung der Patientenvertretung am besten berücksichtigt werden kann. Wenn sie selber ein Stimmrecht hätte, dann würde vielleicht nicht so stark auf Patienteninteressen eingegangen werden, weil man denkt, sie könne ihre Rechte durch Abstimmung wahrnehmen. Dann dürfte es auch eher zu Überstimmungen kommen, als das jetzt der Fall ist; bislang sind wir nämlich nur bei wenigen Entscheidungen wirklich in eine Konfliktsituation geraten.

Wir werden nun - dafür brauchen wir kein Gesetz - die Geschäftsstelle weiter aufrüsten. Sie haben es in der Begründung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ja auch noch einmal ausdrücklich hervorgehoben. In der Stabstelle, Herr Danner, haben wir schon einen Mitarbeiter eingestellt; hier kann man weiter ausbauen. Das ist eine Entscheidung, die wir nach Bedarf treffen müssen. Wir

führen spezifische Fortbildungsveranstaltungen für Patientenvertreter durch. Auch das kann man ausbauen. In der Organisation könnte man also, wenn alle Beteiligten mitziehen, auch ohne Gesetzesänderungen vieles tun.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Verbandsstruktur der Krankenkassen auf Bundesebene vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherungsreform auf die Pflegeversicherung zu übertragen?

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Es ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll, sie zu verändern. Insofern beantwortet das die Frage.

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): Dem schließe ich mich grundsätzlich an, möchte aber zugleich versuchen, die Frage unmittelbar zu beantworten: Perspektivisch kann ich mir leider nicht vorstellen, dass für die Pflegeversicherung andere Verbändefunktionen als für die gesetzlichen Krankenversicherungen verbleiben. Ich gehe davon aus, dass die Pflegeversicherungsreform absehbar ist und möglicherweise bis Ende 2008 kommt. Bis dahin gibt es ja die Bundesverbände noch. Noch vorher etwas zu ändern, dazu sehe ich keinen sachlichen Grund.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird in Organisation, Aufgaben und Finanzierung dem Wettbewerb unterworfen. Es werden neue Formen der Nutzerfinanzierung und die Wahl verschiedener medizinischer Dienste ermöglicht.

Meine erste Frage geht an die Vertreter von DKG, VdAK und vom Medizinischen Dienst: Der Gesetzentwurf sieht die Entrichtung einer Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro vor, wenn die Stichprobenprüfung einer

Krankenhausabrechnung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Wie bewerten Sie diese Regelung vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Vergütungssystems im Krankenhaus?

Die zweite Frage geht an den Medizinischen Dienst und an Herrn Schulte. Beanspruchen Kassen künftig Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste, die auf § 275 Abs. 4 gestützt sind und die Beratung der Versicherten oder allgemeinmedizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung betreffen, müssen sie dies durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte vergüten. Die ansonsten zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes von den Kassen aufgebracht Umlagemittel sollen hierfür nicht eingesetzt werden. Halten Sie diese Regelung für sinnvoll?

SV **Dr. Rudolf Kösters** (Deutsche Krankenhausesellschaft e.V.): Insgesamt halten wir die Regelungen, die im Gesetzentwurf stehen, für Schritte in die richtige Richtung. Auch die Pauschale, die zu zahlen ist, wenn die Nachprüfungen zu keinem Ergebnis führen, das zu einem Abzug führt, halten wir für adäquat. Die könnte nach unserer Einschätzung eher noch höher sein, sodass dann genauer überlegt wird, wo man Einspruch erheben will und wo nicht. Wir würden uns darüber hinaus wünschen, dass vorher ein präziser Prüfungsgrund angegeben werden muss und nicht wie jetzt flächendeckend zur Prüfung geschritten werden kann.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Es wird Sie nicht überraschen, dass wir diese Regelung ablehnen. Wir halten diese Prüfungen nach wie vor für notwendig. Zudem sind die Regelungen so konstruiert, dass überhaupt nicht klar ist, was es bedeutet, wenn ein MDK-Gutachten erfolglos war. Da wäre noch zu präzisieren, ob das auch bei falscher Kodierung oder bei anderen Dingen gilt. Heute werden solche Fragen häufig im bilateralen Verfahren geklärt und dann Rechnungs-korrekturen vorgenommen. Wir befürchten,

dass Krankenhäuser zukünftig dieses nicht mehr freiwillig machen und es daher zu noch mehr Überprüfungen kommen wird. Wenn man schließlich eine solche Strafe in Höhe von 100 Euro einführt, dann müsste es diese natürlich im umgekehrten Fall genauso geben und der Rechnungsbetrag, wenn es zur Entdeckung eines Fehlers kommt, um weitere 100 Euro gekürzt werden.

Ein weiterer problematischer Punkt ist die Sechswochenfrist, weil so Tatbestände wie nachträgliche Änderungen durch das Krankenhaus oder Sozialgerichtsurteile, die nach der Frist bekannt werden, keine Prüfung durch den MDK mehr erlauben. Das wäre eine einseitige Benachteiligung der Krankenkassen.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Zur Frage der Abrechnungsprüfungen: Es wird ja immer der Eindruck erweckt, dass zu viel geprüft wird. Dass die Krankenhäuser das nicht lieben, kann ich verstehen; aber die Prüfquote liegt deutlich unter 10 Prozent und im Ergebnis - das muss man sich vor Augen führen - werden bei 40 Prozent der Krankenhausabrechnungsprüfungen Fehlkodierungen festgestellt: 80 Prozent zugunsten der Krankenkassen, 20 Prozent zugunsten der Krankenhäuser. Man muss sich sehr gut überlegen, ob man das zurückfährt. Das hätte natürlich auch Effekte, die nicht so positiv sind. Ob man wirklich für eine Prüfung eine Eintrittsgebühr einführt, muss die Politik entscheiden.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die Zeit ist abgelaufen. Ich muss zur Fraktion der SPD wechseln.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Herr Dr. Ahrens, Sie haben in der ersten Runde berichtet, dass der gemeinsame Spitzenverband 70 Prozent des Vertragsgeschehens abbilden würde. Mich würde interessieren, wie Sie zu dieser Einschätzung vor dem Hintergrund der Regelungen in den §§ 73 b und c und 140 a kommen.

Dann würde mich interessieren, wie BKK, VdAK und Professor Busse die Einschätzung von Herrn Dr. Ahrens beurteilen und ob sie sie bestätigen können.

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Herr Abgeordneter, das ist eine Rechnung, die wir nicht nur im System des AOK-Bundesverbandes, sondern natürlich auch in den AOKs, die davon betroffen sind, aufgemacht haben. Diese haben wir mit den Ergebnissen anderer Verbände abgeglichen. Wir müssen natürlich davon ausgehen, dass neben diesem Bereich ein riesiger Servicebereich verbleiben wird. Aber aufgrund der Definition des Leistungsgeschehens und der geringen Möglichkeiten, davon abzuweichen, müssen wir davon ausgehen, dass 70 Prozent durch den Spitzenverband festgelegt werden und nur 30 Prozent der Disposition der einzelnen Kassen überlassen bleibt.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Ich stimme dem zu. Wir reden hier vom Volumen des Vertragsgeschäfts der Kassen und nicht von Haushalten der Verbände oder anderen Dingen. Ich habe nicht gerechnet, würde gefühlt aber noch 5 bis 10 Prozent drauflegen.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Ich kann das unterstreichen. Es ist ja vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund die Vergütungssysteme im stationären und ambulanten Bereich gestaltet, dass er Vorgaben für die Vergütungsvereinbarungen im ambulanten Bereich auf Landesebene macht und die Festbeträge festsetzt. Wenn Sie diese Sektoren zusammenfassen, dann kommen Sie ganz schnell auf mindestens zwei Drittel, vielleicht sogar 70 Prozent oder mehr. Das liegt eben daran, dass man im Grunde genommen alle Bereiche unter die Kategorien fassen kann, die zukünftig von diesem Spitzenverband bearbeitet werden. Ich habe einmal durchgerechnet: Es sind 118 Einzelregelungen, die zukünftig der Spitzenverband Bund übernehmen wird,

also ein umfangreiches Paket sowohl bezüglich der Regelungen als auch des Finanzvolumens.

SV Prof. Dr. Reinhard Busse: Die Frage ist, was die 100 Prozent ausmacht, von denen wir hier ausgehen. Ist es das Finanzvolumen oder die daran hängende Arbeit in den jetzigen Spitzenverbänden?

Das Arbeitsvolumen wird sich von Verband zu Verband etwas unterscheiden und hängt von der Struktur ab - ich erinnere an das, was Herr Schulte vorhin gesagt hat -: Wenn ein Verband sehr viele kleine Kassen hat, denen er unter die Arme greift, dann bleibt da sicherlich mehr an Arbeitsvolumen zurück als bei einem Verband, der aus sehr vielen großen Kassen besteht; hier geht zwar praktisch auch vieles zum Dachverband, aber der Rest kann von den Einzelkassen wahrgenommen werden. Es ist sehr schwierig zu sagen, wie die beteiligten Personen ihre tagtägliche Arbeit aufteilen werden.

Was den Anteil des Geldvolumens angeht, stimmt, wie ich glaube, die Aussage.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage geht an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen - das wurde vorhin etwas knapp beantwortet -: In § 281 werden die Finanzierungsregeln und in § 282 die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen neu gefasst. Wie schätzen Sie diese Regelungen ein?

Meine zweite Frage zum Insolvenzrecht richte ich an das Bundesversicherungsamt. Es wurde ja von verschiedener Seite gesagt, dass eine Gefahr für die Leistungserbringer und für die Versicherten bei Übertragung des Insolvenzrechts auf die Krankenkassen besteht, es sei denn, es würde ein Rücklagefonds oder Risikofonds gegründet. Welche Größenordnung müsste ein solcher Fonds haben und in welchem Maße wäre das beitragsatzrelevant?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Die Finanzierungsregelung schafft eine saubere Abrechnungsgrundlage für die Einzelfallbegutachtung: Mit dem Wohnortbezug der Versicherten haben wir jetzt eine klare Regelung. Für alle Einzelfallbegutachtungsaufgaben wird also die Finanzierungsgrundlage des MDK gestärkt. Das begrüßen wir.

Neu ist, dass für die Aufgaben, die zur allgemeinen Beratung gehören, die also über den Einzelfall hinausgehen, im Gesetz die Nutzerfinanzierung vorgesehen wird. Mit diesem Ergebnis - deshalb ist der Ansatz nicht falsch - tun wir uns ein bisschen schwer. Klar ist, dass Aufträge, die im Wettbewerb von einzelnen Krankenkassen gegeben werden, vom Nutzer zu finanzieren sind. Die Kosten hierfür können, da sie einzelnen Kassen oder einzelnen Verbänden nutzen, natürlich nicht der Gemeinschaft aufgebürdet werden.

Wir haben aber auch in der allgemeinen Beratung nach § 275 Abs. 4 Aufgaben, die im Interesse und im Auftrag aller Krankenkassen erledigt werden, zum Beispiel die Bewertung eines Krankenhausplanes auf Landesebene, für den alle Krankenkassen im Land den Auftrag an den MDK erteilen. Da halten wir es für besser, dies gemeinschaftlich zu finanzieren. Auf der Bundesebene unterstützen wir schließlich im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Gutachter des MDS, der MDKs und aus unseren gemeinsamen Kompetenzeinheiten zum Beispiel in den Unterarbeitsgruppen mitwirken. Auch hierfür halten wir eine Gemeinschaftsfinanzierung für notwendig. Von daher wäre unsere Bitte, diesen Absatz zu präzisieren und zwischen den wettbewerbsorientierten Aufträgen - da ist der Ansatz Nutzerfinanzierung richtig - und den gemeinsamen und einheitlichen Aufgaben - da sollte eine Gemeinschaftsfinanzierung vorgesehen werden - zu differenzieren.

SVe Sylvia Bohlen-Schöning (Bundesversicherungsamt): Die Insolvenzfähigkeit ist für bundesunmittelbare Kassen nichts Neues. Das

war bis jetzt bloß nicht relevant, weil es die Haftung der Landesverbände respektive der Bundesverbände gab. Schon immer hätte, jedenfalls theoretisch, ein Leistungserbringer einen Insolvenzantrag stellen können. Das hat bloß niemand gemacht. In der letzten Version des Entwurfes ist bezüglich der Versichertenansprüche die Vorschrift vorgesehen, dass die Landesverbände nach wie vor für entsprechende Leistungserbringer haften, sodass der größte Teil der Ansprüche gesichert ist und auch zukünftig der Haftung unterliegen wird.

Die Frage ist nur, ob es tatsächlich so sein muss, dass eine Kasse Insolvenz anmelden muss, wenn sie in Verbindung mit dem festen Beitragssatz, dem Zusatzbeitrag und der 1-Prozent-Regelung nicht mehr in der Lage ist, das Beitragsaufkommen zu generieren, das sie braucht, um die voraussichtlichen Ausgaben zu decken. Früher konnte die Kasse ja den Beitragssatz immer weiter aufstocken. Das kann sie zukünftig aufgrund der 1-Prozent-Regelung nicht mehr. Deswegen ist es jedenfalls theoretisch denkbar, dass eine Kasse relativ schnell an den Punkt kommt, wo sie sagen muss, dass sie nicht mehr solvent ist. Die Regelungen des Aufsichtsrechts im SGB stimmen nun aber nicht mit den Insolvenzvorschriften überein. In diesem Punkt ist der § 155 noch nicht konsistent, weil einerseits im fünften Abschnitt gesagt wird, die Regelungen der Insolvenzordnung gelten entsprechend, und andererseits vorgesehen ist, dass die Insolvenz zum Beispiel mangels Masse abgelehnt werden kann. An dieser Stelle muss meiner Meinung nach noch einmal darüber nachgedacht werden, wie das rein praktisch vor sich gehen soll.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich hatte eigentlich nach etwas anderem gefragt. Von Herrn Etgeton wurde vorhin explizit ins Gespräch gebracht, dass sich, wenn eine Krankenkasse insolvent ist, Nachfolgeinsolvenzen ergeben und zum Beispiel auch Versicherte Ansprüche erheben könnten. So könnten bei der Kostenerstattung oder beim Krankengeld Ausfälle entstehen, es sei denn, es gäbe eine

Art Rücklagefonds. Meine Frage war, wie groß die Rücklage in einem solchen Fonds sein muss und in welchem Maße die Bildung einer Rücklage beitragsatzrelevant werden kann.

SVe **Sylvia Bohlen-Schöning** (Bundesversicherungsamt): Ich sagte eben, die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer werden nach wie vor von der gemeinsamen Haftung der Landesverbände umfasst. Inwiefern dann tatsächlich eine Kaskade in Gang kommt, sodass der Landesverband nicht mehr haftet, und wie groß dann der Fonds für solche Ansprüche sein muss, kann ich Ihnen nicht sagen. Wenn die vorgeschaltete Haftung ausfällt und der Dominoeffekt erst einmal eingetreten ist, müsste er gigantisch sein.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich bitte Herrn Ahrens, dazu ebenfalls etwas zu sagen.

SV **Dr. Hans Jürgen Ahrens** (AOK-Bundesverband): Wir haben uns natürlich damit beschäftigt, weil es nicht ganz ausgeschlossen werden kann, dass man diesem Gedanken näher treten muss. Das wäre aber so, als wollten Sie ein brennendes Haus gegen Brand versichern. Das ist nicht zu bezahlen.

Abg. **Jella Teuchner** (SPD): In meiner Frage, die ich gerne von Herrn Ahrens und dem Vertreter von Verdi, also der Arbeitnehmergewerkschaft, die die Proteste organisiert hat, beantwortet hätte, geht es ebenfalls um die Insolvenzfähigkeit der Kassen. Wenn der § 171 b im SGB V neu eingeführt werden soll, dann stellt sich für mich die Frage - ich wüsste gerne, ob Sie es genauso sehen -, ob es verfassungsrechtlich überhaupt möglich ist, dass eine Kasse insolvent wird. Zukünftig kann sie ja weder auf die Beitragsgestaltung Einfluss nehmen, noch hat sie - wie ein Unternehmer in der freien Wirtschaft - Möglichkeiten, bei den Leistungen auszuwählen, weil sie ja per Gesetz verpflichtet ist, Leistungen in einer bestimmten Form zu erbringen

und der Spielraum der so genannten Kann- und Ermessensleistungen sehr klein ist. Von daher bin ich der Meinung, dass es eigentlich verfassungswidrig und schon per se nicht möglich ist, in die Insolvenz zu gelangen.

Wie wollen Sie sich schließlich rechtlich absichern, wenn jemand Klage auf Insolvenzverschleppung erheben würde, was es ja auch noch geben soll?

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal haben wir ein Gutachten anfertigen lassen, wonach das tatsächlich verfassungswidrig ist. Aber es nutzt uns nichts. Wenn das Gesetz kommt und wir dagegen klagen, dann sind wir pleite, bevor wir den Rechtsstreit gewonnen haben. Insofern können wir uns darauf nur verlassen, wenn diese Einschätzung auch von der Bundesregierung oder der Mehrheit des Parlaments geteilt wird. Natürlich ist das für uns in der Argumentation bedeutungsvoll; aber es hilft uns nicht bei der Durchsetzung unserer Auffassung, dass dies ein falscher Weg ist, den man nicht gehen darf.

Außerdem haben wir uns ein Gutachten darüber erstellen lassen, was es für die Kollegen bedeutet, wenn wir insolvenzfähig werden. Wenn diese dann verpflichtet wären, auf die Insolvenz zu reagieren, dann müssten viele einen schwierigen Pfad beschreiten. Ich gehe aber davon aus, dass das nicht eintritt und wir uns damit nicht beschäftigen müssen.

SV Jochen Berking (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.): Wenn Kassen insolvenzfähig werden, resultieren daraus auch nach unserer Ansicht für die Versicherten und die Leistungsanbieter - das wurde hier schon mehrfach angemerkt - erhebliche Probleme. Zugleich entstehen aber auch für die Beschäftigten nicht mehr abzusichernde Risiken, angefangen von der Altersversorgung bis hin zur Missachtung des öffentlichen Dienstrechts. Eigentlich hat der Staat ja für Beschäftigte in Körperschaften des öffentlichen Rechts eine besondere Verpflichtung. Wir

befürchten, dass sich der Staat auf und davon macht, anstatt entsprechende Schutzbestimmungen zu erlassen. Das gilt insbesondere bezüglich der Neuregelungen für die Spitzenverbände und bezüglich des Dienstordnungsrechts für bestimmte Beschäftigtengruppen. So, wie es hier angelegt ist, ist es völlig unzureichend abgesichert.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage betrifft den Rechtskreis der See-Krankenkasse und richtet sich dementsprechend auch an dieselbe. Wie beurteilen Sie den Umstand, dass die Versicherungspflicht für Seeleute bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zukünftig entfallen soll? Wie viele Seeleute wären davon betroffen? Sind Sie der Ansicht, dass die Zuständigkeitszuweisung für Seeleute zur See-Krankenkasse auf Dauer erhalten werden soll? Wie beurteilen Sie die geplante Regelung in Bezug auf das konkrete Datum 1. April 2007?

SV Nicolai Woelki (See-Krankenkasse): Die Auswirkungen dieses Gesetzes auf die See-Krankenkasse sind vielfältig.

Zunächst zum Entfallen der Versicherungspflicht für Seeleute bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Die globale und erfolgreiche Seeschifffahrt weist für die soziale Sicherung der Seeleute einschließlich der Krankenversicherung besondere Ausprägungen und Rahmenbedingungen auf. Insbesondere werden Schiffe unter deutscher und fremder Flagge eingesetzt. Dadurch sind internationale Besatzungen auf deutschflaggen Schiffen die Regel. Aus dieser Internationalität ergeben sich besondere Anforderungen, denen das internationale wie auch das deutsche Arbeits- und Sozialrecht Rechnung trägt. Das im Februar verabschiedete Seearbeitsübereinkommen der IAO verpflichtet alle Staaten zu einem umfassenden sozialen Sicherungsschutz der Seeleute, der stark dem Gedanken der Solidargemeinschaft folgt. Die gesetzlich verankerte enge Verbindung von Unfall- und Krankenversicherung, wie sie die

See-Sozialversicherung einzigartig repräsentiert, entspricht dieser Zielsetzung.

Der Krankenversicherungsschutz für Seeleute folgt besonderen Strukturen. Dieser Schutz ist zweigeteilt. Zum einen regelt das Seemannsgesetz die Fürsorgepflicht des Reeders bei einem Seemann im Ausland, während die Risiken im Inland von der See-Krankenversicherung gedeckt werden. Auf diese Besonderheiten ist das Leistungsangebot gerade der See-Krankenkasse zugeschnitten. Diese bewährten Strukturen können nur dann aufrechterhalten werden, wenn alle Seeleute weiterhin in der bisherigen Weise verpflichtet sind, versichert zu sein.

Die konkrete Situation stellt sich wie folgt dar: Von den zurzeit 10 200 pflichtversicherten Seeleuten könnten 5 700 aufgrund ihres Entgelts über der Versicherungspflichtgrenze ab 1. April 2007 in die private Krankenversicherung wechseln. Was bedeutet es, wenn der Zuständigkeitswechsel am 1. April nächsten Jahres so kommt? - Durch den Wegfall dieser alleinigen Zuständigkeit ist die komplexe Durchführung der Sozialversicherung der Seeleute gefährdet. Heute laufen die Meldungen und die Beiträge zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie der Unfallversicherung und Seemannskasse bei der See-Sozialversicherung zentral auf. Das Melde- und Beitragsverfahren der See-Krankenkasse ist speziell auf die Bedürfnisse der Seeleute und der Reedereien zugeschnitten und hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Durch das Gesetz würde dieses Verfahren zerschlagen und müsste völlig neu organisiert werden. Davon wären nicht nur die See-Krankenkasse, sondern auch 3 600 Reeder bzw. Schifffahrtsunternehmen, alle gesetzlichen Krankenkassen, 200 Ersteller von Entgeltabrechnungsprogrammen und die Deutsche Rentenversicherung betroffen. Insbesondere die Seemannskasse bekäme es mit fehlerhaften Rentenversicherungskonten zu tun, was zu einem Leistungsstillstand in der Seemannskasse führen würde.

Warum soll die Zuständigkeitszuweisung für Seeleute auf Dauer erhalten bleiben? - Wir

haben mit der See-Sozialversicherung ein einmaliges Verbundsystem in Deutschland. Die See-Krankenkasse bildet zusammen mit der See-Berufsgenossenschaft und der Seemannskasse dieses Verbundsystem und hat zusätzlich staatliche Schiffs sicherheitsaufgaben übertragen bekommen. Außerdem prüfen wir die Seediensttauglichkeit. Die dadurch erzeugten Synergien erfüllen bereits jetzt die Zielsetzung der Eckpunkte, bürokratischen Aufwand zu vermeiden und alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen. Die Besonderheiten der seemännischen Krankenversicherung bilden, gemessen an dem relativ kleinen Kreis der hier betroffenen Personen - etwa 10 000 pflichtversicherte Seeleute -, keinen wesentlichen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen gesetzlichen Krankenkassen. Es liegt im vitalen Interesse der Seeleute und Reeder, diese Besonderheiten zu erhalten.

Die See-Krankenkasse soll nach den Eckpunkten einer geöffneten Betriebskrankenkasse gleichgestellt werden. Ich beziehe mich hier auf die Aussage von Herrn Schulte, der die Öffnungsoption in den Vordergrund gestellt und auf die noch geschlossenen Betriebskrankenkassen Bezug genommen hat. Im Vordergrund sollte auch bei der See-Krankenkasse die freiwillige Entscheidung der Selbstverwaltung stehen, sich zu öffnen. Da wäre eine Öffnungsoption sinnvoll.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte den Vertreter des MDK noch einmal nach den neuen Finanzierungsregeln fragen. Bei der letzten Frage dazu ist insbesondere auf den § 275 eingegangen worden. Ich habe aber eine Frage, die heute Morgen nur schätzungsweise beantwortet werden konnte, nämlich wie hoch der finanzielle Umfang für die Gutachten ist, die aus der GKV heraus finanziert werden, und wie viele Begutachtungen Sie für die GKV machen. Vielleicht können Sie uns auch sagen, wie viele Sie für den Pflegeversicherungsbereich machen, sodass man einordnen kann, wie heute die Verteilung zwischen dem aufwandsorientierten Nutzerentgelt - auch das gibt es heute schon - und dem umlagefinanzierten Anteil ist.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Die Zahl ist ja heute Morgen von Herrn Voß genannt worden. Etwa 500 Millionen Euro betragen die Gesamtaufwendungen des Medizinischen Dienstes, die etwa zur Hälfte, nämlich 260 Millionen Euro, durch die Krankenversicherung und zur anderen Hälfte durch die Pflegeversicherung getragen werden. Dafür erstellen wir rund 1,2 Millionen Gutachten für die gesetzlichen Krankenversicherungen und nehmen rund 5 Millionen Fallberatungen vor, bei denen Einzelfragen mit den Kassen besprochen werden. Für die Pflegeversicherungen führen wir ungefähr 1,4 Millionen Begutachtungen in Heimen durch.

Wenn man die Finanzierungsvorschriften, wie sie jetzt im Gesetz angelegt sind, sieht - Umlagefinanzierung und Nutzerfinanzierung gelten ja nur für die gesetzliche Krankenversicherung -, kann man sagen, es werden mehr als 90 Prozent umlagefinanziert und 10 Prozent nutzerfinanziert sein, wobei wir,

wie ich eben ausgeführt habe, dafür plädieren, die gemeinsamen und einheitlichen Aufgaben nach wie vor gemeinschaftlich zu finanzieren. Dann dürfte ein Anteil von 5 Prozent aller Aufträge der Krankenversicherungen, die ja immerhin 50 Prozent der Gesamtfinanzen aufbringen, übrig bleiben, der nutzerfinanziert wird, weil es sich um wettbewerbsorientierte Aufträge handelt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, alle Fragen sind beantwortet. Damit beenden wir den heutigen Beratungstag.

Ich bedanke mich im Namen der Ausschussmitglieder, dass Sie uns mit Rat und Tat zur Verfügung standen. Wir haben noch 19 Stunden Anhörung vor uns. Viele werden sich wieder sehen. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend. Kommen Sie gut nach Hause!

(Sitzungsende: 18.02 Uhr)