

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
22. Sitzung

Berlin, den 25.10.2010, 15.00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) **Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

BT-Drucksache 17/3040

- b) **Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

BT-Drucksache 17/1238

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, 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

SPD

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

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Flach, Ulrike
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.

DIE LINKE.

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

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

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

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

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

Behrens, Herbert
Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia

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

Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	6, 31
Abg. Bärbel Bas (SPD)	30
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP).....	16, 18, 19
Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP).....	20
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN).....	24, 25, 26, 27, 28
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	12, 28
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	14, 29
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU).....	7, 28
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.).....	21, 22, 23, 24
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU).....	6, 8
Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.).....	21, 22, 23
Abg. Mechthild Rawert (SPD).....	15, 30
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	9
Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)	10
SV Andreas Westerfellhaus (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)).....	15, 30
SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)).....	7, 11, 27, 28, 30
SV Dr. Ansgar Pett (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO))	11
SV Dr. Berthold Dietsche (Deutscher Hausärzterverband e. V. (DHV))	7, 20, 26, 28
SV Dr. Christopher Hermann.....	14
SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	8, 9
SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	16
SV Dr. Manfred Partsch (GKV-Spitzenverband).....	12, 27
SV Dr. Rudolf Hartwig (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD))...	19
SV Dr. Ulrich Piltz (Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI)).....	6
SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	8, 20
SV Erwin Jordan.....	24, 25, 26
SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)).....	23
SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)).....	18, 19

SV Heinz Kaltenbach (BKK Bundesverband (BKK-BV))	9, 10
SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)) .	15, 21, 23, 30, 31
SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband)	6, 7, 9, 20, 29
SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag (DST), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB))	16
SV Jürgen Brennenstuhl (Betriebskrankenkassen im Unternehmen e. V. (BKKiU)).....	10
SV Klaus Dauderstädt (Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)).....	31
SV Peter Gilmer (Bundesverband Niere e. V.).....	29
SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger.....	21, 22, 24
SV Prof. Dr. Ferdinand Gerlach	12, 14
SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)).....	22
SV Stefan Gründer (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)).....	9
SV Stephan Eßer (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ))	7
SV Thomas Ballast (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)).....	9

Sitzungsbeginn: 15.00 Uhr

Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich darf Sie ganz herzlich zum zweiten Block der Anhörung zum GKV-Finanzierungsgesetz begrüßen. Wir haben uns vorgenommen in den folgenden 2 ½ Stunden vor allem über die Ausgabe-seite zu sprechen. Dazu gehören auch die vorliegenden Änderungsanträge 1, 4 und 8. Für alle, die das erste Mal an einer Anhörung teilnehmen, möchte ich darauf hinweisen, das Mikrofon zu benutzen und vorab ihren Namen und den Verband zu nennen. Die Kollegin Frau Dr. Regina Klackow-Franck von der Bundesärztekammer hat sich wegen Krankheit entschuldigt. Ich weise auf die schriftliche Stellungnahme der Bundesärztekammer hin. Zum Schluss möchte ich Sie darum bitten, Ihre Mobiltelefone auszuschalten. Das Verfahren ist immer so, dass die CDU/CSU-Fraktion beginnt.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen zum Themenkomplex hausarztzentrierte Versorgung. Die erste geht an den GKV-Spitzenverband, da wir alle Leistungserbringer und auch Arbeitnehmer und Arbeitgeber an der Konsolidierung der Ausgaben in der GKV beteiligen wollen. Können Sie vor dem Hintergrund der geplanten Regelung sagen, ob Sie diese für sachgerecht halten? Dann frage ich den Berufsverband hausärztlicher Internisten, die KBV und den GKV-Spitzenverband. Heute wird die Bereinigung der Gesamtvergütung bei der Umsetzung von hausarztzentrierten Versorgungsverträgen so praktiziert, dass der Eindruck entsteht, es gäbe noch Regelungsbedarf. Dazu würde mich Ihre Sicht interessieren. Eine dritte Frage geht an den GKV-Spitzenverband, die KBV und den Hausärzteverband: Wir haben die datenschutzrechtliche Regelung im GKV-Änderungsgesetz noch einmal um ein Jahr verlängert. Uns würde interessieren, welche Auswirkungen diese erst einmal befristete Verlängerung für die Umsetzung von Selektivverträgen hat?

Abschließend frage ich den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, ob Sie mit Blick auf Ihren Bereich noch Änderungsbedarf für die hausarztzentrierte Versorgung sehen?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wir können zur Zeit nicht beurteilen, inwieweit die 500 Mio. Euro, die Sie ansprechen, tatsächlich erreicht werden und ob sie sachgerecht sind. Das wird von den Schiedssprüchen abhängig sein. Insofern halten wir zusätzliche Einsparungen im Ärztebereich für sachgerecht. Wir suchen bei den Ärzten nach weiteren Einsparmöglichkeiten. Bei der KBV sind die Einsparungen aus unserer Sicht nicht ausreichend. Wir hätten uns gewünscht, dass bei den Ärzten eine Nullrunde eingeschoben worden wäre.

SV **Dr. Ulrich Piltz** (Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI)): Es wurde zum Regelungsbedarf bei der Bereinigung der Gesamtvergütung durch die hausarztzentrierten Verträge gefragt. Das wird die KBV besser beurteilen können als wir. Es müsste allerdings etwas anders geregelt werden. Der KBV und der Spitzenverband der Krankenkassen sind im Erweiterten Bewertungsausschuss zu dem Ergebnis gekommen, dass bei der Bereinigung die an der Regelversorgung teilnehmenden Ärzte um max. 2,5 Prozent ihres Fallwertes ohne Bereinigung belastet werden dürfen. Das halte ich für bedenklich und beklagenswert. Wir haben dies noch nicht juristisch prüfen lassen und klagen kann man erst, wenn man betroffen wäre. So weit ist es noch nicht. Ich meine, dass eine klare Regelung getroffen werden muss, weil sonst bestimmten wesentlichen Rechtsprinzipien widersprochen würde. Bereinigungen dürfen nicht zu Lasten der an der Regelversorgung teilnehmenden Ärzte gehen. Das wären Verträge zu Lasten Dritter und das ist, meines Erachtens,

rechtlich gesehen, nicht möglich. Hier besteht eindeutig Änderungsbedarf.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben heute vor einer Woche einen Bereinigungsbeschluss im Bewertungsausschuss gefasst. Das ist ein 29seitiges Regelwerk, von dem ich behaupten möchte, dass es nur sehr wenige verstehen werden, aber die Frage nach weiterem Regelungsbedarf mag damit weitgehend beantwortet sein. Es ist ein sehr komplexes, sehr bürokratisches Verfahren, das davon lebt, dass die Datengrundlagen nicht immer ausreichend sind. Das führt, wenn Sie dieses Bereinigungsverfahren mit der Anzahl der Krankenkassen multiplizieren, zu einem enormen bürokratischen Aufwand. Wenn wir zusätzlichen Klarstellungsbedarf sehen, dann im Hinblick darauf, dass nur mit der vertragsärztlichen Versorgung mindestens gleichwertige Leistungen auch bereinigt werden dürfen. Ansonsten erscheinen uns die gesetzlichen Regelungen im Moment ausreichend, um die Bereinigungsverfahren zu bewältigen.

SV Stephan Eßer (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Unseres Erachtens berücksichtigt § 73b SGB V noch nicht, dass 35 bis 40 Prozent der hausärztlichen Versorgung nicht durch Allgemeinärzte, sondern durch hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte durchgeführt werden. Wir wünschen uns, dass in § 73b SGB V mehr auf die Belange von Kindern eingegangen wird. Im Moment geht es mehr um die Belange älterer Patienten und die geriatrische Versorgung. Für Einsparpotentiale bei Kindern und Jugendlichen müssten speziellere Lösungen gefunden werden.

SV Dr. Berthold Dietsche (Deutscher Hausärzterverband e. V. (DHV)): Ich habe nicht verstanden, ob ich zur Bereinigungssystematik Stellung nehmen soll? Ich würde mich noch einmal zur Frage der

Datenschutzregelung äußern wollen. Die Frage lautete, ob eine dauerhafte Lösung erforderlich ist bzw. inwiefern die zeitlich befristete Regelung die Umsetzung behindert. Wir haben in der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg mittlerweile eine flächendeckende EDV-Infrastruktur, die gematik-kompatibel ist und Hochsicherheitsanforderungen genügt, etabliert. Diese gematik-kompatible Infrastruktur umfasst nicht nur den Bereich der Abrechnung, sondern auch Informationswege zwischen den Praxen und Informationen in der Versorgung und ist Rückgrat einer Versorgungssteuerung, die bereits entsprechende Effekte nach sich gezogen hat. Natürlich ist eine zeitliche Verlängerung von einem Jahr dieser Entwicklung nicht förderlich. Wir brauchen, um hier Planungssicherheit zu haben, mittelfristig eine dauerhafte Regelung, die den Anforderungen dieser EDV-Infrastruktur genügt.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Eine Frage zum Thema Wahltarife geht an den GKV-Spitzenverband und die PKV. Wie bewerten Sie die vorgeschlagene Änderung im Änderungsantrag zum Thema Wahltarifkostenerstattung im Hinblick auf die langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahltarifs durch Testat eines Wirtschaftsprüfers oder Aktuars? Eine weitere Frage geht an den GKV-Spitzenverband: Es ist vorgesehen, die Bindefrist für Wahltarife von drei auf ein Jahr abzusenken. Welche Auswirkungen werden aus Ihrer Sicht damit verbunden sein? Bitte führen Sie das auch für die einzelnen Wahltarife aus.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Die Einschaltung eines Aktuars wird in der GKV diskutiert. Ich persönlich halte sie bei neuen Wahlтарifen, die durchgerechnet werden müssen, für angebracht. Die Frage ist, ob eine regelmäßige Überprüfung stattfinden muss. Mit der Verkürzung der Bindungsfrist auf ein Jahr machen Sie die Kalkulation für eine Versicherung schwieriger.

Eine längere Bindungsfrist erleichtert die Kalkulation, egal um welchen Wahltarif es sich handelt. Aus Sicht des Versicherten mag eine kürzere Bindungsfrist günstiger sein, für die Kasse erschwert es die Kalkulation.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich hatte im ersten Block der Anhörung bereits Grundlegendes zur Abgrenzung von GKV und PKV im Hinblick auf Wahl- und Zusatztarife gesagt. Ich möchte feststellen, dass wir die im Koalitionsvertrag angekündigte klare Abgrenzung durch die Neuregelung hier nicht sehen. Insofern können wir damit nicht zufrieden sein. Wir begrüßen, dass innerhalb dieses für uns schlechten Szenarios eine Prüfung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer stattfinden soll. Dieser braucht natürlich ein Regelwerk, anhand dessen geprüft werden soll. Diese Kriterien müssen so ausgestaltet sein, dass die GKV gegenüber der PKV in diesem Bereich keine Zusatzvorteile hat. Das heißt, die Tarife müssen so kalkuliert sein, unabhängig von ihrer konkreten Laufzeit, dass sie potentiell ein Leben lang tragfähig sind. Sie sollten idealerweise mit Alterungsrückstellungen kalkuliert und mit Eigenkapital hinterlegt werden usw.. Ich könnte diese Liste beliebig verlängern. Drei Jahre Bindungsfrist geben keine Kalkulationssicherheit, wie durch die Kündigung des TK-Tarifes deutlich wurde. Wenn die Wahlfreiheit erhöht werden soll, ist eine kürzere Bindungsfrist, reduziert auf ein Jahr, zu begrüßen. Die Intention von Tarifen ist die, dass sie lebenslangen Schutz bieten, aber nicht die Wahl zwischen einem und drei Jahren. Ich würde angesichts des Kriteriums Wahlfreiheit dieses eine Jahr bevorzugen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband zur Dauer von Wahlentscheidungen. Hier wurde heute der Eindruck erweckt, durch die Neuerungen komme es zu grundlegenden Umwälzungen. Die eigentliche

Umwälzung ist die Veränderung von einem Jahr auf vier Monate. Das ist im Grunde genommen das Einzige, was wir ändern. Es ist weiterhin so, dass der Versicherte seine Krankenkasse über diese Entscheidung informieren muss. Möglicherweise ist der Spitzenverband auch der falsche Ansprechpartner. Ich frage den AOK-Bundesverband, als einen Verband der Krankenkassen: Wie werden Sie damit umgehen, wenn Sie durch die Information, die der Versicherte Ihnen liefert, mitbekommen, dass Ärzte möglicherweise so vorgehen, wie Sie es im ersten Teil der Anhörung geschildert haben?

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Sie unterstellen, dass wir dazu Informationen erhalten, aber tatsächlich ist es so, dass sich das Geschehen zwischen Arzt und Patienten abspielt.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich würde an dieser Stelle gerne nachfragen: Stimmen Sie mir zu, dass im Gesetz steht „nach vorheriger Information der Krankenkasse“? Das heißt aber nicht, dass das Geschehen sich ausschließlich auf die Arztpraxen beschränkt. Stimmt das?

SV Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir bekommen die Information, dass der Patient sich für die Kostenerstattung entschieden hat, aber in der Arztpraxis findet die „Verhandlung“ darüber statt, wie diese ausgestaltet wird. Häufig ist es in der heutigen Praxis so, dass die Versicherten oder die Patienten erst im Nachhinein, wenn sie die Rechnung erhalten, erfahren, was sie von der Krankenkasse erstattet bekommen. Das ist das Problem: Es besteht die Gefahr, dass der Versicherte einen großen Teil der Kosten selber tragen muss. Ich betone, dass wir nicht erwarten, dass alle Ärzte so handeln, aber aus der Neuregelung und auch aus der Verkürzung auf ein Quartal entstehen Anreize, die dazu führen könnten, dass unseren Versicherten in stärker-

rem Maße als bisher eine Sonderleistung oder die Umgehung der Wartezeiten angeboten wird. Wenn wir davon erfahren, nehmen wir auch heute schon Kontakt zu den betroffenen Ärzten auf und versuchen das zu steuern. Voraussetzung ist aber, dass die Versicherten uns diese Vorfälle melden. Deshalb ist es mir wichtig hervorzuheben, dass die Gefahr, dass das, was hier ohne Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen stattfindet, am Ende zu Lasten der einzelnen Versicherten geschieht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den Verwaltungskosten der Krankenkassen. Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Verwaltungskostendeckelung auf der Grundlage der Ist-Ausgaben des Jahres 2010 für die Jahre 2011 und 2012? Eine weitere Frage geht an den BKK-Bundesverband: Wie bewerten Sie die geplante Regelung im Änderungsantrag zu den Werbungsausgaben?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wenn alle sparen ist es vernünftig, dies auch bei den Krankenkassen zu tun. Die Frage ist, wird bei allen gespart? Das muss ich vorausschicken. Wenn wir sparen, muss man wissen, dass neue Aufgaben nicht im Rahmen der Ausgaben der Vorjahre erledigt werden können. Ich erinnere an den neuen Sozialausgleich, der im Jahre 2012 auf uns zukommt oder die von uns abgelehnte Form der Weiterleitungsstellen. Wir würden es begrüßen, wenn Rationalisierungsinvestitionen bei den Verwaltungskostendeckelungen ausgenommen würden. Eine weitere Ausnahme bitten wir für die Einstellung von Auszubildenden vorzusehen. Wir können uns vorstellen, dass wir mit den entsprechenden Budgets zu recht kommen, wenn Ausnahmen für neue Aufgaben und für die Auszubildenden vorgesehen werden.

SV **Dr. Herbert Reichelt** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn von Stackelberg in vollem Umfang anschließen. Auch wir halten es für notwendig, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen einen Beitrag leisten. Wir sehen hier eine deutliche Schiefelage. Die einzige, wirkliche Nullrunde, die derzeit im Gesetzentwurf übrig geblieben ist, betrifft die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verwaltungskosten. In allen anderen Bereichen reden wir über Begrenzungen und teilweise nicht einmal über die Begrenzung der Ausgabenentwicklung. Wir sind bereit, unseren Beitrag dafür zu leisten. Aber wir plädieren dafür, dass es sinnvolle Ausnahmeregelungen geben muss, dort, wo das Gesetz zusätzlichen Aufwand im Verwaltungskostenbereich schafft, und darüber hinaus in den von Herrn von Stackelberg angesprochenen Bereichen.

SV **Thomas Ballast** (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)): Ich schließe mich meinen Vorrednern an und möchte dem Katalog der Ausnahmetatbestände als Vertreter einer Kassenart, in der im Jahr 2011 Sozialwahlen stattfinden werden, einen hinzufügen. Sozialwahlen durchzuführen ist vernünftig und sinnvoll, aber mit Kosten verbunden und deshalb benötigen wir einen Ausnahmetatbestand bei den Verwaltungskostenbudgetierungen, so wie es in vorherigen Gesetzgebungen auch der Fall war.

SV **Stefan Gründer** (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)): Wir haben keine weiteren Anmerkungen und keine weiteren Sondertatbestände zu benennen und schließen uns den vorherigen Ausführungen an.

SV **Heinz Kaltenbach** (BKK Bundesverband (BKK-BV)): Ich darf ergänzend zu den Ausführungen auf eine besondere Situation bei den Verwaltungskostenbudgets hinweisen. Grundlage sind die Ist-Verwaltungskosten 2010. Wir haben

äußerst wirtschaftliche Krankenkassen mit Verwaltungskosten auf sehr geringem Niveau und wir haben Krankenkassen, die erheblich mehr Verwaltungskosten verursachen. Es entsteht eine Ungleichbehandlung, wenn man das auf die Ist-Kosten beschränkt. Ich rate an, zu überlegen, ob über diesen Zuweisungsbe- reich, der in Bezug auf Veränderungsparameter genannt wurde, eine gerechtere Form der Deckelung zu finden ist. An- sonsten schließe ich mich, wenn AMNOG, GKV-FinG usw. zwingend neue Ausgaben schaffen, den Ausführungen meiner Vor- redner an. Denken Sie an den Zusatzbei- trag und ähnliches. Sie müssen bei der Deckelung der Verwaltungskosten diese Teile in irgendeiner Form mit berücksich- tigen und ggf. ausnehmen.

SV Jürgen Brennenstuhl (Betriebskran- kenkassen im Unternehmen e. V. (BKKiU)): Die traditionellen geschlosse- nen Betriebskrankenkassen unterstützen die Verwaltungskostendeckelung eben- falls. In Zeiten leerer Kassen muss jeder sparen, das tun wir als Unternehmen ge- nau so wie unsere Betriebskrankenkassen. Ich möchte noch einmal betonen, dass wir aufgrund der großen Bandbreite der Ver- waltungskosten bei allen Krankenkassen, die reichen von 3,5 bis annähernd 7 Prozent der Gesamtausgaben, faire Spielregeln brauchen. Gerade die traditi- onellen Betriebskrankenkassen sind sehr effizient und sehr wirtschaftlich. Ich möchte mich dem Vorschlag anschließen, bei den Verwaltungskosten zuweisend zu sparen. Die Verwaltungskostenzuweisung einzufrieren hieße, dass jede Krankenkasse, eine effiziente Kasse mehr als eine ineffiziente, daran gemessen wird, wie hoch die Verwaltungskosten heute sind. Das wäre ein Maßstab um mit gleichem Augenmaß die Maßnahmen durchzuführen und das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten.

SV Heinz Kaltenbach (BKK Bundesver- band (BKK-BV)): Wir begrüßen es, dass die Bundesregierung die Ungleichbehand-

lungen bei Mitgliederwerbungsbegren- zung von Krankenkassen gesetzlich regeln will. Es gibt eine Ungleichbehandlung zwischen kleinen und großen Kassen. Die Situation stellt sich so dar, dass versucht wurde externe Vertriebskosten zu budge- tieren, aber interne Vertriebskosten über- haupt nicht berücksichtigt wurden. Eine kleine Kasse hat aber keine Vertriebsab- teilung und damit auch keine Ausgaben. Es wäre eine völlige Ungleichbehandlung, intern und extern zu trennen. Beides muss zusammengeführt und gleich behandelt werden.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen zur ärztlichen Versorgung. Die erste geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Bundesver- band für Ambulantes Operieren sowie den GKV-Spitzenverband. Die Frage bezieht sich auf die Honorarzuwachsbegren- zungsregelungen für Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergü- tung. Es sind Maßnahmen vorgesehen, um medizinisch nicht begründbare Ausga- benentwicklungen zu begrenzen. Ich möchte gerne wissen, wie sich das vo- raussichtlich beim ambulanten Operieren und bei chronischen Erkrankungen, zum Beispiel bei Dialysepatienten, auswirken wird. Meine zweite Frage geht an die KBV. Wir haben am 31.12.2009 ein Ende der Sicherstellungszuschläge gehabt. Nun hat es Forderungen der Länder gegeben diese wieder einzuführen, um die ländliche Versorgung mit Niederlassungsinteres- sierten zu verbessern. Das geschieht im § 105 SGB V. Meine Frage: Wie bewerten Sie das? Die dritte Frage geht an die KBV und den GKV-Spitzenverband und befasst sich mit der Vorschrift in dem neu ge- planten § 87 Absatz 9, wonach der für ärztliche Leistungen zuständige Bewer- tungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütung vorlegen soll. Ich möchte wissen, wie Sie diese Regelung auch zeit- lich bewerten. Noch eine letzte Frage an Herrn Dr. Köhler, KBV: Wie bewerten Sie die Neuregelungen des Paragraphen

87d SGB V zur ärztlichen Honorierung in 2011 vor dem Hintergrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses und unter dem Aspekt der asymmetrischen Verteilung?

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich beginne mit der Frage zu den Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Nach dem derzeitigen Textentwurf sind zwei Leistungsbereiche ausdrücklich betroffen. Das ist die Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit und regional vereinbarte Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Das zeigt, dass die Ratio dieser Begrenzungsregelung nicht unproblematisch ist, wenn Sie die Methadonsubstitution oder die Substitution allgemein betrachten. Die KBV ist allerdings nicht der Auffassung, dass das ambulante Operieren von dieser Zuwachsbegrenzungsregelung betroffen ist, denn es handelt sich hier ausdrücklich nicht um regional vereinbarte Leistungen, sondern vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene herausgenommene Leistungen. Sollten Sie als Gesetzgeber dieser Auffassung nicht folgen, würden wir es für kontraproduktiv halten, denn Sie haben hier einen Bereich, der im Wettbewerb steht zum stationären Bereich. Im stationären Bereich unterliegen die ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe keiner Ausgabenbegrenzung, bei den niedergelassenen Vertragsärzten dagegen schon. Sie hätten hier Steuerungseffekte, die möglicherweise gar nicht beabsichtigt wären, zumal der Versicherte die ambulante Operation wünscht. Das ist eine medizinisch nicht begründete Erweiterung, wenn es an dieser Stelle zu einer Dynamik kommt. Zu den Sicherstellungszuschlägen: Wir begrüßen die Wiedereinführung dieser Sicherstellungszuschläge ausdrücklich. Damit können wir jetzt in Fällen von Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf Anreize setzen zur Niederlassung, und das unter Beteiligung der Krankenkassen. Zum § 87 Absatz 9 Konvergenzmodell: Der

Zeitrahmen ist sehr ambitioniert. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, ein Konzept vorzulegen, das einen Paradigmenwechsel einleitet und überall für dieselbe Behandlung einer Krankheit dieselbe Vergütung im Bundesgebiet auszuloten. Wir werden ein solches Konzept bis Ende des Jahres in der ärztlichen Selbstverwaltung erstellt haben und gehen dann in die Verhandlung mit den Krankenkassen. Ich hoffe, dass mit der gesetzlichen Regelung nicht ein bestimmtes Konzept gemeint ist, sondern dass es sich um den unbestimmten Artikel handelt. Wir gehen im Moment davon aus, dass nicht das Konzept das Problem ist, sondern die Einigung im Bewertungsausschuss, so dass hier die Frage im Raum steht, ob wir das bis Ende April 2011 schaffen. Zur asymmetrischen Verteilung § 87d SGB V gibt es aus meiner Sicht keine Alternative, denn damit können wir unerwünschte Auswirkungen der vertragsärztlichen Honorare zum großen Teil korrigieren. Problematisch erscheint uns im Moment die lineare Erhöhung um 0,75 Prozent vor dem Hintergrund der Grundlohnsummenrate für das Jahr 2010 in Höhe von 1,15 Prozent. Hier fordern wir Nachbesserungen.

SV Dr. Ansgar Pett (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO)): Wir haben gemeinsam mit der KBV Mitte des Jahres ein Gutachten über die ökonomischen Gegebenheiten zum ambulanten Operieren herausgegeben und haben darin nachgewiesen, dass es ein erhebliches Einsparpotenzial gibt, das zwischen 25 Mio. und 515 Mio. Euro liegt. Diesen Schatz gilt es zu heben. Im Gesetz steht, dass es sich beim ambulanten Operieren um besonders förderungswürdige Leistungen handelt. Dass diese durch eine Budgetierung bedroht sein sollen, ist für uns unverständlich und wir bitten, den § 87d dahingehend zu ändern oder klarzustellen, dass die ambulanten Operationen keiner Budgetierung unterworfen werden, auch nicht durch Tricks auf regionaler Ebene.

SV Dr. Manfred Partsch (GKV-Spitzenverband): Ich möchte zunächst der Äußerung der KBV widersprechen, dass § 87d Absatz 4, der die nichtbudgetierten Leistungen regelt, nicht auch die ambulanten Operationen einschließen würde. Das ist eine weit hergeholte Interpretation, die die KBV vornimmt. Aber es zeigt die Schwierigkeiten, die vor Ort entstehen werden, wenn man versucht, über die Umsetzung des § 87d Absatz 4 zu Einsparungen zu kommen. Wenn man die Gesetzesbegründung ernst nimmt und das tun wir, wird dort argumentiert, dass die im Bereich der vereinbarten Vergütungen zu erwartenden Mehrausgaben infolge der hohen Zuwachsraten in einigen Regionen im Bereich der ausgedeckelten Leistungen, d. h. über den § 87d Absatz 4 eingespart werden sollen. Es ist allerdings heute schon festzustellen, dass das nicht gelingen wird. Es gibt keine realistische Chance, in diesem Bereich Ausgabensenkungen oder auch nur eine Begrenzung der Dynamik der Ausgaben durchzusetzen. Viele Bereiche sind von der Begrenzung völlig ausgenommen, z.B. neue Leistungen oder die Prävention, wofür gute Gründe sprechen. Wir kritisieren das nicht. Man wird aber auch beim ambulanten Operieren die Ausgaben nicht einfach festschreiben können. Daraus folgt, dass es die Einsparung nicht geben wird. Wir werden auch in diesem Bereich hohe Zuwachsraten haben und werden insgesamt bei den Ärzten im Jahr 2011 deutliche Mehrkosten gegenüber dem Zuwachs in 2010 erfahren. Das halten wir für nicht vertretbar. Es gibt deutliche Mehrkosten und diese werden durch die Gesetzesvorlage mit verursacht. Wenn Sie gestatten, würde ich eine weitere Frage aufgreifen, die ebenfalls dem GKV-Spitzenverband gestellt wurde. Es geht um die vorgesehene Konvergenzregelung in 87 Absatz 9. Hier wird dem Bewertungsausschuss in einer unbestimmten Vorschrift vorgegeben, bis zum 30. April des nächsten Jahres einen Beschluss vorzubereiten, wie eine Konvergenz der Vergütungen erfolgen könne. Dieser Beschluss soll dem Bundestag vorgelegt werden. Die Ziele der Konvergenz sind in der gesetzlichen Vorschrift

nicht näher beschrieben, so dass hier mit erheblichen Auseinandersetzungen in der Selbstverwaltung zu rechnen ist. Es wird nicht klargestellt, ob zusätzliche Vergütungen der Kassen ausgelöst werden sollen, wie das für 2011 in der aktuellen Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vorzufinden ist, oder ob hier ein Durchschnittsbetrag angestrebt wird. Das wiederum könnte bedeuten, dass die über dem Durchschnittsbetrag liegenden Vergütungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgeholt werden können. Tatsächlich wird das jedoch nicht möglich sein, denn es darf in diesem Geschäft keine Verlierer geben. So ist § 87 Absatz 9 eine erneute Aufforderung, die Vergütungen zu Lasten der Versicherten deutlich anzuheben. Vor diesem Hintergrund können wir diese Regelung nicht unterstützen.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Gerlach und Herrn Dr. Hermann. Wie beurteilen Sie die geplanten Änderungen im § 73b, was bedeutet das für die hausärztliche Versorgung? Im Sachverständigenratsgutachten zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird davor gewarnt, dass wir demnächst einen Hausarztmangel zu befürchten hätten. Sehen Sie in dem vorliegenden Gesetzentwurf Ansätze, dem zu begegnen oder wird sich die Lage eher verschlechtern? Sehen Sie in dem Gesetzentwurf positive Ansätze, wie man der Hausarztmangelsituation, die auch der Sachverständigenrat beschrieben hat, begegnet und welche Auswirkungen befürchten Sie für die Qualität in der Hausarztversorgung?

SV Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Der Sachverständigenrat hat sich in seinem letzten Gutachten ausführlich mit dieser Frage beschäftigt und international ist die Frage ganz klar. Es gibt einen Review auf der Basis von 22 systematischen Übersichtsarbeiten mit über 1.000 internationalen Studien, die zeigen, dass eine hausarztkoordinierte Versorgung, insbe-

sondere bei chronisch und mehrfach Erkrankten, einer nichtkoordinierten oder durch Fachspezialisten koordinierten Versorgung überlegen ist. Die Frage ist nunmehr, was in Deutschland passiert? Ich stelle fest, dass der jetzige Entwurf erstens nicht sachgerecht ist, zweitens wahrscheinlich nicht zielführend ist und drittens definitiv zu früh kommt. Ich will das kurz erläutern: Das erste Problem besteht darin, dass hier „Äpfel mit Birnen“ verwechselt werden. Es wird immer von Hausarztmodellen gesprochen, dabei aber nicht gesehen, dass es sehr viele verschiedene Konzepte in Deutschland gibt. In der ersten Generation, Stichwort BARMER-Vertrag, waren die Verträge ohne jede Steuerungswirkung und ohne konkrete Intervention. Sie haben nichts gebracht, die Ärzte und ihre Patienten haben ihr Verhalten nicht geändert. In der zweiten Generation, Beispiel Ersatzkassen-Verträge, zum Beispiel mit der KV Hessen, gab es schon Qualitätsinterventionen, die Veränderungen bewirkt haben. Jetzt, in der neuesten, also der dritten Generation, Prototyp ist der AOK-Vertrag in Baden-Württemberg, gibt es etwa ein Dutzend verschiedene Interventionen, die auf die Qualität wirken. Ich nenne einmal das Qualitätszirkelkonzept, 310 Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie, die nachweisliche Veränderungen im Verordnungsverhalten bewirken und das Case-Management durch qualifizierte medizinische Fachangestellte, die chronisch Kranke begleiten. Wir haben drei kontrollierte Studien in Deutschland, die zeigen, dass das in hausärztlichen Praxen wirksam ist. Wir wissen leider noch nicht, ob es im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung wirkt. Es gibt weiterhin Ansätze zur Verbesserung der Prävention, insbesondere der kardiovaskulären Prävention durch das so genannte ARRIBA-Konzept. Auch hier liegen kontrollierte Studien vor, die zeigen, dass es wirkt. Es gibt also eine hohe Plausibilität und eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich etwas verändert. Die ersten Zahlen zeigen, dass die Impfquote und die Verordnung sinnvoller Arzneimittel steigen, die Quote der rabattierten Arzneimittel in

der hausarztzentrierten Versorgung liegt höher. Es gibt bereits mehrere Indikatoren, die dafür sprechen. Es fehlt jedoch die Zeit, um diese Evaluation abzuschließen. Wir würden zum Beispiel gerne wissen, wie sich Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte auswirken. Das heißt, wenn jetzt eine Veränderung kommt, die diese Entwicklung in Deutschland deckelt, dann wird eine vielversprechende Entwicklung möglicherweise frühzeitig begrenzt, was angesichts der internationalen Hinweise und auch der Hinweise in Deutschland nicht gut ist. Wie wird sich das auswirken? Das ist letztlich eine Frage an den Nachwuchs. Der Nachwuchs schaut auf das, was hier passiert. Er will wissen, ob die Politik es ernst meint mit der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung, wie attraktiv dieser Beruf in Zukunft ist und wie das gefördert wird? Meine Studenten und die Ärzte in Weiterbildung, beobachten das sehr genau. Ich glaube, das Signal, das von solchen Veränderungen ausgehen würde, wäre schlecht und negativ für die Motivation. Das größte Problem haben wir in der hausärztlichen Versorgung und viele Abgeordnete werden das aus ihren Wahlkreisen im ländlichen Bereich und in den ärmeren Stadtteilen unserer Großstädte wissen. Dort werden wir einen Hausarztmangel bekommen, beziehungsweise es gibt ihn schon, nicht nur im Osten, sondern auch im Westen Deutschlands. Angesichts der demographischen Alterung unserer Bevölkerung, mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen, mit Multimorbidität, brauchen wir mehr, aber nicht weniger Hausärzte. Jetzt müssen Sie sich fragen, was dieses Gesetz bezogen auf diese Veränderung für diese existenzielle Frage bewirken wird. Ich befürchte, und das ist die Wahrnehmung des Nachwuchses, dass es ein negatives Signal ist. Wir brauchen aber positive Unterstützung. Wir brauchen mehr Attraktivität, Förderung und eine Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung. Soviel vielleicht für den Augenblick.

SV Dr. Christopher Hermann: Ich kann das nur unterstreichen. Jetzt in der Hausarztversorgung eine Änderung vorzunehmen, ist ein Vorgehen, das von einer hohen mechanistischen Sichtweise geprägt ist. Wir sind dabei, eine Versorgung, die sich in Deutschland über Jahrzehnte festgesetzt hat, zu verändern. Solche Veränderungsprozesse brauchen Zeit. Das ist etwas anderes, als wenn man einen Hebel umlegt. Alle Beteiligten sind auf einem Weg, der wie Herr Prof. Gerlach schon ausgeführt hat, Ansätze zeigt, dass wir uns auf eine rationale Versorgungssteuerung hinbewegen, aber dies muss unterfüttert und mit Kontinuität für alle Beteiligten belegt werden. Jetzt eine Bestandsgarantie für zwei Jahre zu geben, legt den Kern des Endes der hausarztzentrierten Versorgung schon in dieses Gesetz hinein, während die schwarz-gelbe Koalition in ihrem Koalitionsvertrag noch gesagt hatte, dass man im Jahre 2013 eine Auswertung vornehmen werde. Krankenkassen, die es geschafft haben, den 22. September 2010 zu erreichen, werden belohnt, in der Form, dass für sie eine Deckelung der hausarztzentrierten Versorgung platzgreift, die in der Folge die Weiterentwicklung der Versorgung hin zu mehr Versorgungsrationale von vornherein zuschüttet, weil mit der Vergütung der Regelversorgung eine höhere Rationalität in die Versorgung nicht hineinzubekommen ist.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich würde gerne bei dem Thema bleiben und Herrn Prof. Gerlach noch einmal befragen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig für die Vergütung im Rahmen von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach §73b eine Obergrenze gilt, die die bisher bei Hausarztverträgen zum Teil vereinbarten höheren Preise verbietet. Bei den Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c ist eine solche Einschränkung nicht vorgesehen. Ich frage Sie, wie Sie diesen Sachverhalt aus wettbewerblicher und aus ordnungspolitischer Sicht beurteilen?

SV Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Auch hier habe ich erhebliche Bedenken. Erstens brauchen wir einen Wettbewerb um bessere Versorgung und um bessere Qualität. Das sehe ich bisher weder in dem Gesetz noch in den Stellungnahmen. Es wird über Geld und über Kosten geredet. Das ist ein gravierendes Problem. Zweitens ist es überhaupt nicht nachvollziehbar, warum jetzt im § 73b-Bereich eine Deckelung stattfindet, aber im § 73c für die fachspezialisierte Versorgung alles so bleibt wie vorher. Das ist ordnungspolitisch erklärungsbedürftig, wenn nicht widersinnig. Es gibt ein methodisches Problem, das zu wenig gesehen wird. Im Übrigen gilt das alles auch für die kollektivvertragliche Versorgung, die KBV müsste ebenfalls gegen diese Regelung sein. Erstens sind die Patienten, die in der HZV eingeschrieben sind, signifikant älter. Der Mittelwert beträgt hier 61 versus 49 Jahre bei Patienten, die nicht in der HZV sind. Das wissen wir aus ersten Zahlen im Rahmen einer Pilotstudie mit 6.026 Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die in der nächsten Ausgabe der Zeitschrift „Medizinische Klinik“ veröffentlicht wird. Zweitens sind sie signifikant kränker. Die Morbiditätslast gemessen mit dem Charlston-Index zeigt, dass diese Patienten häufiger chronisch krank sind und drittens schon vor der Aufnahme in die HZV häufiger hospitalisiert, d. h. häufiger im Krankenhaus waren. Wie kann man verlangen, dass so unterschiedliche Patientengruppen zum gleichen Preis versorgt werden? Wenn Sie jetzt daran denken, dass das Problem besonders im ländlichen Bereich kulminiert, wo es mehr chronisch Kranke, mehr ältere Menschen gibt, werden diese Regionen und diese Bevölkerungsgruppen benachteiligt. Für sie gibt es keinen Zuwachs an Versorgungsqualität, wenn man das Ganze deckelt. Das ist überhaupt noch nicht durchdacht und hochproblematisch. Es behindert die Qualität der Versorgung, wenn es so gemacht würde. Wenn Änderung, dann müsste man sagen, wir wollen eine monetär betrachtet mindestens gleiche Kosten-Nutzen-Relation. Dann muss aber der Nutzen gemessen werden. Was aber ist der

Nutzen einer verbesserten Öffnungszeit, einer verbesserten Versorgungsqualität, einer größeren Reichweite der Prävention? Wie soll das gemessen werden? Wenn das machbar wäre, könnte man sagen, dass die beiden Bereiche gleich behandelt werden, aber wir brauchen einen Aufwuchs in beiden Bereichen und zwar streng gemessen an Qualitäts- und Versorgungsaspekten. Das kann ich nicht erkennen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, an ver.di und an die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände. Wir haben über bessere Versorgungsqualität und über bessere Versorgung gesprochen. Dafür sind allerdings nicht nur die medizinischen Berufe verantwortlich. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass durch verschiedenste Maßnahmen die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung begrenzt werden sollen. Hier wurde gerade gesagt, dass es Ausnahmen auch im Hinblick auf die Ausbildung geben soll. Meine Frage auch angesichts der notwendigen Förderung der Attraktivität der versorgenden und in hohem Maße personenorientierten Berufe: Halten Sie die im Gesetz für diese Berufe vorgesehenen Maßnahmen für sinnvoll und welche Konsequenzen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern, auch dezidiert für die nicht medizinischen Beschäftigten, ergeben sich aus diesem Gesetz?

SV **Andreas Westerfellhaus** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Wie erwähnt agieren mehrere Versorgungserbringer in diesem System. Sie haben gefragt, welche Auswirkungen wir verspüren und welche wir befürchten. Wir wissen, dass gerade im stationären Bereich die Kliniken aufgrund ihrer angedachten Entwicklung keine Einsparmöglichkeiten mehr haben. Die Berufsgruppe der Pflegenden musste in den vergangenen Jahren eine deutliche Einbuße hinnehmen, nämlich den Abbau von 50.000 Arbeitsplätzen in den Kran-

kenhäusern in Deutschland. Besonders auch angesichts immer stärker wachsenden Anforderungen an das Personal und durch die Zunahme der an Demenz erkrankten Menschen in somatischen Einrichtungen ist eine weitere Personaleinsparung nicht hinnehmbar. Die öffentliche Diskussion trägt nicht dazu bei die Attraktivität des Berufsbildes weiterzuentwickeln. Wir brauchen andere Rahmenbedingungen und wenn, wie die letzten Gutachten zeigen, bis zum Jahr 2020 140.000 Pflegekräfte zusätzlich alleine in den Krankenhäusern benötigen werden, sind wir von diesen Entwicklungen weit entfernt. Wir befürchten, dass die Verknappung dazu führt, dass sich die Ausbildung quantitativ und qualitativ negativ entwickelt und damit verheerende Folgen hat für das, was eigentlich im Gesundheitssystem von morgen erwartet wird.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir haben umfassende Einsparungen in den Krankenhäusern, und es wird nicht danach geguckt, welche Krankenhäuser welche Qualität erbringen, sondern man geht her und deckelt. Qualität spielt keine Rolle. Wir haben die Sorge, dass sich das gerade für die Berufe, die notwendig sind, um Qualität zu erbringen, negativ auswirkt. 100.000 Stellen wurden bis zum Jahr 2009 abgebaut, 50.000 davon im Pflegebereich, und das macht sich bemerkbar, gerade in der Versorgung von älteren Patienten. Das deutsche Institut für Pflegeforschung hat in seinem im Mai dieses Jahres veröffentlichten Pflegeethermometer festgestellt, dass es bereits jetzt enorme Versorgungsmängel in den Krankenhäusern, gerade für Pflegebedürftige, gibt. Dort sagt etwa ein Drittel der Schwestern und Pfleger, dass sie in den letzten sieben Tagen nicht dazu gekommen sind, die Patienten ordentlich mit Nahrung und Getränken zu versorgen. Zwei Drittel sagen, dass sie ihre dementen Patienten in den letzten sieben Tagen nicht ausreichend beobachten konnten. Und gerade das sind die Verlierer in den Krankenhäusern. Insgesamt muss das

Pflegepersonal enorme Arbeit leisten, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Dies geht aber kaum noch und der geringe Aufbau, den wir seit 2009 mit dem Pflegeförderprogramm haben, wird durch diese Entwicklung wieder gekappt. Ich bitte dringend darum, hier Änderungen vorzunehmen.

SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag (DST), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB)): Ich kann die vorangegangene Aussage nur verstärken im Hinblick auf die Konsequenzen, die allein im Klinikbereich für das pflegerische Personal zu erwarten sind. Der Druck Personal einzusparen wird steigen, ist aber im Grunde kaum noch zu realisieren. Das aber verringert die Attraktivität dieses Berufs für junge Leute. Auch das erst vor zwei Jahren aufgelegte Bundesprogramm wird dadurch konterkariert. Ein letzter Satz noch zur Versorgung im ländlichen Raum. Wenn wir, wie befürchtet, weniger Pflegekräfte ausbilden, hat das auch Auswirkungen auf die Situation im ländlichen Raum. Die Überlegung, dass Pflegekräfte arztentlastende Dienste übernehmen könnten, entfällt unter den genannten Umständen als Option und verschärft die Situation sowohl der vertragsärztlichen als auch der krankenhausärztlichen Versorgung.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine ersten Fragen gehen an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Welche Erfahrungen haben die Zahnärzte mit dem Kostenerstattungsprinzip gemacht und wie ist nach Ihrer Auffassung die Gleichsetzung Kostenerstattung gleich Vorkasse zu werten?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir haben als Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung schon einige Jahre mit unserem Festzuschussystem „Zahnersatz für andersartige Leistungen“ ein festgefügtes und etabliertes, wie ich meine sorgenfreies

Kostenerstattungsmodell, das eine ideale Blaupause ist. Bei uns ist Kostenerstattung eher mit Vorfahrt denn mit Vorkasse gleichzusetzen. Die ehemalige und auch der neue Patientenbeauftragte können bestätigen, dass das System nicht zu Abzockemaßnahmen geführt hat. Wir gehen sehr sorgsam mit den Möglichkeiten der privaten Gebührenordnung um, die hier in der Tat formell zum Einsatz kommt. Wir haben ein hohes Interesse an einer Weiterentwicklung und Liberalisierung der Kostenerstattung, weil in unserem Bereich nur so die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt für unsere GKV-Patienten zu sichern ist. Dass das ein Erfolgsmodell wird, ist nur durch die tätige Mithilfe unserer Patienten und durch die Überzeugung, dass es sich um ein vernünftiges Modell handelt, zu erreichen. Einige kleine I-Tüpfelchen fehlen noch, damit der Patient hier völlig frei wählen kann und das Kostenerstattungsprinzip dem Sachleistungsprinzip völlig gleichgestellt ist. Hierzu müssen weitere Hürden im SGB V abgebaut werden.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Die nächsten beiden Fragen gehen auch wieder an die KZBV. Ich würde Herrn Dr. Fedderwitz gerne fragen, wie er die vorgesehene Begrenzung der Gesamtvergütungs- und Punktwertentwicklung im Bereich Zahnbehandlung ohne Zahnersatz für die Jahre 2011 und 2012 im Hinblick auf das angestrebte Einsparvolumen beurteilt und im Anschluss daran: Welche Auswirkungen sind durch eine Ausnahme von dieser Begrenzung für Leistungen der Früherkennung und Individualprophylaxe zu erwarten? Ich hätte noch eine dritte Frage, die in den Themenbereich mit einfließt. Sie betonen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die Notwendigkeit struktureller Reformen in der vertragszahnärztlichen Vergütung. Ich interessiere mich für die Gründe und die daraus resultierenden Forderungen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich

fange mit der Beantwortung der mittleren Frage an. Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Früherkennungs- und Individualprophylaxemaßnahmen herausgenommen worden sind. Das ist eine Bestätigung einer langjährigen Übung. Bei beiden Maßnahmen handelt es sich um ein gesellschaftspolitisches Anliegen und nicht nur um die gesundheitliche Versorgung im Bereich der vertragszahnärztlichen Leistungen. Zur ersten Frage: Wir haben nach wie vor die Situation, dass es bei uns eine strikte Budgetierung gibt, die vom Beitragssatzstabilitätsprimat und der strikten Anbindung an die Grundlohnsummenrate abhängt. Insofern sind wir jetzt durch die geplanten Regelungen auf dem Weg zu einer verschärften Budgetierung. Deshalb ist es wichtig, zu Strukturveränderungen zu kommen, auf die ich gleich eingehen werde. Der zahnärztliche Bereich war in den letzten Jahren der Sparweltmeister des Gesundheitssystems. Wir hatten in den 80er Jahren einen Anteil von 15 Prozent in der GKV. Wir sind jetzt bei rund 7 Prozent. Die gesetzliche Krankenversicherung hat in den letzten fünf Jahren nachweislich jedes Jahr durchschnittlich 1 Mrd. Euro im Bereich der zahnärztlichen Leistungen gespart. Wir stellen fest, dass aufgrund der fehlenden Ausgabendynamik eine Verschärfung der Budgetierung nicht notwendig wäre. Wie alle anderen sind natürlich auch wir bereit, unseren Sparbeitrag zu leisten. Dieser Sparbeitrag ist im Vorfeld in allen Bereichen annonciert worden und basiert auf einer möglicherweise geringeren Grundlohnsummenrate. Wenn es jetzt eine veränderte, aufgrund der konjunkturellen Entwicklung auch nachvollziehbare Grundlohnsummenveränderungsrate von 1,15 Prozent gibt, ist es nur zielführend, nicht noch höhere Sparbeiträge abzufordern. Hier sind die geplanten gesetzlichen Regelungen entsprechend anzupassen und sollten für alle Beteiligten gleichermaßen gelten. Zur dritten Frage: Wir haben das Problem, dass wir als einziger Leistungsbereich im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung und auch zum stationären Bereich nach wie vor eine strikte Budgetierung haben, die sich unter ande-

rem an der Grundlohnsummenrate orientiert und strikt dem Primat der Beitragssatzstabilität unterliegt. Insofern begrüßen wir jetzt ausdrücklich die Ankündigung von Strukturreformen. Ein Diskussionsentwurf liegt bereits vor. Wir meinen aber, dass manches noch klarer gefasst werden muss. Wir haben zwar keine Beitragssatzstabilität mehr, die beachtet, sondern nach den Plänen nur noch berücksichtigt werden muss, d. h. auch andere Kriterien, wie sie in der Vertragsärztlichen Versorgung mittlerweile eingeführt sind, werden hier dem Primat Beitragssatzstabilität zumindest formal gleichgestellt. Auf der anderen Seite heißt es aber in einem späteren Teil der bisher geplanten Begründungen für die Pläne der Regierung, dass das nur zielführend durchgeführt werden könne, wenn auch die Krankenkassen nicht belegen könnten, dass es hier eine höhere Priorisierung für die Beitragssatzstabilität geben müsse. Hier läuft das Geschehen im Kreis, denn wenn durch Punktwerte oder Honorarerhöhungen ein Zusatzbeitrag von 50 Cent erhoben werden muss, ist die Beitragssatzstabilität schon in Gefahr und nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der untergeordneten Landessozial- und Sozialgerichte würde sich hier nichts ändern. Wir sehen weiter die Notwendigkeit, einen so genannten Reset durchzuführen, wenn wir budgetfrei gestellt werden. Wir sind ausdrücklich bereit, Verantwortung zu übernehmen, gleichwohl legen wir Wert darauf, dass das Morbiditätsrisiko, wie in anderen Bereichen auch, auf die Seite der Krankenkassen verschoben wird. Das heißt, dass hier einige Regelungen schärfer gefasst werden müssen. Wir wissen um die Forderung der Ersatzkassen, eine Punktwertangleichung mit den Primärkassen auf Landesebene zu erreichen. Wenn es dazu käme, darf das nicht auf dem Rücken der Zahnärzteschaft passieren, die dieses dann zu finanzieren hätte. Das heißt, wir brauchen bei einer solchen Anpassung, und hier ist das Wort „Anpassung“ besser als das Wort „Bereinigung“, wir brauchen hier Regelungen, welche die Gesamtvergütungen der bisherigen, unterschiedlichen Strukturen entsprechend gewichten. Wir müssen

gleichzeitig Ausgleichszahlungen und dergleichen beachten. Wir meinen, dass mit diesem ersten Gedanken nicht Schluss sein darf, sondern dass jetzt, in einem zweiten Aufschlag, nachdem diese Strukturelemente aus dem derzeitigen Gesetzentwurf herausgenommen wurden und dieser sich nur noch auf die Grundlohnsummenanbindung und den für uns nicht ausreichenden Ost-West-Angleich bezieht, dringend nachgelegt werden muss. Was den Ost-West-Angleich anbelangt, halten wir ihn nicht für ausreichend, denn wir waren im letzten Jahr schon über die Partiegrenzen hinweg einen Schritt weiter. Es geht hier nicht um Honorarerhöhungen für Zahnärzte, sondern es geht darum, dass man allgemeine Entwicklungen in den neuen Bundesländern an das Niveau der alten Bundesländer heranführt und so die Flucht von Mitarbeitern aus Praxen in den neuen Bundesländern auf Grund der insuffizienten Vergütungsstrukturen in die alten Bundesländer nur auf diese Weise nachhaltig verhindern kann. Einen Satz noch zum Schluss: Wenn wir kurzfristig nicht von einer Grundlohnsummenanbindung wegkommen, die wir, wie ich eingangs sagte, ablehnen, sollte man die verschiedenen Grundlohnsummenraten in den alten und neuen Bundesländern, wie es noch immer rechtliche Grundlage ist, die das BMG aber nicht vollzieht, ansetzen, weil das verhindern könnte, die nach wie vor zwischen Ost und West bestehende Schere weiter zu öffnen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich komme jetzt zum Krankenhausbereich und habe eine Frage, die sich wiederum mit der Grundlohnrate befasst, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands. Den Berechnungen der Sparvolumina lag die Annahme einer Grundlohnrate, wir hatten das Thema gerade schon, von 0,5 Prozent zu Grunde. Zwischenzeitlich ist die Rate für 2011 mit 1,15 Prozent bekannt gegeben worden. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus Ihrer Auffassung nach für die geplanten Sparmaßnahmen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die gestiegene Grundlohnrate, besser als im Sommer angenommen, beinhaltet für uns, die Krankenhäuser, die Hoffnung, dass sich die Einsparbeträge nicht entsprechend der Grundlohnrate erhöhen. Das heißt, der Gesetzentwurf sah vor, dass die Krankenhäuser über die Grundlohnratengrenzung 150 Mio. Euro Einsparungen erbringen müssten, und wir haben uns bereit erklärt, diesen Beitrag beizusteuern. Wenn jetzt die Grundlohnrate höher ist, muss die Formel lauten: Höhe der Grundlohnrate von 1,15 Prozent minus 0,25 Prozent ergeben 0,9 Prozent Grundlohnrate und 150 Mio. Euro Einsparbetrag. Das bedeutet für die Krankenhäuser bei 0,9 Prozent einen maximal möglichen Geldvolumenzuwachs von 540 Mio. Euro. Das müssen wir auf Landesebene mit den Kassen verhandeln. Dem steht der Kostenzuwachs, den die Krankenhäuser unabweislich haben, gegenüber. Tarifabschlüsse im öffentlichen Bereich führen für 2011 zu Mehrkosten von mehr als zwei Prozent, d. h. wir haben allein im unabwendbaren Personalkostenbereich eine Differenz von über 100 Prozent des Geldzuwachses auszugleichen, so dass dieses Mehr aus der Grundlohnrate dringend notwendig ist, aber nach wie vor nicht ausreicht, um das, was an Mehrkosten auf die Häuser zukommt, zu finanzieren. Wenn ich ergänzen darf: Noch schwieriger wird die Lage im Jahr 2012. Hier erwarten wir mit der Bundeskanzlerin und dem Wirtschaftsminister Lohnsteigerungen von über drei Prozent in den Krankenhäusern. Wenn dann die Grundlohnrate in dieser Formel bleibt, steht einem Geldzuwachs von einem Prozent ein Lohnkostenzuwachs von drei Prozent gegenüber und wenn wir von Lohnkosten sprechen, sprechen wir von 45 Mrd. Euro volkswirtschaftlicher Größe. Wir haben die dringende Bitte an Sie alle, dieses Problem zu sehen und bei der endgültigen Formulierung des Gesetzes zu berücksichtigen.

SV Dr. Rudolf Hartwig (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)): 150 Mio. Euro sind für uns vor dem Hintergrund von 1,5 Mrd. Euro an feststehenden Personalkostensteigerungen für das kommende Jahr absolut unzureichend. Die Lücke wird noch größer, wenn ernst zu nehmen ist, was die Politik äußert, nämlich dass die Tarife im kommenden Jahr deutlich stärker steigen müssen. Die Begründung für diese Sparmaßnahmen basierte auf einer angenommenen Deckungslücke von 11 Mrd. Euro. Grundlage war ein angenommenes Wirtschaftswachstum von 1,7 Prozent, jetzt sind wir schon bei über drei Prozent, so dass man zumindest für das Jahr 2012 die Uhr anhalten und ausrechnen müsste, ob die Deckungslücke von 11 Mrd. Euro, wie sie auch das Bundesversicherungsamt bezweifelt, so stimmt. Wie groß wird die Lücke für 2012 beziffert? Die Zahl müsste für 2012 schon bekannt sein und in der jetzigen Situation ein Überschuss bei der GKV zu erwarten sein. Wir sind in einer Situation, dass wir unser Personal, unsere Ärzte und unsere Pflegekräfte motivieren müssen und weiterhin auch ausbilden wollen. Wenn man die Kürzung auch 2012 noch akzeptieren muss, brauchen wir zumindest eine Öffnungsklausel für die Personalkostensteigerung, sonst wird der Arbeitsplatz Krankenhaus noch unattraktiver und die Situation für die Patientenversorgung noch schlechter.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ich habe eine letzte Frage, die neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausdirektoren auch an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband geht. Wie beurteilen Sie die Aufhebung der nach geltender Rechtslage unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Angleichungen der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwert?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die Angleichung der Landesbasisfallwerte auf den Bun-

desbasisfallwert ist die zweite Stufe der Konvergenz. Diese soll nun, wie wir dem Gesetzentwurf entnehmen, als Annäherung an einen Korridor installiert werden und nicht auf den Endpunkt. Damit verbleiben Spielräume im Preisgefüge zwischen den Bundesländern. Wir verstehen unter Wettbewerb den Ausschluss von Preiswettbewerb und die Indizierung von Leistungswettbewerb. Wenn der Preis gleich ist und 17 Mio. Menschen wählen können, dann wählen sie die bessere Qualität. Deshalb sollte der Preiswettbewerb keine dominante Rolle im System spielen. Wir plädieren als Gesamtverband unter Wettbewerbsgesichtspunkten für einen einheitlichen Bundesbasisfallwert. Wenn das in der vorgesehenen Zeit nicht erfüllt werden soll, ist das zu akzeptieren. Für uns ist wichtig, dass wir die Kosten der Krankenhäuser über die Weiterentwicklung der Landesbasisfallwerte refinanziert bekommen.

SV Dr. Rudolf Hartwig (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)): Noch einmal zum Landes- und Bundesbasisfallwert. Das, was jetzt im § 10 Abs. 13 angelegt ist mit der Begründung, Wettbewerb zwischen den Ländern zu ermöglichen, macht keinen Sinn, denn es gibt keinen Wettbewerb zwischen den Ländern, sondern zwischen den Krankenhäusern. Folgende Situation ist schwer vorstellbar: Das Sozialministerium in Hessen sagt, dass es die Frühchen-Versorgung in Wiesbaden macht, weil sie dort preiswerter ist, während das Sozialministerium Rheinland-Pfalz feststellt, dass sie dort gestrichen wird. Abgesehen davon, dass sie in Rheinland-Pfalz erst einmal 100 Prozent Kürzung heraus bekommen und die in Hessen nur 70 Prozent Zuschlag mit der Mehrerlössystematik. Die Begründung im Gesetzentwurf ist etwas schräg, aber die Inhalte führen zu einem recht teuren Torso. Was jetzt im Gesetz steht, ist wegen der unterschiedlichen Einschätzungen – auch bei den Krankenhäusern – ob Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert, umstritten. Herr Baum hat es gerade ausgeführt. Wir in den

Krankenhäusern möchten wissen, was nach § 10 Abs. 13 herausgekommen ist? Was sind die Unterschiede zwischen den Basisfallwerten? Jetzt sagt man, dass die Unterschiede durch ein Gutachten ermittelt werden sollen, aber das BMG will es nicht bewerten und auch keine Schlussfolgerung daraus ziehen. Das ist eine etwas abenteuerliche Situation, denn wenn so ein Gutachten in Auftrag gegeben wird, dann ist jetzt schon im Gesetz angelegt, dass es gar nicht ausgewertet werden soll. Ich glaube, da wird der Rechnungshof seine Blicke auf denjenigen werfen, der dieses Gutachten erteilt. Wir brauchen die Ergebnisse, um zu wissen, was die Unterschiede sind wie und wie man sie bewerten kann. Ich glaube, so wie es jetzt im Gesetz steht, sollte es bleiben, damit man weiß, wovon die Rede ist.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen, dass eine wissenschaftliche Untersuchung durchgeführt wird. Bei der Frage „Angleichung auf einen Bundesbasisfallwert“, entsteht das Problem, wenn Länder von unten angleichen, dann werden Kassen, die regional tätig sind, über Gebühr belastet. Hier ist im Grundsatz zu sagen: Wenn die Verhandlungen bisher gezeigt haben, dass man mit einem Landesbasisfallwert auskommt, welchen Sinn macht dann noch die Angleichung auf einen Bundesbasisfallwert? Das kann man vielleicht aus den RSA-Zuweisungen begründen, ist insoweit argumentativ vertretbar, aber muss ein einheitlicher Bundesbasisfallwert angestrebt werden? Wir halten es für nicht unbedingt erforderlich.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Die intendierte, behutsame Angleichung der Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwert begrüßen wir grundsätzlich. Es gibt die Einlassung von Herrn von Stackelberg, der man im Prinzip folgen kann, trotzdem sollte es bei der Zielrichtung bleiben, einen einheitlichen Bundesbasisfallwert über die Länder hinweg.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine Frage geht an den Hausarztverband und an den GKV-Spitzenverband: Wie können Ihrer Meinung nach Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung zu Einsparungen und Effizienzsteigerungen führen? Welche Einsparpotenziale und Effizienzsteigerungsmöglichkeiten ergeben sich Ihrer Beobachtung nach aus den bereits geltenden Verträgen?

SV Dr. Berthold Dietsche (Deutscher Hausärzteverband e. V. (DHV)): Zunächst ist festzustellen, dass der laufende AOK-Vertrag als bislang einziger im großen Maßstab umgesetzter Vertrag mit Versorgungssteuerung erst seit gut zwei Jahren wirkt, so dass wir nur eingeschränkte Aussagen machen können. Trotz der sehr kurzen Laufzeit können wir aber bereits jetzt eine Reihe von Einsparungen und Effizienzsteigerungen nachweisen, die im Vergleich zum etablierten GKV-System evident sind. Ich möchte auf mehrere Punkte eingehen, die allerdings alle die entsprechende EDV-Infrastruktur voraussetzen. Wir haben einmal den Bereich der Arzneimittelverordnung. Hier haben erste Auswertungen gezeigt, dass sowohl im Bereich der Rabattarzneimittel, als auch im Bereich der Me-too-Präparate bereits deutliche Einsparungen zu realisieren waren. Wir haben jetzt in Baden-Württemberg mit dem Bereich der Versorgungssteuerung angefangen. Hier kann man noch keine Daten erheben, wir sehen aber im AOK-Vertrag, dass auch im Bereich der Prävention und anderer Faktoren eine entsprechende Effizienzsteigerung zu erzielen ist. Das hat Herr Dr. Hermann bereits angesprochen. Der zweite Bereich ist der Infrastrukturbereich der neuen Versorgungsstruktur. Hier wurden bereits mehrere Ebenen umgesetzt, unter anderem die bereits erwähnte, hoch integrierte EDV-Infrastruktur, aber auch die Systematik der hausarztzentrierten Fortbildung, mit mittlerweile 330 hausärztlichen Qualitätszirkeln, die spezifische, hausarztzentrierte Inhalte und entsprechende Weiter- und Fortbildungen im Bereich der Pharmakotherapie umsetzen.

Der dritte Bereich umfasst die Etablierung einer koordinierten Fortbildung. Eine letzte Bemerkung zur Effizienzsteigerung von der strukturellen Seite. Es wird immer wieder übersehen, dass durch das Grundprinzip der hausarztzentrierten Versorgung, das Einschreibesystem, die mehrfache Inanspruchnahme von Hausärzten, die belegt wird mit dem berühmten 1,6 Hausärzten pro Patient, definitiv entfällt. Allein durch diese strukturelle Umsetzung ist eine entsprechende Kosteneinsparung zu erreichen. Belegt wird das Ganze durch die Zahlen der AOK Baden-Württemberg, die Ihnen in der Stellungnahme zur Verfügung stehen.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Gerlinger. Ich möchte noch einmal Bezug nehmen auf die erste Runde am Vormittag. Da war von Seiten der AOK und des vdek zu hören, DIE LINKE. setze zu wenig auf Wettbewerb. Wie bewerten Sie den Wettbewerb? Ist Wettbewerb für Sie ein nützliches Instrument zur Durchsetzung von Qualität und Effizienz?

SV **Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**: Bekanntlich hat der Gesetzgeber vor einigen Jahren die Entscheidung getroffen, im Gesundheitswesen Wettbewerbsmechanismen einzuführen und er verspricht sich davon die Steigerung von Qualität und Effizienz. Es ist in der Tat zu beobachten, dass es in den letzten zehn bis 15 Jahren eine Reihe von erfolgreichen Innovationen im Versorgungssystem gegeben hat. Ich denke dennoch, dass man dem Wettbewerb mit einer großen Portion Skepsis entgegen treten sollte und das hat zu tun mit den vielen Fehlsteuerungen, die auf die gleiche Weise produziert werden. Schaut man sich die Reformen der letzten Jahre an, kann man sagen, dass ein zentraler Grund für diese Reformen die Korrektur von Fehlanreizen des Wettbewerbs waren. Das hat damit zu tun, dass mit dem Wettbewerb und finanziellen Anreizen für Leistungsanbieter auch Anreize für Kostenträger geschaffen wurden, sich an fi-

nanziellen Interessen zu orientieren, wenn sie Leistungen erbringen und gewähren. Dieser Anreiz ist außerordentlich stark. Es geht um Arbeitsplätze, es geht um die Existenz von Institutionen und es geht um die Reputation derjenigen, die diese Institutionen leiten. Deshalb folgen viele diesen wirtschaftlichen Anreizen und das kann, muss aber keinesfalls, mit einer Verbesserung der Qualität einhergehen. Wir haben viele Beispiele dafür, dass auf Kosten der Qualität versucht wurde die Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse oder auch des Leistungsanbieters zu senken. Das ist natürlich umso leichter, je weniger der Patient selbst die Qualität beurteilen kann. Dass er das nicht kann, ist hinreichend bekannt. Insofern besteht eine große Gefahr, dass sich der Wettbewerb nicht zu einem Wettbewerb um eine bessere Qualität entwickelt, sondern um einen Wettbewerb um Kostensenkung. Das wissen im Grunde genommen auch alle und das ist der Grund dafür, dass vielfältige Kontrollmechanismen eingebaut werden. Es werden Qualitätskontrollen eingeführt, Leistungsanbieter werden überwacht usw., das kennen die Beteiligten aus eigener Anschauung. Das führt mich zu der Schlussfolgerung, wer Wettbewerb sät, der wird auch Bürokratie ernten.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage zum Thema Krankenhausfinanzierung an ver.di. Wie viele Stellen sind Ihrer Ansicht nach durch das Finanzierungsgesetz akut bedroht? Begründen Sie bitte Ihre Antwort.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): In den Kliniken werden nicht nur die Einsparungen vorgenommen, die im Gesetz stehen, sondern es werden auch eine Reihe von Dingen nicht mit umgesetzt, die bereits im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geregelt waren. So wird zum Beispiel der Orientierungswert für Krankenhäuser nicht mit umgesetzt. Er ist zwar vom Statistischen Bundesamt ermittelt,

aber er ist bislang nicht veröffentlicht worden. Unseren Informationen nach soll er etwa bei 4 Prozent der Kostensteigerung liegen, das wären etwa 2,5 Mrd. Euro, umgerechnet in Pflegepersonal etwa 50.000 Stellen, also genau das, was in den letzten 10 Jahren in den Krankenhäusern an Personalabbau stattgefunden hat. Wir wissen, dass nicht im Gesetz stand, dass dieser Wert vollständig mit umgesetzt wird, aber das Ministerium hat einen Spielraum bei der Umsetzung.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Eine Frage noch an den VUD. Ab 2012 soll die Höhe der Mehrleistungsabschläge individuell für das jeweilige Krankenhaus verhandelt werden. Welche Auswirkungen hat diese Regelung auf das Versorgungsniveau in den Häusern, die Vergütungsgerechtigkeit der Angestellten und auf die Planungssicherheit der Krankenhäuser?

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Diese Regelung im Gesetz geht von zwei falschen Annahmen aus. Erstens sind für Mehrleistungen nur marginale Grenzkosten in Anschlag zu bringen. Wir verweisen darauf, dass wesentliche Mehrleistungen gerade in teuren Bereichen erbracht werden, in der Intensivmedizin oder in der Frühgeborenenversorgung, wo Personalkosten neben Medikamenten das A und O sind. Insofern ist hier mit erheblichen Problemen zu rechnen. Wir verweisen darauf, dass ordnungspolitisch gewollt ist, durch Beschlüsse des G-BA, dass die Frühgeborenenversorgung aus qualitativen Gründen zentralisiert werden soll. Dieser Zentralisierungsprozess wird in den nächsten zwei Jahren stattfinden. Dann werden die Häuser, auf die mehr Fälle zukommen, mit dieser Finanzierungssituation dastehen. Wir sehen drei wesentliche Bereiche, die bei Mehrleistungsvergütungen negativ betroffen sind und in denen die Versorgung in diesen Bereichen unter Umständen nicht so funktionieren kann, wie sie vor allem von den Patienten gefordert wird. Der erste

Bereich sind Transplantationen. Keiner weiß wie und wann Organe zur Verfügung stehen und es kann nicht sein, dass man Mehrleistungsvergütungsabschläge macht, wenn unter Umständen mehr Organe zur Verfügung stehen. Der zweite Bereich ist die Pädiatrie mit der Frühgeborenenversorgung, der Kinderherzchirurgie und der Kinderonkologie. Der dritte Bereich umfasst spezielle, sehr teure chirurgische Leistungen. Erwähnen darf ich Bauchortenaneurysmen, Polytraumata oder schwere Brandverletzungen. Wir sehen erhebliche Versorgungsentpässe und meinen, dass es eine differenzierte Regelung geben müsste. Wir haben einen Gesetzentwurfsformulierungsvorschlag vorgelegt, in dem diese Tatbestände im Einzelnen erwähnt sind.

Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.): Noch eine Frage an Prof. Gerlinger. Ich möchte von Ihnen wissen, wie Sie die undifferenzierte Beschränkung der GKV-Verwaltungskosten beurteilen und ob Sie Verwaltungskosten per se als einen versorgungsunabhängigen Kostenfaktor sehen.

SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger: Verwaltungskosten sind ein immer wiederkehrendes und beliebtes Thema, wenn es um die Bewertung von Gesundheitsausgaben geht. Die Öffentlichkeit ist sehr kritisch, auch aus guten Gründen, weil sie zu Recht der Meinung ist, dass möglichst viel von jedem Euro auch beim Versicherten in Form von medizinischer und pflegerischer Versorgung ankommen soll. Ich denke, das ist berechtigt. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen niedrig sind, weit niedriger als die Öffentlichkeit glaubt. Sie liegen unterhalb von 6 Prozent und damit, soweit man internationale Vergleiche anstellen kann, können sie sich auch durchaus im Vergleich mit solchen Ländern, die relativ ähnliche Strukturen haben wie das deutsche Gesundheitssystem, sehen lassen. Verwaltungsausgaben sind natürlich in vielen Fällen unmittelbar auf

die Versorgung bezogen und nicht von ihr abhängig. Es gibt viele sehr wünschenswerte Dinge, die über Verwaltungskosten abgerechnet werden oder als Verwaltungsausgaben erscheinen, wie zum Beispiel die Beratung und Betreuung von Versicherten. Ich weise noch einmal darauf hin, das knüpft an meinen Kommentar von eben an, dass es politisch gewollt war, dass die Krankenkassen als Player auf einem Markt agieren und damit sind vielfältige neue Aufgaben verbunden, die auch Verwaltungskosten generieren. Dazu zählen Transaktionskosten beim Abschluss von Versorgungsverträgen, Überprüfung von Leistungsanbietern, Qualitätskontrollen und so weiter. Das sind Ausgaben, die teilweise dazu dienen, die Versorgung selbst zu verbessern. Insofern scheint mir das globale Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nicht gerechtfertigt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich möchte nochmals ver.di zum Thema Kostenerstattung befragen. Laut Gesetzestext ist der Patient nur mündlich darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Patienten sind nicht vorab darüber aufzuklären, welche Leistungen nicht übernommen werden, wie hoch die zu erwartenden Mehrkosten sind, und warum die Krankenkasse diese Kosten nicht übernimmt. Welche Auswirkungen sehen Sie aufgrund dieser Vorgaben im Text?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Es ist nicht so, dass im Gesetzestext nur die Zeitdauer der Verträge verändert wird, sondern es wird versucht in diesem Bereich, der wie bereits erwähnt, bisher nur einen Promillebereich betrifft, die Kostenerstattung gängig zu machen. Die Versichertengemeinschaft wird einmal zusätzlich belastet, da sie die Verwaltungskosten der Krankenkassen, die sie in Abzug bringen können, das sind fünf Prozent, nicht überschreiten dürfen. Dies bedeutet,

dass die Versichertengemeinschaft dann die zusätzlichen Kosten mit übernehmen muss und es wird zu Lasten einzelner Patienten eine Veränderung vorgenommen. Sie müssen künftig dem Arzt nicht mehr bestätigen, dass sie beraten worden sind. Dieser Satz wird aus dem Gesetz gestrichen. Das verwundert eigentlich, weil bei Banken zum Beispiel das Beratungsgespräch dokumentiert werden muss, beim Arzt jetzt nicht mehr. Der Gesetzgeber muss beantworten, was er beabsichtigt, wenn er einen solchen Satz bewusst aus dem Gesetzbuch streicht.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage richte ich an den SoVD. Sie fordern im Rahmen des Gesetzes eine Regelung zur Behebung der Deckungslücke bei privat Versicherten ALG-II-Bezieherinnen und -Bezieher sowie bei Zuschüssen für gesetzlich Versicherte ALG-II-Bezieher. Wie sollen Ihrer Meinung nach diese beiden Missstände gelöst werden? Wie beurteilen Sie, dass dieses drängende und einfach zu lösende Problem seit Jahren nicht gelöst wurde?

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Wir hatten das Thema in der ersten Runde bereits angesprochen, deswegen möchte ich mich kurz halten. Wir fordern, dass sowohl die PKV als auch die GKV Beiträge zur Verfügung gestellt bekommen, die dem durchschnittlichen Aufwand, den ein Versicherter erzeugt, auch entsprechen. Das kann auf zwei Wegen geschehen. Wir sprechen uns grundsätzlich dafür aus, dass im Gesetz festgelegt wird, dass die PKV nur einen Tarif in der Höhe verlangen darf, in dem auch die GKV Gelder für ALG-II-Bezieher bekommt. Im zweiten Schritt halten wir es für erforderlich, die Beitragssätze so anzuheben, dass sowohl die PKV als auch die GKV beitragsdeckende Finanzierungsbeiträge von den zuständigen Trägern bekommen. Wir bedauern, dass hier nach wie vor keine Regelung durch den Gesetzgeber erfolgt. Wir hatten bereits im Juli eine Anhörung im

Gesundheitsausschuss, wo es um dieses Thema ging. Dem Gesetzgeber ist also bewusst, dass es bei den Beitragsrückständen ein Problem gibt. Wir finden es verwunderlich, dass mit der Veränderung von § 12 Absatz 1c Versicherungsaufsichtsgesetz nicht auch gleich diese Lücke beseitigt wird.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Eine Frage wiederum an Herrn Prof. Gerlinger. Der EuGH hat Krankenkassen unter anderem deswegen nicht als Unternehmen eingestuft, weil sie keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben, nicht untereinander konkurrieren und auf den Leistungskatalog so gut wie keinen Einfluss haben. Der GKV-Spitzenverband und andere Kassenorganisationen haben sich wiederholt für erweiterte Wettbewerbsmöglichkeiten ausgesprochen. Wie beurteilen Sie die Bestrebungen zur Leistungsdiversifizierung aus europarechtlicher Sicht?

SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger: Ich bin kein Jurist, weiß aber als Wissenschaftler, der sich mit Gesundheitssystemen in Europa und mit den Auswirkungen der europäischen Integration auf das deutsche Gesundheitswesen befasst, dass dieses Thema ein sehr heikles ist. Der EuGH hat 2004 die Krankenkassen nicht als Unternehmen eingestuft. Grundsätzlich hat er aber ein sehr weites Verständnis von Unternehmen zu Grunde gelegt, das unabhängig von der jeweiligen Rechtsform und auch von den Eigentumsverhältnissen ist. Dort wird zu einem Unternehmen jede Organisation, die eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübt und eine wirtschaftliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, für die eine Gegenleistung erbracht wird. Das ist universell anwendbar und dadurch wäre es grundsätzlich möglich, das Krankenversicherungsgeschäft vollständig zu privatisieren. Der EuGH hat die Krankenkassen deshalb nicht als Unternehmen eingestuft, weil sie keine wirtschaftliche, sondern im Kern eine Tätigkeit sozialen Charakters ausüben und sie haben diese soziale Tätigkeit wie folgt definiert: sie wird durch

einen staatlichen Rahmen definiert, auf dem Grundsatz der Solidarität ausgeübt und Personen, die sonst keinen Zugang zu diesen Leistungen hätten, erhalten auf Grund des Versicherungsrechts Zugang zu Leistungen. Dies ist nach wie vor der Fall. Aber über jeder Maßnahme der Privatisierung und der Differenzierung, nicht von Versorgungsverträgen aber von Leistungskatalogen, schwebt das Damoklesschwert eines möglichen EuGH-Urteils, das vor diesem Hintergrund mit größerer Wahrscheinlichkeit geneigt wäre, die Krankenkassen als Unternehmen einzustufen. Dies ist bei jeder Privatisierungsmaßnahme, auch bei der Umstellung des Finanzierungssystems auf Steuern, bei der Ausgliederung von Leistungen usw. zu bedenken. Das hieße dann, dass die Krankenkassen unter das europäische Wettbewerbsrecht fallen, mit der kompletten Dienstleistungsfreiheit, dem Kartellrecht und vielem anderen mehr. Das würde in der Tat den Grundcharakter des gewachsenen deutschen Krankenversicherungssystems infrage stellen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen gehen an den Einzelsachverständigen, Herrn Jordan. Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 wurde vereinbart, die Anbindung der Krankenhauspreisentwicklung an die Grundlohnrate künftig aufzugeben. Mit dem hier vorliegenden Gesetzentwurf wird nun beabsichtigt, diese Anbindung zumindest bis 2012 fortzusetzen und den neu geschaffenen, krankenhausspezifischen Orientierungswert nicht anzuwenden. Wie beurteilen Sie dies als Verantwortlicher für einen Krankenhausverbund und halten Sie die noch dazu halbierte Veränderungsrate für eine sinnvolle Richtgröße?

SV Erwin Jordan: Der Orientierungswert ist 2009 eingeführt worden, da dem Gesetzgeber klar wurde, dass der Bezug auf die Grundlohnrate nicht mehr zeitgemäß war und die wirtschaftlichen Erfordernisse in den Krankenhäusern nicht länger

abbildete. Die Krankenhäuser haben erwartet, dass dieser Orientierungswert jetzt zum Tragen kommt und müssen feststellen, dass er nun für mindestens zwei Jahre ausgesetzt werden soll. Ich bin nicht so optimistisch wie ein Vorredner, der bei vier Prozent landet, aber wir haben erwartet, dass er die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern abbildet, so dass dann politische Entscheidungen getroffen werden können. Hier wird die Frage der Verlässlichkeit berührt. Die Krankenhäuser wissen im Moment nicht mehr, auf was sie sich verlassen sollen, wenn nach langer Zeit eine Änderung kommt und dann einfach wieder ausgesetzt wird. Der zweite Punkt ist, dass die für den Krankenhaussektor seit vielen Jahren vorhandene Unterfinanzierung fortgesetzt wird und jetzt noch einmal die halbe Grundlohnrate als zusätzlicher Moment dazu kommt, wobei wir mittlerweile hoffen, dass eben nicht die halbe Grundlohnrate, sondern nur die 0,25 Prozentpunkte zum Tragen kommen, aber das wird der Bundestag zu entscheiden haben. Insgesamt geht es hier um Summen der Unterfinanzierung von jährlich 1 Mrd. bis 1,5 Mrd. Euro je nach Rechenmodell, und da kommen die 150 Mio. Euro jetzt noch dazu. Ich war etwas überrascht, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft dem zustimmt. Die Sicht aus dem Krankenhaus heraus ist möglicherweise eine andere. Wenn man die Grundlohnrate weiterhin als Bezugsgröße nimmt, muss man sehen, was in den vergangenen zehn Jahren passiert ist. Die Grundlohnrate ist nicht neu als Bezugsgröße für die Steigerungsraten der Krankenhäuser, aber die Krankenhäuser haben in den zehn Jahren als Leistungserbringer ihre Hausaufgaben gemacht. Sie haben rationalisiert, sie haben Prozessoptimierung betrieben, sie haben auch Personal abgebaut und wesentliche Einschnitte in der Betriebsführung vorgenommen, so dass sie heute wirtschaftlich sinnvoll arbeiten. Das heißt, die Potenziale, die in früheren Jahren mit dem Bezug auf die Grundlohnrate vermutet wurden, sind bei den Krankenhäusern nicht mehr in der Form vorhanden. Es ist alles sehr eng und wer heute an der schmalen Erlössituation knappt, der

geht direkt in die Qualität der Leistungserbringung. Das muss man wissen. Jedes einzelne Krankenhaus wird das nur hinter vorgehaltener Hand sagen, weil man Nachteile auch im Wettbewerb befürchtet. Aber Fakt ist, dass mit dieser Erlössituation mittlerweile eine schleichende Erosion des Qualitätsstandards einhergeht. Und wenn Sie sehen, dass die Pflege in Deutschland im OECD-Vergleich eine wesentlich höhere Produktivität hat als in anderen Ländern, dann können Sie sich ungefähr ausmalen, auf welche Basis das aufsetzt. Diese Erwartungen in Bezug auf die Verschlechterung der Qualität sind nicht nur meine. Die Bundesregierung erwartet höhere Löhne für die nächsten Jahre, demnach auch für 2011 und 2012. Das bildet sich natürlich in dieser Grundlohnrate überhaupt nicht ab. Wir sind eine sehr lohnintensive Branche. Wir bieten gute Beschäftigung auf relativ gutem Bezahlungsniveau an und sehen langfristig ganz erhebliche Probleme, wenn dieser Kurs fortgeführt wird.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): An den gleichen Sachverständigen die Frage: Wie beurteilen Sie den geplanten Mehrleistungsabschlag bei Krankenhäusern sowie seine Ausgestaltung aus betriebswirtschaftlicher sowie aus ordnungspolitischer Sicht, vor allem vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber gewollten Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern.

SV **Erwin Jordan**: Der Mehrleistungsabschlag bei vereinbarten Mehrleistungen hinterlässt in den Krankenhäusern Ratlosigkeit. Wir haben uns darauf eingestellt, dass vereinbarte Leistungen solche sind, die beide Vertragspartner für notwendig halten. Dass jetzt aus betriebswirtschaftlicher Sicht begründet wird, dass diese Leistungen nicht voll vergütet werden müssen, entspricht nicht mehr der betriebswirtschaftlichen Realität in den Krankenhäusern. Wenn Sie heute in den Krankenhäusern nicht genau darauf hin steuern, wie die Belegung, wie hoch die

Anzahl der Fälle ist und wie die Anforderungen, die aus dem Medizingeschehen insgesamt kommen, dann werden Sie im Krankenhaus innerhalb weniger Monate in ein Defizit fallen. Ich kann Ihnen das am Beispiel unseres Krankenhauses oder unseres Krankenhausverbundes sagen. Wir haben etwas mehr als 60 Abteilungen. Wenn Sie pro Abteilung im Wert von einer Stelle über ein ganzes Jahr fehlsteuern, dann haben Sie plötzlich 3 Mio. ungedeckte Betriebskosten. Das ist alles sehr eng und wir fahren nicht nur die Einnahme- sondern auch die Kostenseite hoch, wenn wir genügend Belegung und genügend Fälle haben und wir fahren sie runter, wenn das nicht der Fall ist. Wenn wir vereinbarte Fälle haben, dann sind die erst einmal Ausdruck von sich veränderndem Leistungsgeschehen. Sie sind eben auch eine planerische Größe für die Ressourcenzuweisung. Die Ressourcen werden aber nicht nur zu 70 Prozent in Anspruch genommen, sondern weit darüber hinaus. Ein zweiter Punkt, der dabei beachtet werden muss, ist eine zusätzliche Komponente bei der Belastung der Mehrleistungserlöse. Wir haben die über den Landesbasisfallwert wirkende Komponente, die bei uns dazu führt, dass wir bei vereinbarten Mehrleistungen letzten Endes eine Erlössituation von unter 50 Prozent des jeweiligen Fallwertes haben und damit kommen sie in die Unwirtschaftlichkeit. Sie werden zum Verlierer im Qualitätswettbewerb, obwohl die Patientinnen und Patienten Sie zum Gewinner im Qualitätswettbewerb machen wollen, indem sie sich für ihr Krankenhaus entscheiden. Das ist eine Umkehrung des gesamten Qualitätswettbewerbsgedankens, der in dieser Form in keiner Weise akzeptabel ist.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Halten Sie die mit diesem Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhausbereich für nachhaltig? Wenn nein, was wäre notwendig, um Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung im Sinne der Patienten zu verbessern?

SV Erwin Jordan: Mehr Kostendämpfung im klassischen Sinne ist nie nachhaltig, wenn sie nicht begleitet wird von strukturellen Maßnahmen. Diese sind im Gesetz für mich nicht erkennbar. Es werden, im Gegenteil, strukturelle Maßnahmen aus früheren Zeiten wie der Qualitätswettbewerb eher gebremst und erschwert. Es fehlt jeglicher Hinweis darauf, wie mit den zukünftigen Herausforderungen im Bereich der sektorübergreifenden Versorgung umgegangen werden soll. Hier ist eine völlig neue Versorgungsplanung notwendig, die von vornherein sektorübergreifend ansetzt. Wir werden innerhalb der nächsten zehn Jahre massive Probleme bekommen, was die Personalgewinnung angeht. Das ist nicht nur ein Problem von Werbemaßnahmen für Krankenpflege- und Arztberufe, sondern dieses Problem wird sich dadurch stellen, dass wir weniger Pflegekräfte und weniger Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung haben. Das heißt, wir müssen die Strukturen der Leistungserbringung ändern, damit weniger Personal nach wie vor Qualität liefern kann. Das Gesetz gibt keine Hinweise darauf, wie dieses Thema angegangen werden soll. Zusammenfassend gesagt: Kostendämpfung ist machbar, aber wenn keine Strukturelemente dazukommen, knebelt sie das System und trägt zur Erschöpfung bei.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Jetzt einige Fragen zur hausarztzentrierten Versorgung. Da geht die Frage an den Deutschen Hausärzterverband und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Halten Sie Vergütungsbegrenzungen vor dem Hintergrund der künftigen Bedeutung der Primärversorgung für sachgerecht? Welche Anreize zur Einschreibung bestimmter Patientengruppen könnten aus Ihrer Sicht durch die Orientierung am durchschnittlichen Fallwert für die hausarztzentrierte Versorgung entstehen?

SV Dr. Berthold Dietsche (Deutscher Hausärzterverband e. V. (DHV)): In § 73b Absatz 2 wird eine Reihe von zusätzlichen

Leistungen, die der teilnehmende Hausarzt zu erbringen hat, der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt, enumerativ aufgeführt. Es ist Allgemeinut, dass eine zusätzliche Leistung zusätzlich vergütet werden muss. Im jetzigen Gesetzesvorschlag wird diese Zusatzvergütung zurückgeführt auf das Niveau der Regelversorgung. Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wird erwartet, dass sie diese Zusatzleistungen ohne eine entsprechende Vergütung erbringen. Nicht berücksichtigt sind dabei auch die zusätzlichen Investitionen, die innerhalb einer Praxis erforderlich sind, um eine entsprechend strukturierte hausarztzentrierte Versorgung umzusetzen. Ich sehe, um zum zweiten Teil der Frage zu kommen, keinen Anreiz Patienten einzuschreiben, wenn keine entsprechenden Vergütungsanreize für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bestehen. Einschreibung bedeutet zeitgleich eine Verpflichtung der teilnehmenden Ärzte, die zusätzlichen Leistungen, die gesetzlich normiert sind, aber auch aus der Systematik der hausarztzentrierten Versorgung entstehen, gegenüber diesen Patienten zu erbringen. Das Führen von Patientenpässen, Abend-sprechstunde, Impf-Recall-Systeme usw., die in den Verträgen geregelt sind, müssen dem eingeschriebenen Patienten angeboten werden. Wenn diese Leistungen zum Nulltarif stattfinden sollen, sehe ich keine Motivation der Ärzte tätig zu werden.

SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich will mich auf das Thema durchschnittlicher Fallwert als ein Indikator der Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität fokussieren. Da werden Sie immer das Problem der Risikoselektion haben, wenn Sie einen durchschnittlichen Fallwert wählen. Für den Fall, dass sich eher gesunde Versicherte in einen Selektivvertrag einschreiben, gibt es einen Anreiz dafür, weil der durchschnittliche Fallwert natürlich auch die Krankenversicherten im Kollektivvertrag berücksichtigt. Ein Risikoselektionsanreiz führt dazu, dass die

Krankenversicherten im Kollektivvertrag bleiben, das Geld aber bereinigt ist. Sie können aber auch den umgekehrten Effekt haben, dass es eine Regelung zugunsten des Kollektivvertrages gibt, wenn Sie die kranken Versicherten beim durchschnittlichen Fallwert herausnehmen. Deshalb ist hier immer das Phänomen von Risikoselektion zu beachten. Der gesetzliche Entwurf sieht aber auch vor, dass alternativ dazu der versichertenspezifische Bereinigungswert genutzt werden kann. Hier gibt es keine Risikoselektion. In den regionalen Vertragsverhandlungen wird beurteilt werden müssen, welchen Indikator man nimmt.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie das Einsparpotential der hausarztzentrierten Versorgung von 500 Mio. Euro für realistisch?

SV Dr. Manfred Partsch (GKV-Spitzenverband): Es gibt keine Zahlen, an denen ich das festmachen könnte. Tatsache ist, dass aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die keine Vertragsfreiheit sondern Kontrahierungszwang für die Kassen vorsehen, bisher in den Hausarztverträgen höhere Vergütungen verlangt und durchgesetzt wurden. Diese führen zu höheren Kosten bei den Kassen. Es hängt davon ab, wie viele Versicherte von den Hausärzten in diese Verträge eingeschrieben werden, um die Gesamtmehrkosten, die den Kassen entstehen, zu beziffern. Geht man von 50 bis 100 Euro Mehrkosten pro teilnehmenden Versicherten an einem Hausarztvertrag im Jahr aus, lässt sich errechnen, dass bereits bei einer Teilnahme von 5 oder 6 Mio. Versicherten, und das ist nur ein kleiner Teil der Gesamtzahl der Versicherten, Kosten entstehen, die weit über 100 Mio. Euro ausmachen könnten. Die genannten 500 Mio. Euro lassen sich als mögliche Mehrkosten einer hausarztzentrierten Versorgung, unter bestimmten Annahmen zur Teilnahmequote der Versicherten und zu den Mehrkosten, die ge-

genüber dem Kollektivvertrag entstehen, durchaus rechnerisch darstellen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich die KBV. Sie hatten von der Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung gesprochen und gesagt, dass es sich um gleiche Vergütungen für gleiche Leistungen handelt, da die Psychotherapeuten mitberücksichtigt sind.

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das muss ich sehr kurz beantworten. Ja.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich frage den Hausarztverband. Warum befürchten Sie, dass durch die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen das Vergütungsniveau der bereits geltenden Verträge in den Verhandlungen über künftige Verträge nicht gehalten werden kann? Ergeben sich aus den bereits geltenden Verträgen keine entsprechenden Einsparungen oder Effizienzsteigerungen?

SV **Dr. Berthold Dietsche** (Deutscher Hausärzteverband e. V. (DHV)): Die Verträge werden über eine bestimmte Laufzeit abgeschlossen. Das gilt auch für die Honoraranlagen. Dort sind in aller Regel die Laufzeiten kürzer als die abgeschlossene Laufzeit des Vertrages. Wenn jetzt, wie im Gesetzesvorschlag formuliert, eine Regelung eingeführt würde, heißt das, dass 2013 eine Neuverhandlung der Vergütung stattfinden müsste. Dann besteht die Gefahr, dass für die Zukunft ein Honorarniveau festgeschrieben werden würde, das auf der geplanten Regelung, RLV Bereinigungs- oder RLV-Betrag oder Bereinigungsbetrag beruht. Wir gehen davon aus, dass dann selbst bei gutem Willen der Kassen keine Chance besteht, das entsprechende Vergütungsniveau der Verträge fortzuführen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Die Frage hatte einen zweiten Teil.

SV **Dr. Berthold Dietsche** (Deutscher Hausärzteverband e. V. (DHV)): Darf ich um Wiederholung der Frage bitten?

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ergeben sich aus den bereits bestehenden Verträgen keine Einsparungen oder Effizienzsteigerungen, um das Vergütungsniveau zu halten?

SV **Dr. Berthold Dietsche** (Deutscher Hausärzteverband e. V. (DHV)): Das Problem liegt darin, dass wir bereits jetzt eine entsprechende Effizienzsteigerung nachweisen können. In dem vorgelegten Gesetzestext ist die Mehrvergütung allenfalls potentiell möglich, muss geprüft und dann prospektiv wiederum festgelegt werden. Wir sehen eine massive Gefährdung und ich wiederhole, wir werden spätestens in 2013 valide Zahlen vorlegen können. Wir fordern deshalb, wie im Koalitionsvertrag formuliert, ein Weiterbestehen der bisherigen Regelung bis Ende 2012, um die Zeit zu haben, entsprechendes Datenmaterial auch in größerem Umfang vorlegen zu können.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Weitere Fragen meiner Fraktion liegen nicht vor.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und an den VdK. Es geht um die Gesamtausgabenentwicklung. Die Beitragszahler, Versicherte wie Arbeitsgeber, werden durch die Beitragssatzanhebung zum 1.1.2011 mit zusätzlichen 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 belastet. War diese Anhebung aus der Sicht des Spitzenverbandes unvermeidbar?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Der Gesetzentwurf legt fest, dass die Beitragszahler mit 6,3 Mrd. Euro zur Abdeckung des Defizits herangezogen werden. Als Steuerzahler kommen noch einmal zwei Mrd. Euro auf sie zu. Wir haben eine grundsätzlich andere Auffassung als viele Vorredner der Leistungserbringerseite. Hier hätte nach unserer Ansicht stärker gebremst werden können. Die Beitragszahler hätten nicht so stark belastet werden müssen. Bei den Krankenhäusern wird von 500 Mio. Euro gesprochen. Und jetzt wird darüber nachgedacht, ob bei einer steigenden Grundlohnsumme nachgebessert werden sollte. Bei den Zahnärzten werden die 40 Mio. Euro durch die Mehrausgaben für die neuen Länder und Berlin im Jahre 2012 komplett aufgefressen. Es werden 40 Mio. Euro bei der halben Grundlohnsummensteigerung eingespart und mehr ausgelobt. Das ist ein Nullsummenspiel, es trifft nur nicht immer die gleichen Krankenkassen. Bei der Ärzteschaft finde ich laut Gesetzesbegründung 500 Mio. Euro bei der hausarztzentrierten Versorgung. Wie ist die Sachlage? Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist zwischen 2009 und 2010 in einem Bereich von 460 Mio. Euro aufgestockt worden. Wir haben in diesem Jahr allein in diesem Bereich eine weitere Aufstockung um 675 Mio. Euro, 500 Mio. Euro asymmetrisch und 175 Mio. Euro wegen des zugesicherten 0,75 Prozent-Anstiegs. Das heißt, ich muss im Morbi-Bereich 675 Mio. Euro in diesem Jahr mit einer Aufstockung von 460 Mio. Euro im letzten Jahr vergleichen. Und da fordert die KBV erneut eine Erhöhung. Das verstehe ich nicht. Wir hatten beim letzten Mal eine Erhöhung um 460 Mio. Euro und jetzt erfolgt im Morbiditätsbereich eine Erhöhung des Vorjahreszuschlags um 45 Prozent. Und das reicht nicht? War das unvermeidbar? Nein, das war nicht unvermeidbar. Eine Nullrunde bei einigen Leistungserbringern hätte zu weiteren Entlastungen geführt, so dass die Belastungen der Beitrags- und Steuerzahler hätten zurückgeführt werden können. Eine maßvolle Belastung war unvermeidbar. In

der Höhe ist sie aus meiner Sicht sehr fraglich.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte auf den § 87d Absatz 4 zurückkommen. Ich frage den Bundesverband Niere, wie Sie diese Regelung betrachten? Welche Auswirkungen hätte es auf die Versorgung der Patienten, wenn sämtliche budgetierter erbrachten Leistungen in ihrem weiteren Wachstum beschränkt werden sollen?

SV Peter Gilmer (Bundesverband Niere e. V.): Es ist eine Zumutung im Ergebnis, nicht nur für die Patienten, die es angeht, sondern auch für die Politik. Ich weiß nicht, wer erklären möchte, dass er in Zukunft das Leben der Patienten budgetieren will. Explizit in der Erläuterung aufgeführt sind die Dialysesachkosten. Wir sind seit vielen Jahren weiter, wir haben diese Sache gegen die Patientenvereinigung eingeführt, haben die Pauschale mit einer Sammlung von 200.000 Unterschriften bekämpft. Seit dieser Zeit kämpfen wir mit diesen Qualitätsmaßnahmen und haben einen guten Stand erreicht. Jetzt steht im Entwurf, dass medizinisch unerklärliche Zuwächse zu verzeichnen sind, die man begrenzen will. Wir schlagen vor, dass sie diese Passage nicht nur herausnehmen, sondern dass Sie an dieser Stelle die Dialysesachkosten explizit in das Gesetz mit aufnehmen. Die Stellungnahme des Bundesrats ist gut formuliert, hat nur den kleinen Nachteil, dass dort von Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als $\frac{2}{3}$ gesprochen wird. Das ist strittig. Was sind $\frac{2}{3}$, wer legt sie fest, wer diskutiert das? Wir werden deswegen Rechtsverfahren haben. Bitte nehmen Sie die Dialysesachkosten heraus, es sind lebensnotwendige Behandlungen, die Sie nicht budgetieren können. Oder Sie müssen dem Patienten sagen, dass Sie lebenserhaltende Behandlung budgetieren wollen. Ich gehe davon aus, dass das im endgültigen Gesetz keinen Niederschlag findet.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte noch einmal auf die Situation der Beschäftigten zurückkommen. Wir wissen, dass wir in einer älter werdenden Einwanderungsgesellschaft vor zahlreichen Herausforderungen stehen, wenn wir auch in 20 Jahren eine qualitativ hochwertige Versorgung möchten. Dies bezogen auf Versorgungsinnovationen und neue Studien zum Fachkräftemangel. Meine Frage geht an den KBV, an ver.di und noch einmal an den Deutschen Berufsverband für Pflege. Wo finden Sie im Gesetz fördernde Aspekte zur Verbesserung der Situation von Beschäftigten, die auch in Zukunft eine hochwertige Versorgung gewährleisten?

SV **Dr. Andreas Köhler** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): In der Wiedereinführung des § 105 Abs. 5, den Sicherstellungszuschlägen, die es uns ermöglichen, wohnortnah, im ländlichen Raum entsprechende Möglichkeiten zu finden, auch nicht ärztliche Mitarbeiter anzustellen und auch für Ärzte selbst. Das ist anzuerkennen. Ansonsten müssen wir konstatieren, dass die mit der Frage der Kostenfortentwicklung und der Morbiditätsentwicklung verbundenen bisherigen Möglichkeiten auch die Anzahl der Beschäftigten zu vervielfältigen, jetzt für zwei Jahre begrenzt sind.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Das Gesetz enthält nichts, was künftig Beschäftigung oder Innovationen in diesem Bereich fördert. Der jetzt vorliegenden Änderungsantrag 8 ist als kleines Entgegenkommen zu werten, dass zumindest beim Pflegeförderprogramm versucht wird, das Programm so auszurichten, dass die Krankenkassen entsprechende Daten von den Krankenhäusern erhalten. Wir haben daran ebenfalls ein Interesse, weil unsere Betriebs- und Personalräte oder Mitarbeitervertretungen die entsprechenden Daten über Stellenbesetzungen in den Krankenhäusern nicht bekommen. Der Änderungsantrag sichert nicht, dass in den

bedarfsnotwendigen Bereichen Personal eingestellt wird. Wir haben deshalb die Sorge, dass das Pflegeförderprogramm zur Ausweitung der Leistungen zu Lasten der Beschäftigten und der Versicherten ausgenutzt wird.

SV **Andreas Westerfellhaus** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK)): Wir sehen keine fördernden Aspekte, auch nicht im Hinblick auf das Pflegeförderprogramm. Es liegt ja in unserem Interesse zu erfahren, was bislang tatsächlich in dem Programm abgerufen wurde, aber das Ergebnis selbst löst kein Problem. Wir hätten uns ausdrücklich gewünscht, dass an den Strukturen der Leistungserbringung Veränderungen herbeigeführt würden, denn eines haben wir alle gemeinsam, sowohl im Krankenhausbereich als auch in den ambulanten Sektoren: Wir haben Probleme bei der Personalgewinnung und die werden wir nicht dadurch lösen, dass wir die in den kommenden Jahren allein aufgrund der Zunahme der dementiellen Erkrankungen benötigten Pflegekräfte aus anderen Ländern anwerben. Hier hätten wir uns deutlichere Positionen und einen deutlichen Fortschritt gewünscht. In diese Richtung ist kein Ansatz sichtbar geworden.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht noch einmal an die Gewerkschaft der Sozialversicherungen und an ver.di. Wir haben heute im ersten Block gehört, was über zusätzlichen Verwaltungs- und Bürokratieaufwand durch den Sozialausgleich der Zusatzbeiträge, aber auch durch die Auswertung der Kostenerstattung auf die Kassen zukommt. Jetzt werden die Verwaltungskosten für die Dauer von zwei Jahren eingefroren, das ist zumindest die Absicht. Mich interessiert Ihre Sichtweise im Hinblick auf die Folgen für die Beschäftigten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und nachfolgend auch für die Versicherten. Es sollen Lohn- und Tarifsteigerungen kommen. Trifft das

auch für die Beschäftigten der gesetzlichen Krankenversicherung zu?

SV Klaus Dauderstädt (Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)): Für die Beschäftigten sehen wir folgende Auswirkungen: Ein Gesetz, das zusätzliche, auch personalintensive neue Aufgaben überträgt und gleichzeitig deckelt, führt zur Arbeitsverdichtung. Wir sehen ein ernsthaftes Problem in der Frage, wo Deckelungsmaßnahmen greifen sollen? Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort vom 1. Oktober 2010 auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. zur Gesundheitsreform eine Antwort gegeben. Es sei die ureigenste Aufgabe der Krankenkassen das zu definieren. Ich möchte darauf hinweisen, dass das nicht im vollen Umfang ihre Aufgabe sein kann, weil zahlreiche Aspekte der Personalkostenentwicklung bereits festgelegt sind. Der Bundesgesetzgeber hat für den Bereich Besoldung, das gilt für dienstordnungsmäßig Angestellte und Versorgungsempfänger, die es bei einer ganzen Reihe von Krankenkassen im größeren Umfang gibt, bereits Besoldungserhöhungen für 2011 festgelegt. Die Tarifabschlüsse für Lohn-erhöhungen in 2011 sind ebenfalls festgelegt. Ich habe in unserer Stellungnahme eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Kassenarten gemacht, welche Abschlüsse es für 2011 gibt, die sich in der Größenordnung zwischen 1,7 Prozent und zwei Prozent bewegen und auch für 2012 fortwirken, wenn wir nicht noch einen Nachschlag dazu nehmen, um die Bundeskanzlerin beim Wort zu nehmen. Das heißt für uns, dass eine Ausnahmeklausel in die Verwaltungskostendeckelung hineingenommen werden muss. Wir sagen nicht, wie im Bereich Krankenhäuser, dass alle Personalkosten aus der Deckelung herausgenommen werden müssen, aber die bereits feststehenden Tarifabschlüsse und Besoldungsregelungen im Gesetz, die sollten aus der Deckelung herausgenommen werden. Für die Versicherten bedeu-

tet dies in der Folge weniger Personal, höhere Arbeitsdichte, geringere und schlechtere Betreuung.

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir können uns den meisten Ausführungen anschließen. Wir sehen in den aktuellen Tarifverhandlungen, dass dieses Gesetz bereits vor seiner Inkraftsetzung wirkt. Die Tarifverhandlungen werden schwieriger und es ist kaum noch zu erreichen, dass eine angemessene Bezahlung der Beschäftigten verhandelt wird. Dort, wo die Tarifverhandlungen noch nicht abgeschlossen sind, findet zusätzlicher Druck auf die Verhandlungen statt. Für die Versicherten heißt das, dass vor allem Beratungsleistungen gestrichen werden und wenn zusätzliche bürokratische Aufgaben auf die Beschäftigten zukommen, heißt das auch, dass die Krankenkassen umschichten müssen, wenn sie unter diese doppelte Nullrunde gestellt werden. Das heißt, dass die Krankenkassen ihrer Pflicht, für die Versicherten Beratung zur Verfügung zu stellen, nicht mehr nachkommen können. Das betrifft vor allem ältere Menschen, die häufig auf Beratung angewiesen sind, die ihre Krankenkasse vor Ort haben wollen und dies künftig nur noch über einen erheblichen Zusatzbeitrag sichergestellt bekommen. Hier sehen wir ein großes Problem. Es ist völlig richtig, wie bereits Herr Prof. Gerlinger sagte, dass Verwaltungskosten nicht nur als etwas negatives betrachtet werden dürfen, sondern dass dahinter eine hervorragende Arbeit von Beschäftigten steht.

Die Vorsitzende: Damit ist auch die Fragezeit der SPD erschöpft. Ich darf mich bei allen für Fragen und Antworten bedanken und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Sitzungsende: 17.11 Uhr