

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**94. Sitzung**

**Berlin, den 24.09.2008, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Hans Georg Faust, MdB**

**TAGESORDNUNG**

**Öffentliche Anhörung zur folgenden Vorlage**

**Tagesordnungspunkt 1**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen  
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

BT-Drucksache 16/9559; 16/10070

**Anwesenheitsliste\*****Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

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

Blumenthal, Antje  
 Brüning, Monika  
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.  
 Krichbaum, Gunther  
 Luther, Michael, Dr.  
 Meckelburg, Wolfgang  
 Michalk, Maria  
 Philipp, Beatrix  
 Scheuer, Andreas, Dr.  
 Zöllner, 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, Dr.  
 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.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

**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**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Stellvertretender Vorsitzender <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	7, 15, 41, 47	<b>SV Prof. Dr. Jürgen Kruse</b>	7, 9
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	7, 27, 41, 42	<b>SVe Dr. Doris Pfeiffer</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	8, 10, 11, 20, 27, 28, 29, 30, 32, 33
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	9, 27, 41	<b>SV Gert Nachtigal</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	9, 11
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	11, 29, 31, 32, 33, 45	<b>SV Dr. Claus Berenz</b> (PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN (PSVaG))	9, 11, 19, 28
Abg. <b>Hilde Mattheis</b> (SPD)	11, 43	<b>SVe Claudia Korf</b>	10, 14, 22, 28, 34, 35, 42
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	13, 30, 33, 45	<b>SVe Dr. Hildegard Demmer</b> (BKK-Bundesverband (BKK-BV))	10, 15, 29, 32
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	14, 15, 16, 34, 35, 36	<b>SV Dr. Herbert Reichelt</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	10, 15, 19, 30, 32, 45
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LINKE.)	17, 18, 19, 36, 37, 38	<b>SV Knut Lambertin</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	11, 17
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19, 20, 21, 39, 40, 41	<b>SV Herbert Weisbrod-Frey</b> (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	11
Abg. <b>Max Straubinger</b> (CDU/CSU)	22	<b>SVe Dr. Karin Bell</b> (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V. (BPM))	11
Abg. <b>Maria Michalk</b> (CDU/CSU)	24	<b>SV Prof. Dr. Rainer Richter</b> (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	12, 13
Abg. <b>Willi Zylajew</b> (CDU/CSU)	25	<b>SVe Andrea Mrazek</b> (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	12, 13
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	28, 44	<b>SVe Marion Schwarz</b> (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj))	12
Abg. <b>Jella Teuchner</b> (SPD)	28	<b>SV Martin Klett</b> (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp))	12
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	34, 35	<b>SV Dieter Best</b> (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV))	12, 13
		<b>SVe Dr. Birgit Clever</b> (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp))	13
		<b>SV Johann-Magnus von Stackelberg</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	15, 26, 27, 35, 40, 43
		<b>SV Dr. Rainer Daubenbüchel</b>	14, 23, 27, 30, 34, 42
		<b>SV Thomas Ballast</b> (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	15, 21, 32
		<b>SV Rolf Stuppardt</b> (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	16, 20, 32

		<b>SV Prof. Dr. Helge Sodan</b>	16
		<b>SV Prof. Dr. Hermann Plagemann</b> (Deutscher Anwaltverein (DAV))	18, 29
		<b>SV Dr. Klaus Pannen</b> (Deutscher Anwaltverein (DAV))	18
		<b>SV Jürgen Graalman</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	19, 34
		<b>SVe Gaby Erdmann</b> (BKK-Bundesverband (BKK-BV))	21
		<b>SV Jürgen Brennenstuhl</b> (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V. (BKK im Unternehmen))	23
		<b>SVe Dr. Anne Dohle</b> (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH))	24, 41
		<b>SV K.-Dieter Voß</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	24, 41, 45, 46
		<b>SV Frank Jüttner</b> (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik)	25
		<b>SVe Jana Künstner</b> (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed))	25
		<b>SV Dr. Rainer Hess</b> (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	25
		<b>SV Dr. Georg Greve</b> (Knappschaft)	29
		<b>SV Dr. Martin Danner</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBST-HILFE))	31
		<b>SVe Susanne Mauersberg</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	31
		<b>SV Jan Wolter</b> (SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.)	31
		<b>SV Dr. Wolfram Hartmann</b> (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ))	33
		<b>SV Dr. Jürgen Fedderwitz</b> (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	36, 44
		<b>SV Dr. Ulrich Piltz</b> (Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI))	36, 39
		<b>SVe Ingeborg Simon</b>	37, 38
		<b>SVe Susanne Hille</b> (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	38
		<b>SV Horst Dieter Schirmer</b> (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV))	39, 43, 44, 46
		<b>SV Ulrich Weigeldt</b> (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	40, 45
		<b>SV Christian Weber</b> (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	41

		<b>SV Dr. Ernst Hauck</b>	44
		<b>SV Andreas Podeswik</b>	45
		<b>SVe Marianne Frickel</b> (Bundesin- nung der Hörgeräteakustiker (biha))	46
		<b>SV Stefan Pape</b> (Zentralverband der Augenoptiker (ZVA))	46
		<b>SV Peter Brammen</b> (Wettbewerbs- zentrale)	46

Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Stellvertretender Vorsitzender **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Ich eröffne die 94. Sitzung des Gesundheitsausschusses. Einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherungen auf BT-Drs. 16/9559.

Ich darf Sie alle zu dieser öffentlichen Sitzung sehr herzlich begrüßen. Ich möchte die jeweils angesprochenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und, sofern ich Sie nicht mit Namen anspreche, Ihren Namen zu nennen und gegebenenfalls den vertretenen Verband. Ich bitte meine Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie Fragen stellen, den vollständigen Verbandsnamen zu nennen. Wir haben inzwischen so viele eingeladene Verbände mit so vielen verschiedenen Abkürzungen, dass es schwierig wird, die jeweiligen Abkürzungen noch ordnungsgemäß im Blick zu haben. Im Übrigen bitte ich alle Beteiligten ihre Handys auszuschalten. Die Fragezeiten sind wie immer in Zeitkontingente eingeteilt. Die erste Fragerunde geht an die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Der erste Fragenkomplex bezieht sich auf das Thema Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen und die Einführung der Insolvenzfähigkeit in diesem Gesetz. Meine erste Frage richtet sich an unseren Einzelsachverständigen Prof. Kruse, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen geregelt werden. Regelungsinhalte sind das Haftungskonzept, das präventive Haftungsmanagement, die Zuständigkeiten der Aufsichten und der Aufbau eines Kapitalstocks. Werden diese Inhalte aus Ihrer Sicht in dem Gesetzentwurf sachgerecht geregelt?

Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Kruse und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen haben wir, wenn es um das Thema Insolvenz geht, von besonderen Tatbeständen auszugehen. Welche Regelungserfordernisse halten Sie für notwendig? Sind diese aus Ihrer Sicht im Gesetzentwurf erfüllt? In dem vorliegenden Entwurf wird darüber hinaus dem Schließungsrecht Vorrang vor dem Insolvenz-

recht eingeräumt. Halten Sie diese Regelung für sachgerecht? Meine Bitte an Sie wäre, möglichst kurz und prägnant zu antworten.

**SV Prof. Dr. Jürgen Kruse:** Ich habe mich im Vorfeld gefragt, ob es sachgerecht ist, überhaupt eine Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen vorzusehen. Zweifel halte ich deswegen für angebracht, weil in dem bisher geltenden System über Beitragsanhebungen zumindest theoretisch unbegrenzt Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden könnten. Allerdings muss man wohl sagen, dass es wohl politisch ausgeschlossen ist, dass die Mitglieder einer Kasse im Insolvenzfall herangezogen würden. Abgesehen davon gäbe es dann das Recht, diese Kasse zu verlassen. Wir haben es hier mit einer Art von atypischer Insolvenz zu tun. Das ist nicht vergleichbar mit der Insolvenz eines normalen Wirtschaftsunternehmens. Zunächst einmal halte ich es für richtig und sachgerecht, dass man zwischen bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Krankenkassen nicht differenziert. Insofern ist eine Gleichstellung zu begrüßen. Ob es jetzt diese Art der Gleichstellung hätte sein müssen, steht auf einem anderen Blatt. Um es auf den Punkt zu bringen: Entweder man schließt die Insolvenzfähigkeit für alle aus oder man sieht sie für alle Kassen vor.

Was Ihre Frage zum Haftungskonzept angeht, ist die Abschaffung der Gewährsträgerschaft der Länder nach meiner Einschätzung wohl das eigentliche Ziel dieser Regelung. Die Krankenkassen sind allerdings noch immer mittelbare Staatsverwaltung. So lautet jedenfalls normalerweise das Argument, wenn es darum geht, ob Wettbewerbsregeln zur Anwendung kommen oder nicht. Von daher ist auch der Ausschluss der Gewährsträgerschaft meines Erachtens problematisch, besonders weil der Staat rechtliche und sonstige Rahmenbedingungen setzt, die die Hauptursache für wirtschaftliche Probleme in der GKV bilden.

Was das präventive Haftungsmanagement betrifft, halte ich den Ansatz für richtig und befürworte den Ansatz einer kasseninternen Lösung. Was man allerdings einwenden muss, ist, dass, wenn die Mitgliedskassen nicht freiwillig zu einer Lösung kommen, die Landesverbände wegen der im Gesetz fehlenden Eingriffsbefugnisse in gewisser Weise zu Papier Tigern werden. Das halte ich nicht für richtig. Ich bin schon der Meinung, dass die Landesverbände eine entsprechende Kompetenz erhal-

ten müssen, um im präventiven Bereich wirklich etwas bewirken zu können.

Was die Zuständigkeiten der Aufsichten angeht, kommt es unverändert darauf an, dass die Aufsichten – sei es im Bund, sei es auf der Landesebene – überhaupt tätig werden, was längst nicht immer der Fall gewesen ist. Dies sollte dann auch möglichst rechtzeitig geschehen. In der Vergangenheit ist dies meines Erachtens nicht immer gewährleistet gewesen. Das heißt, einfach nur Kompetenzen zu verändern, ohne entsprechende Instrumente zu schaffen, die die Aufsichten stärker in die Verantwortung nehmen, wird wahrscheinlich nicht sehr weit führen. Aus meiner Sicht fehlen Klarstellungen und Hinweise zur haftungsrechtlichen Verantwortung der Aufsichten für den Fall, dass diese ihre Pflichten zu spät oder unzureichend wahrnehmen sollten.

Was die Bildung des Kapitalstocks angeht, so halte ich die Regelung für die Zeit ab 2010 für akzeptabel. Inakzeptabel finde ich hingegen die vorgesehene Regelung für die Anwartschaften und Ansprüche, die bis zum 31.12.2009 entstehen, weil man hier eine Art Sozialisierung vornimmt, indem diejenigen, die als Kassen bereits aus eigenem Antrieb Vorsorge getroffen haben, noch einmal in die Verantwortung genommen werden, wenn es darum geht, diejenigen, die zwangsweise herangezogen werden müssen, zu unterstützen. Diese Regelung führt im Grunde genommen dazu, dass man sich als Verantwortlicher einer Kasse auf den Standpunkt stellt, dass man besser keine freiwillige Vorsorge betreibt.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Sie haben die Frage gestellt, ob die Insolvenzfähigkeit im Großen und Ganzen richtig geregelt ist. Wenn man eine Enthftung der Länder erreichen will, dann bedarf es auch einer solchen Regelung. Die hier vorgesehenen Regelungen zum Haftungskonzept, zum präventiven Haftungsmanagement, zu den Zuständigkeiten der Aufsicht und zum Aufbau des Kapitalstocks sind sachgerecht. Wir halten es insbesondere für sinnvoll, dass in diesem Gesetz dem Schließungsrecht durchgängig der Vorrang vor dem Insolvenzrecht eingeräumt wird. Es ist auch notwendig, dass noch nicht gedeckte Versorgungszusagen nicht in der Insolvenzbilanz berücksichtigt werden, weil dies zu einer nicht gerechtfertigten Überschuldungsannahme führen würde. Es ist ferner sachgerecht, dass für den Aufbau des Deckungskapitals hinreichend Zeit gewährt wird und dass kassenart-

internen Finanzhilfen der Vorrang vor kassenartenübergreifenden Maßnahmen gewährt werden. Wir halten es vor allen Dingen für richtig, dass die Finanzhilfen, die über den GKV-Spitzenverband gewährt werden sollen, lediglich auf die Erleichterungen von Fusionen beschränkt werden. Wir haben eine wettbewerbsneutrale Rolle und sollten an der Stelle auch nicht in eine Funktion gedrängt werden, die den Wettbewerb im Kassenmarkt beeinflusst. Wir halten es zudem für gut, dass die Aufgaben der Aufsicht hier entsprechend erweitert und nicht dem Spitzenverband zugewiesen werden. Deswegen halten wir auch die Ausweitung der Kompetenzen der Aufsichten im Insolvenzverfahren für sachgerecht.

Mit Blick auf Ihre zweite Frage gibt es ein wesentliches Problem, da die Enthftung der Länder zum 1.1.2009 nicht mit der Anwendung des Insolvenzrechts zum 1.1.2010 zusammenfällt. Das heißt, wir haben hier eine Haftungslücke, die unbedingt geschlossen werden muss. Es wäre möglich, diese Lücke durch eine Verschiebung der Enthftung der Länder auf den 1.1.2010 oder durch eine einjährige Haftungsgarantie des Bundes zu schließen. Wir halten zudem den Schwellenwert zur Haftungsbegrenzung für problematisch, weil die Anreize zur Haftungsprävention dadurch vermindert werden und die Wahrscheinlichkeit, dass Haftungsfälle eintreten, zunimmt. Deswegen halten wir es für sinnvoll, auf einen Schwellenwert für den Insolvenzfall zu verzichten, so wie dies bei Schließungen bereits der Fall ist.

Ein dritter Punkt, den wir für problematisch halten, ist die Verpflichtung des Spitzenverbandes zur Meldung defizitärer Finanzentwicklungen. Das ist weder sachgerecht noch notwendig. Sinnvoll wäre es vielmehr, diese Aufgabe auch bei den Aufsichten anzusiedeln. Diese haben erstens die Daten und zweitens die Instrumente, um handeln zu können. Zudem sollte man noch einmal prüfen, ob der vorgesehene Schwellenwert tatsächlich sinnvoll ist, denn die für die Berechnung der monatlichen Zuweisungen erforderlichen Berechnungen werden im Laufe des Jahres immer komplexer, weil dann kumulierte Werte zugrunde zu legen sind. Auch deshalb sollte man noch einmal überdenken, ob überhaupt ein solcher Schwellenwert für die Eingriffe bzw. Meldungen innerhalb des Finanzcontrollings vorgesehen werden sollte. Die Vorrangigkeit des Schließungsrechts vor dem Insolvenzrecht halten wir demgegenüber für sehr sinnvoll und notwendig. Zudem sollte es auch nicht möglich

sein, dass Gläubiger einen Antrag auf Insolvenz stellen können, weil dieses die Stabilität der GKV gefährden würde. Hier ist es ausdrücklich richtig, dieses Recht nur der zuständigen Aufsicht zuzugestehen.

**SV Gert Nachtigal** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich könnte Ihre Fragen mit einem schlichten „Ja“ beantworten, möchte dieses aber doch begründen. Wir halten es für sachgerecht, dass die Haftung zunächst innerhalb der Kassen und in der richtigen Reihenfolge stattfindet, nämlich in einer Haftungskaskade zunächst innerhalb der Kassenart und dann erst unter Einbeziehung der anderen Kassen. Es ist ferner richtig, dass der PSVaG nicht mit den aufgelaufenen Altlasten belastet wird, denn hierfür sind keine Beiträge gezahlt worden. Es wäre verkehrt gewesen, dieses der deutschen Wirtschaft aufzubürden, die den PSVaG allein finanziert. Wichtig ist es auch, die Wettbewerbsneutralität des Spitzenverbandes Bund zu gewährleisten, indem das Initiativrecht für den Antrag auf Insolvenz oder Schließung nicht ihm, sondern ausschließlich der Aufsicht übertragen wird. Was die Haftung der anderen Kassen angeht, halte ich diese im Gegensatz zu Herrn Prof. Kruse auch dann für sachgerecht, wenn Vorsorge getroffen wurde. Es gibt im Kassensystem nun einmal einige Kassen, die von Gesetzes wegen keine Vorsorge betreiben durften. Deshalb ist es sachgerecht, dass dies dann auf alle verteilt wird.

**SV Dr. Claus Berenz** (PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN (PSVaG)): Aus unserer Sicht ist die geplante Regelung zu begrüßen. Die Aufteilung der betrieblichen Altersversorgung zwischen der Zeit der gesetzlich bestimmten Insolvenzunfähigkeit und der künftigen Zeit der Insolvenzfähigkeit beim PSVaG entspricht der Systematik der gesetzlichen Insolvenzversicherung, wie wir sie seit 1975 kennen. Vielen Dank.

**SV Prof. Dr. Jürgen Kruse**: Wenn Krankenkassen zu säumigen Schuldner werden, dann geht es nicht nur um die Befriedigung der unmittelbaren Gläubiger, sondern auch um Daseinsvorsorge im weiteren Sinne. Besonders deutlich wird das bei der Krankenhausversorgung. Hier ist schnelles Handeln gefordert. Näheres dazu ist aber in dem Gesetz, soweit ich es einschätzen kann, nicht wirklich zu erkennen. Dies gilt grundsätzlich auch für die anderen Leistungserbringer. Auch für diese ist

die Frage, wer jetzt für ihre Vergütungen einsteht und wann dies geschieht, von zentraler Bedeutung. Für alle Situationen, in denen die Versorgung der Versicherten oder Patienten durch eine Kasseninsolvenz gefährdet oder verzögert werden könnte, ist eine Akut-Hilfe vorzusehen. Diese wäre, bei Gewährträgerhaftung der Länder wesentlich leichter zu realisieren als im schlimmsten Fall über den Spitzenverband Bund. Es müsste für diesen Bereich so eine Art von Ausfallsicherung oder Feuerwehrfonds geben, aus dem man schnell auch höhere Vergütungsbeträge abdecken könnte.

Wenn man sich jetzt überhaupt für die Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen entscheidet – ich habe meinen Zweifel angedeutet –, dann ist das nun vorgesehene gestufte Verfahren mit Fusion, Schließung und Insolvenzantrag im Ansatz sachgerecht. Das Problem besteht auch hier in der Lösung der Frage nach einem Haftungsverband für anfallende Schließungskosten, wenn man sich also in der zweiten Stufe befindet. Hier gibt es meines Erachtens deutlich zu wenig Eingriffsbefugnisse für die Landesverbände der Krankenkassen. Nur dann kann man wirklich über dieses Instrument auch letztlich mit Erfolg verfügen. Wenn eine Regionalkasse geschlossen wird, stellt sich die Frage möglicherweise etwas anders. Dort könnte man sogar fragen, ob der Zwischenschritt einer Schließung wirklich sinnvoll ist, oder ob man nicht gleich mit dem Insolvenzantrag beginnen könnte. Hier wäre möglicherweise auch noch eine differenzierende Lösung zu wünschen. Andererseits wäre es bei den Regionalkassen denkbar, dass man entsprechende Auffanglösungen auf der Bundesebene hat, wenn dort wie beim AOK-Bundesverband entsprechende Befugnisse bestehen.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an Frau Korf, an den BKK-Bundesverband und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ich bitte um eine Stellungnahme zu dem vorgesehenen Schlüssel für die Verteilung der standardisierten Verwaltungskosten. Hat dieser Schlüssel tatsächlich, wie es zum Teil dargestellt wird, Auswirkungen auf einzelne Geschäftsstellen und auf den Personalbestand einzelner Kassen? Zusätzlich möchte ich Frau Korf und den AOK-Bundesverband fragen, welchen tatsächlichen Anteil die Morbidität der Versicherten an den Verwaltungsaufwendungen hat und ob sie uns die Verwaltungsbereiche genau benennen könnte, wo die Morbidität tatsächlich eine Rolle spielt.

**SVe Claudia Korf:** Wir haben Untersuchungen zum Thema der Verwaltungskostenaufschlüsselung im Vorfeld dieser Regelung für den Gesundheitsfonds durchgeführt und haben dabei alle Betriebskrankenkassen einbezogen. Wir haben hier nicht nur Betriebskrankenkassen mit niedrigen Verwaltungskosten, sondern auch solche mit mittleren und hohen Verwaltungskosten. Wir haben darüber hinaus auch Gruppierungen mit niedriger, hoher und mittlerer Morbidität, wobei das in keiner direkten Korrelation zur Klassifikation bei den Verwaltungskosten steht. Das Ergebnis, das wir unter Einbeziehung von immerhin 170 Krankenkassen errechnet haben, besagt, dass die standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr nach altem RSA, aber auch, wenn man den Morbi-RSA laut BVA-Liste heranzieht, mit den Netto-Verwaltungskosten je Versichertenjahr nicht korreliert sind. Das heißt, es gibt nur einen ganz schwachen Zusammenhang von 0,07. Das bedeutet, 7 Prozent der Verwaltungskosten werden durch Morbidität erklärt, mehr nicht in diesem Modell. Deshalb würden wir es begrüßen, wenn man die Verwaltungskosten anstelle dieser quotierten Regelung eher strikt begrenzt und sie eben nur noch dynamisiert mit der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen innerhalb der GKV. Es ist im praktischen Leben einer Krankenkasse so, dass ihre einzelnen Leistungsbereiche ganz unterschiedlich mit dem Verwaltungsaufwand korreliert sind. Im Wesentlichen wird der Verwaltungsaufwand durch die Fluktuation bestimmt, also davon, ob mehr Mitglieder die Kasse wählen oder nicht. Im Leistungsgeschehen ist es so, dass die Morbidität im Kern in Bereichen wie Krankengeld oder häusliche Krankenpflege oder Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln, wo nämlich auch ein Entscheidungsspielraum besteht, zu entsprechendem Verwaltungsaufwand führt und dass gerade in den großen und teuren Leistungsbereichen häufig über Verträge entsprechende standardisierte Vorgaben gemacht werden.

**SVe Dr. Hildegard Demmer** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Ich kann die Ausführungen von Frau Korf nur bestätigen. Die Emperie bestätigt im Grunde, dass 93 Prozent der Verwaltungskosten von guter oder schlechter Organisation der Kasse und der Qualifikation des Personals beeinflusst werden. Insofern ist der verbleibende Rest mit Morbiditätsbezug höchst geringfügig und rechtfertigt eigentlich diesen Aufwand für eine solche quotierte Bemessung nicht. Die empirische Basis, bezieht sich auf

14 Mio. Versicherte. Die Auswirkungen auf Organisation und Personal ist abhängig davon, wie kassenspezifisch gemanagt wird. Wir haben eine hohe Versichertenzufriedenheit bei BKKn trotz unterdurchschnittlicher Verwaltungskosten.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die unterschiedliche Verteilung nach Morbidität und nach Versicherten stammt aus dem Regierungsgutachten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches. Dort wurde ein Zusammenhang festgestellt bzw. angenommen und man hat die Aufteilung zu 70 Prozent nach Morbidität und zu 30 Prozent nach der Zahl der Versicherten empfohlen. Wir haben keine empirischen Daten, inwieweit die Verwaltungskosten von der Morbidität der Versicherten abhängen. Klar ist aber auch, dass sich die Festsetzung der Verwaltungskostenpauschalen immer auf das Handeln der Kassen auswirken wird, so wie wir das im Risikostrukturausgleich generell haben. Denn die Orientierung an Durchschnittswerten führt dazu, dass sich die Kassen an diesen Werten orientieren und versuchen werden, unter diesen Durchschnittskosten zu bleiben. Wichtig ist, dass eine Überkompensation vermieden wird und dass keine falschen Anreize gesetzt werden. Nach unserer Einschätzung kann man erst in den nächsten Jahren feststellen, wie sich solche Festsetzungen auswirken.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Es ist für mich interessant zu sehen, welche empirischen Versuche im BKK-Bereich gemacht worden sind und zu welchem Ergebnis diese geführt haben. Dabei muss man berücksichtigen, dass im BKK-Bereich die Verwaltungskostenintensität offenkundig sehr stark streut. Das hat aber mit der Frage, inwieweit hier eine Morbiditätsabhängigkeit gegeben ist, überhaupt nichts zu tun. Dazu muss man untersuchen, in welchen konkreten Bereichen ein Morbiditätsbezug besteht und muss dann diesen Anteil der Verwaltungskosten entsprechend werten. Das ist empirisch gemacht worden und wir kommen dort selbstverständlich auf ganz andere Ergebnisse, nämlich interessanterweise zu einer Bestätigung der 70/30-Regel. Das ist nicht überraschend, denn auch das von Frau Dr. Pfeiffer erwähnte Gutachten ist seinerzeit zu diesem Resultat gekommen. Es gibt interessanterweise auch eine Vereinbarung zwischen allen Spitzenverbänden im Bereich der Pflegeversiche-

rung, wo das überhaupt nicht strittig war. Auch dort werden die Verwaltungskosten exakt, diesmal schon empirisch belegt und umgesetzt, im Verhältnis 70 zu 30 aufgeteilt.

Welche Aufgaben sind es, die unmittelbar morbiditätsbezogen sind? Das sind natürlich die Leistungsbewegungen, die Prüfungen bei der Inanspruchnahme, die Abrechnung und insbesondere das Fallmanagement, was hier zu betreiben ist, sowie die spezielle und individualisierte Versichertenberatung. Das sind alles Dinge, die unmittelbar mit der jeweiligen Morbidität im Zusammenhang stehen. Von der Zahl der Versicherten abhängig sind hingegen die Bereiche Beitragseinzug und Ähnliches mehr. Will man das qualitativ sauber bewerten, muss man zu anderen Ergebnissen kommen. Das kann man nicht diskreditieren durch eine Untersuchung, die zunächst einmal nur sachlich feststellt, dass im Bereich der BKKn die Intensität der Verwaltungskosten stark streut.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zu den Folgen einer Schließung oder Insolvenz und würde gern den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN, den BDA, den DGB und die Gewerkschaft ver.di fragen. Nach dem Gesetzesentwurf sind die Versorgungsanwartschaften, die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer sowie auch andere Forderungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts im Schließungs- oder Insolvenzfall umfassend geschützt. Ich möchte aber trotzdem fragen, gibt es darüber hinaus Verpflichtungen von Krankenkassen, die ebenfalls in diesem umfassenden Schutz einbezogen werden müssten?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Grundsätzlich kann man sagen, dass das vorgesehene Haftungskonzept sachgerecht ist. Allerdings muss man darauf hinweisen, dass es unterschiedliche Folgen bei Schließungen und Insolvenz gibt. Das gilt hier auch. Das heißt, im Insolvenzfall gilt für die Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern die uneingeschränkte Haftung und es gilt für die Versorgungsanwartschaften und für die Forderungen aus über- und zwischenstaatlichem Recht. Dies gilt aber nicht für sonstige Verpflichtungen. Das ist im Schließungsfall anders. Hier wären z.B. die Handwerkerrechnungen einer Kasse in der unbegrenzten Haftung, während es im Insolvenzrecht keine Sonderhaftung,

sondern nur die normale Reihenfolge bzw. Quotierung gibt.

**SV Dr. Claus Berenz** (PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN (PSVaG)): Der PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN tritt ausschließlich bei Insolvenz einer Krankenkasse ein und in diesem Fall ausschließlich für die betriebliche Altersversorgung, nicht für weitergehende Ansprüche.

**SV Gert Nachtigal** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Wir sehen keine darüber hinausgehenden Ansprüche, die abgesichert werden müssten.

**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir befürchten, dass bei Schließungen oder Insolvenz Beitragsforderungen anderer Sozialversicherungen eventuell in Mitleidenschaft gezogen werden. Wir fordern, dass das Gesetz so ausgestaltet wird, dass die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung, die von der Krankenkasse eingezogen werden, auf keinen Fall verwertet werden dürfen.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir haben auf der einen Seite eine Sicherung, aber wir haben sie nicht für die unterschiedlichen tarifvertraglichen Regelungen in den einzelnen Krankenkassen. Diese sind weitgehend ungesichert. Die Zeiträume, zum Beispiel bei den Ersatzkassen, die vor Insolvenzregelungen liegen, sind ebenfalls ungesichert.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage zum Thema Psychotherapeutenquote und möchte Sie bitten zu bewerten, wie sich Ihrer Meinung nach die Psychotherapeutenquote für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auswirken wird und dies kurz begründen. Ich frage den BPM, die Psychotherapeutenkammer, den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und den BKJ. Ebenso frage ich den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung.

Sve **Dr. Karin Bell** (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V (BPM)): Ich gehe davon aus, Sie meinen die Quote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese sehen wir positiv, aber das ist nicht un-

ser Feld. Ich hoffe, es gibt auch noch eine Frage zu der Quote für Ärzte.

**SV Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Wir haben in mehreren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass durch die vorgeschlagene 10-Prozent-Quote die bestehende Unterversorgung, die durch mehrere Studien, u.a. die neueste Studie des Robert-Koch-Instituts, belegt ist, damit nicht aufgehoben werden kann. Sie ist nicht dazu geeignet. Wir fordern stattdessen 20 Prozent. Diesem Vorschlag hat sich inzwischen auch der Bundesrat angeschlossen und auch der Gemeinsame Bundesausschuss weist in seiner Stellungnahme auf die Sinnhaftigkeit dieser 20-Prozent-Forderung hin. Besonders dramatische Situationen haben wir in den östlichen Bundesländern. Hierzu kann Ihnen meine Kollegin, Frau Dr. Mrazek, weitere Details mitteilen.

**SVe Andrea Mrazek** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Ich möchte darauf hinweisen, dass der Gesamtversorgungsgrad mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bundesweit bei 13,6 Prozent liegt. In den fünf östlichen Ländern haben wir dagegen im Mittel einen Versorgungsgrad von unter neun Prozent. In Sachsen-Anhalt sind gezählte acht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig. Wir halten das für zu wenig und für ein wirkliches regionales Ungleichgewicht, das beseitigt werden sollte. Wir haben im Osten gute Möglichkeiten, dies zu verbessern, weil die hier angesiedelten Ausbildungsinstitute jetzt steigende Approbationszahlen ausweisen. Es gibt junge Kolleginnen und Kollegen, die gut ausgebildet sind, aber keine Sitze bekommen, weil auf Grund der derzeitigen Regelungen keine Niederlassungsmöglichkeiten vorhanden sind. Wir würden die 20-Prozent-Quote daher befürworten und könnten sie auch ausfüllen.

**SVe Marion Schwarz** (Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (bkj)): Die in dem Gesetz vorgesehene 10-Prozent-Quote ist völlig unzureichend, da sie unterhalb des Bundesdurchschnitts liegt. Es wären auch nicht nur die neuen Bundesländer betroffen, sondern auch die westlichen Länder, weil dort in den ländlichen Bezirken die derzeitige durchschnittliche Quote nicht erreicht wird. Es gibt sehr lange Wartezeiten für die Kinder und Jugendlichen, die

um einen Behandlungsplatz anfragen. Wir halten es für sachgerecht, eine 20-Prozent-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu fordern, damit die Kinder die immerhin 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen, auch entsprechend versorgt werden. Wenn wir nur 10 Prozent bekämen, würden zum Beispiel die bisherigen Möglichkeiten der Sonderbedarfszulassung kaum noch durchsetzbar sein und es würde damit eine Verschlechterung eintreten.

**SV Martin Klett** (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)): Eine 10-Prozent-Quote würde an der jetzigen schlechten Versorgung in den unterversorgten Gebieten wenig ändern. Es gibt auch in insgesamt gut versorgten Bundesländern Zulassungsbezirke, die nicht gut versorgt sind. Dort würde eine 10-Prozent-Quote kaum zu nennenswerten Zulassungen führen. Eine 20-Prozent-Quote hingegen würde dort die Situation entspannen. Die verschiedentlich geäußerte Sorge, dass es dann zu Niederlassungen in gut versorgten Gebieten kommt und im Osten, wo auch viele gebraucht werden, wieder nichts passiert, halte ich für nicht schlüssig. Denn bislang war das Honorarniveau im Osten wesentlich niedriger als im Westen, so dass man schon von daher nachvollziehen kann, warum es dort nicht zu so vielen Niederlassungen kam. Ab dem 1. Januar sind die Honorare einheitlich in der ganzen Republik. Dann wird sich dort auch wahrscheinlich etwas ändern. Es gibt die Sorge, wir könnten die 20-Prozent-Quote nicht erfüllen. Allein dieses Jahr gab es 277 Abschlüsse von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, davon 60 Prüfungen in den neuen Ländern. Ich möchte damit unterstreichen, dass ich diese Befürchtung für unbegründet halte. Und was passiert in dem Fall, den ich nicht annehme, wenn eine Quote dennoch nicht ausgefüllt werden kann? Dort könnten wir eine flexiblere Regelung einführen, die es ermöglicht, dass der Sitz für die Versorgung nicht verloren geht und ein anderer Psychotherapeut diesen Sitz bekommt.

**SV Dieter Best** (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)): Die Argumente sind weitgehend schon genannt worden, aber ich möchte gern noch eines hinzufügen. Die Regelung sieht vor, dass Plätze geschaffen werden für diejenigen, die ausschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anbieten. Da sind auch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten mit entsprechender Fachkunde eingeschlossen. Das heißt, wenn es überhaupt ir-

gendwo ein Versorgungsproblem gibt, das flächendeckend und gravierend in Deutschland ist, dann liegt dieses im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Es können dann alle Berufsgruppen an der Versorgung teilnehmen, auch Ärzte sind davon nicht ausgeschlossen. Wir halten die 20-Prozent-Quote für geeignet und befürworten von daher diese Quote.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich bitte alle diejenigen, an die die vorhergehende Frage gerichtet war, auf meine kommende Frage zu antworten: In welchem Umfang schafft die Einführung der geplanten Mindestquote von 20 Prozent neue Zulassungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, die bisher psychotherapeutisch unterversorgt sind?

**SVe Dr. Karin Bell (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V (BPM)):** Ich darf zunächst darauf hinweisen, dass die Einführung einer Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch darauf beruht, dass die Kindertherapeuten in der Psychologenquote untergegangen sind und dass es hier keine entsprechende Abgrenzung gab. Wir haben damals schon gesehen, dass wir eine solche Abgrenzung für die Ärzte brauchen. Wenn man sich die historische Entwicklung der Ärzetequote ansieht, dann ist es so, dass es, wenn es so weitergehen würde, über die Jahre mit hoher Sicherheit keine psychotherapeutisch tätigen Ärzte mehr geben würde. Wir sprechen hier für den Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und wir halten das Angebot von fachärztlicher Psychotherapie, die eine bestimmte Qualifikation haben, die in ihrer Ausbildung sowohl Psychotherapie als auch Psychiatrie lernen, das heißt, die über eine Doppelkompetenz verfügen, angesichts der derzeitigen Morbidität der Patienten für unverzichtbar. Darum plädieren wir auch dafür, dass weiterhin ein Schutz für diese Berufsgruppe geschaffen wird. Statisch gesehen leiden mindestens 25 Prozent der Diabetiker auch an einer Depression und ebenso viele Patienten mit koronarer Herzkrankheit leiden an psychischen Störungen. Nach unseren Erfahrungen ist es so, dass diese Patienten Ärzte brauchen, die sowohl die körperlichen Auswirkungen der Erkrankungen als auch die psychopharmakologischen Wechselwirkungen umfassend beurteilen können. Ich möchte noch einmal akzentuieren, dass die Alterung der Bevölkerung dazu führt, dass es immer mehr Patienten gibt, die

unter diesen komplexen Störungen leiden. Ich plädiere dafür, dass diese Bevölkerungsgruppe einen Schutz erhält durch Ärzte, die diese Doppelqualifikation haben. Vor dem Hintergrund, dass für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Quote mit Wachstum geschaffen wird, möchte ich sagen, dass wir auch eine Quote mit einem gewissen Wachstumspotential brauchen. Auch wir können personell gut nachwachsen, wenn die neue Honorierung in Kraft tritt.

**SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)):** Frau Volkmer hatte nicht nach den Berufsgruppen gefragt, sondern nach der Versorgung und den Versorgungsengpässen. In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es das. Im Bereich der Erwachsenen, vor allem was die angesprochenen Bereiche angeht, gibt es sicher auch eine regionale Unterversorgung, aber keineswegs in diesem dramatischen Umfang. Es ist unklar, ob eine 20-Prozent-Quote für ärztliche Psychotherapeuten diese Versorgungsengpässe mindern kann. Es gibt kaum Anhaltspunkte dafür. Dass die Versorgung dadurch qualitativ verbessert würde, ist auch zu bezweifeln. Seit gestern liegt die Antwort des BMG vor, wie viel Prozent der Leistungen von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie tatsächlich im somatischen Bereich erbracht werden. Es sind genau elf Prozent. Das heißt, diejenigen Ärzte, die das machen können, was Frau Dr. Bell soeben beschrieben hat, rechnen zu 89 Prozent psychotherapeutische Leistungen ab. Sie machen also genau das nicht, was Frau Dr. Bell für diese Berufsgruppe angeht hat.

**SV Dieter Best (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)):** Die 40-Prozent-Quote im Bereich der Erwachsenentherapie war eine Übergangsregelung nach dem Psychotherapeutengesetz. Sie wurde auf die Dauer von zehn Jahren festgelegt. Wir meinen, dass diese Übergangszeit vorbei ist. In dieser langen Zeit wäre genug Gelegenheit gewesen, die Quote aufzufüllen, was nicht passiert ist. Wir bezweifeln sehr, dass die Quote bei einer Fortführung erfüllt wird.

**SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V (bvvp)):** Die Quote von 40 Prozent konnte von den Ärzten in den letzten zehn Jahren tatsächlich nicht ausgefüllt werden. Wir haben real 23 Prozent, auf das ganze Bundesgebiet gesehen. Wir sind

aber der Meinung, dass man im Gesetz mindestens 20 Prozent festschreiben sollte. Denn es gibt keinen Grund, ein heterogenes Behandlungsangebot im Bereich der Erwachsenen, das natürlich durch Psychologen und Ärzte vorhanden ist, ohne Not herunterzufahren. Eine Verschlechterung der Versorgung durch die Aufrechterhaltung einer Mindestquote von 20 Prozent wird es mit Sicherheit nicht geben. Im Gegenteil kann man sagen, dass gerade im Osten, wo angeführt wird, dass die Unterversorgung durch die Ärztequote zementiert wird, durch eine Senkung der Quote von 40 auf 20 Prozent tatsächlich Plätze für psychologische Psychotherapeuten frei werden, die besetzt werden können. Es ist aber auf jeden Fall auch falsch, anzunehmen, dass die gleiche Anzahl von Sitzen, die jetzt noch für Ärzte ausgewiesen sind, dann von Psychologen besetzt werden können. Denn die Bedarfsplanungsrechnungen sind sehr kompliziert und es bleibt immer nur ein Bruchteil übrig, der dann von der anderen Berufsgruppe übernommen werden könnte. Insofern sind wir für eine Anpassung hin zu den 20 Prozent, die vom Ärztenachwuchs bewerkstelligt werden können, sowie für den Erhalt der Vielfalt im Angebot der Leistungen. Mein Kollege hat in Bezug auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgeführt – das gilt für die Ärzte gleichermaßen –, dass mit der Neuregelung der Vergütung ein Anreiz für die Niederlassung im Osten gegeben sein wird. Wir regen an, auf jeden Fall abzuwarten, was sich dadurch tut.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Bei der Frage, wie viele Sitze frei werden, wenn man die Prozentquote von 40 auf 20 Prozent herabsetzt, muss man sich zunächst vor Augen halten, dass in überversorgten Gebieten keinerlei Sitze frei werden. Wir haben daher versucht die Gebiete festzustellen, die mit bis zu 109 Prozent Psychotherapie versorgt sind. Das sind nämlich die ersten Bezirke, die nicht gesperrt werden. Davon gibt es aber nur wenige Bezirke, das kann man schon von vornherein sagen. In der Psychotherapie kennen wir in Baden-Württemberg Versorgungsquoten von 400-500 Prozent. Konkret kommen wir auf eine Zahl von 39 Sitzen, die frei werden, wenn die Quote in diesen Gebieten von 40 auf 20 Prozent abgesenkt wird. Lassen Sie uns, weil der Stand der Bedarfsplanungszahlen unterschiedlich war, eine Korrekturquote anwenden. Dann kommen wir auf weniger als 50 Sitze, die frei

werden. Zu dieser Aussage kann ich mich hier verpflichten.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Wir beschäftigen uns in der Anhörung mit dem GKV-OrgWG, das aber letztlich ein Korrekturgesetz zur letzten Gesundheitsreform, zum sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetz ist. Deswegen möchte ich in meiner ersten Frage den Zusammenhang zwischen den Regelungen GKV-WSG und dem vor uns liegenden Korrekturgesetz beleuchten. Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Daubenbüchel und Frau Korf. Für wie groß halten Sie die Gefahr, dass Krankenkassen im nächsten Jahr in Fusionen gezwungen werden, geschlossen werden oder in Insolvenz gehen, weil die Zuweisungen aus den Gesundheitsfonds möglicherweise zu gering bemessen sind? Wie groß ist die Gefahr, dass der Einzug des Zusatzbeitrages nur mit größerer Verzögerung erfolgen kann oder dass aus dem Zusatzbeitrag für die Krankenkassen nur in einem begrenzten Umfang Geld generiert werden kann?

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel:** Die Sorge, dass im ersten Jahr des Gesundheitsfonds bereits Insolvenzen auftreten oder Kassen geschlossen werden müssen, sehe ich als relativ gering an, weil der Fonds im ersten Jahr noch zu 100 Prozent mit dem allgemein festgesetzten Beitragssatz finanziert wird. Die Gefahr wächst aber je mehr Zeit ins Land geht, weil der Beitrag erst erhöht werden muss, wenn eine Schwelle von 95 Prozent der Finanzierung erreicht wird. Mit zunehmender Dauer steigt natürlich die Gefahr, dass die Krankenkassen ihren Bedarf durch die Zuweisungen alleine nicht erfüllen können und durch den begrenzten Zusatzbeitrag nicht in der Lage sind, die Mittel, die sie brauchen, zu generieren. Das ist letztlich aber nicht allein eine Folge des Fonds und der Fondsfinanzierung, sondern insbesondere eine Folge des auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzten Zusatzbeitrages.

**SVe Claudia Korf:** Die Möglichkeit der Insolvenz werden wir erst ab 2010 für alle gleichermaßen haben. Im nächsten Jahr könnten von einer Kassenschließung einzelne Kassen betroffen sein. Man muss dies im Zusammenhang mit der Erreichung des Entschuldungsziels sehen, welches einige Kassen gerade eben so bis Ende dieses Jahres erreichen werden. Es kommt hinzu, dass die Kassen ihren Haushalt für das nächste Jahr sehr stark in Abhängigkeit

von der Festlegung der Höhe des einheitlichen Beitragssatzes zu kalkulieren haben. Da ist natürlich die Limitierung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent ein echtes Handicap, denn wenn diese Marke erreicht, ist eine Kreditfinanzierung nicht mehr möglich. Darüber hinaus sind aus meiner Sicht politisch fragwürdige Einflussgrößen wie die Konvergenzregelung und der Liquiditätsfonds zu berücksichtigen. Deshalb hätte ich durchaus Bedenken, ob nicht die eine oder andere Kasse in eine Schieflage gerät und zwar unabhängig davon, ob die vorgesehene 100-Prozent-Finanzierung tatsächlich alles abdeckt oder nicht.

**Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP):** Meine nächsten Fragen gehen an den AOK-Bundesverband, den VdAK, den BKK-Bundesverband und den IKK-Bundesverband. Wir haben eben schon gehört, dass durch Einführung des Gesundheitsfonds die Beitragsautonomie verschwindet, die Unsicherheit für die Krankenkassen zunimmt und das Insolvenzrisiko der Krankenkassen in den nächsten Jahren erhöht wird. Wie ließe sich aus Ihrer Sicht dieses Risiko minimieren? Sind aus Ihrer Sicht in diesem Gesetzentwurf Regelungen erkennbar, die das Insolvenzrisiko eindämmen? Dann habe ich noch eine Frage im Zusammenhang mit dem weiteren Ausbau der Zentralisierung und der Stärkung des GKV-Spitzenverbandes, der neue Möglichkeiten bei Fusionskompetenzen und auch Einblicke in viele Jahresrechnungen bekommt. Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Stärkung des GKV-Spitzenverbandes?

**SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV)):** Ich glaube, die wesentlichen Punkte wurden schon angesprochen. Es geht in der Tat darum, dass der Gesundheitsfonds zu 100 Prozent ausgestattet sein muss, ansonsten werden wir mit Unterdeckungen zu kämpfen haben. Diese Unterdeckungen würden auch dann an irgendeiner Stelle wirksam werden. Hinzu kommt die Frage der Ein-Prozent-Härtefallregelungen. Ich trete hier nicht an, um die Regelung der Härtefälle zu kritisieren. Aber wir haben sehr deutlich gemacht, dass die Regelung, so wie sie im Moment ausgestaltet ist, leider nicht tragfähig ist. Deshalb glaube ich, dass an dieser Stelle nachgebessert werden muss. Hierzu haben wir Vorschläge entwickelt, die dazu führen würden, dass die auf Grund der jeweiligen Versicherungsstruktur und Einkommensstruktur zustande kommenden Ungleichgewichte vernünftig ge-

regelt und ausgeglichen werden können, indem diese beispielsweise aus dem Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln entsprechend bereinigt werden. Das heißt also, mit einer so sichergestellten 100-prozentigen Fondsausstattung und klaren Regelungen bezüglich der Härtefälle könnte man in der Tat für eine dauerhafte Stabilität hier sorgen.

**SV Thomas Ballast (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)):** Es gibt im Gesetz ein paar Regelungen, die das Insolvenzrisiko verringern. Es gibt Möglichkeiten für die Kassen, Zusatzprämien zu erheben. Es gibt die Möglichkeit, kassenarteninterne Hilfen zu organisieren und es gibt auch im § 265a die Möglichkeit, Hilfen im Spitzenverband Bund zu organisieren. Ich will nicht verhehlen, dass wir es natürlich besser gefunden hätten, wenn man die volle Beitragsautonomie bei den Kassen gelassen hätte. Das wäre quasi der beste Schutz dafür gewesen, ein Insolvenzrisiko zu vermeiden. Um die Gesetze und das jetzige Instrumentar weiterzuentwickeln, wäre es sinnvoll, die Möglichkeit der freiwilligen kassenarteninternen Hilfe noch verpflichtender auszugestalten und den § 265b in der neuen Fassung in etwa so auszugestalten, wie den heutigen § 265a. Das würde die Haftungsprävention sicherlich positiv beeinflussen.

*Der stellvertretende Vorsitzende Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU) unterbricht die Sitzung von 14:57 Uhr bis 15:20 Uhr.*

**SVe Dr. Hildegard Demmer (BKK-Bundesverband (BKK-BV)):** Durch die Einführung des Gesundheitsfonds und den Verlust der Beitragsautonomie der Kassen wird das Insolvenzrisiko der Krankenkassen erhöht. Die Frage, wie sich dieses Risiko minimieren ließe, kann man sehr kurz beantworten. Es kommen derzeit unglaublich viele und unkalkulierbare Änderungen auf die Krankenkassen zu. Daher wäre es das Vernünftigste, die Beitragsautonomie zumindest noch für ein Jahr bei den Krankenkassen zu belassen. Zu der Frage, wie die Regelungen im Gesetzentwurf hinsichtlich der Eindämmung des Insolvenzrisikos von uns beurteilt werden, müssen wir sagen, dass wir mit den Regelungen insgesamt nicht zufrieden sind. Frau Dr. Pfeiffer vom Spitzenverband Bund hat bereits vorgetragen, dass der Schwellenwert Fehlanreize setzt, die verhindern könnten, dass die Haftungsprävention tatsächlich optimiert wird. Auf diesen Schwellenwert soll-

te unseres Erachtens verzichtet werden. Im Übrigen würden wir dafür plädieren, die finanziellen Hilfen über den Spitzenverband Bund dadurch überflüssig zu machen, dass man die Instrumente der Kassenarten für die kassenarteninterne Hilfe zur Vermeidung von Haftungs- und Schließungsfällen präzisiert. Die bisher als freiwillig ausgestaltete Regelung ist an dieser Stelle völlig unzureichend.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Bezüglich der ersten Frage denke ich, dass sich unter den jetzigen gesetzlichen Bedingungen das Insolvenzrisiko der Krankenkassen nicht weiter minimieren lässt. Natürlich steigt das Risiko durch den Verlust der Gestaltungskompetenz auf der Einnahmenseite. Ich schließe mich hier meinen Vorrednern an. Mit Blick auf die Haftungsverbände würde ich es bevorzugen, wenn die Haftungsprävention innerhalb der Kassenarten gestärkt und ermöglicht würde. Das bringt die richtige Konsequenz für eine vernünftige solidarische Steuerung. Ich bin auch der Meinung, dass Schwellenwerte erhebliche Fehlanreize bieten.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Sodan. Durch das Festbetragsurteil des EuGH im Jahr 2004 wurde die Frage der Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen schon einmal spezifiziert. Hat sich an der Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen durch die Regelungen des GKV-WSG etwas verändert? Wenn ja, in welcher Richtung und welche Konsequenzen sind hieraus zu ziehen?

**SV Prof. Dr. Helge Sodan:** Der Begriff des Unternehmens ist ein allgemeiner Begriff des europäischen Wettbewerbsrechts. In der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes wird dieser Begriff weit und umfassend verstanden. Diese Judikatur wählt einen funktionalen Ansatz. Das heißt, es wird abgestellt auf die Art der ausgeübten Tätigkeit und nicht auf die institutionellen Eigenschaften derjenigen, die sie ausüben, und auch nicht auf die damit verbundenen sozialen Zwecke oder die rechtlichen oder finanziellen Regelungen, denen sie in einem bestimmten Mitgliedstaat unterliegen. Ist eine Tätigkeit wirtschaftlicher Natur, unterliegen diejenigen, die ihr nachgehen, dem Wettbewerbsrecht der Gemeinschaft. In seinem sogenannten Festbetrags-Urteil vom 16. März 2004 wies der Europäische Gerichtshof darauf hin, dass die deutschen gesetzlichen

Krankenkassen an der Verwaltung des Systems der sozialen Sicherheit mitwirken. Sie nähmen insoweit eine rein soziale Aufgabe wahr, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruhe und ohne Gewinnerzielungsabsichten ausgeübt werde. Daher kam der Europäische Gerichtshof zu dem Schluss, dass die deutschen Kassenverbände keine Unternehmen oder Unternehmensvereinigungen im Sinne des Artikels 81 des EG-Vertrages sind, wenn sie Festbeträge festsetzen, bis zu deren Erreichen die Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel übernehmen. Zu beachten ist aber, dass der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil auch von einem Spielraum sprach, über den die Krankenkassen verfügen, um ihre Beitragssätze festzulegen und sich untereinander einen gewissen Wettbewerb um Mitglieder zu liefern. Nimmt nun dieser Spielraum durch Änderungen des Rechts der GKV zu, dann könnte der Europäische Gerichtshof künftig zu anderen Ergebnissen gelangen als in seinem Urteil zu den Festbeträgen für Arzneimittel. Hinzuweisen ist etwa darauf, dass den gesetzlichen Krankenkassen in jüngerer Zeit schon vor dem GKV-WSG verstärkt Freiräume zur individuellen Gestaltung ihrer Leistung eröffnet wurden, wie sich am Beispiel des Angebots integrierter Versorgungssysteme kombiniert mit Bonusmodellen zeigen lässt.

Diese und die Tendenz zur Relativierung des sogenannten Solidarprinzips in der GKV hat das GKV-WSG von 2007 in mehrfacher Hinsicht deutlich verstärkt. In der Rechtswissenschaft wird bereits von einer schleichenden Verdünnung des Solidarprinzips gesprochen, die nicht erst mit dem GKV-WSG begonnen habe, sondern nur weitergeführt und vertieft werde. Ich will das an drei Punkten verdeutlichen:

Erstens: Zunächst ist auf die Einführung der sogenannten Wahltarife hinzuweisen, die Selbstbehalte zum Gegenstand haben können. Auf Grund der Selbstbehalte wird aber letztlich das horizontale Solidarprinzip geschwächt zugunsten horizontaler Äquivalenz. Denn in den Genuss dieser Selbstbehalte kommen in der Regel jüngere und gesunde Versicherte. Das weicht das bisherige Solidarprinzip nachhaltig auf. Die gesetzlich vorgesehenen Beitragsrückerstattungen haben prinzipiell eine Funktion und Wirkung, die sich mit Selbsthalten vergleichen lässt.

Zweitens: Zu einer Relativierung des Solidarprinzips führt auch die durch das GKV-WSG erheblich ausgeweitete Steuerfinanzierung der GKV, die der pauschalen Abgeltung der Auf-

wendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen dient. Damit wird der solidarische Charakter der GKV deutlich verändert. Wenn nämlich ein sozialer Ausgleich im Sozialversicherungssystem nur noch bedingt angestrebt wird, dann entfällt dessen Gefährdung durch die Konkurrenz mit privaten Versicherungsunternehmen ebenso wie der Grund, den Wettbewerb durch das Sozialversicherungsmonopol zu unterbinden. Insoweit nicht mehr bestimmte Versichertengruppen, sondern die Gesamtheit der Steuerzahler den solidarischen Ausgleich finanzieren, büßt die GKV ihren besonderen Charakter als binnensolidarische Einrichtung ein. Das hat dann auch kartellrechtliche Folgen. Eine solidarische Versicherung, in der die Umverteilung nicht mehr nur durch Beiträge insbesondere der Besserverdienenden bzw. der Träger besonderer Risiken, sondern wesentlich auch aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird, kann ein privatwirtschaftlich handelndes Versicherungsunternehmen ebenso anbieten wie eine gesetzliche Krankenkasse.

Drittens: Ich darf noch kurz auf den Basistarif für die private Krankenversicherung hinweisen. Zwar wird der Solidarausgleich in der GKV durch den Basistarif nicht unmittelbar berührt, aber der Basistarif enthält Teilelemente des Solidarprinzips und nähert auf diese Weise die PKV der GKV an. Der Sonderstatus der GKV wird damit gewissermaßen von der anderen Seite in Frage gestellt.

Diese drei Regelungskomplexe sprechen meines Erachtens dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-WSG doch als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts anzusehen sind. Wenn man diese Auffassung teilt, dann wäre es doch konsequent, aus dem deutschen Kartellrecht jedenfalls auch die §§ 1 und 33 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (GWB) für entsprechend anwendbar zu erklären. Denn § 1 GWB entspricht mit seinem Kartellverbot dem Artikel 81 des EG-Vertrages. Und der § 33 GWB, der Unterlassungsanspruch und Schadensersatzpflicht regelt, müsste hier anwendbar sein, damit bei Verstößen gegen die Artikel 81 oder 82 des EG-Vertrages Betroffenen sachangemessene Ansprüche eingeräumt werden. Ganz in diesem Sinne hatte der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2006 zum Entwurf des GKV-WSG es als erforderlich angesehen, für die Rechtsbeziehung nach § 69 Satz 1 SGB V generell das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und das GWB für entsprechend anwendbar zu erklären,

soweit nicht spezielle Erfordernisse des Krankenversicherungsrechts entgegenstehen. Ich rege deshalb an, dass die Fraktionen der CDU/CSU und der SPD in ihrem Änderungsantrag 8 doch noch ein Stück weitergehen und dem seinerzeitigen Anliegen des Bundesrates Rechnung tragen.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Wir haben schon einiges zum Thema Insolvenzrecht gehört. Ich möchte hierzu den Deutschen Gewerkschaftsbund, Herrn Lambertin, und Herrn Prof. Plagemann vom Deutschen Anwaltsverein befragen. Nach ständiger Rechtsprechung sind die gesetzlichen Krankenkassen Teil der mittelbaren Staatsverwaltung und haben den gesetzlichen Auftrag die Krankheitsrisiken ihrer Versicherten abzusichern. Dies wird mit dem vorgelegten Gesetzentwurf ausschließlich auf die Krankenkassen verlagert. Gibt es Ihres Erachtens eine sachliche Notwendigkeit zur Einführung der Insolvenzfähigkeit gerade auch im Hinblick auf das Vorhaben, dass Kassenfusion und Schließung Vorrang vor der Insolvenz einer Krankenkasse erhalten sollen? Zweitens: Kann man bei der jetzt vorliegenden Regelung im Rahmen des GKV-OrgWG eigentlich noch von einer Anwendung des Insolvenzrechtes sprechen, also von der Übertragung der Insolvenzregelungen? Drittens: Ist die Anwendung der Insolvenzordnung selbst unter der Prämisse, dass man eine Enthaftung der Länder und die Einführung eines Gesundheitsfonds befürwortet, überhaupt sinnvoll?

**SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)):** Wir sehen es auch so, dass die Sozialversicherung als mittelbare Staatsverwaltung die großen Gesundheitsrisiken absichern muss und die Sozialversicherungsträger aus diesem Grund nicht insolvenzfähig sein dürfen. Was ist denn eine Insolvenz? Eine Insolvenz ist quasi eine Strafe für falsches Wirtschaften. Dies steht aber nach unserer Meinung in keinem Verhältnis zu den realen Handlungsmöglichkeiten einer Krankenkasse. Diese hat weder die Möglichkeit ihre Einnahmen noch den Großteil ihrer Ausgaben selbst zu bestimmen. Folglich darf sie auch nicht bestraft dafür werden, wenn es am Ende nicht klappt. Denn die Parameter, die die Einnahmen und Ausgaben bestimmen, werden zum größten Teil durch den Gesetzgeber oder Ordnungsgeber bestimmt. Letztlich führt dies auch zu einer stärkeren Verantwortung des Gesetzgebers und Ordnungsgebers, die dann auch für die Folgen eintreten müssten. Unserer Mei-

nung nach müsste es deswegen anstelle der Insolvenz so etwas wie eine Haftung nach dem Vorbild der Regelungen in der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung geben.

Die Frage der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen hat Jahrzehnte lang niemanden interessiert. Jetzt wird aber argumentiert, die Ersatzkassen waren schon immer insolvenzfähig. Dies war eine Regelung, die keiner mehr kannte. Auf einmal wird sie hervorgeholt und es wird gesagt, um eine Gleichbehandlung im Wettbewerb zu organisieren, müssen alle Kassen insolvenzfähig werden. Man könnte das natürlich auch umdrehen und die Wettbewerbsgleichheit dadurch erreichen, dass alle Krankenkassen und alle Krankenversicherungsträger für insolvenzunfähig erklärt werden. Denn uns allen ist klar, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht alle Krankenversicherungsträger insolvenzfähig gemacht werden, sondern nur die gesetzlichen Krankenkassen. Eine Alternative zur Enthftung der Bundesländer wäre natürlich entweder eine Haftung des Bundes wie bei der Unfallversicherung oder eine Liquiditätssicherung wie bei der Rentenversicherung.

**SV Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Die Insolvenzordnung ist in das Gesetz hineingekommen, weil die Insolvenzhftung der Länder abgeschafft werden soll. Das kann ich verstehen. Ich meine aber, dass es nicht unbedingt notwendig ist. Hinsichtlich der Folgen möchte ich anschließen an das, was Herr Daubenbüchel vorhin gesagt hat. Es geht gar nicht um den Beginn im Jahr 2009, sondern es geht wahrscheinlich um die Jahre 2010 oder 2011, wo in der Tat finanzielle Probleme auftauchen. Ich sage das ganz vorsichtig. In dieser Zeit hat die Aufsicht viele Gestaltungsaufgaben und Möglichkeiten wie Hilfen, Zwangsfusionen und so weiter. Dies funktioniert aber so nicht. Dann bleiben als Alternative nur die Schließung oder Insolvenz. Der Gesetzentwurf sagt, es soll primär geschlossen werden und keine Insolvenz stattfinden. Es könnten sich jedoch Momente ergeben, in denen der Aufsicht aus politischer Opportunität eine Insolvenz geeigneter erscheint als die Schließung, z.B. weil keine andere Kasse mehr da ist, die noch genügend Reserven hat, um hier aushelfen zu können. Denn mit dem Insolvenzantrag geht die vorläufige Insolvenz los. Dort könnte man sagen, dass das Insolvenzgeld weiterhilft hinsichtlich der Arbeitnehmeransprüche. Nach dem Insolvenzantrag zahlt der Gesundheitsfonds noch weiter,

sodass es nicht darum geht, das Lohnrisiko auf die Bundesagentur zu übertragen. Jetzt kommt die Eröffnung des Insolvenzverfahrens. Nun kommt ein Insolvenzverwalter, der nichts mehr gestalten kann. Er kann nicht mehr sanieren, denn die Kasse ist geschlossen, die Versicherten gehen weg. Die Prozesse der Versicherten gegen die alte Kasse werden nun unterbrochen. Das ist zwar juristisch schön und interessant, nur den Versicherten wird man es kaum deutlich machen können, warum so ein Prozess auf Erstattung irgendwelcher Kosten unterbrochen ist. Der Insolvenzverwalter muss nun schauen, wie er zu Geld kommt. Dazu gehört die Anfechtung. Diese ist im § 171b Abs. 5 ein wenig eingeschränkt und zwar hinsichtlich der Beiträge. Ich möchte hier zu bedenken geben, dass es eine neue Vorschrift gibt, die das Haus vor etwa einem Jahr verabschiedet hat, nämlich § 28e Abs. 1 Satz 2 zur Nichtanfechtung bei der Insolvenz eines Arbeitgebers. Zu dieser Vorschrift gibt es jetzt eine erhebliche Diskussion, ob die Vorschrift so überhaupt greift. Wir könnten im schlechtesten Fall hier das gleiche Problem haben.

Ich komme zum Ergebnis: Die Regeln des Insolvenzverfahrens sind für eine solch komplexe Materie, wie sie die gesetzliche Krankenversicherung darstellt, meines Erachtens nicht so geeignet, dass sie in ein solches Gesetz hinein sollten. Es bleibt der Aufsicht nichts anderes übrig, als sich mit dem Problem der Schließung und Zwangsfusion auseinanderzusetzen, die ohnehin Vorrang haben.

**Abg. Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich möchte jetzt Herrn Dr. Pannen vom Deutschen Anwaltverein und den AOK-Bundesverband zur Vorstandshaftung befragen. Können Sie die in der im Gesetzentwurf aufgeführten Insolvenzbegründung die Gründe für den Bereich der Vorstandshaftung nachvollziehen? Dort gibt es einige Ungleichheiten.

**SV Dr. Klaus Pannen** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Man hat die Insolvenzgründe Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit und insbesondere die drohende Zahlungsunfähigkeit und die Einführung der drohenden Zahlungsunfähigkeit. Letztere ist aber im Zusammenhang mit der Vorstandshaftung außerordentlich problematisch. Im Vergleich zur üblichen Situation im Insolvenzrecht kann dies unter keinen Umständen eine Insolvenzantragspflicht und damit eine Haftung begründen. Im Übrigen ist die Einführung der drohenden Zahlungsunfähigkeit auch deshalb problematisch, weil sie

von den Versicherungen so nicht gesehen wird. Die drohende Zahlungsunfähigkeit ist hinsichtlich der Versicherungsunternehmen im § 88 VAG nämlich nicht mit aufgenommen worden und sollte deshalb bei Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen auch nicht Platz greifen.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir sehen das ganz genauso. Man muss aber dabei ebenfalls berücksichtigen, dass die drohende Zahlungsunfähigkeit etwas ist, was eine prognostische Wertung beinhaltet. Eine solche Prognoseabschätzung als Grundlage für eine Strafbewehrung zu nehmen, ist aus unserer Sicht schon deshalb rechtlich sehr problematisch, weil sich Strafnormen eigentlich immer auf Tatbestandsmerkmale beziehen müssen. Dies wäre hier jedoch gar nicht gegeben.

**Abg. Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den AOK-Bundesverband. Wir hatten vorhin schon das Gespräch zum Aufbau eines Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen. Es ist gesagt worden und es steht auch im Gesetz, dass es dazu eine Rechtsverordnungsermächtigung für das BMG geben soll. Sind Sie der Auffassung, dass damit die Zuweisung der erforderlichen Mittel aus dem Fonds in jedem Falle gewährleistet ist? Können Sie heute ausschließen, dass dieses nicht zukünftig alleine von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu tragen sein wird?

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich hatte vorhin schon gesagt, die Frage, inwieweit die Fondsausstattung zu 100 Prozent greift, ist von zentraler Bedeutung. Deshalb taucht sie an dieser Stelle natürlich auch wieder auf. Die vorgesehene Rechtsverordnung kann hierfür eine gute Grundlage sein. Denn wir brauchen die Regelung erst ab 2010. Das heißt, wir haben hier ein Jahr Zeit, um die Dinge ordentlich vorzubereiten. Es erscheint uns grundsätzlich als vernünftig, dies auf diese Weise zu regeln.

Bei der Frage der Zusatzbeiträge geht es eigentlich immer um die Gesamtdeckung, die einer Krankenkasse zur Verfügung stehen muss. Dort kann man zunächst nur feststellen, dass man es, wenn es hier zu einer Erhebung von Zusatzbeiträgen kommt, selbstverständlich so interpretieren kann, dass dies eine ausschließliche Finanzierung über die Versicherten ist. Am Ende aber kann die erhobene Zusatzprämie nicht zweckgebunden zugeordnet werden. Das

heißt, die Zusatzprämie sagt nur aus, dass in der jeweiligen Krankenkasse die Mittel insgesamt nicht ausreichend sind. Dennoch kann es, Sie sehen das völlig richtig, auf solche Zusammenhänge zurückgehen.

**Abg. Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN. Sie hatten vorhin gesagt, dass der PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN im Falle einer Insolvenz bei der Altersversorgung der im GKV-System Beschäftigten eintritt. Trifft dies auch für die Pensionsansprüche, die bis zum 31.12.2009 entstehen, sowie vorhandene Ansprüche zu?

**SV Dr. Claus Berenz** (PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN (PSVaG)): Nach der gesetzlich vorgesehenen Regelung treten wir nur für Zuwächse der Anwartschaften ab dem 1. Januar 2010 ein.

**Abg. Frank Spieth** (DIE LINKE.): Die Pensionsansprüche werden erst ab dem 1. Januar 2010 durch den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN gedeckt werden. Was geschieht aber im Insolvenzfall mit den bis zum 31.12.2009 entstehenden Pensionsverpflichtungen? Wie werden diese gesichert? Kann mir der AOK-Bundesverband erklären, wie diese Ansprüche gewährleistet werden?

**SV Jürgen Graalman** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Der PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN tritt ab dem 1. Januar 2010 für die neuen Ansprüche ein, ansonsten unterliegen wir der Verpflichtung, ab 2010 einen Kapitalstock aufzubauen. Dieser Kapitalstock und das Gesetz zur betrieblichen Altersvorsorge sehen nicht vor, dass die Dynamisierung von Versorgungsansprüchen und auch die Beihilfeleistung über den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN abgedeckt sind. Von daher regen wir an, dass der Kapitalstock vorrangig diese Beihilferegelung und die Dynamisierung der Ansprüche befriedigt.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst Fragen zum Insolvenzrecht. Die erste Frage geht an den VdAK. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2010 für alle Krankenkassen die Insolvenzordnung gilt. Ausgenommen ist neben der landwirtschaftlichen Krankenkasse auch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Wie bewerten Sie diese Sonderstellung?

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Zunächst einmal müssen wir feststellen, dass die Einführung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen positiv ist. Das führt zu gleichen Ausgangsbedingungen im Wettbewerb. Wir sehen allerdings auch, dass die Knappschaft-Bahn-See sich wie alle anderen Krankenkassen im Wettbewerb befindet. Sie ist eine geöffnete Krankenkasse und ist bundesweit tätig. Insofern hat sie zwar die gleichen Rechte wie die anderen Krankenkassen, aber sie hat hinsichtlich der Frage der Insolvenzfähigkeit nicht die gleichen Pflichten. Das führt zu einem Wettbewerbsvorteil, den wir für problematisch erachten. Insofern wäre eine Gleichstellung der Knappschaft-Bahn-See mit den anderen Krankenkassen sinnvoll.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie kritisieren in ihrer Stellungnahme Schwellenwerte, mit denen die Haftungsverpflichtungen innerhalb einer Kassenart begrenzt werden sollen. Dadurch werde, wie Sie sagen, für Kassen der Anreiz gesetzt, sich nicht um Haftungsprävention zu kümmern. Wie könnte eine Regelung aussehen, die sowohl falsche Anreize vermeidet als auch einen ausreichenden Schutz vor Folgeinsolvenzen gewährleistet?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Dieser Schwellenwert ist insofern problematisch, als er auf die kassenarteninterne Haftungsprävention kontraproduktiv wirkt. Es könnten hier strategische Überlegungen eine Rolle spielen und wir sind der Auffassung, dass, bevor andere hier in die Haftung eintreten, die Kassenart intern dafür sorgen sollte, dass solche Haftungsfälle vermieden werden. Um die angesprochenen Fehlanreize zu vermeiden, halten wir die Streichung des Schwellenwertes für notwendig, so wie es auch bei einer Schließung einer Krankenkasse vorgesehen ist. Denn bei einer Schließung gibt es diesen Schwellenwert nicht. Falls man doch bei diesem Schwellenwert bleibt, muss man sich aber die Frage stellen, ob der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Maßstab überhaupt geeignet ist, weil er sich nämlich an den Zuweisungen des Gesundheitsfonds orientiert. Diese sagen aber überhaupt nichts über die Leistungsfähigkeit einer Kasse aus, sondern nur etwas darüber, wie hoch der Anteil einer Kasse an morbidem,

also zum Beispiel an chronisch erkrankten Versicherten ist. Eine Kasse mit vielen Kranken wird zwar höhere Zuweisungen bekommen, das sagt aber nichts über ihre Leistungsfähigkeit aus. Vom Grundsatz her sind wir für die Streichung des Schwellenwertes. Wenn doch daran festgehalten wird, muss man diesen auf jeden Fall modifizieren.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage weiter den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Ihr Verband in seiner Satzung Bestimmungen zur Gewährung finanzieller Hilfen an Krankenkassen vorsieht. Diese Hilfen sollen aber nur gezahlt werden, um notleidenden Krankenkassen eine Fusion zu erleichtern. Kritisiert wird an dieser Regelung unter anderem, dass damit der Spitzenverband für politisch gewollte Konzentrationsprozesse instrumentalisiert werde und dies seine Wettbewerbsneutralität verletze. Wie bewerten Sie diese Kritik?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die von uns ursprünglich sehr scharf kritisierte Regelung, wonach der Spitzenverband solche Fusionen einleiten sollte, ist inzwischen geändert worden. Die Zuständigkeit für die Einleitung von Zwangsfusionen bzw. für entsprechende Hilfen soll nun den Aufsichten übertragen werden. Wir halten dieses für richtig und sehen an der Stelle auch nicht mehr die Wettbewerbsneutralität verletzt. Wir betrachten uns nicht als Regulierungsbehörde, sondern halten hier eine wettbewerbsneutrale Rolle für notwendig. Die jetzt vorgesehenen Fusionen werden, wenn sie zwangsweise erfolgen, von der Aufsicht eingeleitet und im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erfolgen. Es können finanzielle Hilfen zur Förderung der Fusion gegeben werden, wenn dadurch die Insolvenz oder Schließung vermieden werden kann. Wir haben hier ein Vorschlagsrecht, aber nicht die Entscheidungshoheit. Wir halten die Regelung, wie sie jetzt geplant ist, daher nicht für problematisch. Es ist allerdings zwingend erforderlich, dass die andere Kasse, die auch fusioniert werden soll, dies, wie im Entwurf vorgesehen, auch freiwillig tut.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich den VdAK und den BKK-Bundesverband. Bundesunmittelbare Krankenkassen haben bereits bisher Vorsorge treffen müssen für die Altvorsorgeansprüche ihrer Beschäftigten. Haben Sie Daten, wie

hoch der finanzielle Aufwand für die betroffenen Kassen ist?

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Zunächst einmal muss ich richtigstellen, dass eine Verpflichtung für bundesunmittelbare Kassen zur Vorsorge für die Altersvorsorgeansprüchen der Beschäftigten in der Vergangenheit nicht bestand, sondern dass diese Vorsorge auf freiwilliger Basis getroffen wurde. Insofern gibt es auch keine systematische Berichtspflicht über das, was bei unseren Mitgliedsorganisationen im Sinne der Bildung von Altersrückstellungen getan wurde. Es liegen uns deshalb keine belastbaren Zahlen vor. Diese dürften eher beim Bundesversicherungsamt vorliegen. Wir wissen jedoch aus Gesprächen mit unseren Mitglieds-kassen, dass zumindest im Ersatzkassenbereich Rückstellungen im nennenswerten Ausmaß vorhanden sind.

**Sve Gaby Erdmann** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Bundesunmittelbare Versicherungsträger haben insofern Vorsorge zu treffen, als sie bereits jetzt insolvenzfähig sind und Beiträge zum PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN zu zahlen haben. Im Übrigen ist es im BKK-System so, dass umfangreiche Rückstellungen für Pensionsverpflichtungen vorhanden sind, die größtenteils in einem gemeinsamen Abrechnungsverband kumuliert sind.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes soll laut Gesetzentwurf am 15. November eines jeden Jahres bekanntgegeben werden. Die Krankenkassen müssen ihre Haushaltspläne bereits zum 1. November eines jeden Jahres übermitteln. Welche Wirkung wird aus Ihrer Sicht diese nichtsynchronisierte Terminsetzung haben und welche Änderungen halten Sie gegebenenfalls für erforderlich?

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es gibt hier zwei Problemfelder. Zum einen setzt die Bundesregierung zum 1. November den allgemeinen Beitragssatz fest. Gleichzeitig haben die Kassen zum 1. November ihre Haushaltspläne der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Zum zweiten gibt das Bundesversicherungsamt, nachdem der Beitragssatz festgesetzt ist, die vorläufig ermittelte Höhe der Zuweisungen jährlich bis zum 15. November be-

kannt. Das heißt also, zum Termin der Aufstellung des Haushalts bzw. dessen Abgabe bei den Aufsichtsbehörden ist gerade einmal der Beitragssatz bekannt, es ist aber noch nicht bekannt, welche Zuweisungen die Kassen bekommen werden, so dass eine realistische Haushaltsaufstellung nicht möglich ist. Wir halten es daher für dringend erforderlich, dass diese Terminvorgaben aufeinander abgestimmt werden. Auch in der Vergangenheit hat es Zeiten gegeben, in denen zum 1. November noch nicht die exakten Haushalte vorgelegt werden konnten. Dies ist in diesem Jahr aber besonders problematisch, weil wir im Jahr 2009 mit völlig neuen Bedingungen rechnen müssen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage wiederum den GKV-Spitzenverband: Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Regelungen zur Änderung der Konvergenzklausel?

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es gibt eine Ergänzung zur Zweckbestimmung der Liquiditätsreserve, aus der die Konvergenzklausel finanziert werden soll. Die Liquiditätsreserve soll am Ende 20 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Der Aufbau der Reserve soll in vier gleichen Schritten erfolgen. Damit ist ein Beitragssatzanteil von 0,08 Beitragssatzpunkten für die kommenden Jahre fest für diese Liquiditätsreserve verplant und steht für die Finanzierung von Leistungen nicht mehr zur Verfügung. Dies muss man bei der Beitragssatzfestsetzung berücksichtigen. Es ist aber sinnvoll, dass der Gesetzgeber hier frühzeitig für Klarheit sorgt und die Regelungen zu Höhe und Aufbau der Liquiditätsreserve selbst trifft. Damit entfällt eine Regelung durch Rechtsverordnung und für den Schätzerkreis gibt es eine klare Vorgabe.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den VdAK. Durch den Gesundheitsfonds wird es absehbar zu einer Angleichung auf der Einnahmenseite der Krankenkassen kommen. Halten Sie vor diesem Hintergrund Angleichungen auf der Ausgabenseite für erforderlich? Wenn ja, wie könnten die dafür geeigneten Instrumente aussehen?

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): In der

Tat halten wir es für notwendig, dass in Teilbereichen eine Angleichung auf der Ausgabenseite durchgeführt wird. Durch die Zuweisung des Gesundheitsfonds haben die Kassen einen neuen Budgetrahmen. Wenn sie damit nicht auskommen, müssen sie gegebenenfalls Zusatzbeiträge erheben und diese sollen ein Indikator für wirtschaftliches oder unwirtschaftliches Verhalten der Kasse sein. Das ist plausibel, aber es geht jedenfalls dann nicht, wenn die Kasse überhaupt nichts dafür kann, dass sie es möglicherweise mit höheren Ausgabensockeln zu tun hat. Im Bereich der Ersatzkassen ist das der Fall für die zahnärztlichen Honorare. Wir haben früher sowohl im Arztbereich als auch im Zahnarztbereich höhere Honorare gezahlt und haben dann versucht, dies mit Einführung des Risikostrukturausgleichs zurückzuführen. Dies ist uns angesichts der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht gelungen, obwohl wir das Ganze bis zum Bundessozialgericht hochgeführt haben. Durch die Honorarreform im ärztlichen Bereich ist diese unterschiedliche Ausgabenbelastung jetzt zum 1. Januar 2009 verschwunden. Im Zahnarztbereich ist sie aber immer noch vorhanden. Wir halten es daher für dringend notwendig, dort eine ähnliche gesetzliche Regelung vorzusehen wie wir sie im Arztbereich haben, um zu einer Vereinheitlichung der Honorare zu gelangen und gleiche Ausgangsbedingungen für den Gesundheitsfonds zu schaffen. Eine ähnliche strukturelle Situation, die aber nichts mit der Historie einer Kassenart zu tun hat, ergibt sich im Bereich der Krankenhausvergütung. Durch die unterschiedlichen Landes-Basis-Fallwerte ergeben sich Unterschiede, die abhängig davon sind wo eine Kasse ihren Versichertenschwerpunkt hat bzw. wo die Kasse als Regionalkasse angesiedelt ist. Beispielsweise liegt der Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz 5,6 Prozent über dem Bundesmittelwert und der Wert in Schleswig-Holstein 4,2 Prozent unter dem Bundesmittelwert. Deshalb ist es richtig, dass es eine Angleichung geben muss, wie es jetzt auch im Gesetz über die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung vorgesehen ist. Aber das dauert natürlich und bis dahin sind diese Wettbewerbsnachteile vorhanden und führen unter Umständen zu Zusatzbeiträgen, obwohl dies mit einem wirtschaftlichen oder unwirtschaftlichen Verhalten der Kasse überhaupt nichts zu tun hat.

**Abg. Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich hätte Fragen an Frau Korf, an einen Vertreter der geschlossenen Betriebskrankenkasse sowie an

Herrn Dr. Daubenbüchel. Im Gesetzentwurf gibt es in der Neufassung des § 155 SGB V Auswirkungen auf die geschlossenen Betriebskrankenkassen. Könnten Sie Ihre Auffassung dazu darlegen? Ferner ist in dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Verwaltungskostenzuweisungen bei den geschlossenen Betriebskrankenkassen anders vorgenommen werden sollen als die der anderen Kassen. Ist dies überhaupt sinnvoll bzw. sollten die geschlossenen Betriebskrankenkassen nicht genauso an den Verwaltungskostenzuweisungen teilhaben wie alle anderen Kassen? Welche Folgen hat außerdem die Einbeziehung der geschlossenen Betriebskrankenkassen in die vorgesehenen Haftungs- und Insolvenzregelungen?

**Sve Claudia Korf:** Die geschlossenen Betriebskrankenkassen müssten hier im Grunde eine Sonderrolle spielen, da sie kein Haftungsrisiko für die GKV darstellen. Sie wären insofern so zu behandeln wie die vorhin schon erwähnten landwirtschaftlichen Krankenkassen oder die grundsätzlich von Insolvenzfähigkeit ausgenommene Knappschaft-Bahn-See. Betriebsbezogene Betriebskrankenkassen haben eine klare Regelung, dass das Trägerunternehmen für sie haftet. Nur in dem Fall, dass eine darüber hinausgehende Haftungsverantwortung auf die Versicherungsgemeinschaft der BKKn übergehen würde, beispielsweise wenn sich das Trägerunternehmen selbst in einer Insolvenz befände, könnte man sich vorstellen, dass überhaupt eine anteilige Belastung für das System entstehen kann. Insofern besteht dort eine natürliche Asymmetrie. Es gibt diesbezüglich schon einen Änderungsantrag, der vorsieht, dass betriebsbezogene BKKn eben nur mit der für sie vertrauten 20-Prozent-Quote in eine solche Haftungsregelung einbezogen werden. Das begrüße ich an dieser Stelle deutlich.

Bei den Verwaltungskosten wird die Rechnung wieder einmal falsch aufgemacht. Anstatt eine Sonderregelung für betroffene betriebsbezogene BKKn zu machen, wäre es zweckmäßig, ihnen wie allen anderen Krankenkassen auch die vollen Verwaltungskostenzuweisungen zukommen zu lassen, da doch die Trägerunternehmen auch den vollen Beitragssatz zu entrichten haben, nämlich den einheitlichen. Dort gibt es keine Sonderregelung. Insofern wäre es für das Geschäftsmodell „betriebsbezogene BKK“ – es gibt nur noch 44 dieser Kassen –, eine zweckmäßige Lösung, hier Gleiches gleich zu behandeln, aber auch Nicht-Ungleiches gleich zu behandeln wie mit Blick auf die Haftungsregelung.

**SV Jürgen Brennenstuhl** (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V. (BKK im Unternehmen)): Betriebsbezogene Betriebskrankenkassen sind zu allererst Einrichtungen ihrer Trägerunternehmen. Sie sind durch die Unternehmen gegründet worden und deshalb ist es auch sachgerecht, wenn diese Unternehmen haften. So sind die heutigen gesetzlichen Regelungen. Die primäre Haftung liegt noch bei den Trägerunternehmen, so dass wir hier einen eigenen Haftungskreis bilden, ähnlich wie im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenkassen oder der Knappschaft. Auf Grund des eigenen Haftungskreises haben wir ein Ungleichgewicht zwischen Haftungsrisiko und Haftungsverpflichtung. Denn betriebsbezogene Betriebskrankenkassen stellen kein Haftungsrisiko dar, können damit aber auch nicht im vollen Umfang zur Haftung für andere Krankenkassen verpflichtet werden. Dies wäre de facto eine Doppelhaftung des eigenen Trägerunternehmens zum einen für die eigene Kasse und zum anderen für fremde Krankenkassen. Von daher halten wir diese Gleichstellung in der Haftung mit anderen Kassen für nicht sachgerecht und für eine Benachteiligung. Dies ist auch der Grund, warum heute bereits in den Haftungsregelungen des BKK-Systems durch Satzungsregelung die Haftungsquote auf 20 Prozent beschränkt ist. Das ist eine Möglichkeit. Die zweite Möglichkeit bestünde darin, die betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen genauso wie die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft von der Haftungs- und Insolvenzregelung freizustellen und auszunehmen.

Zum Thema der Verwaltungs- und Personalkostenerstattung ist zu sagen, dass wir hier auf den ersten Blick eine plausible Ausnahmeregelung haben, denn in der Tat tragen die Personalkosten betriebsbezogener Betriebskrankenkassen deren Trägerunternehmen. Allerdings ergibt sich dann ein großes Problem: Gelingt es nicht, für betriebsbezogene Betriebskrankenkassen die einheitliche Regelung anzuwenden, werden deren Trägerunternehmen die Personalkosten übertragen und dieses ist gesetzlich auch möglich. Wenn die Unternehmen heute die Personalkosten ihrer Kassen tragen, dann hat es zwei Gründe: Es geht ihnen zunächst im Wesentlichen um den Beitragsvorteil, den betriebsbezogene Betriebskrankenkassen bisher in der Regel für ihre Unternehmen erwirtschaften. Sie tragen die Personalkosten auch deshalb, weil sie eine Funktion im Bereich der Prävention in der betrieblichen Gesundheitsförderung haben und um so für die

eigenen Mitarbeiter möglichst viele Maßnahmen innerhalb des Betriebes zu erreichen, die den Gesundheitszustand erhalten und fördern. Diese Vorteile fallen insoweit weg, als der Gesundheitsfonds zu einer Mehrbelastung dieser Trägerunternehmen führt und eine gleichzeitige Tragung der Personalkosten aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr funktioniert. So hat unser Trägerunternehmen, die Daimler-BKK, bereits beschlossen, die Personalkosten ab dem nächsten Jahr zu übertragen. Das hätte natürlich zur Folge, dass sich die Unternehmen ohne eine Entlastung zurückziehen, die Personalkosten auf die Kassen überwälzen und wir damit letztlich einen die Existenz bedrohenden Nachteil im System haben. Diesen können wir nur dann vermeiden, wenn es gelingt, die Trägerunternehmen freizustellen und zumindest in Höhe der standardisierten Verwaltungskosten zu entlasten. Diese Regelung würde in der GKV-Systematik zu keinen Nachteilen für alle anderen führen. Sie würde aber uns als betriebsbezogene Betriebskrankenkassen die Chance lassen, genauso zu arbeiten wie die anderen und zudem die wirtschaftlichen Vorteile zu nutzen, die wir heute gerade im Verwaltungskostenbereich haben. Es wäre unser Ziel, die Regelung, die wir im Bereich der Pflegeversicherung heute schon haben, auf den Bereich der Krankenversicherung zu übertragen. Als Pflegekasse erhalten auch betriebsbezogene Betriebskrankenkassen heute bereits Zuweisungen für Personalkosten. Das Gesetz sieht in § 46 SGB XI vor, diese Kostenerstattungen an die Trägerunternehmen, die die Personalkosten tragen, weiterzuleiten. Eine Analogie liegt nahe. Gelingt es, diese Regelung auf die Krankenversicherung zu übertragen, könnten betriebsbezogene Betriebskrankenkassen ihr Geschäftsmodell weiterführen, ohne dass der GKV dadurch Nachteile entstehen.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel:** Wer selbst auf Grund der vorrangigen Haftung des Arbeitgebers ein total zu vernachlässigendes Haftungsrisiko darstellt, kann meines Erachtens nicht in dem Umfang zur Haftung herangezogen werden wie andere Kassen, die selbst Haftungsrisiken bilden. Deshalb teile ich die Auffassung, dass die betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen aus dem Haftungssystem entweder herauszunehmen sind oder aber dass zumindest die in dem Ergänzungsantrag von den Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vorgesehene Haftung auf 20 Prozent der an und für sich fälligen Quote beschränkt wird.

Ich komme zur Personalkostenfrage. Es wäre total kontraproduktiv, diese jetzt aus der Erstattung herauszunehmen. Nach allen Erfahrungen, die wir gesammelt haben, setzen geschlossene Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber nach wie vor die Personalkosten trägt, die ersparten Mittel tatsächlich im besonderen Maße für Prävention und betriebliche Gesundheitsvorsorge ein. Dieser Zweck wird völlig konterkariert, wenn hier der Anreiz wegfällt indem geringere Mittel aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden. Aus diesem Grund sehe ich hier keinen Grund für eine Differenzierung zwischen geschlossenen und geöffneten Betriebskrankenkassen.

**Abg. Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf den Themenkomplex der Änderungsanträge zu Hilfsmittelausschreibungen. Ich frage den Zentralverband des Deutschen Handwerks, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Orthopädietechnik und den BVMed. Ich möchte gern wissen, wie Sie die Änderungsanträge im Bereich der Übergangsregelungen in den §§ 126 und 127 bewerten. Sollen die Krankenkassen und die Spitzenverbände diesen Kriterienkatalog in der vorgesehenen Form erarbeiten? Welche Erfahrungen haben Sie mit der Ausschreibungspraxis gemacht? Was halten Sie von dem Beitrittsrecht und ist sichergestellt, dass bestehende Verträge weiter gelten?

**SVe Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH)): Sie haben gefragt, wie wir die Verlängerung der Zulassungsfrist bewerten. Die Abschaffung der Zulassung soll nicht Ende 2008 erfolgen, sondern laut dem § 126 Abs. 2 erst Ende Juni 2010. Das ist zu begrüßen, weil damit ausreichend Zeit geschaffen wird, um das vorgesehene Präqualifizierungsverfahren vernünftig und zukunftssicher auszugestalten. Allerdings gilt diese Übergangsfrist nur für Betriebe, die bis März 2007 eine Zulassung hatten. Für diejenigen, die ab dem 1.4.2007 auf den Markt gekommen sind, ist die rechtliche Situation leider unklar. Hier muss mehr Rechtssicherheit geschaffen werden, zum Beispiel indem die Leistungserbringer ihre Eignung anhand der alten Zulassungsempfehlung nachweisen können. Bei den Kriterien für Ausschreibungen, sollte weiterhin sichergestellt sein, dass dienstleistungsintensive Hilfsmittel, die individuell angepasst werden müssen, nicht für eine Ausschreibung vorzusehen sind. Wir begrüßen ausdrücklich, dass im Änderungsantrag vorge-

sehen ist, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisation der Leistungserbringer Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit der Ausschreibungen abgeben können. Auf diese Weise können die Leistungserbringer ihr Fachwissen einbringen. Diese Empfehlungen sollten auch rechtsverbindlich sein. Die Präqualifizierungskriterien sollten an die alten Zulassungsempfehlungen der Kassen angelehnt werden, die allerdings aktualisiert werden müssten. Dieser Kriterienkatalog hat sich bewährt. Dort werden zum Beispiel fachliche Voraussetzungen und Mindestanforderungen an die räumliche und sachliche Ausstattung der Betriebe definiert. Überzogene Nachweise müssen vermieden werden. Wer zum Beispiel von der Handwerkskammer schon einmal überprüft wurde und die Eintragung in die Handwerksrolle nachweisen kann, sollte bestimmte Nachweise zur fachlichen Eignung, wie die Meisterpräsenz, nicht noch einmal gegenüber den Kassen nachweisen müssen. Wir begrüßen ferner, dass laut Änderungsantrag die Festlegung dieser Präqualifizierungskriterien gemeinsam vom GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer entwickelt werden soll, weil die Leistungserbringer damit ein echtes Mitspracherecht haben und ihr Fachwissen einbringen können. Das wird sicher die Akzeptanz des Präqualifizierungsverfahrens erhöhen.

**SV K.-Dieter Voß** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die Verlängerung bis 2010 ist sicherlich eine sachgemäße Regelung. Allerdings müssen wir achtgeben, dass daraus nicht eine Dauerregelung wird, denn dann leidet die Qualität. Was die Kriterien der Ausschreibung angeht, sind wir nicht der Auffassung, dass hier ein gemeinsamer Kriterienkatalog zu entwickeln ist. Es wird hier die Verdingungsordnung für Leistungen angewandt. Diese ist sehr differenziert und regelt im Grunde alles. Wenn man daneben noch einmal ein eigenes Regelwerk schaffen würde, führte dies nur zu Bürokratie, auf die wir verzichten können. Eine andere Überlegung wäre es, wenn der Spitzenverband Bund, ggf. zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, eine Art von Arbeitshilfe schaffen würde, um dezentral geregelte Tatbestände zusammenzufassen und die Vorgänge zu erleichtern.

Was die Präqualifizierung angeht, unterstützen wir dieses Vorhaben. Wir müssen sehen, ob es gelingt, gemeinsam mit den differenzierten Leistungserbringergruppen zu einem gemein-

samen Ergebnis zu kommen. Erfahrungen aus der Rehabilitation und aktuell aus der Pflegeversicherung sind nicht gerade ermunternd, weil nicht klar geregelt ist, welche Gruppen einzubeziehen sind. Es besteht die große Gefahr, dass Gruppen, die nicht einbezogen werden, sich hereinklagen, das Verfahren so auf die lange Bank geschoben und dann eigentlich nichts erreicht wird. Die Präqualifizierung, egal wie sie jetzt geschieht, führt sicherlich zu einer höheren Qualität. Durch die Regelung der Anerkennung durch nicht beteiligte Kassen ist im Grunde genommen auch hier die Bürokratie nicht überbordend. Das lässt sich dann im Kreise der Krankenversicherungen hinlänglich bewerkstelligen. Allerdings muss man sehen, dass die Präqualifizierung zwar eine fachliche Zertifizierung darstellt, sie ersetzt aber nicht weitergehende Ansprüche der Krankenversicherungen, die auch Wirtschaftlichkeitsaspekte und anderes mehr umfassen muss.

**SV Frank Jüttner** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Ich kann mich den Ausführungen von Frau Dr. Dohle vollinhaltlich anschließen. Dennoch will ich darauf hinweisen, dass das wir Präqualifizierungsverfahren für dringend notwendig erachten. Wir erleben derzeit, dass Krankenkassen einen Wust von Anforderungen an uns stellen und unsere Betriebe bei einer durchschnittlichen Betriebsgröße von drei bis 24 Mitarbeitern gar nicht in der Lage sind, einen derartigen Wildwuchs zu bearbeiten. Da muss einfach Ordnung hinein. Wir denken, dass wir gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund in der Lage sind, bis zum 30. Juni 2010 die entsprechenden Grundvoraussetzungen zu schaffen. Die Kassen haben auf der einen Seite die Pflicht, die Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, andererseits sehen wir auf der Seite der Leistungserbringer die Notwendigkeit für einen nahtlosen Übergang, um unsere Patienten und Versicherten entsprechend versorgen zu können.

**Sve Jana Künstner** (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)): Auch ich kann mich der Ausführung meiner Vorredner anschließen. Dies gilt für das Präqualifizierungsverfahren, das wir auch befürworten. Wir gehen ebenfalls davon aus, dass wir es schaffen werden, gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in den nächsten eineinhalb Jahren eine Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erarbeiten. Ich möchte noch ergänzen, dass es grundsätzlich so ist,

dass wir in den Änderungsanträgen auch ein Beitrittsrecht geregelt haben, verbunden mit einer Informationspflicht seitens der Krankenkassen. Das begrüßen wir außerordentlich. Wir weisen darauf hin, dass dieses Beitrittsrecht zum 1. Januar 2009 in Kraft tritt und die alte Übergangsfrist für Leistungserbringer ohne Vertrag ausläuft. Das heißt, wir haben einen ganz kurzen zeitlichen Rahmen für die Leistungserbringer, die bisher ohne Vertrag sind und die dann ein Beitrittsgesuch zu stellen haben. Dabei ist jedoch offen, was mit den bisherigen Versorgungsleistungen passieren wird. Wir weisen auf dieses Problem hin und bitten darum, sich dazu noch einmal Gedanken zu machen.

Ansonsten finden wir es sehr gut, dass erstmalig auch der Spitzenverband Bund und die Spitzenorganisation der Leistungserbringer verpflichtet werden, gemeinsam etwas auf die Beine zu stellen und sich dort an verschiedenen Punkten zu einigen. Wir hoffen, dass dadurch mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit geschaffen werden, die verhindern, dass sich die bei Ausschreibungen der letzten eineinhalb Jahre gemachten Erfahrungen wiederholen.

**Abg. Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss und an den Spitzenverband Bund. Wie bewerten Sie § 33 SGB V und halten Sie die Formulierung der Regelung für hinreichend präzise? Außerdem möchte ich wissen, ob mit der Neufassung des Leistungsanspruchs zur Versorgung der Versicherten im Bereich der enteralen Ernährung eine Ausweitung gegenüber den bisherigen Regelungen in der Arzneimittelrichtlinie verbunden ist?

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Man muss die Formulierungen mehrfach lesen, um einen klaren Richtlinienauftrag für den Bundesausschuss erkennen zu können. Hintergrund der Regelung ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes, wonach die Produktgruppe „Lorenzos Öle“ von der Verordnung ausgeschlossen wurden, weil sie im Gesetz nicht enumerativ verankert waren. Wer dies bereinigen will, braucht vor die im Gesetz genannten Produktgruppen nur das Wort „insbesondere“ zu schreiben, dann ist diese Einschränkung beseitigt und man kann mit dem vorhandenen Gesetz sehr gut weiterarbeiten. Es geht hier um freiverkäufliche Lebensmittel, auch wenn es bilanzierte Diäten sind. Das ist dasselbe wie freiverkäufliche Arzneimittel oder freiverkäufliche Medizin-

produkte. Der Gesetzgeber hat in diesen Bereichen aus meiner Sicht völlig zurecht gesagt, dass bei Freiverkäuflichkeit besondere Anforderungen an die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Kassen zu stellen sind und daher kein breiter Leistungsanspruch eingeführt werden darf, wie das jetzt im § 33a geschehen soll. Wenn ich mir diesen Leistungsanspruch anschau, dann geht man weit über das hinaus, was an sich Pflicht des Bundesausschusses ist. Sie kommen hier in Konflikt mit § 92, denn es handelt sich um eine Richtlinie auf der Grundlage dieses Paragraphen. § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 legt fest, was der Bundesausschuss zu tun hat, dass er nämlich die Notwendigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit zu definieren hat. Mit dem Gesetzentwurf wird es ihm aber geradezu verboten die Notwendigkeit zu definieren. Der Begründung ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber selbst festlegt, was notwendig ist. Dies soll schon dann der Fall sein, wenn ein Versicherter mit fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung diese Diät benötigt, weil pflegende Maßnahmen nicht ausreichen. Aber wer entscheidet in einer Zeit des Pflegenotstands, ob pflegende Maßnahmen im Altersheim, im Altenpflegeheim und bei Demenzkranken ausreichen? Der Bundesausschuss muss, wenn er den Richtlinienauftrag nach § 92 erfüllen will – denn er trägt die Gewähr für die Kriterien „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ –, auch das Recht und die Pflicht haben, die Notwendigkeit zu beurteilen. Das können Sie ihm nicht wegnehmen, indem Sie sagen, das regeln wir als Gesetzgeber mit einem breit formulierten Anspruch, der zu massiven Leistungsausweitungen zusätzlich zu dem führt, was Sie im Wege der Ersatzvornahme jetzt schon gemacht haben. Denn Sie haben den Leistungsanspruch von der Einzelindikation weggenommen. Wahrscheinlich geht das Ministerium davon aus, dass diese Ersatzvornahme, die jedenfalls noch nicht durch eine Entscheidung zur Debatte steht, unter Umständen doch nicht die nötige Rechtsgrundlage schafft und deswegen versucht man es nun auf diesem Weg.

Da muss man erst einmal innehalten und sich fragen, wie man mit künstlicher Ernährung als Leistung der GKV in der Zukunft umgehen soll. Will man sie völlig von den Bedingungen der Arzneimittelversorgung abkoppeln und einen breiten, nicht auf das Notwendige begrenzten, Leistungsanspruch schaffen? Ich denke, dass Sie den Bundesausschuss hier in seiner Bedeutung auf einen Listenausfüller reduzieren

würden, denn wir könnten nicht mehr das Notwendige vom Nichtnotwendigen abgrenzen. Wir hätten nur noch die Aufgabe bilanzierte Diäten aufzulisten und vielleicht das eine oder andere bei der Wirtschaftlichkeit in Frage zu stellen. Das ist aber nicht die Aufgabe, die der Bundesausschuss nach § 92 für Arzneimittel und Medizinprodukte hat. Ich sehe auch überhaupt keine Begründung dafür, bei bilanzierten Diäten nun völlig anders zu verfahren als in der Arzneimittel- oder Medizinprodukteversorgung.

Dann kommt noch hinzu, dass Sie diese Auflistung mit einer 90-Tagefrist versehen wollen. Wenn wir also nicht innerhalb von 90 Tagen entscheiden, wird dies aufgenommen und leistungspflichtig. Wie soll das alles gehandhabt werden und welche Entscheidungsgrundlage hätten wir denn dann, die Aufnahme einer solchen bilanzierten Diät überhaupt zu verweigern, zumal wir innerhalb der 90 Tage auch die tragenden Entscheidungsgründe zu liefern hätten. Sie muten uns hier einen Verwaltungsaufwand für einen Leistungsbereich zu, von dem Sie annehmen, dass Sie als Gesetzgeber selbst das medizinisch Notwendige definieren können, ohne dem Bundesausschuss den Auftrag zu geben, hier das medizinisch Notwendige vom Nichtnotwendigen abzugrenzen. Deshalb ist die Formulierung aus meiner Sicht nicht genau genug, um die Verantwortlichkeit des Bundesausschusses exakt zu definieren. Sie passt nicht zu § 92, den Sie ausschließen müssen, wenn Sie das so umsetzen wollen. Sie führt zu Leistungsausweitungen und sie schützt nicht die Personen, die keine künstliche Ernährung wollen, sondern einfach künstlich ernährt werden, nämlich die Demenzkranken in Altersheimen, weil die Pflegekräfte eben sonst nicht mit ihrer Arbeit fertig werden. Da meinen wir schon, dass der Bundesausschuss hier die Pflicht hat, das Notwendige zu definieren. Das sollten Sie ihm auch nicht verbieten. Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ kann man wie gesagt den Einwand ausräumen, dass nicht alle Produktgruppen verordnungsfähig sind, die medizinisch notwendig sind. Ferner müssten sie an der Gleichbehandlung von bilanzierten Diäten und Arzneimittel im Grundsatz festhalten, weil wir sonst auf eine schiefe Ebene kommen.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Herr Abgeordneter, Herr Dr. Hess hat umfangreich dargestellt, auf welches Glatteis Sie kommen können, wenn Sie in die

Feinheiten des Gemeinsamen Bundesausschusses in dessen Arbeit eingreifen wollen. Ich kann Sie nur dringend warnen. Sie wollen hier etwas regeln, nämlich Essen und Trinken als Aufgabe der GKV. Das ist die Herausforderung. Herr Hess hat in aller Ernsthaftigkeit dargestellt, dass die Notwendigkeit bewiesen werden muss. Was aus unserer Sicht fehlt, ist auch das Verlangen eines Nutzenbeweises, nicht nur eines Anscheins. Was wir auch gerne von Ihnen hätten, ist nicht nur eine Begründung, sondern bitte eine positive medizinische Fallbeschreibung oder einen Negativkatalog medizinischer Fälle, nicht nur Fallbeispiele. Den Weg über den Produktkatalog lehnen wir ab, weil er unsinnig ist. Wenn Sie schon dabei bleiben wollen, dann muss im Gesetz ganz konkret die Formulierung „angeborene seltene Stoffwechseldefekte“ durch die Formulierung „angeborene seltene Enzymmangelkrankheiten“ ersetzt werden. Ich rate Ihnen dringend, die Finger davon zu lassen und dies den Bundesausschuss machen zu lassen. Dazu haben Sie ihn gegründet.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU) Ich wollte noch wissen, ob Sie absehen können, welche Mehrkosten zu erwarten sind, wenn die Regelung so umgesetzt wird, wie sie im Moment im Entwurf steht.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Da die Formulierung so weit und unpräzise ist, kann ich das nicht genau beziffern.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich habe noch einmal zwei Fragen zum Thema Gesundheitsfonds. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Daubenbüchel und den Spitzenverband Bund. Ausstehende Beiträge können ein Defizitrisiko und ein Anlass für zunehmende Beitragsrückstände sein. Wie kann im Fonds sichergestellt werden, dass säumige Beitragszahler, insbesondere die freiwillig Versicherten, ihren Beitragsverpflichtungen tatsächlich nachkommen? Die zweite Frage geht an Frau Korf und den Spitzenverband Bund. Wie soll im Gesundheitsfonds mit einem Defizit umgegangen werden? Nach welchem Modus ist das Defizit auf die Kassen zu verteilen, um eine gleichmäßige Belastung der Kassen zu erreichen? Wäre eine Verteilung des Fondsdefizits über einen einheitlichen Beitrag je Mitglied wettbewerbsneutral?

SV **Dr. Rainer Daubenbüchel**: Das Gesetz hält Möglichkeiten zum Umgang mit säumigen Zahlern bereit, aber wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, führen diese Möglichkeiten nicht immer zum Erfolg. Ich stehe auf dem Standpunkt, dass zur Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitsfonds die gesetzlichen Möglichkeiten der Aufsicht gestärkt werden müssen. Insbesondere ist es nötig, hier wie bei RSA-Prüfungen Hochrechnungsmöglichkeiten von Fehlern einzuführen. Das heißt, dass von einer bestimmten Fehlergrundmenge an, diese auf die Gesamtheit der Vorfälle und die Gesamtheit der Beiträge hochzurechnen ist, um auf diese Art und Weise stärkere Sanktionen zu schaffen, die dann zu mehr Beitragsgerechtigkeit führen.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Was Herr Dr. Daubenbüchel ansprach, ist die Frage der Funktionsfähigkeit der Einzugsstellen. Ich gehe davon aus, dass die Krankenkassen hier auch in Zukunft ihre Aufgaben wahrnehmen werden. Allerdings gibt es zunehmend Probleme mit der Zahlungsmoral von freiwilligen Mitgliedern. Durch die Einführung der Versicherungspflicht ist die bisherige Sanktionsmöglichkeit, dass bei Nichtzahlung von Beiträgen der Versicherungsschutz verloren geht, nicht mehr gegeben. Deshalb gibt es bei den Kassen zunehmend Probleme und die Bemühungen der Einzugsstellen, die Gelder einzunehmen, laufen zunehmend ins Leere. Mahn- und Inkassoverfahren sind außerdem teuer. Das Problem ist, die Kassen zahlen als Einzugsstellen die Kosten dieser Verfahren, bekommen aber keinen Ausgleich für die erhöhten Aufwendungen. Im Grunde genommen kann man dies dauerhaft nur wieder sichern, indem die bisherigen Sanktionsmöglichkeiten gegenüber säumigen Beitragszahlern erneut eingeführt werden. Es gibt auch wachsende Beitragsrückstände bei den bisher Nichtversicherten. Das ist ein Problem, das auch durch die letzte Reform entstanden ist, da viele Rückkehrer die aus der GKV oder PKV herausgefallen sind, weil sie dort Beiträge nicht gezahlt haben, ihre Beiträge weiterhin nicht zahlen, dazu auch nicht in der Lage sind und auch entsprechende Mahn- und Inkassoverfahren hier nicht zum Ziel führen. Deshalb muss man hier sicherlich politische Lösungen finden, die die GKV von solcher Zusatzlast befreien, auch wenn man, was durchaus sinnvoll ist, an dem politischen Ziel festhält, die Versicherungspflicht für alle beizubehalten. Was die

angesprochenen Hochrechnungen angeht, ist das eine Variante, die sicherlich überlegt werden muss. Hier sollte aber auf jeden Fall auch ein Anhörungsrecht für den GKV-Spitzenverband vorgesehen werden, damit die entsprechenden Regelungen adäquat getroffen werden.

**Sve Claudia Korf:** Die Frage nach dem Defizit im Gesundheitsfonds ist schon eine interessante Fragestellung. Ich darf Sie an die Ursprünge des Gesundheitsfonds zurückführen, nämlich zur Begründung zu § 271. Danach bildet der einheitliche Beitragssatz einen feststehenden Hebesatz, der, wenn er Anfang November festgelegt ist, für ein Jahr unterjährig nicht mehr nachgesteuert wird. Die Zuweisungen sollen – ich zitiere – „im Laufe eines Jahres konstant und für die Krankenkassen zuverlässig kalkulierbar sein“. Das heißt, die Grundsätze von Planbarkeit und Kalkulationssicherheit haben wir in dem Punkt noch nicht verlassen. Wie kann der Fonds das gewährleisten? Dafür hat er diese Liquiditätsreserve, die – ich zitiere erneut – „aus der unterjährigen Schwankungen in den Einnahmen und bei der Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes nach § 266 Abs. 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle zu decken sind“. Das haben Sie gewollt als Gesetzgeber. Das heißt, die Geldmittel zur Finanzierung der Zuweisungen aus dem Fonds werden in vorausschauender Betrachtung bestimmt und den Krankenkassen zu Beginn des Haushaltsjahres gleichsam zugesagt. Das Risiko nicht realisierter Einnahmen wird damit vom Fonds und nicht von den Kassen getragen. Diese tragen das Risiko einer unterschätzten Ausgabenentwicklung. Man hat damals klar gewollt, dass Mittelherkunft und Mittelverwendung getrennt werden. „Mittelherkunft“ heißt, man hat den Gesundheitsfonds, in den Beiträge und Steuermittel einfließen. Man könnte es auch ein Globalbudget nennen. Auf der anderen Seite haben wir die Krankenkassen als Träger, die gewissermaßen wie Managementgesellschaften mit den Zuweisungen operieren müssen. Jetzt fragen Sie mich danach, was mit einem Defizit geschieht. Es gibt kein solches Defizit. Das ist im Vorfeld zu decken. Deshalb haben wir auch gesagt, dass wir bei 100 Prozent starten. Wenn die Deckungsquote unter 95 Prozent rutscht, muss nachjustiert werden. Auf der anderen Seite haben wir diesen Liquiditätsfonds, der dafür da ist und nicht für Konvergenzregeln oder sonstige Sachen. Überschüsse und Defizite des Gesundheitsfonds werden über diese Liquiditäts-

reserve abgewickelt. Dementsprechend ist eben ein Defizit des Fonds aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren. Die daraufhin notwendige Auffüllung geht dann zu Lasten der Zuweisungen. Eine rückwirkende Nacherhebung von Defiziten im Rahmen eines Jahresausgleichs würde gegen dieses Prinzip eklatant verstoßen.

**Abg. Peter Friedrich (SPD):** Meine Frage geht an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN. Nach dem Gesetzentwurf wird in § 171e Abs. 3 näheres dazu geregelt, wie das Deckungskapital für die Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden ist. Halten Sie die Regelungen in dem dort vorgesehenen Katalog, insbesondere die Regelungen zu den Anlagemöglichkeit des Deckungskapitals, für ausreichend?

**Sve Dr. Doris Pfeiffer (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)):** Das Nähere zur Bildung des Deckungskapitals soll in einer Rechtsverordnung geregelt werden und es ist wichtig, dass den Kassen dabei ein größtmöglicher Spielraum eingeräumt wird, sowohl für die Gestaltung des Zahlverfahrens für die Zuweisung zum Deckungskapital, als auch für die Anrechnungen von Deckungskapital bei den jeweiligen Wegen zur Durchführung der betrieblichen Altersvorsorge sowie für die Anlage des Deckungskapitals. Daher gehen wir davon aus, dass die Regelungen hier ausreichend sind und durch die Rechtsverordnung entsprechenden konkretisiert werden, ohne die Krankenkassen zu sehr in ihrer Handlungsfreiheit einzuengen.

**SV Dr. Claus Berenz (PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN (PSVaG)):** Ich bitte um Nachsicht, aber es nicht die Aufgabe des PENSIONS-SICHERUNGS-VEREINS, die Einrichtung und die Qualität oder gar die Quantität der Deckungsmittel zu beurteilen. Wir kommen erst dann, wenn die Mittel eben nicht mehr reichen und die Insolvenz da ist.

**Abg. Jella Teuchner (SPD):** Ich hätte Fragen an den Spitzenverband Bund, an den BKK-Bundesverband und an den Deutschen Anwaltverein. Ich komme auf die Verwaltungskosten zurück. Dort soll es Sonderregelung zur Verwaltungskostenstandardisierung für die Knappschafft und diejenigen geschlossenen Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, geben. Welche

Auswirkung würde das auf die übrigen Krankenkassen haben? Wenn spezielle Krankenkassen, wie zum Beispiel die landwirtschaftliche Krankenkasse oder die Knappschaft-Bahn-See, von der Insolvenzfähigkeit ausgenommen sind, besteht dann die Möglichkeit, dass betriebsbezogene Krankenkassen im Falle einer Klage Aussicht auf Erfolg hätten und wird das eventuell schon erwogen? Eine weitere Frage richte ich an den BKK-Bundesverband: Im § 38 ESA-Verordnung soll geregelt werden, dass Krankenkassen Zuweisungen für Aufwendungen für sogenannte Disease-Management-Programme erhalten. Wie kann der MorbiRSA umgesetzt werden, wenn von Personen, die in Deutschland versichert sind, aber dauerhaft im Ausland leben und sich dort medizinisch behandeln lassen, also von den sogenannten Grenzgängern, keine Informationen über Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe verfügbar sind.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Es ist in der Begründung zu dem Gesetzentwurf auf die Besonderheiten hingewiesen worden, die zu diesen Sonderregelungen führen. Das ist nachvollziehbar, aber nicht zwingend. Für uns ist vielmehr entscheidend, dass bei den Zuweisungen für die Verwaltungskosten eine Bereinigung vorgenommen wird und zwar um den Teil der DMP-Programmkostenpauschalen, der den kassenbezogenen, medizinisch notwendigen Aufwand zur Durchführung, Koordination und Dokumentation von solchen strukturierten Behandlungsprogrammen darstellt. Dieser Aufwand ist bereits in den Verwaltungskosten der Kassen verbucht und muss hier bei den Zuweisungen abgezogen werden. Das gilt umgekehrt auch für die standardisierten Leistungsausgaben, von denen die arztbezogenen DMP-Aufwendungen abzuziehen sind, weil diese ebenfalls bei der Festlegung der DMP-Pauschale ausgewiesen werden. Dazu bedarf es noch einer konkreten Umsetzung in der RSA-Verordnung.

**SVe Dr. Hildegard Demmer** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Bezüglich der Verwaltungskostenonderbehandlung ist auch der BKK-Bundesverband der Auffassung, dass diese Sonderbehandlung für die betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen nicht sachgerecht ist und er schließt sich den zuvor getroffenen Ausführungen an. Negative Auswirkungen auf die übrigen Krankenkassen vermag ich insofern nicht zu erkennen. Zu der sehr spe-

ziellen Frage, was die Regelungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung bezogen auf die DMP-Zuweisungen für dauerhaft im Ausland lebende Versicherte anbelangt, möchte ich darauf verweisen, dass es diese Fallkonstellation auch in der Vergangenheit schon gegeben hat und dass dort möglichst bald analoge Regelungen getroffen werden müssten.

**SV Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Ich nehme an, Sie nehmen Bezug auf unsere Äußerung, in der es heißt, dass Knappschaft und landwirtschaftliche Krankenkassen von der Insolvenzfähigkeit nicht ausgenommen werden sollten. Wir meinen, dass es sich hierbei um Sondervermögen handelt und dass eine Quersubventionierung oder Querfinanzierung etwa mit dem Bereich Rente oder Unfallversicherung auf jeden Fall ausgeschlossen ist. Daher müssten diese Sondervermögen jedenfalls theoretisch auch insolvenzfähig sein können, so dass hier eine Gleichbehandlung mit den anderen Krankenkassen erforderlich wäre.

**SV Dr. Georg Greve** (Knappschaft): Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren Sonderregelungen für die Knappschaft konsequent abgeschafft, insbesondere im GKV-WSG. Wir wollen eine Gleichbehandlung mit den anderen Kassen. Insofern halten wir auch eine Sonderregelung bezüglich einer Verwaltungskosten-erstattung für kontraproduktiv. Wir haben im Bereich der Verwaltungskosten dieselben Aufgaben wie alle anderen Kassen auch. Wir haben eigene Haushaltspläne für die knappschaftliche Krankenversicherung und eine eigene Rechnungslegung. Das alles wird vom BVA geprüft. Die jetzige Sonderregelung belastet uns mit einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag, der letztlich von unseren Versicherten zu tragen ist. Wir würden also dringend darum bitten, im Sinne einer Gleichbehandlung diese Sonderregelung fallen zu lassen.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte auf den Risikostrukturausgleich zurückkommen und würde gerne den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Herrn Dr. Daubebüchel und den AOK-Bundesverband fragen. Im Gesetzentwurf wird die versichertenbezogene Grundpauschale über die Einnahmen des Gesundheitsfonds bestimmt. Wenn jetzt die Einnahmen sinken sollten und nicht 100 Prozent erreichen, wird es dort ein Defizit geben und diese Deckungslücke muss auf die Kassen verteilt werden. Die derzeitige Regelung be-

wirkt, dass die Verteilung über die für jeden Versicherten gleich hohe Grundpauschale erfolgt. Ich möchte wissen, wie Sie den Verteilungsmechanismus bewerten und ob Sie sich Alternativen vorstellen könnten. Es interessiert mich vor allen Dingen, wie Sie dies im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen den Kassen bewerten.

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird durch die voraussichtlichen Einnahmen des Fonds begrenzt. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Grundpauschale einnahmenorientiert ermittelt wird. Im Ergebnis wird dann die angesprochene Finanzierungslücke zu gleichen Beträgen je Versicherten auf die Kassen verteilt. Die entstehende Lücke ist dann durch einen Zusatzbeitrag oder eine verringerte Prämie mitgliederbezogen zu finanzieren. Die monatliche Belastung fällt dabei um so höher aus, je geringer die Zahl der Mitglieder im Verhältnis zur Zahl der Versicherten ist, weil die Prämien bzw. die Zusatzbeiträge jeweils mitgliederbezogen erhoben werden. Das heißt, dass Kassen mit einem hohen Anteil an Familienangehörigen einen jeweils höheren Betrag von ihren Versicherten fordern müssen, um die entsprechenden Beiträge zu finanzieren. Wenn man die Grundpauschale nicht einnahmen- sondern ausgabenorientiert definiert, kann man die Zuweisungen auch anders anpassen. Hier könnte man auch eine proportionale Kürzung der Zuweisungen vornehmen. Das heißt, in absoluten Beträgen verliert eine Kasse umso weniger, je gesünder ihre Versicherten sind und sie verliert umso mehr, je höher ihre Morbiditätslast ist. Aber auch hier gilt das Prinzip, dass Kassen mit einem hohen Familienanteil stärker belastet werden. Die dritte Möglichkeit bestünde darin, die Fondsunterdeckung in gleichen Absolutbeträgen auf alle Mitglieder zu verteilen. Das würde die Preisabstände zwischen den Kassen, wenn sie denn die Prämien in Absolutbeträgen erheben, gleich belasten. Insofern ergeben sich unterschiedliche wettbewerbliche Auswirkungen, je nachdem, welche Variante man dann anwendet.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel**: Es ist richtig, dass die derzeit vorgesehene Verteilung je Versicherten in gleichen Eurobeträgen die unerwünschte Konsequenz hat, dass Kassen mit vielen Familienversicherten im Verhältnis zu anderen schlechter behandelt werden. Aber bei

der anderen Lösung, nämlich der Verteilung je Versicherten durch prozentual gleiche Kürzungen, tritt die noch negativere Folge ein, dass nicht nur Kassen mit vielen Familienversicherten, sondern erst recht Kassen mit vielen Mitgliedern mit schlechter Morbidität schlechter behandelt werden. Das heißt, das Ziel, das wir mit dem zielgenaueren Morbiditäts-RSA verfolgen, würde mit einer solchen Verteilung weitgehend konterkariert. Die einzige wettbewerbsneutrale Lösung sähe hingegen so aus, dass man nicht an die Zuweisungen je Versicherten, sondern an Zuweisungen pro Mitglied anknüpft. Das würde aber bedeuten, dass wir kurz vor Beginn des Gesundheitsfonds unter Zeitdruck praktisch das gesamte bisher vorgestellte System umwerfen müssten. Wir müssten die Vorschriften ändern und müssten die Zuweisungen differenzieren in Zuweisungen pro Mitglied und Zuweisungen für einzelne Versicherte. Das ist ein erheblicher Arbeitsaufwand für das Bundesversicherungsamt und ich könnte mir vorstellen, dass das auf die Schnelle nicht zu erreichen ist.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich kann es sehr kurz machen, weil Herr Dr. Daubenbüchel und auch Frau Dr. Pfeiffer das eigentlich schon sehr plastisch geschildert haben. Das ist alles zutreffend. Man würde die schlechteste Lösung nehmen, wenn man proportional kürzen würde. Ich will dies an einem Beispiel deutlich machen. Es würde z.B. für einen Dialysepatienten, der eine Zuweisung von etwa 40.000 Euro zu erwarten hat, bedeuten, dass man an dieser Stelle nur noch eine Zuweisung von 400 Euro erhält. Andererseits führte dies bei Gesunden nur zu einer Kürzung um 8 Euro. Das macht klar, welche neuen Verwerfungen dann zwischen den Krankenkassen entlang ihrer Morbiditätsstruktur entstehen würden. Dies würde den eingeführten Morbi-RSA extrem konterkarieren. Insofern ist es wichtig, sich hierzu nochmals Gedanken zu machen. Die gerechteste Lösung ist aber sicherlich eine Verteilung je Mitglied.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, an die Verbraucherzentrale und Spectaris. Ich komme zurück auf das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V. Ich möchte Sie fragen, wie Sie eine vorgesehene Vereinbarungslösung beurteilen und welche Vor- und Nachteile sie gegenüber anderen möglichen Alternativen hat?

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Das GKV-WSG hat den Versuch unternommen, den Hilfsmittelbereich über ein Einzelvertragssystem zu regeln. Unsere bisherigen Erkenntnisse haben gezeigt, dass die Anforderungen an die Qualität der Versorgung in vielen Fällen nicht hinreichend in den Verträgen berücksichtigt wurden. Die Betroffenenverbände haben versucht, der Kassenseite und den Leistungserbringern Kriterienkataloge und Hinweise an die Hand zu geben, wie eine qualitativ hochwertige Versorgung in den Verträgen geregelt werden könnte. Dies erfolgte jeweils indikationsbezogen auf Basis der Betroffenenkompetenz. Leider ist es in den wenigsten Fällen gelungen, entsprechende Anforderungskriterien in die Verträge aufzunehmen. Dabei haben auch solche Vertragspartner den Zuschlag erhalten, die gar nicht in der Lage waren, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Deshalb befürworten wir das jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Präqualifizierungsverfahren. Nach den Erfahrungen mit dem bisherigen Verlauf des Einzelvertragsgeschehens halten wir aber eine vertragliche Lösung dieses Präqualifizierungsverfahrens nicht für sachgerecht. Dann wären die Betroffenenverbände nämlich erneut außen vor und Leistungserbringer und Kassen würden, wenn man so will, Verträge zu Lasten Dritter abschließen. Deshalb würden wir es begrüßen, wenn dieses Präqualifizierungsverfahren im Sinne eines Verfahrens, das über Gremien organisiert ist, ausgestaltet wäre und dabei auch die Patientenorganisation nach dem Vorbild des § 140f SGB V beteiligt würden. Es ist ohnehin nicht nachvollziehbar, warum einerseits die Hilfsmittelrichtlinie beim Bundesausschuss unter Beteiligung von Patientenorganisationen ausgestaltet wird, weshalb die Gruppenbildung und die Festbetragsfestlegung bei den Krankenkassen seit Jahren unter Beteiligung der Betroffenenorganisationen stattfinden, wieso auch die Anpassungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 140f SGB V unter Beteiligung der Betroffenenorganisationen stattfinden und während andererseits bei diesem Präqualifizierungsverfahren plötzlich auf die Betroffenenkompetenz verzichtet werden soll. Gerade deshalb halten wir es für erforderlich, dass ein Mitberatungsrecht der Betroffenenorganisationen vorgesehen wird. Das gilt im Übrigen auch für den Auftrag, Empfehlungen für die

Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen vorzunehmen.

**SVe Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Dr. Danner an. Es ist für mich auch nicht absehbar, wie sich dieses Präqualifizierungsverfahren entwickeln wird. Eine Beteiligung der Betroffenen ist daher sicherlich die allerbeste Lösung. Außerdem bitte ich zu bedenken, dass man die Einzelanfertigungen mit einem Präqualifizierungsverfahren nicht vernünftig abdecken kann. Dort muss berücksichtigt werden, dass eine individuelle Betroffenheit vorliegt und eine individuelle Anfertigung notwendig ist.

**SV Jan Wolter** (SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.): Vielen Dank für die Frage. Auch ich kann mich insoweit meinen Vorrednern nur anschließen. Wir begrüßen ein Präqualifizierungsverfahren. Es ist zumindest einmal ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die Ausschreibungen haben gezeigt, dass sie mit massiven Verwaltungsschwierigkeiten einhergehen, wenn man sich bedenkt, wie viel Tonnen Papier für Ausschreibungen verschickt werden. Daher könnte das sicherlich einiges vereinfachen. Ich bin allerdings relativ skeptisch, dass es dazu führen wird, dass die Qualität in der Hilfsmittelversorgung signifikant steigen wird. Ich glaube, dass die Ausschreibungen dort zuviel kaputt machen. Hier sehen wir, dass Qualität de-facto keine Rolle spielt. Bei den Ausschreibungen geht es zu 100 Prozent darum, den niedrigsten Preis zu erzielen und mit einem Präqualifizierungsverfahren werden sicherlich gewisse Grundlagen festgesetzt werden können. Für alles, was die Versorgungsqualität anbetrifft, glaube ich, wird das Präqualifizierungsverfahren keinen entscheidenden Beitrag leisten können. Danke.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich hätte noch eine Frage zum Personalübergang an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Im geltenden Recht ist vorgesehen, dass im Fall der Schließung einer AOK oder IKK allen Beschäftigten von den Landesverbänden oder den Kassen dieser Kassenart ein Stellenangebot vorzulegen ist. Nach dem Gesetzentwurf ist dies bei der Schließung einer BKK oder einer Ersatzkasse dagegen nur für die unkündbaren Beschäftigten erforderlich. Ich würde gern wissen, ob Sie diese unterschiedliche Behand-

lung der Beschäftigten in den einzelnen Kassenarten für sachlich gerechtfertigt halten.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Aus unserer Sicht ist es natürlich sinnvoll, dass für alle Kassenarten und Kassen die gleichen Regelungen eingeführt werden und die Beschäftigten aller Kassenarten gleich behandelt werden.

**SV Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Durch die in den Änderungsanträgen vorgesehene Neufassung wurde klargestellt, dass die für die BKKn geltende eingeschränkte Weiterbeschäftigung bei Angestellten der Ortskrankenkassen nicht zum Zuge kommt. Im Vergleich der Kassenarten untereinander bleibt aber rechtssystematisch eine Ungleichbehandlung bestehen. Diese historisch bedingten Unterschiede sind in Zeiten der Gleichstellung der Krankenkassen im Wettbewerb sachlich nicht mehr zu rechtfertigen.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Wir reden im Grunde über drei Gruppen von Beschäftigten, nämlich über die DO-Angestellten und über die unkündbaren sowie die kündbaren Angestellten. Das ursprüngliche Ziel des Gesetzes war, den mit Beamten vergleichbaren DO-Angestellten einen dauerhaften Beschäftigtenanspruch auch im Fall der Schließung einer Kasse zu sichern. Dieses ist dann auf die unkündbaren Beschäftigten erweitert worden. Die Erweiterung ist problematisch, weil sich die Unkündbarkeit nach den unterschiedlichen tarifvertraglichen Rahmenbedingungen richtet, diese aber nicht unbedingt überall identisch sein müssen. Es liegt sicherlich im Interesse der betroffenen Beschäftigten so vorzugehen. Wenn man darüber hinaus jetzt auch den kündbaren Beschäftigten einen Beschäftigtenanspruch zubilligen wollte, hielten wir dies für übertrieben. Insofern ist es zwar richtig, von einer gleichen Behandlung der Beschäftigten auszugehen, das sollte aber nicht dazu führen, dass man erneut in dem Sinne nachbessert, dass nun alle einen Beschäftigtenanspruch auf dem Niveau der Innungskrankenkassen erhalten.

**SVe Dr. Hildegard Demmer** (BKK-Bundesverband (BKK-BV)): Wir halten eine Ungleichbehandlung der Beschäftigten für völlig ungerechtfertigt. Es ist unseres Erachtens

durch entsprechende Klarstellungen dafür Sorge zu tragen, dass die Schutzrechte der Beschäftigten aller Krankenkassen aller Kassenarten und ihrer Verbände gleichermaßen gewahrt bleiben. Eine Ungleichbehandlung ist unseres Erachtens auch in der Gesetzesbegründung nicht intendiert gewesen. Ich denke, es stünde gerade den Trägern der Sozialversicherung sehr schlecht an, wenn es dort zu einer solchen Konstellation kommen würde.

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Ich halte es nicht für sachlich gerechtfertigt, hier unterschiedliche Behandlungen festzulegen.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich würde Herrn Stuppardt gern Gelegenheit geben, ein wenig ausführlicher zu antworten. Es ist vorgesehen, dass die Bundesverbände der Krankenkassen zum 1.1.2009 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden und dass im Fall der Auflösung der Gesellschaft für die Beschäftigten die gleichen Regelungen gelten wie im Falle der Schließung einer Krankenkasse. Die Reichweite und der konkrete Inhalt dieser Regelung sind bislang noch nicht ausgelotet worden. Welche Erfahrung haben Sie mit den geltenden Regelungen gemacht und sehen Sie Bedarf für eine Ergänzung der jetzigen Regelungen?

**SV Rolf Stuppardt** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Wir haben mit den von Ihnen genannten Regelungen noch keine Erfahrungen gemacht. Der Gesetzgeber lässt es aber im GKV-WSG ausdrücklich zu, dass die Gesellschafter einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts die Gesellschaft entweder positiv ausgestalten können, sie – wenn man es so will – völlig anders ausrichten oder auch abwickeln können. Im Bereich des Zuständigkeitsfeldes des IKK-Bundesverbandes gibt es noch keine Entscheidung darüber, inwieweit eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts entweder positiv ausgestaltet oder aber in einem Abwicklungszusammenhang gebracht wird. Beides hätte unterschiedliche Auswirkungen auf die Beschäftigten. Ich sehe es so, dass die heutigen gesetzlichen Regelungen, bezogen auf DO-Angestellte, unkündbare und kündbare Beschäftigte unterschiedlich ausgerichtet sind. Wenn Sie einen Weiterbeschäftigungsanspruch sicherstellen wollen, dann müssen Sie die Regelungen so dingfest machen, dass die Beteiligten in einer solidarischen Verbundenheit zu der Realisierung des Weiterbeschäftigungsanspruches auch

stehen können und müssen. Ich kann mir vorstellen, dass die Situation dann schwierig wird, wenn man die Gesellschaft bürgerlichen Rechts nicht positiv ausgestalten will. Denn es kommt dann zu unterschiedlichen Haltungen der beteiligten Gesellschafter hinsichtlich der Weiterbeschäftigung. Dies könnte wegen der aus meiner Sicht unklar formulierten gesetzlichen Grundlagen zu langjährigen Prozessen führen. Vor diesem Hintergrund verhandle ich mit den beteiligten Gewerkschaften über einen Tarifvertrag, der eventuelle Lücken kompensiert und darauf ausgerichtet ist, die anstehenden Fragen, angefangen mit dem Beschäftigungsanspruch bis hin zur letzten rechtlichen Kompensationsregelung, zu regeln. Ich bin der Auffassung, die derzeitigen Regelungen reichen nicht aus, um das, was Sie politisch wollen, ohne große Probleme zu regeln. Wir haben aber auf der Rechtssprechungsseite bislang überhaupt keine Erfahrung.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Meine Frage geht an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte. Es geht um die Frage, wie das gesündere Aufwachsen von Kindern verbessert werden kann. In dem Gesetzentwurf wird § 26 durch die Einfügung eines Abschnitts präzisiert. Ich möchte gern wissen, ob wir mit dieser Präzisierung dem Ziel, Kindesvernachlässigung und -misshandlung besser zu erkennen und dem dann auch entgegen zu wirken, näher kommen.

**SV Dr. Wolfram Hartmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)):** Mit dem, was jetzt im Gesetz steht, kann dieses Ziel sicherlich nicht erreicht werden. Wir haben bei den gesetzlichen Krankenkassen schon jetzt die Gewohnheit, Kinder zu Vorsorgeuntersuchungen einzuladen, insbesondere zu den Vorsorgeuntersuchungen 8 und 9, die in ihrer Frequenz noch nicht zufriedenstellend angenommen werden. Aber das Ziel, primäre Prävention statt Krankheitsfrüherkennung zu leisten, wird mit der jetzigen Änderung nicht erreicht. Außerdem wird im § 26 weiterhin festgeschrieben, dass gesetzlich krankenversicherte Kinder gegenüber privat krankenversicherten Kindern benachteiligt werden. Denn Erstere haben keinen Rechtsanspruch auf Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr. Die Bundesregierung geht bisher davon aus, dass dieser Zeitraum durch den öffentlichen Gesundheitsdienst abgedeckt wird. Das ist aber nicht der Fall. Die Bundesländer, selbst reiche wie Bayern, haben den öf-

fentlichen Gesundheitsdienst deutlich heruntergefahren. Dieser ist nicht in der Lage, die Lücken im Zeitraum zwischen sechs und zehn Jahren zu schließen. Deshalb muss der § 26 so geändert werden, dass alle Kinder bis zum 18. Lebensjahr einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss festlegen, in welchen Zeitraum diese Untersuchungen durchgeführt werden. Hier gibt es Vorschläge, die sehr wohl sinnvoll sind. Wir müssen aber davon wegkommen, dass wir für diese Vorsorgeuntersuchungen nur evidenzbasierte Items zulassen. Die gibt es übrigens bei den Gesundheitsuntersuchungen der Erwachsenen auch nicht. Gerade die gesetzlich krankenversicherten Kinder bedürfen einer höheren Aufmerksamkeit bei Vorsorgeuntersuchungen und deshalb muss diese Lücke geschlossen werden. Wir hoffen, dass die Bundesregierung jetzt den § 26 unserem Vorschlag entsprechend ändert. Die Einfügung eines Abschnitts löst dieses Problem ganz sicher nicht. Dieser wird zwar von uns begrüßt, er ist aber nicht ausreichend zur Bekämpfung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe noch eine Frage zum Risikostrukturausgleich an den Spitzenverband Bund und an den AOK-Bundesverband. Die Verwaltungskosten und die Berücksichtigung der Morbidität und der Versichertenzahl ist schon einmal thematisiert worden. Ich würde gern erfahren, wie Sie die vorhergesehene Gewichtung auf der Grundlage der Versicherten und der Morbidität, also die Schlüssel 50/50 und 70/30, bewerten?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)):** Es gibt nach unserer Einschätzung keine empirisch fundierten Daten darüber, welcher Anteil der Verwaltungskosten morbiditätsbedingt und welcher durch sonstiges Verwaltungshandeln bedingt ist. Es sollte jedenfalls sichergestellt sein, dass es weder eine Über- noch eine Unterkompensation gibt, weil die Orientierung des Verwaltungshandelns der Kassen auch an den RSA-Pauschalen hier für die Verwaltungskosten eine Rolle spielt. Deshalb halten wir eine Überprüfung dieser Festlegung für notwendig und denken, dass man sich nach ein bis zwei Jahren genau ansehen muss, welche Anreize durch eine solche Aufteilung, wie sie jetzt vorgesehen ist, gesetzt werden.

**SV Jürgen Graalman** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir halten es für richtig und sinnvoll, dass es keinen Ausgleich der tatsächlichen Verwaltungskosten gibt, sondern dass es sich um eine Standardisierung handelt. Wir haben vorhin ausführlich darauf hingewiesen, dass wir eine Aufteilung von 70 Prozent nach der Morbidität und 30 Prozent nach der Zahl der Versicherten auch empirisch für hinreichend belegt halten und wir deshalb für eine Aufteilung von 70/30 eintreten.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich habe Fragen an Herrn Dr. Daubenbüchel, an Frau Korf und auch an den VdAK. Kann man mittlerweile mit hinreichender Sicherheit sagen, wie sich die Konvergenzregelung auf die einzelnen Länder konkret auswirken wird? Mit welcher Mehrbelastung bzw. mit welchen Mindereinnahmen hätte zum Beispiel Bayern im nächsten und übernächsten Jahr sowie in den Jahren danach konkret zu rechnen? Es ist vorgesehen, dass die Mittel für die Konvergenzklausel aus Mitteln der Liquiditätsreserve aufgebracht werden sollen. Wie hoch wird der Mittelbedarf in 2009 und in 2010 sein? Wie kann dies finanziert werden, wenn die Liquiditätsreserve, die über vier Jahre hinweg aufgebaut werden soll, am Anfang noch bei Null liegt. Diese Frage würde ich noch zusätzlich an den VdAK richten.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel**: Die Auswirkungen der Konvergenzklausel müssen erst noch berechnet werden. Das ist schwer überschaubar. Das Gutachten von Herrn Prof. Wasmeth enthält auch nur Schätzungen. Deshalb kann ich zu den konkreten Auswirkungen nichts sagen. Richtig ist, dass vorgesehen ist, diese Belastungen nicht innerhalb der Krankenkassen auszugleichen, wie es ursprünglich gewollt war, sondern es soll ein Ausgleich über die Liquiditätsmittel des Fonds stattfinden. Die weiteren Einzelheiten müsste man beim Bundesversicherungsamt erfragen.

**Sve Claudia Korf**: Ich kann mich im Kern meinem Vorredner anschließen. Niemand kann heute seriös sagen, wie sich diese Regelung auswirken wird, da der Änderungsantrag ganz neu ist und daher noch keine adäquaten Berechnungen vorliegen. Erlauben Sie mir dennoch die Feststellung, dass hier aus der Not eine Tugend gemacht wird. Es wird etwas passend gemacht, das im Kern überhaupt nicht zusammengeht. Wir werden hier fiktiv Landeskassen und Landesbeitragssätze berechnen.

Das sind Daten, die, wenn sie eventuell in falsche Hände kommen, später noch ganz neue Fantasien entstehen lassen. Die Frage der Liquiditätsreserve und der Höhe des Mittelbedarfs kann man im Kern noch nicht beantworten. Dies hängt wirklich von der Finanzausstattung ab, die wir im Fonds haben, und von der Frage, wie und wann die Kassen an ihre Grenzen stoßen. Wir haben keine Möglichkeit mehr zur Kreditfinanzierung. Das ist auch in Ordnung. Wir werden Zusatzbeiträge bis zur entsprechenden Deckelung erheben und werden die Schwankungen, die sich dennoch aus dem neuen Verfahren ergeben, über die Reserve ausgleichen müssen. Gleichzeitig wird aber diese Reserve beim ersten Jahresausgleich mit Sicherheit in Anspruch genommen werden. Im Ergebnis wird man dann mit Blick auf die Liquiditätsreserve die Defizitdeckungsverpflichtung des Bundes in Anspruch nehmen müssen. Ich kann Ihnen aber nicht sagen, in welcher Höhe das eintreten wird. Wir werden daher ein Darlehen des Bundes benötigen, das ist absehbar. Insofern tauschen wir Kassenverstärkungskredite der Kassen gegen eben solche, die zwar zinslos zur Verfügung gestellt werden müssen, aber vom Bund nicht zinslos am Kreditmarkt aufgenommen werden können.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Ich habe eine kurze Nachfrage an Herrn Dr. Daubenbüchel und Frau Korf. Sie sagten, dass man das alles heute seriös noch gar nicht betrachten könnte. Wann könnte man das denn frühestens?

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel**: Das kann man erst im Laufe des nächsten Jahres betrachten, wenn die Auswirkungen des Morbi-RSA konkret erkennbar sind. Dadurch werden erhebliche finanzielle Verschiebungen eintreten. Es gibt die Befürchtung einiger Länder, dass diese Verschiebungen zum Teil zum Nachteil der Kassen der einzelnen Länder gehen. Aber die genaue Höhe können wir erst ermitteln, wenn wir die Fondsausstattung sowie den staatlich festgelegten Beitragssatz kennen und insbesondere wissen, welche finanziellen Verschiebungen sich durch den stärker zielorientierten Morbi-RSA ergeben. Nach dem gegenwärtigen Entwurf steht jedenfalls fest, dass diese Belastungen nicht innerhalb der Kassenwelt zu tragen sind, sondern über die Fondsausstattung getragen werden müssen, wo letztlich auf der Einnahmenseite der Bund das Risiko trägt und durch den dann ggf. die Einnahmen erhöht werden müssen.

**Sve Claudia Korf:** Aus Zeitgründen schließe ich mich an.

**Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP):** Ich habe Fragen an den GKV-Spitzenverband zum Änderungsantrag zu § 73b. Es war das Ziel, mit einer hausarztzentrierten Versorgung eine Qualitätsverbesserung der Versorgung durch eine Auswahl besonders qualifizierter Hausärzte zu erreichen und gleichzeitig mehr Wettbewerb in die Vertragsgestaltung zu bekommen. Wie beurteilen Sie die Zielerreichung mit Blick auf den Änderungsantrag und wie wird sich durch den Änderungsantrag die hausärztliche Versorgung nachhaltig verbessern können?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Man hat jetzt gemäß § 73b eine Verpflichtung, Hausarztverträge abzuschließen. Wir sind dort sehr kritisch, denn wir wollen Qualität in der Versorgung erzeugen. Ich habe hohe Achtung vor Hausärzten, die sich organisieren. Ich würde dort aber gerne von Gesetzes wegen Qualitätsanforderungen bei der Organisation vorschreiben. Ich weiß nicht, welche Qualitätsanforderungen bei der Vereinigung zu Hausarztvereinen vorgeschrieben sind. Wenn man einen derartigen Eingriff in den Wettbewerb machen will, hielte ich es für sinnvoll, dort auch Qualitätsanforderungen zu stellen. Eigentlich müsste man sich die Frage stellen, ob es nicht sinnvoller wäre, eine Hausarzt-KV zu gründen. Aber auch da bin ich wiederum skeptisch, wenn man an die integrierte Versorgung denkt. Das heißt, der Kontrahierungszwang ist ein typisches Mittel des Kollektivvertrages. Die Absicht außerhalb des Kollektivvertrages einen Kontrahierungszwang vorzusehen, haben wir schon bei der Einführung dieses Kontrahierungszwangs sehr angezweifelt. Wenn man dann noch mit der 50-Prozent-Grenze arbeitet, ohne Qualitätsanforderungen vorzugeben, dann finde ich dieses unter Wettbewerbsaspekten sehr seltsam. Wer aber so etwas ernsthaft verfolgt, der sollte lieber eine Hausarzt-KV gründen. Damit behindert er aber wieder die integrierte Versorgung. Meine Antwort ist sehr zurückhaltend, weil ich die Logik des Wettbewerbskonzepts nicht so ganz verstehe. Wenn man Selektivverträge will, dann soll man dies auch ohne Kontrahierungszwang machen.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** Ich hätte noch eine Frage an Frau Korf. Die Landesverbände der Krankenkassen nehmen nicht nur

Unterstützungsaufgaben für ihre Mitgliedskassen wahr, sondern auch für Krankenkassen in anderen Bundesländern ihrer Kassenart. Das hängt mit der Einführung des Wohnortprinzips zusammen. Die Finanzierung dieser Aufgaben, zum Beispiel im Zusammenhang mit den Honorarverträgen für Ärzte und Zahnärzte, den Pflegestützpunkten, den Krankenhausplanungen, Prävention und der Selbsthilfeförderung, der Hospizförderung, dem Sprechstundenbedarf und der ärztlichen Bedarfsplanung, ist nicht gesetzlich geregelt. Funktioniert dies auf freiwilliger Basis oder sehen Sie Handlungsbedarf?

**Sve Claudia Korf:** Sie werfen diese Frage jetzt im Zusammenhang mit dem Übergang des Haftungsträgerwechsels zum 1. Juli auf den Spitzenverband Bund zu Recht auf. Seitdem dieser Haftungsträgerwechsel erfolgt ist, sind alle Verbände Wahlverbände und die Krankenkassen können ihren Sitz nach Opportunität verlegen. Die Konsequenzen für das Versorgungsgeschehen hat dabei aber keiner im Blick gehabt. Die Sache wird jetzt wirklich schwierig, da wir zunehmend Versorgungsverträge, die auf der Grundlage des Wohnortprinzips regional zu erfüllen sind, haben, aber für die Finanzierung jeweils nur die Kassen mit Sitz in der jeweiligen Region zur Zahlung heranziehen können. Das hat mittlerweile Auswüchse, die sich an zwei Bereichen verdeutlichen lassen, wo es in Zukunft einfach nicht mehr funktionieren wird. Nehmen Sie die Pflegestützpunkte oder gar die Pandemieversorgung. Für die Versicherten in der Region ist es wichtig, dass landesweit solche Verträge abgeschlossen werden, um ein entsprechendes Leistungsangebot vorhalten zu können. Praktisch können Sie aber jeweils nur Kassen mit Sitz in diesem Bundesland zur Zahlung verpflichten, obwohl sehr viele einstrahlende Krankenkassen Nutznießer dieser Regelung sind. Insofern brauchen wir dringend eine Reform, was die Finanzierungsgrundlagen angeht, und zwar nicht, um hier Landesverbänden bei der Finanzierung zu helfen, sondern um die Versorgung in den Regionen und Ländern überhaupt auf eine zweckmäßige Grundlage zu stellen. Das ist auch ein Beitrag zur Haftungsprävention, denn wenn Sie einige Kassen unter Fondsbedingungen zu Trittbrettfahrern machen, sind die Ehrlichen die Dummen und dies sind häufig die, die auf Grund des Standorts ihres Trägerunternehmens an die Region gebunden sind und ihren Sitz nicht opportunistisch verlagern können. Was wir benötigen ist eine Ergänzung in

den §§ 211 und 211a dahingehend, dass die Aufbringung solcher Mittel eben nicht nur durch die Mitgliedskassen, sondern durch alle Krankenkassen der Kassenart mit Versicherten mit Wohnsitz in diesem Zuständigkeitsbereich zu erfolgen hat. Ich bitte Sie um die entsprechende Aufnahme einer Regelung, analog auch in den § 211a – gerade mit Blick auf die gemeinsam und einheitlich geschlossenen Vereinbarungen in den Ländern –, die eine Aufteilung der Kosten im Verhältnis der Zahl der Mitglieder mit Wohnort in dem jeweiligen Gebiet gewährleistet. Das ist diese berühmte KM 6-Statistik zum 1. Juli eines jeden Jahres. Nur so werden wir es schaffen, zukünftig Themen, wie Hospizförderung, Selbsthilfeförderung oder Sprechstundenbedarf, so zu organisieren, dass wir wirklich eine Flächendeckung hinbekommen.

Abg. **Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Ich habe noch eine Frage an, Herrn Dr. Fedderwitz von der KZBV. Es ging vorhin schon einmal um die Honorare. Wie wäre es, wenn man die Regelung bei den ärztlichen Honoraren auf die zahnärztlichen Honorare überträgt?

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir stehen diesem Begehren des VdAK dann offen gegenüber, wenn die Prämissen stimmen und dies nicht zu Lasten der Zahnärzte geht. Früher war es einmal angedacht, dass man einen bundesdurchschnittlichen Punktwert verwendet. Der VdAK hat sich nach unseren Informationen davon verabschiedet, weil dies auf dem Rücken der Zahnärzte so ausgegangen wäre wie damals bei der Einführung des bundesdurchschnittlichen Punktwerts im Bereich des Zahnersatzes. Aber wenn wir das jetzt auf die neuesten Pläne des VdAK herunterbrechen, der eine Punktwertangleichung auf die Länderebene, also auf die KZV-Ebene vorsieht, dann muss man auch hier davon ausgehen, dass die Prämissen so schnell nicht eingehalten werden. Denn diese Punktwertangleichung führt nicht nur zu einer Entlastung des VdAK-Punktwertes, sondern es kommt auch zu einer Erhöhung des Primärkassenpunktwertes, was zur Folge hat, dass die ohnehin schon angespannten Budgets noch weiterbelastet werden. Wir haben jetzt höchste Ausschöpfungsquoten der Budgetsituationen, beispielsweise im Jahr 2006 von 104,5 Prozent bei den Ortskrankenkassen, 114 Prozent bei den IKKn, bis zu 103 Prozent bei den BKKn und sogar bis über 130 Prozent bei der Knappschaft. Das heißt, es

müssen auch diese Verschiebungen angepasst werden und es muss zu einer Anhebung der Budgetobergrenzen kommen. Nur so kann es halbwegs neutral und ohne eine zusätzliche Belastung für die Zahnärzte ausgehen. Aber auch das reicht noch nicht aus, denn auch die Strukturveränderungen, die in den Versichertenbereichen zu Tage treten, sind hier zu beachten. Wenn beispielsweise ein VdAK-Versicherter mit seinen drei Kindern zur Bundesknappschaft wechselt, dann sinkt die Kopfpauschale von rund 150 Euro auf knapp 90 Euro und die Differenzsumme verschwindet trotz des gleich hohen Leistungsbegehrens dieser Familie im Bermudadreieck. Auch das muss angepasst werden und wenn das alles gemacht wird, stehen wir dieser Sache offen gegenüber, hoffen dann aber auch, auf ein gemeinschaftliches Vorgehen mit dem VdAK, das die Interessen beider Seiten berücksichtigt. Wenn Sie darüber hinaus dann ganz nett sein wollen, dann sollte man – was beim Thema Angleichung auch oben ansteht – die Angleichung der Honorare der Ostdeutschen Zahnärzte vornehmen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich komme noch einmal auf das Thema „Hausarztzentrierte Versorgung“ und den § 73b zurück. Man kann bei den Ausführungen von Herrn von Stackelberg die Einschläge eines „bayerischen Kollateralschadens“ nahen sehen. Meine Frage geht deshalb an den Bundesverband der hausärztlichen Internisten. Sehen Sie diese Regelung, die hier vorgesehen wurde, als zielführend an und werden die hier im hausärztlichen Bereich tätigen sonstigen Ärztinnen und Ärzte ausreichend berücksichtigt? Die gleiche Frage richte ich auch an Frau Simon.

SV **Dr. Ulrich Piltz** (Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI)): Zu der ersten Frage, ob ich diesen Änderungsantrag für zielführend halte, sage ich klar „nein“, denn es gibt überhaupt keinen Regelungsbedarf. Es wird kritisiert, dass die bisherige gesetzliche Regelung nicht hinreichend funktioniert. Aber es wird nur kritisiert, dass zu wenige hausarztzentrierte Verträge geschlossen worden sind. Diesem Mangel kann man ganz einfach abhelfen, indem man einfach eine Terminierung einführt. Das wären nur zwei oder drei Worte. In den § 73b Abs. 4 müsste nur „...sind bis zum 30. Juni 2009 Verträge zu schließen“ eingefügt werden. Dann wäre diesem Erfordernis genüge getan. Es wird überhaupt nicht plausibel, warum hier auf einmal eine solche Regelung ein-

geführt werden soll. Sie ist ein Privileg für einen Berufsverband, den Hausärzteverband, der sehr gut aufgestellt ist und sich durchaus selbst helfen kann. Man hat auch bisher eine Fülle von Verträgen abgeschlossen, unter anderem einen sehr weitgehenden Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg. Wozu bedarf es dann noch weiterer gesetzlicher Unterstützung? Ich glaube, es ist bekannt, auf welchem Hintergrund dieser Gesetzesantrag entstanden ist, nämlich auf dem Hintergrund des bayerischen Wahlkampfes. Er ist nicht etwa Ausfluss besonderer gesundheitspolitischer Überlegungen. Wir wehren uns mit aller Entschiedenheit gegen eine Regelung, die andere Berufsgruppen, die an einer hausärztlichen Versorgung teilnehmen, diskriminiert. Ein Vertragsmonopol gilt nur für einen Verband, der mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte vertritt. Die Allgemeinärzte sind aber nur eine Gruppe unter den Hausärzten, und zwar stellen sie durchschnittlich etwa 58 Prozent aller Hausärzte. Es gibt aber noch 19 Prozent hausärztliche Internisten, 13 Prozent praktische Ärzte und 10 Prozent Kinderärzte im Hausarztsektor. § 73 Abs. 1a legt fest, wer an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen kann, und dies ohne Diskriminierung. Es gibt nach dieser Regelung also keine Gruppen, die Sonderrechte im Hausarztsektor hätten. Deswegen ist auch aus grundrechtlichen Erwägungen eine Privilegierung der Vertretung einer Gruppe, die die Hausärzteversorgung trägt, nicht hinnehmbar.

**Sve Ingeborg Simon:** Eine ganz grundsätzliche Frage hat hier offenbar bisher noch keine Rolle gespielt, wenn ich mir die §§ 73 und 73b SGB V anschau, in denen immer von Hausarztversorgung die Rede ist. Dort wird für die Hausärzte ein sehr umfassendes Aufgabenspektrum dargestellt. Für mich sind die zusätzlichen Auflagen in der hausarztzentrierten Versorgung, wie Qualitätszirkel, Behandlungsrichtlinien oder regelmäßige Fortbildung, eigentlich ein Instrument, über das jeder Hausarzt jederzeit verfügen müsste, um seiner hausärztlichen Tätigkeit nach § 73 nachzukommen. Nun haben wir dieses Konstrukt einer hausarztzentrierten Versorgung, die in der Öffentlichkeit übrigens oft ein bisschen verwechselt wird. Ich betrachte das als Straffaktion gegenüber den Krankenkassen, die es bis heute nicht geschafft haben, einen solchen Vertrag anzubieten. Dies ist auch schwierig, weil die Ärztinnen und Ärzte, die an diesem hausarztzentrierten Vertrag teilnehmen sollen, einer ganz besonderen Qualifikation bedürfen. Diese

vermute ich nun gerade nicht bei dem Verband, der jetzt hier begünstigt wird. Ich finde es auch unglaublich, dass man, nachdem man schon die KVen, die als Körperschaften öffentlichen Rechts nach wie vor im Zentrum stehen müssten, weil dies auf Grund ihrer Verpflichtung zum Allgemeinwohl sowieso die richtige Lösung ist, die Möglichkeiten anderer Vertragslösungen außerhalb der KVen sucht, und zwar ausschließlich ohne KV, und die Gemeinschaften der Hausärzte ganz besonders privilegiert. Ich halte das wirklich für geradezu absurd. Wir müssen eine Lösung finden, auch wenn es im Augenblick ordnungspolitisch nicht gewünscht ist, die die Gleichrangigkeit der anderen Vertragspartner gewährleistet. Jegliche Form von Privilegierung an dieser Stelle konterkariert im Übrigen auch den Wettbewerb. Abschließend verweise ich als Argumentationshilfe auf den Sachverständigenrat und das Gutachten von 2007. Hier übt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für Sie eine sehr wichtige Ratgeberfunktion aus. Dort ist erstens zu lesen, dass die isolierte Hausarztkonstruktion den integrierten Modellen total widerspricht. Dort steht weiter, dass der Wettbewerb gewährleistet ist, weil man den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt hat, hausarztzentrierte Versorgungen abzuschließen. Sie haben es aber nicht getan. Wenn man sie zwingt, es zu tun, so sagt es der Sachverständigenrat, dann sei das eine Ressourcenvergeudung und sonst nichts. Wenn Sie den Wettbewerb so wollen, dann können Sie an dieser Stelle nicht solche rigiden Eingriffe vornehmen. Ich orientiere mich viel lieber an integrierten Versorgungsmodellen, denn da hat der Hausarzt als Lotse eine ganz wesentliche Funktion. Dieses Konstrukt der hausarztzentrierten Versorgungsangebote und dann noch die Begünstigung einer bestimmten Berufsgruppe produzieren auch innerhalb der Hausärzte ständig neue Auseinandersetzungen. Da gibt es keine Pflichtmitgliedschaft und keine verbindlichen Satzungen. Sollen denn dann die Mitglieder des Hausärzteverbandes auch alle gleichzeitig Vertragspartner sein? Es gibt viele offene Fragen, die weiter für Verwirrung sorgen, aber keine Patientenorientierung.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Ich möchte zurückkommen zu den Verwaltungskosten. Es ist relativ wenig zu dieser Fragestellung aus der Beschäftigtensicht gesagt worden. Die Betriebs- und Personalräte haben mir heute früh im Gesundheitsausschuss 40.000 Unterschriften

ten übergeben. Die Unterzeichner fordern eine Verteilung der Verwaltungskosten nach dem Schlüssel 70/30. Ich frage deshalb die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di): Welche Begründung gibt es dafür, gerade eine solche Verteilung zu fordern?

**SVe Susanne Hille** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir hatten heute Morgen die Gelegenheit, unseren Standpunkt dem Ausschuss für Gesundheit vorzustellen und eine Unterschriftenliste zu übergeben. 44.000 Kolleginnen und Kollegen haben dafür Positionen bezogen. Herr Dr. Faust, vielen Dank, dass Sie dieses ermöglicht haben. Wir orientieren uns an der Anforderung eines wohnortnahen und hochwertigen Service für die Versicherten. Gerade Krankenkassen mit einem hohen Anteil an älteren Kranken und beratungsintensiven Versicherten haben hier einen sehr großen Beratungs- und Bearbeitungsaufwand, zum Beispiel bei der Hilfsmittelversorgung, bei der Antragsstellung auf Zuzahlungsbefreiung, bei Rehabilitationsmaßnahmen und so weiter. Das Internet ist nicht das Mittel der Kommunikation für die Älteren. Es ist bekannt, dass die Versicherten den persönlichen Kontakt zur Kasse suchen, um dort den Lotsen durch das Gesundheitssystem zu finden und die entsprechenden Angebote zu bekommen. Eine Abweichung von dem 70/30-Schlüssel hin zum 50/50-Schlüssel gefährdet nach unserer Auffassung genau diese Beratung, Betreuung und das Versorgungsmanagement in der Wohnortnähe. Es wird ein Kampf stattfinden um gesunde, junge und gut zahlende Versicherte. Wir befürchten in Zukunft eine Risikoselektion analog der PKV und den Rückzug der Krankenkassen aus der Fläche, was dann letzten Endes zu einem erheblichen Beschäftigtenabbau führen wird.

**Abg. Frank Spieth** (DIE LINKE.): Die Koalition versucht gegenwärtig, zahlreiche Änderungen des GKV-WSG vorzunehmen im Zusammenhang auch mit der Rabattvertragsthematik mit Pharmaherstellern. Meine entsprechende Frage geht an Frau Simon: Sind Sie der Auffassung, dass die vorgesehenen Änderungsvorschläge der Koalition geeignet sind, hier vernünftigeren Verhältnisse zu schaffen oder sehen Sie das nicht gewährleistet? Welche Alternative würden Sie dazu vorschlagen?

**SVe Ingeborg Simon**: Das glaube ich nicht. Ich bin selbst von Hause aus Pharmazeutin und kann hier nur stellvertretend für meine Kolle-

gen in den Apotheken feststellen, dass die Aufgabe, die sie eigentlich haben, nämlich die Information und Beratung der Betroffenen, immer mehr zu kurz kommen muss, weil der bürokratische Aufwand bei der Feststellung, für welche Krankenkassen welche Rabattregelungen gelten und welche nicht, im Apothekenalltag immer mehr zur Belastung wird. Man kommt sich vor wie ein Bürohengst, aber nicht mehr wie jemand, der für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung Beratungs- und Informationsverantwortung hat. Ich verweise einmal auf den Arzneimittelverordnungsreport von gestern. Dort wurde sehr deutlich gemacht, dass es erhebliche Einsparreserven gerade im Bereich der Arzneimittelausgaben gibt. Einige Einsparungen sind bei der Generika erfolgt. Aber die beiden Menschen, die den Bericht vorgestellt haben, haben gleichzeitig darauf hingewiesen, dass dort im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch sehr viel Luft sei. Hier könnte man noch weiter absenken. Aber die eigentliche Stoßrichtung, die man jetzt verfolgen müsste, ist nicht die Frage der Rabattverträge. Die Stoßrichtung muss heißen: Wie können wir auf Scheininnovationen, die einen enormen Zuwachs haben, so dass die Arzneimittelausgaben im nächsten Jahr voraussichtlich bei 30 Mrd. Euro angekommen sein werden, und auf die hohen Preise der patentgeschützten Medikamente Einfluss nehmen? Die Frage ist relativ leicht zu beantworten, zumal mehrere Bundesregierungen einer Lösung des Problems schon einmal sehr nahe waren. Ich meine die Positivliste. Ich bringe sie jetzt bewusst wieder ins Gespräch. Bei mir zu Hause liegen die Entwürfe von Frau Schmidt zur letzten Positivliste, die keine verschreibungsfreien Arzneimittel ausschließt, sondern ausschließlich nach Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und therapeutischem Nutzen bewertet. Ich würde mich wirklich sehr dafür einsetzen einen verbindlichen Katalog zu schaffen, der auch Ärzten und Ärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen viele Mühen ersparen würde. Diese Liste liegt bereits vor Es kann nicht so schwer sein, sie noch einmal hervorzuholen und zu aktualisieren. Außerdem brauchen wir eine Höchstpreisfestlegung, insbesondere für die patentgeschützten Arzneimittel. Wenn es uns dann noch gelingt, die Ärzteschaft dahin zu bringen, nicht all zu stark auf die pharmazeutische Industrie und ihre so genannten Informationen zu hören, dann könnten wir das Einsparvolumen, das jetzt im Arzneimittelverordnungsreport auf 2,9 Mrd. Euro geschätzt wird, leicht realisieren und müssten vor

allem auch die Patientinnen und Patienten nicht mit unseligen und nicht nachvollziehbaren Rabattverträgen quälen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte das Thema „Hausarztverträge“ wieder aufgreifen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wie auch den Bundesverband hausärztlicher Internisten fragen, was Sie von dem von der Koalition vorgelegten Änderungsantrag halten, wonach die Kassen vorrangig Verträge mit solchen Gemeinschaften zu schließen haben, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Insbesondere hätte ich gern gewusst, welche Auswirkungen diese Regelungen auf die nicht organisierten Allgemeinärzte und auf die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen hätten.

SV **Horst Dieter Schirmer** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte nicht das Prinzip dieses Versorgungssektors der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b grundsätzlich in Frage stellen. Aber wenn man dort ein Wettbewerbsmodell einführt, so wie es in der geltenden Fassung besteht, dann verstößt nach unserer Auffassung dieser neue Vorschlag, der die Verleihung eines Rechts auf eine Dienstleistungskonzession bei selbst gewählter Inanspruchnahme an eine mutmaßlich qualifizierte Gemeinschaft darstellt, gegen die Grundrechte anderer potentiell geeigneter Gemeinschaften aus Artikel 3 und Artikel 12. Unseres Erachtens verstößt es auch gegen das Gebot eines Ausschreibungsmodells, das aus dem europäischen Gemeinschaftsrecht abzuleiten ist. In dem Änderungsantrag zu § 69 ist zu lesen, dass Verträge nach § 73b und c sowie § 140 keine Verträge seien, die nach europäischem Vergaberecht ausgeschrieben werden müssten, denn hier handele es sich um Dienstleistungskonzessionen. Das ist in der Tat die Verleihung einer oligopolen Dienstleistungskonzession an einen bestimmten Verband, die Schaffung eines privaten Oligopols. Wenn man die Rechtsprechung des EuGH prüft, wird dort bei der Dienstleistungskonzession zwar immer auch gesagt, dass das europäische Vergaberecht nicht unmittelbar Anwendung findet, aber es finden die Grundsätze der Diskriminierungsfreiheit, der Transparenz und ein Standardminimum an justizieller Verbürgung Anwendung. Also mein Fazit wäre es schon, dass dies verfassungsrechtlich ein bisschen bedenklich ist. Was die nicht organisierten Allge-

meinärzte angeht, kann man sich die Frage stellen, ob dieses nicht einen Verstoß gegen die negative Koalitionsfreiheit darstellt, weil ich mich in diesen Verband begeben muss, um existenziell an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen, die unter Umständen bei einer großen Krankenkasse oder mehreren Krankenkassen auch für die Versorgung Bedeutung hat. Schließlich widerspricht sich der Gesetzgeber, jedenfalls nach unserer Auffassung, eigentlich selbst, indem er die sozialrechtlich organisierte Gewährleistungsfunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Weise tangiert, dass diese mittelbar gefährdet ist. Ich weiß, dass es zum Teil auch so gewollt ist, auch von denen, die sich um diese Verträge bemühen, aber trotzdem hat der Gesetzgeber, der Sozialstaat, auch noch die Verpflichtung, für eine flächendeckende und sichere ambulante hausärztliche Versorgung zu sorgen. Vielleicht kann man sich das alles erlauben, weil im Falle des Scheiterns immer noch die Aufnahmefunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen bestünde. Aber auf Dauer ist das vielleicht auch kein richtiges Konzept.

SV **Dr. Ulrich Piltz** (Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI)): Ich brauche nur dort anzuknüpfen, wo ich bei meinem letzten Statement aufgehört habe. Es ist für uns eine unverständliche, dem Gedanken des GKV-WSG widersprechende Monopolstellung des Hausärzteverbandes und eine Diskriminierung der anderen Berufsgruppen, nicht nur der nicht organisierten Allgemeinärzte, sondern zum Beispiel auch der Hausarztinternisten, die wesentlich die hausärztliche Funktion aus hausärztlicher Tätigkeit mittragen. Es besteht dadurch auch ein mittelbarer Beitrittszwang zum Hausärzteverband. Es ist nicht nur zu kritisieren, dass Nichtmitglieder ausgeschlossen werden könnten von den Verträgen, sondern es ist in der Regel auch so, dass die hausarztzentrierten Verträge und der Barmer-Vertrag so gestaltet wurden, dass Mitglieder geringere Verwaltungskosten zahlen als Nichtmitglieder. Der Unterschied kann so groß sein, dass es sehr viel ökonomischer ist, dem Hausärzteverband beizutreten. Das beinhaltet aber, dass man die Politik des Hausärzteverbandes unterstützt. Das wollen sicherlich viele Hausärzte nicht, übrigens auch viele Hausärzte des Hausärzteverbandes nicht. Aus diesem Grunde und weil das Vertragsgeschäft ja läuft und weil durch eine Monopolstellung eines Verbandes die Verträge sicherlich nicht besser werden, lehnen wir diesen Änderungsentwurf ab und würden

ihn gern beschränkt sehen auf eine Terminierung.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Deutschen Hausärzteverband. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird seit Jahren auf die positiven Auswirkungen der hausarztzentrierten Versorgung und auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Liegen Ihnen neuere Erkenntnisse über diesen vermuteten Zusammenhang vor?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Ich bin durchaus ein Verfechter der hausärztlichen Versorgung. Auch der GKV-Spitzenverband ist ein Verfechter davon, die hausärztliche Versorgung in den Wettbewerb zu schicken für eine bessere Versorgung. Das halte ich für vernünftig. Es ist immer schwierig, internationale Erkenntnisse heranzuziehen. Was wir gegenwärtig besonders kritisieren, ist der Kontrahierungszwang. Es wurde vorgeschlagen, dem Problem mit einer Terminierung zu begegnen. Das bringt es dann noch auf die Spitze. Das heißt, der Termin verstreicht. Es ist kein Vertrag abgeschlossen worden. Dann wird konsequenter Weise durch die Aufsicht der Vertrag abgeschlossen und das Ganze nennt man Wettbewerb. Das ist mir nicht so ganz einleuchtend. Das heißt, Kontrahierungszwang im Selektivvertrag hat dort aus unserer Sicht nichts zu suchen. Uns liegen keinerlei Erkenntnisse vor, dass durch eine derartige Konstruktion eine Verbesserung der Versorgung stattfindet. Ich halte sehr viel davon, dies dem Wettbewerb freizugeben und in wettbewerblichen freiwilligen Vereinbarungen hier Verbesserungen zu erzielen. Darauf legen wir als GKV-Spitzenverband, und ich glaube, ich kann hier auch für alle Spitzenverbände der GKV sprechen, größten Wert, dass man nämlich im Selektivvertragsteil nicht derartige Elemente miteinander verbindet.

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Ich glaube, wer lesen kann, ist im Vorteil. Man kann im Entwurf des § 73b nirgendwo lesen, dass von einem Verband die Rede ist, sondern es ist von Allgemeinärzten die Rede. Auch wenn man das SGB V aufmerksam studiert, ist dort zu lesen, dass die Allgemeinmedizin als primäre, speziell für die hausärztliche Versorgung ausgebildete Berufs-

gruppe natürlich eine bestimmte Stellung hat. Es ist nirgendwo zu sehen, dass ein Verbandszusammenhang besteht oder gar eine Zwangsmitgliedschaft im Hausärzteverband gefordert wird. Noch nicht einmal ein Kontrahierungszwang ist dort abzulesen. Der Grund, weswegen der Gesetzgeber sich inhaltlich und sachlich dazu genötigt sieht, diese Regelung vorzusehen, liegt darin, dass ein flächendeckendes Angebot für eine hausarztzentrierte Versorgung für die Versicherten in Deutschland bis jetzt noch nicht zu sehen ist. Eine Ausnahme bildet hier beispielsweise Baden-Württemberg. Sie hatten außerdem gefragt, ob wir neue Erkenntnisse haben. Es gibt eine Prognoseuntersuchung in Südbaden über einen AOK-Vertrag über einen längeren Zeitraum, als wir das vielfach gesehen haben. Ansonsten hat es häufig „Add-on-Verträge“ gegeben, die keine wirklichen systematischen Veränderungen in das System gebracht haben. Diese Prognoseuntersuchung zeigt, dass die Patienten in dieser Hausarztversorgung mit der AOK Baden-Württemberg sehr stark profitiert haben, sowohl hinsichtlich der Lebensqualität und der Wirtschaftlichkeit, als auch hinsichtlich der Überlebensrate bei chronischen Krankheiten. Der in Baden-Württemberg geschlossene Vertrag mit der AOK hat die Prinzipien aus dieser Netzerfahrung aus Südbaden übernommen. Insofern sind wir der Überzeugung, dass wir hier im Verlauf sehen werden, dass eine wirklich komplette, vernünftig organisierte und strukturierte hausärztliche Versorgung die Qualität verbessern wird. Dabei gibt es in Baden-Württemberg natürlich auch keine Beschränkung auf Verbandsmitglieder, sondern die Verträge sind so ausgelegt, dass derjenige, der die Qualifikationen und Qualitäten, die in diesem Vertrag vorgeschrieben sind, erbringt, sei es als Hausarztinternist, Kinderarzt, Allgemeinarzt oder praktischer Arzt, an diesem Vertrag freiwillig teilnehmen kann. Er muss es aber nicht. Auch die Versicherten müssen es nicht. Das Prinzip der Primärversorgung muss flächendeckend angeboten werden. Das kann man nicht in der Art eines Flickenteppichs gestalten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich eine Frage zu den Hilfsmittelversorgungsverträgen an den Spitzenverband sowie an die BAG SELBSTHILFE. Bisher sollen die Hilfsmittelversorgungsverträge vorrangig im Wege der Ausschreibung zu schließen sein. Wie beurteilen Sie die

vorgesehene Umwandlung dieser Regelung in eine bloße Option?

**SV K.-Dieter Voß** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Diese Neuregelung wird von uns außerordentlich begrüßt, weil sie dann auch eine passgerechtere Versorgung ermöglicht. Der Zwang, vorwiegend durch Ausschreibungen tätig zu werden, wird bei Individualversorgungen der Situation Betroffener nicht gerecht.

Stellvertretender Vorsitzender **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Der Vertreter der BAG-SELBSTHILFE ist nicht mehr anwesend. Von dort ist auch sonst niemand mehr zugegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich wieder den GKV-Spitzenverband sowie den Zentralverband des deutschen Handwerks. Es ist jetzt vorgesehen, dass Hilfsmittelerbringer, die bisher keinen Vertrag abgeschlossen haben, bestehenden Verträgen zu gleichen Konditionen beitreten können. Wir beurteilen Sie diese uneingeschränkte Beitrittsmöglichkeit?

**SV K.-Dieter Voß** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Das System ist wettbewerblich angelegt. Ein Beitrittsrecht ist eigentlich wettbewerbsfeindlich und wird von uns nicht gerade positiv gesehen. Es führt auch nur dazu, dass Hersteller sich möglicherweise erst einmal zurückhalten und sich die Vertragslandschaft ansehen, die andere ausgehandelt haben. Diese sind dann nicht geschützt und die Hersteller treten den Verträgen bei, die ihnen gerade passen. Das führt nicht zu einer besseren Versorgung. Wenn man an eine solche Beitrittsmöglichkeit zu vorhandenen Verträgen eröffnet, dann müsste zumindest zum Schutz intelligenter neuer Verträge unter dem Wettbewerb eine Schutzzeit eingeräumt werden, sonst funktioniert das nicht.

**SVe Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH)): Unsere Einschätzung ist ganz anders. Wir begrüßen ausdrücklich dieses Beitrittsrecht. Denn damit wird sichergestellt, dass die Krankenkassen sich nicht willkürlich Vertragspartner aussuchen können und sie auch nicht die Leistungserbringer von der Versorgung ausschließen können, die zu gleichen Bedingungen wie im Vertrag versorgen könnten. Dieses Beitrittsrecht ermöglicht eine Vielfalt der Leistungs-

erbringer, mehr Wettbewerb und mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den PKV-Verband, nämlich wie er den Änderungsantrag zur Kalkulationsverordnung in Bezug auf das Wechselrecht im Basis-tarif beurteilt.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hatte die Absicht verfolgt, dass für die Bestandsversicherten in der privaten Krankenversicherung im ersten Halbjahr 2009 eine Wechseloption in einen Basistarif eines anderen Unternehmens bestand. Dieses muss in einer vernünftigen Form umgesetzt werden, ohne dass es zu unkalkulierbaren und unverhältnismäßigen Risiken kommt. Wenn ich das richtig sehe, bestand darüber auch im Gesetzgebungsverfahren jederzeit Einigkeit. Und um dieses auch im Hinblick auf eine Mindestverweilzeit im Basistarif umzusetzen – und zwar so, dass die Versicherten dann wirklich in den Basistarif wechseln können und nicht in die gesamte Produktwelt der PKV, was zu erheblichen Verwerfungen führen könnte –, bedarf es einer entsprechenden Regelung. Diese Regelung kann man im Zuge der Kalkulationsverordnung schaffen. In den letzten Wochen hat es durchaus Diskussionen gegeben, ob die derzeitige Ermächtigungsgrundlage im VAG dafür ausreicht. Insofern schafft ein Änderungsantrag an dieser Stelle die erforderliche Ermächtigungsgrundlage. Wir halten von daher diesen Änderungsantrag nicht nur für notwendig, wir halten ihn auch ausdrücklich für wünschenswert und können insofern nur dazu auffordern, dass dieser Änderungsantrag in der vorliegenden Form beschlossen wird.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Fragen führen uns noch einmal zum Gesundheitsfonds. Ich hätte zunächst eine Frage an Frau Korf. Es geht noch einmal um das Thema, ob eine pauschale oder eine prozentuale Reduzierung der Grundzuweisung bei Unterschreiten der 100-Prozent-Finanzierung des Fonds für die Kassen notwendig ist. Könnten Sie noch einmal Aussagen dazu machen, wie es sich mit den Mitglieder- oder Versichertenbezügen verhält? Wir haben gehört, Kassen mit vielen Familienangehörigen wären beim Versichertenbezug benachteiligt. Teilen Sie diese Auffassung oder gibt es auch andere Argumente?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Dr. Daubenbüchel. Wir haben durch die Einführung der Insolvenzfähigkeit neue Regelungen, insbesondere im Bereich der Aufsichten. Wie beurteilen Sie die Rolle der Aufsicht nach dem GKV-OrgWG und wo sehen Sie an dieser Stelle eher Handlungsbedarf? Vielleicht könnten Sie bei der Gelegenheit auch Ihre Erfahrung mit einbringen, was die Frage der Verwaltungskostenpauschale anbelangt. Halten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene 50/50-Regelung für sachgerecht und wenn ja, warum?

**Sve Claudia Korf:** Wir haben gehört, es gibt nur zweitbeste Lösungen, was den Verteilungsmodus des Unterschiedsbetrages angeht. Ich persönlich halte eine pauschale, versichertenbezogene Kürzung für das geringste aller Übel, weil dies relativ wettbewerbsneutral ist. Die angedeutete Belastungswirkung für Familien halte ich für vertretbar vor dem Hintergrund, dass Familien durch eine ganze Menge anderer Maßnahmen steuerlicher und leistungsrechtlicher Art sowie in der GKV insgesamt durchaus entlastet werden.

**SV Dr. Rainer Daubenbüchel:** Die Rolle der Aufsicht bei den beabsichtigten Insolvenzregelungen ist schon nach dem gegenwärtigen Gesetzentwurf eine ganz zentrale. Ich halte das auch für richtig und wichtig, weil die Aufsichtsbehörden diejenigen sind, die die meisten Erfahrungen mit den Krankenkassen haben und bereits nach dem geltenden Recht sämtliche Informationsmöglichkeiten, insbesondere über den Finanz- und Liquiditätsstand der Krankenkassen haben. Die Aufsichtsbehörden, jedenfalls das Bundesversicherungsamt und einige andere, verfügen auch schon über Erfahrungen mit Rettungsfusionen, die unter aufsichtsrechtlicher Begleitung zustande gekommen sind und bisher Erfolg hatten. Was den Insolvenzantrag betrifft, so kann dieser nur durch die Aufsichtsbehörde gestellt werden. Was meines Erachtens geändert werden müsste, ist zum einen die Dreimonatsfrist, die hier der Aufsichtsbehörde bleibt, um zu entscheiden, ob sie einen Insolvenzantrag stellt oder nicht. Das ist zu wenig vor dem Hintergrund, dass zunächst einmal die Rettungsfusionen versucht werden sollten. Ich würde auf diese Frist verzichten. Der zweite, noch viel gravierendere Punkt ist der, dass das Gesetz mit Recht davon ausgeht, dass die Schließung nach SGB V Vorrang haben soll vor der dem öffentlichen Recht völlig fremden Insolvenz. Wenn

aber schon ein Schließungsverfahren, was ich für richtig finde, den Vorrang haben soll, dann ist es völlig kontraproduktiv, wenn, wie es noch im gegenwärtigen Entwurf ist, nicht auch für den Fall der Schließung die Haftung bei Altersvorsorgeverpflichtungen nach dem Gesetz über die Betriebsrenten als Haftungsfall angesehen wird. Das heißt, es muss hier unbedingt eine Gleichbehandlung im Hinblick auf den Insolvenz- und Schließungsfall hergestellt werden. Es kann nicht so weitergehen, wie es nach dem gegenwärtigen Recht ist. Nach dem gegenwärtigen Recht zahlen die bundesunmittelbaren Kassen, also die insolvenzfähigen Krankenkassen, Beiträge an den PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN, ohne dass der PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN nach gegenwärtigem Recht jemals haften würde, weil nämlich die Haftungsverbände Vorrang haben und im Falle der Schließung der PENSIONS-SICHERUNGS-VEREIN niemals eintreten würde. Das muss geändert werden, sonst erstreckt man dieses Problem noch auf die landesunmittelbaren Kassen. Es geht also um die Gleichstellung von Schließung und Insolvenz auch im Hinblick auf das Betriebsrentengesetz. Ich stehe auf dem Standpunkt, dass viele ältere Versicherte einen höheren Betreuungsaufwand und damit höhere Verwaltungskosten nach sich ziehen und große Versorgerkassen durchaus Geld in die Hand nehmen müssen, um eine ortsnahe Betreuung von Versicherten sicherzustellen, insbesondere von älteren Versicherten. Es ist den Krankenkassen andererseits dringend zu empfehlen, dass sie mit der Einführung des morbiditätsorientierten RSA auch ein morbiditätsorientiertes Versorgungsmanagement einrichten, damit sie möglichst unterhalb der Durchschnittskosten bleiben, die im Morbi-RSA angerechnet werden. Dieses Versorgungsmanagement sollte insbesondere auf diejenigen Versicherten ausgerichtet sein, die unter chronischen Erkrankungen leiden und betreuungsbedürftig sind. Es ist klar, dass dies Geld kostet. Was den Verteilungsschlüssel angeht, gingen die Schätzungen von einer Verteilung von 30/70 über 50/50 bis hin zu 70/30. Meiner Einschätzung nach, ist der vom Gesetzgeber gewählte Schlüssel von 50/50 ein vernünftiger Kompromiss.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine weitere Frage bezieht sich auf den Themenkomplex „§ 73b“. Meine Fragen richten sich an den GKV-Spitzenverband, die KBV und die Bundesärztekammer. Wir haben von Herrn Dr. Weigeldt gehört, dass wir in

Baden-Württemberg bereits einen Hausärztervertrag haben, der auf der geltenden Rechtslage geschlossen ist. Wie beurteilen Sie den Änderungsantrag vor dem Hintergrund der Auswirkungen von Verträgen, die auf der neuen Rechtslage gegründet würden im Verhältnis zu denen, die noch auf der alten Rechtsgrundlage bestehen, zum Beispiel den Vertrag der Gmünder Ersatzkasse? Mit welchen Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur rechnen Sie und können Sie uns Anhaltspunkte geben, welche finanziellen Auswirkungen des § 73b auf die gesetzlichen Krankenkassen zu erwarten sind?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Der Gesetzentwurf sieht vor, dass man künftig keine hausarztzentrierte Verträge mehr, so wie heute mit der KV, abschließen kann. Die Gmünder-Ersatzkasse hat darauf hingewiesen, dass sie flächendeckend Hausarztverträge abgeschlossen hat. Das heißt, hier wären dann nach dem neuen Gesetzentwurf neue Vertragsverhandlungen notwendig, die aus Sicht der Versicherten dieser Krankenkasse eigentlich überflüssig sind. Die Krankenkasse wird dann, sofern die Bedingungen vorliegen, die in dem neuen Gesetzentwurf formuliert sind, gezwungen, mit einem entsprechenden Zusammenschluss einen neuen Vertrag zu machen. Auf die Frage, was passiert, wenn das nicht geschieht, habe ich bereits hingewiesen. Hier ist natürlich die Verhandlungsposition der Krankenkasse, wenn man einen Zwang hat, den Vertrag abzuschließen, nicht gerade die beste. Es ist dann vor dem Hintergrund, dass diese Krankenkasse, die Sie genannt haben, die Versorgung flächendeckend sichergestellt hat, eigentlich die Frage, warum man die Gefahr auf sich nehmen sollte, dass hier weitere Versicherungsgelder ausgegeben werden müssen, ohne dass eine erkennbare Versorgungsverbesserung erzielt wird. Die Versorgung in dieser Kasse ist mit den Verträgen sichergestellt. Insofern wiederhole ich die Grundsatzkritik. Wenn man eine hausarztzentrierte Versorgung durch Verträge außerhalb des Kollektivvertrages, also in Einzelverträgen, lösen will, halte ich das als Wettbewerbskonzept für hervorragend. Schlecht dabei ist der Kontrahierungszwang, den es schon heute im Gesetz gibt. Das wird durch diesen Entwurf noch verschlimmert. Die Gefahr, dass es nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führt, ist durchaus gegeben. Die Gefahr, dass hier Ressourcen der Krankenversicherung nicht zielgerichtet einge-

setzt werden, ist auch gegeben. Ich würde Sie dringend bitten, eine Gesetzesänderung vorzunehmen und den Kontrahierungszwang aus dem § 73b wegzunehmen und die Konstruktion als freiwillige Verträge zu belassen. Das würde ich dann als wettbewerbsneutral und wettbewerbsfördernd empfinden.

**SV Horst Dieter Schirmer** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Herr Vorsitzender, ich bitte Sie, mir zu gestatten, dass ich auch für die Bundesärztekammer antworte. Zu der Frage, welche rechtlichen Implikationen die Einführung der Regelung auf bestehende Verträge hätte, müssten sich eigentlich erst einmal diejenigen den Kopf zerbrechen, die diese Verträge geschlossen haben. Ich vermute aber einmal, dass wegen des Kontrahierungszwanges mit einer bestimmten Großgemeinschaft andere Vertragsbedingungen ausgehandelt werden sollen. Außerdem gibt es eine Schiedsregelung, die möglicherweise sich dahingehend auswirkt, dass bestehende Verträge gekündigt werden und Ähnliches. Für die KBV würde ich einmal nur allgemein betonen, dass wir diesem Wettbewerbsmodell der §§ 73b, 73c und 140 gar nicht ablehnend gegenüber stehen. Wir sind nur der Auffassung, dass gleiche Wettbewerbsbedingungen für potentielle Vertragspartner geschaffen werden müssen. Dazu gehören auch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es darf keinen privilegierten Vertragspartner geben, mit dem zwangsläufig ein Vertrag geschlossen wird. Inwieweit sich das finanziell hinsichtlich der Krankenkassen auswirkt, kann ich jetzt natürlich nicht sagen. Aber für die Kassenärztlichen Vereinigungen bedeuten diese Verträge einen Verlust an Verwaltungsbeiträgen, die neue Überlegungen auslösen müssen, wie man dann die Sicherstellungsaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert. Das muss man auch wissen. Man entzieht diesen Körperschaften Mittel zur Erfüllung ihrer Aufgaben.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe zum Thema der Anwendbarkeit des Vergaberechtes eine Frage an Herrn Dr. Hauck. Derzeit sind eine Reihe vergaberechtlicher Streitigkeiten, die die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern betreffen, vor Oberlandesgerichten anhängig. Halten Sie eine Regelung für sinnvoll und notwendig, die eine Übertragung dieser Rechtsstreitigkeiten an die Landessozialgerichte regelt, und halten Sie eine spezielle Regelung für Divergenzfälle für

erforderlich oder sind die allgemeinen Regelungen ausreichend?

**SV Dr. Ernst Hauck:** Eine Übertragung der anhängigen Sachen auf die Landessozialgerichte ist sinnvoll und notwendig aus drei Gründen heraus: Erstens, um sofort eine einheitliche Rechtsprechung gerade auch im Vergaberecht der GKV zu erreichen, zweitens, um Brüche in der Übergangssituation zu vermeiden und drittens, um eine zügige Entscheidungspraxis in den anhängigen Sachen zu sichern.

Um auf Ihre zweite Frage einzugehen: Für Divergenzfälle sind die allgemein vorhandenen Regelungen ausreichend. Schon nach geltendem Recht entscheidet der Gemeinsame Senat der Obersten Gerichtshöfe, wenn ein Oberster Gerichtshof in einer Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Obersten Gerichtshofes oder des Gemeinsamen Senats abweichen will. Das beruht auf Artikel 95 Abs. 3 GG und dem Gesetz zur Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung der Obersten Gerichtshöfe des Bundes. Diese Regelung gilt ohne Ausnahme, also auch bei Entscheidungen des BGH nach § 124 Abs. 2 GWB. Es besteht keinerlei Anlass, dass diese Sicherung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung der Obersten Gerichtshöfe des Bundes angetastet wird. Deshalb bedarf es keiner speziellen Regelung, sondern es genügt die allgemeine Regelung.

**Abg. Peter Friedrich (SPD):** Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den Deutschen Hausärzteverband und die Bundespsychotherapeutenkammer. Mich interessiert die Altersregelung für Vertragsärzte. Halten Sie die Aufhebung für sachgerecht und welche Auswirkungen erwarten Sie auf die Versorgungsqualität, auf die Versorgungssicherstellung und auf die Aussichten des ärztlichen Nachwuchses?

**SV Horst Dieter Schirmer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Wir sind der Auffassung, dass der Änderungsvorschlag zur Aufhebung der Altersgrenze, der auch im Bundesrat eingebracht wurde, richtig ist. Es stellt sich das Problem einer Übergangsregelung. Was geschieht mit den Ärzten, die in diesem Jahr 68 Jahre alt werden und deren Zulassung nach den zulassungsrechtlichen Regelungen zum Ende des Quartals endet, in dem sie 68 Jahre alt geworden sind? Der Änderungsvorschlag sieht hier Übergangsregelungen vor,

die wir auch für zutreffend halten. Es gibt eine Unterscheidung zwischen demjenigen, der seine Praxis bereits abgegeben hat und dem ein Nachfolger gefolgt ist - das gilt für zulassungsbeschränkte Gebiete - und für denjenigen, der das noch nicht getan hat. Es ist auch eine gewisse Rückwirkung vorgesehen. Man kann wahrscheinlich die Lücke im letzten Quartal gesetzestechnisch nicht ausfüllen. Wir werden deshalb versuchen, über Ermächtigungen zu operieren. Das heißt, dass man die Ärzte, deren Zulassung jetzt endet, Ende September für ein viertel Jahr zur Weiterführung ihrer Praxis ermächtigt, damit sie diese nicht abgeben müssen, wenn sie weitermachen wollen, bzw. dass man auch eine verfahrensrechtliche Lösung dahingehend findet, dass man den betroffenen Ärzten die Möglichkeit eines Widerspruchs gegen den Feststellungsbescheid des Zulassungsausschusses einräumt. Ob dies dann aufschiebende Wirkung hat, können wir nicht voraussagen. Es gibt dort eine unterschiedliche Rechtsprechung, aber es wäre vielleicht in dem einen oder anderen Fall hilfreich. Wir halten die Regelung für sinnvoll. Sie wird sich auf die Versorgungsqualität nicht auswirken. Es sind relativ wenige Ärzte, die im Alter von 68 Jahren noch tätig sind, und der Rückgang der Ärztezahlen wird auch den Zugang von jungen Ärzten zum System nicht verbauen.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV)):** Wir begrüßen diese Regelung außerordentlich. Bei uns ist es im Gegensatz zu den Ärzten schon so, dass wir keine Bedarfszulassungen mehr haben, so dass hier diese Regelung eigentlich nur konsequent ist. Dadurch, dass wir auch keine zulassungsgesperreten Gebiete mehr haben, würde mit einer Gültigkeit dieses Gesetzes ab dem 1. Oktober auch keine Notwendigkeit einer wie auch immer gearteten Übergangsregelung bestehen. Dort, wo es vielleicht einmal klemmen sollte, ist sicherlich auf Landesebene mit den Krankenkassen, die die gemeinsamen Ausschüsse mit den KZVn bilden, eine unbürokratische Regelung im Sinne des Gesetzgebers möglich. Eine Versorgungsqualitätsverschlechterung sehe ich nicht. Eine Verbesserung sehe ich mittelbar in jenen Bereichen - wie ich schon bei der letzten Anhörung zu diesem Thema ausgeführt habe -, in denen die jetzt älteren Kollegen durch die doch etwas knapper werdenden Zahnarztsitze mehr Zeit haben, ihre Praxen an die jungen Kollegen zu übergeben, so dass es mittel- und langfristige

auch für die Bevölkerung in diesen Bereichen zu besseren Perspektiven kommt.

**SV Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Ich denke, wir schließen uns dem grundsätzlich positiven Bild an. Es gibt mehrere positive Aspekte, weil nicht jeder 68-Jährige gleich ist und insofern auch länger in der Versorgung verweilen kann. Ich denke, dass es auf die Qualität keine negativen Auswirkungen hat. Die Aufhebung der Altersgrenze ermöglicht vielmehr langsame Übergänge mit Nachwuchsförderung in einer Praxis und beugt Drucksituationen vor, wobei dies den erforderlichen Nachwuchs natürlich nicht ersetzen kann. Für die Nachwuchsförderung wird es jedoch am wichtigsten sein, die strukturellen und honorartechnischen Verbesserungen in der hausärztlichen Versorgung sicherzustellen. Damit wären wir dann wieder bei § 73b.

**SV Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die Aufhebung der Altersgrenze. Wir sehen wie unsere Vordredner auch die damit verbundene Problematik, was den Nachwuchs angeht. Deshalb ist der Änderungsantrag des Bundesrates von besonderer Bedeutung. Die Einführung der Möglichkeit eines hälftigen Verzichtes bietet die Chance, jüngere Kollegen in freierwerbende oder hälftig freierwerbende Psychotherapeutenpraxen einzubeziehen.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zur sozialmedizinischen Nachsorge und möchte Herrn Andreas Podeswik und den Spitzenverband Bund fragen. Ist die Umwandlung der sozialmedizinischen Nachsorge in eine Anspruchsleistung zusammen mit der Einführung einer Empfehlungsbefugnis vom Spitzenverband geeignet, eine flächendeckende Versorgung chronisch kranker und schwerstkranker Kinder mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen sicherzustellen?

**SV Andreas Podeswik**: Ich denke, es ist eine ganz hervorragende Möglichkeit, den Kindern, die eine Nachsorge brauchen, dies zu ermöglichen. Bisher gibt es etwa 40 Einrichtungen, die bereit sind, Nachsorge anzubieten. Wir brauchen in Deutschland aber 120 bis 130 Einrichtungen. Die Einrichtungen, die jetzt Nachsorge anbieten, haben nur zu einem kleinen Teil Verträge mit den Kassen geschlossen. Wir können eine flächendeckende Versorgung nur mit genügend Druck erreichen. Dieser Druck kann

nur dadurch entstehen, dass die Nachsorge als Regelleistung gefördert wird. Der zweite Teil kann geschehen, wenn genügend Geld ins System kommt, damit die Leistung auch ausreichend vergütet wird. Ich glaube, dass die Kinder diese Leistung dringend brauchen. Es sind kleine Anzahlen von Kindern, aber es sind die ganz hoch belasteten. Für diese Kinder sollte die Leistung dringend angeboten werden, weil wir wissen, dass damit die Therapie sichergestellt, die Krankenhauszeit verkürzt und die Lebensqualität des Kindes und seiner Familie bedeutend verbessert wird. Das haben wir nicht nur in Studien nachgewiesen, sondern ich kann es Ihnen auch aus ganz vielen Praxisbeispielen bestätigen. Auch die Eltern in den Selbsthilfegruppen wünschen sich von Herzen, dass ihren Kindern insoweit geholfen wird. Ich denke, die Notwendigkeit ist klar und die Umsetzung brauchen wir jetzt.

**SV K.-Dieter Voß** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die Neuregelung wird von uns durchaus begrüßt, obwohl man sich davon keine übergroßen Effekte erwarten darf. Denn die Umwandlung von einer bisherigen Ermessensleistung in eine Rechtsanspruchsleistung bedeutet nicht, dass jetzt auf die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall verzichtet werden kann und verzichtet werden wird. Auch bei der Ermessensleistung müssen die Kassen natürlich das Ermessen pflichtgemäß ausüben. Wir werden aber als GKV-Spitzenverband mit Blick auf die Richtlinie dafür sorgen, dass dort, wo entsprechender Bedarf besteht, Impulse für die Verträge gegeben werden. Bisher sind Verträge mit 16 Einrichtungen in vier Bundesländern abgeschlossen worden. Das ist sicherlich nicht bedarfsgerecht. Es ist auch nicht sichergestellt, dass mit Hilfe dieser Regelung eine bedarfsdeckende Versorgung über alle Länder und über alle Einrichtungen erzielt werden wird. Auch die Anhebung der Veränderung der Altersgrenze begrüßen wir. Die bisherige Grenze war möglicherweise zu kurz gegriffen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Ärztekammer, die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, den Zentralverband der Augenoptiker und die Wettbewerbszentrale. Im neuen § 128 SGB V sollen Regelungen zur Verhinderung unzulässigen Vorgehens in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten getroffen werden, die sich primär an die Leis-

tungserbringer und die Krankenkassen richten. Sehen Sie grundsätzlichen Handlungsbedarf im SGB V oder halten Sie die bestehenden Regelungen des Straf-, Berufs- und Wettbewerbsrechts für ausreichend? Wie werden berufsrechtliche Regelungen bisher überwacht? Das richtet sich besonders an die Ärztekammer. Sind die vorgesehenen Regelungen geeignet, entsprechenden Missständen entgegenzuwirken oder sehen Sie Alternativen?

**SV K.-Dieter Voß** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die neuen Regelungen sind zu begrüßen, denn offenbar haben die bisherigen Regelungen, auch die strafrechtlichen und berufsrechtlichen Regelungen, nicht ausgereicht, solche Vorkommnisse zu verhindern. Andererseits muss man sehen, dass diese neue Regelung durch die Bindung des Vertragsprinzips an die Hilfsmittelerbringung relativiert wird. Denn bisher waren auch andere als Vertragspartner berechtigt, Hilfsmittel abzugeben. Das wird verändert und das Potential dieser Direktabgaben dadurch möglicherweise etwas vermindert. Alternativen zu dem jetzt vorgelegten Vorschlag sehen wir nicht.

**SV Horst Dieter Schirmer** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen keine Notwendigkeit für diese Regelung. Wenn man das Berufsrecht analysiert, wird man feststellen, dass nach den Berufsrechtsregeln dem Arzt bestimmte Aktivitäten in diesem Feld ohnehin verboten sind. Es gibt die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte zum so genannten „verkürzten Versorgungsweg“. Solche Vorgänge werden immer wettbewerbsrechtlich angegriffen und es gibt dazu unterschiedliche Rechtsprechung. Es gibt nur wenige Ausnahmefälle, in denen das erlaubt wird. Der Bundesgerichtshof und zuletzt das Oberlandesgericht Celle, haben so entschieden für bestimmte augenoptische Produkte und Ähnliches. Im Grunde genommen überdeckt der Gesetzgeber mit einer sozialrechtlichen Regelung das ärztliche Berufsrecht, das durch die Ärztekammern überwacht wird. Wenn solche Vorgänge bekannt werden, werden sie verfolgt. Viel wirksamer ist übrigens das Wettbewerbsrecht, mit dem man dann gegebenenfalls diese Vereinbarungen für unzulässig erklären lassen und u.a. Unterlassung verlangen kann.

**SVe Marianne Frickel** (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)): Ich kann mich dem

nicht anschließen, sondern wir begrüßen es außerordentlich, dass der Gesetzgeber endlich die Initiative ergriffen hat und geeignete Maßnahmen für die bestehenden unlauteren Praktiken ergriffen hat. Wir sehen hier absoluten Handlungsbedarf und sagen auch, dass die Regelung ein erster Schritt in die richtige Richtung ist. Vor allen Dingen geht es uns darum, dass nicht nur die unmittelbare Gewährung wirtschaftlicher Vorteile untersagt wird, sondern letztendlich auch die mittelbaren. Damit könnte aus unserer Sicht unter anderem die Beteiligung zum Beispiel von Fachärzten an Leistungserbringerbetrieben, die immer mehr um sich greift, etwa in der Rechtsform der GmbH, erschwert werden. Gleichzeitig würden wir auch eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung begrüßen, um diesem Missbrauch, der sich flächendeckend ausbreitet, entgegenzuwirken. Wir sehen nicht nur so, dass sich der verkürzte Versorgungsweg mehr oder weniger so etabliert hat, sondern dass er mittlerweile auch unterschiedlich ausgelegt wird, so dass sogar die Weitergabe von Patientenrechnungen an den Leistungserbringer als zulässig erachtet wird. Gleichzeitig meinen wir, dass die Sanktionen, die hier notwendig sind, nicht nur den Geber der Zahlung betreffen sollten, sondern auch den Empfänger. Darüber hinaus sollten auch noch weitere berufsrechtliche Regelungen bei den Ärzten erfolgen. Wir halten es nicht für sehr glücklich, dass in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen wird, dass gerade dieser verkürzte Versorgungsweg grundsätzlich möglich ist. Dieses Marketinginstrument sollte man nicht in der Gesetzesbegründung liefern, sondern diesen Hinweis konsequenterweise ganz streichen. Außerdem würden wir eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung für geboten halten, dass wenn sich Ärzte schon an den Leistungen und der Leistungserbringung beteiligen wollen, dass hierfür dann auch entsprechende Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden sollten.

**SV Stefan Pape** (Zentralverband der Augenoptiker (ZVA)): Im Großen und Ganzen kann ich mich meiner Vorrednerin nur anschließen, auch wenn bei uns die Häufigkeit von Problemen nicht ganz so groß ist wie in der Hörgeräteakustik. Aber eine Präzisierung in diesem Bereich ist dringend notwendig.

**SV Peter Brammen** (Wettbewerbszentrale): Ich würde gern die Erfahrungen, die wir in jahrelanger Rechtsverfolgungspraxis in derartigen Fällen gemacht haben, in den Vordergrund rü-

cken. Wir sehen schon einen gewissen Handlungsbedarf, denn man muss sehen, dass die Sachverhalte, die uns auf dem Beschwerdeweg vorgetragen werden, dann auch im prozessualen Geschehen bewiesen werden müssen. Dazu stehen uns in der Regel aber nur die Patienten als Zeugen zur Verfügung. Aussagebereite und standfeste Zeugen findet man bisweilen, aber nicht durchgängig, so dass hier sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielt werden. Ich möchte auch auf die Rechtsprechungsentwicklung zu sprechen kommen. Dort stellen wir fest, dass die Ausgangs- und Ansatzpunkte in der obergerichtlichen Rechtsprechung sehr unterschiedlich sind. Es gibt beispielsweise ein Oberlandesgericht, das sich außer Stande sieht, die Frage des hinreichenden Grundes für eine Verweisung im Sinne des § 34 Abs. 5 der Berufsordnung zu überprüfen. Ein anderes Oberlandesgericht sieht den Tatbestand einer verbotene Zuweisung schon dann als erfüllt an, wenn ein Arzt in seiner Praxis Werbematerial eines bestimmten Leistungserbringers auslegt. Die Spannweite ist enorm groß. Die Wettbewerbszentrale versucht dies zu klären, und zwar auch indem notwendige Revisionen zum BGH eingelegt werden. Es ist uns aber nicht möglich, wirklich alle Missstände stringent zu erfassen. Deswegen sind wir der Meinung, dass dies hier ein Schritt in die richtige Richtung ist. Wir halten die Regelung durchaus für geeignet, weil sie am Finanzfluss zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt anknüpft und dieser intransparente Finanzfluss, der eventuell dort stattfindet, genau das wettbewerbsverzerrende Element ist, welches hier eine ganz entscheidende Rolle spielt. Es gibt durchaus Alternativen, über die man nachdenken kann, um zum Beispiel alle Beteiligten zu erfassen. Man könnte darüber nachdenken, an die Regelungen im Heilmittelwerbegesetz über die unsachliche Beeinflussung anzuknüpfen. Wenn man vom Topos des Patienten als Verbraucher ausgeht, dann wäre unter Umständen die Platzierung einer Regelung in einem Wettbewerbsgesetz durchaus vernünftig. Wir sehen aber auch die Schwierigkeiten, die sich möglicherweise durch Fragen der Regelungskompetenzen ergeben. Deswegen schlägt die Wettbewerbszentrale vor, es zunächst einmal mit dem neuen § 128 SGB V zu versuchen, die damit gemachten Erfahrungen beizeiten auszuwerten und dann über eventuell notwendige weitere gesetzliche Schritte nachzudenken.

Stellvertretender Vorsitzender **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, damit sind wir nach vier-einhalb Stunden konzentrierter Arbeit am Ende der Anhörung angekommen. Ich danke Ihnen, insbesondere den Sachverständigen, für Ihre Mitarbeit. Sie werden aus dem endgültigen Gesetzestext ersehen, inwieweit Ihre Bedenken und Anregungen aufgenommen wurden. Wir werden diese wie immer sorgfältig würdigen. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg und schließe die Ausschusssitzung.

Sitzungsende: 18.32 Uhr