

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**53. Sitzung**

**Berlin, den 19.10.2011, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Bundesministerium der Finanzen**  
**Wilhelmstraße 97**  
**10117 Berlin**  
**Sitzungssaal: Matthias-Erzberger-Saal**

**Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB**  
**Kathrin Vogler, MdB (zeitweise)**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT-Drucksache 17/6906

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung

BT-Drucksache 17/3215

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen

BT-Drucksache 17/7190

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Henke, Rudolf  
Henrich, Michael  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Maag, Karin  
Michalk, Maria  
Monstadt, Dietrich  
Riebsamen, Lothar  
Rüddel, Erwin  
Spahn, Jens  
Stracke, Stephan  
Straubinger, Max  
Vogelsang, Stefanie  
Zöller, Wolfgang  
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
Rief, Josef  
Selle, Johannes  
Singhammer, Johannes  
Tauber, Peter, Dr.  
Zimmer, Matthias, Dr.

**SPD**

Bas, Bärbel  
Franke, Edgar, Dr.  
Graf, Angelika  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Lemme, Steffen-Claudio  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Volkmer, Marlies, Dr.

Ernstberger, Petra  
Ferner, Elke  
Gerdes, Michael  
Gleicke, Iris  
Kramme, Anette  
Meßmer, Ullrich  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald  
Tack, Kerstin

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.  
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Senger-Schäfer, Kathrin  
Vogler, Kathrin  
Weinberg, Harald

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhring, Cornelia  
Tempel, Frank

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Bender, Birgitt  
Klein-Schmeink, Maria  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kuhn, Fritz  
Kurth, Markus

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

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

## Sprechregister

Abg. Bärbel Bas (SPD)	43
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23, 24, 61, 62
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	17, 48, 52
Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)	52
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22, 59, 60, 61
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	12, 46
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	30, 70
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	18, 19, 21, 54, 55, 58, 59
Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU)	33
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	15, 16, 17, 53
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	44, 70
Abg. Jens Ackermann (FDP)	51
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	7, 37, 57, 64, 65, 66, 68, 69
Abg. Karin Maag (CDU/CSU)	9
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	33, 56, 57, 58
Abg. Lars Lindemann (FDP)	49, 50
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	35
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	63
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	39, 64
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	40
Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)	11
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	31, 72
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	25
Die Vorsitzende	7, 33, 57, 65, 70, 73
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	7
SV Björn Kleiner (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed))	40
SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	8, 10, 11, 18, 27, 36, 37, 40, 48, 49, 52, 69
SV Dr. Andreas Reimann (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V.)	38
SV Dr. Benny Levenson (Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK))	21
SV Dr. Christopher Hermann	31, 47, 71, 72
SV Dr. Dirk Heinrich (NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.)	49, 50
SV Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband)	28, 43
SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK))	11
SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	28
SV Dr. Martin Walger (Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH))	41
SV Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR))	72
SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	9, 26, 39, 42, 65, 67, 70
SV Dr. Reimar Buchner	31
SV Dr. Stephan Schmitz (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO))	37, 52
SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	55

SV <b>Georg Baum</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)) _____	22, 35, 48, 53
SV Gregor Bornes (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und - Initiativen (BAGP)) _____	14, 57
SV Gregor Bornes (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und - Initiativen (BAGP)) _____	57, 60
SV Herbert Weisbrod-Frey (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)) _____	13, 44
SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) _____	71
SV Jan Wolter (SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien) _____	51
SV Joachim Michael Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)) _____	52, 67
SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband) _____	8, 10, 14, 18, 20, 39, 46, 50, 54, 60, 62, 64, 68
SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag) _____	30
SV Jörn Schroeder-Printzen (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren e.V. (BMVZ)) _____	30
SV Jürgen Hohnl (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.)) _____	61
SV Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.) _____	33
SV Matthias Diessel (Pro Generika e.V.) _____	63
SV Michael Janßen (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)) _____	19
SV Prof. Dr. Christian Dierks _____	25, 64, 66
SV Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz _____	22
SV Prof. Dr. Günter Neubauer _____	7, 9
SV Prof. Dr. Helge Sodan _____	15, 16, 17
SV Prof. Dr. Jürgen Wasem (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö)) _____	24, 62
SV Prof. Dr. Klaus Stegmüller _____	19, 58
SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)) _____	23, 44
SV Prof. Dr. Wolfgang Spoerr _____	8, 10, 65
SV Sven Tschoepe (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)) _____	55
SV Thomas Ballast (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)) _____	12, 20, 47, 58, 59, 61
SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e.V.) _____	11
SV Uwe Deh (AOK-Bundesverband (AOK-BV)) _____	34, 46, 73
SVe Antje Welke (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.) _____	44, 71
SVe Bernadette Sickendiek (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. (PHAGRO)) _____	69
SVe Dr. Annika Lange (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e.V.) _____	59
SVe Dr. Annika Lange (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)) _____	13
SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)) _____	45
SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband) _____	67, 68
SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.) _____	15, 34, 44, 56
SVe Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)) _____	29

SVe Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	12
SVe <b>Dr. Siiri Ann Doka</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	50, 54, 56, 57, 63
SVe Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	60
SVe Petra Meiners (Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.)	49

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich möchte Sie ganz herzlich hier begrüßen als Sachverständige, Vertreter der Medien und auch als interessierte Zuschauer. Für die Bundesregierung begrüße ich Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz. Vorweg einige Bemerkungen zur Anhörung, die an einem für uns ungewohnten Ort stattfindet. Unsere Anhörungen werden normalerweise für das Fernsehen aufgezeichnet. Das ist in diesen Räumen nicht möglich. Es wird aber eine Tonbandaufnahme erfolgen, die ins Internet eingestellt wird. Wir gliedern die Anhörung in zwei Teile. Der erste Teil dauert zwei Stunden, dann folgt eine Pause von 30 Minuten. Um 16.30 Uhr setzen wir die Sitzung fort. Sollte die Befragung durch eine Fraktion um 16.00 Uhr nicht beendet sein, werden wir nach der Pause an dieser Stelle fortfahren. Noch ein lebenspraktischer Hinweis: Speisen und Getränke können während der gesamten Zeit vor dem Raum erworben werden, dürfen aber, darauf muss ich hinweisen, nicht in diesem Raum verzehrt werden. Einige weitere Bemerkungen möchte ich zu unserem Verfahren machen. Die fünf-einhalb Stunden haben wir in Zeitkontingente auf die Fraktionen nach ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt. Die CDU/CSU wird beginnen. Ich möchte Sie alle bitten, die Einzelsachverständigen ebenso wie die Verbandsvertreter, wenn ich Sie aufrufe, Ihren Namen und die Institution, die sie vertreten, zu nennen, damit die Angaben aufgezeichnet werden. Trotz der langen Dauer der Anhörung bitte ich Sie, sich so kurz wie möglich zu fassen. Bitte schalten sie ihre Mobiltelefone aus, um uns Klingeltöne und Resonanzen aller Art zu ersparen. Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass der Gegenstand der Anhörung der von der Bundesregierung eingebrachte „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf BT.-Drs. 17/6906 ist. Weitere Gegenstände der Anhörung sind der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer

wohnnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung“ auf BT.-Drs. 17/3215 und der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Wirksame Strukturreform für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen“ auf der BT.-Drs. 17/7190 sowie die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen, die auf den Ausschussdrucksachen 17(14)190(neu), 17(14)192 und 17(14)193 vorgelegt worden sind.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Bitte sehen sie uns nach, dass es hier im Raum etwas eng ist, aber wir führen eine der größten Anhörungen in dieser Legislaturperiode durch. Unsere erste Frage richtet sich an die Einzelsachverständigen Prof. Neubauer und Herrn Prof. Spoerr sowie an die KBV. Unsere generelle Frage lautet, ob Sie den Gesetzentwurf für geeignet halten, die Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich zu verbessern und Unterversorgung entgegenzuwirken. Ferner bitte ich die KBV, den GKV-Spitzenverband und den G-BA um eine Beurteilung zur Flexibilisierung der Planungsbereiche und zu den Instrumenten zur Sicherstellung der Versorgung.

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Meiner Einschätzung nach gehört dieses Gesetzesvorhaben zu den ganz wenigen der letzten zehn Jahre, die sich mit den Versorgungsstrukturen beschäftigen und nicht mit den Ausgaben bzw. mit Kostendämpfung. Daher hebt es sich wohltuend von anderen Gesetzen ab. Ich denke, die Neuorganisation und die voraussichtliche Steuerung der Versorgung sind ein absolutes Muss, wenn man in Rechnung stellt, dass Deutschland durch die demografische Veränderung vor großen Herausforderungen steht. Die demografischen Veränderungen beginnen bereits heute. Wir wissen, dass in den neuen Bundesländern eine starke Abwanderung eingesetzt hat, und wir müssen daher darüber nachdenken, wie die Versorgungsstrukturen hier optimiert werden

können. Selbstverständlich erfasst diese Wanderung auch die Versorgungsstrukturen als solche, das heißt die Ärzte. Auch Ärzte neigen dazu, sich bevorzugt in Ballungsräumen niederzulassen. Das Gesetz zeigt eine Reihe von Ansätzen, wie man dem entgegenwirken kann. Ob die Wirkungen, die wir heute erwarten, in vollem Umfang eintreten werden, ist eine empirische Frage, die sich erst in Zukunft beantworten lässt. Eine Reihe von Instrumenten zielt in die richtige Richtung. Deshalb bin ich der Meinung, dass dieses Gesetz eine adäquate erste Antwort auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen ist, die wir im Land haben. Man muss die weitere Entwicklung beobachten und, wenn es sein muss, die Maßnahmen noch einmal verschärfen oder ergänzen.

**SV Prof. Dr. Wolfgang Spoerr:** Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen. Aus meiner Sicht regelt das Versorgungsstrukturgesetz im Großen und Ganzen die wichtigen Zukunftsthemen der Krankenversorgung in Deutschland, namentlich die Stadt-Land-Problematik und die Versorgungsqualität, mit einem innovativen Instrumentenmix. Es ist aus meiner Praxiserfahrung sehr zu begrüßen, dass der Gesetzesentwurf den bestehenden institutionellen Rahmen nur sehr behutsam fortentwickelt und auf neue systemfremde Elemente, wie es zuletzt zum Beispiel die Selektivverträge im System der vertragsärztlichen Versorgung mit Sicherstellungsauftrag waren, weitgehend verzichtet. Positiv ist auch zu bewerten, dass der Gesetzesentwurf nur in behutsamer Weise zusätzliche Eingriffsinstrumente schafft, bei der Bedarfsplanung auf eine übermäßige Ausdehnung der Planungsinstrumente gegenüber dem Ist-Zustand verzichtet und stattdessen die Stadt-Land-Problematik mit einem nur behutsam eingreifenden Instrumentenmix zu bewältigen sucht, der mehr Raum für dezentrale Verantwortung und eine stärkere Einbindung der Länder schafft. Insgesamt halte ich es für außerordentlich

positiv, dass im Ansatz des Gesetzgebers viel mit Zuckerbrot und relativ wenig mit Peitsche gearbeitet wird.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen für grundsätzlich geeignet, zum Teil eine Verbesserung der ambulanten Versorgung herbeizuführen und insbesondere der Unterversorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken. Das betrifft insbesondere die Elemente der Regionalisierung und Flexibilisierung der Planungsregionen und vor allem auch die Instrumente, die dafür vorgesehen sind, die Sicherstellung zu gewährleisten.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Die gesetzliche Krankenversicherung hält die Ziele des Gesetzes im Bereich der Bedarfsplanung für grundsätzlich richtig. Das Gesetz vollzieht aber lediglich einen Schritt in die richtige Richtung. Denn die Maßnahmen greifen aus unserer Sicht letztlich zu kurz. Wir halten die Flexibilisierung der Planungsbereiche für grundsätzlich richtig. Eine Unterscheidung der Planungsbereiche bei der Planung der hausärztlichen Versorgung in allgemein fachärztliche und spezialisierte fachärztliche Versorgung ist vernünftig. Die anderen vorgesehenen Instrumente zur Sicherstellung konzentrieren sich aber zu einseitig auf finanzielle Zuwendungen an die beteiligten Ärzte und beziehen uns als Kostenträger nicht ein. Wer glaubt, Unterversorgung beseitigen zu können, ohne Überversorgung wirksam – und ich betone dies – anzugehen, der glaubt an ein Ziel, das wir so nicht teilen. Uns fehlt eine wirksame Vorgehensweise gegen die Überversorgung. Dabei sind die Instrumente schon genannt. Das Spannende sind Aufkauf und Stilllegung von Praxen. Dieses Instrument wird aber nur als eine Option angesehen. Das ist bedauerlich. Hier sollte ein Zwang bestehen. Dann würde die



Überversorgung auch zuverlässig beseitigt. Zu Ihrer zweiten Frage: Sie sprechen bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent von einer Befristungsmöglichkeit für Zulassungen. Das ist vollkommen richtig. Das sollten Sie aber auch generell bei einer Überversorgung von mehr als 110 Prozent vorsehen, und zwar in vielen fachärztlichen Bereichen auch obligatorisch. Sie sehen vielfach finanzielle Anreize vor. Diese stellen in der Tat ein wirksames Instrument zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens dar. Hingegen schaffen sie die Abschläge vom Orientierungswert bei Überversorgung, die bei einer Neuzulassung wirksam würden, bedauerlicherweise ab.

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Der Gemeinsame Bundesausschuss begrüßt die Flexibilisierung der Bedarfsplanung. Wir halten sie für dringend erforderlich, weil die bisherigen Vorgaben mit der Bindung an den Stichtag 1990 ebenso wie die Festlegung der Planungsbereiche, die sich relativ verbindlich auf Stadt- und Landkreise verteilen, zu starr sind. Wir gehen davon aus, dass wir durch eine Flexibilisierung die Möglichkeit erhalten, die Arztgruppen, die Planungsbereiche und die Verhältniszahlen neu zu definieren, also eine stabile Planungsgrundlage auf der Basis des bestehenden Versorgungsbedarfes zu schaffen. Dabei sehen wir auch die Notwendigkeit, den Regionen mehr Spielraum zu geben, also in den Richtlinien des Bundesausschusses nur die Kernregelung zu verankern, den Landesausschüssen aber viel mehr regionalen Spielraum einzuräumen, um dem lokalen Versorgungsbedarf und dem qualifizierten Mehrbedarf vor Ort Rechnung tragen zu können. Deshalb begrüßen wir diese Neuregelung. Was die Sicherstellung angeht, geht es in dem Gesetzentwurf primär um die Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dazu will ich mich jetzt nicht positionieren. Wir könnten dazu beitragen, den Sicherstellungsauftrag mit der nötigen Flexibilität umzusetzen, indem

wir über die kleinräumige Bedarfsplanung mehr Daten zur Verfügung stellen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständigen Prof. Neubauer und Prof. Spoerr, an die KBV und den GKV-Spitzenverband. Die Finanzzuweisungen wurden mit dem Gesundheitsfond und dem einheitlichen Beitragssatz bundesweit vereinheitlicht. Auf der anderen Seite gibt es jetzt die Bestrebung, die Entscheidungskompetenz zur Honorarverteilung zu regionalisieren. Wie beurteilen Sie die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Honorarverteilung vor diesem Hintergrund?

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Ich denke, das ist eine zentrale Frage. Wir zielen mit den einheitlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond auf eine zentralisierte vereinheitlichte Gesundheitspolitik. Die Frage ist, ob man das wirklich will. Aber selbst wenn wir einheitliche Beträge zuweisen, ist es möglich, diese Mittel vor Ort bzw. regional flexibel einzusetzen. Es ist nun einmal so, dass verschiedene Regionen und verschiedene Bundesländer, selbst wenn sie nicht so groß sind wie Bayern, erhebliche Unterschiede aufweisen. Die zugewiesenen Mittel könnten nun entsprechend den örtlichen Gegebenheiten eingesetzt werden. Das ist ein Fortschritt und somit positiv zu bewerten. Gleichwohl wäre es aus meiner Sicht wünschenswert, bei den Zuweisungen selbst mit regionalen Faktoren zu arbeiten. Darüber hat es schon einmal eine Diskussion gegeben. Wir haben den Plan aber wieder fallen gelassen, weil er schwierig umzusetzen ist. Aber aus meiner Sicht wäre das nach wie vor ein wichtiges Vorhaben, das man vielleicht in einem nächsten Gesetz umsetzen sollte. Ich sehe in der vorgesehenen Regelung, die einheitlich zugewiesenen Mittel vor Ort flexibel einzusetzen, eine Verbesserung gegenüber der jetzigen Lage. Ich halte aber die Zuweisung eines einheitlichen Betrages immer noch für

diskussionswürdig, denn nach der ökonomischen Theorie sollten gleiche Leistungen zwar gleiche Preise haben, aber Preise und Leistungen sind hier anders zu definieren.

**SV Prof. Dr. Wolfgang Spoerr:** Ich sehe keinen Widerspruch zwischen der zentralen Festlegung der zuzuweisenden Mittel und der Einbeziehung dezentraler Faktoren bei ihrer Verteilung. Damit wird dem Gedanken der Subsidiarität und der Selbstverwaltung Rechnung getragen und Überzentralisierung verhindert. Man darf nicht vergessen, dass es allein in der Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung ganz erhebliche gewachsene regionale Unterschiede gibt. Denken Sie etwa an den Mix aus psychotherapeutischer Versorgung, die in Großstädten viel weiter ausgebaut ist als in kleinstädtischen oder ländlichen Gebieten, und ärztlicher Versorgung oder zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung. Ich halte es für wichtig, die großen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, die sich auch aus dem unterschiedlichen Nachfrageverhalten der Patienten ergeben und die teilweise historisch gewachsen sind, wieder stärker zu berücksichtigen. Ich rege allerdings eine Klarstellung an, dass Versorgungs- und Leistungsbereiche auch künftig zentral geregelt werden können, sofern die vertragsärztliche Selbstverwaltung dies für zweckmäßig hält. Was für die hausärztliche Versorgung geeignet ist, muss für die Laboratoriumsmedizin, die eher bundesweit organisiert ist, noch lange nicht geeignet sein, so dass hier vielleicht etwas mehr Flexibilität in der Kombination von zentraler und dezentraler Steuerung bestehen bleibt.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Krankenkassen zahlen den Kassenärztlichen Vereinigungen eine so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung pro Versichertem. Wenn diese Zahlung erfolgt ist, folgt die so genannte Honorarverteilung.

Die Honorarverteilung hat keinen Einfluss auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, und somit gibt es auch keine Korrelation mit den Zuwendungen, die aus dem Gesundheitsfonds stammen. Deshalb ist die Regionalisierung zu unterstützen. Eine andere Frage betrifft die Höhe der so genannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versichertem in den Bundesländern. Auch hier gibt es keine Korrelation mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Deshalb bestehen große Probleme im Umgang mit den regionalen Unterschieden.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ich will den Gedanken aufgreifen, den Herr Köhler entwickelt hat. Es ist richtig, dass die Zuweisungen aus dem Fond an die Krankenkassen nach zentralen Kriterien vorgenommen werden. Dies muss man einfach zur Kenntnis nehmen. Es kann aber zu Problemen bei den regionalen Krankenkassen führen, wenn wir die Versorgung, insbesondere die Vergütung, stark regionalisieren. Grundsätzlich kann man sagen, dass Finanzzuweisungen und Honorarverteilung zweierlei sind. Die Politik sollte sich aber vor Augen halten, dass Sie hier im Vergleich zum GKV-WSG einen Paradigmenwechsel vollzieht. Beim GKV-WSG wurde die Zielsetzung verfolgt, dass für die gleiche ärztliche Leistung auch die gleiche Vergütung gezahlt werden soll. Je mehr die Vergütung regionalisiert wird, desto weiter entfernt man sich jedoch von diesem Grundsatz. Die Honorare sollen nach dem Gesetzentwurf – und ich hoffe, dass der Entwurf an dieser Stelle entscheidend verbessert wird –, ohne Mitwirkung der Krankenkassen verteilt werden. Dies ist bedauerlich, weil die Entscheidung die einzelnen Krankenkassen unmittelbar betreffen kann. Daher fordert die GKV nicht nur die Herstellung des Benehmens, sondern des Einvernehmens. Problematisch für den ärztlichen Bereich ist auch, dass der Gesetzentwurf bei den regionalen Vergütungsverhand-

lungen eine Vielzahl von Erhöhungsmöglichkeiten vorsieht, ohne dass die Krankenkassen dies verhindern könnten. Das ist schade. Ein Einvernehmen bzw. ein Erhalt des Einvernehmens würde dieses Problem lösen.

**Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Deutschen Hausärzterverband, die sich auf das Thema Eintragung in das Arztregister bezieht. Nach geltendem Recht bildet der Nachweis einer erfolgreichen Weiterbildung – in der Allgemeinmedizin von mindestens fünf Jahren Dauer – die Voraussetzung dafür. Ärztinnen und Ärzte mit einer dreijährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung konnten sich bis zum 31.12.2008 in das Arztregister eintragen lassen, und die Eintragung in das Arztregister ist wiederum nötig, um sich als Vertragsärztin oder Vertragsarzt niederlassen zu können. Nun hat der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr die Forderung aufgestellt, diese Frist für die Eintragung in das Arztregister im § 95 Abs. 2 SGB V zu streichen. Können Sie uns sagen, wie viele Ärztinnen und Ärzte unter eine solche Ausnahmeregelung fallen würden? Es dürften nur solche Ärzte sein, die ihre Weiterbildung vor 2006 abgeschlossen haben. Wenn wir das Zahlengerüst kennen, würde ich gern von der Bundesärztekammer erfahren, ob die Bedenken, die zum Teil geäußert werden, dass dies zu einer Beeinträchtigung der Qualität der Versorgung führen kann, weil solche Ärzte möglicherweise über einen geraumen Zeitraum nicht praktiziert haben, berechtigt sind, und wie das Argument zu beurteilen ist, dass darin eine Benachteiligung solcher Ärzte liegt, die sich auf Grund der Regelung bereits einer fünfjährigen Weiterbildungen unterzogen haben.

**SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt diese Forderung des Deutschen Ärzteta-

ges. Genaue Zahlen haben wir nicht, aber nach detaillierten Schätzungen werden das einige wenige hundert Ärztinnen und Ärzte sein, jedenfalls deutlich unter 500. Man könnte erwägen, ob man eine solche Zulassung zeitlich befristet und auf unterversorgte Regionen beschränkt.

**SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e.V.):** Auch nach unserer Kenntnis sind die Zahlen sehr niedrig. Wir haben nur zweistellige Summen herausbekommen. Wir würden daher davon abraten, eine solche Befristung aufzuheben. Für die Qualität wäre das nicht von Vorteil. Im Übrigen haben die betreffenden Kollegen die Möglichkeit, durch die Weiterqualifikation wieder in den Beruf hineinzukommen. Den Vorschlag, unterversorgte Gebiete mit hoher Arbeits- und Morbiditätslast mit Ärzten zu versorgen, die mehrere Jahre nicht im Beruf tätig waren, halte ich für ungeeignet. Dies hätte möglicherweise katastrophale Auswirkungen für die betreffende Bevölkerung. Diesem Vorschlag sollte man nicht folgen. Den wenigen Ärzten, die dies betreffen könnte und die zwischenzeitlich nicht als Niedergelassene tätig waren, kann man nur empfehlen, sich nach zu qualifizieren, was ohne weiteres möglich ist. Auch die Regelung zum Quereinstieg, die auf dem Ärztetag diskutiert worden ist, bietet eine Möglichkeit für die Kolleginnen und Kollegen, innerhalb kürzerer Zeit, das heißt innerhalb von zwei bis drei Jahren, die notwendige Qualifikation nach zu erwerben.

**SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)):** Ich kann mich zu meiner großen Freude den Ausführungen von Herrn Weigeldt vom Hausärzterverband weitgehend anschließen. Es handelt sich hier nur um Einzelfälle. Wir haben leider keine statistisch exakte Erhebung, weil es keine Rechtsgrundlage dafür gibt. Wir weisen aber darauf hin, dass Hausärzte, die im Ausland eine dreijährige Qualifikation erworben ha-

ben, nach der EU-Richtlinie 2536 die Möglichkeit haben, sich auch in Deutschland niederzulassen. Davon haben bisher aber nur sehr wenige Ärzte Gebrauch gemacht. Wir können somit beweisen: Es gibt die Möglichkeit zur Weiterqualifikation, Ärzte halten sich an das Berufsrecht und sie machen Fortbildungskurse. Ein nennenswertes Problem sehen wir hier nicht.

**Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD):** Es ist sicher, dass wir hier heute eine große Anhörung haben. Ob wir auch ein großes Gesetz vorliegen haben, dazu kann man geteilter Meinung sein. Das soll unter anderem auch diese Anhörung zeigen. Ich stelle zunächst eine Frage an den Bundesverband der Verbraucherzentralen, den Verband der Ersatzkassen, den DGB, die Diakonie, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und den GKV-Spitzenverband. Ein Ziel des Gesetzentwurfs ist der Abbau von Über- und Unterversorgung. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit der hier vorgesehenen Maßnahmen, und wie schätzen Sie die absehbare Wirkung dieser Maßnahmen auf die gesamte Versorgungsqualität ein?

**Sve Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Wir halten die vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau von Über- und Unterversorgung insgesamt für völlig unzureichend. Wir sind der Meinung, dass ein deutlicher Abbau der Überversorgung die Voraussetzung dafür darstellt, dass auch die Unterversorgung beseitigt werden kann. Genau hier sehen wir ein Problem. Denn die Maßnahmen sind zum Teil nicht ausreichend wirksam. Es gibt drei Maßnahmen, die entweder geringe oder sogar negative Auswirkungen haben werden. Das sind erstens, wie vorhin schon erwähnt wurde, die unzureichenden Möglichkeiten zur Befristung von Zulassungen und zweitens die unzureichenden Vorgaben zum Aufkauf von Praxen. Wir halten es vor

allem für problematisch, dass der Aufkauf von Praxen in das Belieben der Kassenärztlichen Vereinigungen gestellt wird. Denn dies kann dazu führen, dass sich der Aufkauf auf ungeliebte Fachgruppen und ungeliebte Praxisnachfolger konzentriert und somit nicht am vorhandenen Bedarf orientiert ist. Wir halten es drittens für nachteilig, dass die ambulante spezialärztliche Versorgung mit ihrem Versorgungsangebot nicht in die Bedarfsplanung einbezogen wird. Dies sind die drei Maßnahmen, die wir für wenig wirksam bzw. für schädlich halten. Umgekehrt fehlt es an Regelungen zur Honorardifferenzierung bei Über- und Unterversorgung. Wenn man davon ausgeht, dass ökonomische Anreize wirksam sind, dann sollte man sie sinnvoller Weise nicht abschaffen. Wir sehen auch das Problem, dass Sonderbedarfszulassungen, die per se in überversorgten Gebieten stattfinden, nicht wirksam eingedämmt werden. Ferner halten wir es für problematisch, dass es zu einer regionalen Differenzierung der Honorare kommen soll bzw. dass von dem Prinzip abgewichen werden soll, gleiche Leistungen überall gleich zu vergüten. Wenn man regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen abbauen will – und das ist das erklärte Ziel dieses Gesetzentwurfs –, dann sollte man dies unterlassen. Insofern halten wir die geplanten Maßnahmen für schädlich. Dem stehen wenige Ansätze – wie die Möglichkeit zur Bildung eines Strukturfonds und Ähnliches – gegenüber, die geeignet sind, die Unterversorgung abzubauen. Wir befürchten, dass die Maßnahmen im Wesentlichen zu Mitnahmeeffekten bei Ärzten führen werden, die ohnehin aufs Land oder in unterversorgte städtische Regionen ziehen wollen.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Das Gesundheitswesen in Deutschland ist nicht durch Unterversorgung, sondern durch Überversorgung geprägt. In den letzten Jahren sind 10.000 neue Ärzte in die Versorgung gekommen, außerdem gibt es eine

regional ungleiche Verteilung von Ärzten. Damit muss man sich auseinandersetzen, und es ist richtig, dass der vorliegende Gesetzentwurf dies tut. Aber man wird die Ungleichverteilung nicht dadurch beseitigen, dass man die Ärzte, die derzeit in den überversorgten Regionen tätig sind, dazu bewegt, in unterversorgte Regionen umzuziehen, sondern man muss sich auf den Nachwuchs konzentrieren. Den Nachwuchs bilden die ungefähr 5.000 Ärzte pro Jahr, die neu in die Versorgung eintreten. Diese zu Landärzten zu machen, kann nur gelingen, wenn man gleichzeitig den Drang in die städtisch verdichteten Regionen bzw. in die überversorgten Gebiete vermindert. Deswegen kann ich mich den Ausführungen von Herrn von Stackelberg von vorhin anschließen, der gesagt hat, dass man ohne Maßnahmen gegen die Überversorgung nichts gegen die Probleme in den unterversorgten Gebieten wird ausrichten können. Welche Maßnahmen das sein können, ist vorhin schon angesprochen worden. Wir hätten uns gewünscht, dass das, was das geltende Gesetz vorsieht, nämlich geringere Punktwerte für überversorgte Regionen, beibehalten und auch umgesetzt worden wäre. Wir würden uns auch wünschen, dass der Aufkauf von Praxissitzen konsequent praktiziert wird. Zugleich hoffen wir, dass andere Maßnahmen, die im Gesetz vorgesehen sind, wie zum Beispiel die Lockerung der Residenzpflicht, der Ausbau der Telemedizin und von mobilen Versorgungskonzepten erfolgreich sind, damit die schlechter versorgten Regionen künftig besser versorgt werden.

**Sve Dr. Annika Lange** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Ich möchte erst einmal mit den positiven Aspekten anfangen; wir haben das vorhin schon gehört. Wir begrüßen es sehr, dass in dem Gesetzentwurf eine kleinräumliche, sehr flexible und am absehbaren Bedarf orientierte Bedarfsplanung vorgesehen ist. Dadurch wird es möglich, frühzeitig zu erkennen und zu prüfen, wie die vor-

handenen Ressourcen an den Versorgungsbedarf angepasst werden können. Allerdings vermissen wir in dem Gesetzentwurf einen ganzheitlichen Ansatz. Die Orientierung an einer ganzheitlichen Versorgung bedeutet für uns weit mehr als das, was hier vorgesehen ist. Es geht nicht nur um die ärztliche Versorgung, sondern auch darum, andere Gesundheitsberufe in die Versorgung mit einzu beziehen und dabei die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Fokus zu rücken. Das betrifft insbesondere den Bereich der Pflege, aber auch die Versorgung von psychisch Erkrankten und Menschen mit Behinderungen. Im Hinblick auf das Problem Unterversorgung sehen wir es als positiv an, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen förderungswürdige Versorgungsqualität in unterversorgten Regionen besser honorieren können. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich darauf hinweisen, dass der Behandlungsaufwand bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sehr viel höher ist als bei anderen Patienten und daher auch entsprechend vergütet werden sollte. Wir sehen es aber als einen schweren Mangel des Gesetzentwurfs an, dass er überhaupt nicht auf die bestehende Über-, Fehl- und Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeht. Wir halten insbesondere die Unterversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie und im Bereich der ärztlichen, psychiatrischen Grundversorgung für problematisch. Denn die defizitäre Behandlungssituation trägt zu einem nicht unerheblichen Teil dazu bei, dass die psychischen Leiden chronisch werden. Zugleich wird seit Jahren eine Zunahme psychischer Erkrankungen diagnostiziert, die auch steigende Ausgaben im Gesundheitsbereich nach sich zieht. Daher würden wir uns wünschen, dass man sich intensiver mit den Planungsvorgaben für diesen Bereich auseinandersetzt.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Mit dem

Gesetz soll erreicht werden, dass eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Wir glauben jedoch, dass diese Ziele mit dem vorliegenden Gesetz nicht zu realisieren sind. Denn es zielt – und insofern kann ich mich meinen Vorrednerinnen anschließen – auf eine Ärzteversorgung und nicht auf eine integrierte Versorgung der Bevölkerung. Diese wird im Gegenteil sogar geschwächt. Es ist keine Stärkung der Versorgungsplanung vorgesehen. Dies ist ein eklatanter Mangel des Gesetzes. Außerdem halten wir es für fraglich, ob die sich auf die Ärzteschaft beziehenden Maßnahmen eine andere Wirkung als die haben werden, den Versicherten einseitig weitere Kosten aufzubürden. Denn diese müssen die Maßnahmen künftig vermittelt über Kopfpauschalen finanzieren. Außerdem lassen sich die Ärzte – das zeigen auch die bisherigen Erfahrungen – nicht in unterversorgten Gebieten nieder, wenn dort die entsprechende Infrastruktur fehlt. Das ist der entscheidende Punkt, nicht die Vergütung. Viele Ärzte, auch auf dem Land, verdienen inzwischen genug; das können die Betroffenen bestätigen. Die fehlende Infrastruktur und die besonderen Belastungen, unter anderem durch die große Zahl von Patienten, sind hier die entscheidenden Probleme.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ich hatte es bereits gesagt: Die Ziele sind richtig formuliert, aber viele der Maßnahmen greifen zu kurz. Ich möchte das nicht im Einzelnen wiederholen, aber Einiges will ich doch noch einmal kurz ansprechen. Der Aufkauf und die Stilllegung von Praxen sollten vor allem im Falle von Überversorgung auch zwangsweise und nicht nur freiwillig erfolgen können, und Befristungen sollten auch bei einem Wert von über 110 Prozent – und dies auch zwangsweise und auch bei Fachärzten – möglich sein. In Deutschland besteht das Problem, dass wir im fachärztlichen Bereich weitgehend überversorgt sind. Wir müssen uns daher davor hüten, durch

unzulängliche Maßnahmen weitere Ärzte in die hausärztliche Versorgung zu schleusen und für die spezialärztliche Versorgung ohne Not ein zusätzliches Aufgabenfeld ohne Mengenbegrenzung und mit Einzelleistungsvergütung zu schaffen. Dadurch werden Fachärzte, die auf dem Land gebraucht würden, in den Städten gehalten. Dies hätte wiederum zur Folge, dass kranke oder sogar schwerkranke Versicherte auf dem Land, die dringend einen Hausarzt brauchen, dort keinen Arzt finden, während gesunde oder nur leicht erkrankte Versicherte, die gar keine ärztliche Versorgung brauchen, vielleicht sogar einen Facharzt in der Stadt aufsuchen. Es kann nicht der Sinn eines Versorgungssystems sein, derartige Strukturen zu fördern. Ferner möchte ich noch auf etwas aufmerksam machen, das ich vorhin nicht angesprochen habe: Wir sehen mit Sorge, dass den Ländern die Möglichkeit eingeräumt wird, von den Vorgaben der Bundesebene abzuweichen und bitten Sie nachdrücklich darum, von der Bundesebene her zumindest einen Korridor vorzugeben. Dies scheint uns auch im Hinblick auf das Gebot des Grundgesetzes, eine gleichmäßige Versorgung in Deutschland zu schaffen, dringend erforderlich.

**SV Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Ich schließe mich den Äußerungen der Kollegin Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband an. Zudem möchte ich aus unserer Sicht, die durch die Erfahrungen mit der Patientenbeteiligung in einem Landesausschuss geprägt ist, nachdrücklich betonen, dass es dringend erforderlich ist, für die Patientenvertretung in den Landesausschüssen bzw. den Zulassungsausschüssen ein Antragsrecht zu schaffen, weil auf dieser Basis die Patienteninteressen endlich direkt in die Bedarfsplanung mit einfließen könnten. Darüber hinaus kritisieren wir in unserer Stellungnahme – auch dies resultiert direkt aus unseren praktischen Erfahrungen – die Streichung des § 87 Abs. 2e.

Denn diese beinhaltet aus unserer Sicht eine Kapitulationserklärung der Politik. Es waren vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen, die bei der vorgeschriebenen Umsetzung der kleinräumlichen Bedarfsplanung und den damit verbundenen Abschlägen für die Überversorgung eine Entscheidung blockiert haben. Hier wird ganz deutlich – und dem wird durch dieses Gesetz überhaupt nicht wirksam begegnet – dass die Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch über eine Datenhoheit verfügen und vor Ort einen starken Einfluss ausüben, um die Eindämmung der Überversorgung zu verhindern.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte zunächst eine Frage an den Caritas-Verband stellen, weil er sich zu einer etwas schwierigen Vorschrift geäußert hat. Nach dem § 221b Abs. 2 in der vorliegenden neuen Fassung soll die Bundesregierung die Auswirkungen der Maßnahmen nach den §§ 85 und 87a Abs. 2 Satz 3 sowohl auf das Versorgungsgeschehen als auch auf die Finanzsituation der GKV hin evaluieren. Das Ergebnis der Evaluierung soll sich dann auf die Festlegung der Höhe der Zahlung des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 auswirken können. Unter Berücksichtigung von Einspareffekten soll geprüft werden, ob es Mehrausgaben gibt, die sich wiederum mindernd auswirken könnten. Es handelt sich hier um eine etwas schwierig zu verstehende Vorschrift, aber ich würde gerne Ihre Auffassung dazu erfahren.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): In der Tat ist die Formulierung in § 221b etwas kompliziert. Ich glaube aber, man kann deren innere Logik leicht entschlüsseln. Der Text in dem Paragraphen besagt, dass, wenn Mehrausgaben für den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung anfallen, sich diese mindernd auf die Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich auswirken, und zwar auch dann, wenn der So-

zialausgleich für den einzelnen Versicherten unberührt bleibt. Das ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, denn im GKV-Finanzierungsgesetz wurden die Finanzierungsströme eindeutig geregelt. Der Zuschuss des Bundes muss für den Sozialausgleich in voller Höhe gezahlt werden. Deshalb sprechen wir uns dafür aus, diese Vorschrift ersatzlos zu streichen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte mich jetzt einer rechtlichen Problematik zuwenden und habe in diesem Zusammenhang eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Sodan. Der vorliegende Gesetzentwurf begrenzt den Kreis zulässiger Gründer von Medizinischen Versorgungszentren. Ferner werden auch die zulässigen Rechtsformen beschränkt, in denen ein solches MVZ betrieben werden kann. Aktiengesellschaften sind zum Beispiel ausgeschlossen. Bereits bestehende Versorgungszentren genießen jedoch einen zeitlich befristeten Bestandsschutz. Sind die beabsichtigten Neuregelungen Ihrer Auffassung nach mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit vereinbar?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Legt man die verfassungsrechtlichen Maßstäbe zu Grunde, wie sie das Bundesverfassungsgericht insbesondere in seiner Judikatur zur gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt hat, dann lässt sich die Frage wie folgt beantworten: Das Grundgesetz schützt die Berufsfreiheit als einheitliches Grundrecht. Davon umfasst ist unter anderem die Freiheit, ein Unternehmen zu gründen und die entsprechenden Organisationsformen zu wählen. Dieser Schutzbereich ist hier insoweit tangiert, als die Freiheit im Hinblick auf den Gründerkreis wie auch auf die zulässigen Rechtsformen beschränkt wird. Es liegt also ein Eingriff vor, das lässt sich leicht feststellen. Aber durch diese Beschränkung der Freiheit wird die Regelung nicht zwangsläufig verfassungswidrig. Vielmehr haben wir zu prüfen, inwie-

weit die Berufsausübungsregelungen, die hier getroffen werden, zu rechtfertigen sind. Es handelt sich um eine bloße Ausübungsregelung, die sich auf die Modalitäten der Berufsausübung bezieht. Es geht hingegen nicht um eine Wahlbeschränkung, also nicht um einen sehr weitgehenden Eingriff. Mit der Regelung sollen für die Zukunft der Gründerkreis und vor allem die Rechtsformen beschränkt werden. Insoweit kommt es darauf an, ob sich hinreichende Gründe des Gemeinwohls finden lassen und die gewählten Mittel geeignet, erforderlich und zumutbar sind. Ein legitimer Zweck ist fraglos gegeben, denn die Bundesregierung verfolgt mit ihrem Entwurf das Anliegen des Gesundheitsschutzes. Diesem Gut wird immer wieder ein besonders hoher Rang zugesprochen, auch in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Man will fachfremde Einflüsse von Medizinischen Versorgungszentren fernhalten, damit medizinische Entscheidungen nicht von bloßen Kapitalinteressen dominiert werden. Ferner stellt sich die Frage, ob das Mittel, das der Gesetzentwurf der Bundesregierung wählt, auch geeignet ist. Dabei kommt es nur darauf an, ob sich mit Hilfe des Mittels der Erfolg fördern lässt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts muss es kein optimales Mittel sein. Eine Eignung des Mittels scheidet nur aus, wenn es objektiv untauglich ist, und davon wird man hier sicher nicht ausgehen können. Ferner muss das Mittel erforderlich sein, das heißt, es darf kein weniger stark eingreifendes Mittel geben, das in gleicher Weise den gewünschten Erfolg herbeizuführen geeignet ist. Hier wird dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht ein erheblicher Spielraum zugestanden. Denn in der Frage, ob es mildere Mittel gibt, die den Erfolg in gleicher Weise herbeiführen, gibt es wiederum eine gewisse Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers. Wenn man diesen Maßstab zu Grunde legt, dann wird man sicherlich die Erforderlichkeit nicht damit in Frage stellen können, dass andere Maßnahmen das Ziel bereits in gewissem Maße gefördert

haben. Entscheidend ist, dass eine zusätzliche Sicherung eingebaut wird, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen in den Medizinischen Versorgungszentren sicherstellen soll. Schließlich müssen die Mittel zumutbar sein, das heißt, bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe dürfen die Grenzen der Zumutbarkeit nicht überschritten sein. Man wird davon ausgehen müssen, dass hier eine solche Zumutbarkeit gegeben ist, denn der Eingriff erweist sich gerade wegen des starken Bestandsschutzes bereits bestehender Versorgungszentren nicht als übermäßig belastend.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Nachdem wir den Artikel 12 Grundgesetz behandelt haben, möchte ich Herrn Prof. Sodan noch ergänzend fragen, ob der Gleichheitsgrundsatz in Artikel 3 berührt sein könnte.

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes enthält den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz und damit ein Verbot von nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlungen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts geht es letztlich darum zu verhindern, dass wesentlich Gleiches willkürlich ungleich bzw. wesentlich Ungleiches willkürlich gleich behandelt wird. Nach dieser Judikatur hat auch in diesem Bereich der Gesetzgeber einen erheblichen Spielraum. Das heißt, das Bundesverfassungsgericht darf nicht prüfen, ob die zweckmäßigste oder die gerechteste Lösung gewählt wurde, sondern nur, ob die verfassungsrechtlichen Grenzen der Gestaltungsfreiheit überschritten werden. Im vorliegenden Fall wird gerügt – es hat im Vorfeld einige Stellungnahmen dazu gegeben –, dass eine gewisse Ungleichbehandlung im Hinblick auf die künftig als Gründer zugelassenen Gruppen bzw. Einrichtungen besteht, also zwischen den Ärzten, den Krankenhäusern und bestimmten ge-



meinnützigen Einrichtungen einerseits, die zugelassen sind, und den sonstigen Einrichtungen, die nicht zugelassen sind, andererseits. Dem ist entgegenzuhalten, dass es für die Privilegierung der genannten Gruppen und Einrichtungen gute Gründe gibt, denn sie haben eine große berufliche Nähe zu den Versorgungszentren und beschränken sich nicht etwa auf bloße Kapitalgeberfunktionen. Deshalb meine ich, dass der allgemeine Gleichheitssatz nicht verletzt ist.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine dritte Frage. Stehen den geplanten Regelungen zu den Versorgungszentren möglicherweise Vorgaben des Europarechts entgegen?

SV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Das Unionsrecht enthält in Artikel 49 AEUV, also des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union, die so genannte Niederlassungsfreiheit. Der Schutzbereich von Artikel 49 AEUV umfasst vor allem die freiberuflichen Tätigkeiten und gewährleistet das Recht zur Aufnahme und zur Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit. Diese Freiheit ist betroffen, sobald ein grenzüberschreitender Bezug gegeben ist, das heißt, sobald Leistungserbringer, die in einem anderen EU-Mitgliedstaat angesiedelt sind, in Deutschland ihre Tätigkeit nicht wahrnehmen dürfen. Sollte ein solcher grenzüberschreitender Bezug gegeben sein, stellt sich die Frage, ob die Niederlassungsfreiheit überhaupt betroffen ist. Denn wir müssen hier unterscheiden zwischen Diskriminierungen und sonstigen Beschränkungen. Eine Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit liegt mit Sicherheit nicht vor, auch nicht mittelbar, denn die Beschränkungen im Hinblick auf den Gründerkreis und auch auf die Rechtsformen treffen in gleicher Weise Deutsche wie EU-Ausländer. Es kann sich also nur um sonstige Beschränkungen handeln. In solchen Fällen ist nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichts-

hofs zu prüfen, ob zwingende Gründe des Allgemeininteresses diese Regelungen rechtfertigen, ob eine Eignung vorliegt und vor allem auch, ob die Erforderlichkeit im Hinblick auf das gewählte Mittel gegeben ist. Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist anerkanntermaßen in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs ein zwingender Grund des Allgemeininteresses. Im Hinblick auf die Eignung und auf die Erforderlichkeit hat der Europäische Gerichtshof im Zusammenhang mit den deutschen Regelungen des apothekenrechtlichen Fremd- und Mehrbesitzverbotes betont, dass erstens das Unionsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme unberührt lässt, dass es zweitens Sache der Mitgliedstaaten ist, welches Schutzniveau ein Mitgliedstaat für seine Bevölkerung erreichen will, und dass drittens den Mitgliedstaaten deshalb in diesem Bereich ein Wertungsspielraum zukommt. Nimmt man diese Entscheidung zum Fremd- und Mehrbesitzverbot zum Maßstab, ist hier erst recht eine Rechtfertigung für eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit gegeben. Ich kann insoweit auf die Zielsetzung des Gesetzentwurfs verweisen. Deshalb dürfte nach der Rechtsprechung des EuGH hier keine Verletzung von Unionsrecht vorliegen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Fragen richten sich an die KBV und den GKV-Spitzenverband und betreffen den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und die Wartezeiten. Von Versichertenseite wird oft kritisiert, dass es insbesondere beim Übergang von der haus- zur fachärztlichen Versorgung zu längeren Wartezeiten kommt. Es ist deshalb vorgesehen, dass der Sicherstellungsauftrag künftig auch eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung mit umfassen soll. In den Gesamtverträgen ist künftig zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. In

welchem Zeitraum wird Ihrer Einschätzung nach eine Vereinbarung darüber, was eine angemessene Wartezeit ist, erfolgen können? Ferner bitte ich um Ihre Einschätzung dazu, welche Wartezeiten noch als angemessen anzusehen sind, und wie zu gewährleisten ist, dass die festgelegten Wartezeiten im Regelfall auch eingehalten bzw. nicht erheblich überschritten werden.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Zunächst ist festzuhalten, dass die beabsichtigte gesetzliche Regelung an die Partner der Gesamtverträge, also an die Länder, delegiert ist. Wir gehen davon aus, dass die Regelung innerhalb von zwei bis drei Monaten in den Gesamtverträgen verankert werden kann. Wir sehen keine Notwendigkeit, diese Frage auf Bundesebene zu regeln. Konkrete Angaben dazu, welche Wartezeiten zumutbar sind, können wir nicht machen. Sicher ist aber, dass die Wartezeitregelung arztgruppenspezifisch erfolgen muss. Denn wir können keine generelle Wartezeit für alle Arztgruppen festlegen. Sicher ist auch, dass die Wartezeit von der regionalen Versorgungsstruktur abhängt. Ich denke, es wird sicherlich gelingen, in einem lernenden System entsprechende Fristen vorzugeben. Was die Umsetzungsmöglichkeit anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass die Regelung Bestandteil des Sicherstellungsauftrages, also des Gesamtvertrages ist. Der Gesetzgeber hat bereits ein Zurückbehaltungsrecht für die Gesamtvergütung im Gesetz verankert, und zwar für den Fall, dass es Sicherstellungsdefizite gibt, die nachweisbar durch ein Systemversagen, sprich durch die Kassenärztliche Vereinigung, verursacht sind. Daher verbessert die vorgesehene Regelung durchaus die Chancen für eine Entschärfung der Wartezeitenproblematik. Ferner halten wir es für notwendig, auch in der Gebührenordnung Änderungen vorzunehmen. Derzeit wird unabhängig davon, ob ein Patient neu oder dem Arzt bereits bekannt ist, eine gleich hohe Vergütung

gezahlt. Unserer Auffassung nach sollten aber in der Gebührenordnung andere finanzielle Anreize gesetzt werden. Der Arzt sollte für einen neuen Patienten, der umfassend untersucht und therapiert werden muss, innerhalb des gegebenen Finanzvolumens eine höhere Vergütung erhalten. Dadurch würde der Arzt veranlasst, dem neuen Patienten rascher einen Termin zu geben.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Die Krankenkassen haben selbstverständlich ein großes Interesse daran, Wartezeiten kurz zu halten. Dies kann nicht genügend betont werden. Wie Herr Köhler bereits ausgeführt hat, sieht der Gesetzentwurf eine regionalspezifische Regelung vor. Dies bedeutet, dass auf regionaler Ebene unbegrenzt lange verhandelt werden darf. Auf Bundesebene wäre dies sicherlich einfacher und schneller zu bewerkstelligen. Wir haben auch die Befürchtung, dass nicht alle Kassenärztlichen Vereinigungen den Optimismus von Herrn Dr. Köhler teilen, sondern dass sie vielleicht die eine oder andere unangemessene Gegenforderungen stellen werden. Wir sind deshalb nicht so optimistisch, dass wir schnell zu Ergebnissen kommen. Bei dem Problem der Wartezeiten muss man tatsächlich arztgruppenspezifisch vorgehen. Generell ist eine Wartezeit von einer Woche schon sehr lang. Die Frage, ob es gelingen kann, Wartezeiten stark zu verkürzen, ist mit ja zu beantworten. Man kann auch den Vergütungsanreiz verstärken, indem man denjenigen, der längere Wartezeiten hat, dies bei der Vergütung spüren lässt. Wir stellen immer wieder fest, dass ein Teil der Ärzte auf Vergütungsanreize stark reagiert. Hier einen stärkeren Akzent zu setzen, kann ich mir durchaus vorstellen.

**Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte mit dem Themenkomplex „bedarfsgerechte Finanzierung“ beginnen. Meine erste Frage richtet sich an Prof. Stegmüller und an den Verein De-

mokratischer Ärztinnen und Ärzte. Sehen Sie es auf der Grundlage der vorgesehenen Gesetzesänderungen als gewährleistet an, dass die Mittel entsprechend dem Bedarf an medizinischer Versorgung eingesetzt werden oder werden künftig Versorgungsstrukturen finanziert, unabhängig davon, wie hoch der medizinische Bedarf ist? Welche Gesetzesänderungen müssten Ihrer Meinung nach vorgenommen werden, um eine bedarfsgerechte Finanzierung zu garantieren?

**SV Prof. Dr. Klaus Stegmüller:** Die Frage zielt darauf ab, ob die derzeitige Bedarfsplanung die jeweiligen regionalen Bedarfe abzubilden in der Lage ist. Die beispielsweise in der ambulanten ärztlichen Versorgung bisher hierzu herangezogenen Verhältniszahlen „Arzt pro Einwohner“ bilden keine aussagekräftige Grundlage für eine am Bedarf orientierte Versorgungssteuerung. Daher wäre es notwendig, den tatsächlichen Bedarf, der regional bzw. kleinräumig unterschiedlich sein kann, zur Grundlage der Bedarfsplanung und der Finanzierungsströme zu machen und dem aussagekräftige Indikatoren zu unterlegen. Solche Indikatoren könnten unter anderem morbiditäts- und demografiebedingte Faktoren sowie sozio-ökonomisch begründete Parameter sein, die die Bedarfsituation in den jeweiligen Regionen adäquat abbilden können. Der Gesetzentwurf trägt solchen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Steuerung des Leistungsangebotes sowie der Mittelzuweisung nicht Rechnung. Das Thema sektorübergreifende Kooperationen und Vernetzungen wird in dem Gesetzentwurf ebenfalls unzureichend aufgegriffen. Hier wäre es notwendig, beispielsweise die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren zu forcieren anstatt sie zu erschweren oder genossenschaftlich organisierte Vernetzungen beispielsweise in Form von primärärztlichen Versorgungszentren zu ermöglichen. All dies geschieht nicht. Auch die Potenziale einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation werden in dem Ge-

setzentwurf nicht aufgegriffen. Allein die partielle Delegation bisheriger ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ist jedenfalls nicht ausreichend. Es wäre beispielsweise erforderlich, heilkundliche Tätigkeiten an die Pflegeberufe zu übertragen, um damit auch Substitutionseffekte zu erzielen.

**SV Michael Janßen** (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)) Ich kann meinem Vorredner im Wesentlichen zustimmen und meinerseits die Gelegenheit wahrnehmen, um auf die Abstufung der Regelleistungsvolumina zu sprechen kommen. Diese stellt im Hinblick auf die Versorgungssteuerung sicherlich kein sinnvolles Instrument dar, um die ärztliche, insbesondere hausärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern. Zunächst steigert es lediglich das Honorar der Ärzte, die in diesen Gebieten bereits ansässig sind und trägt damit nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Ob niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte – insbesondere Kinder- und Hausärzte – bereit sind, wegen eines solche Honorarzuschlags in diese Gebiete zu gehen, muss bezweifelt werden. Es gibt eine aktuelle Untersuchung, der zufolge nur etwa 60 Prozent der Kinder- und Jugendärzte bereit sind, außerhalb des Angestelltenverhältnisses tätig zu werden. Sie bevorzugen vielmehr Teilzeitarbeit und wollen Familie und Beruf miteinander verbinden. Es muss bezweifelt werden, ob in solchen Fällen ein finanzieller Anreiz überhaupt eine Wirkung hat. Wir benötigen eine Förderung der Allgemeinmedizin im universitären Bereich. Fakultäten für Allgemeinmedizin müssen an allen Universitäten eingerichtet werden. Ferner bedarf es – Herr Prof. Stegmüller hat es schon gesagt – professionsübergreifender Kooperationen.

**Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte zum Themenkomplex spezialärztliche Versorgung nach § 115b und § 116b kommen und zuerst den GKV-

Spitzenverband und den vdek fragen, welche Folgen es für die Finanzierung und für die Versorgung haben wird, wenn die spezialärztliche Versorgung ohne Zulassungsbeschränkungen sowie ohne Mengengrenzungen und damit ohne Einbindung in die Bedarfsplanung eingeführt wird.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Bei der spezialärztlichen Versorgung muss man sehr genau zwischen verschiedenen Konzepten unterscheiden. Man kann einen sehr weiten Begriff von spezialärztlicher Versorgung verwenden. Dieser würde im Grunde eine Neuordnung der Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Tätigkeit beinhalten. Darunter würde dann auch die spezialärztliche Versorgung fallen. Bei einer solchen Neuordnung müsste man aber auch eine Bedarfsplanung sowie Ausschreibungen von Verträgen durch einzelne Kassen vorsehen. Die Alternative wäre, die spezialärztliche Versorgung ganz eng und bezogen auf seltene Erkrankungen zu definieren. Bei Krankheiten wie der Mukoviszidose ist es schwierig, überhaupt einen kompetenten Arzt zu finden. Für solche Fälle eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengensteuerung vorzusehen, ist denkbar. Diese Lösung ist aber nur für eine solche eng definierte spezialärztliche Versorgung geeignet, sie taugt nicht als Muster für eine generelle Öffnung der Krankenhäuser hin zur ambulanten Versorgung bzw. für ein faires Miteinander von Krankenhäusern und vertragsärztlicher Versorgung. Wir kritisieren an dem vorliegenden Gesetzentwurf, dass hier eine Mischform vorgesehen ist. Man öffnet die Tür einen kleinen Spalt und schafft dann durch die Möglichkeit zum ambulanten Operationen die Option für eine rasche Ausdehnung. Das ist falsch. Man sollte entweder eine kleine, eng begrenzte Lösung oder einen neuen, ordnungspolitisch sinnvollen Ansatz wählen. Die vorgesehene Mischform wird außerdem hohe Kosten verursachen. Eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengengren-

zung hat nur Sinn, wenn Sie wirklich Anreize für die Verbesserung der Versorgung setzen wollen. Ich sage es noch einmal: Die eng definierte spezialärztliche Versorgung ist bei seltenen Erkrankungen sinnvoll, sie ist aber als Konzept für eine ordnungspolitische Neuorientierung der ambulanten Versorgung im spezialärztlichen Bereich nicht geeignet.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Die finanziellen Folgen der vorgesehenen Regelungen sind derzeit schwer zu abzuschätzen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zunächst Definitionsarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss geleistet wird. Es ist bekannt, dass dies nicht unbedingt schnell gehen wird und dass man das Ergebnis kaum vorhersehen kann. Deshalb kann man nur allgemein auf die Risiken hinweisen. Diese ergeben sich im Wesentlichen aus drei Faktoren: Zum Ersten ist der Katalog von Leistungen, der potentiell für die spezialärztliche Versorgung zur Verfügung steht, sehr groß. Herr von Stackelberg hat schon darauf hingewiesen, dass dieser Katalog den Bereich der ambulanten Operationen, aber sicherlich auch Leistungen im Bereich der onkologischen Versorgung mit umfassen wird. Dies sind beides sehr dynamische und umfassende Bereiche. Daher wäre zu empfehlen, den Katalog enger zu fassen, als dies zurzeit vorgesehen ist. Zum Zweiten stellt sich die Frage nach dem Zugang zu diesem Versorgungsbereich. Im Entwurf ist vorgesehen, dass man sich anmelden muss und dass diese Anmeldung gültig bleibt, sofern niemand innerhalb von zwei Monaten widerspricht. Das heißt, es gibt keinen Abgleich mit den vorhandenen Behandlungskapazitäten. Daher besteht die Gefahr, dass in überversorgten Gebieten das Versorgungsangebot weiter steigt. Zum Dritten halte ich es für problematisch, dass nach der Zulassung zu diesem spezialärztlichen Versorgungsbereich keinerlei Steuerung in Bezug auf Preis und Menge vorgesehen ist. Je nach dem, wie die Rahmenbedingungen künftig ausge-

staltet werden, kann es hier eine sehr dynamische Entwicklung geben. Abgesehen von den finanziellen Folgen stellt sich auch noch ein anderes Problem: Wenn man die Unterversorgung bekämpfen möchte, zugleich aber einen neuen dynamischen Bereich der spezialärztlichen Versorgung schafft, der sich sicherlich nicht auf dem Lande entwickeln wird, sondern in den Krankenhäusern bzw. dort, wo entsprechende fachärztliche Versorgungsstrukturen schon vorhanden sind, dann werden sich die 5000 neuen Ärzte – von denen ich vorhin gesprochen habe –, die jedes Jahr neu in die Versorgung kommen, entsprechend orientieren und sich eher dagegen entscheiden, Hausarzt auf dem Land zu werden. Sie werden vielmehr dorthin gehen, wo sie gutes Geld verdienen können, und das wäre der Bereich der spezialärztlichen Versorgung.

**Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Meine nächste Frage richtet sich an den Vertreter des Bundesverbandes der Niedergelassenen Kardiologen, Herrn Dr. Levenson. Ich möchte von Ihnen erfahren, welche Qualitätsanforderungen im § 116b, insbesondere in Bezug auf das ambulante Operieren, festgelegt sein müssten und wie diese gesichert werden könnten.

**SV Dr. Benny Levenson (Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK)):** Ich möchte zunächst betonen, dass das, was die ambulant fachärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen leisten, eine Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Fachärzte und nicht eine Versorgung auf Facharztniveau ist. Aus diesem Grund begrüßen wir den Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum § 115b, weil er für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Rechtssicherheit herstellen würde. Damit wäre zumindest eine gewisse Gleichstellung erreicht. Die Regelung der Versorgung und der Qualitätsanforderungen sollte in den Regionen

jeweils durch dreiseitige Verträge erfolgen. Die Strukturvoraussetzungen müssten dann zusätzlich im Einzelfall geregelt werden. Die Regelungen im § 115b und den zugehörigen Katalog gibt es bereits seit einiger Zeit, mit Modifikationen letztlich seit dem Jahr 2006. Es ist nun an der Zeit, dass dieses Vertragswerk nicht nur als Norm existiert, sondern auch mit Leben gefüllt wird. Daher richten wir an Sie den dringenden Appell, eine Regelung vorzusehen, nach der das Ministerium bei einer Nicht-Einigung in trilateralen Verhandlungen im Einzelfall eine Ersatzvornahme vornehmen kann. Ich kann sehr gut die Befürchtungen des GKV-Spitzenverbandes und der Kostenträger insgesamt nachvollziehen, dass es bei einer Freigabe zu einer unkontrollierbaren Zunahme von Leistungen kommen wird. Angesichts der Erfahrungen, die mein Verband in mittlerweile 16 Jahren gesammelt hat, und auch angesichts der veröffentlichten Daten aus Österreich bzw. der Schweiz empfehlen wir die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit einem Auditing, wie wir es zum Beispiel im Quickregister, das Ihnen vielleicht bekannt ist, seit 16 Jahren praktizieren. Die Qualitätssicherung, wie sie bislang im stationären Bereich praktiziert wird, ist sicher nicht ausreichend, da diese Daten weder validiert noch überprüft werden und da weder Stichproben gezogen werden noch überhaupt ein Auditing-Prozess stattfindet. Dieses Auditing kann man anbieten, und dies ist auch etwas, das in den Bereich der Qualitätsoffensive der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fallen würde. Ich bin der Ansicht, dass man damit eine gewisse Nachprüfbarkeit der Qualität der Leistungen und der Mengenentwicklung erreichen könnte.

**Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Ich möchte nun gern von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erfahren, wie sie zu der Anforderung steht, die von Dr. Levenson gerade formuliert worden ist.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Qualitätsanforderungen an die Leistungen nach 116b, wie sie derzeit vom G-BA festgelegt werden, sind anerkanntermaßen hoch. Gerade in diesen Bereichen geht es darum, eine interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten, das heißt, die Anforderung geht weit über das hinaus, was eine einzelne Praxis in ihrer Struktur vorhalten kann. Wenn man also die Qualitätsanforderung, die der G-BA gerade zur Norm macht, für die gesamte ambulante Versorgung in diesen Bereichen verpflichtend machen würde, dann würde auch das Qualitätsniveau deutlich steigen.

**Abg. Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ärztemangel und Unterversorgung sind sicherlich ein Anlass für diesen Gesetzentwurf gewesen. Beide Probleme werden vorwiegend mit der hausärztlicher Versorgung, also der Primärversorgung, in ländlichen strukturschwachen Räumen in Verbindung gebracht. Deshalb sind meine ersten Fragen an den Sachverständigen Prof. Schwartz gerichtet. Aus welchem Grund ist eine Aufwertung der Primärversorgung notwendig und welcher Anreize und Strukturveränderungen bedarf es, um die Primärversorgung zu stärken? Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund den Gesetzentwurf, in dem der Begriff Primärversorgung gar nicht auftaucht?

**SV Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz:** Ich fasse die beiden Fragen zusammen. Zunächst eine kurze Wertung des Gesetzes aus meiner Außen-sicht. Es ist erfreulich, dass es so gute Absichten verfolgt, aber es verwundert, dass diese guten Absichten institutionell in alte Schläuche gegossen werden. Wenn man die Geschichte der deutschen Gesetzgebung in diesem Sektor über die letzten 20 Jahre Revue passieren lässt, dann zeigt sich, dass es schon viele Gesetze mit guten Absichten gegeben hat, die dann von der Selbstverwaltung nicht

umgesetzt worden sind. Insofern vermisst man hier klare Vorgaben. Bei der Primärversorgung fällt Folgendes auf: Wir haben in Deutschland in diesem Bereich – zumindest rechnerisch – noch keine Unterversorgung. Dies zeigt sich im internationalen Vergleich. In Deutschland gibt es anderthalb mal mehr Primärärzte pro Einwohner als im Durchschnitt der OECD-Staaten. Zugleich beobachten wir ein bemerkenswertes Phänomen: Deutsche Allgemeinärzte versorgen, wie wir einer Studie des Commonwealth und des IQWiG aus diesem Jahr entnehmen können, erheblich mehr Patienten pro Woche als die Ärzte in vergleichbaren Ländern. In Deutschland versorgt ein Arzt rund 240 Patienten pro Woche, in den anderen Ländern sind es nur zwischen 53 und 171. Dies wirft die Frage auf, ob die Patienten in diesen Ländern schlechter gestellt sind. Legt man die objektiven Daten zu Gesundheit, Lebenserwartung oder Lebenserwartung in gesunden Jahren zugrunde, dann belegt Deutschland nur einen Mittelplatz unter den Ländern der EU, nämlich den 14. Die hohe Versorgungsintensität schlägt sich somit nicht in der Gesundheit der Bevölkerung nieder. Weiterhin fällt auf, dass Patientenkontakte in Deutschland besonders kurz sind und dass in keinem anderen der untersuchten Ländern die Primärärzte so unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind wie in Deutschland. Die Ergebnisse der Studie können im Deutschen Ärzteblatt nachgelesen werden (Deutsches Ärzteblatt Int. 2011; 108(15): 255-61; Koch, K., Miksch, A., Schürmann, C., Joos, S.; Sawicki, P.). Es handelt sich um eine wirklich objektive Untersuchung. 31 Prozent der Primärärzte in Deutschland sind so unzufrieden mit dem System, dass sie eine grundlegende Reform verlangen, und dies im Vergleich zu Werten zwischen 1 und 15 Prozent der Primärärzte in anderen Systemen. Dies bedeutet, die Unzufriedenheit, die den Alltag der Primärversorgung in Deutschland kennzeichnet, ist grundlegend. Daher muss man die Frage der Primärversorgung auf Basis dieser Befunde neu

durchdenken. Notwendig ist sicherlich eine sofortige Umsteuerung der Ressourcen von den überversorgten in die unterversorgten Bereiche. Dazu hat mein Vorgänger schon das Notwendige gesagt. Zudem verweise ich auf die Stellungnahme des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen e.V. (vzbv). Notwendig ist darüber hinaus eine Entlastung der Primärärzte – so wie in anderen Ländern auch – durch neue Formen der primären Praxisversorgung, die sich flexibel und teamorientiert auf die multimorbiden, körperlich und psychisch chronisch Kranken und auf nicht klinikpflichtige psychisch Kranke konzentrieren, das heißt auf die Entwicklung neuer Hand-in-Hand-Konzepte. Nirgends ist es für Behinderte so schwierig wie in Deutschland, eine komplexe Versorgung aus einer Hand zu bekommen. Die gibt es praktisch nicht. Ein deutscher Patient oder eine deutsche Familie muss sich die einzelnen Versorgungsbestandteile zusammen suchen. Das ist teilweise regelrecht unwürdig. Ich bedauere daher, dass das Gesetz solche neuralgischen Punkte – die Belastung der Ärzte, aber auch die Belastung der Kranken – nicht explizit aufgegriffen hat, sondern sich wieder stark auf alte Regularien der Selbstverwaltung und deren Feinsteuerung konzentriert. Ein weiteres Ziel, das man langfristig ansteuern muss, ist die Entlastung der Primärärzte durch neue Berufe. Das machen andere Länder auch, und zwar mit sehr gutem Erfolg. Hausbesuche bei älteren Menschen sind in Skandinavien ein Erfolgsmodell. Ich vermisse diesbezügliche Anstrengungen des Gesetzgebers, und ich beklage, dass es in der Bundesärztekammer seit Jahren Beratungen mit rund 40 Gesundheitsberufen mit dem Ziel gibt, zu einer verstärkten Kooperation mit den Ärzten zu kommen, ohne dass bisher etwas dabei herausgekommen ist. Entweder blockiert ein Ärzteverband oder – bei späteren entsprechenden Beratungen im G-BA – die Krankenversicherung. Deshalb befürworte ich zugunsten der Primärversorgung einen neuen, entschiedeneren Gesetzentwurf.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Bundespsychotherapeutenkammer. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält einige Regelungen zur Fortschreibung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung, auch unter Beteiligung der Länder. Sie schlagen vor, die Bedarfsplanung zu einer prospektiven und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiter zu entwickeln. Wie sollte diese Versorgungsplanung ausgestaltet werden?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): In der Versorgung psychisch Kranker besteht das Problem, dass die Verhältniszahlen zu einem Zeitpunkt festgelegt wurden, als wir bereits eine Unterversorgung hatten. Aus dem Grunde wurde damals das Psychotherapeutengesetz geschaffen. Wenn man jetzt an diese Verhältniszahlen anknüpft, so wie der Gesetzentwurf dies tut, dann schreibt man die bestehende Unterversorgung, die hinlänglich bekannt ist, fort. Ich weise in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die Wartezeiten hin, die bei psychisch Erkrankten viel länger sind als bei körperlich Erkrankten. Es dauert drei Monate, bis ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten zustande kommt, und weitere drei Monate, bis eine Behandlung beginnen kann. Das sind Wartezeiten, die in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung völlig inakzeptabel wären. Wenn man diese Verhältniszahlen fortschreibt und daran – wie immer man das im Einzelnen macht – anknüpft, dann schreibt man die Unterversorgung fest, vor allem dann, wenn man dabei noch die Möglichkeit nutzt, in sogenannten überversorgten Planungsbereichen, wie immer die berechnet werden, vermeintlich überzählige Sitze abzubauen. Wir sehen die Gefahr, dass bei der Umsetzung des Gesetzes zuerst die Planungsbereiche bedacht werden und dass dann mit den aus unserer Sicht völlig unangemessenen bzw. grob falschen Verhältniszahlen in diesen neu gestalteten Planungsbereichen gearbeitet wird.

Es werden dann erst zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt – wenn der G-BA die Möglichkeit gehabt hat zu prüfen, wie er die Verhältniszahlen anpassen könnte – Überlegungen angestellt, wie die Unterversorgung im Bereich der psychisch Kranken vermindert werden kann. Das ist aber zu spät, weil dann – so unsere Befürchtung – die Sitze bereits in verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschmolzen sein werden. Dafür gibt es bereits Hinweise aus verschiedenen Zusammenhängen. Wir stellen uns die Lösung so vor, dass der Status quo auf der Basis der derzeit tatsächlich erfolgenden Versorgung – Stichtag 01.01.2012 – festgeschrieben wird, und zwar auf regionaler Ebene mit Beteiligung der entsprechenden Akteure, zu denen auch die Heilberufekammern gehören. Es muss das Ziel sein, regional bzw. vor Ort den wirklich vorhandenen Bedarf zu berechnen. Dabei ist gerade im Bereich der psychisch Kranken zu berücksichtigen, dass es ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Versorgungsangebote gibt. Es gibt weder auf Bundesebene noch auf Landesebene jemanden, der darüber eine Übersicht hätte. Vielmehr muss man hier die regionale Ebene betrachten. Nur dann können wir tatsächlich etwas für die Verbesserung der Situation der psychisch Kranken, die derzeit sehr im Argen liegt, tun.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, konkret an Prof. Wasem. Die Unterversorgung psychisch kranker Menschen wird teilweise nicht auf die unzureichenden Vorgaben der Bedarfsplanung, sondern auf die unzureichende Wahrnehmung von Versorgungsaufträgen durch Psychotherapeuten zurückgeführt. Liegt hier Ihrer Ansicht nach die Ursache des Problems und ließe es sich durch eine konsequente Umsetzung der Versorgungsaufträge lösen?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem** (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö)): Es ist richtig, dass die durchschnittliche Arbeitszeit von Psychotherapeuten deutlich unter der durchschnittlichen Arbeitszeit von Ärzten, allerdings oberhalb des halben Versorgungsauftrages, liegt. Es ist meines Erachtens kaum möglich, diese Problematik, die mit der vorhin gestellten Frage bereits angesprochen worden ist, durch eine Modifikation der Arbeitszeiten von Psychotherapeuten zu lösen. Es gibt sicherlich in jedem Einzelfall besondere Gründe, warum die Arbeitszeit so ist. Das mag in der Tätigkeit begründet liegen, es hängt aber sicher auch mit dem hohen Frauenanteil zusammen, den wir unter den Psychotherapeuten zunehmend vorfinden und damit mit dem Bemühen, Beruf und Familie in Einklang zu bringen. Ich denke, der Kern des Problems liegt darin – wie es auch in der zuvor gestellten Frage schon anklang –, dass die Verhältniszahlen einfach ein falsches Bild zeichnen. Wir sehen, wenn wir uns die Berichte der Krankenkassen aus den letzten Monaten anschauen, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen überproportional zunimmt. Aus mehreren Studien mit ganz unterschiedlicher Herkunft haben wir übereinstimmend die Information bekommen, dass es im Bereich der Psychotherapie relativ lange Wartezeiten gibt. Das Fazit, das man daraus ziehen muss, ist, dass das von der Statistik gezeichnete Bild der Überversorgung in einer ganzen Reihe von Ballungsräumen einfach nicht zur Versorgungswirklichkeit passt. Es ist daher in der Tat so, wie es in der Antwort auf die vorangegangene Frage bereits zum Ausdruck gebracht worden ist: Die Verhältniszahlen spiegeln das IST aus dem Jahre 1999 und nicht die heutige Realität wider, so dass ein Wert, der über diesen Verhältniszahlen liegt, auch kein Anzeichen für eine Überversorgung ist. Ich will noch einmal in Erinnerung rufen, dass wir im Bereich der Psychotherapie eine ganz andere Situation als in den übrigen ärztlichen Bereichen haben. Dort haben wir die Verhältniszahlen mit dem



GSG aus dem Jahre 1992, das heißt, in einer Situation der Überversorgung, eingeführt. Dies war eine Maßnahme zur Bekämpfung der damals sogenannten Ärzteschwemme. Die Verhältniszahlen in der Psychotherapie insofern stammen aber aus einer ganz anderen Situation. Aus meiner Sicht gibt es deshalb nur eine Antwort: Wir müssen an die Verhältniszahlen ran! Der übliche Weg bestünde darin, ein anderes, deutlich aktuelleres Basisjahr zugrunde zu legen. Alternativ dazu müsste man sich der Mühe unterziehen, versorgungsepidemiologisch realistische Verhältniszahlen zu generieren.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Dierks, an den G-BA, die KBV, die KZBV, den GKV-Spitzenverband und die Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie wir wissen, trifft der G-BA weitreichende Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung von rund 70 Mio. Versicherten. Die Stimmen der unparteiischen Mitglieder und des Vorsitzenden sind bei strittigen Abstimmungen unmittelbar entscheidungsrelevant. Dem Gesetzentwurf zufolge soll nun durch Einführung eines Widerspruchsrechts des Gesundheitsausschusses die demokratische Legitimation der Unparteiischen gestärkt werden. Uns interessiert, wie Sie diese Regelung im Hinblick sowohl auf ihre Notwendigkeit als auch auf ihre Sachgerechtigkeit beurteilen. Wie beurteilen Sie insgesamt das Vorhaben, die Unabhängigkeit der unparteiischen Mitglieder des G-BA und deren Stellvertreter zu stärken? Gehen Sie bitte in Ihren Antworten insbesondere auf das neue Berufungsverfahren ein, das ist uns wichtig. Wie bewerten Sie darüber hinaus die gesetzlich vorgegebene Übertragung der Stimmen der Leistungserbringerseite auf die Leistungserbringervertreter desjenigen Sektors, der von dem Beschluss wesentlich betroffen ist?

**SV Prof. Dr. Christian Dierks:** Es ist richtig, in den vergangenen Jahren ist eine erhebliche Kompetenzausweitung des Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt, der als oberstes Beschlussgremium sachlich und kompetent Entscheidungen für 70 Mio. Versicherte trifft. Parallel dazu hat die Rechtsprechung den Gemeinsamen Bundesausschuss der Fachaufsicht entzogen, so dass eine Stärkung der inhaltlichen und personellen Legitimation hier geboten erscheint. Ich halte sie jedenfalls für notwendig und erachte das gewählte Verfahren zur Berufung der Unparteiischen und von deren Stellvertretern als richtig. Er ist geeignet, diese Funktion unabhängiger zu gestalten und den Entscheidungen des G-BA mehr Glaubwürdigkeit und mehr Kompetenz zu verleihen. In dem Verfahren ist auch vorgesehen, dass die Funktionen erst nach einer dreijährigen Karenzzeit im Anschluss an eine Tätigkeit als Arzt im Krankenhaus, als Vertragsarzt oder als Beschäftigter einer Krankenkasse übernommen werden dürfen. Dies ist ein Kompromiss zwischen zwei Gesichtspunkten, einerseits der Vermutung, dass eine sehr große Sachnähe stets Parteilichkeit mit sich bringt, und andererseits der Annahme, dass ein völliges Fehlen von Sachkenntnissen zwar eine unparteiliche, aber nicht unbedingt eine sachgerechte Entscheidung ermöglicht. Auf die Spitze getrieben, heißt die Alternative: Entweder ich bin unabhängig oder ich bin Experte. Daher halte ich die Dreijahresregelung für einen guten Kompromiss. Man könnte auch darüber nachdenken, ob sich die drei Jahre nicht vielleicht im Anschluss an eine einjährige Amtszeit ebenfalls als sinnvoll erweisen, damit niemand in Versuchung gerät, sich während der sechsjährigen Amtszeit durch parteiliches Verhalten einen Posten in einem Gremium zu verdienen, über das er im Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungen trifft. Ich halte die Einführung der Möglichkeit für den Gesundheitsausschuss, hier Einfluss zu nehmen, im Prinzip für zielführend und auch für richtig ausgestaltet. Ich habe auch keinen Zweifel, dass dies mit der Geschäftsord-

nung des Bundestages (GO-BT) vereinbar ist. Nach dem gegenwärtigen Stand der Regelung hat es der Ausschuss selbst in der Hand, ob er diese Anhörung durchführt und einen Bewerber ablehnt. Ich halte auch die im Gesetz angegebenen Gründe für eine Ablehnung für richtig und stimme dem Vorhaben zu, diese im Gesetz zu verankern. Ich sehe auch nicht die Gefahr, dass eine Person durch eine Ablehnung stigmatisiert wird. Die Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss ist nicht öffentlich, so dass eine Ablehnung nicht bekannt werden muss. Außerdem erscheinen die abgelehnten Personen nicht als unparteiische Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Übertragung der Stimmrechte ist, wenn man sich die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss über die Jahre hinweg anschaut, ein sinnvoller Ansatz. Vereinfacht dargestellt: Weshalb sollten die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei Angelegenheiten mitbestimmen, die ausschließlich den vertragsärztlichen Sektor betreffen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass die vorgesehene Stimmübertragung sinnvoll ist, insofern handelt es sich hier um einen zweckdienlichen und sicherlich auch sachlich gebotenen Ansatz. Gleichwohl bleibt die Frage offen, weshalb Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden sollen, die auch durch bilaterale Vereinbarungen gelöst werden könnten. Denn ich verstehe die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses so, dass er nur dann tätig wird, wenn Sektor übergreifende Entscheidungen zu treffen sind. Für diese Fälle erscheint mir die Übertragung des Stimmrechts als nicht möglich und nicht sinnvoll. Das ist meine kritische Anmerkung zu der Regelung, die aber insgesamt betrachtet sachdienlich und effizienzsteigernd ist und zur Stärkung der Entschlussfähigkeit des Gremiums beiträgt.

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die demokratische

Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses in der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes anerkannt wird. Sie bedarf keiner weiteren Stärkung. Daher muss man sehr genau prüfen, wie der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Struktur so weiterentwickelt werden kann, dass er seine Aufgaben – und dazu werden noch neue hinzukommen – sachgerecht erfüllen kann. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach der Unabhängigkeit der Unparteiischen sicherlich zentral. Was uns auffällt, ist die Kumulation von Regelungen: die dreijährige Karenzzeit, das Vetorecht des Bundestagsausschusses und die einmalige Amtszeit von sechs Jahren. Wenn alle drei Regelungen in Kraft gesetzt werden, dann besteht die Gefahr, dass sich in Zukunft nur noch ältere Menschen für diese Funktionen finden werden. Denn wer entscheidet sich als jüngerer Mensch dafür, in ein solches Gremium zu gehen, wenn er nach sechs Jahren wieder ausscheiden muss. Es ist umgekehrt anzunehmen, dass Sie keine Experten mehr bekommen, weil diese nach der dreijährigen Karenzzeit eine andere Funktion übernommen haben und dass der Bundestagsausschuss letztlich von seinem Vetorecht kaum mehr Gebrauch machen kann. Denn wer die dreijährige Karenzzeit überstanden hat, dessen Unabhängigkeit wird man kaum noch anzweifeln können. Der Betroffene ist dann drei Jahre lang nicht mehr in diesem Metier tätig gewesen. Ich denke daher, man sollte hier weniger regeln. Man sollte sicherlich versuchen, in dieses Gremium mehr unabhängige Faktoren zu bringen. Dies kann man aber auch auf andere als die geplante Weise erreichen, indem man etwa gewisse Vorgaben für die Besetzung der Positionen macht, indem man die Karenzzeit verkürzt und indem man den Bundestagsausschuss nur dafür einschaltet, um zu prüfen, ob die Bank, die insgesamt vorgeschlagen wird, ein ausreichendes unparteiisches Element enthält, statt jeden einzelnen Unabhängigen einer Überprüfung seiner Unabhängigkeit zu unterziehen. Ich bin im Übrigen der Meinung, dass wir

sektorbezogene Entscheidungen brauchen, dass dies aber jetzt schon in unserer Verfahrensordnung ausreichend geregelt ist. Wir haben derzeit schon die Möglichkeit, durch Stimmrechtsübertragung die jeweiligen Bänke unterschiedlich zu besetzen. Unser Einwand gegen die vorgesehene Regelung besteht darin, dass der Bundesausschuss verpflichtet werden soll, vorab schon zu entscheiden, was sektorbezogen und was sektorenübergreifend ist. Das führt zu Problemen. Nehmen Sie zum Beispiel die Heilmittelrichtlinie, die wir lange Zeit als rein vertragsärztliche Regelung angesehen haben, bis auf einmal von Seiten der Zahnärzte der Einwand kam, dass die Richtlinie Regelungen enthalte, die auch die Zahnärzte betreffen. In solchen Fällen würde es, wenn man die Entscheidung schon im Voraus verbindlich getroffen hätte, zu Problemen kommen. Denn dann hat man etwas dem Sektorbezug zugeordnet, was im Nachhinein betrachtet, von seinen Auswirkungen her, gar nicht Sektor bezogen, sondern Sektoren übergreifend ist. Daher bin ich davon überzeugt, dass man solche Fragen tunlichst nicht im Gesetz, sondern in der Geschäftsordnung bzw. in der Verfahrensordnung regeln und hier die Möglichkeit schaffen sollte, in flexibler Weise die notwendigen sektorenbezogenen Besetzungen vorzunehmen. Ferner sollte man eben nicht im Gesetz Grundsatzentscheidungen treffen, deren Auswirkungen letztlich nicht überschaubar sind und die dazu führen, dass dann, wenn man Einzelentscheidungen treffen muss, unter Umständen ein Sektorbezug vorgegeben wird, der für die konkrete Entscheidung gar nicht relevant ist. Daher sollte man bei der Gestaltung der Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses zunächst beachten, dass er demokratisch legitimiert ist. Der G-BA bildet die Spitze der gemeinsamen Selbstverwaltung, er wird bottom-up legitimiert und bedarf daher keiner gesonderten top-down-Legitimation. Ferner muss das Element der Unparteiischen in der Tat gestärkt werden. Dies sollte man aber nicht so machen, dass das Expertenwis-

sen eliminiert wird oder dass indirekt Altersgrenzen eingeführt werden, sondern durch Beobachtung der Akteure. Das Ministerium hat die Möglichkeit zu beobachten, wie die Bänke besetzt werden und verfügt über geeignete Interventionsrechte, mittels derer es eingreifen kann, sobald der Eindruck entsteht, dass in der gesamten Bank der Unparteiischen eines der Lager dominiert. Dies kann man auch durch eine entsprechende Aufsichtsregelung und ohne komplizierte Verfahrensregeln sachgerecht gestalten. Und den Sektorbezug kann man meines Erachtens besser in der Geschäftsordnung und in der Verfahrensordnung als durch eine gesetzliche Vorgabe regeln, die uns zu Entscheidungen zwingt, deren Umsetzung sehr problematisch werden kann.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sind mit dem veränderten Berufungsrecht einverstanden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben einen ähnlichen Vorschlag bereits im April dieses Jahres unterbreitet. Es bleibt beim Vorschlagsrecht der Trägerorganisation, deshalb können wir mit diesem Verfahren gut leben. Was die Stimmenübertragung angeht, hätten wir lieber versorgungsbereichsspezifische Kammern gesehen. Diese sind nun nicht vorgesehen, wir können aber auch mit der im Gesetz verankerten Stimmenübertragung gut leben. Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass das, was Herr Dr. Hess gerade berichtet hat, bisher nie stattgefunden hat. Daher bedarf es schon einer entsprechenden Verankerung im Gesetz. Eine Karenzzeit von drei Jahren erscheint uns als ein zu langer Zeitraum. Angesichts der Geschwindigkeit, mit der sich das deutsche Gesundheitswesen heute verändert, verfügt man nach drei Jahren nicht mehr über die nötige Expertise zum aktuellen Geschehen. Deshalb würden wir vorschlagen, die Karenzzeit zu verkürzen, sie aber auch für andere Per-

sonen, die etwa aus der Gesundheitswirtschaft oder aus dem deutschen Gesundheitswesen kommen, vorzusehen. Denn es ist nicht logisch, die Karenzzeit nur für Angehörige der Trägerorganisationen bzw. deren Mitglieder gelten zu lassen.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die wesentlichen Kritikpunkte sind von Herrn Dr. Hess und Herrn Dr. Köhler bereits angesprochen worden. Auch wir sehen in der Karenzzeit, in der Amtsdauer und der fehlenden Möglichkeit, wiedergewählt zu werden, Regelungen, die eine Schwächung der Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Folge haben. Ich denke, es ist deutlich geworden, dass jemand, der voll im Beruf steht und seine berufliche Kompetenz in den Gemeinsamen Bundesausschuss einbringen könnte, keinerlei Interesse daran hat, nach einer längeren Karenzzeit, die ihn beruflich möglicherweise hemmt, in den G-BA zu wechseln, und dies auch nur für eine einzige Legislaturperiode. Dieser Umstand vermindert unseres Erachtens die Kompetenz des G-BA. Ich habe bei der Erörterung dieses Referentenentwurfs despektierlich gesagt: „Man zieht sich hier nur ‚Gruftis‘ für den G-BA heran“. Ich weiß nicht, ob dies zielführend ist. Die Stimmrechtsübertragung wird von uns Zahnärzten sehr begrüßt. Wir haben die Widrigkeiten der geltenden Regelung bisher immer am stärksten gespürt. In den Ausführungen eines Vorredners ist Folgendes bereits deutlich geworden: Wenn ich als Vertreter der Zahnärzteschaft im G-BA-Plenum über Katarakt-Operationen und anderes mehr abstimme, dann fehlt mir möglicherweise die Kompetenz dafür. Umgekehrt weiß ich von den Kollegen sowohl der KBV als auch der DKG, dass ihnen bei Abstimmungen die Kompetenz für zahnärztliche Bereiche fehlt. Daher ist es an dieser Stelle eher zielführend und viel effektiver, die Stimmrechtsübertragung so auszugestalten, dass in den Fällen, in denen die Zuordnung von vorn-

herein klar ist – und wir wünschen uns diese Klarheit, vielleicht müsste man sie sogar noch ein bisschen stärker herausarbeiten –, die Bänke entsprechend besetzt werden. Die einzelnen Sektoren können so viel effektiver arbeiten. Insofern widerspreche ich ein Stück weit Herrn Dr. Hess. Meines Erachtens kann man zum Beispiel beim Thema Heil- und Hilfsmittel schon im Vorfeld klären, ob Ärzte oder Zahnärzte betroffen sind oder nicht. Es dient der Rechtssicherheit, wenn die Zuordnung von vornherein klar ist und wenn man das Verfahren dann organisatorisch und technisch entsprechend abwickeln kann.

**SV Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es wird Sie nicht überraschen, dass wir eine etwas andere Position in dieser Frage haben. Wir haben bereits in der Vergangenheit deutlich gemacht, dass wir den Gemeinsamen Bundesausschuss als das wichtigste Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ansehen und die hier vorgeschlagenen Regelungen, die zumindest nach den Formulierungen dazu dienen sollen, die Legitimation des G-BA zu erhöhen, sehr kritisch beurteilen. Die Legitimation des G-BA – Herr Dr. Hess hat schon darauf hingewiesen – ist durch die Rechtsprechung bestätigt. Die geplanten Neuregelungen, insbesondere das Widerspruchsrecht des Ausschusses, bergen die Gefahr, dass eine Vermischung von politischen Funktionen und Selbstverwaltungsfunktion entsteht. Außerdem könnte die Akzeptanz der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses leiden. Derzeit werden die Vorsitzenden bzw. die Unparteiischen von den Organisationen der Selbstverwaltung gemeinsam bestimmt. Die entsprechenden Entscheidungen finden daher auch in den jeweiligen Systemen Akzeptanz. Infolge der geplanten Regelung besteht zumindest die Möglichkeit, sich von diesen Entscheidungen zu distanzieren. Für die Akzeptanz der Entscheidungen wird dies ein großes Problem werden. Was die Unabhängigkeit angeht, ist der derzeitige Vorsitzen-

de ein gutes Beispiel dafür, dass die entscheidende Organisation nicht immer glücklich darüber ist, welche Entscheidungen ihr ehemaliges Mitglied als neutraler Vorsitzender trifft. Dies ist ein Beweis dafür, dass die Personen, die wir gemeinsam aussuchen, die Akzeptanz aller Beteiligten benötigen und dass diese Personen die Akzeptanz und ihre Position in entsprechender Weise nutzen. Das halte ich für richtig. Zu den Karenzzeiten ist schon Einiges gesagt worden. Die in dem Gesetzentwurf enthaltenen Regelungsvorschläge vermitteln den Eindruck, dass Fachkenntnis schädlich ist, wenn man in eine solche Position gelangen will. Wir halten es daher für nicht sinnvoll, eine solche Regelung einzuführen. Sie würde die Suche nach geeigneten Kandidaten erschweren. Sie würde aber auch die Arbeit im G-BA erschweren, weil hier eine hochkomplexe Materie verhandelt wird und es daher sinnvoll ist, bei der Besetzung der entsprechenden Positionen auf ausreichend qualifizierte Personen zurückgreifen zu können. Hier schließe ich mich meinen Vorrednern an. Die Liste der Ausgeschlossenen ist unserer Ansicht nach nicht vollständig. Was ist mit Wissenschaftlern, die unter anderem im Auftrag der Industrie tätig sind, mit Vertretern der PKV, der Pharmaindustrie, der übrigen stellungnahmeberechtigten Organisationen, der Medizinproduktehersteller, den Verwaltungsleitern von Krankenhäusern usw. Und was ist mit Gesundheitspolitikern? Können die auch dabei sein? Aber das ist ein anderes Thema. Mein letzter Punkt ist die Übertragung der Stimmen. Wir haben schon in der Vergangenheit oft dafür geworben, eine sektorübergreifende Sicht der Dinge zu entwickeln. Nach meiner Erinnerung ist in den letzten 20 Jahren immer wieder angemahnt worden, die Grenzen zwischen den Sektoren zu überwinden. Es war das Anliegen des Gemeinsamen Bundesausschusses, sektorübergreifend zu beraten und zu entscheiden. Meine Forderung – auch an die Leistungserbringer ist –, Verantwortung für das gesamte System zu übernehmen und sich

nicht durch Konzentration auf Randthemen, die möglicherweise in dem einen oder anderen Kreis von Spezialisten diskutiert werden, aus der Verantwortung zu stehlen. Wir führen diese differenzierte Diskussion auf der Arbeitsebene schon seit langem. Es muss nicht jeder Vertreter einer Trägerorganisation bei jeder Beratung dabei sein. Wir halten es für sinnvoll, dass bei den wichtigen Entscheidungen im Plenum gemeinsam entschieden wird, und dabei handelt es sich in der Regel um sektorübergreifende Entscheidungen. Das Abgrenzungsproblem, das Herr Dr. Hess angesprochen hat, stellt sich im Übrigen auch aus unserer Sicht. Wir denken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Verantwortung für das gesamte System übernehmen und dass dies für alle Beteiligten gelten muss.

**Sve Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Ich möchte zuerst auf die letzte Frage, nämlich auf die Frage nach der Kumulation der Stimmen der Leistungserbringer bei den Abstimmungen eingehen. In Ergänzung zu dem, was Herr Dr. Hess gesagt hat, möchte ich darauf hinweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nicht nur aus dem Plenum besteht, sondern die Entscheidungen in der Regel in Unterausschüssen vorbereitet werden. Diese Unterausschüsse sind strikt nach der Betroffenheit der einzelnen Leistungserbringer besetzt, und wenn dort für einen Beschlussentwurf einstimmige Vorlagen vorgelegt werden, dann haben daran tatsächlich nur die betroffenen Leistungserbringer mitgewirkt. Die einzigen, die gelegentlich ein Haar in der Suppe finden, sind die Patientenvertretungen, etwa, wenn es zu bedauerlichen Entscheidungen gegen die Interessen von Patientinnen und Patienten kommen soll. Insofern halten wir die Kumulation der Stimmen für nicht notwendig. Hier wird ein Problem gelöst, das aus unserer Sicht gar nicht existiert. Ferner möchte ich zur Frage der Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere der Vorsitzen-

den, etwas sagen. Wir haben uns die Frage gestellt, wer bei einer Karenzzeit von drei Jahren überhaupt noch als kompetenter Vorsitzender in Frage kommt. Wir glauben, dass die Liste der Kandidaten relativ kurz sein wird und dass es somit nicht zu einer Verbesserung der Entscheidungen in dem Gremium kommen wird. Wir bezweifeln ebenfalls, dass eine Verbesserung der Legitimation – sofern sie überhaupt notwendig ist – durch eine Beteiligung des Gesundheitsausschusses erreicht werden kann. Denn für uns stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien hier überprüft werden soll, wer in den G-BA zu berufen ist. Wenn man allerdings über eine Stärkung der Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses nachdenkt, dann sollte man in Erwägung ziehen, dort nicht nur die ökonomischen Interessen von Krankenkassen und Leistungserbringern stimmberechtigt zu repräsentieren, sondern auch eine Stärkung der Interessen der betroffenen Patientinnen und Patienten, der Verbraucherinnen und Verbraucher vorzunehmen. Wenn man aber ein Stimmrecht für die Patientenvertretungen nicht in Betracht zieht, was wir bedauern, dann könnte man zumindest überlegen, der Patientenvertretung ein Vorschlagsrecht für die unabhängigen Vorsitzenden einzuräumen, indem man zum Beispiel die Zahl der unabhängigen Vorsitzenden entsprechend erhöht und einen alternierenden Vorsitz der Unabhängigen vorsieht, um die Fokussierung der Entscheidungen auf eine einzelne Person, wie sie heute in strittigen Fällen häufig erfolgt, zu vermeiden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte noch einmal auf den Themenkomplex der Medizinischen Versorgungszentren zurückkommen. Meine Frage richtet sich an den Deutschen Städtetag, an den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, Integrierte Versorgung e. V. und an den Einzelsachverständigen Dr. Christopher Hermann. Mich interessiert, wie Sie die Versorgungsrealität beurteilen und wie Sie die

Folgen der beabsichtigten Einschränkungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren für die Versorgungssituation einschätzen?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Ich vertrete heute auch die beiden anderen kommunalen Spitzenverbände. Die Versorgungsrealität im Hinblick auf die medizinischen Versorgungszentren könnte besser sein. Wir erwarten von dem Gesetzentwurf eher eine Einschränkung der Möglichkeiten für die Kommunen, sich in diesem Bereich zu engagieren. Das hat zum einen mit dem Kommunalrecht zu tun, das mit diesem Gesetz nicht geändert werden kann. Wesentlicher aber sind die vorhin schon dezidiert als verfassungsgemäß und europarechtskonform bezeichneten, aber dennoch nicht sinnvollen Einschränkungen der Möglichkeiten zur Gründung von MVZ einschließlich der Frage, in welcher Rechtsform dies geschehen soll und wer dies darf. Weshalb werden diese Einschränkungen vorgenommen? Wir brauchen mehr und nicht weniger Möglichkeiten, die Versorgungsrealität an den spezifischen Bedarf der Menschen vor Ort anzupassen.

SV **Jörn Schroeder-Printzen** (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren e.V. (BMVZ)): Der Bundesverband der Medizinischen Versorgungszentren hält die Änderungen für nicht erforderlich. Die Ausführungen von Prof. Sodan sind meines Erachtens verfassungsrechtlich nicht überzeugend. Es gibt auch andere gutachterliche Stellungnahmen wie die des Sachverständigen Rechtsanwalt Buchner. Aber vielleicht sollte man noch einmal zurückblicken auf das, was die Bundesregierung selbst gesagt hat. Sie hat nämlich festgestellt, dass es keinerlei Gründe gibt, medizinische Versorgungszentren hinsichtlich der wirtschaftlichen Notwendigkeit der Tätigkeit anders zu behandeln als niedergelassene Ärzte. Es hat keinerlei Erkenntnisse gegeben, denen zufolge Kapitalgeber Einfluss auf die

medizinische Versorgung nehmen. Im Übrigen ist festzustellen, dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die es schon seit den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts gibt, die Interessen der Ärzte an ihrem Kapital oder an ihrem Verdienst schon immer eingeschränkt worden sind. Ich sehe also insoweit keinerlei Handlungsbedarf. Im Gegenteil, meines Erachtens werden dadurch die Formenvielfalt der Einrichtungen und die Gestaltungsmöglichkeiten für die medizinische Versorgung eher vermindert.

**SV Dr. Christopher Hermann:** Das Thema Medizinische Versorgungszentren ist insoweit bemerkenswert, als hier eine Einschränkung von Möglichkeiten vorgenommen wird, im ambulanten Bereich Investitionen zu tätigen, die dort dringend notwendig sind. Es ist für die Patienten – und dies war die spezielle Frage aus Sicht der Patienten bzw. der Versicherten – sicher wenig interessant, ob der hinter einem Medizinischen Versorgungszentrum stehende Kapitalgeber die ärztliche Zulassung hat, ob es sich um ein Krankenhaus, eine GmbH oder eine Aktiengesellschaft handelt. Interessant ist vielmehr, ob die ärztliche Unabhängigkeit der Leitung sichergestellt ist. Das ist das einzige, was die Patienten und die Krankenversicherten letztlich interessiert. Insofern ist das Kapitalgeber-„Bashing“, das hier gemacht wird, ein Stück weit unverständlich. Statt eine Versorgungsstruktur, die noch gar nicht richtig etabliert ist, wieder zurückzudrängen, sollten wir in einer Zeit, in der wir über Landarztprobleme und künftige Unterversorgung klagen, lieber Anreize für ihre weitere Ausbreitung setzen. So wäre es eher zielführend, darüber nachzudenken, ob nicht die Voraussetzung eines fachgruppenübergreifenden Angebots in Medizinischen Versorgungszentren aufgegeben werden sollte, damit insbesondere auf dem Land auch Allgemeinärzte dazu in der Lage wären, Medizinische Versorgungszentren gemeinsam zu gründen, unabhängig davon, wer der

dahinter stehende Geldgeber ist. In solchen Einrichtungen bestünde dann die Möglichkeit, Modelle für Jobsharing, Teilzeitarbeit und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verwirklichen. Es wird beklagt, dass es eine Vielzahl von aus- und auch weitergebildeten Ärzten und Ärztinnen gibt, die ihren Beruf aus vielerlei Gründen nicht ausüben. Die Chance, aus diesem Reservoir zu schöpfen, wird vertan.

**Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD):** Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Reimar Buchner. Wie beurteilen Sie aus verfassungsrechtlicher Sicht die im Gesetzentwurf vorgesehenen Gründungsbeschränkungen für MVZs unter Berücksichtigung des Ziels der Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit? Ist es aus Ihrer Sicht verfassungsrechtlich haltbar, zur Verhinderung möglicher Einflussnahmen durch Kapitalinvestoren das Recht zur Gründung von MVZs zu beschränken? Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Gründungsbeschränkungen für MVZs aus europarechtlicher Sicht?

**SV Dr. Reimar Buchner:** Ich beziehe mich in der Antwort auf meine schriftliche Stellungnahme, die zu wiederholen ich Ihnen ersparen will. Ich möchte stattdessen aus gegebenem Anlass – weil mir heute morgen auch die schriftliche Stellungnahme des geschätzten Mitsachverständigen Prof. Sodan übermittelt worden ist – kurz erläutern, warum wir unsere verfassungsrechtliche Bewertung einschließlich der im Einzelnen vorgetragenen Argumente aufrechterhalten, und zwar auch nach Rücksprache mit Herrn Prof. Scholz, der das ursprünglich zu einem Referentenentwurf erstattete Gutachten zur Konformität mit dem Verfassungs- und dem Europarecht mit verfasst hat. Unsere Beurteilung weicht in wesentlichen Punkten von der von Prof. Sodan ab. Es ist unstrittig, dass die geplanten Regelungen zu den Gründungsbeschränkungen in die Berufsfrei-

heit eingreifen, und dieser Eingriff hat eine erhebliche Intensität. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde seit dem Jahr 2004 allen Leistungserbringern die Möglichkeit eröffnet, einen Zweitberuf auszuüben, nämlich den des Gründers und Betreibers von Medizinischen Versorgungszentren. Diese Möglichkeit soll nun allen Leistungserbringern, die nicht ausdrücklich in dem Katalog genannt sind, also allen außer Vertragsärzten, Krankenhäusern und gemeinnützigen Betreibern, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, genommen werden. Das ist eine erhebliche Einschränkung. Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass auch der Zweitberuf durch Artikel 12 GG geschützt ist; dieser Zweitberuf kann künftig aber nur noch dann ausgeübt werden, wenn man die Qualifikation als Vertragsarzt, als Träger eines zugelassenen Krankenhauses oder als gemeinnützige Einrichtung besitzt, so dass eine subjektive Zugangsbeschränkung vorliegt. Daher müssen die Gründe für die Rechtfertigung dieser Einschränkung wichtige Gemeinschaftsgüter sein. Selbst wenn man dies anders beurteilen würde, sprechen für diese Einschränkungen nicht einmal legitime Allgemeinwohlinteressen. Der Entwurf erhebt den Anspruch, die ärztliche Unabhängigkeit zu schützen. Diese stellt selbstverständlich einen wichtigen Gemeinwohlbelang dar. Der Entwurf krankt allerdings an einem entscheidenden Punkt. Es gibt keinerlei Informationen darüber und auch keine plausiblen Begründungen dafür, dass die ärztliche Unabhängigkeit in denjenigen Medizinischen Versorgungszentren besonders gefährdet ist, die von den Leistungserbringern, die jetzt ausgeschlossen werden sollen, gegründet worden sind. Das ist das Problem. Zwar kommt dem Gesetzgeber eine Einschätzungsprärogative zu. Diese ist aber nicht schrankenlos. Ich beziehe mich im Folgenden auch auf die Stellungnahme von Herrn Prof. Sodan und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Es wird erwartet, dass der Gesetzgeber das verfügbare Datenmaterial nutzt und die ihm zugängli-

chen Erkenntnisquellen ausschöpft. Dies ist hier offensichtlich nicht der Fall gewesen. Ich möchte dies wie folgt begründen: Noch am 1. Oktober 2010 hat die Bundesregierung in der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage ausgeführt, ihr lägen keinerlei Informationen vor, wonach die Behandlungsqualität oder das Ergebnis einer Behandlung davon abhängt, ob die Behandlung in einer freiberuflich betriebenen Arztpraxis oder in von Kapitalgebern gegründeten MVZs erfolgt sei. Es gab keinen Hinweis darauf, dass die ärztliche Unabhängigkeit in den von Kapitalgebern gegründeten MVZs gefährdet sein könnte. Offensichtlich hat sich daran nichts geändert. Im Gegenteil: Der Bundesrat, dessen Stellungnahme hier sicherlich von Gewicht ist, sieht keinen Anlass für die beabsichtigte Regelung. Von Gewicht ist diese Einschätzung auch deshalb, weil der Bundesrat die Behörden, die die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern führen, repräsentiert und diesen Behörden eigentlich bekannt sein müsste, wenn es Probleme mit der ärztlichen Unabhängigkeit der in MVZs tätigen Ärzte gäbe. Nun ein letzter Punkt, der letztlich der ausschlagende ist. Ich bitte Sie, einen Blick auf die stationäre Versorgung zu werfen. Hier verfolgt der Gesetzgeber ausdrücklich das Ziel der Herstellung und Bewahrung von Trägervielfalt. Die stationäre Versorgung steht im Jahre 2009 in der GKV für einen Ausgabenblock im Umfang von 33 Prozent der Gesamtausgaben. Hier sind 130.000 angestellte Ärzte tätig. Im Krankenhausrecht bestehen keinerlei Einschränkungen für die Gründungsberechtigung, hier wird nicht einmal verlangt, dass die Leistungserbringer im Rahmen der GKV-Versorgung tätig sein müssen. Vielmehr handelt es sich bei den Krankenträgern häufig um private, börsennotierte Aktiengesellschaften, die künftig weiterhin ohne Einschränkungen und in unbegrenzter Zahl Medizinische Versorgungszentren gründen dürfen. Dies erscheint uns letztlich, auch unter Berücksichtigung einer Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers, nicht haltbar, zumal



gleichzeitig seit Jahren im Interesse der Überwindung von Sektorengrenzen die unmittelbaren Beteiligungsmöglichkeiten von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung erweitert werden. Dies bedeutet, dass dort angestellte Ärzte unmittelbar beteiligt sind. Die europarechtliche Beurteilung unterscheidet sich hiervon letztlich nicht. Möglicherweise ist die Freiheit des nationalen Gesetzgebers noch etwas größer, da die EU bekanntermaßen keine Primärkompetenzen im Gesundheitsrecht besitzt, sondern diese den Mitgliedsstaaten vorbehalten sind. Der Kollege Sodan hat sich hier auf die Doc Morris-Entscheidung berufen. Dort ist im Wesentlichen ausgeführt worden, dass eine große Freiheit bestünde. Allerdings unterscheidet sich der dort zu beurteilende Sachverhalt wesentlich von dem hier maßgeblichen. Es ging nämlich darum, ob das Apothekenfremdbesitzverbot des deutschen Apothekenrechts, das seit Jahrzehnten besteht, aufgrund der Niederlassungsfreiheit zwingend aufzuheben ist oder ob es aufrechterhalten werden kann. Der EuGH hat die Einschätzungsfreiheit des Gesetzgebers insoweit anerkannt. Im vorliegenden Fall verhält es sich jedoch so, dass der Gesetzgeber seit acht Jahren Erfahrungen mit der Freiheit, Medizinische Versorgungszentren ohne Fremd- und Mehrbesitzverbot zu betreiben, sammeln konnte. Und offensichtlich hat der Gesetzgeber keine Informationen, nach denen dies zu Problemen führen würde. Daher werden hier auch die europarechtlichen Grenzen überschritten.

*Die **Vorsitzende** unterbricht die Sitzung für 30 Minuten.*

*Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.) übernimmt den Vorsitz.*

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu dem Themenkomplex „Stärkung der Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen“. Es ist unser Be-

streben, ambulante Versorgungslücken zu schließen. Wir werden morgen im Bundestag unter anderem auch über die Familienpflegezeit entscheiden. Ich denke, auch das ist ein Beitrag, diese Versorgungslücken zu schließen. Mit dem heute behandelten Gesetzentwurf sollen die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet werden. Dies bezieht sich sowohl auf die häusliche Krankenpflege als auch auf die Haushaltshilfe. Zusätzlich soll die Kann-Regelung zu Satzungsregelungen im Bereich Haushaltshilfe in eine Soll-Regelung umgewandelt werden. Ich habe eine Frage an den Sozialverband VdK, den Caritasverband und den AOK-Bundesverband. Wie bewerten Sie die Änderung der Regelungen zu den Haushaltshilfen und der häuslichen Krankenpflege? Inwieweit kann dem Problem der sogenannten ambulanten Versorgungslücke damit wirksam begegnet werden?

SV **Katja Kracke** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Die Problematik der häuslichen Krankenpflege bzw. der Haushaltshilfe bewerten wir wie folgt: Aufgrund unserer Erfahrungen und der bundesweiten Rückmeldungen unserer Mitglieder kommen wir zu dem Schluss, dass es notwendig ist, den Anspruch auf Haushaltshilfe nicht nur als Soll-Vorschrift auszugestalten, sondern einen definitiven Rechtsanspruch zu schaffen. Die Satzungsleistungen werden vorwiegend von denjenigen Versicherten in Anspruch genommen, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen aktiv nutzen, die in der Lage sind auszuwählen und die sich aktiv mit diesen Fragen auseinandersetzen. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl nicht um die Menschen, die die Haushaltshilfe dringend benötigen, also insbesondere ältere und chronisch kranke Menschen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Deswegen halten wir die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung für unzureichend. Es müsste ein Anspruch sowohl auf häusliche Krankenpflege nach Krankenhaus-

entlassungen als auch auf Haushaltshilfe geschaffen werden.

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Zunächst begrüßen wir es, dass die Regierungskoalition im Bereich der Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V eine andere als die bis jetzt geltende Regelung vorsieht und die Kann-Leistung durch die stärker normierende Soll-Leistung ersetzen will. Dies ist unserer Auffassung nach notwendig, um das Ermessen der Krankenkassen einzuschränken. Denn in den letzten Jahren sind die Leistungen der Krankenkassen in diesem Bereich deutlich reduziert worden. Die Krankenkassen haben in weitem Umfang von der bestehenden Regelung als Kann-Leistung Gebrauch gemacht. Wir halten es deswegen für notwendig, diesen Bereich stärker zu normieren und hier eine Pflichtleistung einzuführen. Die vorgesehene Soll-Leistung ist fast eine Pflichtleistung. Sie vermag aber die ambulante Versorgungslücke im Bereich der Haushaltshilfen nicht komplett zu schließen, weil der § 38 Abs. 2 SGB V sich auf „andere als die in Abs. 1 bezeichneten Fälle“ – den Krankenhausaufenthalt – bezieht. Diese „anderen Fälle“ können sehr weit definiert sein. Unseres Erachtens ist es unbedingt notwendig, den § 38 Abs. 2 auf den ambulanten Bereich hin zu spezifizieren und die ambulante Versorgungslücke dahingehend zu schließen, dass nach Krankenhausaufenthalt, bei ambulanter OP oder bei anderen ambulanten Therapien Haushaltshilfen ermöglicht werden. Die Soll-Leistung ist in gewissem Maße begrüßenswert. Wir würden es aber vorziehen – das haben wir auch in unserer Stellungnahmen zum Referentenentwurf schon zum Ausdruck gebracht –, für mindestens drei Monate eine Pflichtleistung im Bereich der ambulanten Versorgungslücke zu statuieren und darüber hinaus Satzungsleistungen vorzusehen. So viel zum § 38 SGB V. Sie haben mir auch die Gelegenheit gegeben, etwas zur häuslichen Krankenpflege zu sagen. Auch hier gibt es eine ambulante

Versorgungslücke. Bisher ist im Gesetzentwurf aber noch nicht vorgesehen, den § 37 SGB V neu zu regeln. Der § 37 Abs. 1 SGB V weist aber ebenfalls eine ambulante Versorgungslücke auf, und zwar der Gestalt, dass es viele Konstellationen gibt, bei denen ein Grundpflegerischer und ein hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf gegeben sind – ebenfalls nach ambulanter OP, bei ambulanten Behandlungen nach Krankenhausaufenthalt, und zwar ohne dass ein Behandlungspflegerischer Versorgungsbedarf besteht. In diesen Fällen können die Kassen keine Leistungen gewähren. Dies wäre nur dann möglich, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt würde. Daher sehen wir auch in diesem Bereich eine Versorgungslücke, denn Krankenhausvermeidungs- und Krankenhausverkürzungspflege gibt es heute nicht mehr. Der Paragraph läuft – anders als früher – faktisch ins Leere. Wir haben zu beiden Bereichen konkrete Formulierungsvorschläge gemacht. Abschließend nutze ich noch die Möglichkeit, einen Satz anzufügen: Wir würden uns wünschen, dass die häusliche Krankenpflege im Gesetz auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe explizit normiert wird.

**SV Uwe Deh** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Was die Fragen nach den Haushaltshilfen, den Soll- oder Kann-Leistungen angeht, kann ich direkt an meine Vorrednerin anknüpfen. Allerdings ziehe ich einen etwas anderen Schluss aus der Realität, wie wir sie beobachten. Die Krankenkassen machen von der Kann-Regelung im Rahmen der Satzungsleistung regen Gebrauch. Das hat den ganz praktischen Grund, dass sie ihre Versicherten an der Schnittstelle zwischen den Sektoren, das heißt bei der Nachbehandlung und wenn in der Häuslichkeit die Versorgung durch Familienangehörige, Kinder oder andere Personen nicht gewährleistet ist, nicht allein lassen. Daher ist die Versorgungsrealität durch eine breite Vielfalt von wirksamen Kann-Leistungen geprägt. Damit erübrigt

sich auch die Frage, ob wir die Regelung verändern müssen. Diese Regelung funktioniert. Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege will ich mich ein wenig allgemeiner ausdrücken: Hier beobachten wir eine Veränderung der Versorgungssituationen und der Versorgungsbedarfe. Wir halten es für abwegig zu glauben, dass man solche Situationen oder solche Versorgungsbedarfe mit Hilfe von Satzungsleistungen bewältigen kann. Wenn man der Auffassung ist, dass der Versorgungsbedarf sich geändert hat, dann muss man – unabhängig davon, ob man dies Versorgungslücke oder anders nennt – diese Leistungen im Leistungskatalog und nicht in dem unbestimmten und wettbewerblich kontraproduktiven Bereich der Satzungsleistungen verankern.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe vier Fragen zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Die erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den BNHO und die ACHSE. Mich würde interessieren, wie Sie die Konzeption des neuen Versorgungsbereichs nach § 116b SGB V mit Blick auf das Ziel einer deutlichen Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung beurteilen. Meine zweite Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband. Wie lange braucht der Gemeinsame Bundesausschuss nach Ihrer Einschätzung, um die Aufgabe der Konkretisierung und Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen? Die dritte Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände und den Verband der Krankenhausedirektoren. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern in der vertragsärztlichen Versorgung, die bei den onko-

logischen Erkrankungen obligatorisch abzuschließen sind. Halten Sie diese Verträge für sachgerecht? Die vierte Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den AOK-Bundesverband. Im Gesetzentwurf ist für die Krankenhäuser bei den ambulanten spezialärztlichen Leistungen ein Investitionskostenabschlag in Höhe von fünf Prozent vorgesehen. Ist dieser Abschlag notwendig, sinnvoll und in der Höhe angemessen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Das Konzept, das dem § 116b SGB V zugrunde liegt, wird von uns grundsätzlich positiv bewertet. Ich muss dazu sagen, Krankenhäuser sind Leistungserbringer gemäß § 116b SGB V. Es gibt eine Diskussion über Wettbewerbsverzerrungen gegenüber niedergelassenen Ärzten. Diese Verzerrung wird mit diesem Konzept im Wesentlichen beseitigt, sodass künftig die niedergelassenen Ärzte unter ähnlichen Bedingungen wie heute die Krankenhäuser Leistungserbringer nach § 116b SGB V werden können. Dazu gehört das entsprechende Instrumentarium: Loslösung von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, Steuerung der Leistungsberechtigung ausschließlich durch die Qualität sowie gleiche Vergütungsbedingungen. Problematisch ist jedoch, dass im großen Leistungsbereich der onkologischen Leistungen von diesen idealtypischen Bedingungen zu Lasten der Krankenhäuser abgewichen werden soll. Dadurch würde das, was heute bei der Krebsbehandlung in den Krankenhäusern möglich ist, in Frage gestellt. Dies ist auf die vorgesehene Regelung zurückzuführen, der zufolge die Zulassung der Krankenhäuser künftig davon abhängt, ob niedergelassene Ärzte als Kooperationspartner zur Verfügung zu stehen. Damit ist die Fortsetzung der ambulanten onkologischen Behandlungen in den Krankenhäusern in hohem Maße gefährdet, weil derzeit deutschlandweit etwa 100 niedergelassene Ärzte eine Konkurrentenklage gegen die Zulas-

sung der Krankenhäuser in diesem Bereich betreiben. Es ist kaum zu erwarten, dass das Ziel, diese Art der Versorgung flächendeckend einzuführen, durch diese Regelungen erreicht wird. Daher richten wir an Sie die dringende Bitte, die Verknüpfung von Kooperationsverpflichtung und Zulassung aufzulösen. Ferner wird die Vergütung für die 116b-Leistungen der Krankenhäuser mit einem Abschlag von fünf Prozent belegt. Damit sind wir der einzige Bereich, in dem das Versorgungsstrukturgesetz zu einem Kostendämpfungsgesetz wird. Die Kürzung wird damit begründet, dass die Krankenhäuser für die Erbringung dieser Leistungen Investitionsmittel erhalten. Da der Umfang dieser Mittel aber gering ist, ziehen die Krankenhäuser daraus kaum einen Vorteil. Für andere ambulante Leistungen des Krankenhauses wie das ambulante Operieren ist kein Abschlag vorgesehen. Dies ist ein Punkt, den wir zu bedenken geben. Die Frage führt am Ende wieder in die alten Diskussionen darüber zurück, ob Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile gegenüber niedergelassenen Ärzten haben, weil sie diese Art der Behandlung aus Sicht der Kassen um fünf Prozent billiger anbieten können. Insofern führt die Regelung in eine Richtung, von der wir eigentlich wegkommen wollten. Die Frage, wie viel Zeit der G-BA benötigen wird, bis er für die einzelnen Indikationen, die hier zur Diskussion stehen, Richtlinien ausgearbeitet hat, lässt sich schwer beantworten, denn es sind schwierige Diskussionen über Qualitätssicherung, Strukturqualitätsanforderungen und anderes zu führen. Ich kann daher keinen konkreten Zeitpunkt nennen. Alle Beteiligten sollten sich jedoch bemühen, die Probleme zügig aufzuarbeiten. Die Fragen, die wir in der Vergangenheit zu diskutieren hatten, sind Stück für Stück und in vielen Diskussionsrunden gelöst worden. Wenn der Gesetzgeber allerdings bestimmen würde, dass die Vorgaben, die der G-BA – auch in Bezug auf die Qualität – gemacht hat, die Norm bilden, die auch in das neue System überführt werden soll, dann kann es schneller gehen. Es gibt keinen

Grund, weshalb die Qualitätsnormen, die vom G-BA bereits definiert worden sind, grundlegend geändert werden müssten. Und es würde noch schneller gehen, wenn die hochkontroverse Vorgabe aus dem Gesetzentwurf herausgenommen würde, der zufolge der G-BA bei einer Erkrankung, also etwa bei Brustkrebs, eine Unterscheidung zwischen einer schwereren und einer leichteren Form, zwischen einer 116b-Geeigneten und einer nicht 116b-Geeigneten, treffen muss. Wenn der G-BA diese Differenzierung vornehmen soll, dann dauert es länger.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wenn man im Interesse der Verbesserung der Patientenversorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor bei gleicher Vergütung, gleicher Qualität und gleichen Zulassungsvoraussetzungen einen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten um die beste Versorgung etablieren will, dann ist man mit dem, was im Regierungsentwurf dazu vorgesehen ist, auf dem richtigen Weg. Deswegen unterstützen wir das Vorhaben grundsätzlich. Wir haben allerdings in Bezug auf die Ausführungsregelungen einige Vorbehalte. Wir wünschen uns im Interesse einer strukturierten Versorgung insbesondere eine präzisere Regelung von Überweisungsvorbehalten und Kooperationsanforderungen für die Zusammenarbeit zwischen den Strukturen. Diese betreffen auch die Einhaltung von Qualifikationsvoraussetzungen, insbesondere die Frage des Facharztstatus. Auch für den stationären Bereich erwarten wir weitere Präzisierungen. Der Investitionskostenabschlag in Höhe von fünf Prozent ist als ein Subventionsbetrag anzusehen, den wir akzeptieren können. Er müsste allerdings viel höher sein, wenn er die Wettbewerbsgleichheit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den stationären Einrichtungen gewährleisten soll. Wir sehen aber ein, dass man erst einmal mit fünf Prozent beginnen muss. Im Zusam-

menhang mit der Erbringung von Leistungen nach § 116b SGB V nutzen die Krankenhäuser ihre dual finanzierten stationären Kapazitäten. Deswegen zielt die Abschlagsregelung in die richtige Richtung. Was die Dauer der Arbeit an der Richtlinie angeht, ist die entscheidende Frage, ob man ausschließlich die Instrumente der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nutzt oder ob es ausführlicher Gutachten bedarf. Im letzteren Falle wird es relativ lange dauern, bis die Qualifikationsanforderungen festgelegt sind, die wir am Anfang benötigen. Die Alternative bestünde darin, an vorhandene Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung aus dem ambulanten wie aus dem stationären Bereich anzuknüpfen. Dann könnte der Prozess wesentlich schneller verlaufen. Ich kann heute keine präzise Prognose abgeben. Wir nehmen an, dass im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses der grundlegende Konflikt zwischen ambulanten und stationärem Sektor wieder aufleben wird und dass wir deswegen langwierige Diskussionen haben werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Was verstehen Sie unter langwierig? Sechs Monate oder sechs Jahre?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Bis zu zwölf Monate.

SV **Dr. Stephan Schmitz** (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)): Die Versorgungsrealität in Deutschland sieht so aus, dass 90 Prozent der medikamentösen Tumortherapien von Krebspatienten ambulant durchgeführt werden. Außerdem erfolgt die Versorgung im Wesentlichen durch niedergelassene Vertragsärzte, nicht nur durch Hämatologen und Onkologen, sondern auch durch Gynäkologen und Urologen. Dies wirft die Frage auf, ob wir überhaupt ein neues Gesetz brauchen. Wir haben als

Berufsverband seit Jahren dafür plädiert, an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und spezialärztlicher Versorgung neue Regeln zu schaffen, also einen neuen Bereich zu etablieren, und zwar aus zwei Gründen: Zum einen weil die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser und die Vertragsärzte, die ambulante Leistungen erbringen, vollkommen verschieden sind. Stichworte: Budget hier, Budgetfreiheit dort. Zweitens sind wir davon überzeugt, dass die onkologische Versorgung in Deutschland verbessert werden muss, weil die Anzahl der Krebspatienten in den nächsten 15 Jahren wegen der Alterung der Bevölkerung drastisch zunehmen wird. Dies sind die zwei Gründe, weshalb wir für einen neuen Bereich, für eine neue Regelung plädiert haben. Unserer Auffassung nach sollte das Gesetz nicht den einen Bereich durch einen anderen substituieren. Die gute vertragsärztliche Versorgung sollte nicht durch eine Krankenhausversorgung ersetzt werden. Daher sollte das Gesetz auf Kooperation setzen, denn nur so werden wir die künftigen Anforderungen meistern. Da die Krankenhäuser in der Onkologie den exklusiven Erstzugriff auf die Patienten nach der Operation haben, fordern wir für diesen Bereich eine verpflichtende Kooperationsvereinbarung. Das beinhaltet zwar einen Zwang, aber manchmal muss man eben zu seinem Glück gezwungen werden. Es ist übrigens nicht so, wie es die Deutsche Krankenhausgesellschaft manchmal darstellt, dass derzeit keine Kooperation gäbe. Wir haben 2.000 Krankenhäuser, und es gibt bereits hunderte von Kooperationsvereinbarungen zwischen niedergelassenen Onkologen und Krankenhäusern, zum Beispiel onkologischen Zentren, Darmzentren, Brustzentren und anderen Zentren. Dies muss weiter gefördert werden. Der nationale Krebsplan besagt dies übrigens auch. Er definiert Zentren als Sektor übergreifende Versorgungsnetzwerke. Deswegen fordern wir, dass die Verpflichtung zur Kooperation im Gesetz verankert bleibt. Wir sind ferner der Ansicht, dass man am Anfang, in einer Run-in-Phase, für den Bereich der Onkologie

eine gewisse Einschränkung vornehmen, das heißt, nicht die gesamte Onkologie einbeziehen, sondern sich auf seltene oder schwere Erkrankungen oder besondere Verlaufsformen konzentrieren sollte. Darüber hinaus sollte das ganze Vorhaben auf gesicherten Diagnosen basieren, weil andernfalls das Versprechen eines Verzichts auf Budgetierung und Mengenbegrenzung nicht eingehalten werden kann. Verdachtsdiagnosen sollten nicht zugelassen werden, denn einen Tumorverdacht kann man bei jedem Patienten nach einer fünfminütigen Befragung äußern. Man sollte die Diagnostik mitnehmen, die dann auch zu einer gesicherten Diagnose führt. Dies ist technisch machbar. Ferner sollten die Patienten, die sich in diesem Sektor behandeln lassen, sicher sein können, dass sie hier auf einen Facharzt treffen. Deshalb meinen wir, dass eine persönliche Leistungserbringung notwendig ist. Diese ist allerdings nur bedingt realisierbar, damit auch Spielräume etwa für Weiterbildungsmaßnahmen bestehen bleiben, die übrigens nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im vertragsärztlichen Bereich eine Rolle spielen. Teilstationäre Leistungen müssen für den Bereich der spezialärztlichen Versorgung abgeschafft werden. Sie stellen einen Umgehungstatbestand dar, der in Zeiten des Bettenabbaus eingeführt worden ist, damit Krankenhäuser auch ambulant behandeln können. Wenn der Gesetzgeber sehr mutig sein will, dann sollte er überlegen, ob er es den Ärzten, die an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, ermöglicht, im Krankenhaus kurzstationäre Behandlungen durchzuführen. Diese Option würde die Krankenhäuser attraktiver machen und den Kooperationsgedanken sowie den Sektor verbindenden Charakter des Gesetzentwurfes unterstreichen.

**SV Dr. Andreas Reimann** (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V.): Es trifft zu, dass gerade bei seltenen Erkrankungen das Problem besteht, kompetente Ärzte bzw. kompetente Be-

handlungsteams – es handelt sich hier in der Regel um eine multiprofessionelle und multidisziplinäre Behandlung – in der Versorgung vorzufinden. Wir haben heute einen Flickenteppich von Ermächtigungen nach § 116 SGB V, von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, von Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V und von Zulassungen nach § 116b SGB, die in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Daher ist es ein echter Innovationsschritt der Bundesregierung, diesen Bereich neu zu regeln. In Bezug auf die seltenen Erkrankungen halten wir im Grundsatz die Regelung für richtig, die Qualität vor den Ort der Leistungserbringung – also niedergelassener Arzt oder ambulante Behandlung im Krankenhaus – zu stellen. Das ist genauso innovativ wie das Vorhaben, mittelfristig die Vergütung neu zu regeln. Denn es ist unstrittig, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab die besonders komplexen Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung von seltenen Erkrankungen nicht adäquat abbilden vermag. Allerdings muss in der Tat die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Ob eine Widerspruchsfrist von zwei Monaten ausreichend ist, mag man bezweifeln. Ich kann durchaus den Unmut mancher Länder verstehen, die darüber klagen, mit dieser kurzen Frist von zwei Monaten überfordert zu sein. Gleichwohl ist es notwendig, eine Frist festzuschreiben und dann auch den Weg des Aufzeigens und des Widerspruchs zu gehen. Ferner halten wir auch die Rücknahme der Zulassung für notwendig, sofern sich herausstellen sollte, dass die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einer vertretbaren Zeit für eine Reihe von Erkrankungen bereits entsprechende Vorarbeiten geleistet. Die Vertretung der Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss ist gut geregelt. Vor allem ist sichergestellt, dass alle Interessen auf transparente Weise gebündelt und vorgebracht werden können. Deshalb halten wir die Verlagerung in den Vertragssektor, wie von manchen gefordert, also die Einführung der Mög-

lichkeit, dreiseitige Verträge abzuschließen, für nicht sachgerecht und fordern den Bundestag auf, bei der geplanten Konzeption zu bleiben.

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Die Dauer der Verhandlungen hängt natürlich davon ab, welchen Gesetzauftrag Sie uns erteilen. Die beste Möglichkeit zur Verkürzung der Zeitdauer hat Herr Baum bereits aufgezeigt. Das Öffnen der bestehenden Richtlinien für alle, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, geht am schnellsten. Sie haben aber den Gesetzauftrag mit der Gewährleistung von Wettbewerbsgleichheit gekoppelt. Würden wir die bestehende Richtlinie öffnen, wäre die Wettbewerbsgleichheit nicht gegeben, weil diese Richtlinie für die niedergelassenen Ärzte bisher nicht galt. In der Richtlinie sind Mindestmengen angegeben, die von den Krankenhäusern, kaum aber von niedergelassenen Ärzten erfüllt werden können. Ferner werden Strukturanforderungen definiert, die daraufhin geprüft werden müssen, ob niedergelassene Ärzte sie überhaupt erfüllen können. Das heißt, bevor wir diese Richtlinie neu gestalten können – und ich denke, dass wir sie neu gestalten müssen – muss die Ausweitung des Anwendungsbereichs auf niedergelassene Ärzte geprüft werden, um die Wettbewerbsgleichheit zu garantieren. Dann wäre in einem zweiten Schritt zwischen seltenen Erkrankungen, Krankheiten mit besonderen Verläufen und der Onkologie zu unterscheiden. Ich nehme an, dass wir in Bezug auf die seltenen Erkrankungen, nachdem wir die Gleichstellung geprüft haben, sehr schnell zu einer Richtlinie kommen könnten. Bei den Krankheiten mit besonderen Verläufen müssen wir die Frage nach der Qualitätssicherung beantworten. Wir haben dem AQUA-Institut den Auftrag erteilt, für eine sektorgleiche Qualitätssicherung die entsprechenden Voraussetzungen zu ermitteln. Dabei handelt es sich um Kataraktoperationen, Arthroskopien und Endoprothesen. Wenn die Qualitätssi-

cherung die Voraussetzung für die Öffnung sein soll, weil die Indikationsstellung über die Qualitätssicherung erfolgen soll, dann wird dies Zeit benötigen, denn dann muss zunächst die Qualitätssicherung eingeführt werden. Der Bundesausschuss muss entscheiden, ob er dies für notwendig hält. Und auch Sie müssen entscheiden, ob Sie es für notwendig erachten, dass die Indikationsstellung gesichert ist, bevor geöffnet wird. Deshalb hängt der Zeitplan stark davon ab, welcher konkrete Auftrag uns erteilt wird. Wenn die Kooperationsanforderung für die Onkologie von uns geregelt werden soll, dann werden wir uns Gedanken darüber machen, wie die Kooperationsregelung in die Richtlinie integriert werden kann. Ich gehe deshalb davon aus, dass wir für die Umsetzung des Auftrages einen Zeitbedarf von maximal ein bis zwei Jahren haben.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ein Jahr werden wir mindestens benötigen, wenn wir uns alle gemeinsam anstrengen. Wahrscheinlich wird es aber etwas länger dauern. Ferner wurde ich nach den vorgesehenen obligatorischen Kooperationsverträgen gefragt. Wir gehen davon aus, dass Kooperationen unerlässlich sind. Sie finden aber bereits in weitgehendem Maße statt. Daher bin ich persönlich bei der Frage, ob eine zusätzliche Regelung zu schaffen sei, skeptisch. Dies könnte auch zu einer Überbürokratisierung führen. Kooperation findet bereits statt und dies muss, glaube ich, nicht in einer gesonderten Regelung nochmals eingefordert werden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die KBV. Ich komme zurück zu dem Vorkaufsrecht, das in dem Gesetzentwurf vorgesehen ist. Durch einen Änderungsantrag wird diese Möglichkeit auch den Vorständen eingeräumt. Wie bewerten Sie die Auswirkungen dieser Regelung – auch unter juristischen und organisatorischen Gesichtspunkten – auf das Nachbeset-

zungsverfahren. In welcher Größenordnung wird von der Möglichkeit zur Ausübung des Vorkaufsrechts Gebrauch gemacht werden? Werden, wie teilweise befürchtet wird, auch psychotherapeutische Praxen betroffen sein?

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Auch die KBV hat früher schon Vorschläge zu einem entsprechenden Vorkaufsrecht unterbreitet. Wir sagen, dass dies sinnvoll ist. Allerdings muss man für jede einzelne Praxis prüfen, ob sie für die Versorgung benötigt wird. Ich möchte ein konkretes Beispiel nennen: Wir wissen aus aktuellen Analysen, dass im Verhältnis Berlin zu Brandenburg das Ausmaß der Mitversorgereffekte bei 48 Prozent liegt. Das heißt, 48 Prozent der in Ballungsgebieten versorgten Patienten stammen aus unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen in Brandenburg. Wenn man jetzt in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad einer Planungsregion eine obligatorische Aufkaufpflicht einführt, dann geht diese Regelung ins Leere. Denn man trifft dann genau die Praxen, die wir heute bereits für die Mitversorgung von Versicherten aus Regionen benötigen, in denen es keine Ärzte mehr gibt. Wir halten die Regelung für verwaltungstechnisch umsetzbar und hinsichtlich der Praxiswertbetrachtung auch für operationalisierbar. Dies setzt aber immer voraus, dass eine Bedarfsprüfung einschließlich einer Prüfung der Mitversorgereffekte stattfindet. Die Befürchtung, dass primär psychotherapeutische Praxen aufgekauft werden, teile ich nicht. Dies ist zwar derzeit der Fall, es hängt aber vor allem damit zusammen, dass der Praxiswert einer psychotherapeutischen Praxis signifikant unter dem einer radiologischen Praxis liegt. Wenn wir das Verfahren – mit der erhöhten Transparenz und den verbesserten Eröffnungsoptionen –, wie es im Regierungsentwurf vorgesehen ist, praktizieren, dann werden wir uns auch mit anderen Praxisstrukturen befassen müssen. Ich sehe nicht die Gefahr, dass wir aus-

schließlich psychotherapeutische Praxen aufkaufen werden, insbesondere nicht angesichts des erhöhten Versorgungsbedarfs, auf den heute schon hingewiesen worden ist. Es ist mir aber auch ein Anliegen darauf hinzuweisen, dass die Versorgung psychisch Kranker nicht ausschließlich durch Psychotherapeuten und nicht ausschließlich im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie erfolgt.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Medizintechnologie, den Verband der Diagnostica-Industrie und den Gemeinsamen Bundesausschuss. Wie bewerten Sie die im Entwurf zu dem Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Regelung zur Erprobung von Innovationen im Bereich nichtmedikamentöser Behandlungs- und Untersuchungsmethoden durch den G-BA?

**SV Björn Kleiner** (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)): Der BVMed befürwortet die Idee des Gesetzgebers, Innovationen zu fördern und sie damit den Patienten früher zur Verfügung zu stellen. Allerdings haben wir die Befürchtung, dass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelungen genau das Gegenteil bewirken, das heißt, dass der gewählte Ansatz zu einer Verzögerung und zu einer Verringerung von Innovationen führen wird. Es fehlt zunächst die Einbeziehung der Expertise der Hersteller beim Studiendesign, das heißt, die Hersteller wissen schon heute, welche Krankenhäuser geeignet sind, eine Studie durchzuführen und sie haben auch schon mit Ärzten bestimmte Forschungsvorhaben durchgeführt. Man muss daher unbedingt dafür sorgen, dass die Studiendesigns auch mit den Herstellern abgesprochen werden. Die Regelung zu den Studienkosten besagt, dass die Industrie einen angemessenen Anteil übernehmen muss. Es fragt sich, wie dieser angemessene Anteil bestimmt werden kann. Eine Möglichkeit besteht darin davon auszugehen, dass das medizi-



nisch-technische Verfahren aus dem Verfahren und dem verwendeten Medizinprodukt besteht. Bei Hüften beträgt der Anteil des Medizinprodukts an den Kosten 15 bis 17 Prozent, bei Herzklappen (minimalinvasiv) liegt er bei 50 Prozent. Vielleicht kann man diese Werte zu Grunde legen, wenn man die angemessenen Kosten festlegt. Wichtig für die Unternehmen ist auch die Begrenzung der Studienkosten. Es muss eine Obergrenze eingeführt werden, damit die Unternehmen im Voraus wissen – also bevor sie auf die Finanzierung der Studienkosten für die Erprobung festgelegt sind – wie hoch die Kosten maximal sein werden. Ungeklärt ist bis jetzt auch – und darüber müsste man noch einmal nachdenken –, wie man im Rahmen der Regelung den Nutzen definieren kann. Es stellt sich die Frage, ob man nur den Patientennutzen oder auch den Systemnutzen oder den Anwendernutzen, – ein wichtiges Stichwort lautet in diesem Zusammenhang minimalinvasive Operationen – zugrunde legt. Nach unserem Dafürhalten ist hier noch eine Vielzahl von Fragen ungeklärt; zum Beispiel, wie man damit umgehen soll, wenn ein Verfahren angewandt wird, für das Produkte von unterschiedlichen Wettbewerbern zur Verfügung stehen. Hier müsste der Gesetzgeber eine geeignete Regelung treffen. Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass es nach unserer Auffassung wichtig wäre, das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt im stationären Bereich beizubehalten und eben nicht einzuschränken. Es sollte auch eine Regelung für Kliniken geben, die heute schon das NUB-Verfahren vereinbart haben, aber nicht an der Erprobung teilnehmen, weil man für die Studie nur eine begrenzte Anzahl von Kliniken benötigt. Diese Kliniken sollten die Chance erhalten, die Leistung weiterhin zu erbringen.

**SV Dr. Martin Walger** (Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH)): Auch wir begrüßen grundsätzlich diese Erprobungsregelung als neues Instrument für den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Der Gesetzgeber verbindet damit eindeutig die Erwartung, dass sich die Beratungszeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss maßgeblich verkürzen und Innovationen für die GKV-Versicherten schneller zugänglich werden. Auch wir haben zwar die Hoffnung, dass sich die Beratungszeiten verkürzen, sind diesbezüglich aber skeptisch. Im Begründungsteil des Gesetzentwurfs wird beispielhaft ausgeführt, dass die Erprobung fünf Jahre dauern kann. Angesichts der Tatsache, dass Medizinprodukte aufgrund europarechtlicher Bestimmungen schon früher eine Marktzulassung erhalten haben, erscheinen uns fünf Jahre Dauer allein für die Erprobung als zu lang. Denn es müssen hier noch die Beratungszeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss hinzugerechnet werden. Wir vermuten, dass der Beratungsprozess – entgegen der Intention des Gesetzgebers – insgesamt nicht maßgeblich verkürzt wird. Hingegen ist eindeutig positiv hervorzuheben, dass den Medizinprodukteherstellern und ihren Verbänden im Gemeinsamen Bundesausschuss mehr Beteiligungsmöglichkeiten eingeräumt werden. Das begrüßen wir. Ich möchte an dieser Stelle aber auch noch einen kritischen Punkt ansprechen. Dies betrifft, wie der BVMed bereits ausgeführt hat, die Kostenbeteiligung an der wissenschaftlichen Evaluation der Erprobung. Ich möchte zur Veranschaulichung ein Beispiel anführen. Ein guter Labortest hat auf dem deutschen Markt ein jährliches Umsatzvolumen zwischen 500.000 und einer Million Euro. Ferner werden die Evaluationskosten, wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt, auf 500.000 Euro pro Jahr geschätzt – mit fünf mal genommen wären dies 2,5 Mio. Euro. Ich habe daher die Bitte, dafür Sorge zu tragen, dass die Evaluationskosten, an denen sich unsere Industrie beteiligen soll, nicht so hoch steigen, dass für das eine oder andere Unternehmen eine Beteiligung schlichtweg unmöglich wird. Man kann bei der Kostenbeteiligung über Untergrenzen oder Umsatzuntergrenzen diskutieren. Andernfalls muss man die Kostenbeteiligung, wenn man an ihr festhalten will,

differenzieren nach der Größe des Unternehmens oder nach dem jeweiligen Medizinprodukt. denn es gibt eine sehr große Spannbreite zwischen solchen Medizinprodukten, bei denen es sich quasi um Blockbuster handelt, und anderen Produkten, die sich in den Bereichen bewegen, über die ich gerade gesprochen habe. Noch einmal: Wenn man Innovationen ermöglichen will, dann darf ein innovatives Unternehmen nicht zu kurz kommen, nur weil es klein ist oder in einem kleinen Markt operiert.

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Zunächst ist festzuhalten, dass wir nicht Medizinprodukte bewerten, sondern nur diejenigen Produkte, die zur Erbringung einer neuen Methode eingesetzt werden. Das heißt, es geht nicht darum, Medizinprodukte generell einer Bewertung durch den Bundesausschuss zu unterziehen. Der Bundesausschuss ist nicht einmal dazu verpflichtet, er kann aber, sofern er Zweifel an dem Nutzen einer Methode hat, zur Aufklärung dieser Zweifel eine Erprobung beschließen; und wenn diese Methode von einem Medizinprodukt abhängt, dann kann die Erprobung unter Einbeziehung dieses Medizinproduktes erfolgen. Der Anwendungsbereich dieser Regelung ist somit eingeschränkt. Labortests haben wir noch nie bewertet, vielmehr bilden diese einen Kostenfaktor in der entsprechenden EBM-Position. Ich weiß nicht, ob wir in Zukunft Labortests zu bewerten haben werden. Wenn dies Fall wäre, würde die Regelung im Grundsatz greifen. Wie würden wir damit umgehen? Zunächst wäre es sicherlich sinnvoll, den Graben zwischen den Bewertungen ambulanter und stationärer Verfahren mit Hilfe dieser Regelung ein Stück weit zu überbrücken. Schon jetzt gilt in der ambulanten Versorgung ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. Nehmen Sie als Beispiel eine Knochenbruchbehandlung mit Magnetspulen. Hierzu hat es eine BSG-Entscheidung gegeben, die klar stellt, dass der Bundesausschuss diese Methode zu bewerten hat. Das

heißt, wir haben in der ambulanten Versorgung jetzt schon die Pflicht, in den Fällen, in denen eine neue Methode von einem Medizinprodukt abhängt, dieses Medizinprodukt mit zu bewerten. Das ist geltendes Recht. Es geht also eigentlich nur noch darum, die Brücke zur stationären Versorgung zu schlagen. Wenn eine solche Methode in einem Krankenhaus angewandt wird, dann gilt grundsätzlich die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Der Bundesausschuss muss dann jedoch klären, ob es sich hier um eine Methode mit einem Potential handelt. Die Protonentherapie wäre zum Beispiel eine solche Methode, die man nicht einfach im Krankenhaus anwenden kann, sondern die erst auf ihren Nutzen hin bewertet werden muss, zumal sie auch ambulant angewandt werden kann. Die Regelung kann daher dazu beitragen, den misslichen Zustand, dass bestimmte Methoden nur dann angewandt werden dürfen, wenn man zuvor stationär aufgenommen worden ist, obwohl die Methode grundsätzlich auch ambulant angewandt werden könnte, zu überwinden. Die Regelung ist hoch willkommen, weil sie uns darin unterstützt, neue Methoden, die im Krankenhaus angewandt werden, einem solchen Bewertungsverfahren zu unterziehen. Es liegt auf der Hand, dass der Medizinproduktehersteller sich an diesem Verfahren beteiligen muss, dass er ein Stellungnahmerecht bekommen muss bzw. dass der Verband entsprechend anzuhören ist. Der Medizinproduktehersteller ist insoweit genauso zu behandeln wie ein Arzneimittelhersteller. Das halte ich für eine Selbstverständlichkeit. Ferner halten wir auch die Kostenbeteiligung für sinnvoll. Ich kann Ihnen nur nicht sagen, wie wir die Kostenanteile berechnen werden. Im Prinzip geht es nach wie vor um die Bewertung der medizinischen Methode. Das Medizinprodukt wird dabei nicht nach seiner technischen Qualität bewertet, sondern im Hinblick auf die Kausalität der Eigenschaft dieses Produktes. Die Frage ist, ob sich dieses Gerät von seiner Struktur her dafür eignet, dass die Methode auch nach patientenrelevanten Kriterien mit

Nutzen belegt angewandt werden kann. Dies ist der Prüfauftrag, und insofern ist die Prüfung des Medizinprodukts ein Teil der regulären Methodenbewertung. Dabei muss man erst den Anteil herausfinden, der auf das Medizinprodukt entfällt. Es wäre daher sinnvoll, dass der Hersteller diesen Anteil übernimmt. Den Rest müssen wir dann aus dem Haushalt des Gemeinsamen Bundesausschusses finanzieren, wie wir auch alle vergleichbaren Methodenbewertungen zu finanzieren haben. Was wir an dem Gesetzentwurf im gegenwärtigen Stadium kritisieren, ist, dass auch alle anderen wirtschaftlich Interessierten solche Verfahren beantragen können. So könnte etwa ein Arzt für Radiologie anstelle des Herstellers ein solches Verfahren auslösen. Ich denke, das sollte man nicht zulassen, denn das würde bedeuten, dass jeder, der wirtschaftlich an einer Methodik interessiert ist, uns zu einem solchen Verfahren zwingen kann. Allein der Verwaltungsaufwand, um die Gründe für eine Ablehnung zu formulieren, wäre sehr groß, wenn es eine Vielzahl solcher Anträge gäbe. Daher sollte man das Recht zur Antragstellung auf die Hersteller beschränken. Im Übrigen stimmen wir auch der Übertragung einer Beratungsfunktion zu, weil es folgerichtig ist, den Hersteller eines Medizinprodukts genauso zu beraten, wie einen Arzneimittelhersteller (nach dem AMNOG). Ob die Beratung innerhalb von drei Monaten abgeschlossen werden kann, ist allerdings fraglich.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage zielt noch einmal auf die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs und richtet sich an den GKV-Spitzenverband, den DGB, den Deutschen Caritas-Verband und den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die finanziellen Auswirkungen auf die GKV evaluiert werden sollen, um etwaige Mehrausgaben bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd zu

berücksichtigen. Ich möchte erfahren, wie Sie diese Regelung bewerten und mit welchen Belastungen die Versicherten gegebenenfalls rechnen müssen.

SV **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten diese Regelung für sehr problematisch. Generell ist es natürlich sinnvoll, dass finanzielle Auswirkungen von gesetzlichen Regelungen evaluiert werden. Das hat es in der Vergangenheit selten gegeben. Es gab zwar immer Schätzungen dazu, welche Auswirkungen eine Regelung haben würde, und im Nachhinein hat sich dann auch herausgestellt, dass es solche Auswirkungen gegeben hat, nur sind diese nicht evaluiert worden. Daher ist die Regelung positiv zu werten. Allerdings sieht die Regelung, die wohl in erster Linie auf die Initiative des Hauses, in dem wir uns heute befinden, zurückzuführen ist – so wie sie jetzt konzipiert ist – vor, dass die Finanzmittel für den Sozialausgleich in gewissem Maße begrenzt werden können. Mit Hilfe der Evaluation soll festgestellt werden, ob Mehrausgaben entstehen. Wir haben bislang immer gesagt, und daran halten wir auch fest, dass die derzeitigen Schätzungen zu optimistisch sind. Allerdings wollen wir uns jetzt nicht in eine Diskussion über konkrete Zahlen begeben. Das grundsätzliche Problem, das mit der vorgesehenen Regelung verbunden ist, besteht darin, dass die bislang geltende Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs damit aufgehoben wird, wenn auch nur zum Teil. Dies birgt die Gefahr, dass der Bund sich ab dem Jahr 2014/2015, wenn die entsprechenden Zusatzbeiträge von den Versicherten finanziert werden müssen, aus der Finanzierung des Sozialausgleichs zurückzieht und der Sozialausgleich dann aus den Zusatzbeiträgen der übrigen Versicherten finanziert werden müsste. Denn letztlich sind es die Beiträge der Versicherten, die bei den Zuweisungen fehlen werden. Daher stellt es ein grundsätzliches Problem dar – dessen Ausmaß man derzeit allerdings nicht quantifizieren kann –, dass der Grundsatz der Steuerfi-

finanzierung für den Sozialausgleich aufgegeben werden soll. Das ist letztlich die Folge dieser Regelung.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich kann Frau Dr. Pfeiffer im Wesentlichen zustimmen. Wir sehen ebenfalls große Risiken in diesem Bereich. Es wird so sein, dass am Ende vor allem die Versicherten die Belastungen tragen müssen. Die Krankenkassen haben kein eigenes Geld, vielmehr werden die zusätzlichen Beiträge in dem derzeit geltenden System allein von den Mitgliedern der Krankenversicherung getragen. Wir halten das damit verbundene Kostenrisiko für sehr groß. Schätzungen zufolge werden den Versicherten durch dieses Gesetz bis zu zwei Mrd. Euro zusätzlich aufgebürdet, und dies würde bedeuten, dass die monatliche Kopfpauschale um 3,35 Euro steigt. Hier kommt also ein erhebliches Risiko auf die Versicherten zu, das sie allein tragen müssten.

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich hatte vorhin schon die Gelegenheit, zu dem Themenkomplex Stellung zu nehmen. Ich kann sagen, dass ich mich den Beurteilungen von Frau Dr. Pfeiffer und Herrn Weisbrod-Frey anschließe. Auch wir sehen das Risiko, dass eventuelle Zusatzbelastungen in vollem Umfang zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen. Das heißt, dass die Zusatzbeiträge erhöht werden. Wir sehen den Bund in der Pflicht, den Sozialausgleich zu finanzieren, und zwar aus Steuerbeträgen, weil er eine gesamtgesellschaftliche Leistung darstellt. Ich plädiere daher nochmals dafür, die vorgesehene Regelung ersatzlos zu streichen.

**Sve Antje Welke** (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.): Auch wir halten die Regelung aus den bereits genannten Gründen für höchst problematisch. Die Änderungen, die mit

dem GKV-Finanzierungsgesetz damals eingeführt worden sind, haben für Menschen mit niedrigen Einkommen eine Belastung mit sich gebracht, die wir aufgrund des Sozialausgleichs für gerade noch hinnehmbar gehalten haben. Wenn jetzt der Sozialausgleich nicht mehr aus Bundesmitteln, sondern durch die Versicherten finanziert werden soll, dann entfällt die Grundlage, aufgrund derer wir seinerzeit die Regelungen zum Sozialausgleich noch mittragen konnten. Daher lehnen auch wir die Regelung grundsätzlich ab.

**Abg. Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundespsychotherapeutenkammer, die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung und den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Wenn sich die genannten Verbände in der Frage einig sind, genügt es mir, wenn nur einer von Ihnen antwortet. Wir haben heute schon über Versorgungslücken und Bedarfsplanung gesprochen. Ich habe zu diesem Themenkomplex noch eine Nachfrage. Könnte eine der Ursachen für das Problem auch in der unzureichenden Wahrnehmung von Versorgungsaufträgen durch die Psychotherapeuten bestehen? Ferner möchte ich erfahren, ob der GKV durch eine Zunahme von Behandlungen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie Mehrkosten entstehen würden.

**SV Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Wenn man sich die Leitlinien und die evidenzbasierte Versorgung anschaut, dann ergibt sich folgender Stand: Bei allen psychischen Erkrankungen ist die Psychotherapie entweder allein oder in Kombination mit anderen Therapien – auch zusammen mit Psychopharmaka – wirksam. Daher sind die entsprechenden Leitlinien auch so formuliert und daher gibt es in der Tat einen größeren Behandlungsbedarf, als wir ihn vor 10 bis 20 Jahren hatten. Hier hat sich die Forschung einfach weiterentwickelt. Ein

Mehr an ambulanter Psychotherapie führt aber nicht zwangsläufig zu Mehrausgaben. Und zwar aus folgendem Grund: Aus den Ergebnissen eines Modellprojekts einer großen Krankenkasse, das mit einer ganz anderen Fragestellung begonnen wurde, lässt sich entnehmen, dass jeder Euro, der in Psychotherapien investiert wird, zu Einsparungen bei den direkten Folgekosten oder den Behandlungskosten in einer Höhe zwischen 3 und 4 Euro führt. Es gibt also in der Tat Daten, die aus Sicht einer Krankenkasse belegen, dass Psychotherapie kostensenkend wirkt. Eine Steigerung des Angebots an Psychotherapieplätzen würde daher dazu führen, dass das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit und die Zahl der Frühverrentungen sinken. Insofern würde eine Investition in die ambulante Psychotherapie zwar zunächst Mehrausgaben nach sich ziehen, dann aber bei den direkten Behandlungs- und Folgekosten zu Einsparungen führen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die Entwicklung im Bereich der Frühverrentungen. Die DRV hat gestern noch einmal darauf hingewiesen, dass wir schlichtweg eine veränderte Versorgungssituation vorfinden. Seit sechs Jahren liegen die psychischen Erkrankungen auf Platz eins der Ursachen für eine Frühverrentung. Wir haben hier eine Zunahme um 5.000 Fälle pro Jahr zu verzeichnen. Psychische Erkrankungen sind die einzige Krankheitsgruppe, bei der dies der Fall ist. Ich denke, mit dem Versorgungsgesetz bietet sich jetzt die Gelegenheit, die bekannten Versorgungseingänge und -mängel zu beheben. Man sollte nicht auf die nächste Reform warten. Daher plädieren wir dafür – auch das wurde vorhin schon gesagt –, die Verhältniszahlen neu zu bestimmen.

**Sve Dr. Birgit Clever** (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)): Wir haben uns darauf geeinigt, dass ich die Fragen aus der Sicht der Berufsverbände beantworte. Ich schließe mich dabei zunächst den Ausführungen von Herrn Richter an. Aus unserer Sicht

enthält der Gesetzentwurf gute Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker; zugleich kommt jedoch niemand an der Tatsache vorbei, dass die zunehmenden Engpässe in der Versorgung von psychischen Erkrankungen ein relevantes sozialpolitisches Problem darstellen. Ganz gleich, wie man persönlich zu Psychotherapien steht, ist festzustellen, dass es einen sehr großen Handlungsbedarf gibt. Für die Organisation der Versorgung kommt es einerseits, wie wir schon gehört haben, auf die Bedarfsplanung, andererseits aber auch darauf an, wie die Finanzierung funktioniert. Es ist ein Grundproblem der Psychotherapie, dass sie in den Kassenärztlichen Vereinigungen, wo die Honorare verteilt werden, immer unter Druck gerät, weil die Vergütung für Psychotherapien Teil der fachärztlichen Vergütung ist und eine Umverteilung von Honorar hier praktisch unmöglich ist, obwohl sie unter epidemiologischen Gesichtspunkten und vom Versorgungsbedarf her angezeigt wäre. Hinter vorgehaltener Hand gestehen das auch alle ein, aber umgesetzt wird es nicht. Deshalb appellieren wir an den Gesetzgeber: Helfen Sie den psychisch Kranken; sie müssen etwas tun, denn die Selbstverwaltung kann es nicht. Man kann es beklagen, aber es ist einfach ein Faktum, dass die Honorarverteilung nicht funktioniert. Deshalb haben wir uns zu einer Forderung durchgerungen, die erst einmal ein wenig ungewöhnlich erscheinen mag. Ich möchte sie aber noch einmal wiederholen, und zwar in Übereinstimmung mit der KBV. Wir bitten darum, die Vergütung für Psychotherapien außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu regeln. Wenn man diesen Bereich stärken will, dann muss man ihn dem Verteilungskampf entziehen und dafür sorgen, dass dem Anstieg der Morbidität, wie er sich abzeichnet – Herr Richter hat dies ausführlich dargestellt – wirklich Rechnung getragen wird und die Krankenkassen die zusätzlichen Leistungen auch bezahlen. Die Krankenkassen können hier zeigen, was ihnen die Versorgung wert ist.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe eine Frage zum Thema Honorarreform, die sich an den GKV-Spitzenverband, den AOK-Bundesverband, den Verband der Ersatzkassen und an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Hermann richtet. Die Honorarverteilung soll wieder vollständig an die Kassenärztlichen Vereinigungen übergehen. Wie beurteilen Sie die alleinige Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Honorarverteilung und die Mengensteuerung, auch in Bezug auf die Versorgungsqualität? Rechnen Sie mit Effizienzgewinnen durch diese Entlastung auf Ihrer Seite? Glauben Sie, dass so die Kostenkontrolle erleichtert wird?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Die Honorarreform beinhaltet aus unserer Sicht nicht unbedingt einen Fortschritt, sondern eher einen Rückschritt. Die Kassen sollen auf die Funktion des Zahlers reduziert werden. Über eine Verwendung der Mittel soll jetzt die Kassenärztliche Vereinigung allein bestimmen. Im Bereich der ärztlichen Vergütungen wird damit ein Paradigmenwechsel vollzogen. Künftig soll nicht mehr die gleiche ärztliche Leistung in allen Regionen gleich bezahlt werden, sondern es werden Unterschiede zwischen den Regionen und Zuschläge für förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer zugelassen. Es ist übrigens eine Neuerung, dass einzelne Gruppen von Leistungserbringern oder einzelne Arztgruppen als förderungswürdig bezeichnet werden. Eine Arztgruppe hat sich hier schon hervorgetan. Das sind die Psychotherapeuten. Es wird einen munteren Wettbewerb geben, weil nach dem Gesetzentwurf alles und jedes als förderungswürdig gelten kann. Wir sehen dies mit Sorge und sind skeptisch, ob hier der richtige Weg eingeschlagen wird. Könnten Sie Ihre letzte Frage bitte noch einmal wiederholen?

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Erwarten Sie, dass durch die Entpflichtung Effizienzgewinne erzielt bzw. Reserven im System mobilisiert werden?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wenn ich Sie richtig verstehe, gehen Sie davon aus, dass die Bundesregierung bzw. die Regierungsfractionen erwarten, dass sich durch Vermeidung von Krankenhausweisungen und Krankentransportleistungen Effizienzgewinne erzielen lassen. Das ist mutig. Wir hätten uns einen solchen Mut bzw. ein stringenteres Vorgehen bei den Maßnahmen zur Bedarfsplanung gewünscht. Natürlich kann es auch zur Vermeidung von Krankenhausleistungen kommen. Das ist nicht ausgeschlossen. Ob dies aber die Mehrkosten, die insbesondere ab dem Jahre 2013 von den Krankenkassen erwartet werden, ausgleicht, ist zweifelhaft.

**SV Uwe Deh** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir haben aus der Antwort auf die vorhergehende Frage entnommen, dass sich im KV-Bereich durchaus Zielkonflikte entwickeln können, nämlich zwischen verschiedenen Facharztgruppen, zwischen diesen und den Hausärzten und den Psychotherapeuten usw. Die Erfahrung der Krankenkassen ist eindeutig: Wenn die Honorarverteilung ausschließlich in die Hände der Kassenärztlichen Vereinigungen gelegt wird, können diese Zielkonflikte nicht gelöst werden. Wir haben sogar Anhaltspunkte dafür, dass die Mehrheitsverhältnisse in solchen Körperschaften – sei es zugunsten der Hausärzte, sei es zugunsten bestimmter Facharztgruppen – die Honorarverteilung nicht unwesentlich beeinflusst haben, so lange sie einseitig und ausschließlich in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigung lag. Aus Sicht der Krankenkassen liegt es daher auf der Hand, dass es bei der Honorarverteilung eine Beteiligung der Kostenträger auf Augenhöhe geben muss. Es gibt keine vernünftige Gestaltungsalter-

native zur Einvernehmensherstellung. Ergänzend möchte ich darauf hinweisen, dass auf Versorgungsprobleme zunehmend mit einer Diversifizierung der Vertragsgestaltung reagiert wird. Ich verweise hier auf das Nebeneinander von kollektivvertraglichen und selektivvertraglichen Lösungen. Darauf muss man bei der Honorarverteilung zunehmend Rücksicht nehmen. Die Honorarverteilung sollte jedenfalls diskriminierungsfrei und nicht interessengeleitet erfolgen. Deshalb ist eine Beteiligung der Kostenträger zwingend geboten.

**SV Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Ich möchte nicht alles, was schon gesagt worden ist, wiederholen. Wir sind derzeit durch unsere Landesvertretungen als Partner unmittelbar an der Ausarbeitung der Honorarverträge und der Honorarverteilungsverträge beteiligt. Wir sind erschüttert über den in dem Gesetzentwurf enthaltenen Vorschlag, zu dem alten Rechtszustand zurückzukehren und die Honorarverteilung allein durch die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen vornehmen zu lassen. Wir wissen, dass dabei manchmal sehr interessante Ergebnisse herauskommen, und wir hatten in den letzten Jahren auch den Eindruck, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen, zumindest auf der Vorstandsebene, gar nicht so unlieb war, dass die Krankenkassen an dem Verfahren beteiligt sind. Diese Hilfe würden wir den Kassenärztlichen Vereinigungen gern weiterhin angedeihen lassen, um zu garantieren, dass es zu sachlich vernünftigen Lösungen kommt. Daher regen wir an, den bestehenden Rechtszustand beizubehalten.

**SV Dr. Christopher Hermann:** Die Rückverlagerung der Kompetenz für die Honorarverteilung in die alleinige Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen ist Teil eines Roll Back, durch das die Krankenkassen auf die Rolle der reinen Kostenerstatters beschränkt werden.

Dies hat Herr von Stackelberg vorhin richtig dargestellt. Die Kassen sollen mit der Gestaltung der Versorgung in diesem Land nichts mehr zu tun haben. Diese Tendenz zeigt sich an vielen Stellen in diesem Gesetzentwurf. Denken Sie etwa an den Strukturfonds, für den die Kassen ebenfalls nur noch den Geldgeber spielen sollen, oder die Bestimmung, der zufolge die Honorarverteilung und damit die Entscheidung, wohin die Ressourcen aus der Gesamtvergütung fließen sollen, allein den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen wird. Das bedeutet auch einen Abgesang auf die wettbewerblichen Strukturen. Das Wort Wettbewerb wird hier als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Versorgung überhaupt nicht mehr erwähnt. Wir wissen, dass in den vergangenen Jahren solche Ärzte, die sich im Bereich der Selektivverträge engagiert haben, bei der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sanktioniert worden sind. Es ist zu erwarten, dass mit der Übertragung der Kompetenz für die Honorarverteilung in die alleinige Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Wahrscheinlichkeit, dass unbotmäßige Arztgruppen bestraft werden, steigt. Genau dies ist in den letzten Jahren verhindert worden. Auch bei der Verteilung der Honorare durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam hat es immer wieder Konflikte zwischen denjenigen, die die etablierten überkommenen Strukturen erhalten, und denjenigen, die den Vertrags- und Versorgungswettbewerb intensivieren wollten, gegeben. Daher halte ich selbst die geltende Regelung für unzureichend. Wer es mit dem Qualitäts- und Versorgungswettbewerb ernst meint, der muss die Honorarverteilung in die Hände von Kassenärztlichen Vereinigungen und Einzelkassen legen, jedenfalls dann, wenn ihm daran gelegen ist zu verhindern, dass die Honorarverteilung zu Lasten der Selektivverträge geht. Diese beinhalten ebenfalls den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung – und diese Bestimmung ist noch nicht aus dem Gesetz herausgenommen worden –, also

eine Sicherstellung, die nicht zu Lasten der Ärzte, der Patienten oder der Versicherten geht, die sich im Rahmen von Selektivverträgen bewegen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich komme zurück zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Meine Frage richtet sich an die KBV, die DKG, den Virchow-Bund und den Hartmannbund. Mich würde interessieren, ob Sie die von vielen Seiten erhobene Forderung nach dreiseitigen Vereinbarungen zur Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilen? Was sollte Ihrer Meinung nach Gegenstand dieser dreiseitigen Verträge oder Vereinbarungen sein?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir würden die Umsetzung im Rahmen von dreiseitigen Verträgen unterstützen, und zwar deshalb, weil man diese neue Versorgungsform nur dann sachgerecht ausgestalten kann, wenn dies im Konsens mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erfolgt. Die Stimmenverhältnisse im Plenum des G-BA und insbesondere das Stimmengewicht der unparteiischen Mitglieder lassen es zu, dass eine der beiden Seiten, also entweder Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte, benachteiligt wird. Ich behaupte nicht, dass dieser Fall eintreten wird, aber bei dreiseitigen Verträgen und der Einschaltung eines entsprechenden Konfliktgremiums – dies wird man hier auf jeden Fall brauchen – sehen wir die Einbindung und Beteiligung sowohl des stationären als auch des ambulanten Bereichs eher als gewährleistet an. Deswegen würden wir dreiseitige Regelungen unterstützen, wobei wir dafür eintreten, im Rahmen der dreiseitigen Verträge – über das hinaus, was schon jetzt im Gesetz steht – auch Vergütungsfragen und insbesondere Strukturfragen zu regeln, wie Überweisungsvorbehalte oder Kooperationsanforderungen. Die Qualifikationsanforderungen sollten hingegen weiterhin

vom G-BA geregelt werden.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Bei der Frage, ob die Vereinbarungen dreiseitig oder im G-BA getroffen werden sollten, muss man sich noch einmal vor Augen führen, wie das Verfahren im G-BA ausgestaltet ist. Im G-BA bestehen zwar bürokratische, aber auch gesicherte professionelle Bearbeitungsstrukturen, die von den Beteiligten gemeinsam finanziert werden. Das ist sicherlich von Vorteil. Es gibt einen weiteren Vorteil. Der G-BA hat eine quasi eingebaute Schiedsstelle, seine unabhängigen Vertreter. Das ist vielleicht ein Gegenargument. Hinter den Entscheidungen des G-BA steht das BMG als legitimierende Instanz. Dadurch erhalten seine Beschlüsse eine besondere Geltung und vielleicht auch Akzeptanz. Wir wehren uns nicht grundsätzlich gegen die Überlegung, ein dreiseitiges Vertragspartnerschaftliches System zu etablieren. Dieses System hätte dann aber nicht die bewährten festen Strukturen. Wir müssten uns einigen. Beim ebenfalls dreiseitigen Verfahren zur Bestimmung des Katalogs für das ambulante Operieren kommen wir manchmal nur zögerlich voran, aber man könnte sich gemeinsam zu einer größeren Stringenz verpflichten, etwa zu einer jährlichen Überarbeitung der Kataloge. Das halte ich durchaus für möglich. Wichtige Voraussetzung dafür wären klare gesetzliche Vorgaben. Wenn die vereinbarten Leistungen vom G-BA zur Weiterentwicklung an die dreiseitigen Partner übergehen würden, dann wäre dies weniger problematisch, als wenn die Vereinbarungen mit vielen Kontroversen behaftet – wie sie hier stichwortartig schon genannt worden sind: Überweisungsvorbehalte oder der Abbau des § 116 b-Kataloges zu Lasten der Krankenhäuser – übergehen würden. Die Bedingungen müssen also aus unserer Sicht halbwegs akzeptabel sein. Dazu würde gehören, dass die dann dreiseitig zu besetzende Schiedsstelle nicht nur eine Erweiterung des bestehenden Schieds-



antes um die DKG beinhalten würde. Denn an der Bestimmung des Vorsitzenden wären wir bei einem solchen Erweiterungsprozess überhaupt nicht beteiligt. Vielmehr müsste ein originäres Schiedssystem installiert werden, in dem alle Partner die gleichen Mitspracherechte hätten. Unter bestimmten Bedingungen wäre es somit akzeptabel, von dem G-BA-System mit seinen unbestreitbaren Vorteilen Abschied zu nehmen. Es wäre auch ein Beitrag zur Entlastung des G-BA von einem Teil der zahlreichen an ihn delegierten Aufgaben bzw. zur Rückverlagerung von Aufgaben an die Verbände.

**SV Dr. Dirk Heinrich** (NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.): Wir begrüßen die spezialärztliche Versorgung als Folgeregelung zum § 116 b und würden eine Regelung in dreiseitigen Verträgen bevorzugen. Da wir die Auffassung vertreten, dass dieser Bereich der Kooperation und der Sektor übergreifenden Versorgung dienen soll, halten wir es auch für sinnvoll, dass sich die beteiligten Kooperationspartner an einen Tisch setzen und die Versorgungsinhalte in Verträgen regeln. Dies würde dem Gesetzgeber die Aufgabe ersparen, viele Details gesetzlich vorzugeben, wie zum Beispiel den Überweisungsvorbehalt, bestimmte Qualitätsregelungen, die persönliche Leistungserbringung und anderes mehr. Deshalb sind wir für die dreiseitigen Verträge.

**Sve Petra Meiners** (Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V.): Der Hartmannbund bevorzugt eindeutig dreiseitige Verträge. Das hängt, wie von Herrn Dr. Köhler schon ausgeführt, mit der Stimmenverteilung im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen. Wir denken, dass auch im Interesse der Kooperation die Vereinbarungsinhalte in möglichst allen Belangen dreiseitig geklärt werden sollten.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine Frage richtet sich an die KBV, den GKV-Spitzenverband und den NAV-Virchow-Bund. Ich möchte noch einmal auf das Zustandekommen der Gesamtvergütung zu sprechen kommen. Die Krankenkassen haben gerade deutlich gemacht, wie schwierig dies ist und dass sich ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten durch die Neuregelung reduzieren. Ich möchte gern von Ihnen erfahren, ob beispielsweise bei der Bestimmung des Sockels für 2012 nach der künftig geltenden Rechtslage sichergestellt ist, dass in den Verhandlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen nachgewiesene Morbiditätssteigerungen bei der Vergütung mit berücksichtigt werden können und ob dies auch vom Schiedsamt festgestellt werden könnte, wenn die Krankenkassen einen entsprechenden Standpunkt vertreten.

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Diese Frage kann man eindeutig beantworten. Wenn etwas in dem Regierungsentwurf stringent geregelt ist, dann die Änderung des § 87 SGB V im Hinblick auf die Situation im Jahr 2012. Bei aller Kreativität, die einem Interessenvertreter grundsätzlich zu unterstellen ist, gibt es in der Regelung für das Jahr 2012 kein Schlupfloch. Die einzige Steigerung ist die durch das GKV-Finanzierungsgesetz festgelegte Veränderungsrate in Höhe von 1,25 Prozent. Alle weiteren Steigerungsmöglichkeiten sind durch diesen Regierungsentwurf vollständig ausgeschlossen worden, so dass auch keine Entscheidung des Schiedsamts davon abweichen und eine über diese 1,25 Prozent hinausgehende Steigerung beschließen kann. Daher gibt es auch auf regionaler Ebene, sei es über das Schiedsamt oder im Rahmen regulärer gesamtvertraglicher Beratungen keinen Verhandlungsspielraum, um die im ländlichen Raum bestehende extreme Morbiditätsverdichtung oder den Rückgang der Versichertenzahlen zu kompensieren. Das wird mit den Regelungen, die der Regierungsentwurf vorsieht, nicht

möglich sein.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Herr Köhler hat Recht. Die Rate von 1,25 Prozent für die Morbiditätssteigerungen im Jahr 2012 sind vorgegeben. Andererseits wird die Beschränkung für die Einzelleistungsvergütungen, die durch das GKV-Finanzierungsgesetz geschaffen worden ist, aufgehoben. Hierdurch entsteht ein Kosten- oder Ausgabenrisiko für die Zeit nach 2012. Es bleibt das Geheimnis des Gesetzgebers, wie es zusammenpassen soll, dass einerseits die Kodierungsrichtlinie abgeschafft, andererseits aber die Ermittlung der Morbidität durch Diagnosen als valide bezeichnet wird. Das bleibt Ihr Geheimnis. Ich kann es nicht aufdecken.

**SV Dr. Dirk Heinrich** (NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.): In der Tat kann ich Herrn Köhler nicht widersprechen. Es ist leider so. Wir bedauern sehr, dass die Morbidität hier nicht richtig abgebildet werden kann, denn diese unterliegt einer erheblichen Dynamik. Wir haben vorhin über die Psychotherapie gesprochen. Auch dieser Bereich entwickelt sich in manchen Regionen ausgesprochen dynamisch. Daher bedarf es dringend einer Regelung, die die Psychotherapie aus dem fachärztlichen Honorartopf herausnehmen würde. Hier wird die Morbidität zurzeit nicht adäquat abgebildet, und das ist ausgesprochen bedauerlich.

**Abg. Lars Lindemann** (FDP): Ich habe noch eine zweite Frage, die sich an Frau Dr. Doka von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe richtet. Im GKV-Finanzierungsgesetz aus dem vergangenen Jahr sind Maßnahmen enthalten, die grundsätzlich eine Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer ambulanter Leistungen zulassen. Es wurden aber einige Aus-

nahmen gemacht, zum Beispiel bei nichtärztlichen Dialyseleistungen. Ich möchte erfahren, ob die Ziele, die mit diesem Gesetz verfolgt worden sind, nämlich weiterhin eine Vollversorgung dieser Patienten sicherzustellen, auch nach den jetzt geplanten Änderungen noch erreicht werden können.

**SVe Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir befürchten, dass durch die Streichung der entsprechenden Regelung gerade bei den nichtärztlichen Dialyseleistungen, also den Dialysesachkosten, eine Regionalisierung gefördert wird. Nur zur Erinnerung: In den extrabudgetären Leistungen sind zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen außerhalb des Katalogs des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten, also Leistungen, über deren Erforderlichkeit man streiten kann. Die Dialyseleistungen sind jedoch existenziell für die entsprechenden Patienten, weil sie sich häufig in schwierigen Lebenssituationen befinden und oft sehr schwer krank sind. Gerade die Dialyse hat aber in den letzten Jahren durch die Einführung der Wochenpauschale einen großen Beitrag zur Kostendämpfung geleistet. Zugleich sind hier umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt worden. Aus diesem Grund wurde die Begrenzung der extrabudgetären Leistungen im GKV-Finanzierungsgesetz eben nicht auf die Dialysesachleistungen ausgedehnt. Wir haben das seinerzeit sehr begrüßt. Jetzt droht uns eine Regionalisierung der Honorarverteilung, die zu Unterschieden in den Entgelten für die Dialyseprozesskosten führen würde. Dies hätte regional sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, die Folgeerkrankungen und teilweise sogar auf die Überlebenswahrscheinlichkeit der Betroffenen. Daher halten wir es für wichtig, dass eine Regelung für die Dialysesachkosten getroffen wird, die der Besonderheit dieser Kosten Rechnung trägt

und sicher stellt, dass sie bundeseinheitlich vergütet werden.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe zwei Fragen an SPECTARIS und eine Frage an den Bundesverband Medizintechnologie. Die erste Frage an SPECTARIS betrifft den § 127 SGB V. Der Gesetzentwurf sieht eine Vereinbarung für den Hilfsmittelbereich vor. Krankenkassen sollen mit dem Versorgungsstrukturgesetz verstärkt dazu bewegt werden, zusätzliche Leistungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln aufzunehmen und damit in einen stärkeren Wettbewerb zu treten. Wie schätzen Sie diese Regelung ein? Die zweite Frage betrifft § 137e SGB V. Mit dem Gesetz wird die Erstattung medizinisch-technischer Innovationen über ein Nutzenbewertungsverfahren innovationsfreundlich geregelt. Wie ist dieses Verfahren aus Sicht der mittelständischen Medizintechnikhersteller zu beurteilen? Meine letzte Frage richtet sich an den BVMed. Wie bewerten Sie die im Gesetz vorgesehene Regelung, nach der Unternehmen beim G-BA eine mündliche Stellungnahme zu einer nicht medikamentösen Untersuchung und Behandlungsmethode abgeben können?

SV **Jan Wolter** (SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien): Aus Sicht der Industrie ist die in der Neuregelung des § 137 SGB V vorgesehene Vorgehensweise grundsätzlich zu begrüßen. Die Nutzenbewertung sehen wir als gut und richtig an. Für uns ist allerdings auch wichtig, dass keine zusätzlichen Hürden für die Markteinführung geschaffen werden. Das heißt, es ist wichtig, dass das Bewertungsverfahren vorgeschaltet wird. Das wurde hier berücksichtigt, und das begrüßen wir. Es ist ferner wichtig, zwischen den Aspekten Sicherheit und Nutzenbewertung zu unterscheiden. Darauf wurde geachtet. Auch das begrüßen wir. Jetzt kommen die kritischen Punkte. Dies betrifft ers-

tens das Nutzenbewertungsverfahren. Aus unserer Perspektive ist es wichtig, dass die Industrie bei der Festlegung des Studiendesigns eingebunden wird. Das wurde vorhin schon vom BVMed und vom VDPH angesprochen. Die Industrie kennt ihre Produkte am besten und weiß, wohin sie damit will. Auch in Bezug auf die Kosten unterstreichen wir das, was dazu bereits gesagt wurde. Es darf hier kein Blanko-Scheck unterschrieben werden. Danach sieht es im Moment aber – nach dem derzeitigen Stand des Gesetzentwurfs – aus. Das heißt, die Hersteller sagen verbindlich zu, dass sie sich an den Kosten beteiligen. Es ist allerdings keine Rede davon, wie hoch die Kosten sein werden. Das müsste im Vorfeld festgelegt werden. Zweitens sehen wir es als erforderlich an, die Kosten zu deckeln und zu berücksichtigen, um welche Art von Firmen es sich handelt, wie hoch die Leistungsfähigkeit des Unternehmens ist und wie hoch die Gewinne sind, die sich möglicherweise erzielen lassen. Ferner sollte geklärt werden, ob sich durch eine neue Methode nicht auch Effizienzgewinne erzielen lassen. Das heißt, wenn Kosten eingespart werden, sollte sich dies irgendwo auch positiv niederschlagen. Die zweite Frage zielte, wenn ich es richtig in Erinnerung habe, auf den § 127 SGB V. Hierbei geht es in erster Linie darum, dass Rahmenvereinbarungen geschaffen werden, die dazu führen, dass der Markt entbürokratisiert und transparenter wird. Wir halten es jedoch für nicht erforderlich, eigens dafür eine Regelung zu schaffen. Wir würden es begrüßen, wenn dieser Sachverhalt im Rahmen des § 139 Absatz 2 Satz 3 geregelt würde, das heißt, wenn dieser Punkt mit in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen würde. Dies böte die Möglichkeit, nicht nur Bürokratie abzubauen und mehr Transparenz zu schaffen, sondern auch die Grundlage für den Wettbewerb zu verbessern. Unserer Ansicht nach ist es notwendig, die Grundlage für einen funktionierenden Leistungswettbewerb im Bereich der Basisversorgung bzw. der Regelversorgung zu definieren. Hier könnten auch die Aspekte aufgenommen

werden, die nach dem derzeitigen Stand im § 127 SGB V geregelt werden sollen. Damit hätte man eine Art von Leistungskatalog zur Verfügung, auf dessen Grundlage die Krankenkassen in einen echten Leistungswettbewerb treten könnten.

**SV Joachim Michael Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)): Bei der ersten Frage stimmen wir SPECTARIS zu 100 Prozent zu. Hier gibt es nichts zu ergänzen. Bei der zweiten Frage geht es um die Einführung eines Stellungnahmerechts beim G-BA. Das ist ein großer Schritt in die richtige Richtung. Die Bewertung wäre allerdings noch positiver, wenn man aus der Kann-Regelung eine Soll-Regelung machen würde. Außerdem sollte die Expertise der Unternehmen von Anfang an in das Verfahren einbezogen werden. Das heißt nicht, dass dieser Experte an jeder Sitzung teilnehmen muss. Es geht um die Einbringung zusätzlicher Fachkompetenz, nicht um ein Mitbestimmungsrecht. Damit würde man die Transparenz des Verfahrens und auch die Akzeptanz für die Entscheidung des G-BA erhöhen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die KBV. Es geht mir dabei um die Kompetenz zur Honorarverteilung. Es wurde vorhin von den Krankenkassen kritisiert, dass die Kassen bei der Honorarverteilung ausgeschlossen sind. Mich würde interessieren, wie die KBV dies bewertet?

**SV Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir erleben seit dem Jahre 2009, dass die Krankenkassen die Honorarverteilung im Einvernehmen mitgestalten. Viele von Ihnen haben miterlebt, dass die Ergebnisse dadurch nicht besser geworden sind. Ich bin daher sehr verwundert, dass diese angeblich heile Welt der Einvernehmensherstellung jetzt zum Ideal erklärt wird.

Die Krankenkassen haben sich in diesen Fragen auf der Landesebene nicht gerade ruhmreich verhalten. Ferner frage ich den GKV-Spitzenverband, ob er so wenig Vertrauen in seine Landesverbände hat, dass er meint, alles auf Bundesebene regeln zu müssen. Kurzum, die Erfahrung mit einer zentralisierten Honorarverteilung und mit der Einvernehmensregelung hat gezeigt, dass wir keine flexiblen und raschen Lösungen zur Behebung von Problemsituationen in der Patientenversorgung vor Ort finden konnten. Deshalb ist es der richtige Schritt, eine Regionalisierung vorzunehmen und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung für die Honorarverteilung zu übertragen. Wenn die Krankenkassen nun eine Mitverantwortung für sich einfordern, dann sollten sie sie auch in Fragen der Nachschussverpflichtung übernehmen und sich nicht auf den Standpunkt stellen, dass es eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung gebe und sie daher die Versorgungsprobleme und die eventuellen finanziellen Probleme einzelner Patientengruppen oder Vertragsärzte nichts angehe. An dieser Stelle müssen sich die Krankenkassen entscheiden, was sie letztlich wollen. Solange Sie mit entlastender Wirkung zahlen, müssen Sie uns auch die Kompetenz für die Honorarverteilung überlassen.

**Abg. Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Privatdozenten Schmitz vom Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO). Wie beurteilen Sie den vorliegenden Gesetzentwurf, insbesondere die Regelungen, die zu einer besseren Verzahnung der Sektoren beitragen sollen?

**SV Dr. Stephan Schmitz** (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)): Ich habe gerade schon einmal ausgeführt, dass der Gesetzentwurf aus vertragsärztlicher Sicht nur dann akzeptabel ist, wenn die sektor verbindenden Regelungen erhalten bleiben. Ich bitte Sie, sich

klar zu machen, dass der neue § 116 SGB V ebenso wie der alte § 116 die Kernkompetenz der onkologisch tätigen Vertragsärzte und auch die wirtschaftliche Basis ihrer Praxen betrifft. Für die Krankenhäuser ist die Öffnung für den ambulanten Bereich von Vorteil. Das ist ein Add-On-Geschäft, das frei werdende Bettenkapazitäten kompensiert, aber nicht – wie die stationäre Versorgung – zum Kerngeschäft der Krankenhäuser gehört. Dennoch befürworten wir diesen Gesetzesentwurf. Ich habe das bereits ausdrücklich gesagt. Aber der Sektor verbindende Charakter muss gewahrt bleiben, und dafür benötigen wir eine verpflichtende Kooperationsvereinbarung. Ich bin sicher, dass wir darüber noch sehr viel werden nachdenken müssen, ganz gleich, ob das dann im G-BA oder im Rahmen der Vereinbarungen über dreiseitige Verträge sein wird. Jedenfalls dürfen diese Verträge nicht zu einem Blockadeinstrument von Vertragsärzten werden. Das darf nicht sein. Ich weise aber noch einmal darauf hin, dass es bereits heute Kooperationen gibt. Problematisch wird es nur dann, wenn wir im selben Teich fischen wollen. Dieser Teich heißt medikamentöse ambulante Tumorthapie. Es gibt Kooperationen in Deutschland, bei denen sich Vertragsärzte mit Krankenhausärzten geeinigt haben. Die kann so aussehen, dass der Krankenhausarzt als Spezialist für Lungenkarzinome die entsprechenden Patienten versorgt, während die Vertragsärzte die restliche Versorgung übernehmen. Es geht also. Insgesamt gesehen ist für uns der Sektor verbindende Charakter neben der gesicherten Diagnose unter dem Aspekt der Mengensteuerung bzw. der Budgetfreiheit das entscheidende Kriterium.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Wie sollte Ihres Erachtens der Prüfauftrag in § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz, der die Einbeziehung der ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen,

genannt PIA, in das neue Psychoentgeltssystem vorsieht, abgefasst werden? Ist eine bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation aller PIA zur Erfüllung des Prüfauftrages sachgerecht oder, wenn dies nicht der Fall wäre, wie sähe eine Alternative aus?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die ambulanten psychiatrischen Institutsleistungen (PIA) werden derzeit nach von Land zu Land unterschiedlichen Vergütungsbedingungen, die zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungen ausgehandelt werden, erbracht. Nun sieht die im Gesetzesentwurf enthaltene Neuregelung des § 17 d KHG vor, dass die psychiatrischen stationären Leistungen nach einem neuen Entgeltssystem, das eine Pauschalierung – ähnlich dem System der Fallpauschalen, allerdings tagesbezogenen – vorsieht, abgerechnet werden sollen. Bei dieser Gelegenheit wird geprüft, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang das ambulante Spektrum der PIA mit einbezogen werden kann. Es geht also um einen Prüfauftrag. Wir, die DKG und der GKV-Spitzenverband, diskutieren derzeit darüber, wie wir diesen Prüfauftrag abarbeiten sollen und sind damit noch nicht am Ende. Ein Änderungsantrag zum Gesetzesentwurf enthält nun einen Regelungsvorschlag dazu, wie die Abarbeitung erfolgen soll. Es soll offenbar nicht abgewartet werden, was die Selbstverwaltungspartner daraus machen. Der Regelung zufolge sollen alle etwa 500 PIA mit über einer Million Patientenkontakten auf der Grundlage einer bundeseinheitlichen Leistungsbeschreibung, ähnlich der EBM-Struktur, ihre Leistungen dokumentieren. Dieses System ähnelt dem OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel), der bei jedem Patienten erfasst werden soll. Am Ende sollen die Daten dann dem InEK-Institut und zur Kontrolle parallel auch den abrechnenden Kassen zugeleitet werden, um festzustellen, ob es Verknüpfungen gibt. Es ist aber bekannt, dass etwa 50 Prozent der PIA-Leistungen nicht in Ver-

bindung mit vor- oder nachgelagerten stationären psychiatrischen Aufenthalten stehen. Es würde daher aus unserer Sicht vollkommen genügen, wenn wir diese Daten aus ausgewählten PIA erfassen und diese dem InEK-Institut zuleiten würden. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb alle Daten, die mit der Abrechnung überhaupt nichts zu tun haben, auch den einzelnen Kassen zugeleitet werden sollen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser bzw. die psychiatrischen Einrichtungen eine umfangreiche neue Aufgabe im Bereich der Datenerfassung zugewiesen bekommen, während gleichzeitig – und dies wird in unseren Kreisen sehr kritisch vermerkt – die Kodierrichtlinien für den niedergelassenen Bereich, die die Steuerung eines Honorarvolumens in einer Größenordnung von 25 Milliarden Euro betreffen, ausgesetzt werden. Diese Aussetzung wird im Gesetzentwurf als eine Maßnahme zum Abbau von Bürokratie bezeichnet – vielleicht sogar zurecht, wir sind auch keine Anhänger von Kodierrichtlinien. Aber hier stimmen die Verhältnisse nicht. Wir fordern daher eine bürokratiearme Umsetzung des Prüfauftrags. Es genügt, wenn wir bei wenigen PIA – jedenfalls nicht bei allen – eine bundeseinheitliche Leistungserfassung vornehmen und diese dann an das InEK-Institut weiterleiten.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Herr Baum hat ausgeführt, weshalb eine bundesweite Dokumentation nicht sinnvoll sei. Wir vertreten die gegenteilige Auffassung. Wir halten sie für sehr sinnvoll. Ein Drittel der Bundesrepublik fertigt eine Dokumentation nach dem Vorbild von Bayern an. Um eine erfassungsarme Variante zu finden, haben wir der DKG vorgeschlagen, diese Dokumentation auszuwerten. Die DKG hat dem zwar zugestimmt, ist aber nicht bereit, die Ergebnisse der Auswertung anzuerkennen. Vor diesem Hintergrund haben wir uns für ein Verfahren entschieden, das wir „Bayern light“ nennen, das heißt für eine

aufwendungsarme, aber flächendeckende Dokumentation. Ohne die geht es nicht. Denn andernfalls müssten wir in zwei Dritteln der Bundesrepublik bei den PIA mit Quartalspauschalen arbeiten. Das heißt, wir wissen hier nicht, ob der Patient einmal oder 20 Mal im Quartal für die Medikamenteneinstellung vorstellig wird. Das müssen wir aber erfahren. Es gibt eine aufwendungsarme Lösung, und wir bitten Sie dringend, diese zu unterstützen.

**Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich will mit einigen Fragen beginnen, die sich auf Menschen mit Behinderungen beziehen. Meine erste Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Es ist für uns alle klar, dass die Bedarfsplanung eine flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen soll. Dieser Anspruch gilt gemäß UN-Behindertenrechtskonvention auch für Menschen mit Behinderung. Wird der Gesetzentwurf diesem Anspruch gerecht und wie beurteilen Sie den heute hier ebenfalls zur Anhörung vorliegenden Antrag der Fraktion DIE LINKE.?

**SVe Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Die UN-Behindertenrechtskonvention schreibt tatsächlich vor, dass für Menschen mit Behinderungen eine gemeindenahе und auch in ländlichen Gebieten zugängliche Gesundheitsversorgung herzustellen ist. Wir sind daher der Auffassung, dass die Barrierefreiheit als ein Faktor in die Bedarfsplanung aufzunehmen ist, denn auch Menschen mit Behinderung, die in ländlichen Gebieten wohnen, benötigen Arztpraxen. Wir haben zu dieser Problematik eigene Vorschläge, zum Beispiel eine Ausgleichsabgabe für nicht barrierefreie Arztpraxen in überversorgten Gebieten. Ferner haben wir gerade die Frage von Zu- und Abschlägen diskutiert. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll

ler, durch eine Ausgleichsabgabe Barrierefreiheit herzustellen oder zumindest dazu beizutragen, Barrierefreiheit flächendeckend herzustellen. Man könnte aber auch Mittel aus dem Strukturfond für die Errichtung oder den Ausbau von barrierefreien Praxen bereitstellen. Daher sind wir der Auffassung, dass eine Beteiligung von Patienten am Strukturfonds sinnvoll ist. Wir haben mit Interesse und Begeisterung den Vorschlag der Fraktion DIE LINKE. aufgenommen, mit mobilen Arztpraxen eine leicht zugängliche Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung herzustellen. Wir würden uns wünschen, dass ein entsprechendes Modellvorhaben aufgelegt würde.

**Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Meine zweite Frage richtet sich an die Caritas und an die KZBV. Wenn die Bundeszahnärztekammer deren Ausführungen ergänzen möchte, kann sie dies gern tun. Die Bundesregierung hat die UN-Behindertenrechtskonvention anerkannt, die das Recht der Behinderten festschreibt, ein Höchstmaß an gesundheitlichen Leistungen ohne Diskriminierung zu erhalten. Wie sieht die entsprechende Situation im Bereich der zahnärztlichen Versorgung aus? Sind die Regelungen des SGB V ausreichend oder sehen Sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

**SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)):** In der Tat enthalten der Gesetzesentwurf und die vorliegenden Änderungsanträge bedauerlicher Weise keine Regelungen, die eine angemessene Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sicherstellen würden. Damit bleibt diese wichtige gesellschaftspolitische Fragestellung unregelt, obwohl das Bundeskabinett in Umsetzung der UN-Behindertenkonvention gerade einen Aktionsplan beschlossen hat. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass grund-

sätzlich jeder Erwachsene für seine Mundhygiene eigenverantwortlich sorgen kann. Darüber hinaus setzt er voraus, dass jeder Mensch eine zahnärztliche Praxis zur Zahnbehandlung aufsuchen und bei einer Zahnbehandlung kooperativ mitwirken kann. Gerade diese Voraussetzungen erfüllen Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen in einer Vielzahl der Fälle eben nicht. Sie benötigen ganz im Gegenteil bedarfsgerechte zahnmedizinische Leistungen in den Bereichen Prävention und aufsuchende Betreuung. Solche Leistungen werden heute im SGB V nicht abgebildet und können deshalb auch nicht zur Verfügung gestellt werden. Anders als bei Kindern und Jugendlichen, für die der Gesetzgeber bedarfsgerechte Leistungen zur Verfügung gestellt hat, fehlt es für diesen Personenkreis im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung an den erforderlichen gesetzlichen Grundlagen. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen gehören anerkannter Maßen zu den Hochrisikogruppen für Karies und Parodontalerkrankungen. Das sind solche orale Erkrankungen, die gerade bei Pflegebedürftigen gravierende negative Folgen für den Allgemeinzustand haben können. Solchen Risiken kann mit dem derzeit vorgesehenen Leistungsangebot der GKV nicht wirksam begegnet werden. Es gibt weder bedarfsgerechte, maßgeschneiderte präventive Leistungen noch Leistungen für die aufsuchende Betreuung. Wir haben gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Wissenschaft und vielen Verbänden der Alten- und Behindertenbetreuung ein konkretes und umfassendes Versorgungskonzept vorgelegt. Dies beinhaltet solche Leistungen, es ist wissenschaftlich anerkannt und in vielen Modellvorhaben erfolgreich erprobt. Daher fordern wir Sie hier eindringlich auf, die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.

**SV Sven Tschöpe (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)):** Ich werde mich kurz fassen. Auch wir unterstützen dieses

Konzept ausdrücklich. Wir möchten Sie dringend dazu auffordern, im Rahmen dieses Gesetzgebungsvorhabens endlich die notwendigen Voraussetzungen für eine angemessene zahnmedizinische Versorgung dieser Personengruppen, die nicht in der Lage sind, sich eigenverantwortlich um ihre Mundgesundheit zu kümmern, zu schaffen. Ich möchte ergänzen, dass das Konzept, das wir gemeinsam erarbeitet haben, auf einem breiten gesellschaftlichen Konsens basiert.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich kann lückenlos an meine Vorredner anknüpfen. Herr Eßer hat die Situation der Zahngesundheit bei Menschen mit Behinderungen, aber auch bei Menschen, die pflegebedürftig und in ihren kognitiven und motorischen Fähigkeiten eingeschränkt sind, zutreffend beschrieben. Das muss ich nicht wiederholen. Auch wir sehen hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf und haben hierzu in unserer Stellungnahme konkrete Vorschläge gemacht, die ich kurz erläutern möchte. Wir sehen besonderen Handlungsbedarf im Bereich der Prävention. Die Leistung der Individualprophylaxe muss für kognitiv und motorisch eingeschränkte Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit geöffnet werden. Da gerade dieser Personenkreis häufig nicht in der Lage ist – unter anderem, weil die Praxen nicht barrierefrei sind –, Zahnarztpraxen aufzusuchen, halten wir es für sinnvoll, auch die Gruppenprophylaxe für den Personenkreis der kognitiv und motorisch eingeschränkten Menschen mit Behinderung oder mit Pflegebedürftigkeit zu öffnen und die Alten- und Behinderteneinrichtungen als Setting im § 21 SGB V zu verankern. Des Weiteren sehen wir die Notwendigkeit, den therapeutischen Mehraufwand, der bei der Diagnose und der Untersuchung im zahnärztlichen Bereich bei Menschen mit Behinderung in zeitlicher, personeller und instrumenteller Hinsicht entsteht, in den Vergütungen entsprechend abzubilden. Auch

hierzu haben wir Vorschläge unterbreitet und würden den Gesetzgeber dringend bitten, diese aufzugreifen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe zunächst eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Uns ist aufgefallen, dass viele Verbände, insbesondere solche, die sich auf ehrenamtliches Engagement stützen und als Dachverbände fungieren, keine Stellung zu den letzten beiden Paketen mit Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen bezogen haben. Die BAG SELBSTHILFE protestiert in ihrer Stellungnahme gegen die zu kurze Fristsetzung für ihre Stellungnahme. Ich möchte Sie bitten uns mitzuteilen, wann Sie den Gesetzentwurf, die Anträge der Opposition und die Änderungsanträge der Koalition erhalten haben und wie Verbände, die ihre Positionierung, wie ihr Verband, mit 120 Mitgliedsorganisationen abstimmen müssen, ihrer Aufgabe als Berater des Parlaments nachkommen können.

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Es stellt für uns ein erhebliches Problem dar, wenn wir eine Stellungnahme zu einem so umfangreichen Gesetzentwurf abgeben sollen und diesen erst eine Woche vor Ablauf der Frist erhalten. Wir haben den Entwurf am Donnerstagnachmittag erhalten, und wir mussten danach erst die Mitgliedsverbände per E-Mail informieren. Viele unserer Verbände sind ehrenamtlich geführt, und in vielen Verbänden ist es nach dem Vereinsrecht notwendig, dass die Stellungnahme mit dem Vorstand abgestimmt wird. Die Verbände hatten letztlich nur einen Zeitraum von fünf bis sechs Tagen zur Verfügung, um zu einem sehr umfangreichen Gesetzesvorhaben und den zahlreichen Änderungsanträgen Stellung zu nehmen. Dies gelingt unter Umständen den großen Verbänden, nicht aber den kleineren, ehrenamtlich geführten. Bei dem Geset-



zesvorhaben geht es auch um seltene Erkrankungen. Daher wäre es wünschenswert gewesen, wenn ausreichend Zeit zur Verfügung gestanden hätte, um hierzu Stellung zu nehmen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine konkrete Nachfrage zu den letzten zwei Paketen von Änderungsanträgen. Sehen Sie sich angesichts dessen, was Sie uns beschrieben haben, dazu im Stande, zu den Änderungsanträgen qualifiziert Stellung zu nehmen?

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte darauf hinweisen, dass Geschäftsordnungsdebatten nicht mit Sachverständigen zu führen sind. Wir führen Geschäftsordnungsdebatten in den Ausschusssitzungen, und dies haben wir heute morgen getan. Diese Debatte gehört daher nicht in eine Anhörung.

Die **Vorsitzende**: Ich denke, die Frage der Kollegin kann kurz beantwortet werden. Im Übrigen habe ich bereits zu Beginn der Anhörung darauf hingewiesen und weise jetzt noch einmal darauf hin, dass auch alle Änderungsanträge Gegenstand der Beratung sind.

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Man kann zu solchen Änderungsanträgen Stellung nehmen, wenn ein Verband sich dazu bereits eine Meinung gebildet hat. Andernfalls ist es schwierig.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich möchte eine Zusatzfrage an weitere Organisationen stellen. Diejenigen, die öfter an Anhörungen teilnehmen, wissen, dass wir manchmal Fragen stellen, die einfach mit ja oder nein zu beantworten sind. Ich würde Sie daher bitten, dass

nicht jeder von Ihnen zu einem Mikrofon geht, sondern dass Sie einfach aufstehen und mit ja oder nein antworten. Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Stegmüller, an den SoVD, den VDÄÄ, den BNHO, den VDK, die Volksolidarität, die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation und den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Hier die Frage: Können Sie bestätigen, dass die Fristen für eine fundierte Meinungsbildung und Stellungnahme sehr kurz oder in diesem Fall auch vielleicht zu kurz waren?

Die **Vorsitzende**: Frau Kollegin, ich möchte darauf hinweisen, dass es sich hier nicht um eine Frage zum Gegenstand der Beratungen handelt. Ich bitte Sie, nur inhaltliche Fragen zu stellen, die sich auf die Änderungsanträge beziehen, sich aber nicht zum Verfahren zu äußern.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Dann ziehe ich diese Frage zurück und komme zu meiner nächsten Frage, die sich an die BAGP richtet. Wir haben leider zu dieser Anhörung keine Sachverständigen zum Thema Datenschutz mehr einladen können, wenngleich in einem der Änderungsanträge eine wichtige Regelung zur elektronischen Gesundheitskarte enthalten ist. Wie bewerten Sie das Vorgehen der Koalition, die Kassen verpflichten zu wollen, innerhalb des nächsten Jahres 70 Prozent aller Versicherten mit der E-Card auszustatten, und wie beurteilen Sie dieses Vorhaben angesichts von schweren Bedenken und großer Skepsis hinsichtlich Datenschutz sowie angesichts des Verhältnisses von Kosten und Nutzen für die Patientinnen und Patienten.

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Sie finden dazu nichts in unserer Stellungnahme. Dies hat etwas mit der Kürze der Frist zur Stellungnahme zu tun. Grundsätzlich sind wir über diesen Änderungsantrag

verwundert. Durch die Änderung sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, bis Ende 2012 70 Prozent der Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten auszustatten. Angesichts der anhaltenden Diskussion über den Datenschutz und über den grundsätzlichen Zweck der Karte stellt sich die Frage, ob es überhaupt Sinn hat, dieses Projekt weiter zu verfolgen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Stegmüller. Ich möchte erfahren, welche Bedeutung angesichts der Ungleichheit in der Versorgung, also angesichts von Über- und Unterversorgung, die Zweiteilung unseres Gesundheitssystems in eine gesetzliche Krankenversicherung und einen privaten Versicherungssektor hat.

SV **Prof. Dr. Klaus Stegmüller**: Es ist offensichtlich, dass in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Vertragsärztdichte innerhalb der Regionen und innerhalb der Städte, aber auch im Vergleich von städtischen und ländlichen Regionen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Dies ist unter anderem auf die bereits mehrfach angesprochenen Defizite der geltenden Bedarfsplanungsregelungen zurückzuführen. Die Heterogenität der Versorgungslandschaft findet eine weitere Ursache in den unterschiedlichen Vergütungen in der GKV und der PKV. Wenn der Gesetzgeber also das Ziel verfolgen sollte, ein wirksames Instrumentarium zum Abbau von Überversorgung zu etablieren, dann stünde ihm mit der Vereinheitlichung der Vergütungssysteme von PKV und GKV ein wirksames Instrument zur Verfügung. Eine solche Vereinheitlichung sollte sinnvoller Weise aufkommensneutral geschehen, um damit vermittelt über die Vergütungssysteme zu einem Finanzierungsausgleich zu kommen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den vdek. Welche Folgen können aus der Regionalisierung der Honorierung, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, resultieren? Ist diese mit dem Ziel der Herstellung gleicher Lebensverhältnisse in Deutschland vereinbar?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Wir haben die Frage vorhin schon ansatzweise diskutiert. Die Neuregelungen zur Honorierung der ärztlichen Leistungen, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind, beinhalten eine erneute Kehrtwendung. Wir haben in den vergangenen drei Jahren versucht, in Bezug auf die unterschiedlichen Vergütungen in den Regionen mehr Transparenz herzustellen und die regionalen Honorarverträge durch auf der Bundesebene abgestimmte einheitliche Vorgaben zu beeinflussen. Dies ändert sich nun wieder, und zwar an mindestens zwei Stellen. Über die eine haben wir schon diskutiert. Für die Honorarverteilung vor Ort wird nun wieder die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung maßgebend sein. Daher werden wir in den verschiedenen KV-Regionen bald wieder ganz unterschiedliche Regelungen zur Vergütung von einzelnen ärztlichen Leistungen bzw. von einzelnen Arztgruppen haben. Dies wird das Verhältnis zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag erheblich belasten. Zum anderen werden wir künftig auf Landesebene ein buntes Potpourri von Parametern haben, die bei der Weiterentwicklung der Vergütungsverträge zu berücksichtigen sind. Von der Bundesebene her wird es keinen klaren Orientierungsmaßstab mehr geben. Einen Maßstab, wie wir ihn früher in Gestalt der Grundlohnsummenbindung hatten, gibt es auch nicht mehr. Stattdessen sollen jetzt die demografische Entwicklung, die Morbiditätsveränderungen, Verlagerungseffekte zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung und andere Parameter bei den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden. Dies wird dazu

führen, dass wir in kurzer Zeit 17 völlig unterschiedliche Vergütungsstrukturen und Vergütungsinhalte haben werden, die die Vergleichbarkeit zwischen den Regionen vermindern. Die Stellung der verschiedenen Arztgruppen wird dann in den einzelnen KV-Regionen auch bald ganz unterschiedlich aussehen. Wir plädieren daher dafür, auf dem Weg, den wir in den letzten drei Jahren eingeschlagen haben, weiter voranzugehen. Dies würde die Vergleichbarkeit erhöhen und letztlich auch die Voraussetzungen für die Herstellung von einheitlichen Versorgungsstrukturen in den Ländern verbessern.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Ballast zu den Änderungsanträgen Nr. 45 und 46. Die Bundesregierung sagt, dass die Regelungen im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen werden, weil sie sich im Zeitablauf erledigt haben. Wir sind davon ausgegangen, dass dies zutrifft und dass es sich hier um nichts Inhaltliches handelt. Ihrer Stellungnahme haben wir nun entnommen, dass dem nicht so ist. Können Sie uns das kurz erläutern?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): In aller Kürze: Rechtsbereinigung ist gut. Vorschriften aus dem Gesetz zu streichen, die man nicht mehr braucht, steigert die Klarheit und die Transparenz. An dieser Stelle ist man aber über das Ziel hinausgeschossen; wahrscheinlich, weil man festgestellt hat, dass es sich um eine Regelung handelt, die nur bis zum Jahre 2008 gegolten hat. Der Alt-RSA gilt tatsächlich nur bis zum Jahre 2008, er wird aber in einem Kontrollverfahren, das bis 2013 läuft, noch nachbearbeitet. Wenn man diese Regelung jetzt schon streicht, führt dies dazu, dass die noch bevorstehenden drei Jahre letztlich nicht abgewickelt und die entsprechend korrigierten Zuweisungen an die Kassen nicht ausgeschüttet werden können. Hier geht es also nicht um eine Rechtsbereinigung, sondern um

einen materiellen Eingriff in die Verhältnisse zwischen den Kassen. Deshalb plädieren wir dafür, auf diese Änderung zu verzichten.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die erste Frage richtet sich an das Diakonische Werk. Wie beurteilen Sie den in dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN enthaltenen Vorschlag, regionale Gesundheitskonferenzen einzuführen und diese in die Aufstellung von Versorgungsplänen einzubeziehen?

SVe **Dr. Annika Lange** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e.V.): Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder durch den Gesetzentwurf gestärkt werden sollen. Die Länder werden dadurch in die Lage versetzt, ihre Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung besser wahrzunehmen. Wir hoffen nur, dass sie dieser Verantwortung auch gerecht werden. Wir würden uns allerdings darüber hinaus einen institutionalisierten Dialog mit den Wohlfahrtsverbänden, den Selbsthilfeverbänden bzw. den Patientinnen- und Patientenorganisationen auf der Ebene der Bundesländer wünschen. Daher fordern wir in unserer Stellungnahme, regionale Gesundheitskonferenzen einzurichten, an denen nicht nur Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser, sondern auch – das ist besonders wichtig – der öffentliche Gesundheitsdienst, die Freien Träger der Rettungsdienste, die Kommunen als Träger der Rettungsdienste, die Träger der ambulanten Pflegedienste, die Selbsthilfe und die Freie Wohlfahrtspflege beteiligt werden sollten. Deshalb begrüßen wir ausdrücklich den von Ihnen unterbreiteten Vorschlag, bei der Aufstellung der Versorgungspläne die neu einzurichtenden Gesundheitskonferenzen einzubeziehen. Außerdem unterstützen wir ihre Forderung, diesen Konferenzen besondere Aufgaben zuzuweisen, insbesondere die Erhebung von Daten über

lokale Bedürfnisse, die Durchführung von Befragungen auf lokaler Ebene und – das ist besonders wichtig – die Entwicklung von kommunalen oder regionalen Konzepten, die dazu beitragen können, die gesundheitliche Versorgung auf der Landesebene zu verbessern.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen. Sie fordern eine stärkere Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Bedarfsplanung. Könnten Sie diese Forderung näher erläutern?

SV **Gregor Bornes** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Ich kann aus Erfahrung in Gremien mit Patientenbeteiligung – den Landes-, den Zulassungs- oder Berufungsausschüssen – berichten, dass die Patientenbeteiligung daran krankt, dass die Patienten kein Antragsrecht haben. Wir können keinen Einfluss auf die Arbeit der Gremien nehmen. Ferner ist in dem Gesetzesentwurf bedauerlicherweise vorgesehen, dass die Daten, die zur Beurteilung der Versorgung in den Regionen benötigt werden, nur den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen. Den anderen Beteiligten liegen dies Daten nicht vor. Das müsste geändert werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sollte die Bedarfsplanung aus Ihrer Sicht generell kleinräumlicher gestaltet werden oder sollte man eher nach Versorgungsstufen differenzieren? Wie könnte ein solches Modell aussehen?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Bei der Bedarfsplanung ist die Unterscheidung nach Hausärzten, Fachärzten und der weiteren

spezialärztlichen Versorgung sinnvoll. Die Planung für die Hausärzte sollte kleinräumlich erfolgen, und dies sollte auch so bleiben. Bei den Fachärzten kann man schon in größeren Einheiten planen, und falls es zu einer spezialärztlichen Versorgung kommt, kann diese auf KV-Ebene geplant werden. Die Bedarfsplanung für die Fachärzte noch kleinräumlicher auszugestalten, hat keinen Sinn. Hingegen müssen Hausärzte für die Versicherten sehr leicht erreichbar sein.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Verbraucherzentrale Bundesverband. Die neuen §§ 303a bis e SGB V zielen auf eine Verwendung der RSA-Daten in der Versorgungsforschung. Sind die geplanten Veränderungen aus Ihrer Sicht oder aus Sicht der Patientinnen und Patienten bzw. der Versicherten geeignet, die Versorgungsforschung entscheidend voranzubringen und zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, z. B. im Hinblick auf Analyse und Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, beizutragen? Wenn dies nicht der Fall wäre, was müsste zusätzlich geregelt werden?

SVe **Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Nach unserer Auffassung werden die Regelungen zu dem Erfassungszeitpunkt und zum Umfang der bereitzustellenden Daten den Zielsetzungen des Gesetzesentwurfs nicht gerecht. Bemerkenswert ist vor allem die Beschränkung auf die RSA-Daten. Die Daten basieren auf einer Patientenstichprobe, die keine Angaben zu ambulanten und stationären Leistungen und vor allem auch keinen Bezug zu der Art der Leistungserbringer, die bestimmte Leistungen erbringen, enthält. Die Daten enthalten lediglich Informationen zur Medikamentenversorgung und zu den diagnostizierten Krankheiten. Das heißt, auf dieser Datengrundlage sind keine

Analysen zur Versorgungssituation und dazu, wo vielleicht Engpässe auftreten könnten, möglich. Insofern sind auch die Vorgaben, ab welchem Zeitpunkt diese Daten zur Verfügung stehen sollen, letztlich verzichtbar, weil man mit ihnen ohnehin nichts anfangen kann. Ich möchte noch einmal ausdrücklich betonen, dass wir dies für fatal halten. Dasselbe gilt für die Entscheidung, die ambulanten Kodierrichtlinien nicht umzusetzen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte nun eine Frage an den Verband der Innungskrankenkassen IKK e.V. stellen. Wie beurteilen Sie den Wegfall der allgemeinen Kodierrichtlinien? Gibt es aus Ihrer Sicht einen Königsweg zwischen vollständigem Wegfall und einer flächendeckenden Einführung?

SV **Jürgen Hohnl** (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.)): Wir lehnen die Aufhebung der ambulanten Kodierrichtlinien sowohl mit Blick auf die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung als auch mit Blick auf den Morbi-RSA strikt ab. Eine Aufhebung der Kodierrichtlinien hätte äußerst problematische Folgen für den Morbi-RSA, weil die ambulanten Diagnosen die Grundlage für die Berechnung der Zuweisungen an die Krankenkassen und der Mehrzahl der Krankheitszuschläge bilden. Deshalb ist ein Wegfall der Kodierrichtlinien, die per Gesetz verpflichtend vorgesehen und auch schon vereinbart sind, aus unserer Sicht strikt abzulehnen. Einen Mittelweg kann ich mir nicht vorstellen. Es geht darum, die Diagnosen einheitlich und vollständig zu erfassen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Verband der Ersatzkassen und betrifft die ambulante spezialärztliche Versorgung. Sie bemängeln die fehlende

Mengenbegrenzung und befürchten durch den unregelmäßigen Zustrom von Leistungserbringern in diesen neuen Versorgungsbereich einen Kostenschub. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

SV **Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Ich hatte vorhin bereits auf die Risiken hingewiesen, die sich aus dem Gesetzgebungsvorhaben ergeben. Ich lege gern noch einmal unsere drei Änderungswünsche dar. Erstens geht es um die Frage, wie umfassend der Leistungskatalog sein soll, der für die spezialärztliche Versorgung geöffnet wird. Ich kann nur betonen, dass wir im Hinblick auf die seltenen Erkrankungen und die Krankheiten mit besonders schweren Verläufen die Probleme nicht bei der spezialärztlichen, sondern bei der onkologischen Versorgung und bei den ambulanten Operationen sehen. Hier muss der Katalog noch einmal überarbeitet werden. Das zweite Problem betrifft die Frage des Zugangs. Dieser soll nach dem derzeitigen Stand des Gesetzentwurfs vollkommen bedarfsunabhängig erfolgen. Die einzige Voraussetzung ist die Behauptung des Leistungserbringers, dass er bestimmte Qualitätskriterien erfüllt. Ob diese Qualitätskriterien tatsächlich erfüllt werden, kann aber von den nach derzeitigem Stand zuständigen Behörden auf Landesebene innerhalb der vorgesehenen Zweimonatsfrist nicht kompetent überprüft werden. Besser wäre ein Zulassungsverfahren, wie es für andere Leistungserbringer gilt. Das dritte Problem betrifft die Mengensteuerung. Je stärker der Katalog eingeschränkt wird, desto weniger bedeutsam wird die Mengensteuerung. So wie die Regelung jetzt angelegt ist, führt sie jedoch dazu, dass ein erhebliches Ausgabenrisiko entsteht, wobei ein möglicher Ausgabenanstieg nicht automatisch zu einer Verbesserung der Versorgung führen wird.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum gleichen Thema möchte

ich eine Frage an die die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie stellen. Wie bewerten Sie diesen einheitlichen Rahmen und welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? Halten Sie insbesondere eine Mengensteuerung für erforderlich?

**SV Prof. Dr. Jürgen Wasem** (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö)): Ich möchte noch kurz zu der Frage nach den RSA-Daten, die der Abg. Dr. Terpe gestellt hat, etwas sagen. Die Angelegenheit lässt sich nicht nach einem Schwarz oder Weiß-Muster beurteilen. Es ist ein Fortschritt, dass eine Regelung, die seit fünf Jahren gesetzlich verankert, aber bis jetzt nicht umgesetzt worden ist, überarbeitet wird oder dass man etwas Neues entwickelt. Die RSA-Daten können einen ersten Schritt auf diesem Weg darstellen. Ich stimme allerdings ausdrücklich mit denjenigen überein, die sagen, dass dieser erste Schritt relativ zaghaft ausfällt. Man hätte sich mehr Mut für einen großen Schritt im Interesse der Versorgungsforschung oder der Epidemiologie gewünscht. Die Frage von Frau Bender kann ich wie folgt beantworten: In der Tat beinhaltet es ein Mengenrisiko, wenn bei einer relativ weit gefassten Indikation einerseits jeder die Behandlung vornehmen darf, der sie auch durchführen kann, und wenn andererseits eine Mengenbegrenzung fehlt. Herr Schmitz hat vorhin für den Bereich der Onkologie – also für einen der zentralen Bereiche – deutlich gemacht, dass insbesondere dann, wenn man eine Diagnostik ohne Mengenbegrenzung zulässt, erhebliche Ausgabenrisiken entstehen. Ich sehe das genauso. Je weiter der Gesetzgeber den Rahmen in Gestalt des Kataloges für den G-BA fasst, desto größer wird das Mengenrisiko. Wenn es dann tatsächlich zu Mengensteigerungen kommt, bleiben nur zwei Möglichkeiten, dem gegenzusteuern: entweder müssen die Beitragszahler dies finanzieren oder man bringt die zusätzlich nötigen Beträge durch Ausgabenbegrenzungen bei den Grundversorgern auf. Letzteres wider-

spricht aber der Zielsetzung des Gesetzesentwurfs.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den Verband forschender Arzneimittelhersteller. Sie betrifft das vorgesehene Modellprojekt zur Arzneimittelversorgung. Halten Sie das Modell für praktikabel, sehen Sie für die Kassen Einsparmöglichkeiten und wie bewerten Sie die Regelung – insbesondere die Schiedsamt-lösung – aus ordnungspolitischer Sicht?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Das Modell sieht Verfahren vor, die bereits heute rechtlich möglich sind. Ich frage mich daher, was man noch alles erproben möchte. Das ist hinausgeworfenes Geld. Ich will nicht darüber philosophieren, ob eine echte Positivliste sinnvoll wäre. Die Gefahr, dass die Rabattverträge der Krankenkassen durch das Modellvorhaben konterkariert werden, ist extrem groß. So wie ich es verstehe, scheint das Modellvorhaben für die ganze Bundesrepublik kleinräumlich umsetzbar zu sein – wenigstens dies. Das Schiedsverfahren ist hingegen extrem seltsam. Ein Modellvorhaben ist in der Regel durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Die Krankenkassen sollen in diesem Fall aber gezwungen werden. Das ist unvernünftig. Entweder ist Beteiligung an einem solchen Vorhaben für alle freiwillig, dann wäre das in Ordnung und dann ließen sich vielleicht auch die Erwartungen, die man in Bezug auf mögliche Einsparungen in das Projekt setzt, zu realisieren. Ich bin da aber sehr skeptisch. Ich würde mir wünschen, dass die Finanzmittel, deren Einsparung sich die Initiatoren von dem Modellvorhaben versprechen, zunächst erwirtschaftet und dann erst verteilt werden. Ich habe die Befürchtung, die Rechnung geht nicht auf. Die Krankenkassen, die wohlge-merkt zur Teilnahme gezwungen werden, sollen zunächst Geldmittel aufbringen, um diese dann später nach einem

sehr vagen Kalkül wieder einzusparen. Ich persönlich glaube nicht an diese Einsparserfolge. Ich bin auch sehr gespannt, wie man die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten erzwingen will. Ich wiederhole: Eine Realisierung des Modellprojekts auf freiwilliger Basis wäre vernünftig und würde auch an positiv besetzte Begriffe anknüpfen. Aber im Hinblick auf die Umsetzung hätte ich mir gewünscht, dass man den Zwang zur Beteiligung wenigstens auf eine Region beschränkt hätte. Abschließend möchte ich betonen, das ich das Vorhaben, die Apotheker als dritte Bank an dem Schiedsamt zu beteiligen, für unangemessen und überflüssig halte.

**SV Matthias Diessel** (Pro Generika e.V.): Ich beantworte die Frage stellvertretend für die drei Pharmaverbände vfa, BAH und BPI. Es kommt sicherlich selten vor, dass wir uns dem GKV-Spitzenverband anschließen. Dies ist heute aber der Fall. Auch wir sind der Ansicht, dass das Modellprojekt bereits nach der geltenden Rechtslage umsetzbar wäre. Die Prognose, dass sich mit Hilfe des Modellprojekts Einsparungen in Höhe von 2,8 Mrd. Euro erzielen ließen, steht, was die entsprechende Studienlage anbelangt, auf tönernen Füßen. Ferner möchte ich mich kurz zu den drei Säulen des Medikationsmanagements äußern. Das Medikationsmanagement ist aus unserer Sicht bereits heute originäre Aufgabe des Hausarztes bzw. des Apothekers. Hierfür benötigt man kein eigenes Projekt. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit sollen 1,8 Mrd. Euro eingespart werden. Es wäre sinnvoll, und dies wird heute auch immer gefordert, evidenzbasierte Daten vorzulegen bzw. Studien zu veranlassen, die belegen, dass dieses Einsparpotenzial tatsächlich existiert. Der Medikationskatalog ist aus unserer Sicht nichts anderes als eine bundesweit einheitliche Positivliste. Sie führt zur Standardmedikation und zum Standardpatienten. Dies kann nicht gewollt sein. In ordnungspolitischer Hinsicht ist der Arzneimittelmarkt für patentgeschützte Arzneimittel durch

das AMNOG reguliert worden. Zudem ist der Bestandsmarkt durch Festbeträge und Rabattverträge reguliert, und auf Landesebene gibt es die Arzneimittelvereinbarung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es stellt sich die Frage, was noch zusätzlich reguliert werden kann und wie die 700 Mio. Euro Einsparungen generiert werden können. Eine Wirkstoffverordnung ist bereits heute möglich. Das Vorhaben, dass der Apotheker den Wirkstoff auf dem Medikationsplan vermerkt und der Patient dann auf seiner Arzneimittelpackung den Wirkstoff wieder erkennt, ist in der Praxis ohnehin nicht umzusetzen. Schon heute steht auf dem ausgedruckten Medikationskatalog genau das Arzneimittel, das an den Patienten abgegeben wird. Daher sind nach unserer Auffassung alle drei Elemente nicht sinnvoll.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE zur Heilmittelverordnung. § 32 sieht die Möglichkeit einer langfristigen Verordnung vor. Halten Sie diese für ausreichend? Wenn nicht, welche Defizite wollen Sie wie behoben haben?

**Sve Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Zur Klarstellung: Die Vorschrift regelt die langfristige Verordnung außerhalb des Regelfalls und oberhalb bestimmter Grenzen für den Bereich der Heilmittel. Chronisch Kranke und Behinderte haben einen langfristigen Bedarf. So müssen zum Beispiel Mukoviszidosekranke von Kindesbeinen an lebenslang Heilmittel verordnet bekommen. Sie benötigen diese auch regelmäßig. Insofern begrüßen wir die Regelung vom Grundsatz her. Allerdings muss aus unserer Sicht die Möglichkeit bestehen, dass die Krankenkassen auf eine Statusfeststellung verzichten können, ohne dass dies einen Regress be-

gründen kann. Denn da die Krankenkassen diese Versicherten meist kennen, wäre es nicht sinnvoll, ein Statusfeststellungsverfahren durchzuführen. Auf lange Sicht wäre es aus unsrer Sicht zu begrüßen, wenn für einen bestimmten Personenkreis mit schweren funktionellen oder strukturellen Schädigungen die Langfristverordnung wieder eingeführt würde.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich komme noch einmal auf die Zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung zurück und möchte vom GKV-Spitzenverband erfahren, was der Gesetzgeber tun muss, damit dieser Versichertenkreis eine bessere zahnmedizinische Versorgung sowohl im ambulanten Bereich als auch in Behinderteneinrichtungen erhält.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Das ist eine schwierige Frage. Ich bestätige, dass auch aus unserer Sicht die zahnmedizinische Versorgung der Behinderten ein Problem darstellt. Die Frage ist, ob man gleich an die Gebührenordnung für Zahnärzte denken muss. Da bin ich mir nicht sicher. Ich wäre eher skeptisch. Ich denke, hier stellt sich eher die Frage des Zugangs der Behinderten und der Pflegebedürftigen. Ich kann mir gut vorstellen, dass bei der Ausbildung von Pflegern mehr Wert auf diesen Bereich gelegt wird. Die zahnärztliche Gebührenordnung bietet aus meiner Sicht ausreichend große Variationsmöglichkeiten bei der Abrechnung, so dass eine Änderung in diesem Bereich nicht vordringlich wäre. Wichtiger wäre es, die Frage des Zugangs und der Ausgestaltung der pflegerischen Ausbildung zu beantworten. Das sind aber Probleme, die nicht leicht zu lösen sein werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Professor Dierks. Wie beurteilen Sie die Legitimation der Beteili-

gung von Patientenvertretern im G-BA? Sehen Sie bei der Anwendung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in Bezug auf die Beteiligung des Gesundheitsausschusses des Bundestages am Besetzungsverfahren der Unparteiischen im G-BA Konflikte mit der Geschäftsordnung des Bundestages?

SV **Prof. Dr. Christian Dierks**: Bei der Einführung der Beteiligung von Patienten am G-BA hat man seinerzeit entschieden, ihnen wegen der fehlenden demokratischen Legitimation kein Stimmrecht zu gewähren. Solange die betroffenen Patienten nicht verkammert und mit aktivem und passivem Wahlrecht in einer – zugespitzt formuliert – „Erkranktenkammer“ ausgestattet sind, ist dies natürlich nicht möglich. Es sind aber Verfahren denkbar, aufgrund derer die Patienten, wenn sie bestimmte Vorgaben erfüllen – ähnlich wie die Unparteiischen – bestellt und gewählt werden könnten. Sie könnten zum Beispiel für bestimmte Zeiträume vom Bundestag bestimmt werden. Dadurch würden sie eine stärkere Legitimation erhalten, die auch das Recht zur Stimmbeteiligung rechtfertigen würde. Wenn man eine stärkere Beteiligung der Patienten für sinnvoll hält, dann könnte man diesen Weg einschlagen. Dafür spricht auch, dass Patienten nicht die selben Interessen wie die Versicherten haben. Wenn man erkrankt ist, möchte man, dass ein Maximum an Aufwand für die Behandlung getrieben wird, während der gesunde Versicherte daran interessiert ist, dass sich die Aufwendungen für Gesundheitsleistungen in Grenzen halten. Das Verfahren, das ich gerade beschrieben habe, bietet also eine Möglichkeit, den Patientenvertretungen ein Stimmrecht zu verleihen. Ich halte dies für einen sinnvollen Schritt. Wir haben zu dieser Frage auch publiziert, und in meiner Stellungnahme habe ich auf diese Publikation verwiesen. Ferner könnte man darüber nachdenken – wenn vielleicht auch nicht in diesem, sondern erst in einem der nächsten Gesetzgebungsverfahren –



die betroffenen Leistungserbringer, beispielsweise die Heil- oder Hilfsmittelerbringer, ebenfalls am G-BA zu beteiligen. Es geht dabei nicht nur um internationale Konzerne, sondern zum Beispiel auch um den einzelnen Krankengymnasten, der von einer Heilmittelrichtlinie sehr stark betroffen und seine Rechte derzeit nur im Wege des Stellungnahmeverfahrens geltend machen kann. Was die zweite Frage anbelangt, möchte ich das wiederholen, was ich bereits angedeutet hatte: In Bezug auf die Beteiligung des Gesundheitsausschusses an der Gremienbesetzung sehe ich keinen substanziellen Konflikt mit der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages, da der Ausschuss frei entscheiden kann, ob er eine Anhörung durchführt. Zudem wird die Anhörung nicht öffentlich durchgeführt. Ferner führt der Gesetzentwurf die Sachverhalte auf, mit denen eine Ablehnung des Personalvorschlags begründet werden kann. Ich halte es für sachgerecht, dass diese Gründe im Gesetz benannt werden. Jedenfalls sollte man die Gründe nicht unbestimmt lassen, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass eine Ablehnung unsubstantiiert erfolgt.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an den G-BA und den Deutschen Behindertenrat. Es wird die Forderung erhoben, die Rolle der Patientenvertreter im G-BA zu stärken. Ein Vorschlag beinhaltet die Beteiligung an Verfahrensfragen. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

SV **Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Grundsätzlich kann der Gesetzgeber in Bezug auf den G-BA alles beschließen, was er möchte. Wir unterstehen nicht dem Schutz durch die Verfassung. Daher können Sie jede beliebige Gruppe in den G-BA aufnehmen. Sie müssen sich nur über die Konsequenzen im Klaren sein. Nach der geltenden Rechtslage sind am Gemeinsamen Bundesausschuss diejenigen Organisationen beteiligt und mit Stimm-

recht ausgestattet, die im deutschen Gesundheitswesen die wirtschaftliche Verantwortung für die Versorgung tragen. Sie können zum Beispiel nicht die Kammern beteiligen und mit Stimmrecht ausstatten, weil sie keine entsprechende Verantwortung tragen. Auch die Patientenvertreter tragen für die Wirtschaftlichkeit des Systems keine Verantwortung. Wenn man die Grundstrukturen des Systems beibehalten möchte, dann muss man folglich auch den Kreis der Stimmberechtigten unverändert lassen. Verfahrensrechtlich liegen die Dinge zwar ein wenig anders, aber Sie wissen alle, wie man mit dem Verfahrensrecht umgehen kann. In den sieben Jahren, in denen wir jetzt mit der Patientenvertretung zusammenarbeiten, hat es kaum Probleme in Verfahrensfragen gegeben. Nur in Einzelfällen hat sich in Verfahrensfragen kein Konsens erzielen lassen. Ich halte es deshalb nicht für notwendig, ein Stimmrecht für die Patientenvertretung einzuführen. Hingegen halte ich es für dringend erforderlich, dass man dann, wenn die Patientenvertretung einen Antrag einbringt, stärker auf deren Belange eingeht. Damit würde sich die Einführung des Stimmrechts erübrigen.

Die **Vorsitzende**: Der Deutschen Behindertenrat ist nicht anwesend.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Spoerr und an Prof. Dierks zur Transparenz bei der Veröffentlichung von Entscheidungen des G-BA. Grundsätzlich soll die Transparenz einen hohen Stellenwert haben. Auf der anderen Seite soll im G-BA vertraulich beraten werden können. Wir werden im Gesetz Regelungen treffen, die die Vertraulichkeit von Unterlagen und von Beratungsfragen betreffen. Wie bewerten Sie diese Regelungen?

SV **Prof. Dr. Wolfgang Spoerr**: Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt eine Schlüsselrolle in dem Gefüge ein, das ist

heute zu Recht schon mehrfach zum Ausdruck gebracht worden. Ich würde allerdings die Akzente etwas anders setzen, als dies hier teilweise getan wurde. Die Rolle des G-BA ist weniger wichtig in den Fragen, bei denen es um bilaterale Aushandlungsprozesse geht. Dafür gibt es die gemeinsame Selbstverwaltung. Der G-BA ist vor allem dann funktional notwendig, wenn Wertungsentscheidungen auf sachverständiger Grundlage zu treffen sind. Die Substanz dieser Entscheidungen hängt sehr stark von der Qualität der Argumente ab, die hier vorgebracht und in die Ergebnisse eingeflossen sind. Vor diesem Hintergrund erscheint mir die Zurückdrängung der Publizität als ein Fremdkörper in dem vorliegenden Gesetzesentwurf. Meines Erachtens würde es, um die Vertraulichkeit der Beratungen sicher zu stellen, genügen, wenn sie bis zur Beschlussfassung gelten würde. Danach sollte dann der Grundsatz der Transparenz, auch im Hinblick auf vorbereitende Entscheidungsunterlagen, Vorrang genießen. Das scheint mir nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Transparenz, sondern tendenziell auch unter dem Gesichtspunkt des Rechtsschutzes die ausgewogenere Lösung zu sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft vielfach Entscheidungen, die einschneidende Konsequenzen für die Betroffenen haben. Es gehört zur Rechtsschutzgarantie, dass diese Entscheidungen überprüfbar sind, auch weil der Gemeinsame Bundesausschuss zu Recht sehr große Handlungsspielräume hat. Da seine Entscheidungen von der Rechtsprechung nicht inhaltlich, sondern praktisch nur unter Verfahrensaspekten überprüft werden können, sollte der Gesetzgeber darauf achten, dass diese Kontrollmöglichkeit nicht zu stark eingeschränkt wird.

**SV Prof. Dr. Christian Dierks:** Ich kann das, was Prof. Spoerr gesagt hat, ohne Einschränkungen unterstreichen und möchte Folgendes ergänzen: In einer Verhandlung vor dem Verwaltungsgericht Köln im Januar dieses Jahres hat der Richter keinen Zweifel daran gelas-

sen, dass das Informationsfreiheitsgesetz selbstverständlich auch auf den Gemeinsamen Bundesausschuss Anwendung findet. Dies ist aber nicht gleichbedeutend mit vollständiger Transparenz, sondern beinhaltet nur das Recht, Einblick in die relevanten Unterlagen sowie Informationen über die Zusammensetzung der Gremien, die beauftragten Gutachter und die Ergebnisse der Begutachtungen zu erhalten. Im Gemeinsamen Bundesausschuss muss niemand fürchten, dass sein Votum oder seine persönlichen Einlassungen der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Die Vertraulichkeit der Beratung bleibt gewahrt. Es ist daher aus meiner Sicht nicht erforderlich, den Transparenzgrundsatz per Gesetz stärker einzuschränken. Es ist überdies bedauerlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Februar dieses Jahres in einer Pressemitteilung mit dem Titel „Der G-BA erhöht seine Transparenz“ angekündigt hat, gegen dieses Verfahren in die Berufung zu gehen. Ich halte es für nicht zielführend, den berechtigten Schutzinteressen einiger Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss dadurch genüge zu tun, dass man die Inhalte der dort getroffenen Entscheidungen der Öffentlichkeit vollständig vorenthält. Hier wird das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Es sollte vielmehr differenzierter vorgegangen werden. Nach Abschluss der Beratungen und der Bekanntgabe des Beschlusses sollten zumindest der beauftragte Gutachter, die Ergebnisse der Begutachtung und die Zusammensetzung der beratenden Gremien bekannt gemacht werden müssen.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe einige Fragen an den G-BA, den BVMed und den GKV-Spitzenverband. Wir haben die Regelung vorgesehen, dass bei der Methodenbewertung die Industrie einen angemessenen Beitrag leisten soll. Die Frage ist nun, wer den finanziellen Aufwand tragen soll, der über das, was angemessen ist, hinausgeht. Wer verfügt über die notwendigen finanziellen Mittel, um den Rest zu finanzieren, und

könnte man durch die Bildung eines Fonds oder einer anderen Art von Finanztopf dafür sorgen, dass eine entsprechende Finanzierung ermöglicht wird?

**SV Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wenn der Gesetzentwurf, so wie er vorliegt, verabschiedet würde, dann hätte dies zur Folge, dass der Rest aus dem Haushalt des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finanzieren wäre. Eine andere Finanzierungsquelle gibt es nicht. Daran wäre auch nichts auszusetzen, wenn es nur um die Verwaltungskosten eines regulären Bewertungsverfahrens ginge. Diese tragen wir nach § 135 SGB V bereits jetzt. Hier geht es aber um mehr, nämlich um die Erprobung und Begleitung von Studien. Dies kann einen erheblichen Finanzaufwand verursachen. In solchen Fällen kann es sein, dass der Bundesausschuss – da es sich hier um eine Ermessungsentscheidung und nicht um eine Verpflichtung handelt – entscheidet, ein Verfahren auf Grund knapper Haushaltsmittel zurückzustellen. Vor diesem Hintergrund orientiert sich die Höhe der Beteiligung eines Herstellers an seinem Interesse, eine schnelle Entscheidung herbeizuführen. In diesem Fall muss er möglicherweise einen höheren Finanzierungsanteil übernehmen, damit sich die Kosten für den G-BA in Grenzen halten. Sie haben deshalb, Herr Abgeordneter Spahn, völlig Recht mit ihrer Anregung, einen Finanzierungstopf zu schaffen, aus dem der G-BA die erforderlichen Mittel außerhalb des regulären Haushaltes entnehmen kann. Dies kann aber nicht ohne eine gesetzliche Grundlage geschehen. Insofern wäre das Gesetz ergänzungsbedürftig. Die vorliegende Formulierung lässt nur eine Finanzierung aus dem Haushalt zu.

**SV Joachim Michael Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)): Ich hatte bereits ausgeführt, dass der Anteil der Kosten für das Medizinprodukt an den Gesamtkosten des

Behandlungsfalls sehr unterschiedlich sein kann. Ich hatte auch erwähnt, dass es bei einer Hüftoperation etwa 20 Prozent und bei einer minimal-invasiven Herzklappenoperation etwa 50 Prozent sind. Dieser Prozentanteil könnte der Berechnung der angemessenen Kosten für die Industrie zugrunde gelegt werden. Das heißt, der Finanzierungsanteil der Industrie würde sich nach dem prozentualen Anteil der Produktkosten am Verfahren richten. Der Rest könnte möglicherweise durch einen DRG-Zuschlag abgedeckt werden. Wenn Sie künftig über eine Regelung für die Daten zur Versorgungsforschung nachdenken, wäre zu überlegen, ob man nicht einen Innovationspool einführen sollte.

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Die Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass die Hersteller für das Produkt, das sie auf den Markt bringen wollen oder schon gebracht haben, in der Regel ein Patent haben. Zu diesem Produkt soll eine Studie angefertigt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Hersteller erwarten, durch den Vertrieb dieses Produkts einen Gewinn zu erzielen. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die betreffende wissenschaftliche Untersuchung auch von den Herstellern finanziert werden sollte. Nun gibt es eine Regelung in dem Gesetzentwurf, nach der eine angemessene finanzielle Beteiligung des Unternehmens vorgesehen ist. Solche unbestimmten Rechtsbegriffe werfen immer Probleme auf. Wir werden daher im G-BA noch darüber zu diskutieren haben, was in diesem Zusammenhang „angemessen“ bedeutet und wann ein Unternehmen „in der Lage“ ist, sich entsprechend zu beteiligen. Im Grundsatz muss aber das gelten, was ich gerade dargestellt habe. Wenn es darüber hinaus einer Finanzierung bedarf, die die Möglichkeiten des Herstellers übersteigt, dann ist dies im Grunde ein Problem der Wirtschaftsförderung. Sofern es sich bei den Herstellern um kleinere Unternehmen handelt, die nicht über die nötigen finanziellen Mittel verfügen, kann eine

entsprechende Förderung nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Vielmehr stellt sich dann die Frage, ob es wirtschaftspolitisch erwünscht ist, dass diese Unternehmen in den Markt eintreten. Falls man dies will, muss man Steuergelder dafür zur Verfügung stellen. Ich möchte noch einen weiteren Punkt hinzufügen. Der Tatbestand der Überforderung bietet natürlich auch die Chance, die Verpflichtung zur Beteiligung an der Finanzierung zu umgehen. Es darf nicht sein, dass große leistungsfähige Firmen dadurch, dass sie kleine Untergesellschaften gründen, die finanziell auf schwachen Beinen stehen, in den Genuss einer solchen Förderung kommen. Hier handelt es sich zwar nur um ein Randthema, gleichwohl sollte dies bei der Präzisierung der Regelung beachtet werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir sehen in den §§ 303 folgende eine Regelung zum Umgang mit Patientendaten, mit Daten zur Versorgungsforschung, zur Epidemiologie und zur Pharmaversorgung vor. Ist diese Datenbasis aus Ihrer Sicht ausreichend? In Ihrer Stellungnahme haben Sie gefordert, weitere Daten auswerten zu können, die Sie für die Beurteilung der Arzneimittelsicherheit oder die Nutzenbewertung von Arzneimitteln benötigen. Ist in diesem Zusammenhang eine weitergehende Regelung denkbar?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Es wäre in hohem Maße sachdienlich, wenn wir die Daten nach § 303a, die sogenannten RSA-Daten, die in anonymisierter Form vorliegen, im Interesse einer Auswertung unter pharmakologisch-epidemiologischen Gesichtspunkten in nochmals anonymisierter Form zur Verfügung gestellt bekämen. Wir benötigen diese Daten dringend für die Verhandlungen, die wir als Spitzenverband im Rahmen des AMNOG führen. Denn wir verhandeln

derzeit auf der Basis fragwürdiger Daten. Daher bitten wir Sie dringend, für die Erhebung solcher Daten eine neue gesetzliche Grundlage zu schaffen. Mit Hilfe der RSA-Daten ließe sich bereits eine Vielzahl von Fragen beantworten. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn wir die Daten zusammenführen könnten, die wir für die Pharmaverhandlungen und die Nutzenbewertungen brauchen. Dabei handelt es sich um Daten, durch die Diagnosen mit Arzneimittelverordnungen verknüpft werden. Bis jetzt sind wir nicht in der Lage, diese zusammenzuführen, weil wir verschiedene Datenkörper haben, die den Kassen in getrennter Form vorliegen. Eine Erlaubnis zu deren Verknüpfung zu bekommen, wäre sehr sinnvoll. Ich halte es in diesem Zusammenhang für überlegenswert, ob man nicht die Auswertung dieser Daten in die Verhandlungen mit der Pharmaindustrie einbringen sollte. Meiner Ansicht nach wäre es nicht angemessen, der pharmazeutischen Industrie die Rohdaten zur Verfügung zu stellen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf und die Änderungsanträge sehen Regelungen vor, die die Ausübung des Kassenwahlrechts, insbesondere im Falle der Schließung bzw. der Insolvenz von Krankenkassen, betreffen. Wenn ein kassenindividueller Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt, stellt sich insbesondere für Bezieher von Arbeitslosengeld II die Frage, wer die Differenz zu zahlen hat. Welche Möglichkeiten hat dieser Personenkreis, einer finanziellen Mehrbelastung zu entgehen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Die zahlreichen Regelungen, die für den Schließungsfall vorgesehen sind, halten wir für sinnvoll und notwendig. Bei den Krankenkassen sind unterschiedliche Personengruppen versichert, die auch entsprechend unterschiedliche

Wahlmöglichkeiten haben. Im Schließungsfall kommt diese Differenzierung bei den Fristen zum Ausdruck. Die Situation der ALG II-Empfänger zeichnet sich dadurch aus, dass es anstelle des Beitrages eine Zuweisung durch die Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise durch die Arbeitsämter gibt. Diese Zuweisung muss entsprechend angepasst werden, wenn diese Versicherten einen Zusatzbeitrag entrichten bzw. die Differenz bezahlen müssen. Dies ist den Kassen bekanntlich frei gestellt. Daher gibt es für ALG II-Bezieher kein gesondertes Kündigungsrecht, sondern das reguläre Sonderkündigungsrecht, das alle Versicherten haben, sobald ein Zusatzbeitrag erhoben oder erhöht wird. Es würde einen großen Aufwand verursachen, wenn man eine Sonderregelung für diejenigen einführen würde, bei denen ein Statuswechsel stattgefunden hat, denn bei diesen Mitgliedern findet ein solcher Wechsel sehr häufig statt. Möglicherweise kommt auf sie auch eine erhebliche finanzielle Zusatzbelastung zu. Dieses Problem sollte aber nicht auf dem Weg über das Kündigungsrecht, sondern im Rahmen der Grundsicherung nach dem SGB II geregelt werden. An dieser Stelle wäre eine entsprechende Kompensation vorzusehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an PHAGRO. Einer der Änderungsanträge zu dem Gesetzentwurf enthält eine Klarstellung zum Großhandelszuschlag. Macht die vorgeschlagene Änderung aus Ihrer Sicht hinreichend deutlich, dass die Regelung zum Direktvertrieb der pharmazeutischen Industrie auch für die bewussten 70 Cent gilt, dass diese Summe also nicht rabattfähig ist?

SVe **Bernadette Sickendiek** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. (PHAGRO)): Die Klarstellung ist notwendig und in der Sache richtig. Bei der praktischen Umsetzung sehen wir allerdings Probleme. Damit es für alle Beteiligten einfacher wird, gehen wir

davon aus, dass die 70 Cent im Direktgeschäft grundsätzlich verlangt werden müssen, es sei denn, die Apotheker könnten nachweisen, dass sie einen institutionellen Großhandel betreiben. Diese Regelung ist zielführend und auch gerecht, weil der apothekenübliche Betrieb keinen Großhandel vorsieht und weil es sich bei der Abgabe an die Verbraucher nicht um eine Großhandelsleistung handelt.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an die KBV. Es ist von verschiedener Seite zu den geplanten Veränderungen bei der Honorarverteilung und der Honorarfestsetzung für den Bereich der niedergelassenen Ärzte Stellung genommen worden. Wie beurteilen Sie die Gewichtung zwischen dem, was jetzt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen noch auf Bundesebene zu regeln ist, und dem, was künftig auf regionaler Ebene geregelt wird? Handelt es sich hier um eine ausgewogene Regelung, die eine insgesamt gleichgerichtete Entwicklung der Gesundheitsversorgung, zugleich aber auch die nötige Flexibilität in den Regionen ermöglicht oder sehen Sie hier noch Veränderungsbedarf?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich denke, hier ist heute einiges durcheinander geworfen worden. Gemäß dem Regierungsentwurf wird der Bewertungsausschuss weiterhin die Bereinigung in Bezug auf die Kollektiv- und Selektivverträge vornehmen. Der Bewertungsausschuss wird ferner Empfehlungen für die Ausgangslage im Übergang vom Jahr 2012 zum Jahr 2013 abgeben, die auch für die Schiedsämter von Bedeutung sind, wenn es um die Einschätzung des Behandlungsbedarfs geht, und er wird weiterhin den bundesweiten Orientierungswert beschließen. Es gibt also eine ganze Reihe von Entscheidungen, die in der Kompetenz des Bewertungsausschusses verbleiben. Man darf ferner nicht vergessen,

dass wir im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Frage der getrennten Vergütungen für den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich regeln und verbindliche Vorgaben für die Kooperation von Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und Vernetzungsstrukturen sowie für die Höhe der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen machen. Kurzum, es gibt nach wie vor viele Fragen, die zentral geregelt werden, und dies zum Leidwesen der Befürworter einer Regionalisierung. Darüber hinaus muss die KBV weiterhin verbindliche Vorgaben für die Steuerung der Leistungsmengen machen. Diese Vorgaben vermindern die häufig beschworene Gefahr eines Auseinanderdriftens der regionalen Vergütungsstrukturen in erheblichem Maße. Daher ziehe ich den Schluss, dass es weiterhin ein ausgewogenes Verhältnis zwischen regionalen Gestaltungskomponenten und bundesweit verbindlichen Vorgaben gibt. Der wesentliche Unterschied zur derzeitigen Rechtslage besteht darin, dass die Vorgaben nicht mehr ausschließlich vom Bewertungsausschuss, sondern von verschiedenen Institutionen gemacht werden. Aber letztlich ändert sich nicht so viel.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte noch einmal auf die vorgesehene Erprobungsregelung zurückkommen und habe dazu zwei Fragen. Die erste Frage richtet sich an das IQWiG. Es geht bei der Regelung darum, dass die erforderliche Evidenz für solche Methoden erbracht wird, bei denen ein Nutzenpotenzial vermutet wird, der Nutzen aber noch nicht nachgewiesen ist. Auf welcher Grundlage sollte die Bewertung des Nutzenpotenzials erfolgen, welche Nachweise sind dazu erforderlich, und sollte die Vorlage der benötigten Unterlagen für die Hersteller verpflichtend geregelt sein?

Die **Vorsitzende**: Frau Kollegin, der Vertreter des IQWiG ist nicht mehr anwesend.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Dann habe ich eine zweite Frage an G-BA. Wie beurteilen Sie den Umstand, dass die Vertreter einer Methode eine Ausschlussentscheidung nach § 137c dauerhaft verhindern können, indem sie sich der Erprobung entziehen oder diese unangemessen verzögern? Wie kann man die verhindern oder dies gar kein Problem?

SV **Dr. Rainer Hess** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wenn jemand sich der Erprobung entzieht, dann sind wir vermutlich nicht gezwungen, diese Methode anzuerkennen. Vielmehr können wir dann die Methode ablehnen. Für den Fall, dass die Hersteller von Medizinprodukten sich nicht an den Kosten beteiligen wollen, ist dies im Gesetz ausdrücklich so geregelt. Ich nehme an, dass wir die gleiche Entscheidung treffen können, wenn jemand das Verfahren blockiert. Wenn dies aus dem Gesetz nicht eindeutig hervorgeht, sollte man eine entsprechende Klarstellung vornehmen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage zu den Satzungsleistungen an Herrn Dr. Hermann, an den DGB, den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. Ich möchte gern wissen, wie Sie die vorgesehene Neuregelung des § 11 Abs. 6 SGB V beurteilen, wonach die Möglichkeiten der Krankenkasse ausgeweitet werden können, wie Sie die Art des Wettbewerbs einschätzen und wie Sie die Wirkung einer Aufnahme satzungsgemäßer Mehrleistungen auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern auf die Qualität bewerten.

**SV Dr. Christopher Hermann:** Die geplante Neuregelung im § 11 Abs. 6 SGB V entspricht dem, was wir auch in anderen Teilen dieses Gesetzentwurfes erkennen: Versorgungs- und Qualitätswettbewerb sollen für die Krankenkassen keine Bedeutung mehr haben. Vielmehr soll hier ein Wettbewerb neben der PKV und nicht ein Wettbewerb mit PKV-Leistungen entstehen. Dabei geht es darum, Überschüsse, die man für die Versorgung verwenden könnte, letztlich zu verschwenden, etwa indem man 2,50 Euro mehr für Vorsorgekuren ausgibt. Diese Art von Wettbewerb führt nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern bildet ein Einfallstor für ein Rollback in eine Situation, wie sie Ende der 90er Jahre – zu Zeiten eines Vorgängers des amtierenden Gesundheitsministers – schon einmal bestanden hat, als es um die Einführung von sogenannten Grund- und Wahlleistungen ging. So sollte der Wettbewerb gerade nicht ausgestaltet sein. Vielmehr sollte es darum gehen, die Qualität und die Versorgungsstrukturen zu verbessern und nicht darum, dass eine Krankenkasse die Chance nutzt, 2 oder 2,50 Euro zusätzlich für irgendeine Maßnahme zu bewilligen. Im Übrigen ist ein Teil der Leistungserbringer gerade deshalb nicht Bestandteil des Versorgungssystems, weil sie bestimmten Qualitäts- bzw. Strukturanforderungen nicht genügen. Sie in die Versorgung zu integrieren, wird sicherlich nicht zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen beitragen, also dazu, was der Gesetzentwurf angeblich anstrebt.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Nach meiner Überzeugung ist es notwendig darauf zu achten, dass Satzungsleistungen nicht den Bereich betreffen, in dem es um eine ausreichende Krankenversorgung geht. Denn diese Gefahr besteht. Wir brauchen eine Versorgung – das ist auch in dieser Anhörung schon deutlich geworden –, die die gesamte Bevölkerung einbezieht und ihr eine ausreichende

de und zweckmäßige Krankenversorgung gewährleistet. Ferner sind wir der Auffassung, dass Satzungsleistungen keine geeignete Basis für einen vernünftigen Wettbewerb bilden. Denn die Krankenkassen werden zunächst versuchen, Zusatzbeiträge zu vermeiden. Ich sehe nicht, wo dann der Spielraum für die Finanzierung von Satzungsleistungen für die Versicherten herkommen soll. Insofern erübrigt sich die Frage, ob nicht zugelassene Leistungserbringer in diesen Markt eintreten. Ich würde die Erwartungen eher dämpfen. Dafür besteht eben wenig Raum. Ich sehe, wie gesagt, eher die Gefahr, dass hier ein Einfallstor für ein Eindringen in den Bereich der originären Sachleistungen der Krankenversicherung geschaffen wird.

**SVe Antje Welke** (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.): Der Deutsche Verein steht dem Instrument der Satzungsleistungen grundsätzlich kritisch gegenüber, weil wir die Ansicht vertreten, dass die medizinisch notwendigen Leistungen unbeschränkt gewährt werden sollten und dass eine Auslagerung von Leistungen in den Bereich der Satzungsleistungen Probleme aufwirft. Wir haben die Befürchtung, dass als Folge der Ausweitung von Satzungsleistungen ein Teil der regulären Leistungen aus dem Katalog ausgegliedert wird. Zum Beispiel könnten wir uns für den Bereich der häuslichen Krankenpflege sogar eine Ausweitung der regulären Leistungen vorstellen. Wenn solche Leistungen jedoch nur noch als Satzungsleistungen angeboten werden, hat dies erhebliche Auswirkungen für die betroffenen Personen. Sie müssten dann zu einer Krankenversicherung wechseln, die diese Satzungsleistungen anbietet, die aber möglicherweise gerade deshalb ihre Zusatzbeiträge erhöhen muss. Oft werden die betroffenen Personen diesen Zusatzbeitrag aber gar nicht bezahlen können. Insofern können insbesondere Menschen mit besonderen Bedarfslagen – chronisch kranke oder behinderte Menschen – durch die geplante Regelung

in eine schwierige Lage geraten. Ferner ist vorgesehen, dass die betreffenden Leistungen künftig auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Auch dies halten wir für problematisch, weil wir befürchten, dass die Leistungen dann in unterschiedlicher Qualität angeboten werden. Diese Problematik wird bereits deutlich, wenn man sich den Wortlaut des § 11 SGB V anschaut. Dort heißt es, dass die Leistung fachlich geboten sein soll. Im Regelfall bildet im SGB V jedoch der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts den Maßstab für Qualität. Somit würde künftig für die Satzungsleistungen ein geringerer Standard gelten.

**SV Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann** (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)): Ich kann mich diesen Ausführungen anschließen. Nach unserer Auffassung wird mit der Neuregelung ein Systembruch vollzogen. Die im SGB V enthaltene Bestimmung, dass die Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, hat sich bewährt. Da die notwendigen Leistungen erbracht werden müssen, sollten Leistungen, die nicht notwendig ist, nicht erbracht werden. Insofern gibt es eigentlich keinen Spielraum für solche Satzungsleistungen. Ähnliches gilt für die nicht zugelassenen Leistungserbringer. Wir arbeiten in vielen Bereichen, in der Rehabilitation, aber auch in anderen Bereichen, an Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität. Das Zulassungsverfahren ist eine solche Maßnahme. Wenn man nun nicht zugelassene Leistungserbringer zur Erbringung von Leistungen berechtigt, dann wird dieses Ziel konterkariert. Daher sollten die betreffenden Regelungen entfallen.

**Abg. Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine letzte Frage an Herrn Dr. Hermann und den AOK-Bundesverband. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen

künftig als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen, auch in Form eigener Honorarvolumina, vorsehen können – so genannte Budgets für vernetzte Praxen –, soweit diese von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist. Wie beurteilen Sie diese Regelungen? Was wird aus diesem Budget finanziert und welchen Nutzen haben die Patienten davon?

**SV Dr. Christopher Hermann:** Was der Patient davon hat, merkt er möglicherweise gar nicht, weil er nicht weiß, dass er sich in einem solchen Netz bewegt. Darin liegt gerade der Systembruch. Bisher erfolgt die Förderung von vernetzten Praxen im Rahmen von Vereinbarungen etwa zur integrierten Versorgung. Dabei schließen die Krankenkassen mit vernetzten Praxen, die besonderes qualifizierte Versorgungsangebote unterbreiten, Verträge ab, in die sich die Patienten einschreiben müssen. Sie bringen damit aktiv zum Ausdruck, dass sie sich an dieser Versorgungsform, die aus der Regelversorgung ausgegliedert ist, beteiligen wollen. Genau dies wird jetzt abgeschafft. Künftig wird es nicht mehr um das Ziel gehen, dass Krankenkassen im Wettbewerb um innovative Leistungserbringer die Qualität der Versorgung verbessern. Vielmehr werden nun die Kassenärztlichen Vereinigungen als Monopolunternehmen für die ambulante ärztliche Versorgung – nach welchen Kriterien auch immer, die dann auf Bundesebene festgelegt werden sollen – Praxisnetze auswählen und diese entsprechend fördern. Es ist folgerichtig, dass diese Förderung dann über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert wird und dass die im Rahmen dieser Netze erbrachten Leistungen höher vergütet werden als die Leistungen, die im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Andernfalls könnte die Verteilung ebenso gut innerhalb des Netzes erfolgen. Das geänderte Vergütungssystem hat aber zur Folge, dass die an die Netze gezahlten Gelder der allgemeinen Versor-



gung entzogen werden. Das ist eine groteske Situation. Es erfolgt somit keine Weiterentwicklung des Systems im Sinne einer Fokussierung auf den Qualitäts- und Versorgungswettbewerb, sondern wir steuern auf eine Einheitsversorgung zu, die eine völlige Intransparenz in dem neuen Regelungsbereich zur Folge haben wird.

SV **Uwe Deh** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Zu den unerwünschten Auswirkungen hat Herr Dr. Hermann schon alles gesagt. Ich möchte die Frage aber noch einmal von einem ordnungspolitischen Gesichtspunkt aus beantworten. Letztlich beinhaltet die Regelung eine Legalisierung von Inhouse-Geschäften, und dies in einem System, das sich dadurch auszeichnet, dass durch das Zusammenwirken der unter-

schiedlichen Interessenvertreter Gleichgewichte produziert werden. Daher wird die Neuregelung kaum zur Systemstabilisierung beitragen können. Sie ist auch nicht zielführend im Interesse derer, die versorgt werden sollen, nämlich der Patienten.

Die **Vorsitzende**: Ich möchte mich zum Abschluss unserer Anhörung bei allen Sachverständigen für ihre Antworten bedanken, ebenso bei allen Zuhörern für ihre ausdauernde Aufmerksamkeit. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen, hoffentlich freien Abend.

*Die **Vorsitzende** schließt die Sitzung um 19:40 Uhr.*