

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
25. Sitzung

Berlin, den 18.10.2006, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

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

TAGESORDNUNG:

Einziges Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)

BT-Drucksache 16/2474

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste

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.)	5,34	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	5,6,7,8,10,11,12,13,14,16,17,18,21,24,26,29,30,33,34
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5,7,26,28,29	SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	5,8,9,11,12,13,14,20,21,28,31,33
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	6,8,27,28,29	SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	6,7,10,11,12,13,19,27,34
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	7,9,27	SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG))	6,10,14,18,25,26,31,34
Abg. Eike Hovermann (SPD)	10,11,14,29	SV Andreas Wagener (DKG)	8,33
Abg. Peter Friedrich (SPD)	10,12,13,34	SV Dr. Hans-Joachim Helming (AG der Kassenärztlichen Vereinigung der neuen Bundesländer)	9,21
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	11,12,13,33	SV Prof. Dr. Peter Axer	9,26
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	15,16,18,19	SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband)	10,17
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	16,17,18	SV Carsten Frege (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands)	11,17
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	17	SV Klaus Greppmeier (NAV-Virchow Bund)	11,17
Abg. Inge Höger-Neuling (DIE LINKE.)	19,22	SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp))	11,22,24
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	20,21	SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer (BÄK))	13,15,20,24,29
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	24,25,26	SV Dr. Peter Wigge (Bundesverband Managed Care (BMC))	14
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	32	SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK))	14,25,26,32
		SV Prof. Dr. Christian Pestalozza	15
		SV Dr. Ryszard van Rhee (Bundesverband Deutscher Belegärzte)	17
		SV Peter Lehndorfer (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	18,25
		SVe Regina Feldmann (AG der Kassenärztlichen Vereinigung der neuen Bundesländer)	19
		SV Dr. Stefan Etgeton	22,32
		SV Dr. Martin Danner (Deutscher Behindertenrat (DBR))	23
		SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzterverband)	24
		SV Dieter Best (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung)	24
		SV Wolfgang Abeln	26
		SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (BZÄK)	27
		SV Dr. Axel Meeßen (VdAK/AEV)	28
		SV Dr. Dirk Gopffarth (Bundesversicherungsamt (BVA))	28,29
		SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	29,32
		SV Rainer Jeniche (BMVZ)	33

Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)

BT-Drucksache 16/2474

Beginn der Sitzung: 13.04 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich begrüße Sie zur Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auf BT-Drucksache 16/2474. Sie haben per E-Mail Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD erhalten, die wir heute grundsätzlich einbeziehen wollen. Der Ausschuss hat heute allerdings beschlossen, eine zweite Anhörung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz durchzuführen, speziell zu den Änderungsanträgen auf Ausschuss-Drucksache 0110 betreffend die Zustimmungspflicht und die Entschuldung der Kassen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Wir möchten mit dem vorgelegten Gesetzentwurf u. a. Beschlüsse des Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2004 umsetzen und die Gestaltungsmöglichkeiten für die vertragsärztliche Tätigkeit sowie die ärztliche Berufsausübung erweitern, u. a. um Versorgungsengpässe in strukturschwachen Regionen zu beseitigen. Vor diesem Hintergrund interessiert mich, wie Sie die Regelung über die Ermöglichung der Tätigkeit an weiteren Orten für das Erreichen des Ziels einer von der Koalition angestrebten gleichmäßigen flächendeckenden Versorgung der Versicherten beurteilen.

Ist ferner die Ermöglichung von die Grenze einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitenden Berufsausübungsgemeinschaften zweckmäßig zur Erreichung einer wirtschaftlichen Versorgung von Versicherten?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir begrüßen die angesprochene Flexibilisierung. Im Hinblick auf die gleichmäßige flächendeckende Versorgung bietet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz allein allerdings keine Lösung. Wir werden mit diesem Gesetz an die Grenzen der finanziellen Budgetierung stoßen. Durch die Möglichkeit zur Anstellung und zur Tätigkeit an mehreren Orten wird das Gesetz aber – insbesondere in einigen unterversorgten Gebieten – dazu beitragen, die Sicherstellung flächendeckend zu gewährleisten. Die KV-übergreifende Tätigkeit wird von uns ebenfalls unterstützt, dass sie tatsächlich Fragen der Auslastung, zum Beispiel in ambulanten Operationszentren, positiv beantwortet wird.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Grundsätzlich begrüßt die GKV die Möglichkeiten zur Flexibilisierung. Wir stellen aber fest, dass die Regelungen zur Flexibilisierung nicht nur in den unterversorgten Gebieten greifen sollen, sondern auch in den Gebieten, die voll – aber nicht überversorgt – versorgt sind. Bei den Hausärzten sind dies 39 % der Planungsgebiete. Wir haben die Sorge, dass sich die zukünftigen Ärzte in den voll-, aber nicht überversorgten Gebieten auf die Niederlassung konzentrieren werden, nicht aber in den unterversorgten Gebieten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sollten nur für die nicht vollversorgten Gebiete gelten, um die Unterversorgung zu beseitigen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Zum letzten Punkt habe ich eine Zusatzfrage an die KZBV in Bezug auf die Zweckmäßigkeit der die Grenzen einer KZV überschreitenden Berufsausübungsgemeinschaft zur Erreichung des Ziels.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich teile die Skepsis der Krankenkassenverbände. Für uns gelten einige andere Regelungen als für Ärzte. Wir kennen die Degression, andere Budgetzwangs- und Steuerungsmaßnahmen. Grundsätzlich begrüßen wir die Flexibilisierung, um veränderten Zeiten und neuen Versorgungsstrukturen zu begegnen. Wir haben hier aber die Befürchtung, dass es zu einem Missbrauch des Gestaltungsspielraumes kommt. Wenn man Liberalisierungen will, wäre es konsequent, die Kontrollmechanismen, Bedarfsplanung und dergleichen abzuschaffen. Ich fürchte, dass wir zu Praxisketten kommen, die letztlich ökonomisch gesteuert sind. Wir kennen das Beispiel McZahn aus der letzten Zeit. Das führt dazu, dass diese Strukturen missbräuchlich dazu genutzt werden, die ursprünglich freiberuflichen Strukturen versorgungsnah zu unterlaufen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich sowohl an die KBV als auch an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie bewerten Sie die Auswirkungen der Möglichkeit, als Vertragsarzt und gleichzeitig auch als angestellter Arzt im Krankenhaus arbeiten zu können? Wie wirkt sich das auf die ambulante Versorgungsstruktur und die Finanzierungsstruktur der Praxis aus? Ich bitte Sie, auch auf die Regelungen in § 20 Zulassungsverordnung einzugehen, was die Aufteilungsmöglichkeiten der Zeiten betrifft.

Meine zweite Frage bezieht sich auf das Belegarztwesen: Welche Auswirkungen haben die Veränderungen, die im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehen sind, auf das Belegarztwesen? Welche Maßnahmen müssten hier gegebenenfalls im Finanzierungsrecht ergriffen werden, damit sich wieder eine sinnvolle Konstruktion ergibt?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir bejahen die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus wie in der niedergelassenen Versorgung. Es sind aber Vorkehrungen zu treffen, damit Krankenhäuser keine Investitionen für Vertragsarztpraxen mit hälftigem Versorgungsauftrag übernehmen, um für Krankenhäuser damit verbundene eigennützige Zwecke zu verfolgen. Wir haben in unserer Stellungnahme vorgeschlagen, dass die gleichzeitige

Tätigkeit anzeigepflichtig sein muss und eine Selbsterklärung des Arztes erforderlich ist, insbesondere eines Krankenhausarztes, ob und wie die Vertragsarztpraxis vom Krankenhaus-träger finanziert wird.

In Bezug auf § 20 benötigen wir eine ergänzende Regelung, die sicherstellt, dass der Vertragsarzt am Vertragsarztsitz präsent ist, der Zulassungsausschuss zur Sicherung mit der Zulassung Auflagen verbinden kann und keine nachteiligen Auswirkungen auf die freie Arztwahl des Versicherten bei gleichzeitiger Tätigkeit am Krankenhaus und in der Niederlassung erfolgen. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die früher bereits im Gesetzgebungsverfahren diskutierte, aber nicht umgesetzte Regelung zur Praxisklinik: Dieses Institut sollte man möglicherweise mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz nochmals erwägen.

In Bezug auf die belegärztliche Tätigkeit bietet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz neben der bisherigen Möglichkeit, gleichzeitig als Belegarzt im Krankenhaus tätig und niedergelassen zu sein, über Anstellungsmöglichkeiten am Krankenhaus nunmehr eine zweite Option. Diese Option wird es den Krankenkassen ermöglichen, einerseits über Hauptabteilungen die Versorgung ehemals belegärztlicher Patienten sicherzustellen, oder dies wie bisher in den kollektivvertraglichen Regelungen zu lassen. Wir sehen hier keinen Änderungsbedarf.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Auch aus Sicht der Krankenhäuser wird grundsätzlich begrüßt, dass in beide Richtungen mehr Flexibilität geschaffen wird. Zu der Regelung gehört auch, dass Krankenhausärzte in medizinischen Versorgungszentren mitwirken können, ebenso wie Vertragsärzte in die klinische Arbeit eingebunden werden können. Das hat sowohl in Bezug auf die medizinische Qualität als auch ökonomisch große Vorteile, weil Facharztexpertise von außen besser im Krankenhaus mitarbeiten kann. Das führt in gewisser Weise zu einer Parallelstruktur im Verhältnis zum Belegarztwesen: Dort kann der niedergelassene Arzt unter den engen Bedingungen des Belegarztwesens im Krankenhaus arbeiten. Nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz kann er unter deutlich erweiterten Möglichkeiten arbeiten. Dies wirft die Frage auf, ob das Belegarztwesen nicht besser aus der Restriktion herausgeholt werden und es grundsätzlich dem

Krankenhaus überlassen sein sollte, mit welcher ärztlichen Kapazität es seine Leistungen erbringt, d. h. ob es Ärzte von außen unter Vertrag nimmt, ohne die Restriktionen des Belegarztwesens zu haben. Sie brauchen schließlich immer einen spezifisch zugelassenen Arzt usw. Dann wäre aber die logische Konsequenz, dass das Krankenhaus für die gesamte stationäre Leistung eine Fallpauschale abrechnet, die den ärztlichen Leistungsanteil beinhaltet, der heute noch über die KVen vergütet wird.

Zu der Frage der Zeiten, die niedergelassene Ärzte jetzt jenseits der Praxis im Krankenhaus arbeiten dürfen, nimmt das Gesetz Bezug auf die 13-Stunden-Regelung. Wir halten diese Regelung für zu eng. Bei einer solchen Liberalisierung sollte man es den Partnern überlassen, wie viele Stunden sie in den jeweiligen Sektionen arbeiten. Wir haben die Sorge, dass die Regelung so interpretiert werden könnte, dass ein Krankenhausarzt, der in einem MVZ mitarbeitet, möglicherweise nur noch 13 Stunden stationär tätig sein kann. Es wäre wichtig klarzustellen, dass das nicht gemeint sein kann. Das würde die dort mitarbeitenden Krankenhausärzte hinsichtlich ihrer stationären Arbeit deutlich einschränken. Gemeint war wohl, dass der Vertragsarzt seinen Kassenarztsitz nicht durch Außerhalbstätigkeit zu lange verlassen soll. Es wäre wichtig, dass hier im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eine Klarstellung erfolgt.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KZBV. Der Gesetzesentwurf sieht für die Vertragszahnärzte eine Liberalisierung und Flexibilisierung des Vertragszahnarztrechts vor, z. B. die Anstellung von Zahnärzten in zwei Praxen und KZV-übergreifende Tätigkeiten. Wie bewerten Sie diese gesetzlichen Regelungen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Strukturen der vertragszahnärztlichen Versorgung?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Die KZBV befürchtet, dass es hier zu ganz massiven Verwerfungen kommen wird. Grundsätzlich begrüßen wir die Liberalisierung und Flexibilisierung, aber wir benötigen dann auch eine entsprechende Liberalisierung beim Bedarfsplanungsrecht, beim Vergütungsrecht. Wir haben nach wie vor eine budgetierte Ge-

samtvergütung. Wir haben Honorarverteilungsmaßstäbe und den degressiven Punktwert, den es nur im zahnärztlichen Bereich gibt.

Der Gestaltungsspielraum kann dazu führen, dass beispielsweise nicht nur in einem KZV-Bereich, sondern auch in anderen KZV-Bereichen Zweigpraxen gegründet werden, die mit Assistenten oder angestellten Zahnärzten bestückt werden. Bisher gibt es eine Präsenzpfllicht eines Praxisinhabers in seiner Praxis. Der Praxissitz ist auf die Person bezogen. In Zukunft könnte es eine finanzkräftige Praxis eines Einzelzahnarztes oder eines finanzstarken Investors geben, die mit vielen Zweigpraxen eine möglicherweise schlechtere Versorgung bietet, weil hier nicht mehr die Verpflichtung besteht, dass der Praxisinhaber vor Ort zugegen sein muss. Die Praxisketten, die sich dort bilden können, bergen die Gefahr einer einseitig ausgerichteten Ökonomisierung. Das Beispiel McZahn hat gezeigt, dass man mit diesem Modell Geld verdienen will. Ein Patient kann in einer solchen Praxis folglich „einäugig“ behandelt werden: McZahn kann hinsichtlich der Möglichkeiten, bei den Material- und Laborkosten zum Zahnersatz einzusparen, einseitig die Prothetik forcieren. Mancher Patient, der nicht unbedingt als Prothetikpatient in die Praxis geht, kommt dann als Prothetikpatient wieder heraus. Ich sehe dabei das Arzt-Patienten-Verhältnis stark gefährdet und glaube nicht, dass eine nicht-kontrollierbare Kettenbildung durch „vagabundierende Ärzte“ im Sinne der Patienten wäre.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV, die DKG, einen der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren: Entspricht die Regelung über die selbstschuldnerische Bürgschaft der Gesellschafter von MVZ, die als juristische Personen organisiert sind, dem Gleichbehandlungsgebot zwischen Vertragsarztpraxen und MVZ?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir begrüßen diese Regelung mit Blick auf das völlig anders geartete Risiko: Das höhere Risiko besteht darin, dass zu Lasten der budgetierten Gesamtvergütung – und damit der Honorare aller Vertragsärzte – Richtgrößenregresse erfolgen, die aber vom Schuldner nicht mehr eingezogen werden können. Damit haftet die Gesamtver-

gütung für diesen Regress. Wenn die Kapitalgesellschaft bei Überschuldung Insolvenz angemeldet hat, wird das von der Gesamtheit der anderen Vertragsärzte bezahlt. Deshalb brauchen wir die Bürgschaft der Gesellschafter von MVZ.

SV Andreas Wagener (DKG): Der Ansatz ist nachvollziehbar. Dagegen sprechen aber in Bezug auf die gemeinnützigen Krankenhäuser steuerrechtliche Befürchtungen: Wenn die Bürgschaft nicht aus freien Mitteln gezogen wird, sondern aus Mitteln, die dem Krankenhaus im Rahmen der Gemeinnützigkeit zustehen, liegt eine nicht satzungsgemäße, für die Gemeinnützigkeit schädliche Mittelverwendung vor. Damit können sich Probleme aus dem Gemeinnützigkeitsrecht ergeben.

Noch gravierender ist jedoch, dass hiermit Strukturen umgangen werden, die im Gesellschaftsrecht anders ausgeprägt sind. Zweck einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist es nun einmal, eine beschränkte Haftung für die Gesellschafter zu gewährleisten. Im Referentenentwurf war hier zunächst eine andere Regelung vorgesehen. Über die Mittel einer selbstschuldnerischen Bürgschaft wird hier nun wieder eine Haftung für die Gesellschafter in zunächst unnachvollziehbarer Größenordnung dargelegt. Im ärztlichen Bereich gibt es die Möglichkeit, juristische Personen bzw. Personengesellschaften zu gründen. Ich sehe hier keine Wettbewerbsverzerrung, weil diese Rechtsform sowohl den Vertragsärzten als auch den entsprechenden Medizinischen Versorgungszentren zusteht. Darüber hinaus können nach neuerem Recht selbst Privatpersonen, die keine juristischen Personen sind, in Insolvenz gehen. So bleibt natürlich für die KVen ein unkalkulierbares Risiko, das aber nicht mit den Mitteln des Gesellschaftsrechts ausgeglichen werden kann.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Mir leuchten die Ausführungen von Herrn Köhler durchaus ein, aber wir setzen auf die befreiende Wirkung der Gesamtvergütung, die die Krankenkassen – zumindest noch – zahlen. Insofern geht es um eine Frage der Solidarität unter den Leistungserbringern.

SV Rainer Jeniche (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ)): Wir halten

die Regelung der selbstschuldnerischen Bürgschaft für nicht erforderlich. Bei juristischen Personen des privaten Rechts handelt es sich um eine eigenständige Konstruktion, die auch wegen der körperschaftlichen Struktur entsprechenden Konsequenzen steuerlicher Natur unterworfen ist. Dabei würde das weitere Fördern einer Bürgschaft dem Sinn und Zweck dieser Gesellschaftsform zuwiderlaufen und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung darstellen, da die Vorteile dieser Gesellschaftsform eliminiert würden, ohne die existierenden steuerrechtlichen Nachteile – die Gewerbesteuerpflicht – zu beseitigen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV, den AOK-Bundesverband und die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer: Halten Sie die im Gesetzentwurf getroffenen Regelungen – die Aufhebung der Altersgrenzen von 55 und 68 Jahren in unterversorgten Regionen, die Frage von Sicherstellungszuschlägen, die Frage der Zulassung auch bei nur lokalem Versorgungsbedarf – für geeignet, um das Ziel zu erreichen, regionale Versorgungsprobleme abzumildern? Oder müsste aus Ihrer Sicht zusätzlich etwas gemacht werden – wobei ich nicht die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angedachten Maßnahmen meine?

Meine Zusatzfrage richtet sich an Professor Axer: Halten Sie die Regelungen des Gesetzentwurfs im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz für problematisch?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir üben grundsätzlich Kritik an den Altersgrenzen. Wir sind aber froh, wenn sie insbesondere für unterversorgte Regionen wegfallen. Wir sind im Hinblick auf den Arztmangel, insbesondere im Hausarztversorgungsbereich, darauf angewiesen. Allerdings wird die Perspektive, auch noch über das 68ste Lebensjahr hinaus zu arbeiten, die Ansiedelung eines jungen niedergelassenen Vertragsarztes in unterversorgten Gebieten nicht gerade fördern. Die geplanten Sicherstellungszuschläge halten wir für zu niedrig. Sie sind aber ein wichtiges und sinnvolles Instrument. Dennoch werden Sie regionale Versorgungsprobleme nicht allein damit lösen können. Es bleibt nach wie vor bei der Vergütungsproblematik, d. h. der Unterdeckung der ärztlichen Leistungen. Deshalb ist

die Niederlassung zunehmend unattraktiv und Ärzte wandern ins Ausland ab.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Man kann dankbar sein, wenn man zusätzliche Instrumente zur Beseitigung der Unterversorgung in die Hand bekommt. Dies bekäme man hier. Ich bleibe aber bei der Grundaussage: Bitte schaffen sie diese Instrumente nicht für vollversorgte Gebiete, sondern nur für unterversorgte. Unterversorgung ist ein schwerwiegendes Problem, dem wir uns gemeinsam stellen. Schon jetzt gibt es Bemühungen in der Selbstverwaltung.

Die vorgesehenen Maßnahmen sind insofern sinnvoll, werden aber aus unserer Sicht nicht ausreichen: Man sollte nicht nur an den Abbau der Unterversorgung denken, sondern auch an die Überversorgung. Im Gesetzentwurf ist von unterversorgten Gebieten und Zuschlägen die Rede. Der Ball wird rund, wenn man gleichzeitig bei überversorgten Gebieten Abschläge vorsieht. In überversorgten Gebieten wie der Stadt München haben wir gegenüber einer Vollversorgung zurzeit über 300 Hausärzte zu viel. Aufgrund grundgesetzlicher Vorschriften stellt der Arztsitz als solcher einen Eigentumswert für den abgehenden Arzt dar. Daran wollen wir auch nichts ändern. Wenn ein Arzt nachrückt, sollte er aber keine Garantie auf die gleiche Einnahme haben. Als AOK-Bundesverband und als GKV schlagen wir vor, beim Nachrücken in einem überversorgten Gebiet zeitgebunden entsprechende Abschläge vorzusehen und diese an die unterversorgten Gebiete auszuschütten. Sie müssen sich vorstellen, dass sich junge Ärzte in einem überalterten Umfeld niederlassen sollen. Ob finanzielle Anreize dafür ausreichen, ist zweifelhaft, aber es wäre eine weitere Maßnahme.

SV Dr. Hans-Joachim Helming (AG der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer): In Übereinstimmung mit der KBV begrüßen auch wir den Wegfall von unnötigen Reglementierungen wie der Altersgrenze. Angesichts der aktuellen Erfahrung aus der Praxis halten wir es jedoch nicht für ein geeignetes Instrument, um dem schon bestehenden und dem sich in naher Zukunft weiter eklatant verschärfenden Ärztemangel in den neuen Bundesländern sinnvoll entgegenzutreten. Gegenwärtig geben unsere Ärzte im Alter kurz oberhalb der 60er-Grenze ihre Praxistä-

tigkeit auf. In Brandenburg liegt der Durchschnitt des Ausstiegs aus der praktischen Tätigkeit bei 60,2 Jahren. Die Öffnung jenseits der Grenze von 68 oder 70 Jahren interessiert deshalb niemanden: Diese Ärzte sind gar nicht mehr im System. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe: Wir haben eine hohe Frauenquote, und die aus der praktischen Tätigkeit resultierende Verdienstmöglichkeit motiviert nicht dazu, die Altersgrenze zu überschreiten. Deswegen wird dieses Instrument wenig wirken.

Die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten begrüßen wir vom Grundsatz her genauso. Angesichts der Frage der Finanzierung der Sicherstellungszuschläge wird jedoch auch hier die Wirksamkeit nicht eintreten. Es ist vorgesehen, die Mittel zur Finanzierung der Zuschläge aus Abschlägen in vermeintlich überversorgten Gebieten zu akquirieren. Damit wird man Schiffbruch erleiden, wenn man nicht das von Herrn von Stackelberg fokussierte München nimmt, sondern Cottbus. Dort sind bereits in der Honorierung 30 % Unterfinanzierung zu beklagen. Es wird nicht funktionieren, diesen Ärzten weitere Geldmittel zu entziehen, um andere zu stützen. Diese Umverteilung wird keine tragfähige Finanzierungsgrundlage eines durchaus sinnvollen Instrumentes bieten.

SV Prof. Dr. Peter Axer: Vor dem Hintergrund der verfassungs- und bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung ist die Neuregelung der Altersgrenze unproblematisch. Das Bundesverfassungs- und das Bundessozialgericht gestehen einen weiten Gestaltungsspielraum zu. Die 2001 bzw. 1998 genannten Gründe gelten auch heute noch fort. Der Gesetzgeber reagiert in den Bereichen, wo eine Unterversorgung herrscht. Insoweit sehe ich verfassungsrechtlich keine Probleme.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KZBV. Die zahnmedizinische Versorgung der Patienten erfolgt in Deutschland schwerpunktmäßig durch freiberuflich tätige Zahnärzte. Deshalb spielen in diesen Versorgungsbereichen die Schnittstellenprobleme ambulant/stationär keine Rolle. Mit den Medizinischen Versorgungszentren werden neue Versorgungsstrukturen im Wettbewerb zu den freiberuflichen Praxen ermöglicht. Sind die Regelungen im VÄndG so gestaltet, dass für MVZ und freiberufliche Praxis

gleiche Wettbewerbsbedingungen gelten? Oder kommt es zu einer Benachteiligung für die freiberuflich tätigen Zahnärzte?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Obwohl es in den verschiedenen Entwürfen schon eine Korrektur gegeben hat, ist diese nicht ausreichend, weil es nach wie vor zu einer Benachteiligung freiberuflicher Praxen kommt. Es geht um den degressiven Punktwert, die Anstellung von Zahnärzten und die Leistungsbegrenzungen in überversorgten Gebieten. Es ist nach wie vor so, dass der in einer freiberuflich geprägten Praxis angestellte Zahnarzt in einem überversorgten Gebiet mit seinem Leistungsvolumen nicht angerechnet werden kann. Für das Medizinische Versorgungszentrum stellt sich dies im Vergleichsfall anders dar, obwohl es auch ein Zulassungsgesperrter Bezirk ist und die Leistungsbegrenzung folglich ebenfalls logisch wäre. Wollte man diesen überflüssigen Bereich haben – offensichtlich will das der Gesetzgeber, müsste für das Medizinische Versorgungszentrum zumindest auch die Leistungsbegrenzung gelten.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Meine Frage richtet sich an die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG. Es wurden Bedenken geäußert, dass die Umsetzung zum 1. Januar 2007 schwierig sein könnte. Wäre eine Lösung bei späterer Umsetzung eher erreichbar? Unter dem Aspekt des von Herrn Baum z. B. zur Umlenkung von Geldströmen oder der 13-Stunden-Regelung Gesagten bitte ich Sie, an einem Beispiel zu erläutern, was eine allzu frühe Umsetzung zum 1. Januar 2007 an Problemen mit sich brächte.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir begrüßen ausdrücklich und fordern sogar, dass das Gesetz zum 1. Januar 2007 beschlossen wird. Es sollte aber erst zum 1. Juli 2006 in Kraft treten. Wir können es auch begründen. Dieses Gesetz ändert noch keine untergesetzliche Norm in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Wir müssen die Bundesmantelverträge, die Qualitätssicherungsvereinbarung, unseren einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Richtlinien über den Datenträgeraustausch ändern. Wir brauchen ein vereinfachtes Verwaltungsverfahren für die Vergütung und Abrechnung derjenigen Ärzte, die in mehreren KVen tätig sind.

Wir werden auch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wie z. B. die Richtlinie betreffend angestellte Ärzte, ändern. Auch die Bedarfsplanungsrichtlinien gehören dazu. Nicht zuletzt müssen wir eine bundesweit einheitliche Arztrechnungsnummer einführen. Dies kann nicht alles zum 1. Januar 2007 vorbereitet werden. Vielmehr bedarf die Vorbereitung eines Gesetzesbeschlusses. Wenn Sie uns diese Vorbereitungszeit nicht geben, wird das Gesetz zwar da sein, und die Ärzte werden nachfragen, aber es wird nicht umsetzbar sein, weil die entsprechenden untergesetzlichen Normen noch nicht beschlossen sind.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband): Wir sehen das genauso wie die KBV. Durch dieses Gesetz wird die Einheit von Kassenarztpraxen und Kassenarztsitz aufgehoben. Deshalb müssen sämtliche Regelungen neu spezifiziert werden. Bestimmte Richtlinien zur Qualitätssicherung sind z. B. auf den Praxissitz zu beziehen, ob er gekachelt sein muss o. ä., während andere Qualitätsanforderungen – wie z. B. Mindestmengen in der Koloskopie – auf die Person abgestellt sind. All dies muss neu geregelt werden. Dafür scheint uns ein halbes Jahr notwendig zu sein.

SV Georg Baum (DKG): Das Gesetz hat aus Sicht der Krankenhäuser eine stark positive Strukturoption: Krankenhausärzte können in MVZ und niedergelassene Ärzte in Krankenhäusern arbeiten. Mit Blick auf diese große Strukturveränderung käme es auf drei Monate früher oder später nicht an. In Bezug auf die Frage betreffend das Belegarztwesen und die Geldströme bedürfte es der entsprechenden gesetzlichen Änderungen, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kommen sollten.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an die KBV und die KZBV. Nach § 19a im Gesetzentwurf gibt es eine halbe Zulassung, d. h. ein Arzt kann zwei Zulassungen mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen einnehmen – auch in verschiedenen KVen. Dadurch wäre er auch Mitglied in zwei KVen. Halten Sie es für sinnvoll und notwendig, dass der Arzt in der Folge in zwei Ärzteregistern eingetragen wäre und der dazu erforderliche Datenaustausch stattfindet?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Es wird notwendig, in zwei Arztregistern eingetragen zu sein. Die Möglichkeiten des Datenaustauschs zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sind aufgrund der Vorlage gegeben. Man sollte diese Vorschrift bitte streichen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Aus technischen Gründen müsste man wahrscheinlich zwei Register führen. Selbst dann wird man damit aber nichts Zielführendes erreichen, weil die Hauptkriterien unbeachtet bleiben. Es wird nach wie vor möglich sein, dass der dort Teilzeit beschäftigte Arzt für eine Zweigpraxis, in einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeitet. Damit wird es möglich sein, dass Umgehungstatbestände zur Erlangung eines besseren Budgetanteils, eines anderen Honorarverteilungsmaßstabs u. ä. ausgenutzt werden. Auch mit einem noch so filigranen Datenträgeraustausch ist es nicht möglich, dass die einzelne KZV in allen Bereichen auch hinsichtlich solcher Instrumente wie der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Problems Herr werden könnte.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage richtet sich an den Hartmannbund sowie den NAV-Virchow Bund. Trägt die Regelung über die Ermöglichung von Teilzulassung, die zukünftig die Halbierung eines vollen Versorgungsauftrages zulässt, den beruflichen Gestaltungswünschen der freiberuflich tätigen Ärzte hinreichend Rechnung?

SV Carsten Frege (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands): Insbesondere die Regelungen zur überörtlichen Teilgemeinschaftspraxis werden vom Hartmannbund begrüßt. Wir tragen die Ausführungen der KBV voll umfänglich mit. Wir sehen insbesondere vor dem Hintergrund der Ausübung der Freiberuflichkeit Möglichkeiten, hier Attraktivität für junge niederlassungswillige Vertragsärzte zu schaffen. Allein diese Maßnahmen werden jedoch nicht ausreichen. Dies hat insbesondere die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer schon hinreichend begründet.

SV Klaus Greppmeir (NAV-Virchow Bund): Wir haben dem Hartmannbund inhaltlich nichts hinzuzufügen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ich richte meine Frage an die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Der Gesetzentwurf sieht die Möglichkeit einer halben vertragsärztlichen Zulassung vor. Wie beurteilen Sie dies im Hinblick auf die mögliche Folge einer Ausweitung im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Leistungen, die schließlich nicht kontingiert sind, in Bezug auf das Facharztbudget?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Das wird Probleme für den fachärztlichen Vergütungsanteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bedeuten. Wir müssen erwarten, dass mit dem hälftigen Versorgungsauftrag ein größeres Angebot psychotherapeutischer Leistungen existieren wird. Hierzu werden wir sicherlich geeignete Steuerungsmaßnahmen ergreifen müssen. Insgesamt sehen wir aus Gleichförmigkeitsgründen keine Möglichkeit, die Systematik der hälftigen Verträge für die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten zu verlassen. Man muss dabei auch bedenken, dass die Stundenansammlung, die ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut erbringt, jetzt schon in der Tendenz dem hälftigen Versorgungsauftrag entspricht.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Es könnte sein, dass es hier zu Mengenausweitungen kommt. Da müssen wir Lösungen schaffen. Ich sehe aber auch keine Möglichkeit, den Psychotherapeuten die Möglichkeit der hälftigen Zulassung zu verweigern.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU), übernimmt den Vorsitz.

Sve Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Wir sehen die Frage der hälftigen Zulassungsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich vor allen Dingen unter dem Aspekt, ob die Versorgung damit verbessert werden kann oder nicht. In der Psychotherapie bildet die jetzige Bedarfsplanung nicht unbedingt die Versorgungserfordernisse ab. Ich verweise auf das allgemein bekannte Phänomen umfangreicher Ver-

sorgungsempässe, die wir gerade im Bereich der Kinder- und Jugend-Psychotherapie haben. Diese sind auch durch hälftige Versorgungssitze nicht behebbar. Für die halben Versorgungssitze gelten die Argumente von Herrn Helming in Bezug auf die Altersgrenze analog. Gerade in den neuen Bundesländern gibt es eine große Unterversorgung mit Psychotherapie. Die beheben wir nicht dadurch, dass wir hälftige Versorgungssitze schaffen. Das ist nicht das Problem. Das Problem ist, dass es keine Psychotherapeuten gibt, die dort tätig werden. Es gibt sehr viele offene Sitze, und niemand geht dort hin. Wir wollen auch auf die enormen juristischen Probleme verweisen, die die Definition der halben Tätigkeit nach sich zieht. Das hängt mit der Frage zusammen, wie viel Versorgung geleistet wird und an welchen Kriterien man das festmachen soll. Wir würden davon abraten und dies allenfalls als freiwillige Möglichkeit verankert wissen wollen.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Meine Frage richtet sich an die KBV, die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Gesetz sieht vor, dass Versicherte bei Streitigkeiten um die Praxisgebühr unter bestimmten Voraussetzungen Kosten zu tragen haben. Halten Sie eine solche Regelung mit Blick auf die Nichtzahlerquote für erforderlich? Rechnen Sie damit, dass viele Streitigkeiten um die Praxisgebühr vor Gericht enden? Oder ist die Hoffnung berechtigt, dass sich solche Streitigkeiten durch den nunmehr vorgelagerten Verwaltungsakt vorher erledigen?

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Wir begrüßen die Regelung. Es ist wie mit der Geschwindigkeitsbegrenzung: Wenn Sie die Schilder abschaffen, würden viel mehr Leute schneller fahren. Wir haben hier eines der erfolgreichsten Modelle von Zuzahlungen. Im ambulanten Bereich haben wir mit 99,86 % Zahlungsbereitschaft ein Erfolgsmodell von Zuzahlungen, wie Sie es nach meinem Wissen in anderen Leistungsbereichen der GKV nicht kennen. Das ist auch der konsequenten Verfolgung mittels Mahnungen der Nichtzahler geschuldet. Wir müssen das schlechte Beispiel verhindern. In Anbetracht dieser Zahlungsbereitschaft und der Möglichkeiten über Mahnverfahren sowie das weitergehende Verfahren rechnen wir nicht damit, dass allzu viele Gerichtsverfahren vor den Richtern landen. Ich

warne aber davor, Nichtzahler nicht zu verfolgen: Das Beispiel würde die Runde machen.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (KZBV): Die Praxisgebühr ist eigentlich keine Praxis-, sondern eine Krankenkassengebühr. Damit ist klar, wer das Hauptinteresse daran haben sollte, dass die Zahlungen eingehen. Ich stimme meinem Vorredner ausdrücklich zu: Es muss eine Art Steuerungselement und Druck geben, sonst schreibt die Bild-Zeitung auf Seite 1: „So können Sie Geld sparen: Wenn sie nicht zahlen, sind Sie gerichtlich auch nicht zu belangen.“ Es gibt bisher eine unterschiedliche Regelung bei Ärzte- und Zahnärzteschaft. Das Schiedsamt hat für die vertragszahnärztliche Versorgung einen anderen Weg vorgegeben als den, der in der ambulanten ärztlichen Versorgung geregelt ist. Die Zahnärzte und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nicht in der Pflicht, das Geld vorzustrecken. Vielmehr geht hier die Verantwortung direkt auf die Krankenkassen über, die entscheiden können, ob sie den einzelnen Säumigen „verfolgen“ oder nicht. Das ist nach unserer Auffassung der richtige Weg.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Im Gesetzentwurf ist in Bezug auf die Versicherten von „missbräuchlich“ die Rede. Für Juristen ist dies eine sehr scharfe Vorschrift. Dies könnte wirken. Da die Missbräuchlichkeit aber nur in Einzelfällen nachzuweisen sein wird, stellt sich die Frage, ob das gewünschte Ziel mit dieser Formulierung erreicht wird.

Ich möchte in diesem Zusammenhang die Frage der Sozialgerichtsgebühren von 150 Euro ansprechen, die jeder bezahlen muss und die auch bei einem gewonnenen Prozess nicht zurückgezahlt wird. Es wäre hilfreich, wenn der Gesetzgeber festlegen würde, dass diese Sozialgerichtsgebühr bei Streitigkeiten in Sachen der Praxisgebühr nicht erhoben wird. Dies wäre zur Durchsetzung der Ansprüche auf die Praxisgebühr gegenüber säumigen Zahlern weitaus hilfreicher als die Anwendung des Missbrauchs.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Ich haben eine Frage an die KZBV. Mich interessiert, wie ich mir in der Praxis die angesprochene Ungleichbehandlung von angestellten Ärzten, d. h. den

Unterschied zwischen den für MVZ geltenden Regelungen, und den Vertragsärzten vorzustellen habe, insbesondere auch hinsichtlich der Degressionsregelungen. Was bewirkt diese Ungleichbehandlung unter Umständen in der Frage, welche Erlöse oder Umsätze zu tätigen sind bzw. welche Grenzen dies findet?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Ich kann Ihnen keine Umsatzzahlen nennen: Die Umsätze hängen von den Praxisstrukturen ab und davon, in welchem zeitlichen Umfang der angestellte Zahnarzt in einem MVZ bzw. in einer freiberuflich tätigen Praxis arbeitet. Man kann allerdings sagen, dass der Gesetzgeber hier bewusst eine Bremse angelegt hat. Man wollte keine Leistungsausweitung. Auf diese Weise ist die Degression eine Abstrafung derer, die über die bewilligten Leistungsmengen hinausgehen. Wenn ich in einem zulassungsgesperrten Bezirk mit einem angestellten Zahnarzt arbeite, kommt es durch seine Tätigkeit und die Patienten, die in dieser Praxis behandelt werden, zu einer Leistungsausweitung. Wenn diese Leistungsausweitung hinsichtlich der Degression und der Budgetsituation nun anders bewertet wird als bei der vergleichbaren Situation eines angestellten Zahnarztes in einem MZV, indem im MZV der durch die Leistungsausweitung gegebene wirtschaftliche Vorteil weitergereicht wird, besteht hier eklatant ein Bedarf zur Gleichstellung.

Abg. Christian Kleiminger (SPD): Meine Frage geht an die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die BÄK. Die Leistungserbringer bitte ich um Erläuterung, warum Sie die in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geforderten, ergänzenden Regelungen zu Praxiskliniken für notwendig halten. Anschließend interessiert mich, wie die GKV dazu steht.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Folgt man der für das deutsche Gesundheitswesen ausgegebenen Wettbewerbsordnung, braucht man zum Ausgleich der Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzten und MVZ das Institut der Praxisklinik. Neben der Möglichkeit, dass Vertragsärzte im Krankenhaus arbeiten und Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen können, hätten wir damit auch die Möglichkeit, in der ambulanten Ver-

sorgung teilstationäre und stationäre Fälle zu behandeln und so die Balance zu wahren.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Wir sehen zurzeit keine Versorgungslücke, prüfen den Vorschlag der KBV jedoch noch einmal: Bei der Vorbereitung auf diese Sitzung habe ich mir den Vorschlag der KBV nicht in der notwendigen Intensität durchgelesen.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer schließt sich den Ausführungen von Herrn Dr. Köhler an.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Meine Frage richtet sich an die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Bundesverband Managed Care e.V. Halten Sie das Verbot von Berufsausübungsgemeinschaften zwischen einem Angehörigen eines therapieorientierten Fachgebietes, also z. B. eines Gynäkologen, und einem Angehörigen eines Methodenfaches, z. B. eines Laborarztes, für ausreichend, um berufsrechtswidrige Konstellationen auszuschließen, d. h. „Kick-backs“, bei denen bestellender und Empfängerarzt zusammenarbeiten?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Das Verbot besteht für Teilberufsausübungsgemeinschaften und ist ausreichend. Es ist sinnvoll und notwendig, weil über eine Teilberufsausübungsgemeinschaftspraxis möglicherweise vorhandene „Kick-back“-Verfahren über die Gewinn- und Verlustrechnung legalisiert werden könnten. Für die Bundesmantelvertragspartner brauchen wir aber in diesem Gesetz eine Legitimation, weitergehende Regelungen über Kombinationen von speziellen Leistungen zu treffen, die unter Berücksichtigung der Versorgungsbedürfnisse der Patienten solche Teilberufsausübungsgemeinschaften möglich machen. Diese Legitimation, entsprechende untergesetzliche Regelungen zu treffen, haben wir auch in unserer Stellungnahme eingefordert. Wenn wir diese Regelungen nicht treffen, könnten die Teilberufsausübungsgemeinschaften auch zur missbräuchlichen Anwendung motivieren.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Auch die Spitzenverbände sprechen sich nachdrücklich für eine derartige Legitimation der Bundesmantelvertragspartner aus, damit wir schnelle Anpassungsmöglichkeiten an Entwicklungen in der Praxis haben und mit rechtmäßigen Mitteln entsprechende untergesetzliche Regelungen treffen können.

SV Dr. Peter Wigge (Bundesverband Managed Care (BMC)): Wir begrüßen diese Regelung ausdrücklich. Die Problematik der nicht indizierten Mengenausweitung besteht im Rahmen von MVZ und Gemeinschaftspraxen auch bei der fachgebietsfremden Anstellung von Ärzten. Wir haben auch eine Mengenausweitung in den Bereichen, die nicht unter die überweisungsabhängigen Fachgebiete nach Bundesmantelvertrag fallen, z. B. der hochspezialisierte Leistungen erbringende Kardiologe, der mit einem Überweiser eine entsprechende Teilgemeinschaftspraxis gründet, die nach der derzeitigen Regelung nicht verboten wäre. Er unterliegt genau den Problemen, die wir beim Radiologen und Orthopäden oder Kardiologen und Radiologen haben. Insofern ist die Regelung richtig, weil die Mengenausweitungen anders als im privatärztlichen Bereich zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen, aber sie ist nicht konsistent und greift zu kurz. Besser wären Regelungen, wie wir sie in § 135 in Bezug auf die Kernleistungen haben, die im Rahmen des GMG eingeführt worden sind. Man könnte die Frage des Überweisungsvorbehaltes stärker auch auf andere Fachgruppen fokussieren, insbesondere bei Teilleistungen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): In Bezug auf die geforderten ergänzenden Regelungen zu Praxiskliniken interessiert mich, mit welchem Inhalt und Ziel dies aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken geschehen sollte.

SV Georg Baum (DKG): Grundsätzlich kann man sicherlich diskutieren, ob es neben den bestehenden stationären Strukturen andere stationäre Strukturen gibt. Man sollte sich aber die Frage stellen: Können die bestehenden stationären Strukturen den gegenwärtigen stationären Behandlungsbedarf auffangen? Das würde ich bei einer 75 %igen Kapazitätsauslastung der deutschen Krankenhäuser grundsätz-

lich bejahen, so dass die Frage übrig bleibt, ob aus Gründen des Selbstzwecks des Wettbewerbs zusätzliche Kapazitäten zugelassen werden. Zum Beispiel sieht das Gesundheitsreformgesetz vor, dass Hebammen ambulante Entbindungen neben Krankenhäusern auch in ähnlichen Strukturen vornehmen können.

Die Frage der Praxisklinik würde ich auch so beantworten. Dann gibt den Krankenhäusern ähnliche Instrumente, z. B. deutlich erweiterte Möglichkeiten für teilstationäre Behandlungen, um zu ähnlichen Strukturen zu kommen, wie hier vorgesehen ist. In einem Nebeneinander von gleichlangen Spießen kann sich dann sicherlich auch so etwas wie Wettbewerb entwickeln.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): In Ergänzung zu den Ausführungen von Herrn Baum möchten wir die gleiche Frage stellen: Wo liegt der Vorteil für die Versorgung, wenn wir lediglich im ambulanten Setting versuchen, eine zusätzliche stationäre Adaption zu schaffen? Das bringt, glaube ich, in erster Linie nicht einen unbedingten Vorrang oder Vorteil für die Versorgungsqualität. Wir haben heute schon gute Möglichkeiten im Bereich der Kooperation von ambulant tätigen Vertragsärzten mit Krankenhäusern – Stichwort: belegärztliche Versorgung – wo wir genau diesen Effekt, der eigentlich erreicht werden soll, bereits abbilden können. Ich glaube, wir wären gut beraten, zunächst einmal dieses Reglementarium den Notwendigkeiten, die sich aktuell stellen, anzupassen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Herr Dr. Köhler, wollen Sie zu den beiden vorherigen Aussagen etwas sagen?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Ich kenne zwei Grundsätze, der erste ist: ambulant vor stationär. Der zweite Grundsatz ist, dass wir Wettbewerb wollen und ein Wettbewerbsportfolio benötigen. Es gibt Leistungen, die sie mit einer Übernachtung durchaus in der ambulanten Versorgung erbringen können. Beispielsweise sind die Kataraktoperation und andere Bereiche der Ophthalmochirurgie. Warum sollen nicht in gemeinsamer Berufsausübung tätige niedergelassene Vertragsärzte das Institut der Praxisklinik nutzen können? Wir hätten mög-

cherweise auch aus Wirtschaftlichkeitsaspekten Möglichkeiten, Effizienzreserven zu heben. Ich darf vielleicht daran erinnern, dass die Regierung bereits im Jahre 1997 im Krankenhausneuordnungsgesetz dieses zunächst vorgesehen und dann aber wieder verworfen hat. Offensichtlich hatte man damals das sinnvolle Instrument der vorgeschalteten Praxisklinik für notwendig erachtet.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte beginnen mit dem Komplex „Berufsrecht versus SGB V“. Ich möchte meine erste Frage an die Bundesärztekammer richten: In seiner Stellungnahme hat der Bundesrat dargestellt, dass er für die Bereiche „Anstellung von Angestellten-Ärzten“, „Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten“ und für den Bereich „überörtliche Gemeinschaftspraxen“ jeweils den Vorrang des Berufsrechts durch eine entsprechende Einfügung des Vorbehalts landesrechtlicher Vorschriften klarstellen möchte. Die Bundesregierung hat dem in ihrer Gegenäußerung widersprochen. Wie sieht die Bundesärztekammer diese Frage?

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (BÄK): Die Bundesärztekammer begrüßt die Auffassung des Bundesrates. Diese Auffassung klärt und unterstreicht das Verständnis der Bundesärztekammer zum verfassungsmäßigen Verhältnis zwischen Berufsrecht, das durch die Heilberufe der Länder begründet ist, und dem Sozialrecht. Insofern halten wir es auch für richtig –und das ist vordergründig beruhigend– dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung den Vorrang des Berufsrechts anerkannt hat. Aber nicht zufrieden stellend und kritisch sehen wir in der Gegenäußerung die Meinung, dass der Sozialbuchgesetzgeber glaubt, sozialrechtliche Berufsausübungskonfigurationen für die vertragsärztliche Versorgung schaffen zu können, wenn entsprechende Ausübungsformen berufsrechtlich nicht erlaubt sind oder wenn sie noch nicht existieren. Eine solche Art der –wenn ich so sagen darf– Vorratsrechtssetzung tangiert die Autonomie des Landesgesetzgebers und tangiert insoweit auch die Ermächtigungen der Landesärztekammern auf Setzung von Berufsrecht. Insofern schließt sich die Bundesärztekammer der Forderung des Bundesrates nach Herstellung eines klaren Berufsrechtsvorbehalts an.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich darf bei dem Punkt bleiben und eine Frage an Herrn Prof. Pestalozza stellen. Ich darf dazu sagen, Sie sind Verfasser eines Gutachtens im Auftrag der bayerischen Landesärztekammer, in dem Sie auch für den Vorrang des Berufsrechts gegenüber dem Vertragsarztrecht eingetreten sind. Zunächst die Frage auch an Sie: Wie schätzen Sie die Gegenäußerung der Bundesregierung zu den Vorschlägen des Bundesrates ein? Noch einmal speziell auf das zuletzt Angesprochene: Was halten Sie von der in der Gegenäußerung anklingenden Auffassung, dass der Sozialgesetzgeber gleichsam auf Vorrat, wie es hieß, Berufsausübungsfigurationen für das Vertragsarztrecht schaffen könne, und zwar auch, wenn entsprechende Berufsrechtsverbote oder -erlaubnisse bestehen oder nicht daran gedacht ist, entsprechende Erlaubnisse zu schaffen?

SV **Prof. Dr. Christian Pestalozza**: Inhaltlich stimme ich mit der Stellungnahme des Bundesrates völlig überein. Der Gesetzesentwurf formt an mehreren Punkten das Landesberufsrecht um, teilweise übernimmt er es. Dabei nimmt er keine Rücksicht darauf, dass die landesberufsrechtlichen Regelungen in der Bundesrepublik teilweise unterschiedlich sind. Unstrittig ist der Ausgangspunkt, dass es eine ausschließliche Landeskompetenz für das Berufsausübungsrecht der Ärzte gibt. Der Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19, der dem Bund konkurrierend, allerdings nur allenfalls, die Zuständigkeit gibt, die Zulassung zu den Heilberufen zu regeln, ist da ganz deutlich. Vor dieser deutlichen Aussage muss auch die Zuständigkeit für die Sozialversicherung und damit für das Vertragsarztrecht gesehen werden. Das ist eng zu interpretieren.

Die Forderung des Bundesrates, dass dieser eigentlich unstrittige Vorrang des Landesberufsrechts –damit ist gemeint die Ausschließlichkeit der Landesgesetzgebung– eine Art Vorrang des Landesrechts gegenüber dem Bundesrecht begründet, ist gut nachvollziehbar. Ich würde mich dem anschließen. Was die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung dazu zu sagen hat, hat mich überrascht. Sie sagt erfreulicherweise, dass sie das Landesberufsrecht nicht berühren will und dass der Entwurf dies auch nicht tue. Diese zweite Aussage ist sicher falsch, weil der Entwurf in seiner jetzigen Fassung zum Teil ändernd, zum Teil bestätigend in das momentan geltende Landesbe-

rufsrecht eingreift. Die Berührungspunkte und die Änderungspunkte sind völlig klar. Wenn die Bundesregierung der Auffassung ist, sie wolle den Vorrang eigentlich unangetastet lassen, muss sie dafür Sorge tragen, dass das im Gesetzestext zum Ausdruck kommt. Das geschieht zweckmäßigerweise an allen Punkten, wo diese Berührung zwischen Landesberufrecht und Vertragsarztrecht aktuell wird, und das sind die Punkte, die der Bundesrat im Einzelnen genannt hat. Man könnte sich noch vorstellen, vorsorglich, generalklauselartig an irgendeiner Stelle im Sozialgesetzbuch V einen solchen Vorbehalt zugunsten bestehenden Landesberufsrechts anzubringen, aber das muss vielleicht nicht unbedingt sein.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage ist allgemeiner Natur und geht an Herrn Dr. Köhler, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Wie schätzen Sie die Chancen ein für freiberuflich tätige niedergelassene Ärzte im Hinblick auf die Gesamtschau der Regelungen, die seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz für medizinische Versorgungszentren getroffen worden sind? Wie sind sie jetzt im Hinblick auf das geplante Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit den Möglichkeiten der Berufsausübungsgemeinschaft, der Teilzulassung mit parallelem Arbeitsdienst im Krankenhaus und in der Niederlassung und für eine Vielzahl von angestellten Ärzten an unterschiedlichen Orten zu arbeiten? Glauben Sie dabei, dass insbesondere der niedergelassene Facharzt vor diesem Szenario noch eine Zukunft hat?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Mit dem GMG ist eine Phase eingeläutet worden, in der die ambulante Versorgung nicht mehr primär durch den freiberuflich tätigen Vertragsarzt, sondern auch durch angestellte Ärzte sichergestellt wird. Der Trend –und das ist aus dem GMG zu erkennen– geht dahin, dass die freiberufliche Tätigkeit niedergelassener Vertragsärzte ersetzt werden soll durch angestellte Ärzte in Kooperationsstrukturen. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bietet aber mit den Möglichkeiten der Anstellungen auch fachgebietsfremder Assistenten und der Tätigkeit an mehreren Orten die Chance, als freiberuflich tätiger Vertragsarzt in diesem Wettbewerb der Kooperationsstrukturen mit ausschließlich angestellten Ärzten einzusteigen. Ohne das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz würde diese Wettbewerbsmöglichkeit noch nicht einmal

eröffnet und das wäre nach unserer Auffassung in einigen Jahren der Tod der freiberuflich tätigen Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung. Deswegen müssen wir bei allen Bedenken die Wettbewerbschancen für die Freiberuflichkeit, die das Gesetz uns eröffnet, nutzen, um die freiberufliche Tätigkeit zu erhalten.

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.), übernimmt wieder den Ausschussvorsitz.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich möchte bei Herrn Dr. Köhler bleiben. Sie haben in der Öffentlichkeit zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz durchaus immer eine Zustimmung erkennen lassen zur Liberalisierung des Vertragsarztrechts mit seinen vielen Facetten, haben das aber immer von einer vernünftigen Vergütungsstruktur abhängig gemacht und gesagt, das müsse eigentlich in einem Gleichklang laufen. Vor diesem Hintergrund möchte ich Sie fragen, wie Sie die aktuelle Diskussion um ein begleitendes Gesetz, nämlich das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und die dortige Regelung der Vergütungsstruktur beurteilen. Wir diskutieren hier über das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und wissen aber, was dort in den nächsten Monaten möglicherweise auf uns zukommt. Sind Sie mit Ihrer Zustimmung immer noch so positiv?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir haben immer gefordert, dass mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die jetzige Vergütungsform der Vertragsärzte aufgehoben werden muss, da das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz an die Grenzen von Budgetregelungen, Zahlungen mittels Kopfpauschalen und Bindung an Grundlohnsummensteigerungen stoßen wird. Die regional unterschiedlichen Gesamtvergütungen –insbesondere sei hier verwiesen auf die Situation der neuen Bundesländer– werden erhebliche Probleme bei der Umsetzung dieses Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bereiten. Die Zustimmung zu diesem Gesetz ist unsererseits immer in Abhängigkeit von der Aufhebung der Budgetierung erfolgt. Die jetzt vorgesehene zeitliche Verschiebung auf frühestens 2009 wird nicht nur an die Grenzen des Budgets stoßen, sondern es wird

sie letztendlich schon zu einem früheren Zeitpunkt aufheben lassen müssen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Eine Frage an NAV-Virchow-Bund e.V. und Hartmannbund: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Vertragsärzte über ihren Vertragsarztsitz hinaus an weiteren Orten tätig sein können und hierzu auch andere Ärzte anstellen können. Halten Sie diese Regelung für zielführend bzw. für gut oder halten Sie Beschränkungen der Anzahl der Orte und/oder der Anzahl der angestellten Ärzte für erforderlich?

SV **Klaus Greppmeir** (NAV-Virchow-Bund): Wir sehen in der Zahl von angestellten Ärzten eine Möglichkeit für eine wirkungsvolle Verbesserung in der ambulanten Versorgung. Wie Herr Dr. Köhler vorhin ausgeführt hat, sind wir davon überzeugt, dass weitere Korrekturen der Rahmenbedingungen notwendig sind und die liberalisierten Berufsausübungsformen weitere strukturelle und finanzielle Reformen erfordern.

SV **Carsten Frege** (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands): Der Hartmannbund begrüßt die Möglichkeit der überörtlichen Berufsausübung in verschiedenen Praxisformen. Die notwendigen Regelungen zum Eintrag in die Arztregister einschließlich des Datenaustauschs sind hier bereits ausreichend geschildert worden. Das ist für uns das wichtigste Augenmerk. Ansonsten wird die Regelung von uns grundsätzlich unterstützt.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe eine Frage an den Verband Deutscher Belegärzte, an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Die belegärztliche Tätigkeit galt bisher als optimale Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Wird das nach wie vor so gesehen und wenn ja, welche Maßnahmen wären notwendig, um die Existenz dieser Versorgungsform auch weiterhin zu gewährleisten?

SV **Dr. Ryszard van Rhee** (Bundesverband Deutscher Belegärzte): Die Verzahnung, das integrative Arbeiten und das intersektorische Arbeiten, was die Belegärzte seit jeher abliefern, sind weiterhin sehr interessant und wer-

den von der Politik immer wieder als Vorteil angesehen. Daran hat sich nichts geändert. Es hat sich aber geändert, dass wir seit der neuen EBM-Reform, seit Anfang 2005, honorarmäßig sehr unterschiedlich bewertet werden und sehr abgewertet wurden, was eigentlich mit diesem doch hohen integrativen Aspekt nicht übereinstimmt. Von daher wäre es sehr wichtig, dass die Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes nach einer entsprechenden Aufbesserung und bundesweiten Gleichschaltung der Honorare der Belegärzte erfolgt. Andernfalls wird es dazu kommen, dass das Belegarztwesen dann tatsächlich den Exodus erfährt und die Belegärzte in Hauptabteilungen für wesentlich mehr Geld arbeiten.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (AOK-Bundesverband): Wir rechnen in der Tat mit erheblichen Auswirkungen auf das Belegarztwesen. Ein Großteil der Leistungen, die bisher belegärztlich abgerechnet werden, werden künftig als Hauptabteilungsleistung abgerechnet werden. Der bisherige Belegarzt wird dann in einer Art privatrechtlichem Verhältnis mit dem Krankenhaus kooperieren. Für den Patienten bedeutet das zwar keine Verschlechterung, allerdings entstehen aber in erheblichem Maße finanzielle Auswirkungen, weil die Abrechnung der entsprechenden Diseases als Hauptabteilungsleistung ungefähre Mehrkosten in Höhe von 400 bis 500 Mio. Euro bedeuten würden. Dieses erfordert eine Refinanzierung aus den Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen, aus denen bisher die belegärztlichen Leistungen vergütet wurden. Hier scheint uns Nachbearbeitungsbedarf in einem der nächsten Gesetze zu sein, wenn dann dieser Shift in größerem Umfang stattfindet.

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Belegärztliche Versorgung ist die Versorgungsform, bei der der Arzt mit dem Patienten alle Versorgungsebenen durchläuft und damit haben sie eine optimale Verzahnung. Deswegen ist eigentlich nach § 115 SGB V die belegärztliche Versorgung zu fördern. Das ist bisher aber nicht erfolgt. Resultat der EBM-Reform –es wurde vom Vorredner angesprochen– ist eine nicht kostendeckende Vergütung der Belegärzte. Wir sehen aus diesen Zwängen heraus –und weil wir diese Form der Versorgung fördern wollen– nur die im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes gegebene Optionsmöglichkeit, über Hauptabteilungen eine adä-

quate Vergütung der belegarztstätigen Ärzte zu erreichen. Wir werden aber weiter mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen darüber beraten, wie eine angemessene Vergütung dieser für die Versorgung der Patienten sinnvollen Versorgungsform erreicht werden kann. Nachdem wir die Förderung des Belegarztwesens gemäß § 115 SGB V nicht erreicht haben, ist der Trend, der sich mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz anlässt, für das Gesamtsystem mehr Finanzmittel zu entlocken als eine adäquate Vergütung der Belegärzte es erforderte.

Abg. Daniel Bahr (Münster)(FDP): Wir hatten heute Vormittag im Ausschuss einige Änderungsanträge zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Einige werden wir erfreulicherweise noch zum Thema einer Extra-Anhörung „Entschuldung“ machen.

Aber zu einem Änderungsantrag möchte ich hier eine Frage stellen. Das ist der Änderungsantrag zur integrierten Versorgung, deren Anschubfinanzierung nicht nur bis Ende 2007, sondern bis Ende 2008 verlängert werden soll, wobei nicht verbrauchte Mittel erst drei Jahre nach Einbehaltung zurückgezahlt werden müssen. Damit könnte der Eindruck entstehen, dass den Krankenkassen eventuell ein zinsloser Kredit zur Verfügung gestellt wird. Deswegen möchte ich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft fragen, wie Sie zu diesem Änderungsantrag stehen.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Grundsätzlich begrüßen wir die Verlängerung der Anschubfinanzierung, nachdem die notwendigen Begleitregelungen für die Vergütungen im ambulanten Bereich nicht zeitgleich erfolgen können. Wir fordern aber in diesem Bereich eine erheblich bessere Transparenz, da die Vergütung unter anderem auch aus Abzügen aus den Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt. Diese Transparenz ist nicht gegeben. Im Hinblick auf die Drei-Jahres-Rechnung ist es richtig, dass wir einen zinslosen Kredit geben müssen, was wir ablehnen.

SV Georg Baum (DKG): Auch für die Krankenhäuser müssen wir dezidiert fordern, die Abrechnung über den vergangenen Zeitraum

–das, was jetzt vor dem Verlängerungsfeld liegt– jetzt zu machen. Je mehr und länger man das nach hinten zieht, um so intransparenter werden die Vorgänge. Man muss sich vorstellen, dass über 250 Krankenkassen individuelle Abrechnungen auf verschiedenen Ebenen regional, bundesweit usw. machen müssen. Eine Verlängerung würde die Abrechnung gänzlich unübersichtlich machen.

Wir sehen auch Zusammenhänge zu der Diskussion im Krankenhausbereich mit den 1 %igen Kürzungen und bitten, die Geldensammelregelung, nach der Krankenhäuser wie niedergelassene Ärzte 1 % bringen müssen, zu überdenken. Das führt dazu, dass von dem größeren Volumen der Krankenhäuser mit 440 bis 500 Mio. Euro viel mehr Geld für Integrationsverträge eingezogen wird und letztlich wenig mehr als die Hälfte bei Krankenhäusern ankommt. Weil die Inanspruchnahme von Geldmitteln im niedergelassenen Bereich viel höher ist als im Krankenhaus, sollte mit der Verlängerungsregelung eine Neuregelung verbunden werden, nach der die Krankenhäuser 0,5 % und die Niedergelassenen 1 % Budgetabzug bekommen, damit jeder das gleiche Geld in den Topf geben würde.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer: Wie sehen die Vorschläge aus, um die Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beseitigen und welche Maßnahmen sind in diesem Zusammenhang notwendig, um zu verhindern, dass die daraus resultierenden Mehrausgaben durch die anderen Fachärzte refinanziert werden müssen?

SV Peter Lehndorfer (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Teilzulassungen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Die Möglichkeit zur Flexibilisierung der Arbeitszeit von zugelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ist gerade für Frauen notwendig, um Familienzeiten und Beruf mehr als bisher in Einklang zu bringen. Zwei Drittel der Psychotherapeuten sind Frauen. Bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind es sogar 75 %. Damit Teilzulassungen für diese Kolleginnen attraktiv werden, ist es notwendig, Wiedereinstiegsmöglichkeiten in eine Praxis zu schaffen, z. B. nach der Familienzeit. Deshalb halten wir es für sinnvoll, dass halbe Sitze im Rahmen des § 103 Absatz 4 SGB V abgegeben werden

können. Beim Wiedereinstieg könnte man sich dann um einen halben Sitz bewerben.

Die Unterversorgung von psychotherapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche wird diese Regelung aber nicht ausreichend beseitigen. Hier sind einerseits qualitative Maßnahmen in Bezug auf das Zusammenspiel von pädiatrischer, psychotherapeutischer Versorgung im ambulanten und stationären Sektor von Nöten. Hierzu bieten Verträge der integrierten Versorgung neue Möglichkeiten. Andererseits gibt es Bedarf an gesetzlichen Regelungen, um die Versorgung quantitativ an den Bedarf anzupassen. Hierzu schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, in § 101 SGB V eine Mindestquote von 20 % der Behandler aufzunehmen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Etwa 20 % der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche, die Prävalenz psychischer Erkrankung ist ähnlich wie bei Erwachsenen. Dies könnte dazu beitragen, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland deutlich zu verbessern. Die Finanzierung dieser Maßnahme sollte über eine Bundesempfehlung geregelt werden.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster)(FDP): Ich hätte eine Frage an die KZBV nach dem Zusammenhang des drohenden Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Nach dem, was wir sehen, ist im Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Abschaffung der Bedarfsplanung im zahnärztlichen Bereich geplant: Wie beurteilen Sie diese Regelung, die vor uns steht, im Zusammenhang mit den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes?

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (KZBV): Es wäre schön, wenn die verschiedenen Rädchen ineinander greifen könnten und zumindest Regelungen, deren Inhalte in verschiedenen Gesetzen abgearbeitet werden, auch aufeinander abgestimmt werden könnten. Insofern ist es immer schlecht, wenn ein Gesetz zu einem früheren Zeitpunkt seine Gültigkeit bekommt und ein anderes noch auf sich warten lässt. Ich möchte es an Beispielen klar machen. Wir haben in der Zahnärzteschaft eine relativ wohnortnahe hauszahnärztliche Versorgungsstruktur. Diese hauszahnärztliche Versorgungsstruktur droht mit den ganzen Regelungen des Wettbewerbs-

stärkungsgesetzes und des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes unterzugehen.

Ein Ausblick auf das Wettbewerbsstärkungsgesetz zeigt, wir haben noch nie einen so tiefen Eingriff staatlicher Institutionen auf die Versorgung bekommen. Ich meine, vieles, was jetzt vielleicht ein bisschen mit Flexibilisierung und Liberalisierung zu tun hat und auch in die richtige Richtung gehen mag, wird mit manchen Regelungen im Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht nur unterlaufen, sondern gerade konterkariert.

Abg. **Inge Höger-Neuling** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an die Bundesvereinigung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern, an die Bundesärztekammer und an den AOK-Bundesverband. Vorhin wurde darauf hingewiesen, dass einige der Regelungen, die eigentlich zur Bekämpfung der Unterversorgung mit Ärzten in einigen Gebieten gedacht sind, dazu führen könnten, dass sich die Ärzte doch wieder in überversorgten Gebieten niederlassen. Es wurde dann der Vorschlag gemacht, eventuell Honorarabschläge für ÄrztInnen in ausreichend oder überversorgten Gebieten vorzunehmen. Meine Frage: In welcher Höhe müssten diese Honorarabschläge gestaltet sein oder erfolgen, damit sie wirklich eine steuernde Wirkung haben?

Was halten Sie von einer bevorzugten Zulassung von ÄrztInnen, die ihre Allgemeinarztweiterbildung in unterversorgten Gebieten absolviert haben und dort mindestens fünf Jahre tätig waren?

SVe **Regina Feldmann** (AG der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer): Die Problematik der jetzt vorgesehenen Regelungen besteht darin, dass sie nur Änderungen in der Organisation der Versorgung mit sich bringen, aber an den Rahmenbedingungen insgesamt in den neuen Bundesländern nichts ändern. Die Frage nach Abschlägen oder nach der Höhe von Abschlägen kann ich Ihnen beantworten. Thüringen hat 26 Unterbereiche. Wir haben sie kleiner gegliedert. Von diesen 26 Unterbereichen sind 15 hausärztlich drohend unterversorgt. Das bedeutet, dass auch in den anderen Bereichen, weil die Bereiche sehr klein sind, von den dort tätigen Ärzten Patienten aus diesen Bereichen mit übernommen werden, und es ist einfach nicht zu vermitteln,

dass ich diesen Kollegen Abschlüsse für ihre rettende Tätigkeit für die Versorgung auferlege. Bei einer Unterfinanzierung von jetzt noch zwischen 20 und 30 % für die gesamte medizinische Versorgung in den neuen Bundesländern reden wir überhaupt nicht von der Möglichkeit von Abschlüssen, sondern ich sage Ihnen ganz einfach ein Beispiel aus der alten DDR. Da gab es auch Unterversorgung auf dem Land. Daraufhin wurde vom Gesetzgeber ein Zuschlag initiiert, d. h. zusätzliches Geld bereitgestellt, um dort die Versorgung wieder sicher zu stellen. Darüber müsste man nachdenken.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (BÄK): Ich möchte mich zu den Honorarabschlüssen in unterversorgten Gebieten aus Sicht der Bundesärztekammer nicht äußern. Das ist nicht so sehr das Gebiet der Bundesärztekammer. Ich würde nur gerne ordnungspolitisch dazu sagen wollen, dass es sicher günstiger ist, Anreize zu schaffen anstatt mit Abschlüssen zu arbeiten.

Das Andere ist, dass ich mir den Hinweis erlaube, dass die Bundesärztekammer sich sehr deutlich dafür stark gemacht hat, dass man gerade im Lichte der Unterversorgung in den neuen Bundesländern zumindest das psychologisch wichtige Signal aussendet, dass der Ostabschlag bei der jetzigen Gebührenordnung nun endlich aufgehoben wird. Ich denke, das wäre nach 16 Jahren noch mal ein Zeichen dafür, dass Ost und West zusammenwachsen. Dies würde von den dort tätigen Ärztinnen und niederlassungsbereiten Ärzten zumindest als wohltuend empfunden werden.

Ich meine, dass natürlich im Falle von konkurrierenden Situationen, gerade wenn es um die Versorgung von Patienten in unterversorgten Gebieten geht, Ärztinnen bevorzugt werden können. Aber rein von der Systematik her kann man sie nur bevorzugen, wenn es ein Angebot gibt, von denen, die da hingehen möchten. Wenn ein Defizit da ist, wird man froh sein, wenn man das Defizit decken kann und dies nicht irgendwie geschlechtsspezifisch.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Ich möchte klar sagen, dass der Abbau von Unterversorgung eine Vielzahl von Maßnahmen erfordert. Der Gesetzentwurf schlägt vor, Mechanismen und Instrumente für alle nicht überversorgten Gebiete vorzusehen.

Unser erster Vorschlag: Bitte für alle nicht voll versorgten Gebiete. Wir reden über eine Versorgung zwischen 100 % und 110 %, in denen die Mechanismen und Instrumente auch angewendet werden sollen. Bei Hausärzten würden ungefähr 39 % der Planungsbezirke hierunter fallen.

Die zweite Maßnahme haben Sie angesprochen. Es war unser Vorschlag, nicht nur sinnvolle Honorarzuschläge im unterversorgten Gebiet zu geben, sondern dies zu verbinden mit Honorarabschlüssen im überversorgten Gebiet. Honorarabschlüsse sollten aber nicht generell für alle Ärzte im überversorgten Gebiet, sondern nur bei der Übernahme einer dortigen Praxis erfolgen. Sie werden auf Zeit einen Honorarabschlag sicher im Grundsatz vorsehen können. Unser Vorschlag ist 10 %.

Man kann noch weitere Anreize bieten. Wir halten es für hoch sinnvoll, wenn jemand, der sich im überversorgten Gebiet niederlassen will, Vorteile bekommt oder in der Warteschlange auf einen dortigen Arztsitz nach vorne rückt, wenn er vorher entsprechende Zeit im unterversorgten Gebiet tätig war. Das ist genau der Ansatzpunkt, den Sie ansprechen. Den kann man jetzt variieren. Man kann sagen, wer fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war, erhält Vorteile, wenn er sich im überversorgten Gebiet auf einen Kassenarztsitz bewirbt. Er rückt in der Warteschlange gegenüber einem, der das nicht gemacht hat, nach vorne. Das halte ich für einen sehr wirksamen nicht-monetären Anreiz, und ich sagte bereits, wir werden sehr viele Anreize setzen müssen, um die Unterversorgung und die drohende Unterversorgung in Gebieten zu vermeiden. Bei den Hausärzten gibt es zurzeit bei insgesamt 395 Planungsgebieten 152 überversorgte Gebiete, und es gibt nach meinem Kenntnisstand keine Kassenärztliche Vereinigung, die nicht mindestens einen Hausarztbezirk hat, der überversorgt ist.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine erste Frage an den AOK-Bundesverband und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Sind Sie der Auffassung, dass die heutigen Kriterien für die Fragen „Überversorgung, Vollversorgung oder Unterversorgung“, wie sie einmal willkürlich festgelegt wurden, noch sinnvoll und anwendbar sind und tatsächlich den medizinischen Erfordernissen entsprechen?

An die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen Ost richtet sich meine zweite Frage: Welche Auswirkungen auf die Budgets in den einzelnen Landeskassenärztlichen Vereinigungen hat nach Ihrer Meinung die Möglichkeit, in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Kassenzahnärztlichen Bezirken gleichzeitig tätig zu sein? Hierbei ist der Zusammenhang zu sehen von Bedarfsplanung und Wirtschaftlichkeit unter der Voraussetzung der Budget-Deckelung, die wir mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zukünftig erhalten werden.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband): Die erste Frage war, wie ist es mit den Kriterien der Überversorgung tatsächlich. Das ist eine Festschreibung von früheren gegebenen Tatbeständen. Die Kriterien werden oder wurden von der Bundesregierung, auch was die haus- und fachärztliche Versorgung betrifft, festgelegt. Hier hat die Bundesregierung Schwierigkeiten, dies in einen Gesetzentwurf zu packen, und es ist tatsächlich die Frage, was ist unter- und überversorgt. Welche medizinischen Kriterien, welche weiteren Kriterien geben Sie da vor? Wir sind zurzeit froh, dass wir ein handhabbares Kriterium haben. Ich kann mir aber auch weitere Kriterien vorstellen.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Die jetzige Bedarfsplanung ist ein kompletter Anachronismus. Sie ist zu großflächig. Die Arztgruppen, die dort definiert werden, entsprechen heute nicht mehr der Differenzierung und Arbeitsteilung in der Versorgung. Wenn wir damit weiter arbeiten, werden wir die falschen Anreize setzen. Wir fordern eine Versorgungssteuerung, die kleinräumig ist, die Mobilität der Wohnbevölkerung in diesen Bezirken berücksichtigt und die Einbindung ambulanter und stationärer Kapazitäten. Eine solche Versorgungssteuerung mit monetären Anreizen zu versehen, wäre eine zukunftsweisende Versorgungsplanung. Sie merken, der Begriff „Bedarfsplanung“ in diesem Zusammenhang fällt mir jetzt schwer. Wir kommen mit dieser Bedarfsplanung nicht weiter.

SV Dr. Hans-Joachim Helming (AG der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer): Ich unterstütze ausdrücklich

die Ausführungen von Herrn Dr. Köhler. Auch wir betonen seit langem, dass die einstmals auf Basis statistischer Größen ermittelte Bedarfszuordnung von Ärzten im Verhältnis zu einer Einwohnerzahl überhaupt nicht mehr den tatsächlichen Versorgungsbedarf widerspiegelt. Wir haben gerade mit Blick auf die demografische Entwicklung der zu versorgenden Bevölkerung feststellen müssen, dass diese Bedarfswahlen, die damals auf der Basis eines Status Quo einfach festgeschrieben wurden, nunmehr das Problem aufweisen, dass die immer älter und kränker werdende Bevölkerung mit den damals festgelegten numerischen Verhältnissen einfach nicht mehr kompatibel ist. Dies unterstreicht das, was Herr Dr. Köhler gerade sagte. Wir brauchen eine am Versorgungsbedarf ausgerichtete Bemessung von Versorgungskapazitäten. Von der Seite her sind alle Steuerungsmechanismen, die auf der Begrifflichkeit derzeitiger Bedarfsplanung basieren, ungeeignet.

Zur zweiten Frage hinsichtlich der Kombination von bestehen bleibenden Budgets und Wirksamwerden der hier diskutierten Vertragsarztrechtsänderungen im Bereich der Mehrbereichs-KV-Zulassung: Ich glaube, auch hierzu hat Herr Dr. Köhler sehr deutlich gemacht, dass das Budget zu einem weiteren Male klar zeigt, wo die Grenzen liegen. Mit den derzeitigen Steuerungsmöglichkeiten ist es einfach nicht möglich, das Budget, das den Kassenärztlichen Vereinigungen zugeteilt wurde, in dieser Überbereichstätigkeit zu regeln. Wir brauchen eine neu zu schaffende gesetzliche Norm. Wie das möglich ist, erschließt sich mir noch nicht, da ist Herr Dr. Köhler wesentlich optimistischer.

Fazit ist, sobald das Budget fällt und wir die Möglichkeit der arztindividuellen Zuordnung von Leistungen durch diese neuen Arztnummern haben, wäre auch eine die Kassenärztliche Vereinigung übergreifende Tätigkeit durchaus möglich. Unter Budget-Bedingungen gestaltet sich aber die Realisierung dieser Option als ausgesprochen schwierig, insbesondere dann, wenn das Budget zu gering bemessen ist.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich möchte noch eine Frage an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten nachschieben. Sie hatten vorhin gesagt, dass Sie diese Teilzugsregelung begrüßen, hatten dabei darauf hingewiesen, dass das allerdings einige Prob-

leme aufwerfen könnte: Mich würde interessieren, ob Sie befürchten, dass die Teilzulasungsmöglichkeiten durch freiwerdende Praxen in überversorgten Gebieten genutzt werden und damit der Druck auf unterversorgte Gebiete zusätzlich verstärkt wird, sich dort zu entfernen, was zwar ökonomisch verständlich ist, aber verheerende Versorgungsprobleme aufwirft? Mich würde dazu auch die Stellungnahme der Verbraucherzentrale aus der Patientensicht interessieren?

SVe Dr. Birgit Clever (bvvp): Das Problem in den unterversorgten Gebieten ist nicht durch Regelungen zu beheben, die durch die Halbierung von Sitzen ein mehr an Niederlassungsmöglichkeiten schaffen. Denn es gibt einen Mangel an niederlassungswilligen Vertragsbehandlern, die dort hingehen würden. Herr Dr. Köhler hat vorhin darauf hingewiesen, dass die Definition der Bedarfsplanung hoch fragwürdig ist. Ich bleibe jetzt in diesen Begriffen. Natürlich haben wir Gebiete, die besser versorgt sind. Schaffe ich dort Möglichkeiten, noch intensiver zu versorgen, dann ist das unter Umständen auch gut.

Ich verweise noch mal auf die Kinder- und Jugendlichenversorgung. Die ist in jetzt formal gut versorgten und überversorgten Gebieten trotzdem nicht gewährleistet, weil es ein spezielles Problem der Bedarfsplanung ist, dass die Kinderbedarfsplanung mit der Erwachsenenbedarfsplanung vermengt ist und nicht genügend differenziert wird. Da behebe ich unter Umständen in formal nicht gut versorgten Gebieten Teilunterversorgungen. Ich habe aber trotzdem nicht genügend Kindertherapeuten und schaffe vielleicht eine noch stärkere Versorgung in Bereichen, wo ich es nicht brauche. Gerade im Bereich der Psychotherapie ist die Hoffnung, durch die Teilung der Vertragsarztsitze eine generelle Versorgungsverbesserung hervorzubringen, nicht realistisch. Man braucht insgesamt ein Überdenken der Bedarfsplanung, da schließe ich mich Herrn Dr. Köhler vollumfänglich an. Aber man benötigt zusätzliche eine Differenzierung in die verschiedenen Versorgungsbereiche, gerade was die Kindertherapie angeht.

SV Dr. Stefan Etgeton: Ich kann mich der Vorrednerin anschließen. Ich denke auch, dass der Begriff der Bedarfsplanung problematisch ist und dies gerade an der psychotherapeuti-

schen Behandlung besonders deutlich wird, man es aber auch an anderen Behandlungsformen sehen kann. Wir erleben in der Praxis, dass wir in Gegenden, wo angeblich viele Psychotherapeuten tätig sind, lange Wartelisten haben. Dieses Problem verschärft sich noch bei speziellem Bedarf, wie im Bereich der Kinderpsychotherapie. Ich würde daher unterstützen, wenn man sagt, wir müssen zu einer regionalen, auch kleinteiligeren, Versorgungsplanung kommen. Ich denke aber, dass es wichtig ist, neutrale Instanzen, wie z. B. den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Patienten- und Verbraucherorganisationen, in diese regionale Planung mit einzubeziehen. Die Probleme, die wir haben, entstehen zum Teil auch daraus, dass sich die unterschiedlichen Ärzteguppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Planung zuständig sind, gegenseitig auskennen. Ich denke, es wäre sinnvoll, hier neutrale Akteure im Rahmen einer solchen Planung mit an den Tisch zu nehmen.

Abg. Inge Höger-Neuling (DIE LINKE.): Eine Frage an Herrn Etgeton und an den Deutschen Behindertenrat: Würde die Einführung eines Gemeindegewesternmodells bei der Versorgung in unterversorgten Regionen für die Patientinnen und Patienten Vorteile bringen, z. B. eine bessere Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in dünn besiedelten Gebieten?

SV Dr. Stefan Etgeton: Die Einführung einer Gemeindegewester könnte tatsächlich gerade in den dünn besiedelten Gebieten zu einer Verbesserung führen und auch zu einer Entlastung der Hausärzte beitragen. Allerdings verweise ich auf die Kompetenzproblematik zwischen Gemeindegewestern, pflegerischem und ärztlichem Kompetenzbereich. Das muss geregelt werden, möglicherweise mit besonderen Anforderungen an die Gemeindegewester, so dass bestimmte Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich kompetent übernommen werden können. Ich denke, dass die Gemeindegewester oder der Gemeindepflegehelfer in der wohnortnahen Versorgung Hinweisfunktionen übernehmen können, wo es Versorgungsdefizite bis hin zu Verwahrlosungsphänomenen gibt. Ich erinnere an die aktuelle Diskussion, die wir im Moment haben, zum Thema „Verwahrloste Kinder und Jugendliche“. Auch da könnte etwas passieren. Allerdings muss dann auch kostenmäßig die Abgrenzung zwischen der

GKV und dem öffentlichen Gesundheitsdienst geklärt werden. Im Grunde sind das Aufgaben, die zumindest starke Überschneidungsfächen zum öffentlichen Gesundheitsdienst haben, für die man nicht sagen kann, dass sie rein auf Kosten der Versichertengemeinschaft der GKV zu tragen wären.

SV Dr. Martin Danner (DBR): Ich kann mich voll umfänglich meinem Vorredner anschließen und darauf hinweisen, dass sich hier keine kurzfristige Lösung anbietet, dass es vielmehr für eine sachgerechte Lösung wichtig ist, die Erfahrungen aus dem internationalen Bereich sorgfältig zu analysieren.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben hier wesentliche Begründungen und Motivationen gehört, warum wir dieses Vertragsarztrechtsänderungsgesetz brauchen. Es wird davon ausgegangen, dass der Wettbewerb gesteigert wird, dass wir etwas gegen die Unterversorgung tun und letztendlich auch eine liberale Gestaltung von Lebensläufen und Lebensentwürfen bei Ärztinnen und Ärzten herbeiführen. In diesem Zusammenhang möchte ich zu den Berufsausübungsgemeinschaften und der Möglichkeit, geografisch und numerisch unbegrenzt Ärzte, anzustellen, fragen: Gibt es in dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auch Regelungen, die vielleicht schädlich sind beim Abbau, beispielsweise der Unterversorgung? Ich denke an die Berufsausübungsgemeinschaften, wo ein bisschen anklang, dass eine ganze Menge Gestaltungsmöglichkeiten existieren, wenn man sie in den KV-Bereichen übergreifend macht. Das gilt auch für die KZV-Bereiche. Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und an den Hausärzteverband: Sehen Sie die Möglichkeit, dass von den Regelungen der Ausübungsgemeinschaften und der entsprechenden Anstellungsmöglichkeiten vielleicht diejenigen, die als Hausärzte oder als Fachärzte niedergelassen sind, keinen Gebrauch machen? Letztendlich, weil wir auf die neuen Vergütungsregelungen noch mehrere Jahre warten müssen und wir dann in drei Jahren den Zustand haben, dass wir noch weniger Haus- und Fachärzte in den unterversorgten Gebieten haben?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir haben die Möglichkeit, über die untergesetzliche Normgebung die Anzahl der angestellten ÄrztInnen in Vertragsarztpraxen zu steuern. Es ist notwendig, die Anzahl der Ärzte je nach Fachausrichtung zu begrenzen, um die Aspekte der Freiberuflichkeit, der Präsenz des Arztes an einem Vertragsarztsitz und der Notwendigkeit der Leitung der Praxis zu berücksichtigen. Damit haben sie wiederum einen Nachteil gegenüber den medizinischen Versorgungszentren, bei denen das in diesem Umfang derzeit nicht erfolgt. Das ist ein Wettbewerbshindernis. Da wir aber die Frage der Präsenz und Leitung der Praxen hier in den Vordergrund stellen, werden wir diese untergesetzliche Normgebung nutzen müssen. Konkrete Zahlen dazu gibt es nicht.

Die Problematik einer möglichen noch stärkeren Unterversorgung sehe ich nicht durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz induziert. Ich sehe es primär induziert durch die Fortführung der Budgets und die fehlenden Möglichkeiten, über monetäre Anreize, die außerhalb der Budgets erfolgen, Ärzte dort anzusiedeln. Wir werden in der untergesetzlichen Normgebung insbesondere darauf achten, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich, aber auch im fachärztlichen Versorgungsbereich, solche Ärzte, die die Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes nicht nutzen wollen, nicht mit zusätzlicher Bürokratie belegt werden. Ein Nachteil dieses Gesetzes ist, dass wir keinen Bürokratieabbau betreiben, sondern das Ganze noch etwas bürokratischer gestalten müssen, wenn ein Vertragsarzt diese Möglichkeiten des Gesetzes nicht nutzt.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Zu dem, was Herr Dr. Köhler gesagt hat, ist nichts hinzuzufügen. Wenn man das Stichwort „wirtschaftliche Anreize“ nimmt und sich dann fragt, wie diese in der zahnärztlichen Versorgung gestaltet oder ausgestaltet werden können, ist zu befürchten, dass hier, zumindest in der wohnortnahen Betreuung, einiges kaputt gehen wird. Auf Grund der wirtschaftlichen Anreize, die sich nicht nur in medizinischen Versorgungszentren, sondern auch in Franchise-System-gesteuerten oder in Kettenpraxen darstellen, wird es sicherlich zu einer Fokussierung auf einzelne Leistungsbereiche kommen. Der Generalist, der in dieser wohnortnahen Versorgung ein allumfassendes Leistungsspektrum vorhalten soll, ist letztlich im Hinter-

treffen. Diese wohnortnahe hauszahnärztliche Betreuung wird durch Wirtschaftsanreize, von denen, die sich die Rosinen aus dem Markt herauspicken, ausgehöhlt. Damit ist der umfassende Generalist nicht mehr konkurrenzfähig, was nur zu Lasten der Versorgung gehen kann.

SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzteverband): Wir begrüßen die Regelungen der Ausübungsgemeinschaften, würden uns aber inhaltlich der Stellungnahme von Herrn Dr. Köhler anschließen. Sie sind nur dann sinnvoll, wenn wir vom Budget befreit werden und im Jahr 2007 eine neue Gebührenordnung erhalten. Hier sehen wir die direkte Verbindung.

Ich möchte darauf hinweisen, dass die Möglichkeiten, die hier eingeräumt werden, bedeutend sind, da der Hausarztberuf immer mehr ein weiblicher Beruf wird. Die meisten Absolventen in der Allgemeinmedizin in der Weiterbildung sind Frauen. Da brauchen wir diese Angestelltenverhältnisse. Das ist eine wichtige Chance, die wir uns erhalten, ausbauen und durch gezielte Anreizsysteme unterstützen sollten.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es ist die Rede gewesen von Teilzulassungen oder hälftigen Teilzulassungen und dem Wiedereinstieg oder der Wiedererlangung einer Vollzulassung. Für mich wäre die Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Bundesärztekammer: Wie sehen Sie das aus Ihrer Sicht?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir begrüßen die vorgesehene Regelung, wonach wir einen Vollversorgungsauftrag auf Antrag bei Bedarfsprüfungen verlangen können. Weitergehende Regelungen, die eine Garantie dafür geben, dass ich, wenn ich mich auf den hälftigen Versorgungsauftrag beschränke, immer den garantierten Anspruch habe, lehnen wir allerdings ab. Einmal zurück ist zurück.

SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (BÄK): Ich schließe mich den Ausführungen von Herr Dr. Köhler an.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Anfrage an den Bundesver-

band der Vertragspsychotherapeuten, an die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung und die Bundespsychotherapeutenkammer: Ich habe Ihren Ausführungen, insbesondere beim letzten Verband, entnommen, dass Sie mit dieser Halbzulassung nicht richtig umgehen können oder dass es für Sie keine Hilfe sei. In einem persönlichen Gespräch hatten Sie aber erkennen lassen, dass es beispielsweise für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere, wenn die Bedarfsplanung geändert werden würde, durchaus ein sinnvolles Instrument sei, weil es dort insbesondere um bestimmte Tageszeiten gehe, die vielleicht bloß einen halben Behandlungstag abbildeten: Habe ich Sie da insgesamt oder wollen Sie dazu Stellung nehmen?

Sve Dr. Birgit Clever (bvvp): Wenn ich darf, würde ich dem Kollegen von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung den Vortritt lassen.

SV Dieter Best (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung): Ich greife den Vorschlag von Herrn Lehndorfer auf, eine 20 %ige Quote in der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie zu schaffen. Das können sowohl Kinderpsychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeuten und psychologische Therapeuten sein, die Kinder und Jugendliche behandeln dürfen. Dieser Vorschlag würde wenigstens dafür sorgen, dass Plätze für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie geschaffen werden. Ob sie dann ausgefüllt werden, ist eine andere Frage. Das können wir nicht garantieren. Wenn Plätze alleine für psychologische Psychotherapeuten reserviert sind, ist es ausgeschlossen, dass Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sich auf solche Plätze bewerben können. Man kann sich vorstellen, dass es z. B. in Sachsen-Anhalt nur zwei Plätze, zwei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gibt, während in Heidelberg um die 50 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten tätig sind. In Sachsen-Anhalt herrscht jetzt Überversorgung im Bereich Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Ein weiterer Platz ist dort nicht möglich. Dieser Vorschlag würde wenigstens Plätze schaffen und, wie die Berechnungen gezeigt haben, würde dieser Vorschlag dazu führen, dass in bisher unterversorgten Gebieten erheblich mehr und in überversorgten Gebieten kaum zusätzliche Plätze geschaffen

würden. Es würde eine gewisse Novellierung stattfinden.

SV Peter Lehndorfer (BPtK): Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in ihren Ausführungen gesagt, dass die Schaffung von halben Sitzen ein Schritt in die richtige Richtung sei. Ich will ein Beispiel geben. Ich selber komme aus Bayern. Bayern ist in seiner Gesamtheit letztlich gesperrt. Es können sich dort weder psychologische Psychotherapeuten noch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten niederlassen. Es gibt einen Landkreis Freiong Grafenau im Bayerischen Wald. Da gibt es keinen einzigen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, aber dieses Gebiet ist gesperrt für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Wenn man halbe Sitze schaffen würde, dann hätte man die Möglichkeit, im Bayerischen Wald im Landkreis Freiong Grafenau einen Sitz zu schaffen. Dann müsste man motivieren, dass jemand da hingehet. Aber das kann erst geschehen, wenn überhaupt freie Plätze da sind. Es ist also ein Schritt in die richtige Richtung. Wir denken aber, dass mit dem, was Herr Best erwähnt hat, d. h. mit der 20 %igen Mindestversorgungsquote, für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mehr zu erreichen wäre.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir hatten die Frage des Wettbewerbes und möglicher Wettbewerbsverzerrung bei der Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren. Da hat insbesondere die KBV darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser dazu angehalten werden müssten offen zu legen, wie die Finanzierung von Teilniederlassungen in aus Krankenhäusern ausgegründeten medizinischen Versorgungszentren erfolgt. Mich interessiert, ob die Deutsche Krankenhausesellschaft und der Bundesverband Deutscher Privatkliniken mit einem entsprechenden Änderungsantrag Schwierigkeiten hätten.

SV Georg Baum (DKG): Über einen Änderungsantrag die Frage der belegärztlichen Versorgung neu zu strukturieren, ist sicherlich gesetzestechisch eine Herausforderung, die man aber arbeitsmäßig annehmen könnte. Man muss sich aber über das Gewicht des Vorhabens klar sein. Grundsätzlich würden wir es

begrüßen, wenn das Problem der „Belegmiserere“, das auch durch die Vergütungsdiskussion zum Ausdruck gekommen ist, schnell angegangen und aus dem Krankenhaussystem gelöst würde. Der Belegarzt kommt mit den Patienten ins Krankenhaus und erbringt eine Krankenhausleistung. Aus der Zufälligkeit heraus, mit der eine Geburt in einer Belegklinik oder in einer hauptamtlich geführten Klinik durchgeführt wird, wird in dem einen Fall der KV-Topf mit floatenden Punktwerteffekten etc. tangiert, im anderen Fall nur der Krankenkassentopf zur Zahlung der DRG. Diese Vergütungsunlogik kann nur dadurch aufgelöst werden, dass eine voll stationäre Leistung, deren Abarbeitung unter Hinzuziehung eines Arztes von außen erfolgt, als Gesamtvorgang vom Krankenhaus zu verantworten ist und entsprechend unter den Finanzierungsbedingungen und -mechanismen des Krankenhauses abgehandelt wird. Eine solche Reform wäre sicherlich kurzfristig möglich. Sie würde das Grundprinzip, dass der niedergelassene Arzt im Krankenhaus arbeiten kann – und damit den Verzahnungsgedanken nicht kaputt machen. Dadurch würden im Gegenteil mehr Möglichkeiten für die Zukunft geschaffen.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Ich glaube, dass das Problem der Zulassung von medizinischen Versorgungszentren und des Wettbewerbs zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern vor allem für die Akteure auf der Bundesebene existiert und sich weniger vor Ort stellt, wenn ein Versorgungszentrum aufmacht. Ich kann nicht erkennen, inwiefern es ein Fortschritt wäre, wenn die Finanzierung bzw. Finanzierungsbeteiligung von Krankenhäusern an MVZ u. ä. durch gesetzlichen Eingriff offen gelegt werden sollte, d. h. inwiefern dies die Gründung von MVZ fördern oder zur Verbesserung der Versorgung der Patienten führen würde.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die KBV und die Vertreter der Krankenhäuser. Keiner glaubt, dass die medizinischen Versorgungszentren an der Unterversorgung im Osten etwas ändern. Dies haben wir bereits lange diskutiert, auch im Zusammenhang mit der Begründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. In den Stellungnahmen wird nun verschiedentlich kommentiert, dass vorgesehen ist, dass sich in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte nach einer

gewissen Zeit von Jahren das Anrecht erarbeiten können sich niederzulassen. In den medizinischen Versorgungszentren können die Stellen nachbesetzt werden. Gibt es mit dieser Möglichkeit nicht eine Leistungsausweitung bzw. Verstärkung der Überversorgung in den Gebieten, wo medizinische Versorgungszentren aktuell bevorzugt gegründet werden, d. h. in den Ballungsgebieten?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Diese Regelung lehnen wir ab, weil sie Überkapazitäten schaffen wird. Es ist zudem ein klarer Vorteil des MVZ gegenüber dem freiberuflich tätigen Vertragsarzt, der mit diesem Gesetz nicht gehoben wird. In dieser Kombination und unter Berücksichtigung der Diskussion über eine fehlende Offenlegung der Finanzströme geraten wir in die Gefahr einer „McDonaldisierung“ der ambulanten Versorgung. Wenn eher der Anreiz gesetzt wird, im MVZ tätig zu werden, und später die Option besteht, ohne Bedarfsprüfung zugelassen zu werden, während gleichzeitig die Nachbesetzung erfolgt, ist das die wundersame Vermehrung der Arztlzahl bei bestehender anachronistischer Bedarfsplanung.

SV Georg Baum (DKG): Wie Herr Köhler deutlich gemacht hat, ist es grundsätzlich ein Problem des Zustroms in die vertragsärztliche Versorgung. Aus Krankenhaussicht sollte so viel wie möglich frei geregelt werden. Da Herr Köhler deutlich gemacht hat, dass die Bedarfsplanung der herkömmlichen Form auf Dauer nicht überlebensfähig ist, dürften sich vielleicht auch die mit solchen Vorgängen verbundenen Öffnungen und Teilöffnungen im Laufe der Zeit erledigen, so dass wir als Krankenhausverband kein Problem darin sehen.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Diesen Ausführungen schließen wir uns an.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Wolfgang Abeln von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Wie bewerten Sie es, dass die Vertragszahnärzte im Osten an der Verbesserung der Vergütung auch im GKV-Bereich nicht partizipieren können?

SV Wolfgang Abeln: § 85 Abs. 3d SGB V regelt, dass die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern in den Jahren 2004 bis 2006 um insgesamt 3,8 % angehoben werden soll. Diese Norm ist so klar, da die Generalnorm des vierten Kapitels des SGB V, § 72 Abs. 1 Satz 2, hier vier Berufsgruppen ausführt: die Ärzte, die Vertragszahnärzte, die Psychotherapeuten, wie aber auch die MVZ. Der Gesetzgeber hat mit Verabschiedung des GMG nicht aufgeführt, dass die Angleichung der Vergütung gemäß § 85 Abs. 3d nicht für die Vertragszahnärzte gelten soll. Insofern geht es hier nicht um die Frage, dass die Regelung an sich gilt. Vielmehr geht es hier darum, dass die Beteiligten die Regelung umsetzen müssen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Professor Axer von der Universität Trier. Mich interessiert Ihre Stellungnahme zu den Äußerungen von Professor Pestalozza und der Bundesärztekammer hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, insbesondere in Bezug auf das Berufsausübungsrecht. Ferner bitte ich um Ihre Einschätzung zu der Frage, ob die gesetzliche Ermächtigung zu den Gebührensätzen, d. h. § 98, hinreichend bestimmt ist.

SV Prof. Dr. Peter Axer: Das Gesetz ist von der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung gedeckt. Sozialversicherung wird weit verstanden. Das Bundesverfassungsgericht und das Bundessozialgericht rechnen dazu auch das Vertragsarztrecht. Soweit aus Gründen der Versorgung der Sozialversicherten eine Regelung geboten ist, ist diese auch in Abkehr vom Berufsrecht möglich, das Landesache ist. Das Leistungserbringungsrecht ist Teil des Sozialversicherungsrechts. Es gibt auch keinen kategorischen Vorrang des Berufsrechts: Wenn dem so wäre, würde das bedeuten, dass die Ärztekammer auch SGB V-Recht setzen könnte. Folglich gibt es eine Gesetzgebungskompetenz für dieses Gesetz.

Die angesprochene Ermächtigung ist hingegen sehr unbestimmt. Da würde ich der Bitte des Bundesrates folgen. Das Bundesverfassungsgericht geht in letzter Zeit dazu über, gesetzliche Ermächtigungen zum Erlass von Rechtsverordnungen, gerade auch im Gebührenrecht, strenger zu prüfen. Deshalb wäre es sicherlich

sinnvoll und verfassungsrechtlich geboten, § 98 Abs. 2 Nr. 4 präziser zu formulieren.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Das Gesetz stellt klar, dass für den ärztlichen Bereich geltende Regelungen aus dem GMG zur Anpassung der Vergütung mit einer Anhebung in den neuen und einer Absenkung der Vergütung in den alten Bundesländern nicht für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gilt. Wie bewerten Sie diese Klarstellung?

Die Bundeszahnärztekammer bitte ich, noch einmal zu erläutern, warum die Altersgrenze für die Zulassung von Vertragszahnärzten grundsätzlich abgeschafft werden sollte.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Wir haben uns immer dafür eingesetzt, dass es zu einer Angleichung des Ost- auf das Westniveau kommt. Das ist schließlich nicht nur im Rahmen der Honorare in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung allgemein gesellschaftspolitischer Konsens.

Das GMG gilt seit drei Jahren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ist – zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, aber auch mit dem BMG – der Auffassung, dass es sich tatsächlich nicht auf die vertragszahnärztliche Versorgung bezieht, wie dies aus der Begründung zum Gesetzestext hervorgeht. Wir haben sehr viel Verständnis für das Ansinnen der Kollegen aus den neuen Bundesländern, müssen aber auch darauf hinweisen, dass in dem Fall eine erneute Absenkung der Honorare aus den Westbereichen stattfinden müsste. Deshalb würde es auch nicht ausreichen, den Halbsatz zu streichen, dies gelte nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Das wäre nur unvollständig, denn das GMG ist so angelegt, dass sich die 3,8 % auf der Anpassungsseite im Ostbereich und die 0,6 % auf der Anpassungsseite im Westbereich grundsätzlich auf die ärztlichen Vergütungsvolumina beziehen und berechnen. Insofern müsste der Gesetzgeber die Konstruktionsmerkmale für die zahnärztliche Versorgung neu konzipieren. Aber das ist nach unserer Auffassung der falsche Weg.

Der Gesetzgeber ist eher auf dem richtigen Weg, wenn er hier eine Gebührenanpassung

auf das Westniveau fortführen würde. Insofern begrüßen wir auch die sechste Gebührenanpassungsverordnung. Bei allem Verständnis für die Kollegen im Osten muss ich darauf hinweisen, dass manche Kollegen in Bundesländern im Süden Deutschlands schon durch die Einführung eines bundeseinheitlichen Punktwertes für Zahnersatz 10-bis 12 %ige Honorarabsenkungen haben hinnehmen müssen. Dies ist ein Beleg dafür, dass eine Anpassung durch Nivellierung des Westniveaus nach unten der falsche Weg ist und die Kollegen im Osten – anders als es für sie wünschenswert wäre – nur zu einem nicht vollständigen Westniveau kämen.

SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (BZÄK): Die Zahnärzteschaft fordert die Abschaffung der Altersgrenze von 68 Jahren. Im zahnärztlichen Bereich gibt es erfreulicherweise weder eine Über-, noch eine Unter- oder Fehlversorgung. Alle Prognosen und ernsthaften wissenschaftlichen Auseinandersetzungen beweisen, dass die Zahnärztezahl und der Bedarf an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahre 2020 so fort - geschrieben werden, wie dies im Augenblick der Fall ist und weiterhin weder Über-, noch Unter- oder Fehlversorgung zu erwarten sind. Deswegen halten wir die 68-Jahre-Regelung für überfällig.

Dieser strenge Eingriff in die Kassenzahnärztliche Versorgung trifft im Übrigen nicht nur den Zahnarzt, sondern im gleichen Maße – und oft sogar härter – auch den Patienten. Wir haben eine sehr starke Patientenbindung. Der Patient, der von einem auf den anderen Tag nach 20, 30 oder 40 Jahren regelmäßigen Besuchs bei seinem Zahnarzt diesen plötzlich verliert, ist häufig hart getroffen. Insofern würde man mit der Abschaffung der Regelung auch der Altersdiskriminierung entgegenkommen. Letztlich stellt die Regelung überflüssigen Bürokratismus dar, den man an dieser Stelle tatsächlich einmal abbauen könnte. Wir plädieren deshalb mit Nachdruck für die Abschaffung der Altersgrenze im zahnärztlichen Bereich.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Vertreter der anwesenden Spitzenverbände der Krankenkassen. Vor dem Hintergrund der Änderungsanträge zur Neuregelung von § 265 interessiert mich, wie hoch der Brutto- bzw. Nettoschuldenstand

der Mitgliedskassen Ihrer Kassenart zum 31. Dezember 2005 bzw. Mitte 2006 ist.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Ich bin mir nicht sicher, ob dazu nicht am 23. Oktober 2006 eine gesonderte Anhörung stattfindet.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Das wollen wir schon heute wissen, damit wir uns auf die Anhörung vorbereiten können.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Ich habe die Vorbereitung hierzu schon zur Seite gelegt für die Anhörung am Montag. Geben Sie mir zwei Minuten Zeit?

SV Dr. Axel Meeßen (VdAK/AEV): Ich habe das gleiche Problem. Ich nehme die Frage gern mit, damit wir sie bei der Anhörung beantworten.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe die Information, dass bei der heutigen Pressekonferenz der Kassen hierzu schon etwas gesagt wurde.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Laut der KJ 1-Zahlen, der Jahresrechnung zum 31. Dezember 2005, beträgt die Nettoverschuldung im AOK-Bereich 1,6 Mrd. Euro. Die Bruttoverschuldung beträgt 2,7 Mrd. Euro – netto bedeutet saldiert, brutto unsaldiert.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Gibt es über die in der KJ 1-Statistik ausgewiesenen Schulden hinaus Verbindlichkeiten der Krankenkassen, die noch abzutragen sind?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Gerade mit Blick auf diese Frage halten wir die Anhörung am 23. Oktober 2006 für sinnvoll: Diese Frage hängt unmittelbar mit den Fragen des WSG zusammen. Wenn das Insolvenzrecht für die Krankenkassen eingeführt wird, kommen Verpflichtungen aus dem Personalbereich auf die Krankenkassen zu, die sie als Körperschaften zurzeit nicht bilanzieren mussten. Darauf gehen wir am Montag gern

ein. Dies gilt auch für die damit zusammenhängende Frage der erheblichen Belastungen, die damit auf die Krankenkassen zukommen und die bisher keine andere Körperschaft bilanziert hat, die aber nach dem Insolvenzrecht sofort bilanziert werden müssten. Das wären erhebliche Summen. Insofern ist die Frage der Belastung unmittelbar mit der Frage ihrer Stellung verknüpft: Bleibt die Körperschaftseigenschaft, die in diesem Schuldenszenario den Schlussstein für die Spitzenverbände bildet, bestehen? Wenn Sie das Insolvenzrecht vollständig auf die Krankenkassen anwenden – das gilt auch für den VdAK –, ergeben sich erhebliche Belastungen, die Sie vermutlich so nicht vor Augen hatten. Da muss man sich sehr gut überlegen, ob man das will.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Zuerst möchte ich feststellen, dass sich die Krankenkassen alle so weit auf eine Anhörung am Montag vorbereitet haben, dass sie in der Lage wären, die dann gestellten Fragen zu beantworten.

Meine Anschlussfrage richtet sich an Herrn von Stackelberg. Welche Daten sind in den Unterlagen, die die Krankenkassen weitergeben, nicht bilanziert? Um welche Summen geht es?

Meine zweite Frage geht an das Bundesversicherungsamt. Halten Sie eine Entschuldung sämtlicher Krankenkassen vor Einführung eines möglichen Gesundheitsfonds im Rahmen einer Gesundheitsreform für zwingend erforderlich? Halten Sie eine fristgerechte Entschuldung der Ihrer Aufsicht unterstehenden Kassen bis zum 31. Dezember 2007 für gewährleistet?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Ich bitte Sie um Verständnis, wenn ich auf die Anhörung am Montag verweise und dann gern antworte. Es geht z. B. um Pensionsverpflichtungen, aber auch um weitere Bereiche.

SV Dr. Dirk Gopffarth (Bundesversicherungsamt (BVA)): Ich würde auch gern auf Montag verweisen, weil Herr Dr. Daubenbüchel schon abgereist ist, nachdem wir keine Fragen mehr zu diesem Themenkomplex erwartet haben und ich deshalb keine Auskünfte geben kann.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Aber ich darf feststellen, dass auch das Bundesversicherungssamt am Montag bereit wäre, die dann gestellten Fragen zu beantworten?

SV **Dr. Dirk Gopffarth** (BVA): Selbstverständlich.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an die KBV. Wie beurteilen Sie die Verschiebung der Fristen in den §§ 85a, 85b und damit die Fortgeltung des derzeitigen Vergütungssystems mit Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstab?

Die zweite Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Wir haben bisher die Situation, dass bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten wegen Kindererziehungszeiten dann keine Aufnahme in das Arztregister erfolgen konnte, wenn dies nach der alten Regelung – drei Jahre Facharzt für Allgemeinmedizin – gemacht wurde. Jetzt gibt es eine Neuregelung. Halten Sie die im Gesetz vorgesehene Vorschrift für vernünftig?

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Die Verschiebung der Neuregelung und Neustrukturierung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen hat die Budgetierung zur Folge. Dies wiederum führt zur chronischen Unterfinanzierung und Auswanderung von Ärzten. Damit bekommen wir Sicherstellungsprobleme. Deshalb sind wir gegen die Verschiebung – auch und trotz der Kenntnis, dass die vorbereitenden Maßnahmen nicht so zügig gelaufen sind, wie wir uns das gewünscht haben.

Die in der zweiten Frage angesprochene Regelung begrüßen wir ausdrücklich und streben eine entsprechende Ergänzung an. Wir brauchen jeden Arzt und jede Ärztin.

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (BÄK): Die Problematik ist aus Landesärztekammern an uns herangetragen worden, wie Sie wahrscheinlich wissen. Wir sind froh, dass diese Initiative ergriffen worden ist und zum Tragen kommt.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die KBV, die DKG und den BDPK. Im Zusammenhang mit dem Thema Bedarfsplanung hatte die KBV den Begriff „Anachronismus“ gebraucht. Zugleich hat der AOK-Bundesverband im Zusammenhang mit der Lösung des Problems der Über- und Unterversorgung von einem 10 %igen Zu- und Abschlag gesprochen. Beides passt nicht zusammen: In ein anachronistisches System stecke ich nicht 10 % Zu- und Abschläge, bevor ich nicht andere Kriterien gefunden habe. Bisher haben wir immer von der Spreizung zwischen ländlichem Bereich und Ballungszentren gesprochen. Das betrifft nicht nur niedergelassene, d. h. „normale“ ambulante Praxen, sondern in der Folge auch ambulant im MVZ erbrachte Leistungen. Wie wir gehört haben, geht es auch um das Umlenken von Geldströmen. Vor dem Hintergrund des angesprochenen Problemkreises und dem Zusammenspiel von 10 % Zu-/Abschlag, Bedarfsplanung sowie den Auswirkungen auf die Praxen interessiert mich, wie das aussehen würde und wie man das besser machen könnte.

SV **Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Das Gesetz hat zur Konsequenz, dass die Bedarfsplanung droht, verfassungswidrig zu werden, weil der Bedarf angesichts der Wanderungsbewegungen und dem Tätigwerden in verschiedenen KV-Bereichen mit fachfremden Assistenten in Berufsausübungsgemeinschaften usw. gar nicht mehr festgestellt werden kann. Für mich ist das Hauptproblem, dass die Grundlage der Bedarfsplanung verfassungswidrig zu werden droht, bevor wir eine Alternative haben. Ich bin auch dafür, die Bedarfsplanung jetziger Prägung aufzugeben, weil der Versorgungsstand zum 31. Dezember 1990, auf dem das System basiert, nicht mehr der heutigen Versorgungsrealität und -notwendigkeit entspricht und die Bedarfsplanung mit ihrer statistischen Handhabung der spezialisierten Medizin und den neuen Versorgungsstrukturen nicht mehr gerecht werden kann. Wer das aber jetzt abschaffen will, muss natürlich entscheiden, was er an die Stelle setzen will.

In diesem Zusammenhang stellt sich in der Tat die spannende Frage, ob Geldsteuerung ein Ersatz sein kann. Ich habe erhebliche Bedenken, dass das funktioniert. Wenn man dem Einen 10 % wegnimmt und dem Anderen 10 % gibt, muss man genau entscheiden, wem man wegnimmt bzw. gibt. Das kann man nicht

schematisch machen und allen Ärzten in überversorgten Gebieten 10 % abziehen, um allen Ärzten in unterversorgten Gebieten 10 % mehr zu geben. Sie müssten hier eine sehr differenzierte Steuerung einführen. Ich habe bisher noch keine Vorschläge gehört, wie man das sachgerecht machen kann. Deshalb muss man aufpassen, dass man nicht zu früh in einen verfassungswidrigen Zustand der jetzigen Bedarfsplanung hineingerät. Dann würde nicht die Unterversorgung beseitigt, sondern die Überversorgung vergrößert, denn die Bedarfsplanung wurde eingeführt, um Überversorgung zu verhindern.

Wenn Sie dies über Geldströme regeln wollen, bezweifle ich, dass Geldströme alleine ausreichen. Schauen Sie sich einmal die Versorgungssituation in München an: Die Ärzte dort verdienen nicht mehr sehr viel Geld, denn in jedem Haus sitzt ein Arzt. Die Ärzte bleiben aber trotzdem in München, weil es attraktiv ist, dort zu leben.

Ihre Frage würde ich deshalb folgendermaßen beantworten: Man sollte zunächst darauf achten, dass die jetzige Bedarfsplanung nicht verfassungswidrig wird. Das setzt mindestens ein System voraus, in dem Sie jeden Arzt mit seinem Leistungsanteil dort erfassen, wo er tätig ist, damit wir ihn in der Bedarfsplanungsrichtlinie zuordnen können. Ein Arzt in mehreren KV-Bereichen müsste z. B. mit seinen Leistungsanteilen erfassbar sein, damit ich ihn noch verfassungsgemäß in der Bedarfsplanung einordnen kann und nicht nur beim Vertragsarztsitz die Anrechnung mit dem Faktor 1 habe, obwohl er in Wirklichkeit zu 30 % in einem anderen KV-Bereich tätig ist.

Ferner muss man sich überlegen, wie man die Geldströme bei einer Steuerung über Geldströme so regelt, dass das Geld dorthin fließt, wo wirklich Unterversorgung ist. Da stimme ich denen zu, die sagen, das hänge nicht von der Versorgungssituation des gesamten Planungsbereiches ab. Es gibt Planungsbereiche, die statistisch überversorgt sind, wo es aber in Teilbereichen eine krasse Unterversorgung gibt. Die Geldströme müsste man nach der Versorgungssituation im Planungsbereich regeln. Man wird wahrscheinlich – jedenfalls in den neuen Bundesländern – Probleme bekommen, anderen Ärzten das Geld wegzunehmen. Eine reine Umverteilung wird an den Budgetgrenzen zu scheitern drohen – jedenfalls was die Attraktivität solcher Umverteilungen be-

trifft. Von daher stehe ich persönlich solch rein ökonomisch ausgerichteten Umverteilungssystemen in Bezug auf ihre Wirkung zur Versorgungsverbesserung sehr kritisch gegenüber.

Insgesamt glaube ich, dass man hier noch einmal sehr sauber prüfen muss, wie die Versorgungssituation in den einzelnen Planungsbereichen ist und wie viel Geld überhaupt zur Verfügung steht, um hier wirklich attraktive Anreize zu setzen, damit eine solche Umverteilung wirkt. Solange das nicht genau geregelt ist, warne ich dringend davor, die jetzige Bedarfsplanung ad acta zu legen und zu hoffen, dass das andere System funktionieren wird.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Ich gebe Herrn Hess recht: Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz läuft wie ein Panzer gegen die Holzwand der Bedarfsplanung. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass der Vorschlag von Herrn Hess, Arbeitsanteile zuzuordnen, eine bürokratische Wahnsinnsmaßnahme ist. Da sollte man vielleicht den Aspekt des Bürokratieabbaus berücksichtigen.

Unter der jetzt bestehenden Bedarfsplanung kann ich nicht mit Zu- und Abschlägen arbeiten. Aus dem Rechenexempel von Herrn von Stackelberg und den von ihm zu Versorgungsgraden genannten Zahlen erschließt sich mir nicht, wie viele Milliarden die Kassen zuschießen müssten – und das ist wohl nicht in der Intention von Herrn von Stackelberg gelegen. Sie brauchen eine Ablösung der jetzigen Bedarfsplanung, die Sie deshalb so lange wie möglich beibehalten müssen, durch eine kleinräumige „pretiale Versorgungssteuerung“, die stationäre Vorhaltungen mit berücksichtigen und in den Arztgruppen differenziert sein muss. Wenn Sie einem Internisten einen 10 %igen Zuschlag geben, in der Region aber eigentlich einen Rheumatologen haben wollen, ist die rheumatologische Versorgung deswegen nicht sichergestellt. Auf solchen kleinräumigen Versorgungsbedarfsanalysen können wir dann aufsetzen und die Kapazität an bestimmten Fachrichtungen ermitteln. Auf dieser Basis können wir über eine sinnvolle pretiale Versorgungssteuerung den Anreiz dafür schaffen, dass sich ein junger Arzt dort niederlässt und nicht in München, wo ein entsprechender Abschlag vorhanden ist.

Ein solches Instrument hat einen zweiten Vorteil. Heute muss ich mich als junger Vertrags-

arzt lebenslang an einen Ort begeben und hoffen, dort meine Ehefrau zu finden oder umgekehrt. In dem System können Sie demnächst auch als Arzt wandern, einige Fronjahre in der Fläche machen, wo es vielleicht nicht ganz so attraktiv ist, um dann in eine für Lebensqualitätsaspekte möglicherweise attraktivere Gegend zu gehen. Für die neuen Bundesländer funktioniert dieses System bei bestehender Bedarfsplanung nicht, weil aus den überversorgten Gebieten keine Finanzmittel freiwerden.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Ich bin insofern missverstanden, als unterstellt wurde, ich hätte die Illusion einer Wippe: Nur das, was man von den überversorgten Gebieten abschöpft, ginge in die unterversorgten. Diese Illusion habe ich nicht. Ich habe nur darauf hingewiesen, dass wir überversorgte Gebiete haben. Ich habe mich auch nicht für den Erhalt der jetzigen Bedarfsplanung ausgesprochen, aber auch wenn Sie die Planung feingliedriger machen, wird es immer überversorgte Gebiete geben. Nach der jetzigen Planung sind 152 hausärztliche Versorgungsgebiete überversorgt.

Lassen Sie uns nicht auf die Frage kommen, ob eine kleinräumigere Planung besser wäre oder nicht. Ich spreche mich nicht für den Erhalt der jetzigen Bedarfsplanung aus – da schließe ich mich den Ausführungen von Herrn Hess an. Wenn Sie die Überversorgung aber nicht auch mit pretialen Mitteln angehen, werden Sie bei der Unterversorgung nichts ändern. Wir müssen etwas dagegen tun, dass die Überversorgung in München – ich bleibe bei meinem Beispiel – weitergeführt wird und wir nach wie vor 300 Hausarztsitze voll füllen, die wir dort nicht brauchen, obwohl wir sie in jungen Bundesländern und in den anderen unterversorgten Gebieten dringend benötigen. Das müssen wir auch finanziell anpacken.

Wir werden verschiedenste Mittel brauchen. Die finanziellen Mittel, die aus dem überversorgten Gebiet abgeschöpft werden, müssen nicht unbedingt in einen unterversorgten Bereich fließen. Ich kann mir auch vorstellen, dass man zusammen mit der KV in überversorgten Gebieten die Vertragsarztsitze aufkauft, damit sie nicht mehr entstehen o. ä. Wenn Sie die Unterversorgung beseitigen wollen, müssen Sie auch das andere Ende der Geschichtsebene sehen und die Überversorgung aktiv

angehen, auch über die Vergütung. Ich plädiere also noch einmal dafür, die vorgeschlagenen Maßnahmen nur maximal bis zur Vollversorgung gelten zu lassen, pretial einzugreifen und auch in der Überversorgung tätig zu werden.

Mit „Fronddienst“ habe ich gemeint, dass es für einen jungen Arzt eine Herausforderung bedeutet, sich mit seiner Familie sehr langfristig in einem überalterten Gebiet zu binden. Deswegen halte ich es für vertretbar, dass er bei einer weiteren Niederlassung in anderen Gebieten Vorteile bei der Niederlassungsreihenfolge hat und z. B. dort an den Anfang der Warteschlange rückt. Im Übrigen hoffe ich schon, dass sich ihm die landschaftlichen und sonstigen Reize der unterversorgten Gebiete erschließen und er nach der Niederlassung sieht, dass die Unterversorgung teilweise die schönsten Gegenden Deutschlands betrifft.

SV Georg Baum (DKG): Grundsätzlich steuert die Bedarfsplanung alles und behindert alles: Sie steuert die Patienten, hindert Patienten an der freien Arztwahl, verhindert den Aufbau einer medizinischen Versorgung aus einem Guss und macht die Kontingentierung und Budgetierung des Geldflusses – das Gesamtvergütungskonzept – erforderlich. Das verhindert wiederum, dass Geld der Leistung folgen kann. Die Bedarfsplanung stellt deshalb den Kern des Problems dar, wenn man in der Gesundheitsversorgung eine bessere Verzahnung usw. will. Deshalb hätte ich keine Angst davor, wenn das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ein weiterer Schritt dazu wäre, die Bedarfsplanung auch verfassungsrechtlich in Frage zu stellen. Vielleicht führt diese Gesetzgebung schneller zu einer Reform.

Problematisch ist, dass die Vergütung z. B. für medizinische Versorgungszentren im Eigentum der Krankenhäuser oder ambulante Operationsleistungen, die Krankenhäuser erbringen, aus dem Vertragsarztsystem abgeleitet ist. Es ist unvorstellbar, dass ich heute ein ambulantes Operationszentrum einrichte und morgen die Gebühr erfahre, die ich in Zukunft für jede ambulante Operation bekomme, nur weil das Zentrum nach der neuen Definition jetzt in einem überversorgten Gebiet liegt. Solche Zufälligkeiten und Abhängigkeiten sind nicht geeignet, stabile medizinische Versorgungsstrukturen aufzubauen. An dem Beispiel wird deutlich, wie problematisch es wäre, wenn

Verknüpfungen mit der Über- oder Unterversorgung aufgebaut würden.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Dem ist nicht viel hinzuzufügen. Die Krankenhäuser sind sicherlich nicht die Experten für Bedarfsplanungen in ambulanten Fragen. Wesentlich erscheint mir aber die Frage, wo die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung liegt. Ich glaube, darauf muss man den Blick auch richten, denn die Unterversorgungssituation hat für Kliniken eine konkrete Bedeutung, insbesondere bei Notfällen. Vertragsärzte entziehen sich zunehmend – vielleicht auch bedingt durch die Unterversorgungssituation – der Notfallversorgung. Die Kliniken müssen dafür mit einem 24-stündigen Notdienst usw. in die Bresche springen. So entstehen willfährige Vergütungswippen, die „Gleiches Geld für gleiche Leistungen“ so charakterisieren wollen, dass es zu problematischen Negativeffekten im Krankenhaus käme.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss und Herrn Dr. Etgeton. Die Koalition hat sich grundsätzlich darauf verständigt, die Beteiligungsrechte für Patientinnen und Patienten zu stärken. Halten Sie es über die vorgesehenen Regelungen hinaus für notwendig, die Arbeit der Patientinnen- und Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorischer oder inhaltlicher Art zu stärken?

SV Dr. Rainer Hess (G-BA): Wir haben versucht, dem im Rahmen des geltenden Rechts insofern nachzukommen, als wir in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine speziell als Anlaufstelle und Kontaktstelle für die Patientenvertreter gedachte Stelle geschaffen haben. Diese Stelle unterstützt auch die Kommunikation zu den Patientenvertretungsorganisationen und steht vor allem Herrn Danner zur Seite, der die Koordinierungsfunktion für die vier Patientenvertretungsorganisationen hat. Man kann darüber nachdenken, diese Stelle in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses auszubauen, aber dazu braucht man vielleicht eine andere Grundlage. Darüber hinaus führen wir spezifische Fortbildungsveranstaltungen für Patientenvertreter durch und bemühen uns, durch die zeitgerechte Bereitstellung der not-

wendigen Unterlagen den Belangen der Patientenvertreter gerecht zu werden, soweit wir das können.

SV Dr. Stefan Etgeton: Im Grundsatz sehe ich die Maßgaben des Koalitionsvertrages, die Patientenbeteiligung auszubauen, in dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz noch nicht erfüllt. Vielmehr ist es nur eine Klarstellung der Patientenbeteiligung, wie sie im GMG vorgesehen war. So ist es sehr zu begrüßen, dass die Beteiligungsrechte der Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen auf Landesebene geklärt werden und Regelungen zur besseren Vergütung für die sachkundigen Personen vorgesehen sind. Erweitert werden müssten die Patientenvollmacht und die Beteiligung auf Landesebene. Was wir auf der Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss verhandeln, findet auf Landesebene zum Teil nicht in den Landeszulassungs- und Berufungsausschüssen statt, sondern dort, wo Strukturverträge, Verträge zur integrierten Versorgung, aber auch Rahmen- und Gesamtverträge oder Vereinbarungen zur Qualitätssicherung ausgehandelt werden. Hier sollten Beteiligungsformen gefunden werden, um auf der Landes- und Regionalebene ein Pendant zu dem zu haben, was auf Bundesebene an Inhalten verhandelt wird. Das müssen keine Beratungsbeteiligungen sein: Denkbar sind auch Verfahrensbeteiligungen.

Es reicht nicht aus, die sachkundigen Personen soweit mit Aufwandsentschädigungen zu versorgen, dass zumindest kein Verdienstausfall entsteht, wie dies jetzt vorgesehen ist. Auch die entsendenden Organisationen haben erheblichen Aufwand, der u. a. durch das Gesetz entsteht, denn wir sind dazu genötigt, Einvernehmen bei der Benennung der sachkundigen Personen zu erzielen. Das ist ein gesetzlicher Auftrag, den wir erfüllen, der aber erheblichen Koordinierungsaufwand nach sich zieht. Diesen Aufwand tragen im Moment die Organisationen aus Bordmitteln. Es wäre daher wünschenswert, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dies übernehmen könnte. Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist dies umstritten, weil es die Neutralität der Geschäftsstelle verletzen könnte, wenn einseitig eine besondere Unterstützung für eine Bank erfolgt. Der Bundesausschuss sollte daher durch das Gesetz hierzu ermächtigt werden, gerade weil Patientenvertreter keine vollberechtigten Mitglieder

sind, sondern sachkundige Personen, die zur Beratung beitragen.

Mit den durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz zu erwartenden Änderungen befürchten wir eine faktische Minderung der Patientenbeteiligungsrechte. Das betrifft zum einen die Zahl der Patientenvertreter in den Beschlussgremien: Bisher sind wir analog zu der Zahl der Kassenvertreter neun Patientenvertreter, die die vier benannten Organisationen repräsentieren. Nach der Gesetzesänderung wären es nur noch drei Patientenvertreter, die diese vier Organisationen repräsentieren sollen. Das halten wir für zu wenig: Die Vielfalt der Organisationen, die alleine der Deutsche Behindertenrat repräsentiert, geht schon weit darüber hinaus – von den Beraterverbänden ganz zu schweigen.

Durch die angestrebte Professionalisierung der Bankvertreter, die sich im Gemeinsamen Bundesausschuss täglich über den Weg laufen, befürchten wir ferner, dass Entscheidungen schon vorbereitet und vorstrukturiert werden. In den eigentlichen Sitzungen, die der einzige Ort sind, wo wir bisher unsere Beratungskompetenz haben einbringen können, könnten wir dies in Zukunft dann nicht mehr vernünftig tun – vor allem bei öffentlichen Sitzungen. Insofern sollte man die Reform an dieser Stelle noch einmal überprüfen und in jedem Fall die Unterstützung der entsprechenden Organisation im Sinne einer professionellen Arbeit gewährleisten. Wir streben ausdrücklich keine hauptamtlichen Patientenvertreter an, wie das im ersten Arbeitsentwurf vorgesehen war.

Ergänzend sehe ich den Bedarf, möglicherweise in ein Stimmrecht der Patientenvertreter einzusteigen, insbesondere bei Verfahrensfragen, d. h. Fragen der Geschäfts- und Tagesordnung sowie der Protokollabstimmung. Das wäre eine sinnvolle Weiterentwicklung.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Teilen Sie die Auffassung der KBV, dass die Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit nur funktioniert, wenn gleichzeitig die Budgetierung abgeschafft wird? Welche Auswirkungen hätte das von KBV und KZBV geforderte Vorgehen für die GKV?

Meine zweite Frage richtet sich an die DKG, den BMVZ und die KBV. Der Gesetzentwurf sieht eine haftungsrechtliche Gleichstellung medizinischer Versorgungszentren mit außerhalb medizinischer Versorgungszentren tätigen Vertragsärzten vor. Gibt es aus Ihrer Sicht alternative Möglichkeiten, um das angestrebte Ziel einheitlicher und fairer Wettbewerbsbedingungen zu erreichen?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-BV): Wir teilen die Aussage der KBV und KZBV nicht. Ganz im Gegenteil: Wir kaufen jetzt vom Kollektivvertragspartner KV und KZV eine Leistung, die im unterversorgten Gebiet nicht erbracht wird. Gerade unter budgetären Verhältnissen sind Flexibilisierungsmöglichkeiten umso wichtiger, damit die Leistung endlich erbracht werden kann. Die Erhöhung des Budgets hätte beitragsatzrelevante Folgen für die Krankenkassen, die in Verbindung mit dem WSG sofort in die kleine Prämie münden würden.

SV Andreas Wagener (DKG): Wir haben – wie eingangs erwähnt – steuerrechtliche Bedenken in Bezug auf das Gemeinnützigkeitsrecht sowie gesellschaftsrechtliche Bedenken in Bezug auf die Aushebelung gesellschaftsrechtlicher Strukturen, die in anderen Gesetzen vorgegeben sind und dagegensprechen. Wir sehen keinen Ersatzmechanismus, sondern würden für eine ersatzlose Streichung dieser Passage plädieren.

SV Rainer Jeniche (BMVZ): Diese Auffassung vertreten wir auch.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir vertreten genau die gegenläufige Auffassung, sehen allerdings auch keine Alternativen zu der Bürgschaftsregelung. Im Falle der Insolvenz und der fehlenden persönlichen Haftung blieben die anderen Vertragsärzte, die nicht im medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, ansonsten auf den Regressforderungen sitzen. Herr von Stackelberg hat ausgeführt, dass er mit entlastender Wirkung zahle. Damit würde keine Wettbewerbsgleichheit mehr zwischen in MVZ tätigen Ärzten und freiberuflich tätigen Vertragsärzten erreicht.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage richtet sich an KBV, KZBV und DKG. Wir beraten einen Änderungsantrag, der es möglich machen soll, in der Schweiz analog zu den für andere EU-Staaten geltenden Regelungen Leistungen in Anspruch zu nehmen, und den Kassen die Möglichkeit gibt, Versorgungsverträge mit Schweizer Leistungserbringern zu schließen. Wie beurteilen Sie das im Hinblick auf die Versorgungssituation in den grenznahen deutschen Gebieten?

SV **Dr. Andreas Köhler** (KBV): Wir haben keine Bedenken gegen diese Regelung und sehen eher positive Tendenzen für die Versorgung in den Grenzgebieten.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (KZBV): Wir haben das Werkzeug der Kostenerstattung. Wenn man sich auf diese Weise einigt, sehe ich keine großen Probleme. Das würde aber bedeuten, dass für den deutschen Zahnarzt im Grenzgebiet auch die gleichen Kostenerstattungsstrukturen gelten müssen. Es kann nicht sein, dass der AOK-Versicherte in der Schweiz z. B. im Urlaub oder unmittelbar hinter der Grenze bei seinem ganz normalen Hauszahnarzt die einzelne Leistung erhält und dafür – demnächst in Einklang mit dem GKV-System – Kostenerstattung wählen kann, während der auf deutscher Seite im Grenzgebiet niedergelassene Zahnarzt die Möglichkeiten der Kostenerstattung nicht hat, weil der Patient an den gesamten Versorgungsbereich gebunden ist und sich dieser Zahnarzt möglicherweise auch noch mit Abschlägen quälen muss, die das Vergütungsniveau drücken.

SV **Georg Baum** (DKG): Soweit ich den Änderungsantrag verstanden habe, gilt die Regelung nur eingeschränkt für den Krankenhausbereich, weil es dort einer gesonderten Genehmigung der Krankenkasse bedarf, wenn ausländische Krankenhausleistungen in Anspruch genommen werden. Das ist in der Systematik der bisherigen Inanspruchnahme von Auslandsleistungen. So ist das wohl auch zu akzeptieren.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE): Ich bedanke mich bei Ihnen für die Unterstützung mit Ihren schriftlichen Stellungnahmen und den Antworten auf die Fragen der Abgeordneten. Zu den Änderungsanträgen auf

Ausschussdrucksache 0110 sowie zum Änderungsantrag Nr. 7 auf Ausschussdrucksache 0107 wird es noch eine weitere Anhörung geben.

Ende der Sitzung: 16.00 Uhr.