18. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll
der 37. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit
Berlin, den 25. März 2015, 15:30 Uhr
10557 BerlinAdele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt **Seite 5**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

BT-Drucksache 18/4095

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Innenausschuss
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Gutachtlich:
Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen - Hochwertige und effiziente Versorgung für alle

BT-Drucksache 18/4099

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales

c) Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald und der Fraktion DIE LINKE.

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

BT-Drucksache 18/4187

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Innenausschuss

d) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsversorgung umfassend verbessern - Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen

BT-Drucksache 18/4153

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute	Albani, Stephan
	Henke, Rudolf	Brehmer, Heike
	Hennrich, Michael	Dinges-Dierig, Alexandra
	Hüppe, Hubert	Eckenbach, Jutta
	Irlstorfer, Erich	Kippels, Dr. Georg
	Kühne, Dr. Roy	Lorenz, Wilfried
	Leikert, Dr. Katja	Manderla, Gisela
	Maag, Karin	Nüßlein, Dr. Georg
	Meier, Reiner	Pantel, Sylvia
	Michalk, Maria	Rupprecht, Albert
	Monstadt, Dietrich	Schmidt (Ühlingen), Gabriele
	Riebsamen, Lothar	Schwarzer, Christina
	Rüddel, Erwin	Steineke, Sebastian
	Schmelzle, Heiko	Steiniger, Johannes
	Sorge, Tino	Stracke, Stephan
	Spahn, Jens	Timmermann-Fechter, Astrid
	Stritzl, Thomas	Wiese (Ehingen), Heinz
	Zeulner, Emmi	Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike	Bahr, Ulrike
	Blienert, Burkhard	Bas, Bärbel
	Dittmar, Sabine	Freese, Ulrich
	Franke, Dr. Edgar	Hellmich, Wolfgang
	Heidenblut, Dirk	Henn, Heidtrud
	Kermer, Marina	Hinz (Essen), Petra
	Kühn-Mengel, Helga	Katzmarek, Gabriele
	Mattheis, Hilde	Lauterbach, Dr. Karl
	Müller, Bettina	Tack, Kerstin
	Rawert, Mechthild	Westphal, Bernd
	Stamm-Fibich, Martina	Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin	Höger, Inge
	Weinberg, Harald	Lutze, Thomas
	Wöllert, Birgit	Tempel, Frank
	Zimmermann, Pia	Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria	Kurth, Markus
	Scharfenberg, Elisabeth	Pothmer, Brigitte
	Schulz-Asche, Kordula	Rüffer, Corinna
	Terpe, Dr. Harald	Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang

Tagungsbüro

Deutscher Bundestag

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 25. März 2015, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		**CDU/CSU**	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Kippels Dr., Georg	
Kühne Dr., Roy		Lorenz, Wilfried	
Leikert Dr., Katja		Manderla, Gisela	
Maag, Karin		Nüßlein Dr., Georg	
Meier, Reiner		Pantel, Sylvia	S. Pantel
Michalk, Maria		Rupprecht, Albert	
Monstadt, Dietrich		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Riebsamen, Lothar		Schwarzer, Christina	
Rüddel, Erwin		Steineke, Sebastian	
Schmelzle, Heiko		Steiniger, Johannes	
Sorge, Tino		Stracke, Stephan	
Spahn, Jens		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Mittwoch, 25. März 2015, 15:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		**SPD**	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	
Franke Dr., Edgar		Hellmich, Wolfgang	
Heidenblut, Dirk		Henn, Heidtrud	
Kermer, Marina		Hinz (Essen), Petra	
Kühn-Mengel, Helga		Katzmarek, Gabriele	
Mattheis, Hilde		Lauterbach Dr., Karl	
Müller, Bettina		Tack, Kerstin	
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	
DIE LINKE.		**DIE LINKE.**	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	
Wöllert, Birgit		Pempel, Frank	
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	**Name** (bitte in Druckschrift)	**Unterschrift**	**Amts-bezeichnung**
BMG	Pepper	Pepper	RD'in
BMG	Bernhardt	[illegible]	RR
BMG	[illegible]	[illegible]	Ref
BMG	Tautz	J. Tautz	RL'in
BMG	Schluckebier	[illegible]	Ref.
"	Meier	[illegible]	RL
"	Maaz	Maaz	BOAR
"	Schleupner	[illegible]	RAM
"	Vogel, Tina	[illegible]	ORR'in
BMI	Fraußen-de la Cerda	Fraußen-de la Cerda	RD
BMG	WIDMANN-MAUZ	A. Widmann-Mauz	PStin
BMG	Kroll, Christopher	[illegible]	Ref
BMG	GERLACH, BARBARA	Gerlach	RR
BMG	HAMMES, NINA	[illegible]	Ref
BMG	Jennen, Anika	[illegible]	Ref'in
"	Assion, Cornelia	[illegible]	Ref'in
"	Anna Paulus	A. Paulus	"
	Becker, Joachim	[illegible]	
"	Stumm, Sonja	Stumm	RD'in
"	Tropschuh, Alexander	[illegible]	SB
"	Algermann, Mark	[illegible]	RL

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	**Name** (bitte in Druckschrift)	**Unterschrift**	**Amts-bezeichnung**
BMG	S. Baumann		RL in

Off.

Tagungsbüro

Deutscher Bundestag

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Mittwoch, 25. März 2015, 15:30 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Jörg Sauskal	Grüne	[signature]
Rolman Pfeiffer	SPD	[signature]
Annegret Nimbs	SPD	[signature]
Dr. Barbara Weyl	Grüne / Bündnis 90	[signature]

Stand: 20. Februar 2015
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339

4f

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT-Drucksache 18/4095

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle
BT-Drucksache 18/4099

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern
BT-Drucksache 18/4187

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen
BT-Drucksache 18/4153

am **Mittwoch, dem 25. März 2015,**
in der Zeit **von 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr,**
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Verbände

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

Dr. Sebastian Schmitz

AOK-Bundesverband

KEINE TEILNAHME

BKK Dachverband e. V.

Franz Knieps

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)

KEINE TEILNAHME

4g

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

Dr. Siiri Ann Doka

Bundesärztekammer (BÄK)

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Prof. Dr. Rainer Richter

Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)

Prof. Dr. Volker Amelung

Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)

Joahchim M. Schmitt

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ)

Dr. Bernd Köppl

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Dr. Volker Hansen

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Georg Baum

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV)

Barbara Lubisch

Deutscher Behindertenrat (DBR)

KEINE TEILNAHME

4h

Deutscher Caritasverband e.V.

Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Knut Lambertin

Deutscher Hausärzteverband e. V.

Ulrich Weigeldt

Deutscher Landkreistag (DLT)

Jörg Freese

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Gesamtverband e.V. (DPWV)

Claudia Zinke

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Dr. Ute Haas

Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB)

Durch Deutschen Landkreistag vertreten

Deutscher Städtetag (DST)

Durch Deutschen Landkreistag vertreten

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Jana Henneberger

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)

Dr. Markus Follmann

Deutsches Netzwerk Versorgungs-forschung e. V. (DNVF)

Prof. Dr. Edmund Neugebauer

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Prof. Dr. Michael Seidel

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Prof. Josef Hecken

GKV-Spitzenverband

Johann-Magnus von Stackelberg
Dr. Doris Pfeiffer

Dr. Doris Pfeiffer

IKK e.V. - Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen

Jürgen Hohnl

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Prof. Jürgen Windeler

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Dr. Andreas Gassen

Regina Feldmann

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Dr. Jürgen Fedderwitz

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Dr. Peter Pick

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Fabian Müller-Zetzsche

SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V.

vertreten durch ZVEI

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)

Heinz Christian Esser

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)

Dr. Dirk Heinrich

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Herbert Weisbrod-Frey

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Ulrike Elsner

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Dr. Marc-Pierre Möll

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)

Ralf Heyder

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Dr. Ilona Köster-Steinebach

ZVEI - Zentralverband Elektrotechnik und Elektroindustrie e. V.

Hans-Peter Bursig

Einzelsachverständige

Dr. Christopher Hermann

Dr. Norbert Metke

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach

Prof. Dr. Wolfgang Spoerr

Prof. Dr. Dr. Reinhard P. T. Rychlik

Dr. Anke Walendzik

Prof. Dr. Stefan Greß

Nur zur dienstlichen Verwendung

Beginn der Sitzung: 15:30 Uhr

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Tag, meine Damen und Herren. Ich grüße Sie herzlich von Dr. Franke, dem Vorsitzenden unseres Ausschusses. Er ist leider erkrankt und kann deshalb die heutige Anhörung nicht leiten. Mein Name ist Rudolf Henke. Ich bin der stellvertretende Vorsitzende und begrüße Sie zur 37. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, einer öffentlichen Anhörung. Neben den Sachverständigen, den Vertretern der Medien und den Zuschauern, begrüße ich natürlich vor allem die Abgeordneten. Eine besondere Freude ist es uns, die Bundesregierung, vertreten durch Frau Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz und weitere Vertreter, herzlich willkommen zu heißen. In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV – Versorgungsstärkungsgesetz auf Drucksache 18/4095. Dazu liegt auch ein Änderungsantrag auf Drucksache 18(14) 0095.1 vor, der Ihnen bereits zugegangen ist. Ferner sind die beiden Anträge der Fraktionen DIE LINKE., „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“ auf Drucksache 18/4099 und „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“ auf Drucksache 18/4187 sowie der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE-GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“ auf Drucksache 18/4153 Gegenstand der Anhörung. Ich möchte gerne noch einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Uns stehen heute insgesamt drei Stunden für Fragen und Antworten zur Verfügung. Die Gesamtfragezeit wird auf die Fraktionen nach ihrer Stärke aufgeteilt. Dabei hat die Fraktion der CDU/CSU 17 Minuten und die Fraktion der SPD 7 Minuten Frage- und Antwortzeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Da wir in zwei Runden fragen, ergeben sich nun für die erste Fragerunde folgende Fragezeiten: CDU/CSU 36 Minuten, SPD 24 Minuten, DIE LINKE. 30 Minuten und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ebenfalls 30 Minuten. In der zweiten Runde fragen dann nur noch die CDU/CSU mit 36 Minuten und die SPD mit 24 Minuten. Wir haben heute bereits eine einstündige Anhörung gehabt. Dort haben wir 20 Fragen und Antworten gehört, d. h. würde man das jetzt auf die drei Stunden hochrechnen, würden wir mindestens 60 Antworten auf 60 Fragen hören. Das bekommen wir hin, wenn wir uns kurz fassen und die Fragen und Antworten kurz und präzise sind. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, für die Beantwortung der jeweiligen Frage das Mikrofon zu benutzen und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Ich möchte Sie schon jetzt daran erinnern, dass wir die Kommunikation wesentlich verbessern, wenn wir die Handys nach der Anhörung einschalten und dadurch wieder erreichbar sind. Ich möchte zusätzlich darauf hinweisen, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem ist ein Livestream im Internet abrufbar. Das Wortprotokoll der Anhörung wird ebenfalls auf der Homepage des Deutschen Bundestages veröffentlicht.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Unsere erste Frage geht an Prof. Dr. Gerlach, an den Deutschen Hausärzteverband und an den GKV-Spitzenverband und die Frage lautet: Halten Sie das vorliegende Gesetz für grundsätzlich geeignet, die Gesundheitsversorgung, vor allen Dingen auch im ländlichen Raum, sicherzustellen und der drohenden Unterversorgung wirksam entgegenzutreten?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach:** Das Gesetz geht in die richtige Richtung und es gibt es eine ganze Reihe von sinnvollen Schritten. Wir freuen uns auch als Sachverständigenrat, dass eine ganze Reihe von Empfehlungen, die wir in unserem Gutachten gemacht haben, aufgegriffen wurde. Natürlich gibt es immer ein paar Punkte, wo man sich eine Vertiefung wünschen würde, das wäre z. B. bei der Nachwuchsgewinnung. Aber dazu später mehr.

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband): Ich kann meinem Vorredner zustimmen, dass wir vieles sehen, was in die richtige Richtung geht. Vor allem wird die notwendige hausärztliche Versorgung durch die Förderung der Allgemeinmedizin und vor allem auch die verbesserte Förderung deutlich gestärkt. Wir werden sicher später noch darauf zurückkommen, dass die Qualität und Attraktivität der allgemeinen Medizin für junge Kolleginnen und Kollegen deutlich attraktiver werden muss. Ich

glaube, dass es gerade für den ländlichen Raum keine schlechte Idee ist, hausärztliche medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu haben, sodass von dort aus die Versorgung organisiert werden kann. Wichtig ist auch, dass die Bereinigung bei den Selektivverträgen geeignet und neutral abgewickelt werden soll. Das heißt, sie wird nicht mehr zu Lasten derjenigen Hausärztinnen und Hausärzte stattfinden, die sich an der selektivvertraglichen, hausarztzentrierten Versorgung beteiligen und ihre Versicherten darüber versorgen. Das halten wir für einen wesentlichen Punkt. Die Förderung der Allgemeinmedizin in der Weiterbildung und letztlich auch in der Praxis ist auch deswegen notwendig, weil ein Gegengewicht geschaffen werden muss, da man die Allgemeinmedizin, wie man in den Stellungnahmen liest, zum Teil schon aufgegeben hat und sie durch schlechter qualifizierte fachärztliche Versorger ersetzen will. Insofern ist dies ein wichtiges Signal in die richtige Richtung.

SV **Johann-Magnus Frhr. von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ihre Frage enthält für mich zwei Schlüsselwörter, einmal „grundsätzlich“ und dann „wirksam“. Grundsätzlich halten wir die Ansätze in diesem Gesetzentwurf für sehr sinnvoll, insbesondere die Absicht, die Überversorgung im städtisch verdichteten Gebiet zugunsten der ländlich schwächer versorgten Gebiete abzubauen. Die ersten Ansätze sind gut implementiert. Wir hätten uns aber mehr Impulse, ein bisschen mehr Mut gewünscht und vielleicht können wir im Laufe der Anhörung im Einzelnen noch einmal darauf eingehen, hier strikter vorzugehen um die Überversorgung zugunsten der Unterversorgung im ländlichen Gebiet mutiger anzugehen. Das würden wir uns wünschen und hoffen, dass wir Sie von diesem Ansatz überzeugen können.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich beginne mit dem Themenblock Praxisaufkauf und Bedarfsplanung und die Frage geht zunächst an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Gerlach und den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie im Grundsatz die Regelung zum Praxisaufkauf in überversorgten Gebieten? Die geplante Sollregelung zum Abbau von Überversorgung soll ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent zur Anwendung kommen. Halten Sie die Grenze für sachgerecht?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach:** Der Sachverständigenrat hat sich in seinem letzten Gutachten ausführlich mit dieser Frage beschäftigt und wir sind davon überzeugt, dass das ein notwendiger Schritt ist. Denn der Abbau von Überversorgung ist die andere Seite der gleichen Medaille, auf der die Unterversorgung steht. Das sind kommunizierende Röhren. Es gibt Menschen, die das bezweifeln, aber es gibt eine ganze Reihe von Hinweisen, die darauf deuten, dass das effektiv ist. Ich nenne das Beispiel, das ich kürzlich aus Sachsen-Anhalt hörte. Seitdem dort eine bundesweite Bedarfsplanung für Psychotherapeuten eingeführt wurde, lassen sich in Sachsen-Anhalt Psychotherapeuten aus Berlin und Hannover nieder, die das vorher nicht getan hätten. Ganz einfach deshalb, weil sie dort keinen Niederlassungsraum mehr sehen oder die Praxen sehr teuer geworden sind. Also gibt es offensichtlich Steuerungswirkungen eines solchen Vorschlags. Es ist im Übrigen ein Signal an den Nachwuchs und das eigentliche Problem ist die Bedarfsplanung selber. Denn diese basiert auf historischen Werten. Sie misst nicht den echten Bedarf. Es fehlen Indikatoren, die den Bedarf abbilden und es gibt eine ganze Reihe von Veränderungen, die seit Beginn der 90er Jahre eingetreten sind und darin nicht berücksichtigt werden, z. B. der Morbiditätswandel. Wir haben heute mehr chronisch Kranke als früher. Dann findet eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich statt. Auch die tatsächlichen Einzugsräume und die Erreichbarkeit spielen keine große Rolle und die wirksam werdenden sozioökonomischen Einflüsse sind in der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Das heißt, man sollte mit diesem Vorschlag den Auftrag, die Bedarfsplanungsgrundlagen in Richtung einer echten Bedarfsmessung und -orientierung weiterzuentwickeln, zu einer sektorenübergreifende Bedarfsplanung, verbinden. Wir betrachten jetzt den ambulanten Bereich, es gibt aber daneben den stationären Bereich. Linksherzkatheter werden z. B. sowohl in Kliniken als auch in Praxen geschoben. Das muss man zusammen sehen und es muss auch eine prospektive Ausrichtung der Bedarfsplanung geben. Wir müssen zukünftige Entwicklungen antizipieren, z. B. ob die Zahl der Kinder zurückgeht, die Zahl der Demenzkranken aber zunehmen wird. Das muss sich natürlich auch in der Bedarfsplanung niederschlagen. Welche Zahl jetzt richtig ist, weiß keiner. Das ist auf der Basis der fehlenden Evidenz kaum zu leisten. Man kann nur sagen, dass

es in überversorgten Ballungsgebieten eindeutige Hinweise auf Fehlentwicklungen gibt. Deshalb muss man einen Abbau einleiten. Der Sachverständigenrat hat, nachdem die bisherigen Instrumente nicht genutzt wurden, gesagt, man sollte spätestens bei 200 Prozent eine harte Grenze ziehen. Was man zwischen 110 und 200 Prozent tut, ist dem politischen Willen überlassen. Da kann man ganz unterschiedlicher Meinung sein. Ich denke, dass die regionalen Zulassungsausschüsse durchaus noch Sonderbedarf feststellen können sollten, ohne dieses Instrument wie bisher dazu zu nutzen, jeglichen Abbau von Überversorgung zu vermeiden. Es kann nicht dabei bleiben, dass vorhandene Instrumente wie der Aufkauf von Arztsitzen oder die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung überhaupt nicht genutzt werden. Das ist nämlich der Status quo. Insofern geht das in die richtige Richtung. Wir brauchen eine Fundierung der Bedarfsplanung und das sollte parallel mitgedacht werden.

SV **Johann-Magnus Frhr. von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Es geht um die Frage, ob man, wenn ein Praxisinhaber die Praxis in einem überversorgten Gebiet aufgibt, nachbesetzen sollte. Gleichzeitig gibt es etliche unterversorgte Gebiete und warum soll man dann im überversorgten Gebiet nachbesetzen? Wichtig ist, und das bleibt bestehen, dass die Vertragspartner vor Ort unter Versorgungsgesichtspunkten, die regional sehr unterschiedlich sein können, die Zahl von 110 überschreitend, nachbesetzen können. Insofern ist den Versorgungsgesichtspunkten aus unserer Sicht, wenn sie regionalspezifisch sind, bei der Nachbesetzung genügend Raum gegeben. Die Frage ist, warum Sie so viele Ausnahmen vorsehen. Es mag den Ärzten unter Ihnen einleuchtend sein, dass man die Praxis an die eigenen Kinder weitergibt. Aber warum es die Ausnahme geben soll, dass sich jemand, der mehrere Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war für die Nachbesetzung in einem überversorgten Gebiet bewerben bzw. dorthin wechseln kann, ist uns nicht einsichtig. Wir befürchten durch diese Regelung eine weitere Entleerung der unterversorgten Gebiete. Diese Regelung bitten wir Sie dringend zu überdenken. Sie scheint uns kontraproduktiv zu sein. Die Grenze von 110 Prozent halten wir für vernünftig.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich würde gerne den Sachverständigen Prof. Spoerr befragen. Zur Stärkung der Hausärzte werden mit dem vorliegenden Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes neue Regelungen zur Abstimmung und zur Stimmen-Gewichtung in den Vollversammlungen vorgesehen. Von Seiten der Ärzteschaft werden Bedenken bezüglich der Recht- und Verfassungsmäßigkeit des § 79 Absatz 3a SGB V angemeldet. Wie beurteilen Sie diese Einwendungen?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Spoerr:** Die grundsätzlichen Einwände gegen die Verfassungsmäßigkeit sind aus meiner Sicht nicht berechtigt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts hat der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung von Selbstverwaltungskörperschaften und Organen einen weiten Ermessensspielraum. Im Rahmen dieses Ermessensspielraums kann er von dem Grundsatz der gleichen und unmittelbaren Wahl und dem gleichen Gewicht, das natürlich die Satzung primär prägt, Abweichungen treffen, wo er dies für organisatorisch zweckmäßig hält. Ich rege allerdings an im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu überdenken, ob der derzeit vorgesehene breite Ausgestaltungsauftrag, der die Frage, wer denn Vertreter der Haus- und Fachärzte ist, weitgehend den Wahlordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Satzungen überlässt, nicht stärkere gesetzliche Vordirektiven erfordert. Dafür gibt es zwei Gründe. Erstens besteht sonst die Gefahr, dass das, was im Gesetz als Mechanismus vorgesehen ist, um Konflikte zu mindern und zu einem sachgerechten Interessenausgleich zu kommen, so stark auf die organisatorische Ebene vorverlagert wird, dass es erhebliche Verzögerungen geben wird, das System so überhaupt in Gang zu setzen. Zweitens, weil das Bundesverfassungsgericht in seinen Entscheidungen zur demokratischen Legitimation von Selbstverwaltungskörperschaften, die hier anwendbar sind, gesagt hat, dass der Gesetzgeber zwar einen sehr weiten Spielraum bei der Ausgestaltung, den er nach Zweckmäßigkeitserwägung ausüben kann, hat, aber dann muss der Gesetzgeber auch relativ viel selbst regeln. Das findet sich z. B. im 10. Band mit der Entscheidung zum Erft-Verband. Die Entscheidung war interessanterweise auf die Wasserverbände bezogen. Dann wieder logische Entscheidungen im 106. Band, ebenfalls zu den Wasserverbänden Lippe- und Emscher-Verband etc. Die nordrhein-westfälischen Abgeordneten wissen sicherlich besser um welche Gewässer es sich handelt.

Auch bei der Entscheidung zu den bayerischen Notarkassen im 111. Band hat das Bundesverfassungsgericht auf den weiten Spielraum des Gesetzgebers und seine Regelungspflicht verwiesen. Da wird der Selbstverwaltung momentan zu viel überlassen. Sie bekommt einerseits klar gesagt, sie solle sich stärker strukturieren und auf der anderen Seite wie sie zu dieser Struktur kommt. Zu Haus- und Fachärzten wird relativ wenig gesagt. Unter dem Gesichtspunkt des Interessenausgleichs ist der ideale Vertreter der Vertreterversammlungen der Hausarzt, der von Fachärzten gewählt wird oder umgekehrt der Facharzt, der auch von Hausärzten gewählt wird. Das müssen Sie dann im Rahmen der Zweckmäßigkeit daraufhin überprüfen, dass es ihrem Ziel dient, den Interessenausgleich zu verbessern und dass es nicht in einen Mechanismus umschlägt, bei dem sich der Interessensausgleich eher noch verhärtet. Wer die KV-Landschaft kennt, der weiß, dass die Konfliktlinien, die der Gesetzgeber durchaus berechtigt anspricht, regional sehr unterschiedlich scharf gezogen sind und es durchaus Kassenärztliche Vereinigungen gibt, in denen der Interessensausgleich traditionell besser funktioniert.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich möchte noch einmal an den Praxisaufkauf und die Bedarfsplanung anknüpfen. Wir haben gerade Prof. Dr. Gerlach und den GKV-Spitzenverband gehört. Möglicherweise hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dazu eine andere Meinung und uns würde interessieren, was Sie in den letzten Monaten nach dem Versorgungsstrukturgesetz getan haben, um die Bedarfsplanung sachgerecht abzubilden?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben noch einmal auf die Bedarfsplanung abgestellt. Ich möchte dazu einen Wortbeitrag von Prof. Gerlach aufgreifen. Er hat sehr richtig bemerkt, dass es keine richtige Zahl gibt. Insofern verstehen Sie bitte, dass wir als Kassenärztliche Bundesvereinigung die gesetzliche Regelung, in der die Zahl 110 als Aufkaufkriterium auftaucht, kritisiert haben. Wir haben die Sorge, insbesondere in der momentanen Gemengelage, dass seitens der Kassenlandschaft bereits von Ärztereservaten, die abgebaut werden sollen, gesprochen wird. In der politischen Landschaft gibt es Stimmen, die darauf drängen, die 110 Prozent zu exekutieren. Ich weiß aus vielen Gesprächen, dass das sehr heterogen und die 110er-Grenze in der politischen Landschaft sehr kritisch gesehen wird. Das ist meines Erachtens auch berechtigt. Die Frage ist, wie man hier besser planen kann. Seit 1993 sind wir damit befasst und der Gesetzgeber hat schon 1999 gesagt, die Zulassung soll aufgrund von gesetzlich festgelegten Verhältniszahlen erfolgen. Mittlerweile wissen wir, dass die Zahl von 110 Prozent den Versorgungsbedarf nicht abbildet, sondern dass er die Grenze darstellt, ab der keine Zulassungen mehr möglich sind. Es sei denn, man macht das auf dem Wege der Sonderbedarfszulassung, was wir mit den Vertragspartnern der Kassen auch immer gemacht haben. Das heißt, der aktuelle Versorgungsstand ist keiner, der sui generis von den Ärzten kommt, sondern der mit den Vertragspartnern so vereinbart wurde. Ich glaube, aus diesem Grund macht es auch Sinn zu überprüfen, ob bei einer Versorgungskraft von über 110 Prozent wirklich eine Überversorgung besteht. Es wird sicherlich die eine oder andere Region geben, wo das tatsächlich der Fall ist. Ob die in der Region dann bei 150 oder bei 200 Prozent liegt, muss geprüft werden. Das könnten beispielsweise die Landesausschüsse übernehmen. Ich bin sehr dafür, dass wir uns prospektiv Gedanken über eine Verbesserung des Bedarfs machen, beispielsweise indem wir auch in den stationären Bereich hineinschauen, wo Synergieeffekte zu erzielen und wo Planungen nur in Kenntnis der stationären Landschaft und der sich verändernden stationären Landschaft sinnvoll sind. Man könnte auch hier eine Begutachtung abstellen, aber es ist natürlich nicht trivial, die Bedarfsplanung hier auf eine versorgungsgerechtere Basis zu stellen. Das müssen wir ohne Frage. Wir sind nur der Meinung, dass die gesetzliche Regelung, wie sie sich jetzt im Entwurf findet, nicht geeignet ist, hier wirkliche Verbesserungen herbeizuführen.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KBV. Das Bundessozialgericht hat im August 2014 festgestellt, dass eine Korrektur des regionalen Behandlungsbedarfs aufgrund der real vorhandenen Morbidität der Versicherten nach derzeitiger Rechtslage nicht möglich ist. Im Entwurf des VSG ist sie daher im § 87a Absatz 4a SGB V eingefügt worden. Mich würde interessieren, ob Sie diese Regelung für ausreichend halten und wenn nein, warum nicht?

Nur zur dienstlichen Verwendung

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir halten die Regelung im § 87 SGB V, wie sie jetzt vorgesehen ist, für nicht ausreichend, allein aufgrund der Tatsache, dass man ein Verhandlungsmandat auf den Bundesdurchschnitt erhält, der nicht die reale Versorgungsnotwendigkeit und vor allen Dingen nicht den notwendigen Verhandlungsbedarf abbildet. Das ist individuell oder regional von sehr vielen Faktoren abhängig. Ich denke hier an Versicherten- und Morbiditätsstruktur und die stationäre Landschaft. Insofern sind wir der Meinung, dass man hier anders ansetzen und den regionalen Versorgungsbedarf individuell bestimmen und dann entwickeln muss. Die reine Durchschnittsverhandlung löst das Problem nur unvollständig.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer. In der öffentlichen Diskussion wird die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Regelung zum Abbau von Überversorgung kritisiert. Halten Sie aufgrund der abweichenden Grundlage der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten eine gesonderte Regelung beim Praxisaufkauf für notwendig, wobei eine generelle Ausnahme keine Alternative sein soll?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Noch einmal die Zahlen, die uns betreffen. Es gibt derzeit etwas mehr als 23.000 psychotherapeutische Praxen und davon sind nach diesem Vorhaben über 7.500 auf dem Prüfstand. Das sind 31,6 Prozent aller Praxen und alleine diese Zahlen zeigen, dass es bei der psychotherapeutischen Versorgung eine besondere Situation gibt. Und das angesichts der in den letzten Monaten und Jahren immer wieder berichteten und nicht mehr bestrittenen langen Wartezeiten. Dass diese Situation so ist wie sie ist, liegt daran, dass bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Psychotherapeuten zwei Fehler gemacht worden sind. Diese wurden nicht 1993, sondern 1999 im Zuge des Psychotherapeutengesetzes festgelegt. Im Unterschied zu den anderen Arztgruppen haben wir die Zahlen aus ganz Deutschland in den Algorithmus miteinbezogen und das wohlwissend, dass zur damaligen Zeit die psychotherapeutische Versorgung in den ostdeutschen Ländern völlig anders aussah. Es gab kaum Praxen. Wenn man diese in die Ermittlungen einbezieht, darf man sich nicht wundern, wenn die Verhältniszahlen sehr gering sind. Der zweite Grund war, dass 1999 die Überleitungen im Rahmen des Gesetzes noch längst nicht abgeschlossen waren. Etwa die Hälfte war übergeleitet, ungefähr die Hälfte der Psychotherapeuten klagte noch auf Zulassung. Dieser Prozess war erst 2004 beendet. Man hätte damals die Zahlen anders berechnen müssen und diesen Fehler schleppen wir seitdem mit und deswegen haben wir diese unsinnigen Verhältniszahlen, die mit der Realität überhaupt nichts zu tun haben. Das ist eine besondere Situation der psychotherapeutischen Versorgung, die, und das haben wir auch immer angemahnt, zu berücksichtigen ist. Der Sachverständigenrat hat in einem Moratorium empfohlen noch zwei Jahre zu warten, bis das einigermaßen geklärt werden kann. Deswegen plädieren wir nach wie vor dafür, die psychotherapeutischen Versorgungszahlen herauszunehmen. Wenn das politisch nicht gewünscht ist, dann plädieren wir dafür, dass der Versorgungsgrad auf einen deutlich höheren Wert festgelegt wird. Wenn man einen Versorgungsgrad von 200 Prozent – wir haben das durchgerechnet und Prof. Gerlach hat den eben auch schon in die Debatte gebracht – als Grenze für psychotherapeutische Praxissitze nehmen würde, dann wäre es bei 1.200 Sitzen immer noch möglich, diese aufzulösen oder aufzukaufen. Aber wir wären damit noch längst nicht im Plus. Deshalb das Plädoyer, die Prozentzahlen für die psychotherapeutischen Sitze deutlich zu erhöhen.

Abg. **Reiner Meyer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Hausärzteverband und dann an den Deutschen Caritasverband. Mit den neu einzurichtenden Terminservice-Stellen sollen die KVen den Versicherten in bestimmten Fällen und begründeten Krankheitsbildern innerhalb von vier Wochen helfen einen Facharzttermin zu bekommen. Wie beurteilen Sie die Regelung grundsätzlich?

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband): Grundsätzlich ist es vernünftig, dass Menschen die Versorgungsnotwendigkeit haben, die erforderliche fachärztliche Versorgung auch rechtzeitig erhalten. Ob die Terminservice-Stellen, die in den Diskussionen sind, viel weiterhelfen, ob die Aufregung darüber lohnt, halte ich für zweifelhaft. Wir haben in der Versorgung, in den Selektivverträgen nach § 73b SGB V, aber auch im Zusammenhang mit § 73c SGB V oder auch mit § 140a SGB V die Erfahrung

gemacht, dass in diesen Verträgen eine Terminservicestelle komplett überflüssig ist, weil wir keine Wartezeiten, die nicht irgendwie erforderlich sind, bemerkt haben. Darüber werden von Seiten der Versicherten auch keine Klagen geführt.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Problem der Wartezeiten ist auf jeden Fall ein essentielles Problem, das angegangen werden muss. Ob jedoch die Termin-Service-Stelle die richtige Antwort ist, wagen wir zu bezweifeln. Im ländlichen Bereich haben wir häufig das Problem der Unterversorgung bei Fachärzten, daran werden auch Terminservice-Stellen substantiell nichts ändern können. Wir setzen vielmehr auf intelligente Lösungsvorschläge, die auch schon von einzelnen Krankenversicherungen praktiziert werden. Für besonders empfehlenswert halten wir das Modell der gestuften dringlichen Überweisung der KV Saarland. Aus unserer Sicht kann der Hausarzt am besten beurteilen, wann, in welchem Zeitraum und für welche Erkrankung ein Termin bei einem Facharzt erforderlich ist und genau diesen Weg beschreitet die KV Saarland. Eine regionale Regelung kann gute Erfolge erzielen und wir würden zumindest dafür plädieren, dass Sie regionale Öffnungsklauseln vorsehen, wenn Sie an den Terminservice-Stellen festhalten. Außerdem glauben wir, dass es sinnvoll sein kann, regelmäßige Nachweispflichten einzuführen, ob sich durch diese Lösungsmodelle, seien es die Terminservice-Stellen oder auch regionale Lösungsmodelle, grundsätzliche Änderungen am Problem der Wartezeiten ergeben.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Eine Frage an die IKK. Wie beurteilen Sie, dass Versicherte künftig bei den Indikationsstellungen zu bestimmten planbaren Eingriffen einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung haben? Kann das Recht auf Zweitmeinung dazu beitragen, den Versicherten Sicherheit über die medizinische Notwendigkeit eines Eingriffes zu verschaffen?

SV **Jürgen Hohnl** (Bundesverband der Innungskrankenkassen e. V. (IKK): Natürlich begrüßen wir, dass ein Zweitmeinungsverfahren verankert werden soll, weil es den Versicherten mehr Möglichkeiten gibt, die Behandlung von seiner Seite überprüfen zu lassen und eine größere Sicherheit zu bekommen. Wir würden das Verfahren nur gerne noch einmal erweitern. Im Moment ist es für bestimmte Indikationen vorgesehen. Wir halten es für notwendig, dass auch bei weiteren Indikationen die Möglichkeit besteht, eine Zweitmeinung einzuholen. Wir würden dazu die Krankenkassen mit mehr Möglichkeiten ausstatten. Die Erfahrungen aus konkreten Projekten zeigen, dass von der Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und Krankenkassen sehr viel für ein erfolgreiches Zweitmeinungsverfahren abhängt. Deshalb möchten wir die Beratungsmöglichkeiten der Kassen entsprechend erhöhen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Anknüpfend an Ihre Antwort frage ich zunächst die IKK, dann aber auch den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Spoerr. Sehen Sie zum Zweitmeinungsverfahren Klarstellungsbedarf im Hinblick auf das Ziel, dass bestehende Angebote der Kassen weiterhin als Satzungsleistung angeboten werden können? Dann geht es um die Zweitmeinung. Kann die auch telemedizinisch erbracht und vergütet werden und spricht aus Ihrer Sicht etwas dagegen, dass die Zweitmeinungserbringung auch auf nichtermächtigte Ärzte ausgedehnt werden kann?

SV **Jürgen Hohnl** (Bundesverband der Innungskrankenkassen e. V. (IKK): In der Tat halten wir es für sinnvoll, dass das, was jetzt schon Kassenleistung ist, fortgesetzt wird. Eine Klarstellung wäre aus unserer Sicht sinnvoll, weil immer die Gefahr besteht, dass Aufsichten anders entscheiden als sie das jetzt gemacht haben. Was die Frage der Telemedizin anbelangt, sind wir kritisch, weil man schon den konkreten Arztkontakt braucht. Ich kann mir nur in sehr wenigen Fällen vorstellen, dass die Zweitmeinung auch telemedizinisch erbracht werden kann. Was die Frage der nichtermächtigten Ärzte anbetrifft, plädieren wir dafür, dass die Krankenkassen auch Verträge schließen können. Wenn sie das mit den Krankenhäusern machen, wären diese in den Verträgen drin. Ansonsten wären wir dafür, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer auf alle Fälle ärztliche Leistungen erbringen müssten.

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Spoerr:** Die Zweitmeinung ist eines der wirklich bahnbrechend innovativen und fortschrittlichen Elemente des Gesetzentwurfs. Die medizinischen Fachgesellschaften haben zurecht darauf hingewiesen, dass es sehr innovativ

ist, dass das, was bisher individuell gemacht worden ist, institutionell einzuführen. Vieles ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss wie üblich in der Konkretisierung delegiert worden. Aus meiner Sicht empfehle ich Ihnen, weil es so innovativ ist, den einzelnen Kassen etwas mehr Spielraum zu lassen, d. h. es als zusätzliche Satzungsleistung zu machen und die Vereinheitlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht übers Knie zu brechen, sondern zwei Schichten zu genehmigen. Die erste Schicht sind die einheitlich als Leistung geltenden nach § 27b SGB V, die dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss innerhalb der Frist festgelegt werden. Bei der zweiten Schicht, die man noch zusätzlich erlauben sollte, handelt es sich um das zusätzliche Angebot auf der Grundlage von Satzungsbestimmungen, damit einzelne Kassen weiter- und darüber hinausgehen können. Wenn Sie dies erreichen wollen, müssten Sie den letzten Satz in § 27b Absatz 2 SGB V, Satz 4 in meiner Zählung, der zusätzliche Zweitmeinungsangebote wieder an das bindet, was der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat, streichen. Damit wäre klargestellt, dass einzelne Kassen mehr und auch etwas anderes tun können. Die zweite Frage halte ich für sehr wichtig. Weil das Konzept der Zweitmeinung für die Fortentwicklung der Versorgung so wichtig und so innovativ ist, sollte man es nicht zu stark auf herkömmliche Bilder aus dem 19. Jahrhundert wie das des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, beschränken. Ich kann mir sehr wohl vorstellen, dass in bestimmten Fällen, wenn die Empfehlung und die Befunddokumentation gut sind, und das ist im deutschen Gesundheitswesen eigentlich immer der Fall, ein zweiter persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt überhaupt nicht erforderlich ist. Nun haben wir die berufsrechtlichen Regeln, die sich da etwas sperren und von daher ist eine Klarstellung, die sagt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch die Einzelheiten des Verfahrens festlegt, insbesondere, ob eine Zweitmeinung auf der Grundlage schriftlicher Unterlagen stattfinden kann oder ob sie einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt, hilfreich. Das sollte, um dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Spielraum zu geben, die Einzelregelungen zur Zweitmeinung festzulegen, noch ergänzt werden. Es wird viele Sachen geben, bei denen es nicht ohne Arzt-Patienten-Kontakt geht, aber es gibt auch Situationen, bei denen ist die verhältnismäßige und sachgerechte Lösung durchaus eine schriftliche Zweitmeinung. Die weiter entfernte schriftliche Zweitmeinung hat durchaus auch den Vorteil, dass sie weniger Gefahr läuft, in den örtlichen Zweitmeinungszirkel des Selbstreferenzierens abzugleiten. Das ist die Gefahr, wenn Sie immer den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt vorschreiben, dass es bei einem örtlichen Zirkel von Spezialisten bleibt. Ich finde, der Gemeinsame Bundesausschuss sollte hier versorgungspolitische Spielräume haben, um zu entscheiden, was in der jeweiligen Indikation das Beste ist.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an die KBV und an den Einzelsachverständigen Herrn Hermann. Wie beurteilen Sie die Regelung zu mehr Kooperation beim Entlassungsmanagement? Ist mit Blick darauf, was jetzt im Gesetz präzisiert wird, zukünftig von einer reibungslosen Zusammenarbeit der Sektoren auszugehen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass den Krankenhäusern mit dem Gesetzentwurf erweiterte Verordnungsmöglichkeiten für die Durchführung des Entlassungsmanagements gegeben werden. Die von Ihnen angesprochene Regelung, dass das Krankenhaus mit niedergelassenen Ärzten vereinbaren kann, dass das Management dorthin vergeben wird, hat einen grundsätzlich positiven sektorenübergreifenden Aspekt. Wir sehen aber gewisse Gefahren, dass damit neue Falsch- und Fehleinschätzungen über Zuständigkeiten entstehen könnten, d. h. wo hört die Zuständigkeit des Krankenhauses auf, wo fängt die Zuständigkeit der niedergelassenen Ärzte an. Wir haben die Sorge, dass niedergelassene Ärzte das so verstehen könnten, dass eine Delegation mit einem Vergütungsanspruch gegen das Krankenhaus verbunden sein könnte. Da das Einweisungsverhalten von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäuser von allen monetären Störungen und Überlegungen freibleiben sollte, würden wir es begrüßen, wenn diese Regelung gestrichen und es dem individuellen Zusammenspiel von Krankenhäusern und Ärzten überlassen wird, das zu organisieren.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Grundsätzlich halten wir die Regelung für sinnvoll und denken auch, dass das eine Verbesserung bringen wird. Ob das reicht,

muss man schauen. Ich denke, es ist entscheidend, dass das Sektorenübergreifende bei den Aus- und Weiterbildungen von den jungen Kolleginnen und Kollegen gelernt und erlebt wird, damit man auch den Bedarf für das Entlassmanagement der jeweils anderen Sektoren kennt, aber ich denke es ist zumindest ein guter Einstieg. Da haben wir aber noch einiges inhaltlich beizusteuern, damit die Grundzüge und Grundsätze des Entlassmanagements internalisiert werden.

ESV **Christopher Hermann:** Das Entlassmanagement ist in § 39 SGB V schon länger verankert, aber es klappt nicht. Deswegen ist der Gesetzgeber aufgerufen, dieses zumindest in groben Zügen, so wie es jetzt im Gesetzentwurf in § 39 Absatz 1a SGB V neu verankert ist, nach vorne zu bringen. Es wird von mir ausdrücklich begrüßt. Der Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkassen ist natürlich wichtig. Krankenkassen sind Sachwalter ihrer Versicherten und besonders dann, wenn sie Patienten sind. Insofern ist hier auch das Zusammenspiel der Beteiligten, nicht nur zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten oder Pflegeeinrichtungen, sondern eben auch das Zusammenspiel mit einer Krankenkasse, die einen starken sozialen Dienst hat, wie die Krankenkasse, der ich vorstehe, angezeigt. Weniger sinnvoll finde ich, dass die Richtlinien, die im Weiteren über den G-BA zu erlassen sind, auf regionaler Ebene keinerlei Spielräume für das bereithalten, was die regionalen Vertragspartner tatsächlich vereinbaren sollten und könnten, weil sie die Versorgungssituation regional deutlich besser beurteilen können als die Zentrale in Berlin. Insofern sollte eine Regelungskompetenz auf regionaler Ebene implantiert werden.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe zwei kurze Fragen an den Einzelsachverständigen Hermann. Was halten Sie von den jetzt vorgesehenen Regelungen für den Vertragswettbewerb? Wird das den Vertragswettbewerb deutlich fördern und erleichtern? Und zum zweiten: Wir haben neue Vorschläge zu den Untersuchungs- und Verhandlungsmethoden gemacht. Sind diese zielführend und wird das die Versorgung verbessern?

ESV **Christopher Hermann:** Der Vertragswettbewerb ist so ein Ding, um es einmal so zu sagen. Heute haben wir insofern einen interessanten Tag, als der 25. März der Tag ist, an dem vor genau 8 Jahren das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde. Dort sind die Regelungen, die wir heute im Vertragswettbewerb vorfinden, vorgezeichnet. Das war das zentrale Gesetzgebungswerk der letzten großen Koalition im Gesundheitswesen. Damit wurde der Gesundheitsfonds, die heutige Organisationsstruktur des Morbi-RSA und auch der Vertragswettbewerb eingeführt. Damals, das können Sie auch in der Gesetzesbegründung nachlesen, wurde in der ambulanten Versorgung die Schiene für die Weiterentwicklung in den Bereich Wettbewerb für Selektivverträge gelegt. Deswegen ist es umso überraschender, dass diese Freiräume im Gesetzentwurf, der angibt, dass man den Wettbewerb weiter ausbauen will, nicht erhalten bleiben. Die Fokussierung auf den Aufbau einer alternativen Regelversorgung wird beendet und die Selektivverträge für die Übernahme von Experimenten in das Kollektivsystem im Kern auf eine Nischen- und Vorbereitungsfunktion eingegrenzt. Wir haben heute, insbesondere im § 73b und § 73c SGB V, weitreichendste Abweichungsregelungen, insbesondere was die Leistung betrifft. Wir können heute, und das machen wir in Baden-Württemberg auch sehr breit, vom Leistungsspektrum abweichen, solange der G-BA die Leistung nicht explizit ausgeschlossen hat. Dies wird jetzt auf innovativ festgesetzte Leistungsteile eingegrenzt. Weitere Leistungen können nicht mehr frei vereinbart werden. Und für die Weiterentwicklung der fachärztlichen Selektivversorgung gibt es keine Möglichkeit mehr, vom traditionellen Zulassungs- und Ermächtigungsrecht abzuweichen. Auch das machen wir aus Sicherstellungsgründen in Selektivverträgen in Baden-Württemberg, etwa wenn wir Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eine Zweitpraxisgenehmigung in einem in der Regelversorgung gesperrten Gebiet erteilen, weil wir in der Selektivversorgung sehen, dass die Versorgung damit gesichert werden kann. Der Sicherstellungsauftrag als solcher, und das ist das zentrale Thema, bleibt in der Neuregelung alleine für den Hausarztbereich im § 73b SGB V explizit geregelt. Er wird ansonsten ausgehebelt. Er erscheint nicht mehr in § 940a SGB V, wo die Selektivverträge gebündelt werden. Vom Sicherstellungsauftrag und der Übernahme ist keine Rede. Die Begründung ist sehr schlicht. Sie sagt, das ergebe sich aus der Systematik von Selektiv- und Kollektivvertrag. Das ist eine steile These. Wir haben Selektivverträge. Denken Sie an Modellversuche, denken Sie an die

DMP-Verträge (Disease-Management-Programm-Verträge). Die sind selektiv zu vereinbaren und es hat noch nie jemand daran gedacht, dass damit der Sicherstellungsauftrag auf die Vertragsschließenden übergehen würde. Dies ist insofern eine sehr weit hergeholte These und es wird auch im Gesetz anders geregelt, nämlich in der hausarztzentrierten Versorgung, die isoliert als § 73b vorne in dem entsprechenden Sicherstellungsparagrafen des SGB V übrig bleibt. Deshalb kann ich die Frage, ob der Vertragswettbewerb wirklich weiterkommt, nur verneinen. Selektivverträge bekommen keine nachhaltige Förderung. Bei den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) geht es vor allem um Eingriffe mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz von Medizinprodukten hoher Risikoklassen im Krankenhaus. Das ist ein Einstieg, den man unbedingt begrüßen muss und der grundsätzlich die richtige Richtung beschreibt. Nur in der Regelung – im Kabinettentwurf – übrigens eine andere als im Referentenentwurf – gibt es so viele Ausnahmen, dass letztlich kaum noch etwas übrig bleibt, was für die Neue Nutzenbewertung, die der G-BA auf den Weg bringen soll, übrig bleibt. Insofern sollte man sehr genau schauen, ob dies tatsächlich sinnhaft ist. Sie könnten mit den restriktiven Regelungen, die Sie in das Gesetz aufnehmen wollen, noch nicht einmal den PIP-Brustimplantate-Skandal aufrollen. Es wäre damit genauso wenig zu entsprechenden Studien gekommen, wie das aktuell der Fall ist.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Gerlach und an Herrn Freese von den Kommunalen Spitzenverbänden. Ich will noch einmal anknüpfen an das was Sie, Herr Prof. Dr. Gerlach, eingangs gesagt haben. Sie haben festgestellt, das Gesetz gehe in die richtige Richtung, wir hätten aber mutiger sein können und sollen. Deshalb frage ich Sie: In welcher Form müssten z. B. die Landesgremien nach § 90a SGB V weiterentwickelt werden, damit sie ihrer Aufgabe einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gerecht werden könnten? Besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf oder besteht lediglich ein Umsetzungsdefizit in den Ländern?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach**: Wir haben im letzten Gutachten empfohlen, die § 90a-Gremien gesetzgeberisch zu stärken. Wir sehen das nicht nur als Umsetzungsdefizit. Wir sind uns bewusst, dass das keine einfache Maßnahme wäre, weil die Finanzierungsverantwortung nicht bei allen Partnern, die dort zu versammelt sind, liegt. Wir sehen allerdings eine Reihe von Notwendigkeiten und Chancen. Denken Sie an die sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die wir jetzt nicht haben. Wir haben eine vollkommen getrennte Bedarfsplanung im ambulanten und im stationären Bereich. Es muss jemanden geben, der das zusammen führen könnte. Das könnten die § 90a-Gremien sein. Wir könnten uns auch vorstellen, dass diese eine Rolle übernehmen, wenn insbesondere die ambulante Sicherstellung versagt. Wenn die KVen es nicht mehr schaffen sollten, die Versorgung sicherzustellen, haben wir vorgeschlagen, den Versorgungsauftrag nicht, wie es jetzt im Gesetz vorgesehen ist, den Kassen, sondern den Ländern zu übertragen. Dann sollte ein Instrument erprobt werden, das bisher in Deutschland, zumindest in diesem Bereich, noch nicht zur Anwendung gekommen ist, nämlich die Ausschreibungen. Dann könnte regional eine sektorenübergreifende Ausschreibung die Versorgung ermöglichen. Hier könnte das § 90a-Gremium eine Rolle spielen. Wenn man sich weiter vorstellt, dass Versorgung vor Ort stattfindet und die Kommunen – soweit sie das von ihrer Leistungsfähigkeit her können – eine stärkere Rolle übernehmen und sich auch finanziell engagieren, wäre das aus meiner Sicht eine weitere Legimitation dafür, dass sie in einem solchen Gremium mitwirken. Das ist die grobe Richtung. Man müsste sich im Detail sehr genau überlegen, wie man das gestaltet. Zurzeit sind die Gremien ein zahnloser Tiger und können im Grunde nicht das leisten, was von ihnen erwartet wird.

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag): Auch wir sehen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Mitwirkung der kommunalen Landesverbände in den § 90a-Gremien. Die strukturellen Fragen, die sich in den Landkreisen oder ländlicheren Gegenden und in den dichter besiedelten Gegenden sehr unterschiedlich entwickeln, werden immer wichtiger. Die Fragen, die sich stellen, müssen unterschiedlich beantwortet werden. Sie können auf Landesebene gut oder besser beantwortet werden, wenn die kommunalen Gebietskörperschaften über ihre Verbände dort mitwirken. Hier gibt es dringenden Handlungsbedarf. Wir hatten eigentlich gedacht, dass die Länder, als § 90a SGB V

eingeführt wurde, die kommunalen Verbände einbeziehen würden. Dem ist leider längst nicht überall nachgekommen worden. Deswegen brauchen wir ein Gremium. Wir brauchen das auch auf Bundesebene, aber das ist im Moment nicht Gegenstand der Diskussion. Das Gegenargument, dass die Kommunen nicht an der Finanzierung beteiligt sind, stimmt in den meisten Ländern nicht. Die Kommunen beteiligen sich in vielen Ländern mit etwa 40 Prozent an der Krankenhausinvestitionsförderung, indem die Länder Geld von den Kommunen einziehen, das sie dann an die Krankenhäuser ausgeben. Dass wir nicht zur Finanzierung des Systems beitragen, stimmt in den meisten Ländern nicht.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Gerlach und an den Deutschen Hausärzteverband. Wie bewerten Sie die Regelungen, die wir im Gesetz zur Förderung der Allgemeinmedizin im § 75a SGB V getroffen haben und vor allem, haben Sie weitergehende Vorschläge für uns und wenn ja, welche?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach**: Die Förderung der Weiterbildung ist auch nach Auffassung des Sachverständigenrates, der schon mehrfach Vorschläge zu diesem Thema gemacht hat, eine der wichtigsten Regelungsinhalte dieses Gesetzes. Ohne den Nachwuchs, den wir dringend brauchen, um die Bevölkerung in der Fläche zu versorgen, können wir viele andere Dinge, die in diesem Gesetz geregelt werden sollen, nicht umsetzen. Die Regelungen, die jetzt vorgesehen sind, sind gut. Sie sind ein richtiger Schritt in die richtige Richtung. Es sollen statt bisher mindestens 5.000 zukünftig mindestens 7.500 Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin gefördert werden. Man muss nur wissen, dass diese Zahl von 5.000 niemals erreicht wurde. Wir haben 2013, bezogen auf Vollzeitstellen, gerade mal 2.500 Stellen gefördert, vielleicht sind es jetzt 3.000. Es gibt schon jetzt ein Umsetzungsdefizit. Es nützt nichts einen Anspruch hochzusetzen, wenn man den Nachwuchs nicht hat. Deshalb halten wir es für dringend erforderlich, die Attraktivität und die Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu verbessern. Es gibt eine ganze Reihe von Hürden, die die Nachwuchsärztinnen und -ärzte überwinden müssen. Dabei müssen wir ihnen helfen. Es gibt ein Modell, das nachweislich funktioniert. Das sind die Kompetenzzentren in Baden-Württemberg und in Hessen. Dort wird dem Nachwuchs der Rücken gestärkt. Sie bekommen dort emotionalen und fachlichen Rückhalt. Sie werden in Begleitseminaren und in Mentoring-Gruppen unterstützt. Es gibt ein Train-the-Trainer-Konzept und es gibt Evaluations- und Qualitätssicherung. Mentoren und Dozenten werden geschult. Seitdem wir das, verbunden mit regionalen Weiterbildungsverbünden, die eine nahtlose Rotation durch Klinik und Praxen erlauben, praktizieren, steigen die Nachwuchszahlen drastisch. Stellen Sie sich vor, wir haben im Augenblick zwei Drittel bis drei Viertel junger Ärztinnen, die ein attraktives Angebot suchen, das ihnen den Rücken stärkt. Sie wollen sich nicht als Einzelkämpfer durchwurschteln. Genau das wird hier geleistet. Wenn wir das bundesweit umsetzen könnten, würden wir, das ist unsere Prognose, wahrscheinlich doppelt so viele Ärzte in Weiterbildung haben und könnten dann auch die Ziele, die der Gesetzgeber richtigerweise verfolgt, erreichen. Es ist sehr erfreulich, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Maßnahme trotz ordnungspolitischer Bedenken in seiner Stellungnahme unterstützt, wie auch die KBV und die DKG. Deshalb rege ich an, einen Satz in das Gesetz aufzunehmen, der im Gesundheitsausschuss des Bundesrates eine Mehrheit gefunden hat, im Plenum aber leider nicht. Es geht um eine Regelung, die in der jetzigen Begründung schon enthalten ist und in § 75a Absatz 4 nach Satz 2 folgen könnte. Ich zitiere: „Dabei sollen für den Aufbau und die Organisation von Einrichtungen zur Sicherstellung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung bis zu fünf Prozent der Fördermittel vorgesehen werden“. Das wäre ein kostenneutraler Vorschlag. Es sind keine zusätzlichen Mittel erforderlich, da die Mittel schon jetzt nicht ausgeschöpft werden. Wenn man will, dass der ganze Paragraf funktioniert, muss die Attraktivität und Qualität verbessert werden. Es gibt kein besseres Konzept. Es ist übrigens auch kein Angriff auf Ärztekammern, da keinerlei Regelungsinhalt vorgesehen ist, der die Ärztekammern betrifft. Es geht um zusätzliche Maßnahmen, die erforderlich sind, um mehr Nachwuchs zu gewinnen. Deshalb möchte ich anregen und das stimmt mit den Empfehlungen des letzten Gutachtens überein, dass man diese Förderung, die der Gesundheitsausschuss des Bundesrats beschlossen hat, in das Ge-

setz aufnimmt. Ich halte das für eine Schlüsselmaßnahme zur Lösung des Nachwuchsproblems.

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Ich kann mich dem nahtlos anschließen. Wir begrüßen es außerordentlich, dass diese Regelungen so dezidiert getroffen worden sind. Um Zeit zu sparen, will ich den Absatz nicht noch einmal vortragen. Wir würden als Hausärzteverband genau diesen Ansatz unterstützen. Es geht auch nicht darum, den Ärztekammern Kompetenzen in der Weiterbildung streitig zu machen. Aber es ist wichtig eine gemeinsame Weiterbildung zu fördern und damit etwas gegen die Vereinzelung derer, die in Praxen Weiterbildung betreiben und die im Gegensatz zu denen, die im Klinikverbund unter Kollegen sind, keine Gelegenheit haben sich auszutauschen. Im Übrigen ist es auch für die Qualitätsverbesserung der Weiterbildungsstellen nicht ganz unerheblich, dass die Weiterzubildenden sich austauschen und Kommunikation stattfindet. Insofern begrüßen wir es außerordentlich, dass Kompetenzzentren im Bereich der neu zu schaffenden und vorhandenen Institute und Lehrstühle für Allgemeinmedizin geschaffen werden sollen. Wir begrüßen auch den Ansatz, den Standard anderer Länder zu erreichen, dass an jeder medizinischen Fakultät die Allgemeinmedizin als wichtigstes Fach für die Primärversorgung, gelehrt werden soll. Insofern halten wir diese Regelung im Gesetzesentwurf für ausgesprochen positiv und glauben, dass wir hier eine Trendwende einleiten können, was die hausärztliche Versorgung in unserer zunehmend chronisch krankeren und multimorbideren Bevölkerung angeht.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Gerlach und an Frau Feldmann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und diese betrifft ebenfalls die Weiterbildungsstellen. In der Begründung des Gesetzes zur Aufstockung der Weiterbildungsstellen wird explizit auf die Möglichkeit einer auch zentralen Verwaltung der Mittel auf Bundes- oder Landesebene sowie auf geeignete Formen der Evaluation hingewiesen. Auch der Bundesrat hat hierauf in seiner Stellungnahme Bezug genommen. Wie bewerten Sie diese Vorschläge, gerade auch vor dem Hintergrund positiver Erfahrung mit Stiftungslösungen in KV-Regionen?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach**: Das ist ein sehr sinnvoller Vorschlag, auch wenn er wesentlich aufwendiger in der Umsetzung ist. Man muss dazu wissen, dass es z. B. in den Niederlanden eine solche Lösung gibt. Der Vorteil ist, dass dann verschiedenste Dinge, die jetzt auf 17 Kassenärztliche Vereinigungen und 17 Ärztekammern und diverse Länder verteilt sind, in einer Hand wären. Das ist eine verlässliche, qualitativ hochstehende Förderung der Allgemeinmedizin. Da es sich dabei nach Auffassung des Sachverständigenrates um eine nationale Aufgabe handelt, die in ihrer Bedeutung, was die Qualität und Kosteneffizienz der zukünftigen Versorgung der Bevölkerung angeht, vielleicht noch gar nicht erkannt worden ist muss man alle Anstrengungen unternehmen, um dieses Ziel zu erreichen. Wir haben jetzt im Augenblick das Problem, dass nur jeder zweite Hausarzt, der aus Altersgründen ausscheidet, einen Nachfolger findet. 90 Prozent der Facharztabschlüsse in Deutschland finden im spezialistischen Bereich statt. Das muss nicht so sein. Wir wissen aus der neuesten Befragung von über 11.000 Medizin-Studierenden, dass 34,5 Prozent aller Medizin-Studierenden sich für das Fach „Allgemeinmedizin“ interessieren. Das war Platz 2 nach allen anderen Fächern und 5,2 Prozent mehr als in einer Befragung aus dem Jahr 2010. Das heißt, das Interesse ist da. Mehr als ein Drittel der Medizinstudenten kann es sich vorstellen, Allgemeinmediziner zu werden. Es machen aber nur 10 Prozent diese Weiterbildung. Wir müssen deshalb die Strukturen herstellen und die Attraktivität und Qualität sicherstellen, um diese Lücke zu schließen. Das ist absolut realistisch und zu schaffen. Die Verbindung aus Kompetenzzentren und Förderung der Aus- und Weiterbildung über eine Stiftung wäre genau die Lösung, von der wir aus internationalen Erfahrungen und lokalen Projekten in Deutschland wissen, dass sie funktionieren würde. Deshalb eine klare Antwort: Ja, das ist sinnvoll. Ob man das mit dem jetzigen Gesetz schafft, wage ich zu bezweifeln. Das wäre der große Schritt, die Förderung der Kompetenzzentren wäre das minimale kleinere Ziel, das man jetzt erreichen könnte.

SV **Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Herr Prof. Dr. Gerlach hat schon die wesentlichen Dinge genannt. Einen Aspekt möchte ich noch hinzufügen. Es gibt im Augenblick durch die 17 verschiedenen Regelungsmöglichkeiten, die in 17 verschiedenen KVn zur Umsetzung des Förderprogramms „Allgemeinmedizin“

existieren, immer wieder ein Problem. Wenn ein junger Arzt von einem Land zum anderen wechseln möchte, gibt es dort keine Förderstelle im Haushalt und damit werden die Weiterbildungsgänge unterbrochen. Wir erleben das immer wieder. Herr Prof. Gerlach hat bereits darauf hingewiesen, dass wir uns das im Augenblick gar nicht leisten können. Wir haben eine riesengroße Not, die Stellen überhaupt zu besetzen und es werden nicht alle besetzt. Wenn es uns gelingen könnte diese Hürden abzubauen und die 30 Prozent Interessierten, die durchaus Allgemeinmediziner werden würden, zu motivieren diese Weiterbildung aufzunehmen, wäre das sehr positiv. Eine zentrale Stiftungslösung hat den Vorteil, dass die Bedingungen für alle gleich sind. Es ändert sich nichts an der Finanzierung. Die Gelder, die jetzt schon im Förderprogramm „Allgemeinmedizin“ auch durch die Ärzte zur Verfügung gestellt werden, würden gleich bleiben. Sie würden nur in dieser zentralen Stiftungsregelung untergebracht und von dort aus verteilt werden können. Ein zweiter Aspekt ist, dass wir bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen an Kompetenzzentren, an Weiterbildungsverbünde erstellen könnten, die sicherstellten, dass überall im Bundesgebiet eine hochqualifizierte Weiterbildung stattfinden kann. Das ist im Augenblick leider nicht der Fall, weil es Kompetenzzentren, die nachweislich zu einem enormen Schub der Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ geführt haben, nur in den Ländern gibt, die Geld in die Hand nehmen und die Overheadkosten, also die Strukturkosten übernehmen. Wir haben in einer Erhebung festgestellt, dass 38 Prozent aller in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner befindlichen Ärzte sich in den Ländern Baden-Württemberg, Hessen und Bayern befinden. Dort gibt es diese gut ausgebildeten Kompetenzzentren, an denen 38 Prozent aller Weiterbildungsassistenten ihre Weiterbildung durchführen. Das hilft uns in der flächendeckenden Umsetzung nicht. Das benötigen wir in ganz Deutschland.

Abg **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht zum Entlassmanagement und richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Caritasverband. Sie berichten in Ihren Stellungnahmen, dass es bei der Überleitung aus der stationären Behandlung in die Kurzzeitpflege häufig zu Problemen kommt, als da wären: vorläufige Bescheide, Gewährung von Kurzzeitpflege, Widerruf der Leistungsgewährung und anderes. In diesen Fällen müssen die Patientinnen und Patienten die Kosten selber tragen. Können Sie uns die Problematik ganz kurz skizzieren und vor allem sagen, welche Lösungsvorschläge Sie haben?

SV **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Tatsächlich erreichen uns zahlreiche Berichte von betroffenen Versicherten, die aus dem Krankenhaus entlassen und dann in eine Kurzzeitpflege, die prinzipiell im SGB XI angesiedelt ist, übergeleitet werden. Es kommt dann später manchmal zu einer einstufigen, oft aber zu einer zweistufigen Begutachtung. Erst nach Aktenlage, dann im persönlichen Kontakt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Wenn dann keine Pflegestufe bescheinigt wird, und die Pflegestufe richtet sich auch nach dem Pflegebedarf des Patienten innerhalb der nächsten sechs Monate, ist es häufig so, dass die Versicherten die Kosten für die bis dahin erbrachte Kurzzeitpflege aus eigener Tasche zahlen müssen. Dazu hätten wir zwei Lösungsvorschläge. Zum einen sollte gesetzlich festgelegt werden, dass für die Zeit, die bis zur Begutachtung durch den MDK vergeht, keine Rückforderung von Geldern bei den Versicherten anfallen, denn die Versicherten haben keinen Einfluss darauf, wann diese Begutachtung stattfindet. Noch besser wäre allerdings, wenn es zu einer kurzzeitigen Überbrückungspflege auf der Grundlage des SGB V käme, denn der Versorgungsbedarf ergibt sich mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und wird dort festgestellt. Wir müssen uns der Tatsache stellen, dass Menschen aus dem Krankenhaus entlassen werden, die sich noch nicht allein zu Hause versorgen können. Die Regelungen der häuslichen Krankenpflege sind derzeit nicht ausreichend, weil sie sich ausschließlich auf das häusliche Umfeld beziehen und keine stationäre Versorgung ermöglichen. Deshalb wäre ein neuer Leistungsanspruch im SGB V die sinnvollste Lösung. Wir würden allerdings dafür plädieren, an dieser Stelle eine Evaluation und eine Qualitätssicherung des Entlassmanagements der Krankenhäuser mit anzuschließen, weil dieses nach unseren Erfahrungen qualitativ sehr unterschiedlich ausfällt.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Auch in den Krankenhäusern wird gesehen, dass Patienten nicht nach Hause entlassen

werden können, weil sie eine Kurzzeitpflege benötigen. Wenn es nicht gelingt, die gesamte Begutachtung für die Berechtigung nach § 11 SGB V während des Krankenhausaufenthalts durchzuführen, kommt es zu den gerade beschriebenen Rückkopplungen. Eine solche Begutachtung ist aber nicht immer möglich. Deshalb würden auch wir es für sinnvoll halten, wenn das in den § 37 SGB V integriert würde, damit es gesicherter Bestandteil der häuslichen Krankenpflege im Nachgang zur Krankenhauspflege wird.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich meinen Vorrednern anschließen. Die Problemlage ist korrekt geschildert. Wir haben das Problem seit Jahren beobachten können und seit Langem vorgeschlagen, die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge auszugestalten. Konkreter Vorschlag: Wenn jemand nicht langfristig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, aber Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge in Anspruch nehmen muss, sollte der entsprechende Leistungsanspruch, der im SGB XI entsteht, über einen Ausgleichsbetrag aus dem SGB V refinanziert werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich möchte meine Frage an Herrn Prof. Dr. Greß und an die Bundespsychotherapeutenkammer, Herrn Prof. Dr. Richter, stellen. Es geht in unserem Antrag um die „Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung“. Können Sie uns erläutern, inwiefern die Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Ziele des Versorgungsstärkungsgesetzes, beispielsweise Wartezeiten oder die räumliche Verteilung der Arztpraxen, befördern könnte und warum die Anliegen des Gesetzes bei Weiterbestehen der PKV eher behindert würden?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Ich fange bei den Terminservice-Stellen an. Da war der Ansatzpunkt der Bundesregierung in der Gesetzesbegründung, dass Kassenpatienten über teilweise, ich zitiere „sehr lange Wartezeiten beim Facharzt“ berichten würden. Das ist richtig, greift aber aus meiner Sicht zu kurz, weil sie, und dazu gibt es inzwischen eine gesättigte Empirie, vor allen Dingen über unterschiedlich lange Wartezeiten berichten, wenn es um GKV- und PKV-Versicherte geht. Das reicht, je nach Studie und Studiendesign, von durchschnittlich zehn bis zu 20 Tagen, mit sehr großen Variationen bei einzelnen Facharztdisziplinen. Das liegt natürlich in erster Linie an den ökonomischen Anreizen durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme. Da reagieren offensichtlich viele Ärztinnen und Ärzte auf die gesetzten Anreize. Aus meiner Sicht wäre eine Angleichung der Vergütungsregelung notwendig, um diese Anreize zu neutralisieren. Das wird realistischer Weise nur in einer Bürgerversicherung funktionieren oder wäre nur in einer solchen umsetzbar. Umgekehrt bedeutet es, wenn an diesen Rahmenbedingungen nichts geändert wird, sind die Terminservice-Stellen aus meiner Sicht weiße Salbe. Schaden nichts, nutzen aber auch nicht viel. Ähnlich ist die Situation bei der Bedarfsplanung, dort allerdings noch deutlich differenzierter. Wir haben bei der Dualität von GKV und PKV bisher immer über Nachhaltigkeits- und Gerechtigkeitsdefizite diskutiert. Hier kommen aber auch die Allokationsdefizite sehr stark zum Vorschein. Es liegt als Konsequenz der unterschiedlichen Vergütungssysteme die Annahme nahe, dass sich Ärztinnen und Ärzte vor allen Dingen in solchen Regionen niederlassen, in denen der Anteil der Privatversicherten besonders hoch ist. Dazu gibt es inzwischen auch sehr interessante Empirie. Ein Prozent mehr Privatversicherte bedeutet in urbanen Regionen dreimal so viele Ärzte pro 100.000 Einwohner, in ländlichen Regionen zweimal so viele Ärzte pro 100.000 Einwohner zusätzlich. Bei den Hausärzten ist der Effekt deutlich geringer. Diese unterschiedlichen Vergütungen erschweren eine bedarfsgerechte Versorgung für die Versicherten und erhöhen die Gefahr, dass durch den herrschenden ökonomischen Druck das grundsätzlich sinnvolle Nachbesetzungsverbot ins Leere läuft und der beabsichtigte Sinn, die schon angesprochene Umverteilung der knappen Ressource Arzt/Ärztin aus städtischen in ländliche Regionen nicht erreicht wird.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Fix vom Caritasverband. Wir fordern in unserem Antrag zur Veränderung der Bedarfsplanung, dass diese endlich auf eine fundierte Datenbasis gestellt werden muss, da die heutigen Verhältniszahlen nur wenig über die tatsächliche Versorgungssituation vor Ort aussagen. Sie haben, als einer der wenigen Verbände, direkt dazu Stellung genommen. Wie schätzen Sie diese Situation ein? Ich bitte Sie auch die Frage zu beantworten, warum es bisher keine Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V zur selbstständigen Ausübung von

Nur zur dienstlichen Verwendung

Heilkunde, die durch Pflegekräfte durchgeführt wird, gibt und wie Sie die entsprechende Forderung in unserem Antrag bewerten.

Der **amtierende Vorsitzende**: Ich bitte Sie, noch eine kurze Weile mit der Antwort zu warten. Ich habe nämlich Herrn Prof. Dr. Richter nicht aufgerufen, der auch gebeten wurde, auf die Frage von Herrn Abg. Weinberg zu antworten.

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Versorgung von privatversicherten Patienten zeigt im Bereich der Psychotherapie wiederum Besonderheiten auf. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die belegen, dass die Situation privat Versicherter von vielen Nachteilen gekennzeichnet ist. Das fängt damit an, dass die PKV bei der Aufnahme von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen extrem rigide vorgeht. Der zweite, noch gravierendere Nachteil ist, dass die Leistungen, die ein Versicherter bekommt – in der Regel hat er den Vertrag natürlich nicht so genau gelesen – ungefähr 70 bis 80 Prozent unter dem Niveau der GKV liegen. Das führt dann zu entsprechenden Problemen in der Versorgung dieser Patienten, die damit rechnen, dass sie zumindest dasselbe Niveau an Leistungen haben wie Kassenpatienten. Es gibt in dem Bereich, ich habe ein neues Wort von Herrn Baum gelernt, monetäre Störungen. Wir versuchen Patienten darüber zu informieren, aber natürlich auch mit den Versicherungen ins Gespräch zu kommen, dass sie die Benachteiligung von psychisch Kranken in ihren Verträgen revidieren oder reduzieren.

Der **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Herr Prof. Dr. Richter. Dann kommen wir jetzt zu den Antworten auf die beiden Fragen von Frau Abg. Wöllert an Frau Dr. Fix.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Zunächst zur Bedarfsplanung: Ich glaube, es gibt wahrscheinlich in diesem Raum nur wenige, oder niemanden, der der Auffassung ist, dass die gegenwärtigen Verhältniszahlen die Unter- und Überversorgung oder das Versorgungsgeschehen korrekt abbilden. Die gestern erschienene Studie der Bertelsmann-Stiftung „Faktencheck-Gesundheit“ hat dies erneut nachgewiesen. Es haben sich zwar einige positive Änderungen ergeben, insbesondere bei der hausärztlichen Planung, wo jetzt in Mittelbereichen kleinräumiger geplant wird, aber bei der fachärztlichen Versorgung gibt es wenig Veränderungen. Wir brauchen ein anderes System und hier ist meines Erachtens vorzuschlagen, dass neben den bisher gängigen Faktoren, die für die Bedarfsplanung herangezogen werden, systematisch auch das Geschlecht, die Morbidität und vor allem auch sozio-ökonomische Faktoren herangezogen werden, also Einkommensverteilung, Arbeitslosigkeit, aber auch der Faktor Pflegebedürftigkeit angesichts der alternden Gesellschaft. Des Weiteren auch Mobilitätsfaktoren wie beispielsweise die maximale Entfernung zum Haus- oder zum Facharzt. Insgesamt brauchen wir eine Neujustierung des Systems. Bei der Bedarfsplanung sollten auch die Augen- und die Frauenärzte in die Primärversorgung mit einbezogen werden. Das sind eigentlich keine Sekundärversorger. Die zweite Frage bezog sich darauf, dass sich bei § 63 Absatz 3c SGB V noch keine Modellvorhaben ergeben haben. Sie haben gefragt, was die Gründe sind. Einen Grund gibt der Gesetzentwurf, allerdings nur sehr zaghaft an, nämlich die curriculare Entwicklung. Der G-BA kann, muss aber keine standardisierten Ausbildungsmodelle entwickeln. Da hätten wir uns etwas mehr Mut gewünscht. Es könnte zumindest eine Hürde genommen werden, wenn die Curricularentwicklung endlich stattgefunden hätte. Weitere Hürden bestehen aber darin, dass die Modellvorhaben mit äußerst großem bürokratischem Aufwand verbunden sind. Außerdem gibt es auch wirtschaftliche Unsicherheiten bezüglich der Vergütung, die diese Kräfte hinterher auf dem Markt erzielen können. Nicht zuletzt hat der Gesetzgeber in Bezug auf die Ausgestaltung der Richtlinie einfach zu wenig Vorgaben gemacht. In der Richtlinie sehe ich zumindest zwei weitere Hürden, die hier noch zu benennen wären, nämlich der weiterhin bestehende Überweisungsvorbehalt des Arztes, der eigentlich verhindert, dass eigenständig Heilkunde ausgeübt werden kann. Zweitens gebe es die Unsicherheit, auf welche Krankheitsbilder sich die Ausbildung beziehen kann. Es werden Diabetes mellitus I und II, Bluthochdruck, Demenz und chronische Wunden genannt. Es ist aber zum Beispiel nicht klar, ob sich die Ausbildungsinhalte nun auf all diese Krankheitsbilder beziehen oder nur auf eines. Das sind reichlich viele Unklarheiten. Wir wünschen uns dringend, dass hier auch gesetzgeberisch und nicht nur im Bereich der Richtlinie nachjustiert wird.

Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Wir können gleich bei Frau Dr. Fix weitermachen. Mich würde interessieren, wie Sie die Behandlungszentren für Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf Versorgungsqualität und auch vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention bewerten.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.) haben sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass solche medizinischen Behandlungszentren für geistig behinderte Menschen und für Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen geschaffen werden, wenn Menschen nicht im Regelsystem behandelt werden können. Das ist bei sehr komplexen Krankheitsbildern, wenn die Menschen hohe Kommunikationshürden haben und schwere Verhaltensstörungen, der Fall. Von daher sind wir sehr dankbar, dass § 119 Absatz 10 SGB V nun vorsieht, solche Behandlungszentren nicht nur für Kinder, sondern auch für erwachsene Menschen zu schaffen. Wir sind hier vollkommen im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention, die in Artikel 26b ausdrücklich vorsieht, dass die Gesundheitsversorgung auch Menschen mit speziellen Behinderungen zugänglich gemacht werden soll. Denn um diesen Personenkreis handelt es sich. Für den Deutschen Caritasverband möchte ich nachdrücklich betonen, dass uns am Ausbau des Regelsystems sehr gelegen ist. Das Gesundheitswesen ist bei Weitem noch nicht barrierefrei, weder fachlich, noch personell oder räumlich. Hier ist dringender Handlungsbedarf gegeben. Die Zentren sollen für uns die Ausnahmen bleiben. Die Regelversorgung muss barrierefrei gestaltet werden. Die Zentren können allerdings eine wichtige Funktion entfalten, indem sie auch als Kompetenzzentren in die Regelversorgung ausstrahlen, weil eben behindertenspezifisches, gesundheitsbezogenes Wissen in die Regelversorgung transportiert wird.

Der **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Frau Dr. Fix. Wenn man bei dieser Antwort in das Gesicht von Frau Zinke und Herrn Prof. Seidel geguckt hat, könnte man denken, dass Sie für die Freie Wohlfahrtspflege insgesamt gesprochen hätten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an das IQWiG und dreht sich um die Nutzungsbewertung von Hochrisikomedizinprodukten. Nur jene Produkte sollen zur Bewertung freigegeben werden, die ein neues, theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen. Wie bewerten Sie diese Einschränkung?

SV **Prof. Jürgen Windeler** (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Zunächst muss man sagen, dass mit diesem Schritt ein eklatantes Regelungsdefizit im Vergleich zu den Arzneimitteln angegangen wird. Der Schritt ist erst einmal sehr sinnvoll und sehr wichtig. Sie haben aber Recht. Es gibt eine ganze Reihe von Einschränkungen und Relativierungen, die bis dahin gehen, dass eine wesentliche Richtlinie im Gesetz gar nicht erwähnt wird. Das könnte man aber nachholen. Dieses theoretisch-wissenschaftliche Konzept geht auf einen juristischen Begriff zurück, der dann in der Rechtsverordnung ausgestaltet werden muss. Ich kann sagen, was ein Verfahren mit einem neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept ist. Ich nehme mal ein Beispiel, das alle kennen. Wenn ich Stents am Herzen einsetze, um die Gefäße zu erweitern, dann wäre es ein neues wissenschaftliches Konzept, wenn ich an diese Stents ein Medikament anhänge. Das ist nicht das Gleiche, wie ein normaler Stent. Genauso wäre es ein neues wissenschaftliches Konzept, wenn ich diesen Stent nicht im Herzen, sondern im Kopf, bei Hirngefäßen, einsetzen würde. Zwar ist das eine ein Stent und der andere auch, aber die Mediziner würden sagen, das sind zwei sehr unterschiedliche Indikationen. Ich glaube, man wird bei dieser Festlegung aufpassen müssen. Die Differenzierungen zwischen Sprung- und Schrittinnovation helfen nicht so richtig weiter, denn es würde nur ein unscharfer durch einen anderen unscharfen Begriff ersetzt. Man wird hier sehr aufpassen müssen. Herr Hermann hat bereits darauf hingewiesen, dass man diesen sehr wichtigen Schritt und die sehr wichtige geöffnete Tür im Regelungsinhalt nicht zu einer leeren Menge verkommen lassen darf, indem man die Einschränkungen so erhöht, dass kein Verfahren diese Einschränkung übersteht.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich möchte noch einmal auf die Selektivverträge zu sprechen kommen und den Verbraucherzentrale Bundesverband fragen. Die Bundesregierung will mit der Stärkung von Selektivverträgen den Qualitätswettbe-

werb fördern. Inwieweit ist es nach Ihrer Einschätzung sichergestellt, dass diese Verträge mehr Versorgungsqualität bringen? Inwiefern hat ein Qualitätswettbewerb stattgefunden? Wie schätzen Sie die Daten- und Kostentransparenz von Selektivverträgen ein?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Zunächst möchte ich klarstellen, dass es nach unserer Einschätzung im Interesse der Patienten gute Selektivverträge gibt. Aber das ist nach unserer Erfahrung bei Weitem nicht flächendeckend und vor allem nicht zwingend der Fall. Die Überprüfung der Aufsichtsbehörden erstreckt sich im Wesentlichen auf die Einhaltung der Rechtsvorschriften und auf finanzielle Aspekte. Die Leistungs- und die Verbesserung der Versorgungsqualität wird nicht überprüft. Im Gesetz und auch im neuen § 140a SGB V steht, dass mindestens die Anforderung des Kollektivvertrags erfüllt werden müssen. Einen Nachweis dafür, dass das tatsächlich erfolgt, gibt es aber nicht. Es ist auch so, dass die Leistungen, die in Selektivverträgen erbracht werden, in der gesetzlichen Qualitätssicherung zum Teil aus rechtlichen Gründen, zum Teil aufgrund organisatorischer Probleme nicht erfasst werden können. Das heißt, wir haben eigentlich keine Möglichkeit festzustellen, ob die Versorgung dort besser ist. Da die Evaluation der einzelnen Verträge ganz unterschiedlich, wenn überhaupt, stattfindet, haben wir keine Möglichkeit, die Verträge untereinander zu vergleichen. Daraus lässt sich für uns nur das Fazit ziehen, dass man die Qualität der Selektivverträge von außen in der Regel nicht beurteilen kann. Etwas, das man nicht sieht, kann auch keine Grundlage für den Wettbewerb sein. Das ist evident. Dazu möchte ich noch ausführen, dass die Regelungen im § 140a SGB V, wie sie jetzt stehen, sogar eine Einschränkung der Transparenz darstellen, da die Teilnahmeerklärung nur noch die relevanten Informationen für Versicherte enthalten. Für Nicht-Teilnehmer dürften diese nicht einmal mehr erhältlich sein. Vor diesem Hintergrund müssen wir zu dem Schluss kommen, dass damit der angestrebte Qualitätswettbewerb nicht erreicht wird, obwohl dies im Interesse der Patienten dringend notwendig wäre.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich habe noch einmal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Gerlach. Sie sprachen vorhin von der hausärztlichen Versorgung. Ich würde es gern noch auf die fachärztliche Versorgung herunterbrechen. Welche Strukturen könnten Sie sich in Regionen, die nicht gerade reich sind und in denen Kommunen kein Versorgungszentrum finanzieren können, um eine sektorenübergreifende Versorgung, die auch in die ambulante Versorgung hereinreichen und die nachhaltig und zukunftsfest sind, vorstellen? Wie müsste das aussehen und wie müssten die Finanzströme laufen?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach**: Wir haben im letzten Gutachten dazu ausführlich Stellung genommen. Ich würde, so habe ich Ihre Frage verstanden, insbesondere an unterversorgte Regionen denken und für diese Regionen, aber letztlich auch für die Städte, für ärmere Stadtteile in den Städten, haben wir lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung vorgeschlagen. Es gibt den Typ A der von Praxen ausgeht, z. B. einer Gemeinschaftspraxis, einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder auch einem medizinischen Versorgungszentrum. Wir können uns aber auch einen Typ B vorstellen, der z. B. an ein kleines lokales Landkrankenhaus andockt, an dem es ein Facharztzentrum und/oder eine Tagesklinik für Geriatrie gibt, wo es einen Pflegedienst und mobile Dienste gibt. Man muss vor Ort entscheiden, was ist und was gebraucht wird. Dann kann man etwas bedarfsgerecht entwickeln. Sie fragten nach den Trägern oder Finanzierungsstrukturen. Wir haben generell keinerlei Einschränkungen, was die Träger oder die Finanzierung angeht. Wir würden sagen, dass es einen Vertragswettbewerb geben sollte. Es muss alles möglich sein. Wir sehen auch keinen Hinweis darauf, dass man das als Gesetzgeber beschränken müsste. Wir glauben, dass privatwirtschaftliche Initiativen genauso wertvoll sein können, wie z. B. kommunale oder auch, wenn man es in Deutschland erlauben würde, von Kassen ausgehende Initiativen oder auch Eigenbetriebe von Kommunen, die jetzt erlaubt werden sollen. Da würden wir Träger- und Betreibervielfalt und auch Vertragswettbewerb sehen. Die Beteiligten vor Ort müssen ihre Präferenzen umsetzen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Bei der besonderen Versorgung sollen im geplanten

§ 140a SGB V die Pharma- und Medizinprodukteindustrie ebenfalls Vertragspartner der Krankenkassen werden können. Wie bewerten Sie das?

SVe **Claudia Zinke** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V. (DPWV)): Die standen auch schon vorher drin und wir haben in der Vergangenheit bereits kritisiert, dass Pharmafirmen und Medizinprodukthersteller Vertragspartner der integrierten Versorgung werden können. Aus unserer Sicht finden wir das schwierig, da es sich um gewinnorientierte Unternehmen handelt und wir sehen einen Interessenkonflikt, wenn ein Pharmaunternehmen gleichzeitig Arbeitgeber eines Arztes ist. Wir sehen die Therapiefreiheit für die Ärzte eingeschränkt und ich sage am Schluss: „Wes‘ Brot ich ess', des‘ Lied ich sing“.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Greß. Es geht noch einmal um unseren Antrag „Abschaffung der PKV“. Das wird auch von uns unter dem Aspekt der Gerechtigkeit, der Abschaffung der Zwei-Klassen-Medizin gesehen. Ich wüsste von Ihnen gerne, inwiefern die Abschaffung der PKV zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen kann, bzw. wo die Ineffizienz bei der PKV liegt.

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Einen Aspekt hatte ich vorhin bereits angesprochen, nämlich die Allokationsdefizite im Hinblick auf die Verteilung und die Niederlassungsanreize. Ansonsten kann ich die Frage relativ kurz beantworten. Die PKV hat anders als die GKV kein Steuerungsinstrumentarium. Da, wo sie über Instrumentarien verfügt, beispielsweise bei der Arzneimittelsteuerung oder in der stationären Vergütungsverhandlung, profitiert sie vom GKV-Instrumentarium. Letztendlich sind Modelle, wie die integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme oder die hausarztzentrierte Versorgung, da, wo sie funktionieren und dort, wo sie einen Mehrnutzen für die Versicherten bringen, nur in der GKV und nicht in der PKV möglich. Meine Vorstellung wäre, dass zukünftig auch PKV-Versicherte an solchen Instrumenten teilhaben können sollten. Das kann die Private Krankenversicherung derzeit nicht leisten.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht die KBV, an Herrn Dr. Gassen und betrifft den § 87 Absatz 4a SGB V. Dort gibt es auch einen Vorschlag des Bundesrates. Hier sehe ich viel Ähnlichkeit mit einem Vorschlag aus Ihrer Stellungnahme. Wie bewerten Sie diesen Änderungsantrag des Bundesrates? Inwieweit sehen Sie die betroffenen KV-Regionen und den dabei im Gesetzentwurf hergestellten Zusammenhang zwischen Mehrinanspruchnahme und stationärer Behandlung zu Ungunsten der ambulanten Behandlungsfälle?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wie vorhin schon kurz angerissen, ist der Ansatz, den doch sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarf abzubilden, im vorliegenden Gesetzentwurf, aus unserer Sicht nicht ausreichend. Er zielt zwar auf eine Anhebung bei den KVen und den Ländern, bei denen eine deutliche Unterversorgung besteht, ab, aber er löst das Problem nicht, weil er hier nur von einer Aufverhandlung auf den Durchschnitt spricht. Aus unserer Sicht ist es entscheidend, die regionale Versichertenstruktur, also die Krankheitslast, mit ins Auge zu nehmen. Die regionale Versorgungsstruktur, das ist auch das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung und insbesondere die Arbeitsteilung. Hinzu kommen die Fragen nach den Versorgungszielen, die man an dieser Stelle formulieren muss und die nach potentiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten. Nehmen wir jetzt das Beispiel Nordrhein-Westfalen, wo wir eine relativ hohe Krankenhausdichte haben. Dort weisen die Kostenträger verständlicherweise darauf hin, dass sie sehr hohe Kosten zu schultern haben, weil die stationäre Versorgung sehr umfänglich ist. Das ist aus meiner Sicht trotzdem kein Argument dafür, in der ambulanten Versorgung deutlich unterdurchschnittliche Vergütungen zu zahlen und deutlich unterschiedliche Gelder zur Verfügung zu stellen. Denn so schreibe ich diesen Zustand in die Zukunft fort und schaffe überhaupt keine Möglichkeit, die ambulante Versorgung an der Stelle zu verbessern. Aus dieser Perspektive ist es aus meiner Sicht dringend erforderlich, dass man den regionalen Versorgungsbedarf identifiziert und entsprechend andere Vergütungsstrukturen schafft, damit wir genau diese Arbeitsteilung besser hinbekommen und keine Versorgungsdefizite festschreiben.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Für mich ziehen sich mehrere rote Fäden

durch das Gesetz. Einer davon heißt „Patientenorientierung darf nichts kosten“, oder „…soll für Kostensenkung herangezogen werden“. Das betrifft das Zweitmeinungsverfahren, die Nutzenbewertung der Medizinprodukte oder auch das Wahlrecht bei der Reha-Einrichtung. Sehen Sie das auch so und wie bewerten Sie das?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Tatsächlich spielen Kostenaspekte bei all den von Ihnen genannten Themen wie Zweitmeinungsverfahren, Nutzenbewertung und Wahlrecht-Reha, eine Rolle in der Ausgestaltung. Besonders deutlich sehen wir das am Beispiel der Zweitmeinung. Dort wird tatsächlich der Katalog der Leistungen, die potentiell eine Zweitmeinung erlauben, auf Leistungen eingegrenzt, bei denen das Risiko einer Mengenausweitung besteht. Es besteht ganz offensichtlich die Absicht, Kosten zu senken, wobei die Verantwortung dem Patienten zugewiesen wird. Wir haben damit grundsätzlich ein Problem, denn viele Patienten wissen nicht, dass sie prinzipiell aus dem Recht der freien Arztwahl abgeleitet, die Möglichkeit zu einer Zweitmeinung hätten. Es kommt auch vor, dass Ärzte in dem Augenblick, wo Patienten ihnen sagen, dass sie eine Zweitmeinung einholen wollen, sagen, dass diese Leistung privat bezahlt werden muss oder die Krankenkasse die Erstattung verweigert. Wenn die Regelung so bleibt, wie sie ist, befürchten wir, dass sich die Auswirkungen für Fälle, die nicht in den Katalog des G-BA fallen, noch einmal verschärfen. Vor diesem Hintergrund sehe ich einen weiteren roten Faden: In allen drei Bereichen wurden gute Ansätze gewählt, beim Reha-Wahlrecht ebenso wie bei der Nutzenbewertung. Bei der konkreten Ausgestaltung aber würden die tatsächlichen Interessen der Patienten weit über das hinausgehen, was jetzt ermöglicht, aber nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Sozialverband Deutschland. Wie bewerten Sie die Finanzierung des Innovationsfonds? Welche Modifikation schlagen Sie vor? An welcher Stelle sehen Sie Probleme bei den berechtigten Antragstellern?

SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir haben mit dem grundsätzlich richtigen Instrument des Innovationsfonds vor allem das Problem, dass die Versorgungsforschung zukünftig aus den GKV-Finanzen bezahlt werden soll. Wir sehen das, wie in anderen Forschungsbereichen auch, als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an, die aus Steuergeldern zu finanzieren wäre. Hilfsweise halten wir es auf jeden Fall für gegeben, die PKV zur Finanzierung des Innovationsfonds und seiner Maßnahmen heranzuziehen. Wir bedauern, dass im parlamentarischen Verfahren zwischen Referenten- und Gesetzentwurf noch weitere Antragsteller, wie zum Beispiel die Arzneimittelhersteller, hinzugekommen sind. Wir sehen die Gefahr, dass private Unternehmen ihre Forschungskosten künftig indirekt auf die Solidargemeinschaft übertragen, während die Gewinne berechtigterweise privat bleiben. Das halten wir für einen untragbaren Zustand. Ein grundsätzliches Problem des Innovationsfonds ist, dass Antragsteller zum Teil später über ihre eigenen Anträge entscheiden können, weil es eine Doppelung bei den Gremien und den Antragsstellungsmöglichkeiten gibt. Hier sehen wir Nachbesserungsbedarf.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Walendzik. Sie schlagen, ebenso wie wir, in Ihrer Stellungnahme vor, im Rahmen der besonderen Versorgungsverträge auf sozialversicherungssystemübergreifende Kooperationsmodelle, beispielsweise mit den Renten- und Pflegeversicherungsträgern, zurückzugreifen. Wie sehen Ihre Vorschläge dafür aus und welche Vorteile hätten solche Modelle?

ESVe **Dr. Anke Walendzik**: Wenn die Leistungen eines Sozialträgers Auswirkungen auf den Aufgabenumfang oder die Kosten eines anderen Trägers haben, dann spricht man in der Ökonomie von externen Effekten. Ein Beispiel wären Aktivitäten der Krankenversicherung, die zum Beispiel über Behandlungen oder medizinische Rehabilitation Einfluss darauf hätten, ob ein Patient pflegebedürftig oder ob er gegebenenfalls erwerbsunfähig wird und Leistungen der Rentenversicherung erhält. Dann mag es im Einzelfall für die Krankenkasse wenig Anreize geben, sich zu engagieren, weil es kostet und die Vorteile woanders anfallen. Es gibt eine Reihe möglicher gemeinsamer Maßnahmen, die beiden oder mehreren Trägern nutzen könnten. Da-

für gibt es aber keine Form der organisierten Zusammenarbeit. Wir haben uns das am Lehrstuhl für Medizinmanagement am Beispiel eines Best-Practice-Modells im Bereich der Wiederherstellung und Förderung von Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Arbeitnehmer näher angesehen Das ist ein klassisches Feld an der Schnittstelle mehrerer Bereiche. Das sind Unternehmen, Werksbetriebsärzte und verschiedene Sozialversicherungsträger. Das ist wichtig im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements und fügt sich auch in die Demografie-Strategie der Bundesregierung ein. Es geht um eine älter werdende Arbeitnehmerschaft, die mehr Probleme chronischer Morbidität mitbringt. Wir haben eine ganze Reihe von kleineren oder etwas größeren Projekten identifiziert, die Best-Practice-Modelle darstellen. Zum Beispiel „Job-Reha“ in Braunschweig/Hannover oder auch die Modelle der Salzgitter AG im Bereich der psychischen oder der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Es zeigt sich in der Versorgungspraxis, dass das sinnvoll ist. Die systematische Kooperation und die gegenseitige Information zwischen den Beteiligten sind ausgesprochen erfolgreich für den Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Schnittstellenmanagement ist ebenso wie verbesserte Informations- und Kommunikationswege, wichtig. Und es ist ganz klar, die zeitlichen Abläufe zwischen den Maßnahmen sind nachweislich verkürzt. Die therapeutischen Inhalte werden besser auf die Arbeitsplatzsituation abgestimmt und insgesamt kann man sehen, dass sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten relativieren. Nun ist es aber so, dass man feststellen kann, dass diese Projekte immer an einzelne, besonders engagierte Personen oder Sozialversicherungsträger gebunden sind und sich nicht so durchsetzen, wie es wünschenswert wäre. Teilweise werden diese Projekte vertraglich von den Krankenkassen auf der Basis des alten § 140a ff SGB V umgesetzt, aber eigentlich haben sie keine richtige Grundlage. Denn Rentenversicherungsträger, Werks- und Betriebsärzte werden nicht als mögliche Vertragspartner genannt. Das ist im Grunde kein isoliertes Problem, sondern es ist überall dort zu finden, wo es diese Anreizkonstellationen zwischen den Sozialversicherungsträgern gibt. Ein anderes Beispiel wären die Schnittpunkte für Eingliederungshilfe für Behinderte oder von Behinderungen bedrohten Menschen in den Kommunen. Insofern wäre es aus meiner Sicht sinnvoll, die möglichen Vertragspartner im neuen § 140a SGB V zu erweitern, indem man genau darauf achtet, dass die Kooperationsmöglichkeiten an die jeweilige Versorgungsproblematik angepasst werden und auch Sozialversicherungsträger übergreifend denken.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht auch an Sie und an den BV Managed Care. Wie beurteilen Sie die geplante Besetzung der Strukturen des Innovationsausschusses beim Innovationsfonds? Wer sollte aus Ihrer Sicht über die Förderanträge entscheiden? Reicht Ihnen die Einbeziehung des Expertenbeirats aus?

ESVe **Dr. Anke Walendzik**: Ziel des Innovationsfonds ist die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV. Insbesondere sollen sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gestärkt und die entsprechenden Projekte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers in selektivvertraglicher Form durchgeführt werden. Da stellt sich die Frage, wo oder welchem Gremium im System ordne ich die Entscheidung oder die Verwendung solcher Mittel zu? Traditionell ist es so, dass in unserem System die gemeinsame Selbstverwaltung eine bedeutende Rolle spielt. Aber es stellt sich die Frage, ob das im Hinblick auf diese spezifische Aufgabenstellung sinnvoll ist. Die Organisationen der Leistungserbringer sind strikt sektorenspezifisch aufgebaut. Der GKV-Spitzenverband ist auf die kollektive Versorgung ausgerichtet, anders als die Einzelkassen, die eher im selektiven Bereich tätig sind. Wenn sektorenübergreifende Innovation bisher nicht so stattgefunden hat, wie man sich das wünscht – und das ist der Grund für die Einrichtung des Innovationsfonds – muss man sich fragen, ob die genannten die berufenen Partner sind, um über einen solchen Innovationsfonds entscheiden zu können. Blicken diese Organisationen ausreichend über den Tellerrand der sektorenspezifischen Versorgung? Der Regierungsentwurf enthält Gegengewichte. Es gibt einerseits die stimmberechtigten Ministerien und es gibt auf der anderen Seite den Expertenbeirat, der allerdings lediglich beratend tätig ist und damit relativ schwach. Die Frage ist, ob das ausreicht. Da gibt es aus meiner Sicht einige Zweifel. Einerseits bleibt das Entscheidungsgremium dann der Innovationsausschuss. Der Innovationsausschuss ist nicht sehr stark an die Emp-

fehlungen des Expertenrats gebunden. Die stimmberechtigten Vertreter des Ministeriums können durch die Stimmgestaltung unterbinden, dass eine Bank die Förderung von Projekten verhindert. Aber es fehlt aus meiner Sicht an Vertretern, die von ihrer ganzen Interessenlage her eher sektorenübergreifenden Ideen verpflichtet sind. Es gibt zwei Wege, diesem Mangel abzuhelfen. Einerseits könnte man den Innovationsausschuss um weitere stimmberechtigte Mitglieder erweitern. Das könnten einerseits direkte Vertreter der Versorgungsforschung und -wissenschaft sein, die sich in dieser Hinsicht verdient gemacht haben. Auf der anderen Seite wäre hier eine Möglichkeit, Patientenvertreter stärker stimmberechtigt einzubeziehen. Man sollte das nicht als Paradigmenwechsel in der Selbstverwaltung, sondern bezogen auf die spezifische Thematik der Prozessinnovation und der sektorenübergreifenden Innovation sehen. Gerade Patienten haben an einer sinnvollen Versorgungskoordination über die Sektorengrenzen hinaus, Interesse. Alternativ könnte man die Rechte des Expertenrats, neben der Einbeziehung von Patientenvertretern, stärken, indem man den Expertenrat einen Vorschlag machen lässt, die Förderkriterien zu operationalisieren. Sollte der Innovationsausschuss anderer Meinung sein, sollte er verpflichtet werden, dies zu begründen und bei den einzelnen Förderbeschlüssen ähnlich vorzugehen. Weiterhin könnte man auch im Sinne meiner Ausführung zum § 140b SGB V die antragsberechtigten Personen ausweiten. Schließlich finde ich problematisch, dass die Finanzierung direkt über Kassenbeiträge geschieht, weil darin ein Anreiz zu kassenproporzbezogenen Entscheidungen des Innovationsausschusses liegt.

SV **Prof. Dr. Volker Amelung** (Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)): Wir begrüßen die Entwicklung des Innovationsfonds. Das ist eine Forderung, die wir mit anderen seit vielen Jahren gestellt haben. Wir können es eigentlich gar nicht abwarten, dass es endlich losgeht. Die Besetzung des Innovationsausschusses hat sich aus unserer Sicht im Laufe des Prozesses stark in die richtige Richtung gewandelt. Sie ist aber nach wie vor von der Logik der klassischen Selbstverwaltungsstrukturen geprägt. Wenn die Grundidee ist, interdisziplinäre, intersektorale Kooperation zu fördern, sollte man überlegen, nichtärztliche Heilberufe und auch Akteure, die nicht aus dem klassischen Gesundheitswesen kommen, in das Entscheidungsgremium einzubinden. Wir hatten in unserer ursprünglichen Stellungnahme bzw. einem vor etlichen Jahren geschriebenen Positionspapier angeregt, zwischen denjenigen, die profitieren und denen die Entscheidungen treffen, komplett zu trennen. Bei der Entscheidung über die Förderanträge geht es um zwei Aspekte. Der Innovationsausschuss entscheidet. Aus unserer Sicht aber ist es auch wichtig, in welchen Rhythmen bzw. in welchen Zeitintervallen gewählt werden sollte. Vielleicht wäre es sinnvoll vierteljährliche oder halbjährliche Entscheidungsrunden durchzuführen. Damit hätte man einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess. Gleichermaßen wäre es sinnvoll, den Innovationsfonds als dauerhafte Einrichtung einzubinden. Es lohnt sich zu den Entscheidungen noch stärker in andere Bereiche zu schauen, seien es die Exzellenzinitiativen, sei es Horizon 2020 oder sonstige Vergabeverfahren aus der Wissenschaft, wo es durchaus erprobte Muster gibt, die sich für solche Konzepte anbieten würden. Es ist uns nicht nur wichtig, dass der Expertenbeirat gehört, sondern dass abweichende Entscheidungen des Innovationsausschusses begründet werden. Das ist auch in anderen Stellungnahmen hervorgehoben worden. Gerade beim Expertenbeirat, und das durchzieht verschiedene Bereiche, sollte stärker darauf geachtet werden, internationale Expertise in die Entscheidungsprozesse mit einzubinden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie den von der Bundesregierung vorgeschlagenen Kreis der Antragsteller, die nach § 92a SGB V eine Förderung durch den Innovationsfonds beantragen können? Gibt es aus Ihrer Sicht Streichungs- bzw. Ergänzungsbedarf, beispielsweise bei der Frage der Ärztenetze und Kommunen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wenn man die Beiträge der letzten Redner hört, muss ich daran erinnern, dass wir hier über Beitragsmittel der Krankenkassen sowie über Zusatzbeiträge und nicht über Steuermittel sprechen. Exzellenzinitiativen kann man gerne über Steuermittel finanzieren. Unsere Einschätzung des Innovationsfonds entspricht der des Versorgungsstärkungsgesetzes insgesamt. Wir finden es prinzipiell gut,

Nur zur dienstlichen Verwendung

dass wir eine Förderung haben. Es gibt aber bei beiden grundlegende ordnungspolitische Entscheidungen, die wir für falsch halten. Das ist bereits in der Anhörung zum Thema „Hebammen“ angesprochen worden. Das betrifft aber auch die MDK-Verwaltungsräte, wo die für die Finanzierung Verantwortlichen nicht in die Entscheidungen miteinbezogen werden. Das ist beim Innovationsfonds und insbesondere beim Ausschuss und bei den Antragsstellern ein grundlegender Paradigmenwechsel. Es hat in der Vergangenheit noch nie die Situation gegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Kassen entschieden hat. Jetzt hat dieser einen direkten Zugriff auf den Gesundheitsfonds. Es werden selektive und kollektive Leistungsgestaltung miteinander vermischt. Das wird umso kritischer, als wir auch Vertreter der Bundesregierung im Innovationsausschuss haben; ein Vertreter des Gesundheitsministeriums, der sich selber beaufsichtigen und bei der Evaluation sagen muss, ob seine Mitarbeiter in der Vergangenheit richtig entschieden haben. Dann sitzt dort noch ein Vertreter des Ministeriums für Bildung und Forschung. Wir fragen uns, was dahinter zu vermuten ist. In der Regel geht man davon aus, dass die Produktforschung ins Portfolio des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gehört. Wenn das das Ziel des Innovationsfonds sein sollte, dann müssen wir tatsächlich von einer Zweckentfremdung von Beitragsgeldern sprechen. Das gilt dann auch für die Antragsrechte, die in der Version des Kabinettentwurfs noch erweitert worden sind. Das halten wir für völlig verfehlt. Es geht um Beitragsgelder von Versicherten und Arbeitgebern der Krankenkassen. Aus unserer Sicht ist es ein Unding, dass weitere Antragsrechte bestehen. Wir können uns nur vorstellen, dass es solche innovativen Projekte als in der Regel selektivvertragliche Gestaltung gibt, die mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden. Dass andere Partner dabei sind, ist sicher keine Frage, aber noch einmal: Es geht hier sowohl bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und erst Recht bei der Versorgungsforschung um Beitragsmittel der Krankenkassen. Ich kann mir schlichtweg nicht vorstellen, dass künftig begünstigte Wissenschaftler mit darüber entscheiden, wer die Forschungsgelder bekommen soll. Abgesehen davon ist es grundsätzlich falsch, dass Krankenkassen Forschung finanzieren. Das ist eine gesamtstaatliche Aufgabe. Dafür sollten Steuermittel zur Verfügung gestellt werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die IKK. Wir schlagen in unserem Antrag vor, den Sachverständigenrat im Gesundheitswesen mit der Prüfung und Entwicklung eines Verfahrens zur Qualitätsmessung und Transparenz für die gesetzliche Krankenversicherung zu beauftragen. Warum könnte eine solche Regelung aus Ihrer Sicht sinnvoll sein und was wäre bei der Ausgestaltung eines solchen Instruments zu beachten?

SV **Jürgen Hohnl** (Bundesverband der Innungskrankenkassen e. V. (IKK)): Die IKKen haben sich immer für einen fairen Wettbewerb ausgesprochen und wenn wir Qualität gegenüber Krankenhäusern oder Ärzten einfordern, müssen wir es auch gegen uns selber gelten lassen. Die Vielzahl an vorhandenen Überblicken oder Bewertungsportalen zeigt, dass kein einheitlicher Maßstab angelegt wird. Wenn man Transparenz will, muss man das fokussieren. Das würden wir begrüßen. Dabei müsste klar sein, dass es nicht nur um Finanz- sondern vor allen Dingen Qualitätsversorgungsaspekte handelt und dass dabei regionale Kassen anders begutachtet oder bewertet werden müssen als bundesweite. Beide müssen gerecht erfasst werden, damit es einen fairen Wettbewerb gibt.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den VUD. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur Ermächtigung von Hochschulambulanzen für die Patientenversorgung? Warum lehnen Sie ab, dass die Selbstverwaltung künftig auf Bundesebene Grundsetzung zur Begrenzung der Fallzahlen für Forschung und Lehre festlegen soll? Wie schätzen Sie ein, dass laut Gesetzentwurf zukünftig die DKG, der KBV und der GKV-Spitzenverband auf Bundesebene den Katalog von Patientengruppen für die Hochschulambulanzen Versorgungsaufträge bekommen, vereinbaren sollen,

SV **Ralf Heyder** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Der Gesetzentwurf hat unter anderem bezogen auf die Hochschulambulanzen das Ziel, die Ermächtigungsgrundlage der Versorgungsrealität anzupassen und in der Ermächtigung anzuerkennen, dass Universitätskliniken am-

bulante Patienten nicht nur aus Gründen von Forschung und Lehre versorgen, sondern originär weil sie die Versorgung dort beanspruchen und sie nirgendwo sonst bekommen können. Dieses Grundanliegen halten wir für richtig und wir finden auch einige Punkte im Gesetz wieder, die wir ausdrücklich begrüßen. Zum einen die Tatsache, dass die Ermächtigung künftig auf Grund des Gesetzes erfolgt und wir nicht mehr den Umweg über den Zulassungsausschuss der KV nehmen müssen. Gut ist auch, dass es in Zukunft die Möglichkeit gibt, Hochschulambulanzen für Versorgungszwecke originär für solche Patienten, die das aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung benötigen, zu öffnen. Welche Patientengruppen das konkret betrifft, muss in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen der Deutscher Krankenhausgesellschaft, der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Konsens festgelegt werden. Wenn man sich die Stellungnahmen der KBV und auch der GKV zu diesem Thema ansieht, dann gehen beide, und zwar fast in wortgleicher Formulierungen, davon aus, dass man die Hochschulambulanzen eigentlich gar nicht bräuchte, weil diese sowieso in überversorgten Universitätsstädten liegen. Was das für die Erfolgschancen einer solchen dreiseitigen Vereinbarung bedeutet, wird man abwarten müssen. Wir sind skeptisch, ob man auf diesem Weg eine wirklich umfassende Öffnung der Hochschulambulanzen für schwerkranke Patienten erreichen wird. Das wird man im Verfahren sehen müssen. Dem gegenüber steht im Gesetzentwurf, dass unsere heute schon vorhandene Ermächtigung zum Zwecke von Forschung und Lehre durch eine Bundesvereinbarung zwischen der Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband, die explizit Begrenzungsregelungen für diese Ermächtigung vorsieht, massiv beschnitten werden soll. Bisher ist dieses Thema im Bund nicht geregelt. Die Frage, wie viele Fälle in Hochschulambulanzen aus Gründen von Forschung und Lehre versorgt werden dürfen, wird allein zwischen dem einzelnen Universitätsklinikum und den Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt. Wir sind der Meinung, dass die bisherige Regelung zielführend war. Sie hat nicht dazu geführt, dass unbotmäßig hohe Fallzahlen vereinbart worden sind. Es gibt allerdings deutliche Unterschiede in der Auslegung in den einzelnen Ländern. Wir befürchten, dass eine bundeseinheitliche Regulierung künftig zu sehr niedrigen Fallzahlen führen wird. Das führt dazu, dass dort, wo die Versorgung in Hochschulambulanzen heute gut funktioniert, die Versorgung am Ende sogar schlechter wird. Damit wird das eigentliche Regelungsziel dieses Gesetzes, nämlich den Zugang für Patienten in die Hochschulambulanzen offen zu halten oder sogar zu erweitern, ins Gegenteil verkehrt wird. Deswegen plädieren wir an dieser Stelle dafür, diese Begrenzungstatbestände auf Bundesebene wieder zu streichen und es so zu lassen, wie es ist, d. h. dass die Fallzahlobergrenzen weiterhin dezentral durch die einzelnen Unikliniken und die Kassenverbände auf Landesebene verhandelt werden. So ist eine sinnvolle Weiterentwicklung des Status Quo in einem überschaubaren Rahmen möglich.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage mit der Bitte um eine kurze Antwort, richtet sich an den vdek. Wie beurteilen Sie die von der Bundesregierung im § 105 SGB V geplante Öffnung der Strukturfonds der KVen auch auf nicht unterversorgte Regionen?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Die Strukturfonds nach § 105 SGB V sind eingeführt worden, um die Versorgungsdisparitäten zwischen unter- und überversorgten Regionen auszugleichen und abzubauen. Es war damals das erklärte Ziel, dass die von Unterversorgung bedrohten Gebiete frühzeitig Maßnahmen ergreifen können sollten, um eine Unterversorgung zu verhindern. Wenn der Fonds jetzt auf alle KV-Bereiche, also auch auf überversorgte Regionen, ausgerollt wird, wird das Ziel konterkariert. Denn wir verfestigen die Strukturen statt für eine gleichmäßige Versorgung zu sorgen. Die Krankenkassen als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung sollten an der Mittelverteilung beteiligt werden und gemeinsam entscheiden, wo die Gelder im Konkreten hinfließen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Richter von der Psychotherapeutenkammer. Das Gesetz sieht einen gesetzlichen Auftrag zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie vor. Halten Sie diesen Auftrag für ausreichend, um dem unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von Patienten mit einer psychischen Erkrankung gerecht zu werden, insbesondere auch vor

dem Hintergrund der vielen chronisch und psychisch Langzeiterkrankten?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Wir haben sehr begrüßt, dass das als notwendiges Ziel gesehen wird. Wir halten allerdings eine Präzisierung des Auftrages an den G-BA für nötig. Wir haben dazu Vorschläge unter dem Stichwort einer psychotherapeutischen Sprechstunde gemacht. Wir sind der Meinung, dass deutlicher Handlungs- und Behandlungsbedarf besteht, gerade für die von Ihnen erwähnte Patientengruppe. Das wird aber in der jetzigen Formulierung nicht ausreichend deutlich, weil sie zu allgemein ist. Es müssten die unterschiedlichen Aufgaben dieser psychotherapeutischen Sprechstunde benannt werden. Wichtig dabei ist, dass in dieser Sprechstunde Indikationen für Versorgungsangebote des gesamten Spektrums gestellt werden können. Damit meinen wir innerhalb und außerhalb der GKV. Dazu bedarf es natürlich entsprechender diagnostischer Leistungen. Die sind im jetzigen Kontext nicht abgebildet. Wir schlagen deswegen vor, dem G-BA eine Orientierung zu geben und eine Präzisierung des § 92 Absatz 6a SGB V zu erarbeiten. Außerdem müssen in der Sprechstunde auch Leistungen zur Prävention, ich schlage jetzt den Bogen zum Präventionsgesetz, vorgesehen werden. Es macht wenig Sinn, wenn wir eine Sprechstunde anbieten und Leistungen zur Prävention nicht abgebildet werden. Das halten wir für einen ganz wichtigen zweiten Aspekt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die Vertreterin der Verbraucherzentrale und bezieht sich auf das Krankengeldmanagement. Reicht aus Ihrer Sicht die vorgeschlagene Regelung aus, um wirksam zu verhindern, dass Versicherte durch ihre Krankenkassen unter Druck gesetzt werden? Wie kann die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsleistung für Krankengeldbeziehende durch die Krankenkassen überprüft, sichergestellt und evaluiert werden?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Eine kurze Vorbemerkung zum Thema Krankengeld. Wir haben es sehr begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf die Lücke von einem Tag beim Krankengeldbezug geschlossen wurde. Zum Krankengeldfallmanagement. Wir stehen den geplanten Regelungen äußerst kritisch gegenüber. Wir haben jetzt schon sehr viele Berichte, dass unter der Überschrift Krankengeldfallmanagement Druck auf Versicherte ausgeübt wird, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren oder in die Frühverrentung zu gehen. Vor dem Hintergrund befürchten wir, dass diese neue Regelung eher dazu führt, dass eine nicht im Patienteninteresse liegende Praxis legitimiert und positiv sanktioniert wird. Vor diesem Hintergrund sollte aus unserer Sicht kein aktives Zugehen durch die Krankenkassen auf die Versicherten möglich sein. Es sollte eine allgemeine Information geben und wenn ein Versicherter tatsächlich Leistungen haben möchte, kann er die von seiner Krankenkasse bekommen. Dazu müsste auch eine unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet werden. Diese sollte Verstößen gegen das Gebot, mit dem Krankengeldfallmanagement aufzuhören, nachgehen, wenn der Versicherte das wünscht. Grundsätzlich sollte Transparenz über die Leistungsqualität geschaffen werden. Es gibt sehr gute Angebote und es gibt auch Krankenkassen, die gute Leistungen bringen. Man müsste sich im Rahmen einer unabhängigen Evaluation die Leistungen der Krankenkassen in dieser Hinsicht anschauen. Dazu gehört auch eine Patientenbefragung zu den Erfahrungen mit den Angeboten der Krankenkasse, ob Druck ausgeübt wird oder nicht. Das wäre aus unserer Sicht sachgerecht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage zum Krankengeld an den SoVD. Erfasst die vorgeschlagene Neuregelung alle problematischen Konstellationen, die sich durch eine ungewollte Unterbrechung des Krankengeldbezuges und bei der Beantragung ergeben haben?

SV **Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Die Antwort muss sehr kurz sein, deswegen sage ich nein. Sie erinnern sich an die Urteile, die das Bundessozialgericht Ende letzten Jahres gefällt hat. Das waren Fälle, wo zumindest eine Mitbeteiligung der behandelnden Ärzte zu verzeichnen war. Die Betroffenen haben einen falschen Rat bekommen oder der Arzt hat gesagt, kommen Sie doch lieber am Montag nochmal wieder. Die Kassen haben mit ihrer sehr restriktiven Auslegung Recht bekommen, dass es die Verpflichtung des Versicherten wäre dafür zu sorgen, dass er die Bescheinigung rechtzeitig bekommt. Für

diese Fälle sind auch die vorgesehenen positiven Regelungen keine Lösung. Hier muss man über Alternativen nachdenken.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an den BVMed. Wie ordnen Sie die Stärkung des Entlassungsmanagements im Krankenhaus gemäß § 39 Absatz 1 SGB V im Hinblick auf die Einbindung sonstiger Leistungserbringer gemäß § 126 Absatz 1 SGB V zur Hilfsmittelversorgung ein?

SV **Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Die jetzige Formulierung könnte so interpretiert werden, dass Krankenhäuser die Verträge zum Entlassungsmanagement ausschließlich mit ärztlichen Leistungserbringern schließen können. Die geplante Regelung im § 39 SGB V sollte explizit um die sonstigen Leistungserbringer ergänzt werden. Damit würde dem Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V mit einer sektorenübergreifenden Versorgung und der stärkeren Einbindung nichtärztlicher Leistungserbringer Rechnung getragen werden. Schon heute unterstützen sonstige Leistungserbringer mit ihren bewährten Strukturen die Krankenhäuser entscheidend beim Entlassungsmanagement. Sie ermöglichen unter anderem eine termingerechte Entlassung zum Beispiel an einem Freitag oder am Wochenende. Unsere Home-Care-Unternehmen sorgen dafür, dass die Patienten am Entlassungstag die erforderlichen Hilfsmittel und die entsprechende Beratung erhalten können. Das sollte auch in Zukunft gewährleistet sein. Daher regen wir an, die sonstigen Leistungserbringer in § 39 SGB V aufzunehmen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich würde gerne an die Debatte von vorhin anschließen. Meine Frage geht an die KBV, an Herrn Dr. Gassen. Frau Dr. Fix hatte in Bezug auf die Termin-Servicestellen vorhin schon angesprochen, dass es im Saarland funktionierende Einrichtungen bzw. ein funktionierendes Modell gibt. Nun meine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Wie wollen Sie Doppelstrukturen vermeiden? Wäre eine Länderöffnungsklausel in Bezug auf die Termin-Servicestellen ein gangbarer Weg und mit welchen Kosten rechnen Sie zum einen bei der Einrichtung der Servicestellen und zum anderen bei den jährlich anfallenden Kosten?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich ist die Position der KBV zu Termin-Servicestellen bekannt. Ich halte es, wenn man an dieser Regelung festhalten will, für unabdingbar, dass diese regional ausgestaltet werden, weil es nicht darstellbar wäre, bundesweite Regelungen zu erlassen. Das muss unbedingt in die Kompetenz der Länder-KVen. Entsprechend werden auch die Lösungen aussehen. Deshalb ist es aus unserer Sicht im Moment schwierig, die Kosten präzise zu beziffern. Das hängt natürlich von der Ausstattung einer solchen Servicestelle ab, ob diese mit Personal ausgestattet ist oder ob es eine Telefon-Hotline oder EDV-gestützte Lösungen gibt. Auf jeden Fall ist, wenn diese Regelung kommt, eine Evaluation unabdingbar, damit man verifizieren kann, ob es ein reales Wartezeitenproblem gibt und ob wir Versorgungsprobleme haben. Das wäre hilfreich. Ohne Evaluation greift das zu kurz.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den Einzelsachverständigen Dr. Metke. Sollte sich die Förderung auch auf die grundversorgenden Facharztgruppen, insbesondere auch die Kinder- und Jugendärzte beziehen? Sie haben Entsprechendes dazu ausgeführt. Der Einzelsachverständige Hermann hat vorhin über die Einschränkung der Selektivverträge gegenüber dem Kollektivvertrag berichtet. Wie sehen Sie das bei § 73c SGB V, teilen Sie die Meinung von Herrn Hermann? Halten Sie die Bereinigung bei den Selektivverträgen für zufriedenstellend und praktikabel umgesetzt?

ESV **Dr. Norbert Metke:** Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Weiterbildung für die Allgemeinärzte Pflicht und die Förderung implementiert ist. Die Statuten haben eine ungeheure Mengendynamik. Wir haben heute durch die Weiterentwicklung des Förderstatuts in Baden-Württemberg 50 Prozent mehr Ärzte in der Ausbildung zur Allgemeinmedizin, als wir das noch 2010 hatten. Da 75 Prozent derer, die im Förderstatut arbeiten, in die ambulante Versorgung übergehen, kann das Ergebnis kein anderes sein, als dass wir eine Zunahme der hausärztlichen Niederlassungen haben werden. Im Moment können wir nur knapp die Hälfte der frei werdenden Sitze überhaupt besetzen. Deswegen ist es für die Allgemeinmedizin nachdrücklich zu begrüßen. Dasselbe gilt aber auch für die Kinderärzte.

Nur zur dienstlichen Verwendung

Der Kinderarzt ist der Hausarzt des Kindes. Obwohl wir einen Geburtenrückgang haben, haben wir die Pflicht, für eine zunehmende Versorgungstiefe der Kinderärzte zu sorgen, weil sie immer mehr Aufgaben haben. Das Publikum ist ein anderes geworden. Die Migrationsproblematik, die auffälligen Kinder, das Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Wir wollen die Kinderärzte in die Prophylaxe des Kindesmissbrauchs einbeziehen. Dazu brauchen wir mehr Kinderärzte. Und Sie können die Kinderärzte nur begeistern, wenn Sie wissen, was Arbeit in der Ambulanz bedeutet. Genau dieselben Versorgungsprobleme haben wir bei den ersten Facharztgruppen. Wir haben nicht mehr ausreichend Gynäkologen und Augenärzte, weil sie nicht in die Versorgung gehen. Deswegen bitten wir darum, die Kinderärzte, aber auch die grundversorgenden Facharztgebiete in das Weiterbildungsstatut einzubeziehen. Erst dann können wir nach den Diskussionen auf dem Deutschen Ärztetag überhaupt einen verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt bei den Fachärzten implementieren. Sie können nur lieben, was Sie kennen. Also müssen Sie die Möglichkeit haben, in der Ambulanz zu arbeiten. Auch derjenige, der in das Krankenhaus zurückgeht, muss die Ambulanz kennen. Nur dann kann er das Entlassungsmanagement richtig durchführen. In diesem Sinne bitten wir um eine Ergänzung. § 140a SGB V ist ein sinnvoller Ansatz der Strukturordnung der besonderen Versorgungsformen. Ich muss mich aber Herrn Hermann anschließen. Die selektive hausärztliche Versorgung funktioniert nur, wenn es dieselbe Währungseinheit im fachärztlichen Bereich gibt. Sie können keine qualitative, selektive hausärztliche Versorgung machen, wenn Sie nicht exakt dieselben Strukturen im fachärztlichen Bereich vorfinden, und zwar mit denselben Rahmenbedingungen. Die Rahmenbedingungen im § 140a SGB V sind andere als im bisherigen § 73 c SGB V. Es würde zum fachärztlichen Selbstverständnis beitragen. Die Fachärzte verschwinden nämlich völlig. Im § 73c SGB V fand man uns zumindest, wenn wir auch nicht namentlich genannt wurden. Ich bitte Sie, darüber nachzudenken, § 73c SGB V zu belassen. Wir haben aber ein ganz anderes Problem mit dem § 140a, Absatz 3 Nummer 7 SGB V, wo festgelegt ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nur noch Vertragspartner werden sollen, wenn sie die Mitglieder der besonderen Versorgung unterstützen und dann auch nur in deren Auftrag. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen können Innovationen künftig nur noch auf Zuruf befördern und das geht nicht. Dieses KV-Kollektiv-System hat umfangreiche Neuerungen und Weiterentwicklungen nötig, mehr als jedes andere. Anschließend an das Sachverständigen-Gutachten geht es um Fragen der Patientensteuerung, der Evidenz in Diagnostik und Therapie sowie der Patientenmitverantwortung. Aber das muss umgesetzt werden. Wir haben in Baden-Württemberg auf dem Boden des bisherigen § 73c SGB V Verträge zur ADHS-Versorgung, zur Prävention des Kindesmissbrauchs und zur Verbesserung der Pflegeversorgung von Diabetikern. Wir können diese Verträge nicht mehr umsetzen. Wir bitten Sie, den Absatz, der erst im Kabinettsentwurf zur Unterstützung von Mitgliedern der besonderen Versorgung aufgenommen wurde, wieder zu streichen. Dies wäre im Interesse eines innovativen und sich weiterentwickelnden Kollektivsystems. Wir wollen das System leistungsfähig halten, aber es geht nicht. Bei der Bereinigung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nur ein Problem. Wir erfüllen als KVen Aufgaben für beide Systeme – für das Kollektiv- und für das Selektivsystem, beispielhaft das Förderstatut Allgemeinmedizin. Wir finanzieren diese Aufgaben von Verwaltungskostenabgaben auf die tatsächlichen Honorarsummen. Diese mindern sich durch die Selektivverträge in Baden-Württemberg um mehr als zehn Prozent. Wir können aber die Allgemeinärzte nur fördern, wenn wir das Geld von der Bereinigungssumme als Verwaltungskostenabgabe haben. Deswegen bitten wir darum, auch die Selektivvertragspartner an den gemeinsam zu erfüllenden Aufgaben für beide Systeme zu beteiligen.

Der **amtierende Vorsitzende**: Ich weiß nicht, wie das mit der Liebe und der Zukunft und der Gegenwart und der Vergangenheit ist, jedenfalls gibt es von Honoré de Balzac einen schönen Spruch und der besagt „Das Laster, der Höfling, das Unglück und die Liebe kennen nur die Gegenwart“. Jetzt ist die Gegenwart bei Dietrich Monstadt, der die nächste Frage stellt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Wir kommen jetzt zu den profaneren Medizinprodukten, wenn ich das so andeuten darf. Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rychlik und an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die im Gesetz geplante Einführung eines § 137h

SGB V zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen?

ESV **Prof. Dr. Dr. Reinhard P. T. Rychlik**: Es ist dazu bereits einiges gesagt worden, deswegen werde ich versuchen, mich kurz zu fassen. Grundsätzlich ist die Zeit reif für eine solche Bewertungsphase. Es gibt noch einiges im Detail zu tun, aber das kann in einer Rechtsverordnung geklärt werden. Andererseits muss man sagen, dass die Wissenschaft auch noch einiges zu tun hat. Nach dem AMNOG sind wir im Begriff der Innovation nicht weiter gekommen. Schrittinnovation und Sprunginnovation wird man beachten und auch dafür eine sinnvolle Erstattung finden müssen. Nun zum neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept. Wenn es ein juristischer Begriff ist, so ist die Patientenorientierung das Entscheidende, was ein neues theoretisches-wissenschaftliches Konzept ausmachen muss. Es muss im Gesetz verankert sein, dass es um ausgesprochen praktische Konzepte, die allein der Patientenorientierung dienen, geht. Besonders intensiv wirkende Arzneimittel oder auch Medizinprodukte hat es immer gegeben. Das alles ist nicht neu. Diesem Gedanken nachzugehen halte ich allerdings für verfehlt. Die Dauer, die ein Medizinprodukt im Körper wirkt, ist ebenfalls von elementarer Bedeutung. Am Schluss fehlt mir als Gesundheitsökonom über die eigentliche Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen hinaus eine sozio-ökonomische Betrachtung über den gesamten Zeitraum, den die Medizinprodukte im Körper verbleiben. Es ist für uns alle wichtig, wie lange ein Implantat oder ein Stent oder ein Hüftgelenk im Körper verbleiben kann und dort einen patientenorientierten Nutzen stiftet.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Auch wir begrüßen diese neuen Regelungen ausdrücklich. Wir haben uns viele Jahre dafür eingesetzt, dass es eine solche Veränderung gibt. Mit der geplanten Regelung wird zum ersten Mal ein automatisiertes und gleichzeitig zügiges Bewertungsverfahren für neue Methoden im Krankenhaus eingeführt. Wir gehen davon aus, dass damit die Sicherheit der Patientenversorgung nachhaltig gestärkt wird und nach der Einführung risikobehafteter medizintechnischer Innovationen zu einem frühen Zeitpunkt Klarheit darüber entstehen kann, wie es um deren Nutzen bestellt ist. Wenn der G-BA feststellt, dass man über die Anwendung eines neuartigen Hochrisiko-Medizinproduktes noch nicht genug weiß, kann er umgehend die Durchführung einer Studie initiieren. So ein Instrument fordern wir seit Jahren. Allerdings muss gewährleistet sein, dass alle Methoden mit neuartigen Hochrisiko-Medizinprodukten in das Verfahren hineingelangen und keine Aufweichung der geplanten Regelungen stattfindet. Wir haben an der Stelle einen Ergänzungsbedarf anzumelden. Wir sollten vermeiden, dass dieses Verfahren durch die Hintertür umgangen wird. Denn die Regelungen, die im Gesetzentwurf stehen, bedeuten, dass Krankenhäuser sich an Studien beteiligen müssen. Es heißt aber nicht, dass die Behandlung nur im Rahmen der Studie möglich ist. Diese Ergänzung ist notwendig. Sonst fürchten wir, dass ein Krankenhaus einen Teilnehmer für die Studie anmeldet und nebenher noch 500 andere Patienten mit der Methode behandelt. Das wäre nach der jetzigen Formulierung im Gesetzestext möglich. Deshalb unsere Bitte, unseren Vorschlag mit der Formulierung einzufügen, dass Patienten mit dieser neuen Methode nur im Rahmen der Studie behandelt werden können und nicht durch die Beteiligung der Krankenhäuser an Studien.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine zweite Frage richtet sich an den G-BA und an den BVMed. Wie weit und mit welcher Begründung sollte der Medizinproduktehersteller in das Bewertungsverfahren nach § 137a SGB V einbezogen werden und wie kann das Verfahren nach § 137h SGB V sowohl für das antragstellende Krankenhaus, als auch für den Medizinproduktehersteller vereinfacht und beschleunigt werden? Wie beurteilen Sie die sogenannte Trittbrettfahrer-Problematik, bei der sich der Medizinproduktehersteller nicht finanziell an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung an der Erprobung beteiligt, obwohl sie gleichartige Produkte herstellen?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Aus meiner Sicht ist es von zentraler Bedeutung, dass Medizinproduktehersteller in die Verfahren, und zwar pflichtig, einbezogen werden. Nur die Medizinproduktehersteller verfügen über die Evidenz, die notwendig ist, um im Rahmen einer Methodenbewertung sachgerechte Beur-

teilungen vornehmen zu können. Es kann aus unserer Sicht nicht der Fall sein, dass sich einzelne Krankenhäuser ohne Wissen des Herstellers eines Medizinproduktes an Studien beteiligen, ohne dass zugleich auch sichergestellt ist, dass sie über Standards verfügen, die eine sachgerechte Durchführung der Studie möglich machen. Vor diesem Hintergrund ist es aus unserer Sicht von entscheidender Bedeutung, dass die Gestaltung von Studien etc. betreffen, eine zwanghafte Beteiligung der Medizinprodukthersteller vorgesehen wird. Das führt zu einer Vereinfachung des Bewertungsverfahrens und auch zu einer Vereinfachung des Verfahrens für einzelne, sich an der Studie beteiligende Krankenhäuser, weil die Gestaltung dieses Studiendesigns mit dem Medizinprodukthersteller als federführendem Ansprechpartner geklärt werden kann. Damit ist es insbesondere für kleinere Krankenhäuser wesentlich einfacher, sich an den Studien zu beteiligen. Die Trittbrettfahrerproblematik stellt sich in zweierlei Hinsicht, wenn es um Produkte geht, die dem Patentschutz unterliegen. Wir sind dann in einem Bereich, in dem wir, anders als bei Arzneimitteln, keinen Unterlagenschutz im klassischen Sinne, aber schon einen Patent- und Markenschutz haben. Dann kann sich diese Trittbrettfahrerproblematik regelhaft nicht stellen, weil der Patent- und Markenschutz dem pharmazeutischen oder Medizinprodukthersteller eine Marktexklusivität gewährleistet. In den Fällen, in denen es um Schrittinnovation geht und mehrere Anbieter mit gleichen Entwicklungen im Markt sind, ist das, was von Frau Dr. Pfeiffer gesagt worden ist, wichtig. Wir bieten den Medizinprodukteherstellern nur im Rahmen der Studie Finanzierungssicherheit für die Anwendung ihrer jeweiligen Produkte. Das heißt, wer sich nicht an der Studie beteiligt, hat für die Produkte im jeweiligen Methodenbewertungsverfahren keine Finanzierungssicherheit. Vor diesem Hintergrund ist, jedenfalls für die Dauer der Erprobung innerhalb einer Studie, ein unmittelbarer wirtschaftlicher Anreiz für alle gegeben, sich zu beteiligen, wenn sie reüssieren wollen. Das ist gerade bei den nur minimal fortschrittlichen Kategorien ein ganz wichtiges Kriterium, weil hier häufig die Innovation nach zwei oder drei Jahren schon so überholt ist, dass eine Markteinführung jenseits dieser Fragestellung überhaupt nicht mehr relevant ist. Wenn Sie gestatten, möchte ich aus Sicht des G-BA eine wichtige Änderung in der gesetzlichen Formulierung anregen. Prof. Windeler hat es eben angesprochen. Sie haben im Gesetzentwurf vorgesehen, dass Schrittinnovationen, die nicht zu einer wesentlichen Veränderung des zugrunde liegenden Behandlungskonzeptes führen, ausgeschlossen werden sollten. Wir halten es für wichtig, dass die Formulierung „oder des Anwendungsgebietes“ eingeschlossen wird. Wenn der eben von Herrn Prof. Dr. Windeler erwähnte Stent im Herzen nur minimal fortentwickelt wird, mag das banal sein. Wenn dieser Stent aber in einer anderen Körperregion eingesetzt wird, ist das eine nicht mehr dem Banalen zuzurechnende Veränderung des Anwendungsgebietes. Deshalb ist diese Klarstellung sehr wichtig.

1. SV **Joachim M. Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Wir gehen davon aus, dass die Hersteller bisher unzureichend in das Verfahren eingebunden sind. Es ist zudem davon auszugehen, dass vorrangig der Hersteller maßgebende Informationen für das zu überprüfende Verfahren zur Verfügung stellen kann, damit die Krankenhäuser einen umfassenden und qualitativ fundierten NUB-Antrag stellen können. Vor diesem Hintergrund, sowie vor der geplanten verpflichteten Finanzierung der Erprobung, bedarf es der Zustimmung des Herstellers zu den NUB-Anträgen der Krankenhäuser. Zur Trittbrettfahrerproblematik lassen Sie mich Folgendes anmerken. Das Problem ist für uns nicht neu, es besteht ja schon in der existierenden Erprobungsregelung im §137e SGB V. Es ist bisher allerdings noch nicht aufgetreten. Ob der genannte Fall in der Praxis auftreten wird, bleibt abzuwarten. Oft haben neue Methoden Alleinstellungscharakter. Um diese geht es, wenn wir die engere Definition eines neuen wissenschaftlich-theoretischen Konzeptes zu Grunde legen. Insofern plädieren wir in diesem Fall für ein späteres Nachsteuern im Rahmen eines lernenden Systems, wenn die von Herrn Prof. Dr. Hecken angesprochene Situation der existierenden Patente nicht zu einer Lösung führt. Des Weiteren würden wir ein zeitlich abgestuftes Verfahren zur Identifizierung der zu bewertenden neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode vorschlagen. Nach unserem Vorschlag sollte das vom Gesetzgeber vorgesehene Verfahren beim G-BA erst nach der Festlegung der NUB, also der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode des Status 1, durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) erfolgen. Eine als NUB beantragte Methode entspricht

nur dann der Definition eines NUB, wenn das InEK diese als solche anerkannt hat. In diesen Fällen vergibt das Institut den Status 1. Wenn eine Methode vom InEK nicht als NUB anerkannt wird, erhält diese den Status 2. Das bedeutet, dass diese Methode keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die es auch keine zusätzliche Vergütung gibt, ist. Wenn wir so vorgingen, würden eigentlich nur die relevanten Verfahren mit NUB Status 1 einer Bewertung unterzogen. Das würde unnötige Bürokratie vermeiden, da es nicht zu einer Flut der durch die Krankenhäuser und Hersteller einzureichenden Informationen kommen kann.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ich möchte kurz auf das Thema Retaxation zu sprechen kommen – mit der Bitte um eine kurze Antwort von der ABDA. Können Sie uns einen wirtschaftlich bedeutsamen Fall schildern, in dem Krankenkassen auf Grund formaler Mängel retaxiert haben? Was können wir über den vorliegenden Entwurf hinaus tun, damit so etwas zukünftig nicht mehr vorkommt?

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Wir haben einzelne Fälle, z. B. bei Betäubungsmittelformularen, wo bestimmte Anforderungen formaler Art an Betäubungsmittel gestellt werden. Wenn dort retaxiert wird, können hohe Summen zustande kommen. Das können zehn Euro aber auch 100 Euro sein. Wir haben in Baden-Württemberg Fälle im fünfstelligen Bereich gehabt, wo dann trotz einer erfolgten Versorgung retaxiert wurde. Das halten wir für unangemessen. Deswegen begrüßen wir, dass Sie im Gesetzentwurf die Regelung eingeführt haben, dass wir zusammen mit dem GKV-Spitzenverband klare Regelungen zum Thema Retax auf 0 in unseren Vereinbarungen treffen. Sie haben dankenswerter Weise unseren Vorschlag aufgegriffen, dass eine Befristung vorgesehen wird, nach der in das Schiedsstellenverfahren gegangen werden muss, damit wir für den Fall, dass wir uns nicht einig werden, doch zu einer Regelung kommen. Wir könnten uns vorstellen, dass die Frist noch etwas verkürzt wird, um schneller zu Ergebnissen zu kommen. Aber ansonsten würden wir gerne mit dieser jetzt vorhandenen Regelung in die Verhandlung mit dem GKV-Spitzenverband eintreten und hier eine Lösung herbeiführen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich konzentriere mich auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Die Frage geht an den G-BA, die KBV und an Herrn Dr. Metke. Es geht um den Verzicht auf schwere Verlaufsformen, die der G-BA gefordert hat und den dauerhaften Bestandsschutz nach der alten § 116b SGB V-Regelung. Wie ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Planbarkeit für die Beteiligten, Ihre Meinung dazu?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich beginne mit der Übergangsregelung zum unbefristeten Bestandsschutz für die Altverträge nach § 116b SGB V. Wir haben bundesweit etwa 1.260 Zulassungen, davon 700 in onkologischen Anwendungsbereichen. Wir haben bei diesen 1.260 Zulassungen ein sehr starkes regionales Ungleichgewicht. Von diesen 1.260 kommen z. B. 280 aus Schleswig-Holstein und 400 aus Nordrhein-Westfalen. In Bayern gibt es 35, in Baden-Württemberg etwa 40 oder 50 Zulassungen. Das heißt, wenn wir über diese Übergangsregelung dauerhaft einen Fortbestand der Altversorgung statuieren würden, hätten wir zwei völlig unterschiedliche Zugangsberechtigte und Zugangsbereiche für die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV). Zum einen gäbe es die Zulassung nach § 116b SGB V alt, die nicht an schwere Verlaufsformen geknüpft ist. Sie unterliegt anderen qualitativen Rahmenbedingungen, weil damals das Prinzip „wer darf, der kann“ galt, während heute das Prinzip „wer kann, der darf“ auf der Basis von qualitativen Vorgaben statuiert ist. Deshalb vertritt der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. vertreten dessen unparteiische Mitglieder die Ansicht, dass es eine auf Dauer implementierte Übergangsregelung nicht geben kann, weil damit die Einheitlichkeit der Versorgung, die Chancengleichheit der Leistungserbringer und auch die für die Patienten zur Verfügung stehenden Leistungsangebote auf Dauer in einer Schieflage gehalten würden. Ein großes Problem in der Anwendung der § 116b-Richtlinien und in der Kreation der § 116b-Richtlinien ist bei den schweren Erkrankungen die doppelte Negation, das heißt, dass sich diese schweren Erkrankungen auch noch durch eine besonders schwere Verlaufsform auszeichnen müssen. Das führt bei onkologischen und vielen anderen Erkrankungen regelhaft zu einer Betrachtung der Stadien, bei der in manchen Fällen die Frage gestellt werden muss, ob ein früherer Zugang eines Patienten in eine spezialisierte Versorgung nicht hilfreicher wäre als

ihm den Zugang erst in einer end-of-life-Situation zu ermöglichen. Deshalb halten wir es für eine insgesamt bessere Lösung, wenn man die vorgesehene Beschränkung auf die schweren Verlaufsformen streichen würde. Dann kann man immer noch in der einzelnen Richtlinie Differenzierungskriterien aufnehmen. Wenn bei jemandem ein Darmpolyp gefunden wird, muss derjenige nicht in die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) für die Gastrotumoruntersuchung. Man ist nicht sklavisch an Stadienbetrachtungen gebunden und sollte dafür die Übergangsregelung mit Ewigkeitsgarantie nicht im Gesetz vorsehen. Sonst wird in Schleswig-Holstein kein einziger neuer Vertrag zustande kommen. Man wäre unökonomisch, wenn man so etwas täte. In Bayern und Baden-Württemberg hätte man ganz andere Versorgungsstrukturen und Angebote für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Es kann nicht Sinn einer bundeseinheitlich auf hohem Niveau stattfindenden, ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, solche Ungleichgewichte auf Dauer zu implementieren.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Manches, was ich hätte sagen können, hat Herr Prof. Hecken schon gesagt. Es ist sicherlich richtig, dass es keinen Sinn macht, eine Doppelstruktur zu fahren. Gerade die ungleichen Qualitätsanforderungen in § 116b alt und § 116b SGB V neu sind problematisch. Von daher plädieren wir dafür, die Befristung für Altverträge unbedingt zu belassen und hier keine Ewigkeitsgarantie auszusprechen. Wir müssen eine Entschlackung herbeiführen. Aus der Versorgung sehen wir, dass wir immer noch das Problem der Bereinigung der Verträge nach § 116b SGB V neu und die Vorgabe haben, die fach- und hausärztliche Grundversorgung nicht zu bereinigen. Das müssen wir mit unseren Vertragspartnern klären. Ansonsten könnten wir uns im Sinne der Vereinheitlichung und der besseren Erreichbarkeit der ASV, für die Patienten vorstellen, die Altverträge enden zu lassen und die Zugangskriterien zu vereinheitlichen. Man kann das beispielsweise im individuellen Ziffernkranz entsprechend schärfen.

ESV **Dr. Norbert Metke**: Wir meinen, dass die bisherige Übergangsregelung ausreicht und der Bestandsschutz endet, wenn der G-BA Neuindikationen festgelegt. Wir sehen keine Indikation für einen dauerhaften Bestandsschutz. Im Gegensatz zu den Vorrednern sprechen wir uns eindeutig und nachhaltig gegen die Herausnahme der schweren Verlaufsformen aus. Zum einen ist es ein Finanzierungsproblem. Das ist aber immer das letzte Argument. Des Weiteren ist es so, dass die ASV für die Organisation der Patienten im Alltag eine höhere bürokratische Hürde darstellt. Dies können die niedergelassenen Ärzte auf diese Art und Weise nicht leisten. Es gibt aber keine Zahlen, dass die versorgungsschweren Verläufe, zum Beispiel in der Onkologie, in der Niederlassung schlechter sind als im Krankenhaus, wissend, dass im Krankenhaus knapp die Hälfte der Ärzte keine Fachärzte sind und keine fachärztliche Versorgung stattfindet. Das spricht von vornherein gegen eine generelle Öffnung der Krankenhäuser. Streichen wir die schweren Verlaufsformen, bauen wir Doppelstrukturen und einen Konkurrenzkampf um denselben Patienten, der zu dessen Nachteil gereicht, auf. Die Bereinigung stellt ein zunehmendes Problem in der Stabilität der Basisversorgung der Kollektivversorgung dar. Wenn wir über schwere Erkrankungen auch noch bereinigt werden, ist die Restmenge für die Kollektivversorgung des Alltags nicht ausreichend.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Im Gesetzentwurf wird angeführt, dass die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung um Vertreter der Pflegebedürftigen und der Pflegeberufe erweitert werden sollen. Gleichzeitig soll die Mitwirkung von hauptamtlichen Kassenmitarbeitern in den MDK-Verwaltungsräten untersagt werden. Ich hätte gerne von ver.di, vom DGB und vom BKK Dachverband gewusst, wie sie diese Regelung sehen.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir sehen den medizinischen Dienst der Krankenkassen vor allem als ein Selbstverwaltungsgremium, bei dem eine Parität der Versicherten und der Arbeitgeber besteht. Wenn wir den medizinischen Dienst verändern, würden wir dort eine dritte Bank einführen und durch die Vertreter der Pflegebedürftigen und der Pflegenden Fragen mit hineinbringen. Damit würde dort auch über operative Dinge gesprochen und ihre Anliegen kämen dort zur Sprache. Ich glaube, das ist das falsche Gremium, in das diese Frage hineingepackt wird und wir meinen deswegen, dass man es auch in der Zukunft bei der Selbstver-

waltung, die gut funktioniert, auf dieser Ebene belassen und andere operative Fragen an anderer Stelle klären sollte.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): In Ergänzung zu meinem Kollegen, Herbert Weisbrod-Frey, kann ich sagen, dass wir bisher ganz gut damit gefahren sind, dass der medizinische Dienst der Krankenkassen über eine gewisse Staatsferne verfügt. Wenn nun ein Mechanismus vorgesehen werden soll, nach dem die Länder ein Drittel der Bänke bestimmen, haben wir ein Problem mit der Staatsferne. Das Zweite sind die Leistungserbringerinteressen. Da sehen wir die Gefahr, dass sie in den MDK mit einbezogen werden, das heißt, wir bekommen neue Verteilungskonflikte. Bisher haben wir schon die Konflikte zwischen Arbeitgebern und Versicherten bzw. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Ich bin mir nicht sicher, ob das zu Problemlösungen führt. Wir sollten angesichts der verschobenen Reformen der Sozialversicherungswahlen, das heißt, des gesamten Konstruktes der sozialen Selbstverwaltung, eine wissenschaftliche Evaluation darüber machen, was die soziale Selbstverwaltung in den MDKen leistet. Der Gesetzentwurf zeichnet sich dadurch aus, dass er keine Begründung für diese neue, dritte Bank liefert, sondern nur beschreibt, dass es eine neue dritte Bank geben soll. Auf das Warum bleibt der Gesetzentwurf die Antwort schuldig. Ich würde mich freuen, wenn eine Evaluation stattfände, auf deren Grundlage man dann ideologiefrei über eine mögliche Änderung bei den MDKen beraten könnte.

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V.): Wir sehen es ähnlich wie unsere Trägerorganisationen der Selbstverwaltungspartner. Wir verstehen das Anliegen des Gesetzgebers, insbesondere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Kernfragen der Pflegeversicherung zu beteiligen, halten es aber für schlecht umgesetzt, weil in den Verwaltungsräten der MDKen, die in der Tat in der Regel über operative Dinge und nicht über politisch strategische Fragen, wie es Selbstverwaltungsorganisationen in der Krankenversicherung tun, zu entscheiden haben. Schauen Sie in das SGB V und sehen Sie sich an, welche Aufgaben die Verwaltungsräte haben. Deshalb raten wir dringend, zu überdenken, ob das Anliegen so optimal ausgefüllt ist. Die Beteiligung von Leistungserbringern an Entscheidungen, die für die Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen unmittelbar bedeutsam sind, halten wir für höchst problematisch. Wenn man das in die gesetzliche Krankenversicherung weiter spinnt, ist das der erste Schritt zum Ende eines sozialmedizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegekassen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich komme auf den Themenbereich des Innovationsfonds zurück und richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband und an Herrn Knieps. Bei der Antragstellung für Projekte beim Innovationsfonds ist eine Krankenkasse bisher nur „in der Regel“ zu beteiligen. Halten Sie das für ausreichend?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Die Formulierung „in der Regel“ halten wir nicht für ausreichend. Da die Finanzierung des Innovationsfonds aus Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber erfolgt, ist es folgerichtig und auch dringend erforderlich, dass immer ein Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse Grundlage für eine solche Förderung sein muss. Deshalb sollten nur die Krankenkassen ein Antragsrecht haben. Das gewährleistet nicht nur, dass die Versorgungsprojekte praxisrelevant sind, sondern auch, dass wir eine Verantwortung der Finanziers haben und damit auch die Interessen der Patienten im Vordergrund stehen und über die Regelversorgung hinausgehen.

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V.): Mit der gleichen Begründung sehen wir das genauso. Ich verweise in diesem Kontext auf die Ausführungen von Herrn Hermann. Es muss Sinn machen, es über einen Selektivvertrag regelbar zu gestalten. Deshalb bitte ich, Innovationsfonds und § 140a SBG V zu harmonisieren.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Wir diskutieren das Spannungsverhältnis von Strukturen im Kontext von Partizipation, Innovation und Tradition. Meine Frage geht an die KBV, sowohl an Herrn Dr. Gassen als auch an Frau Feldmann. Der Gesetzentwurf sieht Regelungen zu getrennten Abstimmungen bzw. eine Parität bei gemeinsamen Abstimmungen von Haus- und Fachärzten in KBV und KV vor. Das Nähere soll ein Satzungsbeschluss mit Zweidrittel-Mehrheit binnen Frist herbeiführen. Erachten Sie diese Regelung in der jetzigen Ausgestaltung für

zielführend und praktikabel, um die Entscheidungsfähigkeit der Kassenärztlichen Selbstverwaltung zukünftig wieder sicherzustellen?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sind als Körperschaft der Meinung, dass unsere Vertragsärzte diese Diskussion nicht nachvollziehen können. Aus unserer Sicht besteht kein wirklicher Handlungsbedarf. Ich glaube nicht, dass man den gemeinsamen Versorgungsauftrag der Körperschaften damit erweitert oder mit einer entsprechenden Handlungsfähigkeit ausstattet. Das wird offensichtlich auch von vielen Bundesländern so gesehen. Wir haben wahrgenommen, dass von dort die Frage aufgeworfen wurde, ob man diese Regelung auch in den regionalen KVn umsetzen muss. Nein, muss man nicht, aber man muss sie auch auf Bundesebene nicht umsetzen. Wir haben im Vorgriff auf solche Diskussionen in der KBV einen Ausschuss in der Satzung etabliert, der mit der Frage befasst werden soll, ob es rein haus- oder rein fachärztliche Themen gibt. In diesem Fall würden die jeweiligen Versorgungsbereiche getrennt abstimmen. Handlungsbedarf für eine paritätische Stimmengewichtung sehe ich nicht.

SVe **Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich muss ein kleines bisschen weiter ausholen. Wir haben als Körperschaft den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der versicherten Menschen. Diese Versorgung umfasst sowohl haus- als auch fachärztliche Versorgung. Wir haben heute schon mehrfach gehört, dass die hausärztliche Versorgung sehr bedroht ist, dass wir sehr große Probleme haben, die offenen Stellen nachzubesetzen. Das hat dazu geführt, dass in keiner Vertreterversammlung überhaupt annähernd eine Parität erreicht wird, auch nicht in der KBV-Vertreterversammlung. Ich kann die aktuellen Zahlen nennen. Dort gibt es 22 Hausärzte, inklusive Kinderärzten, zwei zu hausärztlichen Vorständen gemachte Verwaltungsmitarbeiter und mittlerweile 36 fachärztliche Vertreter. Das führt dazu, dass es in der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Regel um Honorare und um die Weiterentwicklung von Honoraren geht. Das führt zu den Konflikten, die dort entstehen. Wir dürfen einfach nicht zulassen, dass das Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten hat. Daher ist es nicht zielführend, dort eine Parität reinzuschreiben, die am Ende keine Lösung bringt, weil Parität bedeutet, dass zum Beispiel ein Antrag eines Hausarztes auf Weiterentwicklung einer EBM mit der fachärztlichen Parität abgelehnt wird. Wir kommen dadurch nicht zum Ziel und geben zu bedenken, und das darf ich hier für die Hausärzte sagen, dass man darüber nachdenken sollte, ob der Gesetzgeber die Aufgaben schärfen und sowohl für den haus- als auch für den fachärztlichen Bereich definieren sollte, was die Aufgaben der Fachärzte und der Hausärzte sind. Die Hausärzte wären sehr froh, wenn wir uns allein mit der Weiterentwicklung unserer hausärztlichen Gesamtvergütung – wir haben eine getrennte Gesamtvergütung – unseres Anteils der Gesamtvergütung befassen dürften und dort entscheiden könnten. Es gibt erhebliche Unterschiede in der Versorgung, im fachärztlichen wie auch im hausärztlichen Bereich. Wenn das gelingen könnte, wäre wieder eine Befriedung in diesem System erreicht. Deshalb kann ich sagen, Parität bringt uns nichts, weil wir dadurch die Interessenlagen der einzelnen Versorgungsbereiche nicht gewahrt sehen. Ich sage bewusst nicht Interessengruppen, weil das keine Interessengruppen, sondern Versorgungsbereiche mit ganz unterschiedlichen Versorgungsaufträgen sind. Diese Entwicklung wird sich verschärfen, weil es immer weniger Hausärzte in diesem System geben wird.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den Vertreter der BPtK und die Vertreterin des DPTV. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten äußern sich immer wieder zur Problematik der Befugnisbeschränkungen. Ich würde Sie bitten, dazu Stellung zu nehmen und zwar vor allen Dingen unter dem Gesichtspunkt der Herausforderungen, die sich durch die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie ergeben.

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Beschränkung der Befugnisse infolge des Psychotherapeutengesetzes ist in der Tat ein Thema, das uns seit Jahren umtreibt. Wir haben eine Reihe von Vorschlägen gemacht und uns an den politischen Diskussionen orientiert. Es gibt eine Liste von Vorschlägen, eine Reihe von Befugniseinschränkungen mit Hilfe dieses Gesetzes aufzuheben. Ich will nur auf zwei eingehen. Das eine ist die Soziotherapie. Es geht um eine Gruppe von Patienten mit schweren psychischen

Nur zur dienstlichen Verwendung

Erkrankungen, die auch immer wieder bei Versorgungsdefiziten erwähnt wird. Das ist eine zahlenmäßig kleine Gruppe, die jetzt, wenn sie bei einem Psychotherapeuten in Behandlung ist, noch zusätzlich zu einem Psychiater gehen muss, wenn eine Soziotherapie für indiziert angesehen wird. Die Möglichkeit der Psychotherapeuten, die Soziotherapie direkt zu verordnen, ist im Interesse des Patienten unbedingt erforderlich, um Doppelstrukturen und Belastungen für diese Patientengruppe zu vermeiden. Der zweite Punkt wird kontrovers diskutiert. Das ist die Befugnis zur Krankenhauseinweisung. Wenn ein Psychotherapeut einen Patienten hat, der suizidal ist und er der Ansicht ist, dass dieser stationär behandelt werden sollte, muss er die Möglichkeit haben, diesen ohne Umweg in ein Krankenhaus einzuweisen, d. h. er muss auch den Krankentransport verordnen können. Wenn er das nicht kann, wie das im Moment noch der Fall ist, muss er aus berufs- und strafrechtlichen Überlegungen den Patienten im schlimmsten Fall selber ins Krankenhaus bringen. Das kann keine Lösung sein. Wichtig ist, dass Psychotherapeuten diese Kompetenzen nach dem jetzigen Psychotherapeutengesetz bereits haben. Das ist etwas, was sie in der Ausbildung gelernt haben. Es tauchte immer wieder bei den Diskussionen das Argument auf, dass Psychotherapeuten diese Kompetenz derzeit nicht hätten und erst erwerben müssten. Dieses Argument ist widerlegbar falsch. Wir werden das auch noch mit entsprechenden Papieren unterstützen. Es gibt noch zwei, drei andere Punkte, auf die ich jetzt aus Zeitgründen nicht eingehe. Hier ist dringend Handlungsbedarf und wir bitten darum, die Chance wahrzunehmen und diese anachronistischen Befugniseinschränkungen im Sinne der Patienten und im Sinne der Verbesserung der Versorgung aufzuheben.

SVe **Barbara Lubisch** (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTV)): Ich schließe mich Herrn Prof. Dr. Richter an. Wir arbeiten bereits gemeinsam mit den psychiatrischen Berufsgruppen an Konzepten zu einer koordinierten Versorgung der Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen. Zur Förderung dieser interdisziplinären Kooperation, die auch sektorenübergreifend in die Zukunft weitergedacht wird, ist es notwendig, dass die Kooperation auch formal verbessert wird. Die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten brauchen dazu die Aufhebung mindestens einiger Einschränkungen dieser Befugnisse, um die Kooperation in die Tat umsetzen zu können. Am dringendsten betrifft das die Überweisung zum mitbehandelnden Arzt und die Einweisung ins Krankenhaus, das wurde eben schon erwähnt, inklusive der Verordnung des dazugehörigen Krankenhaustransportes sowie die Verordnung von Sozio- oder Ergotherapie. Es würde die vorhin schon erwähnte Sprechstunde in ihrer Funktionalität deutlich stärken, wenn diese Befugnisse ausgeübt werden könnten.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage geht an den Caritasverband und an ver.di zum Thema Modellvorhaben „Substitution“. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit eines verbindlichen Zeitplanes zur Erarbeitung standardisierter Ausbildungsmodule zur Substitution gerade mit Blick auf ein noch zu erarbeitendes Pflegeberufe-Gesetz und welche Empfehlungen möchten Sie uns dahingehend geben?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Gesetz sieht leider keine Fristen vor. Ich habe schon erwähnt, dass es für die Curricularentwicklung auch nur eine Kann-Bestimmung gibt, die den G-BA nicht verpflichtet, ein Curriculum vorzulegen. Wenn ich mir vorstelle und wünsche, dass wir dieses Jahr ein Pflegeberufe-Gesetz auf den Weg bringen, dass die gemeinsame generalistische Pflegeausbildung einführt und nach einem Konzept der gestuften Kompetenzen auch künftig die akademische Ausbildung aufgreift, halte ich eine Fristensetzung für dringend geboten.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich kann in Ergänzung zu der Antwort von Frau Dr. Fix sagen, dass wir große Bedenken haben, ob der G-BA das geeignete Gremium ist, um an dieser Stelle tätig zu werden. Kompetenzbeschreibung allein auf der Wissensebene halten wir nicht für tauglich. Da müssen auch personelle Kompetenzen und ein anderer Sachverstand, wie zum Beispiel der des Bundesinstituts für Berufsbildung, der geeigneter erscheint, mit dazu kommen. In der Frage der Fristensetzung können wir uns dem Caritasverband anschließen. Wir haben bisher an dieser Stelle wenig erlebt und ich glaube, es ist notwendig im Gesundheitswesen, gerade mit Blick auf eine stärkere Teamorientierung, die anderen Berufe außerhalb der Ärzteschaft

Nur zur dienstlichen Verwendung

stärker in den Blick zu nehmen.

Der **Vorsitzende:** Wir sind dann am Ende der Anhörung. Lassen Sie mich noch drei Bemerkungen machen. Es sind einige von Ihnen jetzt nicht zu Wort gekommen. Das liegt mit Sicherheit daran, dass die Ausführungen in Ihren schriftlichen Stellungnahmen so präzise, klar und einleuchtend, oder jedenfalls plausibel und verständlich waren, dass es dazu keine Nachfragen gab. Also sehen Sie Ihr Engagement nicht als entwertet an. Zweitens wollte ich darauf hinweisen, dass ich auf der Tribüne eine ganze Reihe früherer Kollegen aus dem Bundestag und auch aus dem Ausschuss für Gesundheit gesehen habe, aber eine von ihnen hat die gesamte Anhörung mitverfolgt. Das ist Frau Bender, und ich möchte Sie herzlich im Namen des Ausschusses grüßen. Diese Legislaturperiode ist toll, aber die vorherige war auch sehr schön. Zweitens ist dies meine letzte Ausschusssitzung, für die ich von meinem langjährigen Büroleiter, Albrecht Walther, vorbereitet worden bin. Er wird mich am 1. April in Richtung einer großen, bundesweit tätigen Krankenkasse verlassen. Ich kann das nicht ändern und wünsche ihm viel Glück. Entschuldigen Sie, dass ich die Situation hier dazu nutze, ihm alles Gute zu wünschen. Herr Dr. Metke hatte gesagt, was man nicht kennt, kann man nicht lieben. Das hat mich dann zu diesem Zitat von Honoré de Balzac veranlasst. Der war ein ziemlicher Hallodri und nicht immer so erfolgreich, wie man sich das wünscht, aber es gibt etwas, was besser zum Gesundheitsausschuss und auch zu der Debatte über die Zweitmeinung und die Frage passt, und ob man diese schriftlich machen kann. Das ist ein Zitat von George Bernard Shaw „Liebe auf den ersten Blick ist ungefähr so zuverlässig wie Diagnose auf den ersten Händedruck". Vielleicht merken wir uns das alle. Ihnen wünsche ich jedenfalls eine gute unfallfreie Heimreise. Geben Sie auf sich Acht und bleiben Sie uns erhalten für die nächsten Anhörungen, zu denen wir Sie einladen. Herzlichen Dank, die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 18:38 Uhr

Rudolf Henke, MdB
Stellvertretender Vorsitzender