

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
33. Sitzung

Berlin, den 13.11.2006, 09:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil IV Medizinische Versorgung, Block A : Ärzte und Zahnärzte) 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.)	7,13,17,20,22,23,24,25,35,36,39,42,43,45,48,52,56	SV Dr. Jürgen Bausch	8,28
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	8,28	SV Prof. Dr. Günter Neubauer	10,26,27,40,48
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	13,32,52	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	11,13,14,15,17,22,23,26,29,30,32,38,41,50,51,52,53,55
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14,15,38,53	SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	12,13,14,15,17,24,35,36,37,53
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	15,54	SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband)	16,21,25,38,47,50,51,52,53,55
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	17,39	SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)	16
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	17,42	SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzterverband e.V.)	16,38
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	18	SV Dr. Maximilian Zollner (NAV-Virchow-Bund - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.)	18
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	20,21,22,43,44,45	SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.)	18,26
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22,23,24,25,45,46,47,48	SV Dr. Ulrich Oesingmann	18
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	25,29,33,51	SV Dr. Karl-Heinz Sundmacher (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.)	19
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	27,52	SV Prof. Dr. Axel Azzola	20
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	29,30,55	SVe Claudia Korf (BKK Bundesverband)	20
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	30	SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	22,42
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	33,50	SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer)	23,37,42,48,49
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	34	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	24
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	35,36	SV Thomas Ballast (VdAK/AEV)	27,29,30,32,44,54,56
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	36,37	SV Rainer Kötze (Deutscher Hausärzterverband e.V.)	28,41
Abg. Peter Friedrich (SPD)	37	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.)	30,33,34,45,47,54
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	48	SVe Gabriele Simon (Deutscher Pflegerat – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen)	30,37,55

		SV Dr. Thomas -F. Gardain (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.)	30,32,44,53
		SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.)	31,43
		SV Prof. Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e.V.)	31,38,45
		SV Heinz-Günter Wolf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	33
		SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	34
		SV René Krouský (Bundeszahnärztekammer)	36
		SVe Ursula Faubel (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.)	36
		SV Dr. Ulrich Piltz (Deutscher Hausärzterverband e.V.)	39
		SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V.)	41
		SV Hermann Schürmann (Bundespsychotherapeutenkammer)	42
		SV Bernhard Winter (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte)	43
		SV Helmut Hildebrandt	44,45,47
		SVe Elfi Schmidt-Garreht (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	50
		SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband)	56

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: 9.02 Uhr)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Verehrte Gäste! Hiermit eröffne ich die 33. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit.

Einziges Tagesordnungspunkt ist:

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen 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 16/310

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

Ich möchte vorab einige Hinweise geben. Wir behandeln heute innerhalb der 26-stündigen Anhörung einen großen Block von neun Stunden. Die Sitzanordnung ist etwas aufgelockert. Das hat folgenden Hintergrund: Einige Sachverständige sind den ganzen Tag mit uns zusammen. Damit Sie, wenn Sie es sich häuslich gemacht haben, nachher nicht wieder umziehen müssen, haben wir für den ganzen Tag feste Plätze für Sie organisiert. Dort, wo jetzt niemand sitzt, wird in der nächsten Runde jemand dazukommen. Einige werden gehen. Diejenigen, die den ganzen Tag hier sind, haben den Vorzug eines angestammten Platzes.

Wir behandeln heute Teil A „Ärztliche und zahnärztliche Versorgung“, Teil B „Krankenhausversorgung“ und Teil C „Weitere Versorgung“. In Teil C geht es insbesondere um Arznei-, Hilfs- und Heilmittel.

Der Gesetzentwurf wurde am 27. Oktober 2006 in den Ausschuss eingebracht und der Beschluss zur Anhörung wurde gefasst.

Ich möchte hiermit unsere Gäste offiziell herzlich begrüßen. Ich begrüße auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, allen voran Staatssekretär Schwanitz und Herrn Dr. Schröder. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter des Bundesrates und die Medienvertreter.

Es ist mir ein besonderes Bedürfnis, dem Stenografischen Dienst dafür Dank zu sagen, dass er dem Ausschussekretariat mit der stenografischen Protokollierung hilfreich unter die Arme greift. Damit verbinde ich die Bitte an die Sachverständigen, die Mikrofone zu benutzen. Ich gebe mir zwar Mühe, alle mit dem Namen anzusprechen; sollte ich es aber einmal nicht getan haben, dann bitte ich, Namen und Verband zu nennen, damit das Protokoll exakt ist.

Damit kommen wir zu den Fragerunden. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Unsere erste Frage beschäftigt sich mit dem Vergütungssystem in der ärztlichen Versorgung. Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Bausch. Die gegenwärtige Situation ist dadurch geprägt, dass die Krankenkassen den kassenärztlichen Vereinigungen ein Honorarbudget zahlen, das sich aus einer Kopfpauschale und der Zahl der Versicherten der jeweiligen Kasse zusammensetzt. Dafür müssen alle medizinisch notwendigen Leistungen von den Ärzten in der ambulanten Versorgung erbracht werden. Herr Dr. Bausch, wie wirkt sich die bisherige Budgetierung der ärztlichen Honorare in der Praxis aus?

Wir haben bereits im GKV-Modernisierungsgesetz Regelungen zur Ablösung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen durch morbiditätsorientierte Leistungsvolumina vorgesehen. Sie konnten zum 1. Januar 2007 nicht in Kraft treten, da der Bewertungsausschuss die von ihm bis Mitte des Jahres 2005 zu vereinbarenden zentralen Grundsatzbeschlüsse nicht getroffen hat. Die Koalition strebt mit diesem Gesetz den Einstieg in eine verlässliche Honorierung der Ärzteschaft an. Sie will eine Gebührenordnung mit festen Preisen und einer Mengensteuerung, ein Ende der bisherigen Budgetierung und die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen erreichen. Herr Dr. Bausch, wie beurteilen Sie dieses neue vertragsärztliche Vergütungssystem von seiner Mechanik her? Ist es so angelegt, dass die Ziele erreicht werden können?

Diese zweite Frage richte ich ebenfalls an einen Einzelsachverständigen, nämlich an Herrn Professor Neubauer, an die KBV und an einen Vertreter der Spitzenverbände.

SV Dr. Jürgen Bausch: Als ehemaliger langjähriger KV-Vorsitzender einer Landes-KV ist mir die Rolle zugefallen, zu berichten, wie sich das bisherige System ausgewirkt hat. Das sind Dinge, die an sich sehr bekannt sind. Die bisherige Budgetierung hat sich bei den Vertragsärzten so ausgewirkt, wie sich letztendlich auch die Regelungen im öffentlichen Dienst gegenüber den Krankenhausärzten ausgewirkt haben: Sie hat zu einer erheblichen Reduktion

des Honorarvolumens der Vergütung der Ärzte geführt.

Wir alle sind Zeugen eines massiven Arbeitskampfes der Krankenhausärzte gewesen, die sich gegen die Abschmelzung ihrer Vergütungen in erheblichem Umfang zur Wehr gesetzt haben. Die kräftige Solidarität der Krankenhausärzte ist nicht ohne Folgen geblieben, auch für das Bewusstsein der niedergelassenen Ärzte.

Von der Situation her ist die Vergütung der ambulant tätigen Kassenärzte durch die Budgetierung in den letzten drei Jahren inflationsbereinigt um 13 Prozent zurückgegangen. Hinzu kommt, dass durch das jetzige Honorarsystem - ein Punktesystem - 30 Prozent der Leistungen entweder nicht oder nicht kostendeckend vergütet werden. Damit ist das in unserem Wirtschaftsleben an sich übliche Prinzip, nämlich dass Geld der Leistung folgt, im ambulanten Sektor nicht mehr vorhanden und führt zu erheblicher Unzufriedenheit.

Der reale Finanzbedarf der Vertragsärzte auf der Basis abgerechneter Leistungen zu einem kostendeckenden Punktwert von 5,11 Cent wird eine milliarden schwere Zusatzbelastung der GKV nach sich ziehen. Wer dieses System und seine Einnahmeschwäche kennt, weiß, dass das so nicht realisierbar ist. Deswegen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Ministerium in umfangreichen Stellungnahmen und Beschlüssen vorgeschlagen, ein System von fallbezogenen Pauschalen einzurichten, um den Ärzten die Leistungskonzentration auf das medizinisch zwingend Erforderliche zu einem festen Honorar zu ermöglichen und die überschießende Leistungsmenge entsprechend abzustaffeln, wenn das Geld nicht ausreicht. Wenn man den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgt, hat das zur Folge, dass man letztendlich doch zu einem Vergütungssystem kommt und dass die Geldmenge der Leistungsmenge angepasst wird.

Das jetzige System mit einem Budget, mit einem erweiterten Bewertungsmaßstab, mit einer Punktwertvergütung und mit Honorarverteilungsmaßstäben, die in allen KV-Bereichen unterschiedlich strukturiert sind, kann man den Kassenärzten kaum noch erklären und Außenstehenden, die keine Kassenärzte sind, überhaupt nicht klar machen.

Jetzt komme ich zum zweiten Teil der Frage von Frau Widmann-Mauz: Wie wird sich das, was im Gesetzentwurf steht, auswirken? Der Vorschlag im Gesetzentwurf führt zu einem insgesamt noch unübersichtlicheren und bürokratischeren System, ohne das Problem, welches jetzt zu lösen wäre, auch nur annähernd lösen zu können. Wir bekommen einen Preisverfall bei den Leistungen im Jahr 2009. Es kommt zu einer Fortsetzung der Budgetierung, bei der die festen Preise zu einem Etikettenschwindel mutieren. Außerdem kommt es zu Honorarverschiebungen in unterversorgten Bereichen. Das Problem dort ist nicht das ärztliche Honorar vor Ort, sondern vor allem der Strukturangel in der Region, wo es eine ärztliche Unterversorgung gibt und wo auch alle anderen Bereiche bis hin zur Schule unterversorgt sind.

Die Vertragsärzte wünschen sich seit langem dringend eine Honorierung ihrer Leistungen nach Heller und Pfennig, also eine Honorierung in konkreten Beträgen. Sie brauchen dies als Kalkulationsgrundlage für ihre unternehmerischen Entscheidungen im Betrieb. Derzeit ist es so, dass jeder Arzt am Ende eines Quartals, wenn er der kassenärztlichen Vereinigung seine Abrechnung schickt, hinsichtlich der Honorarmenge, die er in einem Quartal tatsächlich erwirtschaftet hat, im Nebel stochert. Er bekommt diese Information frühestens ein halbes Jahr später. Das heißt, eine vernünftige Planung in einem kleinen mittelständischen Betrieb, wie es eine Arztpraxis nun einmal ist, ist bei dieser Form von Honorierung nicht möglich.

Das, was jetzt vorgeschlagen wird, verschlimmert und verschlechtert die Situation noch. Aus meiner Sicht kann ich nur dringend raten, die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ernst zu nehmen und sie zur Grundlage für eine gesetzliche Vorgabe zu machen.

Wir erleben eine Abstimmung der Ärzte mit den Füßen. Sie gehen nicht in die vertragsärztliche Versorgung. Wir haben unterversorgte Bereiche. Die Abstimmung der Ärzte mit den Füßen hat ihre Ursache letztendlich darin, dass sie für ihren Berufsstand im ambulanten Sektor keine Perspektive sehen.

Sie als Gesetzgeber sind hier in der Verantwortung, diesen jungen Ärzten, die wir in der Nachfolge der Vertragsärzte brauchen,

Perspektiven zu eröffnen, damit sie zumindest sehen: Irgendwann ist Licht am Ende des Tunnels und es geht in einer vernünftigen Honorierungsform schrittweise aufwärts. Wenn das nicht kommt, ist der jetzt ungelöste und unbefriedigende Zustand überhaupt nicht zu verbessern. Es wird zu weiteren Unterversorgungen und wegen der starken Frustrierung der praktizierenden Ärzte auch zu Leistungsverweigerungen kommen. Das ist eine sehr ernste Situation. Ich kann allen, die in diesem Raum als Entscheidungsträger sitzen, nur dringend raten, sie dahin gehend zu ändern, dass man sinnvolle, perspektivhafte Wege eröffnet. Die KBV hat hierzu Vorschläge gemacht, die äußerst realistisch sind.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich bin nicht ganz so grimmig wie Herr Bausch, der Arzt ist. Ich bin Ökonom und sehe es etwas nüchterner. Ich muss feststellen, dass das Gesetz an einigen Punkten sicherlich Verbesserungen bringen wird, dass es an einem Grundproblem aber nichts ändert. Der Hintergrund aus ökonomischer Sicht, weshalb sich Herr Bausch zu Recht aufregt, ist, dass nach wie vor § 71 SGB V gilt, der die Beitragssatzstabilität regelt. Durch die Beitragssatzstabilität wird verhindert, dass die Ausgaben schneller als die Einnahmen der Krankenkassen steigen. Faktisch aber nimmt der Behandlungsbedarf schneller zu. Das drückt sich darin aus, dass Ärzte heute Leistungen erbringen, die nicht honoriert werden.

Die ökonomische Empfehlung wäre - das stand irgendwann einmal in einem Papier der CDU/CSU -, dass wir dazu übergehen und den Mut haben müssten, die Morbiditätskosten von den Arbeitskosten abzukoppeln. Wer diesen Mut nicht hat, wird das tun müssen, was jetzt geschieht, nämlich den Gesundheitssektor insgesamt zu deckeln, obwohl Bedarf vorhanden ist.

Die Politik wird nie gerne zugeben, dass der Bedarf schneller als die Einnahmen wächst. Der Gesetzgeber macht Klimmzüge, um das irgendwie zustande zu bringen. Die nächste Reform - diese Reform wird das nicht mehr leisten - muss zwingend eine Abkopplung der Morbiditätskosten von den Arbeitskosten erreichen. Dann können wir auch die Budgetierung ein Stück weit lockern.

Jetzt will ich auf das Positive an diesem Gesetz eingehen; es ist nicht so, dass es gar nichts bringt. Frau Widmann-Mauz hat gesagt: Die festen Preise sind sicherlich ein Vorteil für die Ärzte. Auch wenn man trotz der festen Preise nicht mehr verdient, ist zumindest eine bessere Kalkulationssicherheit gegeben. Das sehe ich als Vorteil. Da die festen Preise über die Mengensteuerung so ausgesteuert werden müssen, dass die Beitragssatzstabilität gewährleistet bleibt, wird die bisherige Budgetierung zwar aufgehoben, aber wir haben eine neue Art von Budgetierung. Die Budgetierung wird quasi über die Mengengröße erreicht.

Noch einmal: Diese Art der Budgetierung ist für einen Arzt erträglicher, weil er dann - Herr Bausch, das ist eine Frage der konzertierten Vorgehensweise - die Mengengrenzung irgendwann einmal von sich aus mitsteuern kann. Zumindest kennt er erst einmal die Grundlage der Vergütung.

Die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen ist gut. Wenn die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen die Beitragssatzstabilität in Gefahr bringt, stellt sich allerdings die Frage, was dann geschieht. Eigentlich müsste der Gesundheitsfonds diesen Mehrbedarf kalkulieren und einbringen. Dann könnte man sagen: Wenn sich der Gesundheitsfonds das zuspieren lässt, macht es Sinn, dass sich die Morbiditätssteigerung bei der Gesamtvergütung der Ärzte in Form eines höheren Bedarfes niederschlägt und dass dieser Bedarf finanziert wird. Auch hier stellt sich die Frage: Was tut man, wenn der Gesamtbedarf, der einen höheren Beitragsbedarf des Fonds erforderlich macht, die Beitragssatzstabilität gefährdet? Ich wiederhole: Das Wichtigste ist, dass man das bei der nächsten Reform abkoppelt.

Fallpauschalen halte ich generell für vernünftig. Sie geben mehr Transparenz, bündeln Leistungen, lassen dem Arzt mehr Möglichkeiten, zu optimieren - auch in diesem System, das nicht ausreichend Mittel bringt -, und machen vor allem den ambulanten fachärztlichen Bereich mit dem stationären Bereich vergleichbar. Bei dieser Anpassung ist noch vieles zu tun.

In der Art, wie das ablaufen soll, muss es sicherlich noch zu einer Reihe von Verbesserungen kommen. Ich muss Ihnen gestehen: Ich habe einen halben Sonntag dazu gebraucht, um

die beiden Paragraphen zu verstehen. Ich möchte die Abgeordneten einmal fragen, wer von Ihnen diese Paragraphen im Detail versteht.

(Jens Spahn (CDU/CSU): Wir fragen hier!)

Ich bin seit 25 Jahren im System und habe schon viele Paragraphen gelesen. Ich war in mindestens 20 Schiedsstellen, in denen man um genau solche Dinge gerungen hat. Mit dieser Vorlage hätten Sie bei Schiedsstellen ein unendliches Feld. Da würden Sie nicht mehr mit zwölf Stunden hinkommen, sondern Sie brauchten zweimal zwölf Stunden, um das auseinander zu nehmen. Meine Bitte: Das, was darin steht, kann man wirklich einfacher und transparenter machen. Sagen Sie die Wahrheit lieber schonungsloser, als dass Sie sie in dieser Form verklausulieren.

Für einen Menschen mit normalem Verstand sind diese Paragraphen schlichtweg eine Zumutung. Wer sie nicht als Zumutung empfindet, hat keinen normalen Verstand. Da der Anspruch auf Transparenz und Einfachheit besteht, kann man hier noch einiges tun.

Es geht damit weiter, dass die Kompetenzen der verschiedenen Ebenen - Bewertungsausschuss, Bundesebene, Landesebene, einzelne Praxis - ineinander übergreifen. Ich nehme an, wir werden nachher noch darüber diskutieren. Da sind sicherlich noch einige Regelungen abzustimmen, um sicherzustellen, dass die Vorgabe vom Bewertungsausschuss oder von der Bundesebene durch die Ebene Arzt nicht unterlaufen wird oder umgekehrt. Man könnte die Zu- und Abschläge generell auf die Landesebene herunterbrechen und man könnte auf der Bundesebene nur Kriterien vorgeben.

Es gibt Paragraphen, bei denen acht Dimensionen zu berücksichtigen sind. Der normale Mensch kann höchstens vier Dimensionen berücksichtigen. Es müssten also schon zwei zusammenstehen, um die acht Dimensionen zusammenzubringen.

Ich halte diesen Text sogar für undemokratisch. Ich frage einmal, wie viele der 600 Abgeordneten ihn überhaupt verstehen. Das ist eine rhetorische Frage, auf die ich keine Antwort will. Den Text halte ich wirklich für nicht gut. Dass man weiterhin eine Budgetierung anderer Art hat, kann man viel einfacher sagen als mit so vielen Winkeln und Verweisen, die es jedem Außenstehenden

schwer machen, Einfachheit und Bürokratieabbau zu erkennen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ein wesentlicher Grund dieser umfangreichen Anhörung ist unter anderem, dass wir solche richtungweisenden Hinweise bekommen.

(Heiterkeit)

Wir werden das natürlich auswerten.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich vertrete die Kassenärztliche Bundesvereinigung. - Die an uns gerichtete Frage zielte auf eine Beurteilung des neuen Vergütungssystems im Hinblick auf seine Mechanik und auf die Erreichbarkeit der Ziele.

Ich will mit der Frage beginnen: Wird das Ziel, eine Gebührenordnung mit festen Preisen zu erreichen, durch diese neue Vergütungssystematik erreicht? Die Antwort ist eindeutig: Nein. Es wird nicht eine Gebührenordnung, sondern 17 regionale Gebührenordnungen geben, die jeweils nur für die Dauer eines Jahres gelten werden, und zwar deshalb, weil durch das vorab zu definierende Finanzvolumen jährlich neue Orientierungswerte ermittelt werden müssen.

Verlässlichkeit in dem Sinne, dass der Vertragsarzt im Vorhinein weiß, welche festen Preise er erwarten kann, ist nicht gegeben. Wenn Sie darüber hinaus unter „festen Preisen“ verstehen, dass sie kostendeckend sein sollen, so muss ich Ihnen sagen: Die Berechnungsvorschrift in § 87, die für das Jahr 2009 einen Orientierungspunktwert für die regionale Eurogebührenordnung vorsieht, der lediglich den Umfang von maximal 3,8 Cent erreichen kann, ist nicht geeignet.

Feste Preise erreichen Sie auch deshalb nicht, weil die Fallpauschalen in der regionalen Eurogebührenordnung fixkostenorientiert abgestaffelt werden. Es gibt zwei Preise. Das akzeptiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Dem wird in § 85 b aber eine weitere Abstufung zugesetzt, die nichts mehr mit einem Preissignal zu tun hat. Man sieht vor, dass eine bestimmte Leistungsmenge zu festen Preisen und eine andere zu einem abgestaffelt

ten Preis, über dessen Abstufungshöhe sich der Bewertungsausschuss einigen muss, gehandelt werden.

Es gibt damit das Problem, dass der in der Gebührenordnung festgelegte feste und abgestufte Preis sowohl das Regelleistungsvolumen als auch den darüber hinausgehenden Bereich bedienen kann. Es ist eine technische Unmöglichkeit, dies umzusetzen, sodass das Ziel einer Gebührenordnung mit festen Preisen nicht erreicht wird.

Das Ende der bisherigen Budgetierung wird durch folgende Faktoren ebenfalls nicht erreicht werden: In § 87 Abs. 2 g wird die Beitragsneutralität bei der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte eingefordert. Damit wird ein neuer normativer Ansatz der Vergütung verhindert. Die Budgetierung wird aufgrund der rechnerischen Vorgaben fortbestehen. In § 87 Abs. 2 e soll die Gegenfinanzierung der Preisaufschläge in unterversorgten Regionen durch Preisabschläge in überversorgten Regionen geregelt werden. Das ist ein Budget und das wird künftig interregionale Budgets fortführen, sogar etablieren.

Es gibt in § 85 a Abs. 3 die Vorabfestlegung einer Punktzahlmenge je Krankenkasse. Auch das ist eine Fortführung des Budgets. Mit der Bezugnahme auf einen bundesdurchschnittlichen Leistungsbedarf je Patient und Morbiditätsklasse bei der erstmaligen Vereinbarung des Punktzahlvolumens gibt es ebenfalls eine Fortschreibung. Mit dem arztbezogenen Regelleistungsvolumen wird verhindert, dass wir die Morbidität vorantragen können, so wie es in den Eckpunkten eigentlich erreicht wird.

Der dritte Punkt - Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen - scheitert letztendlich an § 85 b, durch den die morbiditätsbedingte Leistungsmenge abgestuft wird, und an der fehlenden Möglichkeit, Morbidität unterjährig zu bedienen. Das wird immer nur in jährlichen Abständen stattfinden können. Das ist letztendlich ein Darlehen, das die KVen den Krankenkassen geben, auch wenn sie dies gar nicht können. Gleichwohl müssen wir anerkennen, dass das Morbiditätsrisiko ab 2009 in großen Teilen auf die Krankenkassen übertragen wird, allerdings zu einem Preisniveau von lediglich 70 Prozent des eigentlich anzustrebenden festen Preises.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Meine Vorredner haben versucht, wesentliche Punkte der Anhörung, die man über drei, vier Stunden diskutieren könnte, gleich in der ersten Antwort zu beantworten. Ich werde versuchen, mich an die Fragestellung zu halten.

Herr Bausch hat gesagt, er könne den Ärzten die Situation nicht mehr erklären. Wir können unseren Versicherten die Klagen der Ärzte nicht mehr erklären. Die Krankenkassen zahlen Jahr für Jahr eine höhere Honorarsumme an die Ärzteschaft. Wir stellen in den Statistiken fest - manchmal hilft ein Blick in die Statistiken -, dass die Zahl der Ärzte sowohl in den Krankenhäusern als auch im niedergelassenen Bereich seit Jahrzehnten steigt. Seit 1960 hat sich die Zahl der niedergelassenen Ärzte ungefähr verdoppelt.

Zunächst einmal zur Frage der Frau Abgeordneten, ob es feste Preise geben wird: Jawohl, es wird feste Preise geben. Aus unserer Sicht sind diese festen Preise sogar mit doppelter Hosennaht genäht bzw. mit Hosenträger und Gürtel versehen. Sie werden auf Bundesebene empfohlen. Dadurch wird es eine Angleichung auf Bundesniveau geben, was erhebliche Probleme mit sich bringt. Ich hoffe, wir können darauf im Laufe der Anhörung noch eingehen.

Wird es eine Mengensteuerung geben? Jawohl! Aus unserer Sicht ist insbesondere das arztbezogene Regelleistungsvolumen eine unverzichtbare Mengensteuerung.

Die Frage nach der Unsinnigkeit der doppelten Abstufung möchte ich gern in einer gesonderten Frage und nicht gleich am Anfang beantworten. Ich hoffe, ich bekomme diese Frage noch gestellt.

Das Ende der Budgetierung ist eine Frage der Zeitrumbetrachtung. Ab dem Jahre 2010 gibt es kein Budget mehr. Wer etwas anderes meint, hat das Gesetz aus meiner Sicht missverstanden. Ab Ende 2008 wird es keine Grundlohnsummenanbindung mehr geben.

Das Morbiditätsrisiko wird vollständig auf die Krankenkassen übertragen. Ich frage mich, wie man das sauber messen will. Auch dazu vielleicht später mehr.

Der Zeitraum bis zum Jahre 2010 ist - soweit ich den Gesetzentwurf verstehe - ein Übergangszeitraum. Am Anfang gibt es tatsächlich - da hat Herr Köhler Recht - den Versuch einer genauen Bestimmung der jeweiligen Vergütungssummen. Es besteht das Problem, dass kassenartenübergreifend einheitliche und gemeinschaftliche Vergütungen auf Landesebene gefunden werden sollen. Es ist ein neuer Ansatz, den Wettbewerb dadurch zu stärken, dass man einheitlich und gemeinschaftlich verhandelt. Auf diese Idee muss man erst einmal kommen. Wir Krankenkassen wären nicht darauf gekommen.

Das Ende der Budgetierung ist mit Blick auf das Jahr 2010 eingeläutet.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen damit zur ersten Frageunde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage an die KBV und an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Vorgabe zur Berechnung des Orientierungswertes wird ganz wesentlich sein. Halten Sie die Vorstellung, die im Gesetzentwurf formuliert ist, für umsetzbar? Gibt es praktikable Alternativen?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die rein technische Umsetzung, wonach für das Jahr 2009 ein Punktwert auf der Bundesebene ermittelt wird, der die Leistungsmenge des ersten Halbjahres 2008 der Vergütungsmenge gegenüberstellt, wird deswegen nicht funktionieren, weil wir die Daten zu diesem Zeitpunkt noch nicht haben werden. Es ist also eine Frage der Datenbereitstellung. Wir sind darauf angewiesen, die Daten bundesweit zu aggregieren, die aus 17 unterschiedlichen Honorarverteilungsverträgen entstehen.

Der Punktwert, der sich dabei ergibt, wird unter dem heutigen Auszahlungspunktwert in den kassenärztlichen Vereinigungen liegen. Er wird damit unter 3,3 Cent liegen müssen. Das ist so, weil die Berechnungsvorschrift auf die gesamte abgerechnete Leistungsmenge abstellt und nicht auf die Leistungsmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, nach Plausibilitätsprüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies ist auch deshalb so, weil wir keine

Chance haben, von dieser Berechnungsvorschrift abzuweichen. Damit werden wir die Unterfinanzierung auch in die Folgejahre hineinragen. Mit steigender Morbidität wird auch ein zusätzlicher Leistungsbedarf entstehen. Das entspricht im Grunde nicht den Vorstellungen, die in den Eckpunkten vereinbart worden sind.

Sie haben nach Verbesserungsvorschlägen gefragt. Es gibt zwei Alternativen: Geben Sie dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit, diesen Orientierungspunktwert festzusetzen. Das muss dann die gemeinsame Selbstverwaltung, gegebenenfalls über eine Intervention des BMG, leisten. Wenn Sie das nicht tun wollen, dann nehmen Sie wenigstens die Leistungsmengen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung einschließlich Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das gibt uns die Chance, einen stabileren Punktwert zu erzielen, der aber immer noch weit unter einem kostendeckenden Punktwert von 5,11 Cent liegen würde.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Ich bewundere die Prognosefähigkeit meines Vorredners. Er scheint die Zukunft genau vorhersagen zu können. Was meine ich damit? Wir werden ab dem 31. Oktober einen neuen EBM bekommen. Ich weiß nicht, wie er aussieht. Herr Köhler weiß es offensichtlich schon. Der neue EBM wird neue Leistungsbeschreibungen und neue Punktzahlen haben können. Bei der Berechnung des Punktwertes geht man davon aus, dass man die Welt nicht mehr ändern will. Beim neuen EBM wäre es schade um die Zeit, wenn man die Welt nicht ändern will. Ich gehe davon aus, dass die Welt geändert wird. Ich muss allerdings auch sagen - die Frage ist zwar nicht gestellt worden, ich beantworte sie aber trotzdem -: Die Zeit für den neuen EBM ist rekordverdächtig kurz.

Aber bleiben wir einmal dabei: Es kommt ein neuer EBM. Er wird ab 1. Januar 2008 angewendet und am 31. August soll der Punktwert berechnet werden. Wir wissen aus der normalen Abrechnung, dass wir die Abrechnungsdaten der Landesebenen vier bis sechs Monate - in der Regel fünf Monate - später bekommen. Wenn diese Daten auf Bundesebene aggregiert werden, dauert das noch ein bisschen länger.

Eine EBM-Umstellung findet nicht das erste Mal statt. Bei der letzten Umstellung hat sich gezeigt, dass die KVen extreme Schwierigkeiten bei der Abrechnung hatten und dass der Zeitraum dadurch noch verlängert wurde. Es dauerte dann mehr als sechs Monate. Wenn man den EBM ab dem 1. Januar anwenden und am 31. August den Punktwert berechnen soll, dann kommt es zu extremen Schwierigkeiten. Das sind die Datenschwierigkeiten, die mein Vorredner gemeint hat.

Es besteht die Schwierigkeit, dass es allenfalls ein Quartal mit einem neu angewandten EBM gibt. Bei jeder EBM-Reform - wie gesagt, es ist nicht die erste EBM-Reform - hat sich das erste Quartal als Eingewöhnungsquartal erwiesen. Das möchte ich nicht näher beschreiben. Ich glaube, das kann sich jeder vorstellen. Jeder weiß, dass die Ärzte im neuen EBM noch nicht so fit sind. Wir vermuten, es werden weniger Mengen abgerechnet. Das kann man aber auch anders sehen. Auf jeden Fall wird ein Punktwert auf der Grundlage eines Eingewöhnungsquartals mit vielleicht unvollständigen, auf jeden Fall mit rechnerisch nicht geprüften Daten errechnet. Frau Abgeordnete, das finde ich hochgefährlich.

Sie haben mich gefragt, wie es besser geht: Schalten Sie die Bundesebene gar nicht ein! Belassen Sie es zum Berechnen des Punktwertes bei der Landesebene! Auf jeden Fall wird es auch für die Landesebene bei diesem Zeitplan bleiben. Die zur Verfügung stehende Zeit ist rekordverdächtig kurz und es wird schwierig.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich frage die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen. In unterversorgten Gebieten gibt es in der Regel niedrige Investitionskosten und auch niedrige Betriebskosten, zum Beispiel in Berlin und in Gegenden von Brandenburg. Dem soll mit regionalen Zu- und Abschlägen in Bezug auf die Orientierungswerte des EBM Rechnung getragen werden. Sehen Sie die Gefahr, dass das steuernde Element der Zu- und Abschläge für die über- und unterversorgten Gebiete durch die regionalen Zu- und Abschläge unwirksam wird?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Durch die Möglichkeit

der Modifikation des Orientierungspunktwertes anhand von unterschiedlichen Kostenstrukturen laufen wir wegen veränderter Kostenstrukturen Gefahr, gerade dort, wo wir Unterversorgung vorfinden, den angestrebten monetären Anreiz, Ärzte zur Niederlassung zu bewegen, zu konterkarieren. Wenn das insbesondere bei der Versorgung in den neuen Bundesländern stattfindet - das steht leider zu befürchten -, werden wir dort weiterhin einen Arztmangel erleben.

Im Übrigen ist zu hinterfragen, ob wir in unterversorgten Gebieten grundsätzlich eine veränderte Kostenstruktur haben. Wenn man die Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes anschaut, so lässt sich feststellen: Mit Ausnahme weniger Kostenarten ist das nicht mehr der Fall. Aber wenn es sich so auswirkt, dann gibt es dort einen niedrigeren Orientierungspunktwert als in anderen Regionen.

Fragen Sie doch einmal, warum sich ein Vertragsarzt in einem unterversorgten Gebiet niederlassen soll, zumal die Anreizstruktur, in unterversorgten Gebieten mit Zuschlägen zu arbeiten, die aus den Abschlägen überversorgter Gebiete finanziert werden müssen, in den neuen Bundesländern und dort, wo wir eine schlechte Versorgungsstruktur haben, nicht funktionieren wird, weil es gar keine überversorgten Gebiete gibt, in denen man Abschläge machen und das finanzieren kann. Im Endeffekt wird es die jetzige Situation eher verschärfen.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Die Unter- und Überversorgung mit finanziellen Mitteln anzugreifen, halten wir grundsätzlich für vernünftig. Letztlich sind Über- und Unterversorgung eine extrem ernst zu nehmende Fragestellung, der sich die Partner vor Ort mit aller Ernsthaftigkeit versuchen zu stellen, um hier mehr Möglichkeiten zu schaffen.

Wir müssen auch sehen: Hier hilft das Kollektivvertragsrecht letztlich nicht weiter. Die Bedarfsplanung ist auf Überversorgung eingestellt. Diesbezüglich hat sie ihre Intelligenz ausgespielt. Bei Unterversorgung zusätzlich Instrumente zu schaffen, ist völlig in Ordnung. Ich glaube nur nicht, dass diese finanziellen Instrumente reichen werden.

Wie werden sie aussehen? Hier sind Zuschläge vorgesehen, um Ärzten in unterversorgten Gebieten finanzielle Anreize zu geben, mitzuhelfen, die Unterversorgung zu beseitigen. Ich glaube, man wird noch weitere Instrumente vorsehen müssen. Keines der Instrumente wird das Problem, die Unterversorgung zu beseitigen, lösen können.

Woran denken wir? Die GKV und die AOK denken an ein System, bei dem man bei der Zulassung in überversorgten Gebieten - sie muss aus verschiedenen Gründen rechtlich nach wie vor sein, auch wenn sie unlogisch ist, unter anderem weil der Praxiswert grundgesetzlich geschützt ist - eine Art Bonussystem schafft, nach dem man denjenigen Ärzten, die vorher in unterversorgten Gebieten tätig waren, bei der Bewerbung um einen Platz in einem überversorgten Gebiet Vorrang gibt. Das wäre neben den finanziellen Fragen, die im Gesetz behandelt werden, eine zweite Möglichkeit.

All dies haben wir schon im Zusammenhang mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz diskutiert. Die Problematik der Unterversorgung ist zu groß, um sie mit nur einem Instrumentarium zu bewältigen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Es ist unstrittig, dass die Steuerung in unterversorgte Gebiete hinein über finanzielle Anreize erfolgt.

Zum zweiten Teil meiner Frage. In unterversorgten Regionen sind die betriebswirtschaftlichen Kosten häufig niedriger. Oft werden Praxen kostenlos zur Verfügung gestellt. Da gibt es wieder regionale Abschläge. Wird durch das System der regionalen Abschläge die steuernde Wirkung der Zuschläge für die unterversorgten Gebiete irgendwie aufgehoben?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Da würde ich mir keine Sorgen machen. Das ist kein Pari-System. Man kann in unterversorgten Gebieten ganz genau steuern. Eine Unterversorgung wird nicht auf KV-Ebene festgestellt, sondern unter der KV-Ebene. Wir werden uns überlegen müssen - das haben wir beim Vertragsarztrechtsänderungsgesetz diskutiert -, inwieweit wir die Bedarfsplanung kleinräumiger machen. Dann kann man relativ genau steuern und eventuelle Abschläge, die auf den KV-Bereich bezogen sind,

durch einen Unterversorgungszuschlag ausgleichen oder sogar noch übertreffen.

Es ist sinnvoll, auch über finanzielle Anreize zu steuern. Diesen Anreiz wollen Sie hier geben. Darin kann ich Sie nur bestärken. Behalten Sie diesen Anreiz!

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage richtet sich an den KBV, an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten und an den Ortsärzteverband.

Spezielle Arztgruppen haben die Befürchtung, dass sich die neue Regelung auf die Besonderheit ihrer ärztlichen Leistungen niederschlägt. Sind diese Befürchtungen realistisch? Welche andere Regelung schlagen Sie vor, damit gerade bei den beiden von mir genannten Arztgruppen diese Benachteiligung, die sich daraus womöglich ergibt, nicht auftritt?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Tatsächlich ist die sehr stringente Vorgabe, wie die Leistungsbeschreibung in der künftigen Gebührenordnung zu erfolgen hat, die auf Bundesebene gelten muss, für einige Arztgruppen nicht geeignet. Ich will es am Beispiel der Gruppe der Psychotherapeuten erläutern. Dort gibt es die so genannte Richtlinienpsychotherapie, die nach den Verfahren sitzungsbezogene Vergütungen vorsieht. Es wird nicht möglich sein, diese Form der Leistungserbringung in eine Fallpauschale einzubinden.

Ähnliches gilt insbesondere für die ambulanten Operationen und für die stationärsersetzenden Leistungen nach § 115 b. Ähnliches gilt auch für die ausschließlich auftragnehmenden Ärzte wie Laborärzte, Radiologen oder Pathologen. Hier wird man in bestimmten Teilbereichen zwar pauschalieren können; es gibt aber ein Verhältnis zwischen Auftraggeber - das wird ein anderer Vertragsarzt im Haus oder im fachärztlichen Versorgungsbereich sein - und Auftragnehmer. Der Auftraggeber bestimmt die Art und den Umfang der Leistungen, die der Auftragnehmer zu erbringen hat. Wenn man das alles pauschaliert, wird dieses Auftragsverhältnis nicht mehr funktionieren können. Das würde sogar eine Leistungsvermehrung bedeuten.

Ähnliches gilt für die Hausärzte. Mit der Möglichkeit der starken Pauschalierung sind wir an eine Morbiditätsspreizung nicht zwingend gebunden. Wir sehen in der jetzigen Fassung von § 87 aber Spielraum. Wir wünschen uns, dass es eine Ermächtigungsregelung für den Bewertungsausschuss gibt, für Spezialistengruppen abweichende Vergütungsvereinbarungen zu treffen.

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband): Ich vertrete den AOK-Bundesverband. - Die Diskussion zeigt, dass wir einen Zielkonflikt haben. Wir möchten in den EBM Fallpauschalen einführen und wir erkennen, dass man die Abrechnung damit sehr stark vereinheitlicht. Das passt nicht zu jeder Situation. Der Spielraum für Sonderregelungen muss erhalten bleiben. Sie werden nicht nur bei den Psychotherapeuten erforderlich sein. Dort wird man an der zeitabhängigen Vergütung je Therapie stunde grundsätzlich festhalten müssen. Es macht keinen Sinn, den Psychotherapeuten eine Fallpauschale zu geben, unabhängig von dem Zeitaufwand, der je Patient tatsächlich anfällt. Das ist nicht sinnvoll und wird von den Kassen nicht unterstützt.

Bei den Hausärzten und den Kinderärzten, die mit dieser Fallpauschalenregelung, die die Besonderheiten der Patienten nicht berücksichtigt, ebenfalls Probleme haben, haben wir ähnliche Schwierigkeiten. Es gibt Patienten mit außerordentlich hohem Behandlungsbedarf, chronisch kranke Patienten und behinderte Patienten. Für sie wird man Sonderregelungen schaffen müssen; sonst leidet die Versorgung dieser Patienten.

Wir werden am Ende einen EBM haben, der sich von dem alten nicht so sehr unterscheidet, weil man diese Besonderheiten zwecks einer ausreichenden Versorgung berücksichtigen muss. Das Gesetz muss dem Bewertungsausschuss den Spielraum lassen, der erforderlich ist, um diese Besonderheiten umsetzen zu können. Wenn Sie uns diese Möglichkeit geben, kann der Bewertungsausschuss das leisten und wird eine neue Gebührenordnung erstellen, die die Ziele erreicht, die Versorgung aber nicht allzu sehr gefährdet.

SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.): Es freut mich sehr, zu hören, dass beide Vertragspart-

ner in der Selbstverwaltung die Auffassung kundgegeben haben, dass psychotherapeutische Leistungen anders zu betrachten sind als viele Leistungen, die man leicht pauschalieren kann. Das ist ein wichtiger Gesichtspunkt.

Psychotherapeutische Versorgung steht und fällt damit, dass die Zeit für die Behandlung von Patienten mit psychotherapeutischen Störungen entsprechend vergütet wird. Ich möchte daran erinnern, dass nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, zum Beispiel in den USA, im Krankenhausbereich für die Psychofächer nicht ohne Grund keine Fallpauschalen bestehen. Der Grund ist, dass der Behandlungsaufwand bei der gleichen Diagnose enorm variieren kann, dass psychosoziale Bedingungen eine wichtige Rolle spielen und dass ein Pauschalensystem dem einfach nicht gerecht werden kann.

Damit die psychotherapeutische Versorgung in einer sachgerechten Form erhalten bleiben kann, wünschen wir uns eine Abrechnung als Einzelleistung. Wir schlagen deshalb vor, dass Sie das im Gesetz verankern, und zwar in § 85 b Abs. 1 Satz 2, der dann lauten würde: „Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische und für vertragszahnärztliche Leistungen.“ Wir wünschen uns weiter, dass man in § 87 Abs. 2 c den Satz 2 ergänzt, der dann heißen würde: „Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Psychotherapeutische Leistungen werden als Einzelleistungen vergütet.“ Es ist uns sehr wichtig, dass solche Pflöcke im Gesetzestext tatsächlich eingeschlagen und nicht nur der guten Absicht der Vertragspartner anheim gestellt werden.

SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Die Hausärzte können mit der Struktur, die vorgesehen ist, ganz gut leben. Die Pauschalierung kommt der hausärztlichen Versorgungsebene entgegen. Ich gebe Herrn Köhler dahin gehend Recht, dass wir die Differenzierung für Praxisbesonderheiten in Absatz 2 b noch einmal betonen müssen. Ansonsten passt die komplexe Struktur sehr gut zur Hausärzteversorgungsebene, vor allen Dingen wenn man sie um Altersstufen ergänzt. Das, was für uns bedeutend ist, ist, dass wir diese Gebührenordnung früher und in einer transparenteren Form erhalten. Auch ich habe mir diesen Paragraphen mehrfach durchgelesen und große Probleme gehabt, ihn zu verstehen. Ich habe ver-

sucht, ihn mehreren Ärzten zu erklären. Es ist mir nicht gelungen, herauszufinden, wie die Gebührenordnung transparent entwickelt wird.

Diese Transparenz und Planungssicherheit für die Ärzte brauchen wir in diesem Gesetz. Wir brauchen sie vor 2009. Die hausärztliche pauschalierte Gebührenordnung - sie liegt schon vor; sie ist mit unserem Einverständnis durch die KBV und den Fachausschuss der KBV entwickelt worden - brauchen wir am besten bereits im Sommer 2007.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der FDP-Fraktion.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Herr von Stackelberg sagte vorhin, er wage zu bezweifeln, ob der neue EBM in dem vorgegebenen Zeitrahmen umzusetzen sei. Ich möchte an diesem Punkt ansetzen und die KBV und den AOK Bundesverband fragen, ob sie glauben, dass der in dem Gesetzentwurf vorgesehene Zeit- und Umsetzungsplan für eine Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt überhaupt realistisch ist.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Nein, diese zeitlichen Vorgaben sind nicht realistisch. Es wird uns nicht gelingen - Herr von Stackelberg hat es schon angedeutet -, die Struktur der Gebührenordnung schon bis zum 31. August 2008 fertig zu stellen. Wir werden dieses Institut nur unter bestimmten Voraussetzungen, nämlich dass das schon existierende Institut beim Bewertungsausschuss dem zustimmt und dass es vom BMG akzeptiert wird - das ist vorgesehen -, gründen können. Wir werden es im weiteren, sehr engen Zeitablauf nicht schaffen können, die vorgegebenen Fristen einzuhalten.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Ich habe bereits eingangs gesagt, dass der Zeitraum unrealistisch ist. Mit dem EBM ist es so: Am 1. April soll das Gesetz in Kraft treten. Sechs Monate später soll der neue EBM vorliegen. Wenn das geschafft würde, wäre das absoluter Rekord. Wir haben für die letzte EBM-Reform vier Jahre gebraucht. Der eine oder andere hat gesagt: Hättet ihr euch noch ein bisschen mehr Zeit ge-

nommen, dann wäre es besser geworden. - Das ist in sechs Monaten nicht zu schaffen. Der gesamte Umstellungsplan ist, vorsichtig gesagt, extrem ehrgeizig und unrealistisch.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage geht an die KBV. Wie werden sich die durch den Gesetzentwurf neu geschaffenen Rahmenbedingungen - insbesondere der Basistarif in der PKV, der Verlust der Beitragshöhe der Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds, der Vertragswettbewerb durch selektive Verträge und entsprechend verminderte Mengen und Preise für die Vertragskontingente und für die vertragsärztliche Tätigkeit - auf den Bestand, auf die Investitionsfähigkeit und die Neugründung ärztlicher Praxen auswirken?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): In der Kombination dieser sehr zutreffend beschriebenen Faktoren werden wir erstmals ernsthafte Praxispleiten erleben. Es gibt schon jetzt das Phänomen, dass man bei spezialisierten kostenintensiven Praxen feststellen muss, dass sie von ihren Abschreibungen leben und dass ihre Illiquidität häufig noch gar nicht bekannt ist.

Die Kombination des Verlustes von Einnahmen aus der PKV durch den Basistarif, der begrenzten Finanzmittel der Krankenkassen, die durch den Gesundheitsfonds bereitgestellt werden, der Unmöglichkeit, flächendeckend Kollektivverträge zu nutzen, und der neuen Pauschalierung wird die Einnahmesituation der vertragsärztlichen Praxen bei fortbestehender Kostenstruktur deutlich verschlechtern. Das wird insbesondere die Versorgung in den neuen Bundesländern erheblich gefährden, wo es schon jetzt ein sehr niedriges Preisniveau gibt, das, wie ich schon ausgeführt habe, fortgeschrieben wird.

Wir werden aber auch feststellen müssen, dass immer mehr Praxen in den alten Bundesländern wegen fehlender liquider Mittel aufgeben müssen. Der schon jetzt vorhandene Innovationsstau von, sehr grob geschätzt, 1 bis 2 Milliarden Euro wird verstärkt werden, da Reinvestitionen nicht mehr möglich sind. Basel II tut hier sein Übriges: Die Fremdfinanzierung vertragsärztlicher Praxen wird schon heute erheblich erschwert.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den NAV-Virchow-Bund und an den Hartmannbund. Wir haben bereits von Herrn Dr. Bausch gehört, dass das Regelungsgeflecht des Gesetzentwurfes zu einem noch unübersichtlicheren und bürokratischeren System führt, ohne dass die anstehenden Probleme auch nur annäherungsweise gelöst werden. Könnten Sie zu dieser These Stellung nehmen bzw., wenn Sie dem folgen, dies etwas näher begründen?

SV **Dr. Maximilian Zollner** (NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.): Ich kann das nur bestätigen. Wir haben in den Praxen schon jetzt eine enorme Bürokratie. Diese wird sicherlich noch zunehmen. Ich kann jetzt nicht in die Einzelheiten gehen. Ich höre allgemein von meinen Kollegen vor Ort, dass sie erhebliche Zeit dafür aufbringen müssen, die ganze Bürokratie abzuarbeiten. Ich sehe in diesem Gesetzentwurf keinen Ansatz, der dazu beiträgt, dass das besser wird.

SV **Dr. Michael Vogt** (Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.): Ich möchte dies voll unterstützen. Einige der Vorredner haben bereits erwähnt, dass es immer schwieriger wird, den Kollegen vor Ort zu vermitteln, warum die Honorierung in der bisherigen Form stattfindet und wie sie zukünftig aussehen wird. Wir brauchen in diesem Fall dringend eine unbürokratischere Lösung.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage geht an Herrn Dr. Oesingmann und an den Freien Verband Deutscher Zahnärzte. Bereits mit dem GMG sind Veränderungen im vertragsärztlichen Bereich im Hinblick auf medizinische Versorgungszentren und die integrierte Versorgung vorgenommen worden. Diese Regelungen sind durch das Vertragsarztrechtänderungsgesetz modifiziert worden. Wie sehen Sie die im Gesetzentwurf verankerten Regelungen im vertragsärztlichen Bereich? Wie sehen Sie die zukünftige Struktur der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung? Ist in diesem Rahmen noch Raum für freiberufliche Tätigkeit?

SV **Dr. Ulrich Oesingmann**: Die freiberufliche Tätigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass

der in dem jeweiligen Beruf Beschäftigte in eigenverantwortlicher Position tätig ist. Wir kennen diese Definition bereits aus sehr alter Zeit. Sie hat sich über die Jahrtausende hinweg entwickelt. „Artes liberales“ war die frühere Bezeichnung dafür.

Wenn wir heute schauen, welche Möglichkeiten sich für eine freiberuflich tätige Ärztin oder einen freiberuflich tätigen Arzt bieten, dann müssen wir feststellen, dass immer mehr von dem, was die freiheitlich-demokratische Grundordnung an und für sich zur Verfügung stellt, verloren geht, und zwar dadurch, dass eine zunehmende Bürokratisierung vorliegt - wir haben es eben bereits gehört - und dass immer mehr Aufgaben, die bisher von Einzelnen eigenverantwortlich mit einem hohen Aufwand an Zeit für Studium und Weiterbildung erfüllt wurden, auf die Institution übergehen. Das hat etwas damit zu tun, dass das Bild des freiberuflich Tätigen in der jüngeren Generation nicht mehr in dieser Form vermittelt wird, weil diese Situation innerhalb der demokratischen Gesellschaft im Prinzip immer mehr an Wichtigkeit verloren hat.

Was die Heilberufe angeht: Es gibt circa 200 000 freiberuflich tätige Zahnärzte, Ärzte und Apotheker. Bei Apothekern ist das Ganze dual angelegt. Wenn Sie die Zahlen der Bundesärztekammer nehmen, werden Sie feststellen, dass heute circa 40 Prozent derer, die eine Approbation als Arzt erhalten, nicht mehr dazu bereit sind, in die Patientenversorgung zu gehen. Das hat sicherlich etwas damit zu tun, dass der Mut und die Bereitschaft fehlen, eine eigenverantwortliche Tätigkeit aufzunehmen und Verantwortung gegenüber den Patienten zu übernehmen.

Der Patient erwartet von einem Freiberufler, dass er ihm voller Vertrauen begegnen kann. Das bedeutet für den Freiberufler, dass er dazu bereit sein muss, gewisse Risiken einzugehen, um die Versorgung in dieser Situation sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund ging in den letzten Jahren unseres Erachtens ein ganz wesentlicher Faktor verloren, nämlich die Eigenständigkeit derer, die beruflich tätig werden wollen.

Nehmen Sie die Zeit nach dem Krieg. Damals hatten wir im Westen dank der erhardtschen Grundauffassung eine Entwicklung, die eine anpackende, aktive Tätigkeit in einer Vielzahl freier Berufe sichergestellt hat. Es steht mir

nicht an, zu beurteilen, was in der damaligen DDR geschah. Es sind Menschen hier im Saal, die das miterlebt haben. Ich glaube, diese Personen sollte man zu diesem Thema befragen. In der DDR gab es jedenfalls keine freiheitliche Entwicklung.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, das zu beachten, was zurzeit auf europäischer Ebene stattfindet. Das Europäische Parlament hat sich durch die Verabschiedung der Berufsqualifizierungsrichtlinien mit überwältigender Mehrheit für eine klare Definition dessen, was ein freier Beruf ist, und auch für die Ausübung freiberuflicher Tätigkeiten ausgesprochen. Im Oktober 2006 hat das Europäische Parlament im Zusammenhang mit dem ehlerschen Vortrag bezüglich des Wettbewerbs bei freien Dienstleistungen eine Stärkung der Position des freien Berufes gefordert.

Meine Empfehlung ist, in dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht zu sehr auf irgendwelche Organisationen hin zu zentralisieren, die Leistungen im Gesundheitswesen erbringen - dies kann für Kolleginnen, die in Elternzeit sind und sich um die Familie kümmern wollen, sicherlich eine sehr sinnvolle Sache sein -, sondern generell die Möglichkeit zu erhalten, in freiberuflicher Praxis tätig zu sein. Dazu gehört eine vernünftige Honorierung. Das ist hier mehrfach angesprochen worden. Dazu gehört aber auch die Investitionsmöglichkeit. Das ist mit den derzeit und seit längerer Zeit gezahlten Honoraren nicht mehr möglich. Das entmutigt viele, in die freiberufliche Tätigkeit zu gehen.

Das belastet auch das Arzt-Patienten-Verhältnis; denn der Patient möchte zu einem Arzt gehen, dem er vertrauen kann und der seinen Beruf ohne große Sorgen ausübt. Wenn sich ein Arzt in einer wirtschaftlichen Situation befindet, die es mit sich bringt, dass er das nicht kann, dass ihm sogar Insolvenz droht - dies wurde gerade eben berichtet -, dann entwickelt sich etwas in eine falsche Richtung. Stärken Sie vor diesem Hintergrund bitte die freiberufliche Tätigkeit. Es spricht nichts dagegen, dass Kolleginnen und Kollegen in angestellter Position ebenfalls freiberuflich tätig sind. Aber die Übernahme des Risikos muss durch entsprechende wirtschaftliche Rahmenbedingungen abgesichert werden.

SV Dr. Karl-Heinz Sundmacher (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.): Ich knüpfe an das, was mein Vorredner gesagt hat, nahtlos an. Ich muss feststellen, dass zum einen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, zum anderen durch diverse Bestimmungen des heute zu besprechenden Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Position der freiberuflich Selbstständigen in der ambulanten Versorgung massiv geschwächt wird.

Seit Jahrzehnten wird die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung in erster Linie von freiberuflich Selbstständigen garantiert und durch ihren persönlichen Einsatz vollzogen. Die Veränderungen durch die angesprochenen Gesetze gehen eindeutig hin zu einer Schwächung der Position der freiberuflich Selbstständigen, hin zu einer Stärkung von Strukturen, in denen vermehrt Angestellte - abhängig Beschäftigte - tätig sein werden, was dazu führt, dass insgesamt ein neuer Charakter der ambulanten Versorgung in das Gesundheitswesen einziehen wird.

Um es klar zu sagen: Ziel all dieser Konstruktionen ist natürlich eine Marktbereinigung. Das Bundesgesundheitsministerium ist der Auffassung, in Deutschland gebe es zu viele Ärzte und Zahnärzte. Dass die Folgen davon sein werden, dass es zu einer Verstärkung der zentralen, nicht mehr wohnortnahen ambulanten Versorgung kommen wird, liegt auf der Hand. Dass dadurch die für jeden Bürger in diesem Staat so wertvolle Praxis an der Ecke eher selten sein wird, liegt ebenfalls auf der Hand. Sie sollten sich in der Tat überlegen - ich schließe mich da Herrn Dr. Oesingmann an -, ob dieser Weg richtig ist.

Ich halte es insbesondere für nicht angemessen, dass mit Maßnahmen im Wettbewerbsstärkungsgesetz zur finanziellen Unterstützung der Bildung von medizinischen Versorgungszentren die Praxiswerte, die Vergütung der selbstständigen Ärzte und Zahnärzte geschwächt werden und dass deren Existenz damit stark gefährdet wird. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich aufgrund der betriebswirtschaftlichen Situation diese von Ihnen so sehr gewünschten Strukturen von selbst zu bilden beginnen. Das geschieht aber in einer auf Freiwilligkeit basierenden und durch sich selbst getragenen Funktion und nicht durch Finanzierung zulasten anderer.

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

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich möchte eine Frage an Herrn Professor Azzola stellen. Herr Professor Azzola, uns wurde vorhin eindrucksvoll geschildert, dass die derzeitigen Vergütungsregelungen für Vertragsärzte ganz offenkundig für die Unterversorgungssituation verantwortlich sind, in besonderer Weise in Ostdeutschland. Gehen Sie davon aus, dass mit den im WSG vorgesehenen Regelungen sinnvolle, ausreichende und zweckmäßige Angleichungen in Ost und West erreicht werden?

SV Prof. Dr. Axel Azzola: Diese Frage verweist auf ein drängendes Problem. Wir diskutieren über den Standort Deutschland und wir diskutieren über ihn unter Lohnkostengesichtspunkten. Über den Standort Deutschland muss man auch unter Strukturgesichtspunkten diskutieren. Mittlerweile hat die Dichte der ärztlichen Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich, in den neuen Bundesländern - so neu sind sie zwar nicht mehr; aber wir halten uns einmal an diese Terminologie - dramatisch abgenommen, und zwar mit wachsender Tendenz. Im Augenblick gehen sehr starke Jahrgänge in die Rente und der Nachwuchs steht nicht zur Verfügung, jedenfalls nicht zu den Bedingungen, die Sie jetzt anbieten.

Mir liegen die neuesten Zahlen aus dem RSA 2005 vor. Es gibt in den neuen Bundesländern, gemessen am Westniveau, ein durchschnittliches Vergütungsniveau pro Versicherten von sage und schreibe 75,8 Prozent. Da mag das Bundesministerium für Gesundheit erzählen, was es will: Für diese 75 Prozent geht man eben nicht arbeiten!

Das ist keine moralische Frage. Ich kann verstehen, dass sich junge Leute, insbesondere solche, die eine Familie gründen wollen, an ihren potenziellen Einnahmen orientieren. Der Gesetzentwurf gibt nicht einen einzigen Hinweis darauf, wie dieser West-Ost-Ausgleich geschafft werden soll, jedenfalls nicht, wenn man berücksichtigen will, dass auch noch Abschlüsse für Wirtschaftskraft vorgesehen sind. Es ist selbstverständlich, dass der Osten eine deutlich geringere Wirtschaftskraft als der Westen hat.

Ich mache immer Vorschläge, wie man etwas besser machen kann. Herr Abgeordneter, ich bitte, es mir nicht übel zu nehmen, wenn ich auch diesmal Vorschläge mache.

Nehmen Sie die 1 Milliarde Euro, die in erster Linie dank des Drängens unserer Bundeskanzlerin Merkel nachträglich in das Gesundheitswesen fließen, und investieren Sie dieses Geld gezielt zum Wohle derjenigen Krankenkassen, die das Ost-West-Gefälle zu verantworten haben. Das sind nicht die Ersatzkassen - die bezahlen bundeseinheitlich dasselbe -, sondern ganz eindeutig die AOKen. Unglücklicherweise handelt es sich dabei - mit Ausnahme der AOK Sachsen, die eine Sonderrolle spielt und die nicht Gegenstand dieser Anhörung ist; deshalb versage ich es mir, dazu Stellung zu nehmen, obwohl es mir sehr auf der Zunge liegt - um genau die AOKen, die übermäßig verschuldet sind. Das heißt, dass sie in den Jahren 2007 und 2008 einem besonderen Beitragsstress unterliegen.

Es wäre vernünftig, den Betrag von 4,2 Milliarden Euro um diese 1 Milliarde Euro aufzustocken - dieser Betrag sollte über die Einnahmen aus der Tabaksteuer bereitgestellt werden - und damit beide Probleme zu lösen: sowohl die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung Ost als auch die Entschuldung. Wenn Sie eines dieser beiden Probleme nicht lösen, werden Sie mit dieser Reform, zu der man unterschiedlich stehen kann - ich stehe ihr prinzipiell gar nicht abgeneigt gegenüber -, in größte Schwierigkeiten kommen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Es wird immer behauptet, dass alle Fragen so abgestimmt sind, dass stromlinienförmige Antworten kommen. Das hat man gerade erlebt.

(Heiterkeit)

Jetzt eine andere Frage an den BKK Bundesverband: Wie bewerten Sie die Vorschläge im GKV-WSG hinsichtlich der Einführung der Eurogebührenordnung, auch im Hinblick auf die Ausgabensteuerung der gesetzlichen Krankenkassen?

Sve Claudia Korf (BKK Bundesverband): Wir sehen genauso wie die anderen Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung die Ein-

führung der Eurogebührenordnung, die mit der Anpassung des Leistungsbedarfs an die Morbiditätsrisiken verbunden ist, durchaus kritisch. Darin sind für uns erhebliche finanzielle Risiken für die Ausgabenentwicklung und damit insbesondere auch für die Beitragssatzstabilität enthalten.

Durch die Anpassung der Preise an die Kostenentwicklung und auch durch die von den Ärzten selbst dokumentierte Erhöhung der Morbidität haben wir es mit einer doppelten Ausgabendynamik zu tun, der wir begegnen müssen. GKV-weit wäre allein bei einer Punktwertanpassung an die von der Ärzteschaft geforderten 5,11 Cent mit Mehrausgaben bis zu 5 Milliarden Euro zu rechnen. Das ist ein sehr deutliches Ausgabenrisiko. Wenn wir zusätzlich die unzureichende Mengensteuerung auf der Gesamtvergütungsebene sehen, erkennen wir, dass sich das auf 7 Milliarden Euro erhöht.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Nachdem Herr Professor Azzola die AOK eben maßgeblich und pointiert zur Sprache brachte, habe ich, Herr von Stackelberg oder Herr Partsch, nun eine Frage an Sie. Sie machten vorhin auf die Tatsache aufmerksam, dass die Budgets, die den KVen für die ambulante Vergütung zur Verfügung gestellt wurden, nicht zurückgegangen, sondern in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen sind. Können Sie das noch etwas genauer ausführen?

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesverband): Wie bekannt ist, ist die Gesamtvergütung Veränderungen unterworfen. Sie steigt mit der Einnahmeentwicklung der Krankenkassen, mit der Grundlohnsteigerung. Das ist im Gesetz so vorgesehen und wird auch so weitergegeben.

Zusätzlich zur Gesamtvergütung werden Einzelleistungen honoriert. Hiermit wird auch die steigende Menge dieser Leistungen finanziert. Dadurch gibt es Jahr für Jahr einen Anstieg der Gesamtvergütung, der über der Grundlohnsteigerung liegt. Das zeigen die amtlichen Statistiken, die die Krankenkassen vorlegen und die das Ministerium veröffentlicht. Über alle Jahre hinweg gibt es einen Anstieg der Gesamtvergütungen. Es kann nicht davon gesprochen werden, dass die Budgetierung zu einem Rückgang der Vergütung der Ärzte geführt hat.

Auch die Zahlen über die Umsatzentwicklung bei den Ärzten und über die Überschussentwicklung, die wir kennen, zeigen, dass wir trotz Budgets und trotz Arztzahlanstieg eine insgesamt positive Entwicklung feststellen. Die Umsätze steigen und auch die Überschüsse der Ärzte erhöhen sich.

Sie erhöhten sich natürlich noch stärker, wenn es keine Arztzahlsteigerungen gäbe. Das ist den Krankenkassen aber nicht anzulasten. Arztzahlsteigerungen, überwiegend im fachärztlichen Bereich, haben nichts mehr mit einer bedarfsgerechten Versorgung zu tun, müssen aber finanziert werden.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe weitere Nachfrage an den AOK Bundesverband: Bis zur Einführung der Deckelung der ambulanten Vergütung und der Entlohnung nach Punktwert kam es zu einer arztinduzierten Mengenausweitung durch Einzelleistungsvergütungen. Nun erlebt diese Vergütungsform mit den Vorschlägen eine Renaissance. Sind die jetzt geplanten Regelungen aus Ihrer Sicht ausreichend, um eine erneute Mengenausweitung und damit eine Kostenausweitung zu verhindern?

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesverband): Das lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Wir wissen nicht, wie sich die neuen Regelungen tatsächlich auswirken werden. Es gibt in dem neuen Vergütungssystem erhebliche Risiken. Diese liegen im so genannten Behandlungsbedarf, also bei den Punktzahlen, die an die Morbiditätsentwicklung angepasst werden müssen. Es ist nirgendwo erprobt worden, was das konkret bedeutet, welche Zuwachsraten das auslösen wird. Das, was wir hier machen werden, ist ein Experiment mit ungewissem Ausgang.

Daneben gibt es die Vereinbarung des Preises, die nicht mehr auf die Menge Rücksicht nimmt. Diese Preisvereinbarung ist auch nicht mehr an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekoppelt. Ab 2010 wird der so genannte Orientierungswert, der Punktwert für ärztliche Leistungen, an die Kostenentwicklung und einige andere Faktoren angepasst. Das führt zu dem, was wir doppelte Dynamisierung der Ausgaben für ärztliche Leistungen nennen. Wir werden Preissteigerungen und eine Mengensteigerung haben. In der Summe rechnen wir

ab 2010 mit erheblichen Ausgabenrisiken für die Krankenkassen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wir haben mit dem vor einigen Wochen verabschiedeten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erhebliche Flexibilisierungs-, Liberalisierungs- und Finanzierungsaspekte neu geregelt, die jetzt noch konsequenter mit dem Ziel 2009 fortgeschrieben werden. Ich habe Erfahrungen aus Thüringen mit der Problemlage von Praxen, die zu einem großen Teil finanziert worden sind, wo es quasi goldene Handschläge gegeben hat, um Ärzten überhaupt den Anreiz zu geben, dorthin zu gehen. Dort sind bis zu 60 000 Euro Startkapital gewährt und Praxen kostenfrei bereitgestellt worden. Welche weiteren Überlegungen entwickeln Sie in der KBV, um Unterversorgungsprobleme zu lösen?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, die von den kassenärztlichen Vereinigungen in unterschiedlichem Ausmaß initiiert worden sind. Das ist neben dem unabdingbar notwendigen Investitionszuschuss auch die Punktwertgarantie. Der finanzielle Anreiz ist entscheidend, um eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt in solche unterversorgten Gebiete zu locken.

Es geht aber erst einmal darum, Interesse bei diesen Vertragsärzten zu wecken. Dabei hat man schon kreative Wege gefunden. Die KV Mecklenburg-Vorpommern hat sogar österreichische Ärzte angeworben. Bei ihnen besteht kein Sprachproblem, auch wenn man sagen könnte, dass Österreicher ebenfalls Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben.

(Heiterkeit)

Wir bemühen uns im Moment sehr darum, Ärzte einzuwerben.

Es ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das hat auch etwas mit der Attraktivität einer Kommune zu tun, Stichwort „Bereitstellung einer Infrastruktur“. Ein Stück weit sind wir wegen des finanziellen Dilemmas dort mit unseren Möglichkeiten am Ende. Ich gebe zu: Die bisherigen finanziellen Möglichkeiten haben nicht die gewünschten Effekte gehabt,

zum Beispiel weil man nicht an die dauerhafte Punktwertgarantie glaubte.

Auch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird daran nichts ändern. Sie bekommen dorthin, wohin Sie einen Freiberufler nicht bekommen, auch kein MVZ. Sie bekommen auch keinen angestellten Arzt dorthin. Das können Sie nur zum Teil kompensieren.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir haben noch eine halbe Minute. Die würde ich gern weitergeben. Herr Spieth, okay? - Gut.

Dann kommen wir nun zu den Fragen der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich komme auf die Pauschalvergütungen zurück und möchte eine Frage an die DAG Selbsthilfe und die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten richten. Wie beurteilen Sie die Vorgaben zur Pauschalvergütung im Zusammenhang mit Auswirkungen auf Qualität der medizinischen Versorgung?

SV **Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Die Qualität der Versorgung ist durch die Pauschalvergütung nicht gefährdet. Sonst würde im Angestelltenbereich Qualität nicht mehr durchsetzbar sein. Richtig ist, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die jetzt im Gesetz stehen, nicht nur bürokratisch durchdekliniert werden dürfen, sondern mit Inhalt gefüllt werden müssen. Es gibt eine Reihe von Qualitätssicherungskonzepten, die zwar zum Teil in der Praxis noch nicht umgesetzt worden sind, die aber zur Förderung der Qualität bei pauschal vergütenden Systemen erforderlich sind.

Im Übrigen hat die Frage Pauschalvergütung/Einzelleistungsvergütung keinen grundsätzlichen Charakter. Im Primärversorgungsbereich kann man weitgehend mit Pauschalen arbeiten, während immer dann, wenn eine Leistung entweder durch Überweisung oder durch Wunsch des Patienten induziert wird, die Einzelleistungsvergütung zweckmäßiger ist. Man muss also in solchen Fällen mit Mischsystemen arbeiten.

Im Zusammenhang mit der Psychotherapie und Qualitätsgesichtspunkten ist daran zu erinnern, dass bei der Antragspsychotherapie vorher beurteilt wird, ob der richtige Therapeut mit der richtigen Spezialisierung mit dem Patienten befasst ist, sodass weite Teile der Qualitätssicherung schon im Genehmigungsverfahren des Leistungsvolumens vorweggenommen werden. In solchen Fällen kann man eine Zeitpauschale, wie es in der Psychotherapie ange-dacht ist, bezahlen. Die sollte man nicht durch den Punktwertverfall kappen, den es bei der Einzelleistungsvergütung zwingend gibt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Die DAG Selbsthilfe kommt in der dritten Runde zu Wort, Herr Terpe.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Bundesärztekammer. Mit den geplanten Versorgungsformen im hausärztlichen und fach-ärztlichen Bereich wird zukünftig die ambulante Versorgung immer stärker im dezentralen Selektivvertragssystem organisiert. Sind Sie der Auffassung, dass so auf die Dauer noch eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden kann oder sogar die Effizienz der medizinischen Versorgung noch gesteigert wird?

SV **Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** (Bundes-ärztekammer): Wenn die Breitenversorgung im Qualitätssystem sichergestellt würde und nur einzelne besonders herausgehobene und definierte ärztliche Einrichtungen über Einzelverträge geregelt würden, wäre das hinnehmbar. Es ist aber wohl nicht möglich, die gesamte Versorgung im System einer selektivvertraglichen Organisationsstruktur sicherzustellen. Dann wäre eine Polymorphie oder eine Bunt-heit in der Versorgungslandschaft vorhanden, die für die Patientinnen und Patienten nicht erträglich wäre. Denn sie müssten zunächst einmal eine Ärztin bzw. einen Arzt ihres Vertrauens suchen und dann feststellen, ob diese Ärztin bzw. dieser Arzt Verträge mit ihrer Krankenversicherung hat oder nicht, und dann gegebenenfalls eine neue Suche beginnen. Das kann wohl nicht gemeint sein. Wenn es gemeint sein sollte, müsste man es sehr kritisch sehen. Das gibt es meines Wissens in keinem

vergleichbaren Land. Es muss Versor-gungssicherheit herrschen. Insofern würde ich sehr empfehlen, dass man die Breiten-versorgung weiterhin einheitlich und kollek-tivvertraglich löst und Einzelverträge allenfalls für - so nennen wir das - Kolibri-Tätigkeiten zulässt.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an Herrn Eckert von der KV Mecklenburg-Vorpommern. Die kassenärztlichen Vereini-gungen prognostizieren, dass, wenn sie beim Abschluss von Einzelverträgen bei der haus-arztzentrierten Versorgung nicht eingebunden werden, es in Zukunft weniger Wettbewerb geben wird statt mehr Wettbewerb. Können Sie das begründen?

Weiter will ich wissen: Wie beurteilen Sie die Regelungen des Gesetzentwurfs zur besonde-ren ambulanten vertragsärztlichen Versor-gung - § 73 c SGB V - im Hinblick auf die Bereinigung der Gesamtvergütung?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Tatsache, dass die kassenärztlichen Vereinigungen als potenziel-ler Vertragspartner hausarztzentrierter Versor-gungsverträge nach § 73 b SGB V ausge-schlossen sind, schließt einen möglichen und erfahrenen Wettbewerber in die sem Segment aus. Es besteht die Gefahr, dass man, weil im Bereich der hausärztlichen Versorgung ein hoher Organisationsgrad der Berufsverbände besteht, einem anderen Oligopol gegenüber-steht als bisher. Deswegen können wir diesen Ausschluss grundsätzlich nicht nachvollziehen.

Die Bereinigungsvorschrift sowohl im § 73 b SGB V als auch im § 73 c SGB V wird dazu führen, dass wir unserer Funktion dann, wenn die Versorgung nicht mehr durch andere Ver-träge sichergestellt wird, in die Sicherstel-lungsverpflichtung einzutreten - das wird in einigen Regionen der Fall sein -, wegen feh-lernder finanzieller Ressourcen im Verwal-tungsapparat, aber auch wegen fehlender Res-sourcen an Ärzten - diese sind ja durch andere Verträge gebunden - nicht mehr genügen kön-nen. Es wird ein Flickenteppich höchst unter-schiedlicher Versorgung entstehen. Die flä-chendeckende Versorgung wird dann mög-licherweise gefährdet, wenn sie nicht über selek-

tive Verträge und durch uns als Resteverwalter sichergestellt werden kann.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Terpe, ich sehe, dass Herr Dr. Eckert aus Mecklenburg-Vorpommern da ist. Aber er ist nicht offiziell geladen. Insofern kann ich die Frage jetzt nicht weitergeben. Deshalb kommen wir zu Ihren nächsten Fragen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächsten Fragen richten sich an die Verbraucherzentrale Bundesverband: Wie bewerten Sie den verstärkten Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Hinblick auf die Kundensouveränität der Versicherten und Patienten? Was sollte bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Selektivverträge aus Ihrer Sicht beachtet werden?

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Der Wettbewerb ist im Prinzip zu begrüßen. Das betrifft übrigens auch die Arbeitsbedingungen. Dadurch kann eine größere Pluralität zwischen freiberuflicher Tätigkeit und angestellter Tätigkeit entstehen, und zwar gerade im Hinblick auf MVZen insbesondere in Ballungsgebieten. Allerdings unterstreiche ich ganz klar, was Herr Dr. Hoppe gesagt hat. Es darf nicht dazu führen, dass man zu einem Zustand zurückkehrt, den es einmal gab, nämlich dass Ärzte nur noch für ganz bestimmte Kassen arbeiten, was die Arztwahl für die Patientinnen und Patienten dramatisch einschränkt. Dieses Problem sehe ich sehr deutlich, zumal sich verschiedene Arten des Wettbewerbs aufeinander schichten: Es gibt Einzelverträge, es gibt Rabattverträge für Arzneimittel, es gibt Verträge für Hilfsmittel und es gibt noch Wahltarife. Gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen, die sich permanent im System bewegen, wird es möglicherweise immer schwieriger werden, den geeigneten Arzt und die geeigneten Arzneimittelbedingungen zu den geeigneten Tarifbedingungen zu bekommen und dafür die richtige Krankenkasse zu finden. Insofern steuern wir möglicherweise auf ein System der neuen Unübersichtlichkeit zu. Das sollte in jedem Fall bei der Ausgestaltung der Tarife und der Verträge vermieden werden.

Ein sehr wichtiger Aspekt ist, dass Patientinnen und Patienten wissen wollen, welche Qualität ihnen durch Versorgungsverträge geboten wird. Die Verträge selber sind unter Wettbewerbsbedingungen weitestgehend vertraulich, also geheim. Deshalb haben wir in diese Verträge keine Einsicht. Aber wichtiger ist, dass sich zum Beispiel neue Versorgungsformen an einem System der Qualitätssicherung beteiligen, sodass die betreffenden Daten transparent gemacht werden, damit in einem externen Qualitätsvergleich, wie er schon heute im Krankenhausbereich - er ist aber noch nicht transparent - üblich ist, die Ergebnisse dieser Verträge für die Verbraucherinnen und Verbraucher nachvollziehbar sind.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an den AOK Bundesverband und an den Verband Leitender Krankenhausärzte. Die Gesamtvergütung der Krankenkassen für ärztliche Leistungen soll künftig an der Morbidität der Versicherten ausgerichtet sein. Somit geht das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen über. Wie beurteilen Sie das aus wettbewerbspolitischer Sicht angesichts im Prinzip gedeckelter Versicherungsbeiträge?

Eine Zusatzfrage: Ergeben sich aus der Einführung des Morbiditätsrisikos Implementierungskosten oder dauerhafte Kosten?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal akzeptieren wir, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen soll. Das ist eine Entscheidung, die als solche der Politik zusteht. Wenn sie so getroffen werden soll, ist das in Ordnung. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass, wenn sich die Ausgaben nach der Morbidität richten, auch die Einnahmen der Kassen nach Morbiditätskriterien verteilt werden müssen. Der RSA ist zumindest aus der Sicht der AOK - in dieser Hinsicht rede ich aber wohl für alle Kassen - im Grundsatz mindestens gleichzeitig, wenn nicht schon ein Jahr vorher so zu gestalten, dass auch die Einnahmen nach Morbiditätskriterien verteilt werden.

Welche Wirkungen wird das haben? Die Wirkungen sind, wie Herr Dr. Partsch schon sagte, für die Kassen schwer vorhersehbar. Wir haben es mit der doppelten Dynamik zu tun, dass die Mengen nach der Morbidität weiterge-

schrieben werden sollen, während der Preis nicht nach dem Grundlohn fortgeschrieben wird, sondern nach Kostengesichtspunkten. Diese doppelte Dynamik wird teuer, Herr Abgeordneter. Die Krankenkassen werden sehr viel Geld ansammeln müssen. Wenn der allgemeine Kassenbeitrag von der Politik dann nicht angehoben wird, läuft das alles in den Zusatzbeitrag, den die Versicherten kassenindividuell bezahlen müssen. Herr Abgeordneter, das ist eine Welt, die nicht meine Traumwelt ist. Ich würde Sie dringend bitten, Ihren Einfluss geltend zu machen, dass diese Welt so nicht kommt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte wird erst nachher gehört.

Sie können noch anderthalb Minuten Fragen stellen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die würde ich für nachher aufsparen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Okay.

Dann kommen wir zur nächsten Fragerunde der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an einen Spitzenverband der Krankenkassen, wahrscheinlich die AOK, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Hartmannbund und Professor Neubauer. Mit der Einführung der Gebührenordnung soll die Leistungsmenge über Preise gesteuert werden. Deswegen ist für den Bewertungsmaßstab vorgesehen, dass die Preise über die Orientierungswerte mit zunehmender Leistungsmenge sinken. Der Bewertungsausschuss soll auch die Abstufung der Preise nach betriebswirtschaftlichen Kriterien definieren, also § 87 Abs. 2. SGB V. Neben der Abstufung der Preise in der Gebührenordnung existieren die Regeln der Mengensteuerung gemäß § 85 b Abs. 2 SGB V mit einer eigenen Vorschrift zur Abstufung des Preises bei Überschreiten des arztbezogenen Regelleistungsvolumens. Wird mit den neuen Regeln zur Abstufung auch unter den Bedingungen

der Gesamtvergütung eine Abkehr von der bisherigen Budgetierung vollzogen? Wie kann die gemeinsame Selbstverwaltung beide Verfahren der Abstufung der Preise für den betroffenen Vertragsarzt nachvollziehbar und schlüssig umsetzen? Sind die Abstufungsregeln untereinander verträglich? Wird damit das Versprechen aus den Eckpunkten eingehalten, dass die Fixkosten einer Standardpraxis in jedem Fall vergütet werden?

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesverband): Die Frage geht in die Richtung, ob das System, das im Gesetzentwurf vorgeschlagen ist, insgesamt stimmig ist, ob es umsetzbar ist und ob es nachvollziehbar ist. Es sind verschiedene Methoden der Abstufung bei der Mengensteuerung vorgesehen, die dem Ziel dienen, eine nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung und eine nicht finanzierbare Belastung der Krankenkassen zu vermeiden. Diese Maßnahmen sind grundsätzlich erforderlich.

Auf der Ebene des EBM gibt es eine Abstufungsregelung, die sicherstellen soll, dass Fixkosten, die bereits gedeckt sind, nicht weiter vergütet werden. Zu diesem Zweck wird der Preis abgestuft, wenn eine bestimmte Menge an Leistungen je Arztpraxis überschritten wird. Das ist sinnvoll und unproblematisch. Dies kann man umsetzen.

Auf der Arzzebene gibt es das sogenannte arztbezogene Regelleistungsvolumen, das die Gesamtmenge der vom Arzt abgerechneten Leistungen begrenzt und bei Überschreitung der Gesamtmenge eine Abstufung vorsieht, deren Höhe vom Bewertungsausschuss festzulegen ist. Diese beiden Maßnahmen widersprechen sich nicht. Man muss lediglich sicherstellen, dass die auf der Ebene des EBM abgestuften Punktzahlen auch bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens des Arztes berücksichtigt werden; er darf nicht zweimal abgestuft werden. Dabei geht es um eine Frage der Abrechnungstechnik. Dies können die kassenärztlichen Vereinigungen leisten. Es ist keine Schwierigkeit, sicherzustellen, dass ein Arzt nicht zweimal bei derselben Leistung abgestuft wird. Das heißt, wenn ein Arzt beim EBM abgestuft wird, wird er sein Regelleistungsvolumen erst viel später ausschöpfen, als es ohne diese Abstufung der Fall wäre.

Hier sehe ich keinen Widerspruch und meine, dass beide vorgesehenen Regelungen ihre Logik und Begründung haben und dass sie beide miteinander sehr wohl kombiniert werden können. Ich meine, auch den Ärzten kann erklärt werden, was Sinn und Notwendigkeit dieser Abstufungen sind. Im Grunde geht es darum, dem Arzt einen festen Preis, der nicht zu niedrig ist, zu garantieren. Dies lässt sich nicht machen, wenn in diesem System nicht wirksame Instrumente der Mengensteuerung etabliert werden. Das liegt im Interesse der Ärzte, die sich auf notwendige Leistungen beschränken und eine sinnvolle Medizin betreiben. Sie werden an dieser Stelle nicht bestraft werden, sondern sie werden von diesen Regelungen weniger betroffen sein als Ärzte, die sehr große Praxen betreiben und in die Menge gehen. Diese Ärzte werden von der Abstufung getroffen und das ist eine sinnvolle Maßnahme, die auch innerärztlich nicht umstritten sein sollte.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir halten es nicht für möglich, diese beiden unterschiedlichen Abstufungsregelungen widerspruchsfrei umzusetzen. Während sich die erste Abstufungsregelung in der Gebührenordnung an der Kostenstruktur der Praxen einer Arztgruppe orientiert, orientiert sich die zweite Abstufungssystematik am Versorgungsbedarf, an der ermittelten Punktzahlsumme auf der Basis des Vorjahres. Diese Punktzahlsumme über die Gesamtheit aller Vertragsärzte einer kassenärztlichen Vereinigung wird dann durch die Anzahl der Ärzte geteilt. Bei einer KV mit hoher Arztdichte ist dieses Regelleistungsvolumen möglicherweise so klein, dass die nicht nach Fixkosten abzustaffelnden Leistungen schon in eine Abstufung durch das arztbezogene Regelleistungsvolumen laufen. Genau den umgekehrten Effekt gibt es bei Flächen-KVen. Man wird nicht erreichen, ein klares Preissignal und das Signal zu setzen, dass bei Fixkostendeckung eine Abstufung erfolgt, weil das arztbezogene Regelleistungsvolumen, das aus regionalen Versorgungsdaten ermittelt wird, dies konterkarieren wird.

SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.): Die Steuerungswirkung auf das Ausgabenvolumen einer Krankenkasse erfolgt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht nur über die Pauschalie-

rung und den Bewertungsmaßstab, sondern daneben auch noch über eine Abstufung für Leistungen, die über das festgesetzte Regelleistungsvolumen hinausgehen. Mit der Festlegung der Höhe des arztbezogenen Regelleistungsvolumens in Abhängigkeit von der Anzahl und dem Tätigkeitsumfang der Ärzte einer Arztgruppe und damit letztlich der Übertragung des Arztlisikos auf die Ärzteschaft wird neben den geltenden Preisen bei Feststellung der Überversorgung die Vergütung der erbrachten Leistungen des Arztes zusätzlich beschnitten, sodass es fraglich ist, ob überhaupt noch die Fixkosten einer Arztpraxis mit arztbezogenem Regelleistungsvolumen und Abstufungsregelungen im EBM gedeckt werden. Die versprochene Kalkulations- und Planungssicherheit wird durch die Mehrfachabstufung nicht gewährleistet. Unserer Meinung nach besteht mit dem hohen Pauschalierungsgrad des Bewertungsmaßstabes nach § 87 Abs. 2 a SGB V zusammen mit der Abstufungsregelung ein ausreichendes Mengensteuerungsinstrument. Die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 85 b SGB V in der Fassung des GKV-WSG lehnen wir ab. Der Hartmannbund schließt sich daher der Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur vorgesehenen Vergütungsregelung an und unterstützt nachdrücklich den Umsetzungsvorschlag der KBV.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich kann mich den beiden zuletzt geäußerten Meinungen anschließen. Man muss einfach berücksichtigen, dass diese Leistungssteuerung insgesamt zur Ausgabenstabilisierung verwendet wird. Das ist der eine Teil. Die Budgetvolumina sollen aber so gestaltet werden, dass sie die Fixkosten abdecken. Wenn beides zusammen erreicht wird, wäre es aus meiner Sicht eher ein Zufall. Mein Vorredner hat davon gesprochen, dass es auch von der Arztlzahl abhängt. Weil es so ist, meine ich, dass es durchaus ein vernünftiger Vorschlag wäre, die Budgetierung nach Fixkosten fallen zu lassen, und zwar auch deswegen, weil man betriebswirtschaftlich die Fixkosten nie richtig feststellen kann. Jede Arztgruppe und jede Leistungserbringungsform - Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft etc. - wird jeweils andere Praxiskosten und andere Fixkosten aufweisen. Wenn das in das Gesetz hineingeschrieben wird, kann jeder Arzt einen Prozess führen; denn die jeweiligen Fixkosten wird man betriebswirtschaftlich nie sauber kalkulieren

können. Das gibt nur Rechtsstreitigkeiten und Unsicherheiten. Deswegen wäre ich für den Vorschlag, eine Ausgabensteuerung insgesamt vorzusehen, es aber auf der Arzzebene sein zu lassen. Dabei ergibt sich natürlich die Frage, wie es dann, wenn es überschritten wird, arztintern gesteuert wird. Das Problem bleibt ja irgendwo. Aber die jetzige Regelung halte ich für in sich widersprüchlich und auch für einen Ansatzpunkt für Frust und Streit, insbesondere Rechtsstreitigkeiten, weil sich diese Kosten betriebswirtschaftlich so nicht nachweisen lassen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich möchte noch eine Frage an Professor Neubauer stellen. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 haben wir uns immer wieder bemüht, den Vertragswettbewerb auszubauen. Auch jetzt gibt es wieder einige Vorschläge hinsichtlich des selektiven Vertragsabschlusses mit einzelnen Ärzten. Welche Vorteile bringt der Ausbau des Vertragswettbewerbes für das Gesamtsystem? Wie wirkt die wettbewerbliche Orientierung über Einzelverträge im Zusammenspiel mit weiteren jetzt neu einzuführenden Regelungen, etwa der Reform der Organisation? Sehen Sie den Sicherstellungsauftrag der KV durch das selektive Kontrahieren infrage gestellt?

Additiv noch eine Frage an die Krankenkassen mit der Bitte, dass eine antwortet: Der neue § 73 c SGB V ermöglicht es den Krankenkassen, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch den Abschluss von Selektivverträgen anzubieten. Wie werden Sie von der neuen Möglichkeit Gebrauch machen? Was könnte Sie gegebenenfalls daran hindern, Selektivverträge abzuschließen?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Es besteht überhaupt kein Zweifel, dass Selektivverträge immer wettbewerblicher wirken als Kollektivverträge. Ich meine, dass auch im Gesundheitssektor durch Selektivverträge und damit durch die Wahl von Vertragspartnern sehr viel mehr Wettbewerb etabliert werden kann. Von daher bin ich uneingeschränkt für das vorgeschlagene Instrument der Selektivverträge. Ich bin aber nicht dafür, dass man quasi per Gesetz Gruppen ausschließt. Mein Ansatz wäre: Wenn man schon den KVen die Möglichkeit gibt, Servicegesellschaften zu gründen, dann sollten auch solche Gesellschaften als mögliche Vertragspartner zugelassen werden. Damit hätten

wir einen Spieler mehr im System. Die Servicegesellschaften unterscheiden sich von der KV dadurch, dass man nicht Mitglied sein muss. Von daher können die Servicegesellschaften - es geht ja immer um Gruppen - in den Wettbewerb mit anderen Leistungserbringergruppen eintreten. Das halte ich für vernünftig und für fair. Die KV muss sich als Körperschaft des öffentlichen Rechts auf die Beiträge beschränken, die anstelle des Staates erbracht werden. Solche Funktionen sehe ich sehr viel weniger, als sie heute wahrgenommen werden. Aber sie wird es auch weiterhin geben. Meine Antwort lautet daher: Ja, aber die Servicegesellschaften stärker mit einbinden. Es gibt keinen Grund, Servicegesellschaften hinauszuerwerfen. Dann hätte man sie gar nicht zuzulassen brauchen.

Insgesamt bin ich der Meinung, dass Selektivverträge den Wettbewerb beleben. Letzten Endes wird es darum gehen, nicht Patienten generell auszuschließen, sondern Patienten neue, alternative Versorgungsformen anzubieten. Wettbewerb bereichert nun einmal das Angebot und nimmt nicht von vornherein etwas weg. In dieser Form kann man den Vorschlag, wie ich meine, unterstützen.

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Ich werde versuchen, für die Spitzenverbände insgesamt zu sprechen. - Es geht um die Frage: Wie werden wir von der neuen Möglichkeit des § 73 c SGB V Gebrauch machen? Ich meine intensiv. Wir begrüßen die Möglichkeit, weitere Einzelverträge im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung abzuschließen. Man muss vielleicht als Manko festhalten, dass § 73 c SGB V ausschließlich auf die ärztlichen Leistungen zielt. Wenn es darum geht, sektorübergreifende Versorgungsprozesse zu organisieren, wird weiterhin der Bereich der integrierten Versorgung an erster Stelle stehen.

Wir können nicht nachvollziehen, dass im Bereich der Selektivverträge die kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner vorgesehen werden. Damit würde den KVen quasi eine Art Selbstkontrahierungsrecht im Kollektivvertrags- und im Einzelvertragssystem ermöglicht werden.

Die Möglichkeit der Nutzung des § 73 c SGB V wird man auch unter der Fragestellung des Finanzierungssystems in der GKV bewerten müssen. Wenn ab 2009 der Gesundheits-

fonds so greift, wie er jetzt vorgesehen ist, werden Krankenkassen kaum noch in der Lage sein, zusätzliche Mittel zu verwenden, um Einzelverträge abzuschließen. Gerade im Bereich des § 73 c SGB V wird man nur dann zu Vertragsabschlüssen kommen können, wenn man den Leistungserbringern bessere Konditionen bietet als im Kollektivvertragssystem. Bessere Konditionen heißt mehr Geld. Mehr Geld wird unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds nur dann zur Verfügung stehen, wenn man Zusatzbeiträge erhebt. Aber das werden sich die Kassen nicht leisten können.

Ein letzter Kritikpunkt am § 73 c SGB V ist, dass Gegenstand der Versorgungsaufträge in diesem Bereich auch Leistungen sein können, über deren Eignung der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Damit sehen wir die Gefahr, dass in diesem Bereich auch Leistungen vereinbart werden, die sich hinsichtlich der Einführung in das GKV-System nicht an den sonst üblichen Regeln haben messen lassen müssen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Bausch, den Hausärzterverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die mit dem GMG eingeführte Verpflichtung der Kassen, den Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten, wird im GKV-WSG im § 73 b SGB V auf eine neue Grundlage gestellt. Zum einen werden jetzt inhaltliche Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet. Zum anderen werden die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließenden Verträge aus dem Gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Darüber hinaus werden die Kassen ausdrücklich verpflichtet, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Kassen ihren Versicherten auch eine flächendeckende Versorgung anzubieten. Wie bewerten Sie diese Regelungen insbesondere im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen? Wie bewerten Sie dies ordnungspolitisch bzw. wettbewerbspolitisch?

SV Dr. Jürgen Bausch: Herr von Stackelberg hat vorhin ein Signal gegeben, was Ihnen wahrscheinlich so gar nicht aufgefallen ist. Er hat nämlich gesagt, dass die Übernahme des

Morbiditätsrisikos, die für die Zukunft geplant ist, für die Krankenkassen teuer werden wird. Damit räumt Herr von Stackelberg etwas ein, was die KVen in den letzten Jahren und Jahrzehnten getan haben. Die KVen haben nämlich organisiert, dass das Morbiditätsrisiko bei den Ärzten gelandet ist und dass die Kranken unter dem Gesichtspunkt der Morbidität versorgt worden sind, wobei über die Honorarverteilungsmaßstäbe dafür Sorge getragen wurde, dass einigermaßen, also ohne große Ausfälle, eine Versorgung stattgefunden hat. Das hat das KV-System geleistet.

Jetzt treten wir in eine neue Welt von verschiedenen Vertragsformen ein. Aber derjenige, der bisher sichergestellt hat, dass in Bezug auf Morbidität ordnungsgemäß versorgt worden ist, soll nun plötzlich nicht mehr möglicher Vertragspartner in einem solchen Versorgungssystem sein! Mir kann niemand klar machen, was das mit Wettbewerb zu tun hat. Im Grunde genommen soll ein wichtiger Akteur, der die ganzen Jahre die Arbeit gemacht und Probleme gelöst hat, von den neuen Möglichkeiten ausgeschlossen werden. Das ist genauso, als wenn die Bundesbahn demnächst zwar privatisiert, ihr aber verboten wird, von Frankfurt nach Berlin oder von Hamburg nach Berlin zu fahren, sie je doch verpflichtet wird, auf den kleinen Regionalstrecken dafür Sorge zu tragen, dass die Schüler und die Berufspendler befördert werden, und zwar morgens, abends und an Sonn- und Feiertagen. So kann man mit Systemen nicht umgehen. Man kann dann auch nicht sagen, dies sei Wettbewerb. Das ist keine Wettbewerbsförderung, sondern Wettbewerbsbehinderung.

SV Rainer Kötzle (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Frau Widmann-Mauz, wir sehen die Regelungen, die als Teilnahmevoraussetzungen für die Inanspruchnahme des § 73 b SGB V getroffen wurden, durchaus kritisch. Ich meine, dass zur Qualitätsfrage noch Konkretisierungen getroffen werden müssen. Die Qualitätsfrage ist auch in § 73 b SGB V wichtig, wie es schon vorhin angesprochen wurde. Aber im Interesse einer Konkretisierung ist es notwendig, festzulegen, was unter den Worten „unter Leitung ... geschulter Moderatoren“ - diese Worte sind noch zu unklar - oder unter den Worten „Behandlung nach ... evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“ - auch diese Worte sind noch zu ungenau - zu verstehen ist.

Hinsichtlich der Verpflichtung der Kassen, flächendeckende hausarztzentrierte Verträge anzubieten, sind wir absolut der Meinung, dass das richtig ist, weshalb wir dies unterstützen. Wir sind auch der Auffassung, dass bei selektiven Verträgen, also bei freien Verträgen, eine Einrichtung mit einer Pflichtmitgliedschaft wie die kassenärztlichen Vereinigungen nicht vertreten sein sollte. Auch in dieser Hinsicht meine ich, wie es schon Herr Ballast angesprochen hat, dass das aufgrund der Systematik des § 73 c SGB V nicht unbedingt einzusehen ist. Sie müssen immer davon ausgehen, dass die Mitgliedschaft der Ärzte zwingend ist. Das ist auch das Problem bei den Servicegesellschaften der KVen. Wenn man das in den Wettbewerb hineingeben würde, müsste geregelt werden, dass damit nicht automatisch eine Pflichtmitgliedschaft verbunden ist. Der Unterschied besteht darin, Herr Bausch, dass es im Wettbewerbsbereich keine körperschaftlichen, unterstaatlichen Strukturen geben sollte oder müsste. Es bleibt natürlich der Kollektivvertragsbereich übrig, der ja nicht klein ist. Er ist nach wie vor von den KVen zu regeln. So ist auch die Frage der Sicherstellung zu regeln. Ich meine, dass sowohl über die bestehen bleibende kollektivvertragliche Regelung im KV-Bereich als auch dann, wenn Veränderungen über den freien Vertragsbereich stattfinden, eine Einigung für eine erfolgreiche Gestaltung der Sicherstellung möglich ist.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Der Entwurf sieht ja vor, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, solche Verträge anzubieten, und dass sich kleine Kassen zu Kooperationen zusammenschließen müssen, vielleicht sogar fusionieren werden, um solche Verträge anzubieten. Er enthält eine obligate Bereinigungsvorschrift. Insofern ist Ihre Frage, Frau Widmann-Mauz, ob man davon ausgehen kann, dass solche Verträge flächendeckend angeboten werden, mit Ja zu beantworten. Allerdings wird das kein Prozess sein, der sich innerhalb eines Jahres vollziehen kann. Das gefährdet wiederum die besondere Situation, dass der Sicherstellungsauftrag in diesem freien Bereich zunächst einmal auf die Krankenkassen übergeht und dass dann, wenn eine Krankenkasse einen solchen Vertrag nicht schließt, wieder einmal die KV sicherzustellen hat. Das ist erneut die doppelte Absicherung, die wir nicht leisten können, weil wir dort keine Wettbewerbsmöglichkeiten haben.

Die wettbewerbsrechtliche Frage ist für mich dahin gehend zu beantworten, dass ich keine Wettbewerbsordnung erkenne. Warum sind KVen in § 73 b SGB V nicht Vertragspartner, in § 73 c SGB V Vertragspartner? Warum können die Dienstleistungsgesellschaften nicht Vertragspartner sein, so auch in § 140 SGB V? Diese Fragen kann mir niemand schlüssig beantworten. Im Übrigen sind die Dienstleistungsgesellschaften keine Gesellschaften mit Pflichtmitgliedschaft. Wir wären auf diesem Gebiet einer von vielen potenziellen Wettbewerbern.

Ich kann auch nicht verstehen, warum man uns ausnehmen will. Niemand muss mit uns in diesem freien Geschäftsfeld Verträge abschließen. Aber die Möglichkeit, solche Verträge mit uns abzuschließen, wird doch vielleicht die eine oder andere Krankenkasse nutzen wollen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Wir kommen dann zu der zweiten Fragerunde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage bezieht sich auf den Prozess der integrierten Versorgung. Ich möchte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der DKG und dem Deutschen Pflegerat folgende Frage beantwortet haben: Der Gesetzentwurf sieht die Möglichkeit vor, künftig auch Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung einzubeziehen. Wie beurteilen Sie diese Möglichkeit? Halten Sie die vorgesehene Regelung zur Abgrenzung der Finanzierung für sinnvoll?

Ich stelle eine zweite Frage: Inwieweit können durch die Neuregelung dieses Gesetzes nicht-ärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepten einbezogen werden?

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Grundsätzlich begrüßen wir, dass jetzt auch die Pflegekassen und die Pflegeversicherungen Teil von Konzepten zur integrierten Versorgung werden können. In der Vergangenheit gab es bei der integrierten Versorgung zwar einen sehr dynamischen Prozess. Aber es war eine Reihe von Versorgungskonzepten zu verzeichnen, die eine Entlastung der Pflegever-

sicherungen dergestalt vorgesehen hätten, dass Pflegebedürftigkeit vermieden oder eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit hinausgezögert würde, die aber angesichts der an dieser Stelle unzureichenden Gesetzeslage nicht verwirklicht werden konnten. Das wird zukünftig möglich sein.

Bei der Finanzierung sehen wir das Problem, dass kein direktes Zusammenspiel zwischen Kranken- und Pflegekassen sowie Leistungserbringern erfolgen kann, sondern - so interpretieren wir die Gesetzesregelung - dass es dann eine einseitige Vergütungsbeziehung zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen geben wird und dass das in den Integrationsprozess eingebracht wird, der zusammen mit den Krankenkassen gestaltet wird. Das hätte man einfacher und direkter regeln können.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir halten wegen des sektorübergreifenden Ansatzes - die integrierte Versorgung heißt ja deshalb so - die Einbindung der Pflege für sinnvoll und richtig. Das wird die Versorgungsqualität verbessern.

Die Finanzierungsregelungen halten wir nicht für ausreichend transparent und sinnvoll.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Wir sehen die Transparenz in den Finanzierungsbeziehungen ähnlich problematisch, wie es Herr Dr. Köhler sagte. Je mehr Leistungserbringergruppen sinnvollerweise in Integrationsverträge einbezogen werden, umso stringenter stellt sich die Frage, ob die Art der Finanzierung über Teilbudgets aus Teilleistungsbereichen weiterhin aufrechtzuerhalten ist. Es besteht die Gefahr, dass durch die Intransparenz Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte für andere Leistungsbereiche zugunsten der Krankenkassen über die Abschöpfungen die Rechnung bezahlen.

Sve Gabriele Simon (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Der Deutsche Pflegerat begrüßt, dass der Gesetzgeber die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen schaffen wird, um die soziale Pflegeversicherung in die Verträge zur integrierten Versorgung einzubinden. Durch diese Verknüpfung können Ver-

sorgungskonzepte angeboten werden, die den Menschen in seiner ganzen Betroffenheit von Krankheit und Pflegebedürftigkeit wahrnehmen, um so eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Um die erwünschte Beteiligung der Pflege bei den Integrationsverträgen umzusetzen, sind notwendige strukturelle und inhaltliche Voraussetzungen zur Schaffung von Heilberufs- oder Berufsausweisen im Sinne des § 291 a SGB V in der elektronischen Gesundheitskarte anzugehen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich bitte auch die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung, diese Frage zu beantworten.

SV Dr. Thomas-F. Gardain (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.): Wir begrüßen die Einbindung der Pflegekassen und auch die erweiterten Möglichkeiten, weil wir bei den Vertragsentwicklungen gesehen haben, dass sehr vielversprechende Modelle, die im Rahmen der GKV Pflegeleistungen initial mit abgedeckt haben, an der Grenze zur Pflegekasse unterbrochen worden sind. Insofern ergeben sich jetzt neue vertragliche Möglichkeiten.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Eh möchte im Bereich der integrierten Versorgung verbleiben. Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände, an den Bundesverband Managed Care und an die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung. Wie beurteilen Sie die Aussichten für die vertraglichen Regelungen, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung bewirken sollen?

Die weitere Frage lautet: Worin sehen Sie aus Ihrer Sicht die größten Probleme für Abschlüsse im Bereich der integrierten Versorgung?

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Wenn man die Entwicklung der integrierten Versorgung in den letzten zweieinhalb Jahren betrachtet, dann stellt man zunächst eine sehr große Dynamik fest. Es gibt inzwischen 2 600 Verträge, die am Anfang auch aufgrund eines politisch induzierten Zeitdruckes sicherlich eher kleinteilig ausgefallen sind. Insbesondere im Jahr 2006 erleben wir aber, dass die Verträge immer komplexer werden und einen größeren Bevölkerungsbezug bzw. eine höhere Flächendeckung aufweisen. Deswegen meinen wir, dass eine

gesetzliche Vorgabe für die weitere Ausgestaltung der Verträge über integrierte Versorgung im Hinblick auf die Bevorzugung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung insgesamt eher kontraproduktiv wirken wird. Der Prozess ist zwar sehr dynamisch. Aber er befindet sich immer noch in einem Stadium, in dem er sehr stark von Suchprozessen gestaltet wird. Diese Suchprozesse würden sonst in eine bestimmte Richtung gelenkt werden, die im Moment nicht angezeigt ist. Deswegen bitten wir, die integrierte Versorgung so, wie sie jetzt gestaltet ist, sich weiterentwickeln zu lassen, um zu einem späteren Zeitpunkt darüber nachzudenken, ob es notwendig ist, bestimmte Vertragsformen oder Versorgungskonzepte zu fördern oder zu benachteiligen.

Die größten Probleme für den Abschluss von Verträgen sehen wir im Wesentlichen in zwei Aspekten.

Der eine Aspekt ist, dass in der integrierten Versorgung die Frage der Arzneimittelversorgung bislang unzureichend geregelt war, beispielsweise die Kombination mit Rabattverträgen oder die günstigere Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken; das ist zumindest durch die Kombination mit Rabattverträgen jetzt wahrscheinlich besser geregelt. Für den Bereich der Krankenhausapotheken hat es in einer Entwurfsfassung eine progressive Regelung gegeben, die es aber nicht bis in den Kabinettsentwurf geschafft hat.

Der zweite Aspekt ist die Pflegeversicherung. Wir haben darauf hingewiesen, dass auf diesem Gebiet bestimmte Versorgungskonzepte nicht realisiert werden konnten. Auch das wird jetzt angegangen.

Insgesamt meinen wir, dass der Weg der integrierten Versorgung weiterhin erfolgversprechend sein wird. Es ist aber noch nicht die Zeit, um zu sagen, dass wir den Prozess in eine bestimmte Richtung lenken sollten, weil sonst die Risiken stärker als die Chancen werden.

SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.): Zunächst einmal können wir uns der Auffassung des Vorredners anschließen. Die populationsbezogene Flächendeckung ist ein relativ unbestimmter Begriff, weist aber offensichtlich in die richtige Richtung. Wir sind jedoch der Meinung, dass dies zu früh kommt und viel zu schnell erwar-

tet wird. Denn wenn man die vielen so genannten kleinen Indikationsverträge wegfällen lassen würde, dann würde die Trainingsmöglichkeit, die für die integrierte Versorgung notwendig ist, abgeschafft. Dies wäre sicherlich kontraproduktiv.

Im Bundesverband Managed Care haben wir eine ganze Zahl von indikations- und populationsbezogenen Verträgen untersucht und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass das gesundheitsökonomische Potenzial auch in kleinen Verträgen enthalten ist und die Verbesserung der Versorgung durch solche Verträge sinnvoll ist. Deswegen plädieren wir vehement dafür, den Begriff „populationsbezogene Flächendeckung“ entfallen zu lassen, weil sonst die integrierte Versorgung unnötig gebremst werden würde und die Entwicklungen in die Richtung der populationsbezogenen Versorgung problematisiert werden würde.

Welches sind die Probleme? Es gibt eine ganze Menge von Problemen. Ich habe schon erwähnt, dass zum Teil die Erfahrung fehlt. Es müssen komplexe Sachverhalte geregelt werden und es gibt viele Beteiligte. Auch Managementfragen müssen geklärt werden. Das alles sind Aufgaben, für die Zeit und Erfahrung benötigt werden. Somit müsste man für die Anschubfinanzierung vielleicht längere Zeiträume ansetzen.

Herr Professor Amelung könnte sich jetzt zu einer Spezialfrage äußern.

SV Prof. Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e.V.): Ich würde gern den Punkt flächendeckende versus indikationsorientierte integrierte Versorgung aufgreifen. Wir haben eine umfangreiche Studie zur Auswertung von bestehenden Integrationsverträgen durchgeführt. Dabei haben wir insbesondere bei sehr hoch spezialisierten Integrationsverträgen ein erhebliches gesundheitsökonomisches Potenzial gesehen. Bei der Beurteilung von Integrationsverträgen muss man zwischen der gesundheitsökonomischen Perspektive, der Sicht der Patienten, der Sicht der medizinischen Leistungserstellung und der Sicht der Betreiber sehr sauber trennen. Gerade eine hoch spezialisierte integrierte Versorgung wie die Versorgung von Lungentransplantierten bietet häufig im Einzelfall ein extremes Verbesserungspotenzial. Man sollte dabei weniger

auf die Breite schauen, sondern vielmehr auf die Optimierung von Schnittstellen sehen.

SV Dr. Thomas-F. Gardain (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.): Grundsätzlich will ich mich den Vorrednern anschließen. Wir sehen in der Definition der Begriffe „flächendeckend“, „populationsbezogen“ und „Volkskrankheiten“ Interpretationsspielräume, die zu Unsicherheiten führen. Das sollte man im Stadium der Entwicklung möglichst vermeiden. Am Stichtag 30. September gab es mehr als 3 000 Verträge in Deutschland, also eine ungebrochene Dynamik. Es gibt kaum ein Indikationsgebiet, das mittlerweile nicht durch Integrationsverträge abgedeckt ist, auch wenn sie nur lokale Bedeutung haben. Aus diesen Verträgen erwarten wir eine große Erfahrung, was das Roll-out in den nächsten Jahren zu flächendeckenden Verträgen ermöglicht. Insofern ist die Einschränkung per Definition aus unserer Sicht eher nicht wünschenswert.

Welche Probleme gibt es? Wir sehen sie insbesondere bei größeren Volkskrankheiten abdeckenden Verträgen über integrierte Versorgung, die einen höheren medikamentösen Verschreibungsaufwand nach sich ziehen, zum Beispiel Schlaganfallverträge. Die niedergelassenen Ärzte werden damit konfrontiert, dass die Teilnahme an solchen Verträgen nicht zwangsläufig eine Entlastung bei den Praxisbudgets mit sich bringt. Vielmehr erfahren sie, dass sie, wenn sie sich an solchen Verträgen beteiligen, möglicherweise ein größeres Praxisverschreibungsvolumen haben, wofür sie sich dann mit einem erheblichen Aufwand rechtfertigen müssen. Hier stellt sich die Frage, ob die Teilnahme an IV-Verträgen als Praxisbesonderheit anerkannt wird, wenn es um das Arzneimittelbudget geht.

Ferner sehen wir, dass die Durchdringung bei der Bevölkerung, was die Wahrnehmung integrierter Versorgung angeht, aufgrund der Definition noch schwierig ist. Wir wünschen uns eine höhere Verbindlichkeit für die Versicherten zur Teilnahme an qualitätsgesicherten Verträgen über integrierte Versorgung, damit die Krankenkassen und die Leistungserbringer in der Lage sind, über Mengeneffekte sowohl medizinisch sinnvolle Strukturen aufzubauen als auch kostentechnisch wirtschaftliche Ressourcen zu heben, die der Gesamtheit der Versicherten einer Kasse zugute kommen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe eine Frage zur Anschubfinanzierung. Wir werden sie jetzt verlängern. Ich frage die Spitzenverbände, die KBV und die DKG, ob sie das für sinnvoll und notwendig halten.

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Die Anschubfinanzierung steht aus zwei Gründen schon jetzt im Gesetz. Der eine Grund ist, dass bei dem bestehenden Budget im Arzt- und im Krankenhausbereich Leistungsströme, die in der integrierten Versorgung neu gelenkt werden, nicht automatisch durch entsprechende Finanzströme abgesichert werden können. Deshalb sorgt die Anschubfinanzierung durch den pauschalen Abzug von den Budgets dafür, dass die Finanzströme umgelenkt werden können.

Der zweite Grund, weshalb integrierte Versorgungen überhaupt eine Anschubfinanzierung brauchen, ist, dass fast alle Projekte in der Anfangsphase zunächst nicht kostendeckend oder nicht ertragsorientiert arbeiten können, sondern zunächst einmal eine Zusatzfinanzierung von der Seite der Kassen benötigen. Diese Zusatzfinanzierung wird durch die Anschubfinanzierung sichergestellt.

Es ist schon allein deshalb sinnvoll und notwendig, die Anschubfinanzierung zu verlängern, weil die Honorarreform im Arztbereich frühestens am 1. Januar 2009 in Kraft treten wird. Ob das so sein wird, darüber haben wir schon vorhin gesprochen. Auch im Krankenhausbereich wird die Neugestaltung der Vergütungen erst zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen sein können. Wir hätten uns gewünscht, dass bei der Verlängerung der Anschubfinanzierung auch eine Erhöhung der Mittel in das Gesetz hineingekommen wäre, weil wir schon jetzt feststellen, dass in manchen Regionen und bei manchen Kassen die 1-Prozent-Finanzierungsmarge ausgeschöpft ist und insoweit für diese Regionen und für diese Kassen der Anreiz, Integrationsverträge neu abzuschließen, geringer wird. Das geht aber nicht konform mit dem politischen Willen, in diesem Bereich noch mehr Vertragsabschlüsse zu fördern.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir halten die Verlängerung für notwendig und zweckmäßig, weil es

an risikoadäquaten Bereinigungsverfahren im Moment fehlt, geben aber zu bedenken, dass die notwendige Transparenz dessen, was bereinigt wird, für uns nicht nachvollziehbar ist. Wenn von den ohnehin schon begrenzten Finanzmitteln in den Gesamtvergütungen Abzüge für integrierte Versorgungen erfolgen, müssen wir rechtlich die Transparenz dafür einfordern, ob etwas überhaupt ein Integrationsvertrag ist. Mit der Hinterlegung des Deckblattes und der Unterschriften gelingt das derzeit nicht. Wir sind völlig unsicher und müssen deswegen klagen, um zu klären, ob die Abzüge gerechtfertigt sind. Zwar wollen wir der Verlängerung der Anschubfinanzierung zustimmen, gleichwohl brauchen wir Transparenz.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Aus der Sicht der DKG gibt es eine gewisse Distanz zu dem Vorhaben der Verlängerung. Wir sind der Meinung, dass wir uns aufgrund der Struktur der Krankenhausvergütung schon sehr nahe an einem Zustand bewegen, bei dem man Leistungen durchaus bereinigen könnte, weshalb es allein aus diesem Grund im Krankenhausbereich nicht so notwendig wäre. Wir sehen aber das Problem, dass das Herausrechnen solcher Leistungen im niedergelassenen Bereich deutlich schwieriger ist.

Aus unserer Sicht ist nach wie vor die Ungleichgewichtigkeit in der Finanzierung problematisch: Die Krankenhäuser zahlen von etwa 500 Millionen Euro 1 Prozent potenziell ein. Bei dem niedergelassenen Bereich sind 1 Prozent 220 Millionen Euro. Ferner muss man berücksichtigen, dass die Krankenhäuser in weitaus unterproportionalem Maße aus den Verträgen Nutzen und Erlöse erzielen. Sie zahlen zwar überproportional ein, erhalten aber unterproportional Leistungen. Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, die Höhe der Quoten beizubehalten. Man könnte sich durchaus vorstellen, dass Krankenhäuser angesichts ihrer niedrigeren Partizipation weniger als 1 Prozent als gesetzliche Maximalquote einzahlen. In jedem Fall muss aber sichergestellt sein, dass die Abrechnung für die weiteren zwei Jahre spitz erfolgt. Es sollte also nicht so vorgegangen werden, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, dass das, was den Krankenhäusern im Rahmen des intransparenten Verfahrens genommen wird, für alle Zeit entfällt. Denn das wäre keine auf die tatsächlichen Kosten bezogene Abrechnung, sondern eine Art pauschaler Sonderabgabe der Krankenhäuser für Integra-

tionsverträge. Wir bitten insofern dringend um Korrektur, damit auch die Krankenhäuser pauschal abrechnen können.

Beide Punkte, die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenhäuser angesichts des genannten Missverhältnisses und auch die zukünftige pauschale Nichtabrechnung, stellen wir infrage.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Nun kann die Fraktion der CDU/CSU Fragen stellen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Fragen an die ABDA. Wie sehen Sie Ihre Einbindung in die IV-Verträge?

SV Heinz-Günter Wolf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Gemeinsam mit den Hausärzten und der Barmer Ersatzkasse sind wir einer der größten Initiatoren für die flächendeckendste integrierte Versorgung überhaupt. Es hat sich gezeigt, dass gerade bei so großen Verträgen noch einiges geübt werden muss. Aber es ist sehr positiv. Was wir uns zum Ziel gesetzt haben und was auch anläuft, ist die Systematisierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Hausapothekern; denn nur so können Qualitätsvereinbarungen getroffen, umgesetzt und am Patienten wirksam werden. Auch die Kommunikationsleistung ist notwendig und insbesondere im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbar.

Was wir in die integrierte Versorgung eingebaut haben, ist die Möglichkeit der Apotheker, §-130-a-Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern mit Leben zu erfüllen. Bei solchen Rabattverträgen gibt es ja eine doppelte Interessenlage: zum einen aufseiten der Krankenkassen, Rabatte zu erhalten, und zum anderen aufseiten der Hersteller, ihre Marktanteile zu erhöhen. Insbesondere im Festbetrag-1-Bereich muss der Apotheker vertraglich eingebunden werden, sodass die rabattierten Arzneimittel besonders zum Einsatz kommen. Das passiert hier.

In der letzten Zeit sind, abgesehen von dem großen flächendeckenden Vertrag, spezielle indikationsbezogene Verträge mit Apothekern und dem Bundesverband der homöopathischen Ärzte abgeschlossen worden. Die Zahl dieser

Verträge wird immer größer, weil Krankenkassen auf diese Art ihren Versicherten besondere Leistungen anbieten können und wollen. Wir begrüßen sehr, dass auch in Zukunft die Apotheker hierbei mit eingebunden werden sollen.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die DKG, die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Krankenhäuser können in Zukunft, ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein, im Rahmen der integrierten Versorgung hoch spezialisierte Leistungen nach § 116 b SGB V ambulant erbringen. Es wird eine Verdrängung der hoch spezialisierten fachärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich befürchtet. Worin konkretisiert sich Ihrer Auffassung nach diese Ungleichbehandlung und welche gesetzlichen Änderungen wären nach Ihrer Auffassung erforderlich, um eine Gleichbehandlung sicherzustellen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Herr Abgeordneter, ich muss Ihre Ausgangsthese, dass mit dieser gesetzlichen Regelung, die es schon einige Jahre gibt, eine Ungleichbehandlung stattfindet, widersprechen. Hintergrund der §-116-b-Leistungen war die versorgungsfaktische Betrachtung, dass es in den im Gesetz beschriebenen schweren Krankheitsfällen - onkologische Erkrankungen, Mukoviszidose, Aids usw. - ein Bedürfnis nicht nur aus dem Empfinden der Patienten, sondern auch aus der medizinischen Logik gibt, Medizin aus einem Guss, stationäre Behandlung verbunden mit ambulanter Behandlung, anzubieten. Aufgrund dieser konzeptionellen Herangehensweise verbietet es sich, die Diskussion unter dem Aspekt der Verdrängung zu führen. Vielmehr soll bei diesen schweren Krankheitsbildern die medizinische Versorgung aus einem Guss in den Mittelpunkt gestellt werden. Auch wegen der Schwere dieser Krankheitsbilder verbietet es sich, den Gedanken des Wettbewerbs in den Mittelpunkt zu stellen. Eine Mutter mit einem an Mukoviszidose erkrankten Kind kann nicht die Kasse nach Wettbewerbsgesichtspunkten aussuchen, die die beste Versorgung mit irgendeinem Zentrum bietet. Deshalb begrüßen wir, dass dieser Bereich dem Wettbewerb entzogen wurde und nun von den Ländern den Krankenhäusern als Aufgabe zugewiesen werden kann. Das geht also in die richtige Rich-

tung. Aber von einer Ungleichbehandlung kann man nicht sprechen.

Ich meine auch, dass große Teile der Versorgung, die die Krankenhäuser in Zukunft über § 116 b SGB V anbieten können, schon heute in Krankenhäusern als ambulantes Angebot vorgehalten werden, aber über andere, wesentlich schwerfälligere Instrumente, wie zum Beispiel die Ermächtigung von Ärzten, was sich häufig in teilspezialisierten und nicht umfassenden Formen vollzieht. Ich nenne auch die Zulassung von Universitätskliniken als Ambulanzen. Das alles sind aber erheblich schwerfälligere Instrumente als das, was jetzt vorgesehen wird.

Somit wird eine umfassende Verdrängung oder eine umfassende Umleitung von Leistungsströmen mit dieser Veränderung ohnehin nicht verbunden sein, sondern das, was faktisch geschieht, dass Krankenhäuser solche Versorgungen anbieten, würde auf eine vernünftige, abgesicherte Grundlage gestellt werden. Die entsprechenden Krankheitsbilder wären dann zudem von dem Problem der floatenden Punktwerte und der damit assoziierten Unterversorgung ausgenommen, was im Hinblick auf die kassenärztliche Versorgung - Entlastung des Punktwertevolumens - eher positiv gesehen werden sollte.

SV **Ulrich Weigeldt** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Mit der DKG sind wir uns sicherlich darin einig, dass die Patienten mit den sehr schweren Krankheiten die besonderen Formen der Behandlungsmöglichkeiten behalten sollten.

Die Öffnungssituation im § 116 b SGB V, wie sie jetzt angedacht ist, ist nicht unbedingt nur darauf ausgerichtet. Vielmehr zeigt der Begriff „Onkologie“, dass hier ein sehr diffuses Feld, das ohne Weiteres auch ambulant abgearbeitet werden kann, reklamiert wird. Das besondere Problem sehe ich darin, dass die Krankenhäuser per Antragstellung über den Krankenträger im Prinzip selbst bestimmen, bei welchen schweren Krankheitsbildern oder auf welchen Feldern, beispielsweise Onkologie, sie tätig werden wollen. Wenn man das bösartig interpretieren würde, könnte man von Rosinpickerei sprechen. Insofern sind schon unterschiedliche Bedingungen vorhanden. Die Vergütungs-, Rahmen- und Leistungserbringungsbedingungen in diesen Fällen müssen im

ambulanten und im stationären Bereich identisch sein, damit es zu einem vernünftigen Wettbewerb kommt; denn wir können nicht die auf den Spezialgebieten tätigen Vertragsärzte schlechter stellen. Dies würde die Versorgung vermindern und sie nur noch an einzelnen spezialisierten Krankenhäusern möglich machen. Insofern ist die Einbindung des Krankenhausträgers als Kapitalgeber eher fragwürdig. Wir plädieren also dafür, die Änderung in dieser Form nicht vorzunehmen, sondern sich darauf zu beschränken, deskriptiv die besonders schweren Krankheitsbilder festzulegen, die gemäß § 116 b SGB V versorgt werden müssen.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Hier ist zunächst einmal auf die Zielrichtung des § 116 b SGB V einzugehen. Es ist schon überraschend, dass Wettbewerb über die Krankenhausplaner betrieben werden soll, indem der Krankenhausplaner entscheidet, ob ein Krankenhaus ambulante Leistungen erbringen darf. Die GKV-Spitzenverbände sind zutiefst davon überzeugt, dass man die Öffnung der Krankenhäuser in aller Breite diskutieren sollte und dass sich der Gesetzgeber genügend Zeit nehmen sollte, um die wichtige Frage zu diskutieren, wie Krankenhäuser in Teilbereichen mit den niedergelassenen Fachärzten in einen sinnvollen Wettbewerb gebracht werden können. Der Weg, den Wettbewerb über den Krankenhausplaner zu steuern, sollte sich allerdings von selbst verbieten.

Was die Auswahl der Krankheiten betrifft, kann ich mich meinen Vorrednern anschließen. Die Behandlung der angeführten Krankheiten sollte eigentlich nicht dem Wettbewerb offen stehen, weil sich sonst eine schwierige Situation ergeben würde.

Ferner war die Verbindung von hoch spezialisierten Leistungen nach § 116 b SGB V mit der integrierten Versorgung angesprochen worden. Grundsätzlich könnte man sagen: Auswahl ist immer gut und eine vermehrte Auswahl ist schon in Ordnung. - Da die Anschubfinanzierung aber für derartige Verträge explizit nicht vorgesehen ist, stellt sich die Frage, woher die finanziellen Mittel kommen sollen. Auf die entsprechenden Fragen haben schon meine Vorredner darauf hingewiesen, dass für solche Verträge letztlich der Zusatzbeitrag an die Krankenversicherungen in An-

spruch genommen werden sollte. Das heißt, auf diesem Gebiet ist die Finanzierung sehr schwierig. Insofern befürchten wir, dass der Verweis in § 140 b SGB V auf § 116 b SGB V ins Leere laufen wird.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KZBV und an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Gesetzentwurf sieht ja vor, im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung künftig auf Zulassungsbeschränkungen zu verzichten. Ich frage Sie: Gehen Sie davon aus, dass dies Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland haben wird und, wenn ja, welche?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir wählen eine andere Reihenfolge bei den Antworten, damit die Gefragten anwesend sind.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Das wird erhebliche Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung haben. Es ist zu erwarten, dass durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen die Zahl der Zulassungen in gut versorgten Gebieten zunehmen wird. Attraktive Standorte werden gut versorgt werden, weniger attraktive Standorte weniger gut. Ob das nach der Vorstellung der Bundesregierung so in Ordnung ist, weiß ich nicht. Wir haben in dieser Hinsicht Schwierigkeiten.

Es ist nicht anzunehmen, dass durch die finanziellen Preisanreize der Krankenkassen diese Tendenz umgekehrt wird; denn es ist schwierig, eine derartig starke Tendenz umzukehren.

Man muss die Frage stellen, wie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die dort vorgesehenen Flexibilisierungen wirken. Zweigniederlassungen von Vertragszahnärzten nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz könnten zur Behebung von Versorgungsengpässen beitragen. Trotzdem empfehlen wir, eine derartige Freigabe der Bedarfsplanung nicht unbedingt vorzusehen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Schmidt-Garecht, Sie betreten gerade den Saal. Wenn Sie einen Spurt ma-

chen, dürfen Sie für die KZBV antworten. Die Zeit läuft. - Ich hoffe, die Frage ist Ihnen übermittelt worden.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Sonst die Bundeszahnärztekammer.

SV **René Krouský** (Bundeszahnärztekammer): Die Bundeszahnärztekammer unterstützt grundsätzlich den Wegfall der Bedarfszulassung. Für die Bundeszahnärztekammer ist seit jeher der freiberuflich tätige Zahnarzt Leitbild. Damit ist für uns auch die Freiheit verbunden, sich dort niederzulassen, wo der Zahnarzt Wurzeln schlagen möchte. Diese Freiheit ist durch das Grundgesetz geschützt. Aber sie wird durch die Bedarfszulassung eingeschränkt. Die Bedarfsplanung darf die Niederlassungsfreiheit daher nur dort einschränken, wo das zur Sicherstellung der Versorgung unerlässlich ist. In der Tat ist die Notwendigkeit der Bedarfszulassung in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht belegt. Insbesondere stellt sich die Frage nach Mengenausweitungen nicht. Unterversorgung gibt es nach Erhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer ohnehin nicht. Auch perspektivisch ist sie bis zum Jahr 2020 nicht zu erwarten. Es ist daher nur folgerichtig, wenn der Gesetzgeber jetzt unnötige Schranken beseitigt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen nun zur nächsten Frage der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Ich habe eine Frage an Professor Henke, an die Rheuma-Liga und an die Spitzenverbände. Dabei geht es mir um die Strukturverantwortung. Es wird ja einen Flickenteppich von Verträgen geben. Ferner wird es neue Anreize geben, mit bestimmten Verträgen Schwerpunkte zu bilden, was aber auch bedeutet, andere Schwerpunkte aufzugeben und bestimmte Versorgungsbereiche möglicherweise nicht so intensiv zu betrachten. Wie wird sich die Möglichkeit, selektiv zu kontrahieren, und wie werden sich die Möglichkeiten des § 116 b SGB V und des § 73 c SGB V auf diejenigen auswirken, die ein hohes Morbiditätsrisiko haben, welches ja z. B. für Rheumakranke, MS-Kranke oder andere, für die es keine strukturierten Behand-

lungsprogramme gibt, nicht ausgeglichen wird?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Professor Henke ist jetzt nicht da, sondern er kommt erst zu der nächsten Runde.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Dann richte ich meine Frage an die Rheuma-Liga und an die Spitzenverbände.

Sve **Ursula Faubel** (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.): Aus unserer Sicht ist ein Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern grundsätzlich positiv zu sehen. Wir sehen aber auch die große Gefahr, dass jetzt, wo der Wettbewerb sehr stark auf die Einzelverträge der Krankenkassen ausgerichtet wird, so etwas wie ein Flickenteppich entsteht, der gerade für chronisch kranke Menschen, die verschiedene Ärzte aufsuchen müssen und die einen hohen Versorgungsbedarf aufweisen, zu enormen Problemen führen wird. Wir sehen das insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Zusatzbeitrages, den die Krankenkassen erheben dürfen, als ein großes Problem an, weil dann chronisch Kranke auf der einen Seite eine Krankenkasse wählen müssen, die ihnen eine angemessene Versorgung bietet, sodass sie die Ärzte aufsuchen können, deren Behandlung sie benötigen, und weil sie auf der anderen Seite eine Krankenkasse auswählen müssen, deren Beiträge sie noch bezahlen können. Insofern sehen wir einen großen Zwiespalt auf die chronisch Kranken zukommen und betrachten daher die Einzelleistungsverträge als sehr problematisch.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Herr Abgeordneter, passen chronisch Kranke und Selektivverträge zusammen? Ja, das kann sehr gut zusammenpassen, wenn die Anreize bei der Einnahmeverteilung richtig gesetzt wurden. Dabei geht es um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wenn dieser Ausgleich richtig läuft, haben die Krankenkassen, die Kranke versichern, die Gelder, um passgenaue Versorgungsformen anzubieten. Wir befinden uns jetzt nicht in der Morbi-RSA-Anhörung. Aber Zweifel dürfen angebracht sein, ob das bei dem jetzt vorgesehenen Maß richtig läuft. Falls es

jedoch richtig läuft, kann ich mir sehr wohl vorstellen, dass Selektivverträge auch für chronisch Kranke sinnvoll sind. Die Krankenkasse macht betriebswirtschaftlich kein Minusgeschäft, wenn sie chronisch Kranke gut versorgt, sondern ganz im Gegenteil: Dann gäbe es ein Plusgeschäft. Es gibt aber einige Schwierigkeiten. Hier ist schon die Schwierigkeit erwähnt worden, dass es zukünftig ein einheitliches und gemeinschaftliches Ausgabevolumen auf Landesebene geben wird, wobei man bei der Bereinigung nicht nur den Skeptiker der kassenärztlichen Vereinigung - K wie Kollektivvertrag; der hat aber beim Selektivvertrag nichts verloren - gegen sich haben wird, sondern es auch mit den Mitkonkurrenten zu tun haben wird, weil es um ein einheitliches Budget geht. Die Budgetbereinigung ist also hoch kompliziert geworden. Das wird also sehr schwierig werden. Falls der Risikostrukturausgleich nicht im erhofften Maß passgenau wirken wird, werden bei derartigen Verträgen Zusatzbeiträge erhoben. Die Kassen würden sich natürlich schwer tun, für eine Versorgung Zusatzbeiträge zu erheben. Insofern hängt sehr viel an der Passgenauigkeit des Risikostrukturausgleiches.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Es geht erst einmal um die nächsten zwei Jahre. In dieser Zeit gibt es ja keinen Morbi-RSA. Wie wird sich die Landschaft in dieser Zeit entwickeln?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Es wird sich nicht viel tun, weil es momentan außerhalb der DMP für die Krankenkassen betriebswirtschaftlich eine Belastung ist, Kranke zu versichern. Das aber ist widersinnig. Kranke sollten ja gut versorgt werden. Deshalb ist es so wichtig, den RSA und die Einnahmeverteilung so zu verändern.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, die KBV, den Deutschen Pflegerat und den Bundesverband Managed Care. Ich möchte auf die Versorgungsformen zu sprechen kommen. Sind aus der Stärkung neuer Versorgungsformen, wie der integrierten Versorgung und den medizinischen Versorgungszentren, Folgerungen für das Verhältnis ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe abzuleiten und, wenn ja, welche? Hat dies Auswirkungen auf

das Berufsrecht und, wenn ja, was passiert dort?

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer): Diese Versorgungsformen haben Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe; denn die integrierte Versorgung für Patientinnen und Patienten bedeutet auch eine Integration derjenigen, die sie betreuen. Das finden wir positiv.

Im Übrigen erlaube ich mir die kurze Bemerkung, dass die Formulierung, wie sie im Gesetzentwurf steht, nach unserer Meinung durchaus positiv zu sehen ist, weil damit die Möglichkeit gegeben wird, eine Testregion auszusuchen, in der man eine solche Form der integrierten Versorgung durchführt und prüft, ob sich dieses Instrument positiv gestalten lässt, und die Kleinteiligkeit, die im Moment in der Bundesrepublik zu verzeichnen ist, überwunden werden kann. Das war der ursprüngliche Sinn der ganzen Unternehmung, als wir vor geraumer Zeit in Ziethen die Gespräche geführt haben und die Arbeitsgruppe zur integrierten Versorgung genau die Vorstellung einer flächendeckenden und bevölkerungsbezogenen integrierten Versorgung gehabt hat.

Aus unserer Sicht gibt es keine berufsrechtlichen Veränderungen. In dem Moment, in dem die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit gegeben ist und neue Formen der Zusammenarbeit erforderlich sind, um Patientenversorgung erfolgreich zu betreiben, wird das gelingen. Darin bin ich mir sicher; denn das ist eine Frage der Vertragsformen, auch der Trägerschaft für die Integrations-einrichtungen und der sich daraus ergebenden Vertragsformen. In dieser Hinsicht würde ich mutig sein und versuchen, möglichst rasch geeignete Einrichtungen bzw. Regionen zu finden, um zu beweisen, dass eine solche Versorgungsform funktioniert.

SVe Gabriele Simon (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Der Deutsche Pflegerat sagt dazu, dass Medizin und Pflege auf gleicher Augenhöhe unabdingbar zusammenarbeiten. Wir würden uns wünschen, dass eine berufliche Registrierung, die Zulassungsprüfung, die staatliche Erlaubnis, die gesetzliche Verpflichtung

tung zur Fortbildung etc. Voraussetzungen sind, um die Befähigung nachzuweisen.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir können uns den Ausführungen von Herrn Hoppe im Wesentlichen anschließen. Was wir brauchen, ist eine exakte Definition der Schnittstelle zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Profession. Die gibt es so nicht. Insbesondere die integrierte Versorgung eignet sich dazu, die angesprochenen Modelle zu erproben, um sie dann, wenn Erfahrungen gesammelt worden sind, unter Berücksichtigung des Berufsrechtes in die Regelversorgung zu übernehmen.

SV Prof. Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e.V.): Bei der integrierten Versorgung steht im Vordergrund, Versorgungsprozesse zu optimieren und somit sektorenübergreifend und automatisch berufsfeldübergreifend diese Prozesse neu zu gestalten und zu optimieren. Insofern ist damit automatisch verbunden, dass sich auch das Verhältnis zwischen den Beteiligten verändert und viel stärker daran ausgerichtet wird, wie die Versorgungsprozesse sinnvollerweise organisiert sein müssen. Insofern meine ich, dass mit dem Ansatz der integrierten Versorgung, beim Versorgungsprozess mit der Patientensicht zu beginnen, die Rollenverteilung automatisch neu definiert wird. Das ist mit Sicherheit im Sinne von sektorenübergreifender und berufsfeldübergreifender Versorgung zu verstehen. So sind auch die ersten Ergebnisse aus den USA, wo man gerade in diesem Bereich sehr deutliche Verbesserungen festgestellt hat. In Deutschland haben Systeme der integrierten Versorgung beispielsweise in der Palliativversorgung besonders gut funktioniert, wobei erhebliche Fortschritte gemacht wurden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte eine Frage zur hausarztzentrierten Versorgung stellen. Diese Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Deutschen Hausärzterverband und den Bundesverband der Hausärztlichen Internisten. Wie kann mit diesem Gesetz sichergestellt werden, dass jeder Versicherte, der die hausarztzentrierte Versorgung in Anspruch nehmen will, dies auch kann? In dem Gesetz ist ja vorgesehen, dass Krankenkassen untereinander kooperieren können. Wird das ausreichen oder müsste noch

etwas Zusätzliches gemacht werden? Wie wird nachgewiesen, dass die Anforderungen, die an die hausarztzentrierte Versorgung gestellt werden, erfüllt werden? Ich meine speziell die evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement.

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband): Das Gesetz sieht vor, dass Krankenkassen auch kassenartenübergreifend kooperieren, um hausarztzentrierte Versorgungsformen durchführen zu können. Das wird auch notwendig sein. Anders wird es keine Verträge geben. Ob es sinnvoll ist, auf diesem Wege Krankenkassen, die im Wettbewerb stehen, zur Kooperation zu zwingen, ist allerdings eine andere Frage. Wir sind - das betone ich noch einmal - generell etwas skeptisch, was die Verpflichtung der Kassen angeht, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, und meinen, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung wie jede andere Versorgungsform im Wettbewerb beweisen soll und dass es keinen Grund gibt, sie den Kassen verpflichtend vorzuschreiben. Hier findet keine Förderung des Wettbewerbs statt, sondern eher eine Einschränkung von Wettbewerbsmöglichkeiten.

Dafür, wie eine Prüfung der Qualitätskriterien aussehen kann, gibt es Beispiele. Im AOK-Bereich haben wir Verträge entwickelt, die Kriterien zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsprüfung festschreiben und dafür Indikatoren vorsehen, die gemessen und geprüft werden können. Somit sind wir grundsätzlich relativ zuversichtlich, dass es möglich ist, auch in solchen Verträgen Qualität zu regeln, festzustellen und nachzuweisen.

SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Im Gegensatz zum AOK-Bundesverband halten wir die Verpflichtung der Kassen für richtig, da jeder Versicherte die Chance haben muss, sich in eine hausarztzentrierte Versorgung einzuschreiben. Nur wenn alle Kassen einen solchen Vertrag abschließen, wird diese Versorgung in Deutschland flächendeckend möglich sein.

Die Frage ging auch dahin, ob wir diese Versorgung aufbauen können. Zur hausarztbasierten Versorgung und zur hausarztzentrierten Versorgung wurden bereits Verträge abgeschlossen. Allein bei uns machen 45 000

Hausärzte von den knapp über 50 000 Hausärzten mit. Das heißt, wir können eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Das Besondere daran ist die Freiwilligkeit nicht nur auf Versichertenseite, sondern auch auf Arztseite. Hier wird es aber zu Selektionsprozessen kommen; das wird man nicht vermeiden können. Nach den Erfahrungen, die wir bisher gemacht haben, vermute ich, dass die Selektionsprozesse nicht sehr groß sein werden. Aber es wird schon vorkommen, dass ein Versicherter zu einem Hausarzt wechseln muss, der bei einem solchen Versorgungsvertrag mitmacht. Deshalb müssen die Verträge auch entsprechend gut sein.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch eine Bemerkung machen: In § 73 b SGB V ist ein Übergang von dem Prinzip des besonders qualifizierten Hausarztes zu klaren Strukturvorgaben - eine haben wir genannt, nämlich die hausarztzentrierten Leitlinien - erfolgt. Damit ist ein Problem verbunden, nämlich die Auffassung, dass die Vertragshausärzte, die diese Vorgaben erfüllen, die guten und dass die anderen Vertragshausärzte die schlechten sind. Das müssen wir strikt zurückweisen. Jeder Hausarzt, der im Moment im Vertragswesen arbeitet, ist qualifiziert, an hausärztlicher Versorgung teilzunehmen. Deswegen muss man diese Regelung noch einmal überprüfen. Man kann sicherlich gewisse Bedingungen an die Fortbildung der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte stellen, aber das so konsequent als Strukturvorgaben zu regeln, halten wir nicht für zielführend, sondern eher für ausschließend.

Noch ein letzter Punkt: Bei den Leitlinien muss man mit Augenmaß vorgehen. Das ist eines der zentralen Themen. Wir haben noch nicht genügend Leitlinien für alle Themen. In diesem Bereich ist in den letzten Jahren schon sehr viel passiert, aber man muss sicherlich die hausarztzentrierte Versorgung und die Qualitätsvorgaben in die Vertragshoheit von Kasse und Hausärzten geben. Dort muss definiert werden, welche Verpflichtungen dem Hausarzt hinsichtlich der Fortbildung aufzuerlegen sind. Das macht die Versorgung adäquater, als wenn der Gesetzgeber einseitig etwas vorgibt.

SV Dr. Ulrich Piltz (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Ich bin der zweite Vorsitzende des BV Hausärztlicher Internisten. Ich meine, es ist sinnvoll, dass die Kassen verpflichtet sind,

hausarztzentrierte Verträge anzubieten, sonst ist wieder ein Stück Einheitlichkeit verloren. Ein Problem sehe ich, wenn die Hausärzte mit jeder Kasse einen eigenen Vertrag machen müssen; denn dann entsteht genau das wieder vermehrt, was von den Ärzten immer wieder beklagt worden ist: ein Mehr an Bürokratie. Man muss für jede Kassenart besonders überdenken, welche Kriterien man für den hausarztzentrierten Vertrag zu erfüllen hat, wo und wie man abrechnet. Insofern möchte ich sehr stark dafür plädieren, dass die kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner bei den hausarztzentrierten Verträgen werden oder bleiben können, weil dadurch eine gewisse Einheitlichkeit gewährleistet ist.

Ein weiterer Punkt: Wie will man das Problem der Qualitätssicherung - das ist gerade angesprochen worden -, aber auch der Doppela abrechnung überhaupt angehen, wenn Verträge außerhalb der Gesamtverträge geschlossen werden? Zu kontrollieren, ob Ärzte nicht in beiden Vertragssystemen abrechnen, ist bei KV-Verträgen, die es ja auch gibt, ganz einfach. Die KV hat einen Abrechnungscomputer. Dort ist gleich ersichtlich und völlig transparent, ob doppelt abgerechnet wurde bzw. ob in beiden Systemen korrekt abgerechnet wurde. Ein anderer Punkt ist zum Beispiel die Qualitätssicherung, die bei der kassenärztlichen Vereinigung schon eingespielt ist und dort auch weiter gewährleistet sein kann.

Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE-LINKE.): Wir kommen zur Fragezeit der FDP-Fraktion.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Neubauer, die KBV, den Deutschen Facharztverband und den Deutschen Hausärzteverband. Der Gesetzentwurf nennt sich ja „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ und sieht unterschiedliche Möglichkeiten von Vertragsgestaltung vor, um so Wettbewerb zu schaffen. Er behandelt dabei den hausärztlichen Bereich anders als den fachärztlichen Bereich. Im hausärztlichen Bereich *muss* ja jede Krankenkasse ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anbieten, wohingegen sonst Krankenkassen Versorgungsverträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten können.

Deswegen möchte ich die folgenden drei Fragen stellen: Wie ist es unter wettbewerblichen Gesichtspunkten zu beurteilen, wenn sich zum Beispiel die AOKen, die Barmer und die DAK zu diesem Zweck zusammenschließen? Halten Sie es für gerechtfertigt, den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich unterschiedlich zu behandeln?

Meine dritte Frage ist: Welche Konsequenzen im Hinblick auf die Vergütung der unterschiedlichen Arztgruppen sehen Sie, wenn mit dem einen Teil der Ärzte - nämlich den Hausärzten - Verträge geschlossen werden müssen und mit dem anderen Teil - nämlich den Fachärzten - Verträge geschlossen werden können?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich glaube, man kann hierbei ein generelles Problem feststellen: Immer dann, wenn es günstig ist, will man, dass der Staat etwas einheitlich regelt, und wenn es nicht günstig ist, dann wird Auflockerung der Regeln gewünscht. So kann man natürlich Politik machen, aber kein System aufbauen. Ich bin der Meinung, wir müssen Grundsätze durchhalten. Dazu zählt, dass immer dort, wo staatlicher Zwang nicht notwendig ist, Wahlmöglichkeiten eingeräumt werden.

Zu Ihrer Frage zu der Muss- bzw. Kannregelung im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich: Selbstverständlich ist auf einen Grundsatz abzustellen: Entweder alle müssen oder alle können. In einem freiheitlichen System - die FDP zählt ja als Träger eines solchen - kann die Antwort nur lauten: Alle können, aber keiner muss. - Ich glaube, das ist an vielen Stellen ähnlich darzustellen.

Zum Zusammenschluss von Ersatzkassen. Das sind ja Körperschaften des öffentlichen Rechts. Da kommt man in eine dieser Lagen, die das System so zwiespältig machen. Körperschaften des öffentlichen Rechts sind ja mittelbare Staatseinrichtungen, mittelbare Staatsgewalt. Jetzt schließen sie sich zusammen. An sich wäre es nichts Schlimmes, wenn sich Staatsgewalt zusammenschließt. Gleichzeitig sind das aber Akteure im Wettbewerb. Wenn sich die drei von Ihnen genannten Kassen zusammenschließen, dann ist es sicherlich eine Frage des Kartellrechts, ob sie nicht wettbewerbs- oder marktstark sind. Da sieht man wieder eine Inkonsistenz des gesamten Systems. Entweder die Krankenkassen sind tatsächlich Wettbe-

werber, dann müssen sie den Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts abgeben. Oder sie sind Teil des Staates und dann geschieht es ihnen recht, wenn das geschieht, was heute gemacht wird, nämlich dass sie in einem Bundesverband oder Dachverband zusammengeschlossen werden. Denn der Staat kann in seinen vielen Verästelungen ja durchaus mit sich machen, was er will. Er kann sich auch den Fuß abhacken und sagen: Das bin ich, Staat.

Eine Frage, die sich beim Zusammenschluss der Ersatzkassen stellt, ist die nach der Kontrolle der Marktmacht. Eine zweite Frage ist aber viel weitgehender: Ist es angebracht, dass die Krankenkassen, die ja zweifelsohne im Wettbewerb stehen, noch als Körperschaften des öffentlichen Rechts agieren? Das ist schlichtweg - wenn man das aus Sicht des Auslandes sieht - ein Unding. Ich möchte ein Beispiel geben: Einer der größten Finanzkonzerne der Welt hat mitten im Bauch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts - man könnte sagen - ummantelt. Das ist der Konzern Allianz, der mitten im Bauch eine Betriebskrankenkasse hat, die eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. Machen Sie einmal einem Ausländer klar, was das für ein System sein soll. Unsere Ministerin kann ja im Zweifelsfall dieser Betriebskrankenkasse einen Kommissar schicken. Das ist ein Beispiel dafür, wie inkonsistent das ist, was wir hier tun - dazu sage ich aber später noch etwas.

Ich glaube, die Antwort kann nur lauten: Überall dort, wo es geht, Kannregelungen vorsehen und überall dort, wo es geht, dem Wettbewerb den Vorzug geben. Dann stehen staatliche Regelungen, wo immer sie auftreten, an zweiter Stelle. Wo der Staat aber wirklich auftreten muss, braucht man auch keine Körperschaften, die in Wettbewerb zueinander treten. Das ist die Konsequenz. Das geht natürlich auch in Richtung KV oder KBV, die auch eine Zwittergestalt hat. Jetzt hat sie sich Servicegesellschaften zugelegt; man will Wettbewerb vorantreiben. Aber andererseits ist die KBV eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Auch an der Stelle, so glaube ich, werden wir irgendwann einmal den Knoten durchhauen und sagen müssen: So oder so. - So viel zu diesem grundsätzlichen Thema. Ich glaube aber, wir sind heute schon längst bei der Frage, ob das, was wir tun, überhaupt noch einen Sinn hat. Aber dazu sage ich ab 14 Uhr noch etwas.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Zur Frage der möglichen Zusammenschlüsse - das Beispiel Bamer/AOK/DAK wurde genannt -: Wir werden ja künftig eine Sektorierung haben, es wird einen Staatssektor und einen Wettbewerbssektor geben - so weit zum Abbau von Sektorgrenzen. Das wird kartellrechtliche Probleme aufwerfen - übrigens umso mehr, als die kassenärztlichen Vereinigungen dort nicht Vertragspartner sein können -, weil in dem System der Einzelverträge Wettbewerbsaspekte sehr viel stärker berücksichtigt werden müssen.

Die Ungleichbehandlung in § 73 b und in § 73 c SGB V ist im Hinblick auf die Vertragskompetenz der KV absolut nicht nachvollziehbar. Es gibt für mich nach wie vor keinen plausiblen Grund dafür. Entweder die KV wird in beiden Paragraphen einbezogen oder in beiden nicht einbezogen oder sie wird in beiden über die Dienstleistungsgesellschaften einbezogen. Alles andere werden Sie nicht erklären können.

SV Dr. Thomas Scharmann (Deutscher Facharztverband e.V.): An der einen Stelle eine Muss- und an der anderen Stelle eine Kannregelung kann es für uns nicht geben. Herr Professor Neubauer hat das richtig ausgeführt. Es handelt sich unserer Meinung nach um eine Ungleichbehandlung. Wir vom Deutschen Facharztverband halten es für sehr wohl möglich, dass besonders qualifizierte Fachärzte entsprechende Verträge mit den Kassen abschließen. Wir sind der Meinung, dass die Kooperation mit der KV als dem Organ mit dem entsprechenden Know-how sehr gut möglich ist. Wir meinen, dass besonders qualifizierte Fachärzte auch Verträge abschließen sollten.

SV Rainer Kötzle (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Ich denke, Herr Bahr, der entscheidende Punkt ist die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung in der Fläche. Diese bricht zurzeit massiv weg. Wir haben vorhin schon gehört, wie die Zahlen im Osten sind. Die Zahlen im Westen sind nicht besser. Auch wenn hier moniert wird, es wäre eine Ungleichbehandlung: Entscheidend für die Versorgung der Bevölkerung in den nächsten Jahren ist - im Moment erwarten wir in den nächsten fünf

Jahren einen Rückgang bei den Hausärzten um ein Drittel-, dass wir massiv gegensteuern. Wenn wir das nicht tun, dann bricht uns in Deutschland die hausärztliche Versorgung - und damit auch die wirtschaftlichste Form der Versorgung - flächendeckend weg. Deswegen muss die hausärztliche Versorgung unbedingt verpflichtend in den freien Vertragsbereich aufgenommen werden. So dringend ist die Situation im fachärztlichen Bereich nicht, da sind Altersstruktur und Situation bei der Versorgung anders. Aufgrund dieser Entwicklung kann man diese Position mit Blick auf die Hausärzte durchaus vertreten. Sie müssen sich vergegenwärtigen, dass es eine Verdichtung bei der Morbidität in der Bevölkerung gibt. Es gibt auch eine Zunahme der Versorgungsdichte bei den hausärztlichen Praxen. Wenn wir jetzt nicht dafür sorgen, dass verstärkt Nachwuchskräfte kommen und dass sich das als lukrativ erweist, dann ist das für die Zukunft der Versorgung in Deutschland ein Handicap. Schon jetzt ist es sehr schwer zu korrigieren.

Zum Wettbewerb durch Zusammenschluss der Kassen: Man muss das dem Wettbewerb überlassen. Aber es ist sinnvoll, dass Kassen fusionieren können. Man muss noch sehen, in welcher Größenordnung usw. das stattfinden kann, aber im Grundsatz muss die Möglichkeit zum Zusammenschluss bestehen bleiben. Wir sollten die Möglichkeiten aber auch nicht so belassen, wie sie jetzt sind, sondern wir sollten die Fusionsmöglichkeiten erweitern. Bei 250 Krankenkassen mit entsprechenden Verwaltungen stellt sich die Frage, ob nicht eine Konzentration oder eine gewisse Zentralisierung in manchen Dingen hilfreich ist. Die Hausärzte stehen der Situation gelassen gegenüber. Wir warten ab, wie sich das entwickeln wird.

Ich möchte noch zum Thema „Konsequenz in der Vergütung“ Stellung nehmen. Die Hausärzte liegen bisher im kollektivvertraglichen System sicherlich bei der Vergütung nicht an der Spitze, sondern die hausärztliche Versorgung ist bei der Vergütung bisher sehr unterrepräsentiert. Vorhin ist schon deutlich geworden, dass Sie die Hausarztfrage nicht über Bedingungen der Niederlassung und dergleichen regeln können, sondern dass Sie es über einen Anreiz, über die lukrative wirtschaftliche Situation werden machen müssen. Deswegen sind wir natürlich daran interessiert, dass in Bezug auf die Vergütung der hausärztlichen Versorgung etwas passiert. Das ist auch notwendig.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, an Herrn Dr. Kossow und an die Bundespsychotherapeutenkammer. Neue Versorgungsstrukturen wie die hausarztzentrierte, die integrierte Versorgung oder die Einzelverträge nach § 73 c SGB V sollen einen breiten Spielraum für innovative Versorgungskonzepte schaffen. Meine Frage ist: Sind die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitssystem eigentlich schon so weit, dass sie als multidisziplinäre Teams, also berufs- und sektorenübergreifend, Versorgungsangebote planen und umsetzen können? Insbesondere würde mich in diesem Zusammenhang interessieren, ob die individuelle ärztliche Zuwendung durch diese angestrebten Veränderungen gefördert werden wird oder ob bereits bestehende Fehlpulse verstärkt werden könnten.

SV **Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe** (Bundesärztekammer): Wir haben ein halbes Jahrhundert mit getrennten Sektoren hinter uns, wir haben dasselbe halbe Jahrhundert mit verschiedenen Gesundheitsberufen hinter uns, die, wenn sie zusammenarbeiten mussten, zusammengearbeitet haben. Aber wir haben kein halbes Jahrhundert hinter uns, in dem wir uns daran gewöhnt haben, gemeinsam, zum Beispiel als gleichwertige Träger, solche Einrichtungen zu unterhalten. Das muss sich entwickeln. Aber es hat sich in der letzten Zeit schon etwas getan. Beispielsweise kommen wir auf politischer Ebene immer mehr zusammen. In den Versorgungseinrichtungen in der Fläche, in der Peripherie, wird das erst der Fall sein, wenn die entsprechenden äußeren Bedingungen günstig sind und sich die Angehörigen der verschiedenen Berufe entschließen können, die Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen und sich nicht so organisieren, dass sie als Erfüllungsgehilfen Dritter - zum Beispiel der Geldanleger - wirken. Dann ergibt sich kein vernünftiger Fortschritt.

Mein Plädoyer ist, in dieser Richtung zusammenzuarbeiten. Das ist eine Aufgabe, die wir erledigen müssen. Das betrifft auch Organisationsstrukturen, die entwickelt werden müssen, falls sie nicht schon da sind, zum Beispiel die Arbeit der Kammer. Insofern ist eine Vorbereitung in dem Sinne, dass wir sagen können, wir legen jetzt den Schalter um und ab morgen funktioniert das, zweifellos im Moment nicht vorhanden. Aber wenn die äußeren

Voraussetzungen das begünstigen, wird es sich, so glaube ich, schnell entwickeln.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir haben noch zwei Minuten Antwortzeit zur Verfügung.

SV **Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow** (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Es ist in der Tat so, dass noch erheblicher Lernbedarf besteht, nachdem über viele Jahrzehnte - nicht zuletzt durch die Weiterbildungsordnung - die Kooperationsbedingungen auch dadurch erschwert worden sind, dass zu viele Spezialgebiete auf dem Markt erschienen sind. Mit Sicherheit ist es so, dass bestehende Fehlpulse bei der Bürokratisierung und durch Änderung der Vergütungsrahmenbedingungen noch verstärkt werden könnten. Es bleibt aber trotz alledem keine andere Wahl, als dass die Integration durch Verträge organisiert wird und trotz Wettbewerb die Leistungserbringer untereinander wieder zusammenfinden. Eine Alternative ist - zumindest aus meiner Sicht - nicht zu sehen. Dabei kommt es sehr darauf an, dass man innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche die freie Arztwahl aufrechterhält, aber vertraglich die Versorgungsebenen - also hausärztliche, fachärztliche, Klinikversorgung usw. - strukturiert, damit man den subjektiven Belangen der Patienten in optimaler Weise Rechnung tragen und trotzdem eine rationale Versorgungsorganisation zustande bringen kann. Diese Quadratur des Kreises muss geleistet werden, sonst kommen wir mit der Integrationsversorgung bei gleichzeitiger Sicherstellung der Zuwendung zum Patienten nicht zum Ziel. Bürokratie gefährdet die Zuwendung, wenn sie nicht davon ausgeht, dass die subjektiven Belange der Patienten genauso abgesichert werden müssen wie objektive Kriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir haben nicht mehr so viel Zeit. Aber vielleicht schafft es ja der Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer, kurz zu antworten.

SV **Hermann Schürmann** (Bundespsychotherapeutenkammer): Ich versuche es. Die Psychotherapeuten sind deshalb für eine Zusam-

menarbeit mit anderen Berufsgruppen gut aufgestellt, weil sie es gelernt haben, insbesondere im stationären Bereich in multiprofessionellen Teams zu arbeiten und deshalb die Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen gewohnt sind.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur letzten Fragerunde der Fraktion Die Linke.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe eine Frage an den Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Wir haben ja vorhin von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehört, dass jenseits von Flexibilisierung, Liberalisierung und mehr Vergütung relativ wenig Fantasie entwickelt wurde - es wurde durchaus auch Skepsis geäußert -, was das Bekämpfen der Unterversorgung angeht. Könnten Sie eventuell darüber hinausgehende Vorschläge benennen?

SV **Bernhard Winter** (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte): Unseres Erachtens werden ohne externe Begrenzung die Ausgaben im GKV-Bereich die Einnahmen bei weitem übersteigen, da in bestimmten Sektoren die Anbieter die Leistungen bestimmen oder induzieren können. Diese Begrenzung erscheint uns auch unter dem Gesichtspunkt einer verlässlichen, kalkulierbaren Vergütung, die unseres Erachtens im ambulanten Bereich dringend erforderlich ist, zwingend. Das System der Einzelleistungsvergütung, aber auch das der Fallpauschalen führt zu gravierenden Fehlsteuerungen und setzt Anreize für medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen. Die in den Vergütungssystemen EBM und GOÄ gesetzten Anreize und Steuerimpulse entsprechen nicht den Zielen einer rationalen und rationellen Gesundheitsversorgung. Andererseits kann eine Vergütung, die ausschließlich auf Kopfpauschalen basiert, Unterversorgung induzieren. Unseres Erachtens wäre daher insbesondere im primärärztlichen Bereich eine Mischung aus Vergütungspauschalen pro Patient, differenzierten, an Krankheitsbildern orientierten Fallpauschalen und einem System zeitbezogener Einzelepitionen, zum Beispiel für präventive Leistungen, Hausbesuche etc., sinnvoll.

Darüber hinaus wären ziel- und qualitätsorientierte Vergütungsformen, zum Beispiel erfolgsorientierte Modifikationen einer Basis-

vergütung von Operationen für den Fall, dass sie keine Komplikationen nach sich ziehen, sinnvoll.

Von zentraler Bedeutung ist für uns eine qualitätsbasierte Vergütung. Wir sehen daher in der Etablierung eines umfassenden Qualitätsmanagements ein Instrument, um eine bedarfs- und patientengerechte Versorgung auf hohem Niveau zu erhalten und weiterzuentwickeln sowie überflüssige Diagnostik und Therapie zu vermeiden.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe als Fortsetzung meiner Frage eine Frage an Managed Care: Kennen Sie aus dem Bereich integrierte Versorgung ähnliche Modelle, wie sie eben vom Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte vorgeschlagen wurden? Gibt es da Ansätze?

SV **Dr. Klaus Meyer-Lutterloh** (Bundesverband Managed Care e.V.): Zunächst einmal grundsätzlich die Position des Bundesverbandes Managed Care: Integrierte Versorgung nicht um jeden Preis, sondern die Qualität muss stimmen. Die Patientenprobleme müssen kooperativ - so gut es geht - gelöst werden. Es gibt durchaus Ansätze, wie man die Vergütung organisieren kann. Diese sind aber meist theoretischer Natur. Wir selber haben ein Modell entwickelt. Es würde aber zu weit führen, dies hier im Einzelnen auszuführen. Es gibt auch Untersuchungen oder Vorschläge, die schon etliche Jahre zurückliegen, die seinerzeit von McKinsey und einigen Vertragsärzten angestoßen wurden. Sie haben zu einem ähnlichen Konzept geführt, wie es gerade von Herrn Winter angesprochen wurde. Aber von einer flächendeckenden Umsetzung einer qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütung kann man sicherlich zurzeit noch nicht sprechen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe eine Frage an Herrn Hildebrandt, von dem ich weiß, dass er mit Modellen zur integrierten Versorgung viel zu tun hatte und wohl auch das Kinzigtal-Modell sehr gut kennt. Sehen Sie in der dortigen Regelung der Einbeziehung von Ärzten in dieses Netzwerk und der Vergütung bzw. der Bereitstellung von Mitteln einen Lösungsansatz, um zu neuen Vergütungsformen und Verantwortungen zu kommen?

SV Helmut Hildebrandt: In der Organisation *Gesundes Kinzigtal* gibt es tatsächlich eine qualitätsorientierte Zusatzvergütung für Ärzte. Insofern ist dieses Kriterium dort erfüllt. Qualität wird dabei in zweifacher Weise definiert, zum einen über Qualitätsindikatoren, was das Outcome angeht, und zum zweiten über Gesamtwirtschaftlichkeitseffekte über Sektoren hinweg. Insofern werden sowohl Aspekte, die für Krankenkassen wichtig sind, wie auch Aspekte, die für Patienten wichtig sind, berücksichtigt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Meine nächste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung und noch einmal an Managed Care. Sind Sie mit den Vorschlägen, die im WSG zur Fortsetzung und Weiterentwicklung der integrierten Versorgung verankert wurden, einverstanden? Reichen Ihnen die dortigen Vorschläge oder hätten Sie weitergehendere Vorstellungen, die man in dem Gesetzgebungsverfahren möglicherweise noch mit einbeziehen kann?

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Zum Teil ist das ja schon in vorhergehenden Ausführungen angesprochen worden. Insgesamt sind wir der Auffassung, dass es wichtig ist, den Bereich der integrierten Versorgung sich weiter entwickeln zu lassen. Durch die grundsätzliche Beibehaltung der entsprechenden Regelungen ist dies auch gewährleistet. Problematisch finden wir die Vorgabe, dass nur noch Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung von der Anschubfinanzierung profitieren sollen. Weiterhin halten wir es für problematisch, dass die Anschubfinanzierung nur noch für Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung verwendet werden soll. Damit werden bestimmte Versorgungsprozesse, die zum Beispiel die Substitution von ärztlichen durch nicht ärztliche Leistungen vorsehen, im Vergleich zur jetzigen Situation benachteiligt. Wir hätten uns gewünscht, dass das, was im Referentenentwurf enthalten war, nämlich die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausaerzien im Rahmen von Integrationsversorgung, auch in den jetzigen Regierungsentwurf Eingang gefunden hätte.

Weiter hätten wir uns gewünscht, dass die Anschubfinanzierung nicht nur verlängert,

sondern auch ausgebaut worden wäre. Wir sind der Auffassung, dass die Anschubfinanzierung insgesamt recht problemlos funktioniert. Auch dass die von Herrn Dr. Köhler vorhin beschworenen Klagewellen gegen Integrationsverträge entstehen könnten, können wir so nicht erkennen. Wir haben ein Verfahren bei der Registrierungsstelle der BQS etabliert, das im Großen und Ganzen sehr gut funktioniert. Die bisherige Regelversorgung wird durch den einprozentigen Abzug, der im Moment noch nicht ganz ausgeschöpft wird, nicht so negativ tangiert, dass man den Eindruck haben müsste, dass es tatsächlich zu problematischen Entwicklungen kommen könnte. So hätte es durchaus eine Basis gegeben, um die Anschubfinanzierung noch um ein weiteres Prozent auszudehnen.

SV Dr. Thomas-F. Gardain (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.): Wir sehen im Wesentlichen die Entwicklungsspielräume für die integrierte Versorgung gewährleistet. Wenn man bedenkt, dass von der Anschubfinanzierung 1 Prozent - gegenwärtig 570 Millionen Euro - gebunden ist, dann bleiben für die Verträge, bei denen zusätzliche Auflagen in Bezug auf Volkskrankheiten populationsbezogen definiert sein müssten, noch knapp 130 Millionen Euro. Wir sehen also selbst in dem Fall, in dem ein derart definitiver Charakter für Verträge vorgegeben wird, die in die Anschubfinanzierung gehen, keine wesentlichen Entwicklungseinschränkungen für die integrierte Versorgung. Man muss natürlich sagen, dass Diskussions- und Rechtsklärungsbedarf im Einzelfall gegeben wäre. Von daher ist keine Einschränkung dieser Art wünschenswert, damit die Entwicklungsspielräume letztendlich gewährleistet werden können.

Wir denken, dass Verträge zur integrierten Versorgung, die über die 1 Prozent hinausgehen, zeigen müssen, dass sie qualitativ einen Mehrwert bieten. Deswegen ist aus unserer Sicht Qualitätsmanagement eigentlich unabdingbar, genauso wie der Nachweis, dass Qualitätsmanagement auch im Rahmen der IV-Verträge erbracht wird. Wir sehen auch, dass die größeren Verträge zur integrierten Versorgung wirtschaftliche Ressourcen heben werden, die in Zukunft unabhängig von der 1-Prozent-Finanzierung entstehen werden. Beispiele sind die Verträge zu Schlaganfallprojekten, die in Deutschland anlaufen und die sich im Wesentlichen nicht mehr auf die 1-Prozent-

Finanzierung stützen, sondern sich zum Leidwesen der Krankenhäuser darauf konzentrieren, dass Einsparungen durch die Reduzierung von Zweitereignissen bei Schlaganfällen erbracht werden. Im Großen und Ganzen können wir mit dem Rahmen, den das Gesetz vorgibt, zufrieden sein.

SV Prof. Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e.V.): Wir begrüßen sehr viele der Regelungen zur integrierten Versorgung. Es zeigt sich deutlich, dass die integrierte Versorgung eine Erfolgsgeschichte ist, auch wenn es hier und da immer noch Verträge gibt, bei denen man vielleicht noch etwas mehr fordern könnte.

Insbesondere möchte ich hervorheben, dass für uns die Öffnung der integrierten Versorgung in Richtung Pflege von entscheidender Bedeutung ist. Das ist ein ganz wesentlicher Schritt. Ich glaube, hier sollte man noch weitergehen und noch mehr Leistungserbringer einbeziehen. Besonders hervorheben sollte man auch die Regelungen zur Palliativversorgung, die ja im Prinzip auch eine gewisse Form von integrierter Versorgung darstellt, wo - um auf die vorangegangene Frage Bezug zu nehmen - gerade die Kommunikation und Koordination zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern gefördert und gefordert wird. Dort wird auch Qualitätsverbesserung gesehen.

Insgesamt gibt es sehr viele sehr gute Ansätze. Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass die Umsetzung von flächendeckender Versorgung sehr kritisch gesehen werden muss. Ich glaube, hier bedarf es noch mehr Zeit.

Ich möchte mich der Forderung nach mehr Qualitätstransparenz bzw. generell nach mehr Transparenz anschließen. Eine entscheidende große Herausforderung wird die Ablösung der Anschubfinanzierung durch Formen der Budgetbereinigung sein. Hierbei möchten wir insbesondere darauf hinweisen, dass dieses erhebliche Vorarbeiten erfordert und dass man damit möglichst schnell beginnen sollte.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Sie haben noch eine Minute, Herr Spieth.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Welche Chancen bestehen aus Ihrer Sicht hinsichtlich der Bekämpfung der Unterversorgung durch Krankenhäuser, insbesondere in den ländlichen Regionen?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Eine Chance besteht darin, das Potenzial, das die Krankenhäuser insgesamt haben, auch in seiner Gesamtheit zu nutzen sowie die Möglichkeiten zu nutzen, zum Beispiel in Bereichen, in denen es Unterversorgung gibt, den Krankenhäusern auch haus- und allgemeinärztliche Versorgungsaufträge zukommen zu lassen. Es macht aber keinen Sinn, das nach einem halben Jahr wieder zurückzunehmen - wenn man schon investiert und den Aufbau geleistet hat -, weil ein neuer Versorgungszustand ausgerufen wird.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich möchte noch einmal nachfragen: Reicht Ihnen denn das aus, was in dem Gesetzentwurf geregelt ist, auch hinsichtlich der Überwindung der starren Trennung zwischen ambulant und stationär?

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Bitte antworten Sie nur mit Ja oder Nein. Die Zeit drängt.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Nein, das reicht noch nicht aus.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragezeit der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es geht weiter mit dem Thema integrierte Versorgung. Ich möchte gerne Herrn Hildebrandt fragen: Wie schätzen Sie die Neuregelung zur integrierten Versorgung in ihren Möglichkeiten und Grenzen ein?

SV Helmut Hildebrandt: Das ist eine sehr umfassende Frage, die zu einer sehr umfangreichen Stellungnahme einlädt. Ich will trotzdem versuchen, meine Ausführungen zu be-

grenzen. Vom Grundsatz her teile ich nicht die Auffassung, die vorhin vom Bundesverband Managed Care zum Thema Flächenversorgung ausgesprochen worden ist. Ich sehe im Gegensatz dazu eher beim Thema Indikationsversorgung Probleme. Es gibt zwar die Möglichkeit, dass Fingerübungen gemacht werden könnten, aber sie unterliegt meistens praktisch einer Add-on-Finanzierung. So entstehen erhebliche Transaktionskosten, die das GKV-System insgesamt wieder belasten.

Die Frage der Evaluation der bisherigen Modelle ist insofern nicht ausreichend gelöst, als immer die Möglichkeit besteht, dass über Leistungsvermehrung für die GKV Zusatzkosten entstehen. Bei der Populationsversorgung sehe ich in dem, was der Gesetzentwurf vorschlägt, dagegen viel größere Chancen. Die Umsetzung in Richtung auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung bietet die Möglichkeit, endlich deutlich höhere Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. Es gibt aber andere Grenzen. Im Sinne der Förderung des Modells, das im Gesetzentwurf aufgenommen ist, möchte ich das gerne an einigen Punkten etwas erläutern.

Die erste Grenze bezieht sich auf die Datenverfügbarkeit und Datentransformation zwischen Krankenkassen und IV-Managementgesellschaften oder den Leistungserbringern. Im Grunde gibt es für diese neu geschaffene Struktur zwischen Krankenkasse und Leistungserbringung keine eindeutige Regelung dahin gehend, welchem Sektor sie zuzuordnen ist: Ist sie Krankenkasse, ist sie Leistungserbringer? Damit gibt es auch keine klare datenschutzmäßige Einordnung. Das schafft Probleme in der notwendigen Organisation der Daten, um die Versorgung überhaupt und auch bezogen auf einzelne Kollektive innerhalb einer solchen Versorgungspopulation verbessern zu können.

Es gibt dafür eine Lösung, und zwar insofern, als man die Managementgesellschaften den Leistungserbringern zuordnet. Wie man das machen könnte, haben wir in der Stellungnahme, die allerdings erst heute Nacht fertiggestellt wurde und insofern noch nicht vorne auf dem Tisch liegt, niedergelegt.

Beim Thema Steuern gibt es ebenfalls ein Problem. Die steuerliche Beurteilung durch das Bundesministerium der Finanzen Mitte dieses Jahres ist nicht eindeutig und schafft nach wie

vor Rechtsunsicherheit im Hinblick auf die Mehrwertsteuerpflicht dieser Organisationsform. Insofern ist das ein Kontrapunkt zur Erweiterung dieser Möglichkeiten.

Ein sehr spezifisches Problem ist die Regelung des Gesetzentwurfs mit den 50 bis 80 Krankheiten, nach denen der RSA morbiditätsadjustiert organisiert werden soll. Es entsteht das Problem - es ist zu schwierig, dies jetzt detailliert auszuführen; in unserer Stellungnahme ist das ausführlicher dargestellt -, dass erfolgreiche Prävention - ob durch Krankenkassen oder IV-Verträge - im Endeffekt bestraft wird, und zwar Prävention, die sekundärpräventiv wirkt, wenn also Patienten mit bereits entstandenen Krankheiten aus diesen Krankheiten herausgeführt werden und man somit zu niedrigeren Gesamtkosten kommt. Ein Beispiel wäre, etwa einen Diabetes-Patienten aus der Insulinpflicht herauszuführen.

Ein weiterer Punkt ist das Problem der Anschubfinanzierung. Wir sehen ein Problem in der Definition des Begriffes „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ und schlagen dazu eine kleine Ergänzungsformulierung vor, um diesen etwas präziser zu fassen und mit chronischen Erkrankungen und wirklichen Versorgungsproblemen zu definieren.

Ein Sonderproblem ist der § 305 a SGB V. Wahrscheinlich ist bei der Abfassung nicht daran gedacht worden, dass damit für die integrierte Versorgung die Sammlung von Versorgungsdaten, bezogen auf einzelne Ärzte, untersagt worden ist. Das wäre ein massives Problem für die Reorganisation der Pharmakotherapie innerhalb von IV-Systemen. Ich bitte dringend um Einbau eines Passus, der für die §-140-SGB-V-Verträge eine Freistellung von dieser Regelung erlaubt.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Sie haben dafür plädiert, Ihre Stellungnahme, die heute Nacht fertig geworden ist, zu lesen. Ich würde aber gerne noch wissen: Welche Chancen der Teilnahme an der integrierten Versorgung haben ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, wenn eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung Bedingung für die Anschubfinanzierung ist?

SV Helmut Hildebrandt: Auf jeden Fall bessere Chancen als in der vorherigen Fassung. Die Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner und die Einbeziehung der Pflegekasse als Vertragspartner wird derartige Verträge leichter ermöglichen und wird auch den Nutzen, der zum Beispiel aus einer Verschiebung der Demenzprogression entstehen kann - er würde ja normalerweise bei der Pflegekasse entstehen und nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse -, zum Teil mit in das IV-System einführen können. Insofern würde ich das auf jeden Fall als sinnvoll betrachten.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Welche Anreizwirkung für den Abschluss und die Umsetzung von Integrationsverträgen entstehen aus Ihrer Sicht für die Krankenkassen durch die beabsichtigte Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Im Prinzip entstehen negative Anreizwirkungen. Wenn es nicht mehr notwendig ist, Rechenschaft über den Abzug abzulegen, dann würde dieser Abzug den Charakter einer Sonderabgabe der Krankenhäuser zur Förderung der Integrationsversorgung in Deutschland bekommen. Deshalb plädieren wir dringend dafür, dass die Krankenhäuser wie die niedergelassenen Ärzte - bei diesen bleibt es ja so - einen Anspruch auf Abrechnung der abgezogenen Mittel behalten. Sonst würde das passieren, was allgemein beklagt wird. Wenn irgendwo im Bezirk ein Vertrag abgeschlossen wird, dann bekommt das Krankenhaus von den Krankenkassen eine Mitteilung, dass von jeder Rechnung 0,3 % oder welcher Betrag auch immer einbehalten wird, ohne dass das als Dritter beteiligte Krankenhaus überhaupt eine Möglichkeit hat, für sich transparent zu machen, welchen Inhalt und Umfang die Verträge haben und wie viele Versicherte voraussichtlich damit versorgt werden. Diese intransparente Situation ist nur unter der Bedingung halbwegs akzeptabel, dass später Rechenschaft darüber abzulegen ist, was mit dem Geld gemacht wurde. Wenn das auch noch wegfällt, würde das sehr problematisch hinsichtlich der Akzeptanz sein. Die Krankenhäuser, vor allem diejenigen, die überhaupt

nicht an Integrationsverträgen beteiligt sind, sehen sich veranlasst, gegen solche Aufforderungen zu Kürzungen zu klagen. Damit hätte man die Situation, dass das Verhältnis dauerhaft schwebend gemacht würde und dass viele Klagen eingereicht würden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die AOK. Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung dürfen künftig nur für stationäre und ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden. Werden dadurch Ihrer Meinung nach sinnvolle Projekte gefährdet?

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband): Es ist ja bereits der Hinweis gegeben worden, dass das eine Einschränkung der Möglichkeiten in der integrierten Versorgung darstellt, weil es natürlich auch Formen der Integration, der Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens gibt, die über ambulante und stationäre Leistungen hinausgehen und die sehr sinnvoll sind. Gerade auch die Verzahnung mit nichtärztlichen Leistungen ist ein wichtiges Anliegen in der integrierten Versorgung. Es ist eigentlich nicht einzusehen, warum diese Form einer integrierten Versorgung jetzt nicht mehr finanziell unterstützt werden soll. Das ist eine Einschränkung der Möglichkeiten, die wir nicht als positiv einschätzen können.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine weitere Frage an die AOK. Ich komme zurück auf die hausarztzentrierte Versorgung. Für die hausarztzentrierte Versorgung und für die Selektivverträge bestehen, anders als bei der vertragsärztlichen Versorgung, keine Erlaubnisvorbehalte. Besteht aus Ihrer Sicht das Risiko, dass Krankenkassen diese Regelung dazu verwenden könnten, in Zukunft zum Beispiel mit Wellness-Angeboten um gesunde Mitglieder zu konkurrieren und damit eine Rosinenpickerei auszulösen?

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband): Erlaubnisvorbehalte beziehen sich auf Genehmigungen durch Aufsichtsorgane. Diese gibt es hier nicht und sie sind auch nicht sinnvoll in einem Bereich, der wettbe-

werblich entwickelt werden soll. Das ist nicht vereinbar mit solchen Vorgaben. Die Gefahr, dass die Möglichkeiten des Selektivvertrages im Wettbewerb missbraucht werden, wird man nicht ganz von der Hand weisen können. Man kann natürlich diese Möglichkeiten nutzen, um Wettbewerb um Versicherte zu betreiben. Die Frage, die sich immer wieder stellt, ist: Ist dieser Wettbewerb wie bisher vorstellbar, dass um gesunde Mitglieder konkurriert wird? Denn diese sind für die Kasse vorteilhafter als kranke Versicherte. Das entscheiden letzten Endes Sie, indem Sie die Finanzierung der Krankenversicherung neu regeln und sicherstellen, dass Krankenkassen, die kranke Versicherte haben, nicht schlechter gestellt werden, dass sie über die notwendigen Mittel zur Versorgung dieser kranken Versicherten verfügen und dass Kassen, die nur gesunde Versicherte versorgen wollen, nicht besser gestellt werden, indem sie für diese gesunden Versicherten Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, die sie nicht benötigen. Das muss bei der Finanzierung der Krankenversicherung abgestellt werden. Dann stellt sich auch das Problem nicht mehr, das Sie befürchten, dann gibt es keinen Missbrauch im Wettbewerb bei den Selektivverträgen. Die Anreize, die derzeit bestehen, lassen diesen Missbrauch zu. Man muss das Übel an der Wurzel anpacken und das ist die Finanzierung der Krankenversicherung, das ist der Risikostrukturausgleich.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Halten Sie die in § 73 b SGB V beschriebenen Anforderungen, die an den Hausarzt für die Teilnahme an den Verträgen für besondere hausärztliche Versorgung gestellt werden, für geeignet und für notwendig, um eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung sicherzustellen?

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer): Als ich den § 73 b zum ersten Mal gelesen habe, war ich ziemlich erschüttert; denn das ist ja eigentlich eine Ohrfeige für alle Ärztinnen und Ärzte, die heute in diesem Bereich arbeiten. Man geht davon aus, dass Hausärzte und Hausärztinnen alle gleich sind und alle dasselbe tun und deshalb ein einheitliches Bild ergeben müssen. Ich glaube, es gibt kaum einen anderen Bereich ärztlicher Tätigkeit, in dem die Heterogenität der ärztlichen Arbeit so groß ist wie im hausärztlichen Be-

reich, weil es sehr darauf ankommt, wo man den Beruf ausübt, ob man ihn zum Beispiel in Hamburg an der Alster oder in der Eifel ausübt. Man muss sich immer der Region und den Menschen, die dort leben, anpassen. Deswegen sind die Tätigkeiten sehr unterschiedlich. Ich denke, das werden meine ärztlichen Kollegen hier im Raume bestätigen. Dass Fortbildungsinhalte für alle in die selbe Weise festgeschrieben werden, wie es im Gesetzentwurf versucht wird, ist nicht mit dem Beruf des Hausarztes vereinbar - abgesehen davon, dass es sich um Selbstverständlichkeiten handelt.

Der zweite Punkt: Ich meine, dass die ganze Angelegenheit in erster Linie etwas mit dem ärztlichen Berufsrecht zu tun hat, also primär mit Länderrecht; denn die Länder haben ja die Aufsicht über die Ausübung der Heilberufe und nicht der Bund. Das ist ländergesetzlich völlig zufrieden stellend geregelt und wird von den Ärztekammern entsprechend vollzogen. Es ist also nicht erforderlich, das hier so detailliert darzustellen und derartige ins Einzelne gehende Anforderungen an die Qualifikation von Hausärztinnen und Hausärzten zu stellen. Man kann allenfalls einen Nachweis über absolvierte Fortbildung verlangen, wie das auch in anderen Bereichen schon seit einiger Zeit üblich ist. Aber eine detaillierte Vorschrift über das, was in diesem Bereich zu leisten ist, um an einem solchen System teilnehmen zu können, ist meines Erachtens mit dem Beruf des Hausarztes nicht vereinbar und diskreditiert ihn eher gegenüber den anderen Berufen.

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

Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Ich möchte auf die Bedarfsplanung zurückkommen und Herrn Professor Neubauer und den Vertreter der Bundesärztekammer, also Herrn Professor Hoppe, fragen, wie sie die sofortige Abschaffung der Bedarfsplanung für die vertragszahnärztliche Versorgung und die geplante Abschaffung der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung beurteilen.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Ich glaube, es ist eine grundsätzliche Frage, welches System wir wollen. Wenn wir ein System wollen, das mit mehr Wettbewerb zu steuern ist, ist

jegliche Art der Bedarfsplanung eigentlich kontraindiziert, also ein Mittel, das den Wettbewerb behindert. Unsere Verfassung, das Grundgesetz - das ist heute schon angesprochen worden -, lässt die Bedarfsplanung in der Form eigentlich gar nicht zu. Wir haben hier vor einiger Zeit sogar einmal einen Gesetzentwurf diskutiert, in dem stand, dass für Deutschland eine Bedarfsplanung angedacht ist, die sozusagen zuschließt, wenn eine bestimmte Relativziffer erreicht wird. Das hätte heißen können, dass ganz Deutschland ein geschlossenes Versorgungsgebiet wäre, weil die Relativziffer von vielleicht 2000 Einwohnern pro Arzt beispielsweise erreicht würde. Das hätte bedeutet, dass sich in Deutschland aufgrund einer solchen Bedarfsplanung der beste Arzt der Welt nicht hätte niederlassen können. Daran sieht man sowohl, dass Bedarfsplanung wettbewerbsfeindlich ist, als auch, dass sie die Qualität auf längere Sicht verschlechtert, weil sie jungen Leuten den Zugang zum System erschwert. Die Innovationen und die Verbesserungen im System bewirken gerade in der Medizin die neu ausgebildeten Leute. Von daher kann man sagen, für eine Bedarfsplanung - wenn man meint, dass man sie braucht - zahlt man immer einen hohen Preis mit Blick auf die generelle Niederlassungsfreiheit, aber auch auf Innovation und Wandel eines Systems. Allein aus dem Grunde wäre, meine ich, die Bedarfsplanung zu reduzieren. Ich meine, man kann sie auch ganz aufheben; denn wir werden sehr bald erleben, dass die Hoffnung, dass wir durch Bedarfsplanung Unter- oder Überversorgung vermeiden könnten, überhaupt nicht erfüllt wird. Wer die Bedarfsplanung etwas näher kennt, der weiß, dass das eigentlich ein ganz ungerechtes und unfaires System ist. Es ist wie überall, wenn geplant wird: Wer Beziehungen hat, der kann dieses System unterlaufen, dafür gibt es tausend Möglichkeiten. Demjenigen, der ehrlich und brav ist und auf dem Dorf geboren ist, wird dann in Zukunft gesagt: Da musst du erst einmal bleiben, bevor du in die Stadt ziehen darfst. - Das halte ich schlichtweg für falsch.

Schließlich gibt es noch etwas, was Bedarfsplanung nie schaffen wird: Die Bedarfsplanung wird immer zehn Jahre hinter der Bevölkerungsveränderung hinterherhinken. Dann könnte es sein, dass qua Bedarfsplanung in Mecklenburg-Vorpommern zwar Ärzte sind, aber dass dort keine Bevölkerung mehr ist. Ich bin gespannt, wer dann das Risiko übernimmt. Dann sollten die Ärzte gegen diejenigen klä-

gen, die die Bedarfsplanung so vorgegeben haben.

Solche Probleme gibt es ja auch in anderen Bereichen, etwa im Krankenhausbereich. Wir haben ja schon seit ewig und drei Tagen eine Krankenhausplanung. Heute können wir ablesen, was fehlgeplant ist, nämlich alle Planbetten, die überflüssig sind. Ich glaube, es gibt nur eine Antwort: Die Bedarfsplanung gehört auf die Seite gelegt. Wenn man meint, unterstützen zu müssen, dann muss das von einer ganz anderen Seite angegangen werden, nämlich von der Versicherungsseite her.

SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer): Die jetzt bestehende Bedarfsplanung ist aus dem Jahre 1993. Sie ist sehr kritisch zu sehen. Sie ist ja keine echte Bedarfsplanung, sondern sie ist entstanden, indem man festgelegt hat: Die Versorgung der Bevölkerung am 31. Dezember 1989 plus maximal 10 Prozent ergibt das, was optimal ist. Das galt immer für die entsprechenden Regionen. Man hat keinen vernünftigen Weg gefunden, um eine Bedarfsplanung durchzuführen, die - sagen wir einmal - auf dem Wege des reinen Denkens zustande gekommen wäre und dann das Ergebnis gehabt hätte, dass soundso viele Hausärzte und soundso viele Fachärzte dieser oder jener Prägung auf soundso viele Menschen in einer Region kommen. Die Versuche sind gemacht worden. Die derzeitige Bedarfsplanung sollte abgelöst werden.

Andererseits hat der Staat - so habe ich es von den Juristen gelernt - die Verantwortung dafür, dass die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen sichergestellt ist. Wenn, dann sollte man eine Bedarfsplanung eher von unten her sehen, also so ausrichten, dass man mit einer Unterversorgung fertig wird. Die bestehende Bedarfsplanung ist ja mehr aus dem Gedanken entstanden, dass die Überversorgung abgebaut werden soll - wie auch immer sie ausgesehen haben mag -, und hat deswegen keinen vernünftigen Charakter. Die jetzige Bedarfsplanung abzuschaffen und durch eine vernünftige Regelung zu ersetzen, ist sinnvoll. Der Staat sollte aber auch aus seiner öffentlich-rechtlichen Verantwortung, die Versorgung der Bevölkerung mit entsprechenden Leistungen sicherzustellen, nicht entlassen werden.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KZBV und an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wird die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für die vertragszahnärztliche Versorgung Auswirkungen auf das Vergütungsniveau der niedergelassenen Zahnärzte haben und, wenn ja, welche?

Weiter habe ich noch eine Frage an die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wie stehen Sie zu einer Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung?

SVe **Elfi Schmidt-Garreht** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Die KZBV hat ja schon beim Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eine Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen und einen Wegfall der Bedarfszulassungen gefordert. Wir teilen die Argumente, die in der Begründung in dem Gesetzentwurf für die Aufhebung angeführt werden. Wir haben, anders als im ärztlichen Bereich - das wurde ja hier schon mehrfach dargestellt -, im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Probleme mit Unterversorgung, auch nicht in den neuen Bundesländern. Wir teilen auch die Bewertung, dass im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Gefahr der Leistungsausweitung besteht und das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage nicht besteht. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der nach wie vor vorhandenen Instrumente der Honorarsteuerung - also Budgetierung, HVM und Degression -, die im SGB V enthalten bleiben, gehen wir davon aus, dass es für die Vergütung nur sehr enge Entwicklungsgrenzen gibt. Wir haben festgestellt, dass der Wettbewerb, der sich in der zahnprothetischen Versorgung durch die Einführung der Festzuschüsse entwickelt hat, bei den gleich- und andersartigen Versorgungen eher dazu geführt hat, dass die Preise und die Kosten nach unten gehen, während für den Bereich der Regelversorgung durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab und die vereinbarten Punktwerte die Preise vorgegeben sind.

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesverband): Wir teilen nicht uneingeschränkt die Auffassung, die die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hier vorgetragen hat. Wir sehen durchaus auch im zahnärztlichen Bereich die Notwendigkeit für Bedarfs-

planung. Auch in diesem Bereich gibt es eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Leistungen. Auch hier bestehen Möglichkeiten der Leistungserbringer, das Leistungsgeschehen zu steuern und die Menge der Leistungen zu beeinflussen und damit auch Ausgaben der Krankenkassen auszulösen. Insofern muss auch im zahnärztlichen Bereich für eine ausgewogene Verteilung und für eine bedarfsgerechte Versorgung gesorgt werden.

Wir unterstützen nicht den Vorschlag, die Bedarfsplanung im zahnärztlichen Bereich aufzuheben, und tun das auch nicht für den ärztlichen Bereich. Dort besteht ohne jeden Zweifel die Notwendigkeit, einzugreifen. Das hat die Diskussion zur Über- und Unterversorgung ja mehr als deutlich gemacht. Wir hätten die Probleme, die wir zurzeit diskutieren, in viel ausgeprägterem Maße, wenn es die Bedarfsplanung nicht geben würde, die zumindest verhindert, dass die Überversorgung noch deutlich ansteigt. Wer heute die Bedarfsplanung abschafft, der lässt zu, dass sich in bereits überversorgten Gebieten ohne Beschränkungen weitere Ärzte niederlassen können. Das würde die Unterversorgungsprobleme an anderer Stelle noch weiter verschärfen. Das kann nicht Sinn der Entwicklung sein, das kann niemand wollen. Wer Unterversorgung abbauen will, der muss auch die Möglichkeit zulassen, dass Überversorgung reduziert wird. Wir brauchen dieses Instrumentarium. Es ist zurzeit nicht sehr wirksam; es muss durch andere Regelungen ergänzt werden. Der Gesetzentwurf sieht einiges vor: zum Beispiel Zuschläge in unterversorgten Regionen auf den Preis der ärztlichen Leistungen, Abschläge auf den Preis in überversorgten Regionen, sinnvolle zusätzliche Maßnahmen, die insgesamt Wirkung zeigen werden, die aber nur in Ergänzung mit der Bedarfsplanung möglich sind. Deswegen bedarf es einer Fortführung der Bedarfsplanung.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir wären dafür, dass die Bedarfsplanung mittelfristig - wohlgermerkt: mittelfristig - durch ein anderes geeignetes Instrument abgelöst wird. Wir können doch nicht Bedarf planen, sondern wir müssen Versorgung planen, und zwar unter Berücksichtigung ambulanter und stationärer Kapazitäten. Versorgungsplanung heißt, dass man die notwendigen Spezialisten an die Stellen bringt, an denen sie gebraucht werden, dass man die Po-

pulation und die Infrastruktur berücksichtigt. Alles das tut die jetzige Bedarfsplanung nicht. Sie ist ein Anachronismus, sie plant Internisten und keine Spezialisten. Was nützt der fachärztliche Internist ohne Schwerpunkt, wenn ich einen spezialistischen Versorger für die rheumatologisch erkrankten Patienten brauche? Alles das veranlasst uns, mittelfristig eine Ablösung der Bedarfsplanung durch andere geeignete Instrumente der Versorgungsplanung zu fordern.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Es geht um Konkretisierungen zu zwei speziellen Themen. Ich habe eine Frage an die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Honorarzuschlägen für besondere Qualität im EBM. Wie könnte das Ihrer Meinung nach ausgestaltet werden? Die gleichen Organisationen frage ich nach der Ausgestaltung der Morbiditätsstruktur in einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren, das noch weiter verfeinert werden kann. Wie soll man sich das vorstellen?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Zur ersten Frage nach den Qualitätszuschlägen: Man muss über entsprechende Leistungspositionen in der Gebührenordnung besondere Qualität vergüten. Das kann man im Rahmen der Strukturqualität über die Genehmigung nach §135 Abs. 2 SGB V vorsehen, indem man für das Vorhalten von und die persönliche Qualifikation bei bestimmten Leistungen einen Zuschlag vorsieht. Das ist dann eine Alles-oder-Nichts-Regelung. Sehr viel zielführender wäre aber die Bindung an Qualitätsindikatoren, wie wir es aus anderen Ländern kennen - zum Beispiel an den Prozentsatz der Patienten mit vollständigem Impfstatus in einer Praxis. Hier müsste man entsprechende Anreize setzen, um diese Qualitätsverbesserung kontinuierlich vorzunehmen.

Was die Berücksichtigung der Morbidität bei der Vergütung angeht, so müssen wir grundsätzlich zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich unterscheiden. Im hausärztlichen Versorgungsbereich müssen wir für die Multimorbidität bei den Patienten einen Zuschlag vorsehen. Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden wir das über die Differenzierung der Pauschalen leisten können

und dort mit wenigen Morbiditätszuschlägen analog dem bereits im Bewertungsausschuss vorliegenden Groupersystem abbilden können. Dieses Groupersystem funktioniert, ist derzeit in der Erprobung und geeignet, solche Morbiditäten bei den Fallpauschalen zu berücksichtigen.

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesvereinigung): Wir sehen noch kein wirklich überzeugendes Konzept, wie Qualitätszuschläge ermittelt und berechnet werden können. Vor allem ist aus unserer Sicht nicht geklärt, wie sie finanziert werden sollen. Dabei besteht sicherlich noch großer Beratungs- und Verhandlungsbedarf mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wir müssen vermeiden, dass Mindestanforderungen in Bezug auf die Strukturqualität Gegenstand von Qualitätszuschlägen werden. Das kann nicht sein. Die Regelversorgung muss auf einem bestimmten Qualitätsniveau gesichert sein, dafür kann es keine zusätzliche Finanzierung geben. Das werden wir nicht akzeptieren können. Es kann sich nur um besondere Qualitätsmerkmale handeln, die über das hinausgehen, was im Regelfall bereits gewährleistet ist. Über deren Finanzierung über Zuschläge kann man sprechen.

Das Problem der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist angesprochen worden. Das ist aus Sicht der Krankenkassen eine sehr schwierige Frage. Es ist ein neuer Ansatz, mit dem wir keine Erfahrungen haben. Wir wissen nicht, wie sich dieses Modell, bei dem Versicherte nach ihrem Risiko klassifiziert werden, auf die Ausgaben auswirken wird. Die Daten, die Grundlage dieses Modells sind, werden von den Ärzten selbst zur Verfügung gestellt. Das sind die Diagnosen. Hierbei besteht natürlich eine gewisse Gefahr, dass über die Ausweitung von Diagnosen auch der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf determiniert wird, dass wir eine Morbidität vorfinden, die nicht mehr nachvollziehbar ist, dass wir ein Volk von Schwerstkranken werden. Man muss abwarten, wie die Erfahrungen sein werden. Wir kritisieren aber, dass dieses Modell, das wir nicht ablehnen, ohne flankierende Regelungen, ohne Erprobung eingeführt wird. Es ist nicht einmal eine verbindliche Vorschrift im Gesetz vorgesehen, dass Ärzte künftig nach Kodierrichtlinien arbeiten müssen und dass Diagnosen bestimmten Mindestanforderungen zu genügen haben. Das ist unverzichtbar, weil

diesen Diagnosen künftig eine erhebliche Bedeutung bei der Ermittlung der Vergütung und der Ausgaben der Krankenkassen zukommt. Man hat hier eine an sich sinnvolle Idee nicht ausreichend und nicht vollständig umgesetzt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Spahn, Sie haben für Ihre Frage knappe zwei Minuten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV. Wie beurteilen Sie die Regelung der §§ 73 b und c im Hinblick auf die Vorgaben zur Bereinigung zur Gesamtvergütung? Und eine Zusatzfrage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Mit welchen finanziellen Auswirkungen rechnen Sie durch die Verpflichtung zu einer hausarztzentrierten Versorgung?

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesvereinigung): Auch hierbei gibt es noch keine Erfahrungen, wie die Bereinigung tatsächlich erfolgen soll. Sie ist abhängig von der Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigung, mit der das geregelt wird. Diese wird kein Interesse daran haben, ihre Gesamtvergütung, die ja auch Grundlage von Verwaltungskosten ist, wesentlich zu reduzieren. Das wird nicht einfach werden. Wir haben in der integrierten Versorgung die Erfahrung gemacht, dass die damals vorgesehene Bereinigungsregelung nicht funktioniert hat. Der Gesetzgeber hat das zum Anlass genommen, eine Anschubfinanzierung vorzugeben, die diese Bereinigungsproblematik wesentlich entschärft hat. Wir sehen mit dieser Bereinigung weiter große Schwierigkeiten auf uns zukommen. Man wird sehen, wie das funktioniert.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich mache es sehr kurz. Wir kennen die Inhalte der Verträge nicht. Man bereinigt etwas, es fehlt aber komplett die Transparenz. Das widerspricht eigentlich der Intention für mehr Transparenz in diesem Gesetzentwurf. Adäquate Bereinigungsverfahren werden frühestens ab 2009 etabliert sein.

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesvereinigung): Zum zweiten Teil der

Frage. Es ging ja um die Mehrkosten, die durch die Verpflichtung der Kassen, hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend anzubieten, entstehen können. Darüber kann man im Moment nur spekulieren. Wir haben auch dazu eigentlich keine Erfahrung. Die Gefahr ist natürlich da, dass man, um Verträge abschließen zu können, auf der Kassenseite Zugeständnisse an die Leistungserbringer machen muss. Dass es auf diesem Wege zu Kostensteigerungen kommt, wird man nicht ausschließen können. Hinzu kommt, dass auch die Versicherten für solche hausarztzentrierten Versorgungsverträge gewonnen werden müssen. Dazu müssen bei den Versicherten Anreize gesetzt werden, es müssen zusätzliche Prämien gezahlt werden oder Zuzahlungen reduziert werden. Auch das muss finanziert werden. Man sollte sich da nichts vormachen: Die hausarztzentrierte Versorgung gibt es nicht umsonst. Sie kann durchaus teuer werden. Aus unserer Sicht ist noch nicht geklärt, ob an anderer Stelle Einsparungen durch die hausarztzentrierte Versorgung in einem solchen Umfang erreicht werden, dass der Mehraufwand gerechtfertigt ist.

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

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine kurze Frage zur Übergangsphase bei der neuen Vergütung. Über den Zeitraum ist ja heute Morgen schon einiges gesagt worden. Ich frage die KBV und auch die Spitzenverbände: Welche Vorarbeiten haben Sie gegebenenfalls schon geleistet, die in die Arbeit des Instituts einfließen können?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Was die Frage der Leistungsbeschreibung angeht, so haben wir seit der EBM-Reform eine Grundlage, die eine stärkere Pauschalierung ermöglicht. Der aktuelle Pauschalierungsgrad von um die 69 Prozent ist steigerbar auf 85 Prozent. Für die Bewertung der ärztlichen Leistungen gibt es ein Bewertungssystem, das allerdings nicht dem Bewertungsausschuss gehört, das wir aber möglicherweise dem Institut überlassen können. Was die Frage der Datenbereitstellung für Analysen angeht, so sind wir, glaube ich, mit einem neuen Datensatz, den wir mit der Ein-

führung der EBM-Reform geschaffen haben, auf einem sehr guten Weg. Was das Klassifikationsverfahren angeht, so gibt es Beschlüsse des Bewertungsausschusses, respektive des Erweiterten Bewertungsausschusses. Dieses System ist jetzt erprobt und kann ebenfalls vom Institut mit genutzt werden. Nichtsdestotrotz wird die Zusammenführung - wie schon heute Morgen ausgeführt - diesen Zeitplan unrealistisch erscheinen lassen.

SV Dr. Manfred Partsch (AOK-Bundesverband): Wir können uns im Grunde diesen Ausführungen anschließen - mit einem Hinweis: Es gibt natürlich Daten und Konzepte, die wir zurzeit im Bewertungsausschuss beraten und die auch Grundlage der EBM-Reform waren, die wir abgeschlossen haben. Darauf kann man aufbauen. Diese kann man für die Zusammenführung der Leistungen zu Pauschalen nutzen. Was man aber aus unserer Sicht zurzeit noch nicht gut gelöst hat bzw. wobei ein erheblicher Aufwand entstehen wird, ist der im Gesetzentwurf vorgesehene Auftrag, diagnosebezogene Fallpauschalen im fachärztlichen Bereich vorzusehen. Für jede Fachgruppe müssen diagnosebezogene Fallpauschalen gebildet werden, die den besonderen Aufwand für die Versorgung bestimmter Kranker abbilden sollen. Bei dieser Diskussion und auch bei einer Entwicklung solcher Fallpauschalen stehen wir - so glaube ich - ganz am Anfang. Es stellt sich die Frage, ob es gelingen wird, diese Aufgabe in dem verfügbaren Zeitrahmen, der denkbar knapp bemessen ist, zu lösen. Dazu müssten bestimmte Erhebungen durchgeführt werden. Dies wird aber nach unserer Einschätzung in der Zeit, die uns zur Verfügung steht, nicht möglich sein. Es besteht also die Gefahr, dass man diese neuen Vergütungsregelungen auf der Grundlage nicht ausreichend geeigneter Daten beschließen muss und so Vergütungsregelungen schafft, die nicht ausreichend validiert sind und im Nachhinein Probleme schaffen und erheblichen Korrekturbedarf auslösen werden.

Wir sehen noch ein Problem, das man ansprechen muss. Bei den Kalkulationsgrundlagen, die Herr Dr. Köhler erwähnt hat, handelt es sich um Daten, deren Erhebung zum einen inzwischen etwas zurückliegt - um es vorsichtig auszudrücken - und die zum anderen Neuentwicklungen in den Organisationsformen der Arztpraxen nicht ausreichend berücksichtigen. Wir bekommen mit dem Vertragsarztrechtsän-

derungsgesetz ganz neue Möglichkeiten der Organisation und auch der Kooperation von Ärzten. Es müsste im Bewertungsausschuss möglich sein, diese neuen Organisationsformen auch zur Grundlage von Bewertungsentscheidungen zu machen. Das heißt, wir können uns nicht weiter an der einzelnen Praxis orientieren und auf dieser Basis dann versuchen, die Preise zu rechnen. Das ist nicht mehr zeitgemäß. Man muss diesen neuen Entwicklungen Rechnung tragen. Das kostet aber auch wieder Zeit, die wir nicht haben.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung. Vertragspartner eines Vertrages nach § 73 c SGB V können wie bei Verträgen zur integrierten Versorgung auch so genannte Managementgesellschaften sein, die eine ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten. Stehen Sie solchen Vertragspartnern eher kritisch gegenüber oder sehen Sie in dieser Regelung eher eine Chance?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesvereinigung): Wir sehen das durchaus positiv. Wir haben in Berlin ja Vorbilder wie das so genannte POLIKUM, das sich jetzt als Managementgesellschaft aufstellt. Ich denke, es ist ein Gewinn, dass man mit Managementgesellschaften arbeiten können wird. Wir als Spitzenverbände sehen das positiv.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir sehen das insgesamt in einem Wettbewerbsfeld auch als positiv, geben aber zu bedenken, dass man eine Bildung von Ketten, eine McDonaldisierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, vermeiden sollte und die Herkunft des Kapitals klären müsste.

SV Dr. Thomas-F. Gardain (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V.): Wir sehen bei der integrierten Versorgung schon deutliche Vorteile, die Managementgesellschaften insbesondere bei großen, überregionalen Verträgen bieten könnten, um ein großes Roll-out zu ermöglichen. Wir sehen aber auch sehr viele steuerrechtliche Probleme. Es gab ja

schon einmal den Einwand, dass sich die Frage stellt, ob Managementgesellschaften zu den Leistungserbringern oder zu den Kostenträgern zählen. Auf jeden Fall ist klar, dass es steuerrechtliche Probleme gibt, die geklärt werden müssen; denn wenn Managementgesellschaften erst einmal den Mehrwert- bzw. den Umsatzsteuersatz erwirtschaften müssen - das wird dem System letztlich entzogen und aus der integrierten Versorgung heraus finanziert -, dann macht das eigentlich wenig Sinn. Man müsste noch einige steuerliche Sachverhalte klären. Ansonsten ist das sicherlich für ein Roll-out im großen Stil sehr hilfreich, weil komplexe Verträge und komplexe Angebote auch ein komplexes Management erfordern.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe im Anschluss an die Frage von Frau Dr. Volkmer eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Deutschen Pflegerat und die KBV. Halten Sie die Regelungen, die der Gesetzentwurf zu der Finanzierungsfrage vorsieht, für ausreichend und eindeutig auch mit Blick auf die Pflegeversicherung und Krankenversicherung - SGB XI und SGB V?

Welche Maßnahmen - das frage ich einmal perspektivisch - würden Sie sich zu einer Weiterentwicklung der integrierten Versorgungssysteme wünschen? Über die integrierte Versorgung wurde sich ja in der Anhörung bis jetzt sehr positiv geäußert.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.): Mit Blick auf die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung würde aus der Sicht der Krankenhäuser der dringende Wunsch bestehen, dass Krankenhäuser über diesen Mechanismus vermehrt auch ambulant tätig sein könnten. Die bisherige Regelung sieht ja vor, dass das Krankenhaus nur dann an einem Integrationsvertrag zur ambulanten Versorgung beteiligt werden kann, wenn ein niedergelassener Arzt des gleichen Fachgebietes, das das Krankenhaus ebenfalls vorhält, dabei ist. Welch einen Sinn macht ein Integrationsvertrag mit einem niedergelassenen Radiologen und der radiologischen Abteilung der Klinik? Das hält die Klinik selbst vor. Das heißt, an der Stelle wäre es wünschenswert, dass die Vertragspartner alleine bestimmen können, in welchem Umfang durch einen Integrationsvertrag Krankenhäuser auch

mit ihren Potenzialen an dem ambulanten Behandlungsgeschehen teilnehmen könnten. Das wäre ein perspektivischer Wunsch aus Sicht der DKG zur Weiterentwicklung.

Ansonsten ist die Integration anderer Beteiligter vor dem Hintergrund des Konzeptes Integrationsvertrag natürlich sinnvoll. Aber es besteht auch eine Sorge, die schon mehrfach vorgetragen wurde, weil das System sehr intransparent ist. Sie müssen sich das so vorstellen, wie ich es schon ausgeführt habe: Die Krankenkasse teilt einem nicht beteiligten Krankenhaus mit, dass ein Vertrag geschlossen wurde. Dem Krankenhaus wird mitgeteilt, dass die Rechnung gekürzt wird. Am nächsten Tag kommt die gleiche Mitteilung von einer anderen Krankenkasse, weil auch sie einen Vertrag geschlossen hat. Je breiter die Beteiligung an diesem Vertrag ist, umso schwieriger dürfte es sein, die Anteile, die aus dem Topf zu finanzieren sind, und diejenigen, die nicht aus dem Topf zu finanzieren sind, auseinander zu halten. Die Einbeziehung der Arzneimittelversorgung darf natürlich nicht dazu führen, dass die Arzneimittel aus dem Indikationstopf bezahlt werden. Aus dem Topf dürfte ja nur der rein stationäre und der rein vertragsärztliche Anteil bezahlt werden. Wenn das aber so breit angelegt ist und nur in Form einer intransparenten Mitteilung erfolgt, dann besteht die berechtigte Sorge, dass Finanzierungsströme geleitet und umgeleitet werden, die dafür eigentlich nicht vorgesehen waren.

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Ich kann noch einmal betonen, dass die integrierte Versorgung von uns sehr positiv gesehen wird. Man sieht auch aus der Entwicklung heraus, dass durchaus ein Wettbewerb um richtige Versorgungskonzepte bei der Behandlung chronisch Kranker erfolgt. Unabhängig von der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen der Krankenkassen ist es nicht so, dass integrierte Versorgung nur für Gesunde angeboten werden. Vielmehr gibt es durchaus auch Ansätze - das betrifft alle Verträge -, auch unter den Bedingungen der jetzigen Finanzierung Versorgungskonzepte für kranke Versicherte anzubieten. Insoweit muss man die Ausführungen, die wir schon von Kassenseite gehört haben, vielleicht etwas relativieren.

Zur Anschubfinanzierung: Wir sehen nicht ein, warum man ein gut funktionierendes Modell verändern sollte. Das jetzige Modell sieht so

aus, dass die Anschubfinanzierung sozusagen eine Kriegskasse für alle Verträge aus der integrierten Versorgung bildet, und zwar unabhängig davon, an welcher Stelle in der integrierten Versorgung die Vergütungen ausgeschüttet werden. Das würde durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung zurückgefahren werden, indem eine Identität zwischen Abzug und Verwendung der Mittel hergestellt wird. Das halten wir nicht für notwendig. Das behindert auch bestimmte Versorgungsansätze.

Zur Einbeziehung der Pflege: Wir haben schon darauf hingewiesen, dass man sich dort durchaus offensivere Konzepte vorstellen könnte, die auch die Beteiligung der Pflegekassen an solchen Integrationskonzepten vorsehen würden. Im Moment ist ja vorgeschlagen, dass keinesfalls Vergütungsbestandteile vereinbart werden dürfen, die über den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen. Da aber der eigentliche Auftrag in der integrierten Versorgung über die Finanzierung einer reinen Pflege hinausgeht und den anderen Auftrag der sozialen Pflegeversicherung mit umfasst, nämlich Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, präventiv zu wirken, sollte man auch in der integrierten Versorgung den Pflegekassen ermöglichen, entsprechende Leistungsbestandteile in der Integrationsversorgung mit zu finanzieren.

SVe **Gabriele Simon** (Deutscher Pflegerat - Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen): Ich kann mich Herrn Ballast anschließen. Ich meine aber darüber hinaus, dass chronisch Kranke in den beiden Versicherungssystemen - also im SGB-V- und SGB-XI-Bereich - gut aufgehoben sind. Das ist eine Gruppe von Patienten, die in der integrierten Versorgung gut versorgt werden können und zukünftig mit Sicherheit auch versorgt werden. Der Deutsche Pflegerat sagt, dass die SGB-V-Leistungen nicht zugunsten der SGB-XI-Leistungen aufgehoben werden dürfen, sondern dass ein Paket geschnürt werden muss, das aber noch sorgfältig zu prüfen ist. Die Leistungsabschnitte sind sorgfältig zu benennen und zu bewerten.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Wir haben im Moment etwas mehr als 3 000 Verträge, die nur 6,5 Millionen Versicherte betreffen. So richtig prickelnd ist das noch nicht, wir brauchen den

Flächenansatz. Sie fragen, was man verbessern kann. Es ist durchaus eine Forderung, dass man für den Flächenansatz die Dienstleistungsgesellschaften der kassenärztlichen Vereinigung mit als Vertragspartner einbeziehen kann. Das macht integrierte Versorgung im Übrigen auch kostengünstiger. Wir wünschen uns auch die Möglichkeit, Verträge sektorübergreifend abzuschließen.

Dauerhaft eine Anschubfinanzierung zu machen, funktioniert wohl nicht. Das gilt gleichermaßen für die Einschränkung bei der Pflege. Wenn wir integrierte Versorgung haben wollen, dann muss auch dort der Grundsatz gelten: Das Geld folgt der Leistung. Das kann man über solche Anschubfinanzierungsmaßnahmen nicht dauerhaft gewährleisten.

Was wir komplett vermissen - integrierte Versorgung soll ja besser sein -, ist eine gesetzliche Evaluationsvorschrift, die es möglich macht, dass wir, wenn wir Dinge erproben und sehen, dass sie eine Verbesserung darstellen, diese auf Kollektivverträge ausdehnen können. Diese Evaluationsvorschrift fehlt komplett. Wir wissen heute nicht, ob integrierte Versorgung und, wenn ja, mit welchen Inhalten die bessere Versorgungsstruktur ist.

Weiter müsste man in einem Präventionsgesetz den Präventionsansatz in der integrierten Versorgung nochmals deutlich hervorheben.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Ziel, das man mit den Vergütungsreformen erreichen will, ist ja auch, dass die finanziellen Leistungen zwischen den Krankenkassen gerechter verteilt werden. Wird dieses Ziel nach Ihrer Auffassung erreicht?

SV **Dr. Manfred Partsch** (AOK-Bundesverband): Durch die Vorgabe, dass einheitliche Preise vergütet werden, wird dieses Ziel scheinbar erreicht. Man muss aber darauf hinweisen, dass die unterschiedlichen Preise vor einem historischen Hintergrund entstanden sind. Sie haben sich in der Ausgangssituation und der Wettbewerbssituation der Kassen unterschiedlich ausgewirkt. Wenn man das nivellieren will, kann man das tun. Man muss dann nur konsequent sein und auch an anderer Stelle für Gerechtigkeit zwischen den Kassen sorgen. Die Einnahmenseite der Kran-

kenkassen muss parallel geregelt werden. Wir können nicht auf der Ausgabenseite den Kassen einheitliche Preise vorgeben und auf der Einnahmenseite zulassen, dass es weiterhin erhebliche Unterschiede in den Finanzierungszuflüssen zu den Kassen gibt, dass Kassen, die kranke Versicherte und Versicherte mit geringeren Einkommen haben, gegenüber anderen Kassen benachteiligt sind, die sich auf die gesunden und gut verdienenden Versicherten konzentrieren. Das muss mit geregelt werden, dann ist das insgesamt ein stimmiges Konzept und wird auch von uns nicht infrage gestellt.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Eine der Kernüberlegungen, die dem Gesetzentwurf zugrunde liegt, ist, dass man mehr Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen schaffen will. Da verwundert es schon, dass das in dem Bereich der vertraglichen Vereinbarung von Preisen - heute Punktwerte - der Vergangenheit angehören soll und dass in dem Bereich, in dem noch Wettbewerb stattfindet - nämlich im Bereich der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung -, durch Verträge, die Krankenkassen mit kassenärztlichen Vereinigungen machen, ein einheitliches Preismodell implementiert werden soll. Grundsätzlich hat das die Konsequenz, dass die Wettbewerbsintensität eingeschränkt wird. Gleichzeitig ist richtig, dass man bestimmte Preisniveaus, die für die einzelnen Krankenkassen und Kassenarten historisch bedingt sind, verändern muss. Das verändert man aber nicht, indem man Wettbewerb reduziert, einen Einheitspreis festlegt und damit eine einheitliche durchschnittliche Wirtschaftlichkeit oder - umgekehrt ausgedrückt - Unwirtschaftlichkeit produziert. Das ist eine Konzeption, die letztendlich zu weniger Wettbewerb und damit zu weniger anstatt zu mehr vernünftiger Allokation von Ressourcen führt. Das steht damit im Gegensatz zu der Intention des Gesetzentwurfes.

SV Thomas Ballast (VdAK/AEV): Wir begrüßen das Ziel der Vergütungsreform. Wir begrüßen, dass finanzielle Lasten zwischen den Krankenkassen gerechter verteilt werden sollen. Das ist zwar kein neuer Aspekt, das ist bereits in den jetzt geltenden §§ 85 a bis d SGB V vorgesehen. Die unterschiedlichen Preise für ärztliche und - nebenbei bemerkt - auch zahnärztliche Leistungen, die die Er-

satzkassen in der Vergangenheit eingeführt haben, stammen aus einer Zeit, in der wir wirtschaftlich völlig anders aufgestellt waren, einer Zeit vor Einführung des Risikostrukturausgleichs. Es ist richtig, dass durch die Punktwertnivellierung im Jahr 2009 diese gerechtere Verteilung - zumindest was die Preiskomponente anbetrifft - erst einmal erreicht wird.

Wir sehen auch keine Notwendigkeit, die Vereinheitlichung des Preises für ärztliche Leistungen über das Jahr 2009 hinaus in einem gemeinsamen einheitlichen Prozess fortzuführen. Wir denken schon, dass nach dieser Vereinheitlichung auch bei den Ärzten wieder Wettbewerb Platz greifen sollte. Im Moment ist nicht einzuschätzen, inwieweit die Lastenverteilung zwischen den Krankenkassen auch hinsichtlich der Leistungsmenge erreicht wird. Das wird sich erst entscheiden, wenn der neue EBM am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist. Die dann abgerechneten Leistungen sind ja Grundlage für den Behandlungsbedarf des Jahres 2009, der für jede Kasse vereinbart wird. Ob dann die jeweils versicherte Morbidität bei der Einzelkasse richtig abgebildet wird, hängt von der Ausgestaltung des EBM und von dem Abrechnungsverhalten der Ärzte Anfang 2008 ab. Das lässt sich heute nicht vorhersehen. Was wir wegen des Gesundheitsfonds dringend brauchen werden, ist eine ähnliche Preisnivellierung auch im Bereich der zahnärztlichen Leistungen. Wenn dort nichts passiert, werden die Ersatzkassen gezwungen sein, von Anfang an allein für die höheren Zahnarzt Punktwerte einen Zusatzbeitrag von etwa 1 Euro zu erheben - bei einem Gesamtdurchschnittszusatzbeitrag von etwa 5 Euro. Das ist also ein erheblicher Batzen und damit ein erheblicher Startnachteil beim Gesundheitsfonds.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich danke Ihnen für die punktgenaue Landung. Wir sind damit am Ende der Anhörungszeit. Verehrte Kolleginnen und Kollegen, wir haben vier Stunden genutzt, die Experten zu befragen. Ich danke Ihnen für Ihr Kommen und den Gästen für die Geduld. Damit beende ich diesen Teil der Ausschusssitzung. Denjenigen, die zurückfahren, wünsche ich noch einen guten Tag. Die anderen sehen sich pünktlich um 14 Uhr hier wieder.

(Sitzungsende: 13.06 Uhr)

