



Wortprotokoll der 100. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 16. Januar 2017,
14.00 Uhr bis 15.30 Uhr,
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin,
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus,
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

BT-Drucksache 18/10605

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung



- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht

(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

-18/10605-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/10817

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

- c) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

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

Mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten sorgsam umgehen - Mehr Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 18/8394

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

**Mitglieder des Ausschusses**

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



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 16. Januar 2017, 14:00 Uhr

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Hajek, Rainer

Henke, Rudolf

Henrich, Michael

Hüppe, Hubert

Irlstorfer, Erich

Kippels Dr., Georg

Kühne Dr., Roy

Leikert Dr., Katja

Maag, Karin

Meier, Reiner

Michalk, Maria

Monstadt, Dietrich

Riebsamen, Lothar

Rüddel, Erwin

Sorge, Tino

Stritzl, Thomas

Zeulner, Emmi

Unterschrift

Bertram
Hajek
Henke
Henrich
Hüppe
Irlstorfer
Kippels
Kühne
Leikert
Maag
Meier
Michalk
Monstadt
Riebsamen
Rüddel
Sorge
Stritzl
Zeulner

CDU/CSU

Stellvertretende Mitglieder

Unterschrift

Albani, Stephan

Brehmer, Heike

Dinges-Dierig, Alexandra

Eckenbach, Jutta

Lorenz, Wilfried

Manderla, Gisela

Nüßlein Dr., Georg

Pantel, Sylvia

Rupprecht, Albert

Schmidt (Ühlingen), Gabriele

Schmidt

Schwarzer, Christina

Steineke, Sebastian

Steiniger, Johannes

Stockhofe, Rita

Stracke, Stephan

Timmermann-Fechter, Astrid

Wiese (Ehingen), Heinz

Zimmer Dr., Matthias

SPD

Ordentliche Mitglieder

Baehrens, Heike

Bas, Bärbel

Dittmar, Sabine

Franke Dr., Edgar

Heidenblut, Dirk

Kermer, Marina

Kühn-Mengel, Helga

Mattheis, Hilde

Müller, Bettina

Rawert, Mechthild

Stamm-Fibich, Martina

Unterschrift

Baehrens
Bas
Dittmar
Franke

Heidenblut
Kermer
Kühn-Mengel
Mattheis
Müller
Rawert
Stamm-Fibich

Stellvertretende Mitglieder

Bahr, Ulrike

Blienert, Burkhard

Freese, Ulrich

Henn, Heidtrud

Katzmarek, Gabriele

Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

SPD

Stellvertretende Mitglieder

Tack, Kerstin

Thissen Dr., Karin

Westphal, Bernd

Ziegler, Dagmar

Unterschrift

DIE LINKE.

Ordentliche Mitglieder

Vogler, Kathrin

Weinberg, Harald

Wöllert, Birgit

Zimmermann, Pia

Unterschrift

K. Vogler
H. Weinberg
B. Wöllert

Stellvertretende Mitglieder

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Montag, 16. Januar 2017, 14:00 Uhr

BÜ90/GR

ordentliche

Stellvertretende Mitglieder

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Unterschrift

[Handwritten signature]

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

Unterschrift

[Handwritten signature]



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)




Montag, 16. Januar 2017, 14:00 Uhr

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

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Dr. M. Neumann	CDU/CSU	<i>Dr. M. Neumann</i>
Dr. M. Lang	CDU/CSU	<i>M. Lang</i>
<i>Wolfs</i>	''	<i>[Signature]</i>
<i>Ben Brau</i>	SPD	<i>[Signature]</i>
<i>A. Schube</i>	LINKE	<i>[Signature]</i>
<i>Jay Sauter</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
<i>J. Pfeiffer</i>	SPD	<i>[Signature]</i>

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	PFISTER FLORIAN		
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen	Piur	PS	RR
Sachsen-Anhalt	Richter		Rang. p
Schleswig-Holstein	FIGURA		
Thüringen			

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Beckerer BMG	Becker		
SAAL BNG			
Redert BMG			
BMG	Werner-Schlechtke		PD/lin
BMG	Wannawinkel		
BMG	Jelner		Ref.

Unterschriftenliste

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

BT-Drucksache 18/10605

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

BT-Drucksache 18/10605

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/10817

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten sorgsam umgehen -

Mehr Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 18/8394

geladene Verbände

AOK-Bundesverband (AOK-BV)



Martin Litsch

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und
-Initiativen (BAGP)



Cordula Mühr

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



Dr. Siiri Doka

Ausschuss für Gesundheit

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
e.V. (BDA)



Dr. Volker Hansen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

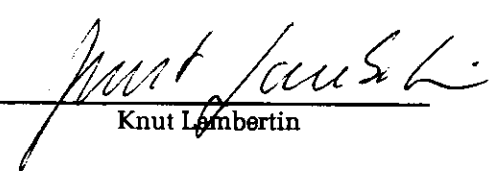


Georg Baum

Deutscher Behindertenrat (dbr)

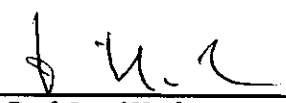
Absage

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)




Knut Lambertin

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



Prof. Josef Hecken

GKV-Spitzenverband



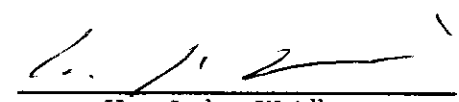
Dr. Doris Pfeiffer

GKV-Spitzenverband



Uwe Klemens

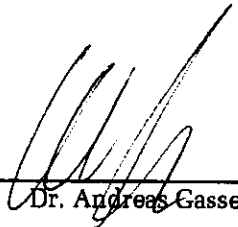
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Hans-Jochen Weidhaas

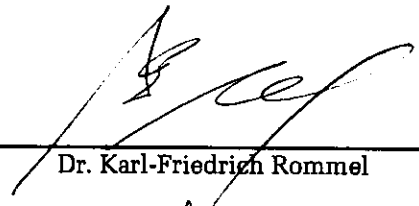
Ausschuss für Gesundheit

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



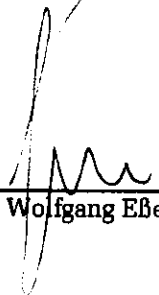
Dr. Andreas Gassen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)



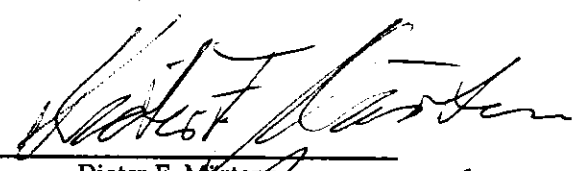
Dr. Karl-Friedrich Rommel

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)



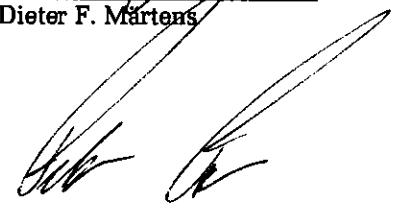
Dr. Wolfgang Eßer

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



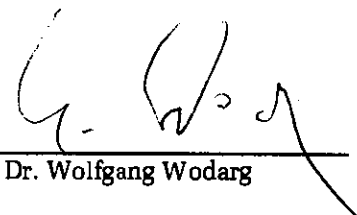
Dieter F. Märtens

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



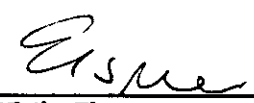
Dr. Peter Pick

Transparency International Deutschland e. V. (TI)



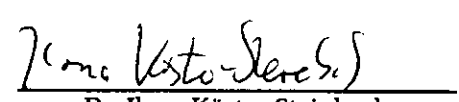
Dr. Wolfgang Wodarg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



Ulrike Elsner

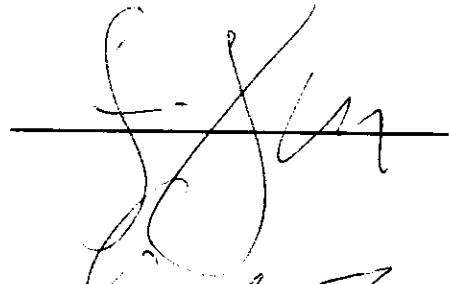
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)



Dr. Ilona Köster-Steinbach

geladene Einzelsachverständige

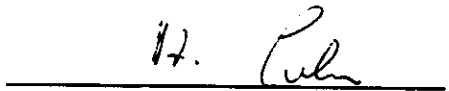
Franz Knieps



Eckehard Linnemann



Prof. Dr. Helge Sodan





Beginn der Sitzung: 14.00 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, ich darf Sie heute Nachmittag zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Das ist die 100. Sitzung in dieser Legislaturperiode. Sie sehen, der Gesundheitsausschuss ist einer der fleißigsten, vielleicht der fleißigste Ausschuss überhaupt, weil wir viele Gesetzesentwürfe und Anträge diskutieren und beraten. Zu meiner Linken begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz, Staatssekretär Stroppe und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Herzlich Willkommen in unserer Anhörung.

In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung mit dem etwas sperrigen Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)“ auf Drucksache 18/10605 und der dazu gehörigen Unterrichtung der Bundesregierung zu dem Gesetzentwurf, der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenüberstellung der Bundesregierung auf Drucksache 18/10187 sowie mit zwei Anträgen der Opposition. Da ist einmal der Antrag der Fraktion DIE LINKE.

„Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken“ auf Drucksache 18/10630 sowie der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten sorgsam umgehen – Mehr Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen“, auch ein programmatischer Titel, auf Drucksache 18/8394.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, lassen Sie mich zu Beginn einige einführende Worte zum Gesetzentwurf und zu den beiden Anträgen der Opposition sagen. Die gesetzlichen Regelungen zu den internen und externen Kontrollmechanismen der Selbstverwaltungsgremien im Bereich der Sozialgesetzbücher sind auf Grund vieler historischer Entwicklungen uneinheitlich. Die Regelungen werden, das hat sich in den letzten Jahren eindrücklich, gerade auch im Bereich des SGB V gezeigt, vor dem Hintergrund neuer, besonderer Entwicklungen und auch einzelner Vorkommnisse von vielen nicht

mehr als ausreichend angesehen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung sollen die internen und externen Kontrollen der Selbstverwaltungskörperschaften sowie die Transparenz des Verwaltungshandelns gestärkt werden. So soll beispielsweise im Vorstand der KBV ein Mitglied sein, dass weder dem fach- noch dem hausärztlichen Versorgungsbereich direkt zugeordnet werden kann. Zugleich sollen auch die externen Kontrollmechanismen, d. h. die Vorgaben für die staatliche Aufsicht, präzisiert und gestärkt werden. Die Opposition hat naturgemäß eigene Vorstellungen wie diesen, von mir beschriebenen Entwicklungen zu begegnen ist. Die Fraktion DIE LINKE. fordert in ihrem Antrag, den negativen Auswirkungen des immer stärker werdenden Wettbewerbs auf die Ethik des Gesundheitssystems unter anderem durch die Stärkung der Rechte der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu begegnen. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wirft der Bundesregierung in ihrem Antrag vor, ihrer Aufsichtspflicht gegenüber der Selbstverwaltung nicht ausreichend nachgekommen zu sein. Sie fordert ein Bündel von Maßnahmen, um das Handeln der Selbstverwaltungskörperschaften zum einen transparenter zu gestalten und zum anderen auch Verstöße besser sanktionieren zu können. Sie sehen, meine sehr verehrten Damen und Herren, wir haben in den nächsten 90 Minuten eine politisch interessante Anhörung vor uns.

Ich muss wie immer aus formellen Gründen ein paar Anmerkungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen für diese Anhörung insgesamt 90 Minuten an Fragezeit zur Verfügung. Die Zeit wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Dabei hat die CDU/CSU-Fraktion zehn Minuten und die SPD-Fraktion acht Minuten ihrer jeweiligen Fragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende Fragezeiten: Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 24 Minuten, gefolgt von der SPD-Fraktion mit 20 Minuten Fragezeit. Dann schließen sich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 18 Minuten Fragezeit an. Zum Schluss fragt die CDU/CSU-Fraktion noch einmal zehn Minuten. Ich darf wie immer alle Fragesteller, aber auch die Sachverständigen bitten, die Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden und viele Sachverständige, wenn möglich sogar alle, zu Wort kommen können. Ich bitte wie immer die aufgerufenen Sachverständigen



bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen, damit wir Sie besser zuordnen können. Ich bitte Sie weiter, die Mobiltelefone auszuschalten und weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und im Parlamentsfernsehen übertragen wird beziehungsweise in der Mediathek abgerufen werden kann. Für Interessierte gibt es auch ein Wortprotokoll, das auf der Internetseite unseres Ausschusses veröffentlicht wird. Meine Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der Anhörung. Es fragt die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich will meine erste Frage an Herrn Prof. Dr. Sodan richten. Im Vergleich zum Referentenentwurf ist im Kabinettsentwurf insbesondere auf die Inhaltsbestimmung von unbestimmten Rechtsbegriffen verzichtet worden. Außerdem sind die Vorgaben für die besonderen Aufsichtsmittel angepasst worden. Ist damit der Vorwurf, dass die Rechtsaufsicht in eine Fachaufsicht umgewandelt wird, abgewendet worden und wenn ja, welche Gründe sprechen dafür?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Im Hinblick auf das die gesetzliche Krankenversicherung prägende Prinzip der Selbstverwaltung bereitete der Referentenentwurf doch erhebliche Probleme. Die gesetzlichen Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind bekanntlich seit langem als Einrichtung der funktionalen Selbstverwaltung organisiert. Charakteristisch für die funktionale Selbstverwaltung ist die aufgabenbezogene und weisungsfreie Verwaltung durch juristische Personen des öffentlichen Rechts, unabhängig von der Organisations- und Weisungsstruktur der Ministerialverwaltung. Die Entscheidungsorgane werden aus dem eigenen Mitgliederstamm oder betroffenen Kreis gebildet. Dementsprechend unterliegen die Einrichtungen funktionaler Selbstverwaltung einer bloßen Rechtsaufsicht. Die organisatorische Ausgliederung aus der unmittelbaren Staatsverwaltung und die Einräumung von Selbstverwaltungsbefugnissen stünden im Widerspruch zu einer inhaltlichen Entscheidungsbefugnis einer Fachaufsicht. Die im Referentenentwurf zunächst vorgesehenen Inhaltsbestimmungen hätten dem Bundesministerium für Gesundheit ein Korrektiv verschafft, Normenkonkretisierungen durch den G-BA im eigenen Sinne anzupassen. Dies stünde

einerseits dem Prinzip der Selbstverwaltung entgegen, andererseits verkennt der Ansatz den Beurteilungsspielraum, den die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dem G-BA einräumt. Dürfte die Aufsichtsbehörde die Normenkonkretisierung des G-BA durch eine eigene Normenkonkretisierung ersetzen, würde der durchaus begrenzte Bereich exekutorischer Tätigkeit mit geringer gerichtlicher Kontrolldichte nahezu gänzlich ausgehöhlt. Nach der Judikatur des Bundessozialgerichts ist Prüfungsmaßstab für die Aufsichtsbehörde nach dem Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht, ob sich das Handeln der zu beaufsichtigenden Selbstverwaltungskörperschaft im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren bewegt. Bei der Handhabung unbestimmter Rechtsbegriffe muss der Selbstverwaltung, so das Bundessozialgericht, ein angemessener Beurteilungsspielraum verbleiben. In dem von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes wurde zu Recht auf die Ermöglichung von Inhaltsbestimmungen zur Anwendung und Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe verzichtet. Damit dürfte die auf Grund des Referentenentwurfs noch gegebene Gefahr einer Fachaufsicht in Bezug auf den G-BA gebannt sein.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Mich interessiert, wie Sie die Regelung bewerten, dass für die Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung eine zehnstündige Wochenarbeitszeit vorausgesetzt wird.

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ist richtig und wichtig, dass der zunehmenden Bedeutung der angestellten Ärzte auch in der ambulanten Versorgung Rechnung getragen wird. Insofern halten wir die Orientierung am hälftigen Versorgungsauftrag mit Mindestbeschäftigungszeiten von zehn Stunden für sachgerecht, um die angestellten Kolleginnen und Kollegen in den Körperschaften darzustellen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Vorsitzenden des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes und an den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Vorstand hat künftig bei der Errichtung bzw. Übernahme, bei wesentlichen



Erweiterungen oder Beteiligungen und Einrichtungen nach § 85 Absatz 1 SGB IV die Vertreterversammlung beziehungsweise den Verwaltungsrat entsprechend zu unterrichten. Damit soll eine bessere Informationsgrundlage geschaffen werden. Wie beurteilen Sie diese Maßnahmen?

SV Uwe Klemens (Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes): Wir haben als Verwaltungsrat schon jetzt die Entscheidungshoheit, ob wir uns als Spitzenverband an irgendetwas beteiligen. Insoweit holt die Gesetzesregelung nicht uns ein, sondern nur den Status. Wir haben darüber hinaus in unserer inneren Struktur einen Fachausschuss „Organisationen und Finanzen“ eingerichtet, der uns zuarbeitet. Darin werden etwa Beteiligungsfragen, die sehr dezidiert und sehr vertieft geprüft werden müssen, geklärt, so dass wir gut entscheiden können. Ich möchte anmerken, dass wir keinen weiteren Regelungsbedarf für uns sehen. Wir haben das gut geregelt.

SV Dr. Karl-Friedrich Rommel (Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)): Ich kann für die KZBV sagen, dass wir bisher keine Beteiligung an externen Einrichtungen haben oder planen. Allenfalls können bestehende Kooperationen der KZBV mit der Bundeszahnärztekammer hinsichtlich der Redaktion unseres Amtsblattes, der Zahnärztlichen Mitteilung und des Instituts der Deutschen Zahnärzte so verstanden werden. Über die zugrunde liegenden vertraglichen Regelungen ist die Vertreterversammlung aber bereits in der Vergangenheit, auch im Rahmen der Planung der jeweiligen Haushaltsmittel, umfassend informiert worden. Das stellt für uns eine Selbstverständlichkeit dar. Weitere Formalberichtspflichten wären mit zusätzlichen internen Aufwänden verbunden, die sachlich zu keiner Verbesserung der bereits bestehenden vollständigen Transparenz führen würden. Die von der Bundesregierung intendierte Herstellung hoher Standards in der Verwaltungsorganisation, sowie interne Transparenzpflichten und Kontrollmechanismen erachten wir als Selbstverständlichkeit für verantwortungsvolles Verwaltungshandeln. Dieses war für die KZBV immer höchstes Gut und Richtschnur unseres Handelns. Daran wird sich nichts ändern. Die Informationen der Vertreterversammlung über Angelegenheiten der Körperschaft werden von jeher anlässlich der Sitzung der

Vertreterversammlung auch bisher schon in schriftlicher Form praktiziert.

Abg. Reiner Meier (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Eine wesentliche Zielsetzung des Gesetzes ist die Verbesserung der Transparenz in der Selbstverwaltung. Könnte die Einrichtung eines Berichtswesens des Bundesministeriums für Gesundheit über sein aufsichtsrechtliches Handeln hier einen Beitrag leisten?

SVe Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.): Wir sehen die Einrichtung einer Berichtspflicht als wesentlichen Beitrag zu einer solchen Transparenz. Es gab in der Vergangenheit durchaus Fragen, ob die bestehenden aufsichtsrechtlichen Mittel tatsächlich umfangreich ausgeübt wurden. Darüber, aber natürlich auch über die Inhalte sollte berichtet werden, denn es geht darum, Vertrauen der Versicherten und der Patienten in Bezug auf das korrekte Handeln zu schaffen und zu rechtfertigen.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Sodan. Klagen gegen bestimmte aufsichtsrechtliche Vorgaben sollen keine aufschiebende Wirkung haben. Wie bewerten Sie dies? Stehen trotzdem ausreichende Rechtsmittel zur Verfügung, um die Interessen der Institutionen zu schützen?

ESV Prof. Dr. Helge Sodan: Bei nahezu allen nach dem Regierungsentwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes neu zu schaffenden Aufsichtsmitteln gegenüber den Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, dem GKV-Spitzenverband und dem G-BA ist vorgesehen, dass dagegen gerichtete Klagen keine aufschiebende Wirkung haben. Funktion der aufschiebenden Wirkung einer Klage ist die zumindest vorläufige Sicherung des Status Quo, welche den Betroffenen davor schützt, dass vor der Entscheidung über sein Rechtsmittel durch eine Verwirklichung des Verwaltungsakts vollendete Tatsachen geschaffen werden. Aus der aufschiebenden Wirkung entsteht mithin ein Gegengewicht zu der privilegierten Stellung des Hoheitsträgers. Für die Verwirklichung der in Artikel 19 Absatz 4 GG verankerten Garantie effektiven Rechtsschutzes ist die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen jedenfalls nicht zwingend. Darüber



hinaus ist sehr fraglich, ob diese Rechtsschutzgarantie auf die überwiegend als Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgestalteten Einrichtungen der Selbstverwaltung überhaupt Anwendung findet. Bejaht man entgegen den weitverbreiteten Bedenken die Frage, dann verbietet Artikel 19 Absatz 4 GG, die Erlangung vorläufigen Rechtsschutzes in einer unzumutbaren Weise zu erschweren. Davon kann hier jedoch meines Erachtens nicht die Rede sein, da den durch ein Aufsichtsmittel betroffenen Einrichtungen der Selbstverwaltung die Möglichkeit offensteht, auf andere Weise vorläufigen Rechtsschutz zu erlangen, nämlich durch einen Antrag auf sozialgerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung einer Anfechtungsklage. Dieser Antrag ist sogar schon vor Klageerhebung zulässig. Zwar ist ein auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gerichtetes sozialgerichtliches Verfahren zur Erlangung vorläufigen Rechtsschutzes mühsamer als wenn die aufschiebende Wirkung bereits mit der Anfechtungsklage einträte, unzumutbar ist der Verweis auf ein solches Vorgehen jedoch nicht, zumal Zweck der Aufsichtsmittel gerade die zeitnahe Konfliktlösung ist und diesem grundlegenden Ziel des Suspensiveffekts eines Rechtsmittels entgegenstehen kann. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sind Anträge zur Erlangung vorläufigen Rechtsschutzes auf der Grundlage eines in jeder Hinsicht beschleunigten Verfahrens mit entsprechend verkürzten Äußerungsfristen und vorgezogener Terminierung grundsätzlich umgehend zu bescheiden. Nach allem ist nicht erkennbar, dass die Regelung im Regierungsentwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes, nach der Klagen gegen bestimmte Aufsichtsmittel keine aufschiebende Wirkung haben, zu einer unzumutbaren Erschwerung vorläufigen Rechtsschutzes führen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte meine Fragen an Herrn Klemens (GKV-Spitzenverband) und Herrn Weidhaas (KBV), die jeweiligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung beziehungsweise des Verwaltungsrates. Es geht um die Bestimmung, wonach die Vertreterversammlung und der Verwaltungsrat sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen können, jedenfalls dann, wenn es mindestens ein Viertel der Mitglieder der jeweiligen Gremien verlangt. Meine Frage ist, wie Sie diese Absicht bewerten und ob Sie eine ausreichende Abgrenzung gegenüber dem Prozess der internen Meinungsbildung des Vorstandes

sehen. Verbleibt dem Vorstand ein genügend großer Raum, um sich eine zunächst bis zum Abschluss der Meinung notwendigerweise zu protokollierende Meinungsbildung zu leisten?

SV **Hans-Jochen Weidhaas** (Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)): Wir begrüßen diese Regelung. Das war bisher schon möglich, allerdings war es gelegentlich nicht ganz klar, ob ein solches Auskunftsrecht einem einzelnen Mitglied der Vertreterversammlung beziehungsweise analog des Verwaltungsrates zugestanden hätte oder einer, wie auch immer näher zu bezeichnenden Mehrheit. Die Beschränkung eines solchen Auskunftsrechtes auf ein Quorum wird daher begrüßt. Zum zweiten Teil Ihrer Frage, ob damit im Verhältnis zum Vorstand und dessen Bedarf an Beratungszeit eine Schwierigkeit angelegt wird, kann ich sagen, dass wir das nicht sehen.

SV **Uwe Klemens** (Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes): Ich bitte Sie, das nicht falsch zu verstehen, aber an unserer Lebenswirklichkeit geht die beabsichtigte Regelung vorbei, weil bei uns im Verwaltungsrat jede Frage, die an den Vorstand gerichtet wird, in der öffentlichen Sitzung beantwortet wird. Es gibt keine Chance irgendetwas zu verstecken. Man sieht auch von außen, wie der Spitzenverband funktioniert und dass der Vorstand hinreichend Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen seiner Aufgabenstellung hat. Wir brauchen diese Regelung nicht.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Zur Konkretisierung: Dass Fragen mündlich beantwortet werden ist etwas anderes, als das sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen eingesehen und geprüft werden können.

SV **Uwe Klemens** (GKV-Spitzenverband): Entschuldigung, da habe ich mich nicht konkret genug ausgedrückt. Bei uns kann alles eingesehen werden. Das reicht auch. Die gelebte Praxis ist, dass ein Mitglied des Verwaltungsrates eine Frage stellt und die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen schriftlich ausgehändigt bekommt. Bei allen Antworten, die ich für den Spitzenverband bzw. für den Verwaltungsrat geben kann, möchte ich Sie bitten, eines mit zu beachten. Wir sind ein Teil der sozialen



Selbstverwaltung. Bei uns sitzen Arbeitgeber, Versichertenvertreter und Arbeitnehmervertreter bzw. Gewerkschafter in einem Gremium. Wir sind per se gezwungen, zu allen Fragen einen Konsens herbeizuführen und da wird keiner mit bestimmten Fragen durchrutschen, die als Zielsetzung gedacht sein könnten.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Sodan. Wenn die ordnungsgemäße Verwaltung gefährdet ist, soll die Aufsichtsbehörde künftig eine Person entsenden können. Halten Sie die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben für ausreichend klar oder meinen Sie, man müsste sie anpassen?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes schafft mit der Entsendung einer Person für besondere Angelegenheiten ein Aufsichtsmittel unterhalb der Eingriffsschwelle für die Einsetzung eines Beauftragten nach § 79 a SGB V, sowohl für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, als auch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Diese neuen Regelungen unterscheiden sich von den bestehenden Aufsichtsmitteln bereits dadurch, dass sie konkrete Fallgestaltungen aufzeigen, die ein aufsichtsrechtliches Einschreiten wegen Gefährdung ordnungsgemäßer Verwaltung gebieten. Kritisch zu sehen ist allerdings die niedrige Schwelle, die für die Möglichkeit der Entsendung von Personen für besondere Angelegenheiten in die Selbstverwaltungskörperschaften durch die Aufsichtsbehörde künftig im Vergleich zu den bereits bestehenden Aufsichtsmitteln gelten soll. So ist die Bestellung eines Beauftragten durch die Aufsichtsbehörde nach dem geltenden § 79 a Absatz 1 SGB V an strenge Voraussetzungen geknüpft. Zur Einsetzung eines sogenannten Staatskommissars bedarf es mithin einer Funktionsgefährdung der Körperschaft, die dann vorliegt, wenn ein wesentlicher Aufgabenbereich nicht mehr ordnungsgemäß ausgeübt werden kann. Die bisherigen Aufsichtsmittel sind jedenfalls als Ultima Ratio zu verstehen. Eine solche Zweckbestimmung lässt der Regierungsentwurf jedoch nicht erkennen. Zunächst sprechen § 78 b Absatz 1 Satz 2 und § 217h Absatz 1 Satz 2 SGB V durch die Verwendung jeweils des Wortes „insbesondere“ dafür, dass es sich bei der folgenden Aufzählung um nicht abschließende Regelbeispiele handelt. Gerade

weil das Aufsichtsmittel der Entsendung einer Person für besondere Angelegenheiten die Selbstverwaltung mit hoher Intensität trifft, wäre es sinnvoll, auf den Begriff „insbesondere“ zu verzichten und die Voraussetzung für ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde zu begrenzen. Auffällig ist ferner der Tatbestand des § 78b Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und § 217h Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V jeweils in der Fassung des Regierungsentwurfs. Dieser Tatbestand ist im Vergleich zu den anderen Fallgruppen insofern vage formuliert, als dass er bereits das Vorliegen von Anhaltspunkten, dafür, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds oder eines ehemaligen Organmitglieds einen Schaden der Körperschaft verursacht hat, genügen lässt. An dieser Stelle wäre im Hinblick auf die hohe Intensität der Aufsichtsmaßnahme eine konkretere Fassung wünschenswert.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen. Wie bewerten Sie, dass die Mitglieder des MDS künftig nicht wie bisher über die Satzung, sondern im Gesetz bestimmt werden sollen? Wie sehen Sie die Legitimation im Vergleich zum Ist-Zustand?

SV **Dieter F. Märtens** (Verwaltungsratsvorsitzender des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.): Ich sehe hier einen Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung, die durch Sozialwahlen alle sechs Jahre gewählt wird und dadurch ihre Legitimation hat. Aus unserer Sicht ist es nicht erforderlich, dass die Bestimmung der Mitglieder aus dem Recht der Selbstverwaltungskörperschaft herausgenommen wird.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an den Verband der Ersatzkassen und an Herrn Knieps. Welche weiteren Maßnahmen sollte Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber ergreifen, um die Selbstverwaltung zu stärken? Hielten Sie zum Beispiel die Einführung von Online-Wahlen für sinnvoll?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): In diesem Jahr finden wieder die Sozialwahlen statt. Ein Großteil der Sozialleistungsträger führt Urwahlen durch. Es sind in diesem Jahr 51 Millionen Versicherte berechtigt, ihre Stimmen über Urwahlen abzugeben. Die Ersatzkassen und



die Deutsche Rentenversicherung führen gemeinsam und mit Unterstützung der Bundeswahlbeauftragten, Frau Rita Pawelski und Herrn Klaus Wiesehügel, eine umfangreiche Informationskampagne durch, um für die Sozialwahl und die Stimmabgabe zu werben. Es wäre eine große Unterstützung, wenn die Versicherten die Möglichkeit hätten, ihre Stimme nicht nur per Briefwahl, sondern auch online abzugeben. Es würde die Legitimation stärken und mutmaßlich auch die Teilnahmequoten erhöhen, wenn wir eine Online-Wahl durchführen würden.

ESV Franz Knieps: Ich sehe es genauso wie die Kollegin Elsner. Wir sollten uns für die moderne Technologie öffnen und alle Schritte unternehmen, die eine breitere Wahlbeteiligung an den Sozialversicherungswahlen möglich machen.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes und an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Erfolgt aus Ihrer Sicht bei der Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss ein sinnvoller und sachgerechter Interessenausgleich, vor allem im Hinblick auf die Patienten und die Versicherten? Welche Folgen könnte eine stärkere Einbeziehung der Patientenvertreter bei der Beschlussfassung haben?

SV Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir haben schon seit einigen Jahren das Mitberatungsrecht der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss und wir sehen das als eine Vervollständigung der Perspektiven in der gemeinsamen Selbstverwaltung an. Bei der Einführung wurde damals sehr deutlich gesagt, dass es darum gehe, die Perspektiven der Betroffenen mit einzubringen. Aus unserer Sicht findet hier eine konstruktive Zusammenarbeit statt und wenn man sich die Beschlüsse im Gemeinsamen Bundesausschuss ansieht – häufig werden ja nur die Konflikte nach außen getragen – die Bilanz insgesamt, sieht man sehr eindrücklich, dass die Entscheidungen im Plenum fast durchgängig einvernehmlich, auch mit Zustimmung der Patientenvertreter, getroffen werden. Darüber hinaus gehende Entscheidungsrechte lehnen wir ab. Wir sind der Meinung, dass es notwendig ist, für ein Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss auch eine entsprechende Finanzverantwortung zu haben. Man kann in diesem

Gremium keine mitverantwortlichen Entscheidungen treffen, wenn diese Seite der Verantwortung oder der Entscheidungshoheit fehlt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, Herr Klemens, hat schon darauf hingewiesen, dass sich die Versichertervertreter natürlich auch als Vertreter der Patienten sehen, da Versicherte zumindest zeitweilig auch Patienten sind. Deswegen haben sie im Rahmen ihres Gemeinwohlauftrags auch die Verantwortung für die Patienteninteressen. Deshalb sehen wir es als sinnvoll an, das Beratungsrecht mit einzubeziehen und einen Interessenausgleich durchzuführen. Bei der Verantwortung für die Entscheidungen halten wir es für notwendig, dass die Verantwortlichen auch für die finanzielle Seite mitverantwortlich sind.

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich schließe mich zunächst den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer an. Ich will das präzisieren. Mehr als vier Fünftel der Beschlüsse des G-BA erfolgen heute mit Zustimmung der Patientenvertretung. Die Patientenvertretung sitzt auch, entgegen der Stellungnahmen verschiedener Organisationen, nicht am Katzentisch, sondern hat verfahrensmäßige Rechte und wird in finanziellem Umfang erheblich unterstützt. Ich will das an einer Zahl deutlich machen. Im vergangenen Jahr haben wir im G-BA bei Personal- und Sachkosten von etwas über zwölf Millionen Euro 1,233 Millionen Euro für die Patientenvertretung ausgegeben. Das sind zehn Prozent. Hier von einer nicht sachgerechten Ausstattung zu sprechen, ist eine relativ kühne Aussage, aber ich halte diese Investition für richtig und wichtig. Zweiter Punkt, der mir ganz wichtig ist: Wenn man, wie im Antrag der Linken oder in der Stellungnahme der Verbraucherzentrale, will, dass Unparteiische von den Patientenvertretern bestellt werden, muss man zunächst die rechtlich bedeutsame Frage nach der demokratischen Legitimation der heute im G-BA organisierten Patientenvertretung stellen. Die Patientenvertretungsbeteiligungsverordnung gewährleistet nicht, dass alle Patientengruppen und alle Versicherteninitiativen mit ihren Belangen und ihren Interessen sachgerecht und alles abdeckend im Gemeinsamen Bundesausschuss zu Wort kommen. Wenn man die Patientenvertretung mit Stimm- oder Personalbestellungsrechten versehen möchte, müsste aus meiner Sicht die Versichertenvertretung als Annex zu den Sozialwahlen gestärkt werden, da die Mitglieder in



der GKV die Patienten sind. Hier müsste eine demokratische Legitimation geschaffen werden. Es ist für mich etwas absonderlich, wenn in einer Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes die Legitimation der Deutschen Krankenhausesellschaft in Ermangelung eines körperschaftlichen Status im G-BA in Frage gestellt wird, auf der anderen Seite aber ein Bestellungs- und Mitgestaltungsrecht von Vereinen, Verbänden und losen Zusammenschlüssen gefordert wird, das wesentlich weniger stringent ableitbar ist, als die Legitimation, die andere Organisationen haben. Damit will ich nicht sagen, dass ich einen Körperschaftsstatus der DKG ablehnen würde, aber das sage ich an dieser Stelle außerhalb der Tagesordnung. Wenn diese Legitimationsdefizite beseitigt würden, wäre Patientenvertretung durch Versichertenvertreter der gesetzlichen Krankenversicherung in den Bänken des Gemeinsamen Bundesausschusses abbildbar, da die Patienten Versicherte und Mitglieder der GKV sind und es keiner anderen Konstrukte jenseits dieser Institution braucht. Der letzte Punkt ist für mich ganz wichtig: Wenn sich der Gesetzgeber mit Stringenz und Aufsicht befasst, muss er sich auch mit der Fragestellung befassen, ob und in welchem Umfang das wirtschaftliche Gebaren der Patientenvertretungen und die Unabhängigkeit aller Institutionen, die heute Patienteninteressen vertreten, einer Überprüfung unterzogen werden müsste. Die Verlautbarungen der Patientenvertretung haben ein sehr hohes Gewicht und die unterschiedlichen Interessen der Patientenvertretungen zeigen manchmal, auch bei Anhörungen, dass an der einen oder anderen Stelle gefragt werden muss, ob hier in jedem Fall eine Interessenfreiheit und Offenheit gegenüber allen Belangen und keine Orientierung an Partikularinteressen gegeben ist. Deshalb sollte man diese Frage in den weiteren Diskussionen in den Fokus rücken.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich richte meine Frage an die beiden Einzelsachverständigen Herrn Knieps und Herrn Linnemann. Wir haben alle Bekenntnisse zum Thema Selbstverwaltung gehört und wir alle kennen den Anlass für dieses Gesetz. Ich frage Sie, wie Sie die Möglichkeit der Aufsicht nach der jetzigen Gesetzeslage und in Bezug auf das, was jetzt mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eingeführt werden soll, sehen.

ESV **Franz Knieps**: Es wird Sie nicht verwundern, dass ich vor dem Hintergrund, dass ich auf beiden Seiten des Tisches gesessen habe, für die meisten Inhalte dieses Gesetzentwurfs wenig Sympathie habe. Die Vorstellung, dass man mit etwas Fachaufsicht das Erwünschte erreichen kann, ist nach meiner Ansicht irreführend. Juristisch beziehe ich mich unter anderem auf das, was Herr Prof. Dr. Sodan gesagt hat. Meine eigenen Erfahrungen zeigen, dass ein Referat im Bundesministerium für Gesundheit, selbst wenn es gut ausgestattet ist, nicht in der Lage ist, alle fachlichen Aspekte von Institutionen, die beim Gemeinsamen Bundesausschuss anfangen und beim GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aufhören und deren mittelbare Wirkung zu den Akteuren der Krankenversicherung wie der Kassenärztlichen Vereinigung weitergeht, zu erfassen. Ich sehe schon, wie sich Aufsichtsbehörden auf das berufen, was nur für die Bundesorganisationen geschaffen wird. Dahinter steht aber ein komplexeres Problem, nämlich die unklare Abgrenzung der Verantwortung im Gesundheitswesen. Hier haben wir in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine Zentralisierung erlebt. Es gab immer weniger Möglichkeiten, um sich gegen echte oder vermutete Rechtsverletzungen zur Wehr zu setzen. Herr Prof. Dr. Sodan hat das als noch verfassungskonform bezeichnet. In der Praxis fragt man sich aber aus Opportunitätsgründen häufig, ob man ein Rechtsmittel einlegt oder den Klageweg bestreitet. Ich halte es für erforderlich, im Gesundheitswesen Aufgaben und Funktionen klarer zuzuweisen. Wenn man aus ordnungspolitischer Überzeugung ein selbstverwaltetes System will, muss man der Selbstverwaltung echte Spielräume einräumen. Es ist mehrfach betont worden, dass das Bundessozialgericht Beurteilungs- und Ermessungsspielräume sieht. Ich könnte Ihnen belegen, dass Aufsichten und nicht das BMG entscheiden, dass es kein Ermessen oder keinen Beurteilungsspielraum für die Akteure gibt. Das fördert den Frust und mindert die Akzeptanz von Selbstverwaltungsstrukturen. Deshalb wird mit dem jetzigen Gesetz nicht genüge getan sein. Wir müssen grundsätzlich in Frage stellen, ob die Aufgabenzuweisung zwischen Staat, Selbstverwaltung und zwischen wettbewerblichen Akteuren adäquat ist. Wir müssen alles, was nach verschleierte Durchgriffen etc. aussieht, energisch zurückweisen. Auf der anderen Seite müssen wir die Instrumente, die bei Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorhanden



sind, schnell und sichtbar anwenden, damit die Bevölkerung Respekt und Vertrauen gegenüber der Selbstverwaltung hat.

ESV Eckehard Linnemann: Ich spreche über einen anderen Kontext, weil das Gesetz wenig zwischen der sozialen und der ärztlichen Selbstverwaltung in der berufsständigen Dimension und der Selbstverwaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses differenziert. Ich will in Erinnerung rufen, dass sich soziale Selbstverwaltung in einem sozialen Kontext und in dem Mitbestimmungsnetzwerk der sozialen Sicherheit in Deutschland und seiner Verfasstheit befindet. Wenn der Gesetzgeber hier eingreifen will, sollte er sich überlegen, welche Nebenwirkungen er damit erzeugt. Ich will daran erinnern, dass wir ein fein tariertes System aus Tarifverträgen und Sozialpartnerschaft haben. Hier werden im Allgemeinen die Fragen der Arbeitswelt geregelt. Hinzu kommt das System der betrieblichen und der Unternehmensmitbestimmung. Hier werden die anderen Fragen der Arbeitswelt geregelt. Wir haben in Deutschland eine gute soziale Tradition, das ist die soziale Mitbestimmung, die im Allgemeinen über die soziale Selbstverwaltung organisiert wird. Auf allen Ebenen der Mitbestimmung sitzen die gleichen Akteure am Tisch, nämlich Arbeitgebervertreter und Gewerkschafter oder andere gewählte Vertreter aus der Arbeitswelt. Diese Vertreter übernehmen in ihren Bereichen die komplette Verantwortung, die vergleichbar mit der Verantwortung der Akteure im Gemeinsamen Bundesausschuss ist. Sie übernehmen die Verantwortung gegenüber denjenigen, die sie zu vertreten haben und setzen möglicherweise auch unbequeme Entscheidungen durch. Sie sind gleichzeitig Vertreter der Lebenswirklichkeit. Das heißt, sie kennen den Alltag der Versicherten, sowohl in der Arbeitswelt als auch darüber hinaus und bringen diese Überlegungen und Erkenntnisse ein. Verantwortung tragen sie sowohl für Leistungen als auch für Beiträge. Es gibt wenige Bereiche in unserer Republik, in denen das in dieser Weise zusammen gefasst ist. Das heißt, die Entscheidungen, die man hier verantwortungsvoll trifft, sind endgültig und sie sind gegenüber der eigenen Klientel regelmäßig zu vertreten. So sieht unser Alltag aus und so sehen auch die Aushandlungsprozesse, die im Allgemeinen durch Kompromisse mit der Arbeitgeberseite geprägt sind, aus. Die Selbstverwaltung hat durch etliche Gesellenstücke deutlich gemacht, dass sie handlungsfähig

ist. Die Gründung des GKV-Spitzenverbandes beispielsweise hat die Selbstverwaltung selbst organisiert. Sie hat gemeinsam mit dem Errichtungsbeauftragten die Strukturen des neuen Spitzenverbandes festgelegt, sie hat einen Fachbeirat eingerichtet und hat damit die Fachebene der Kassenarten miteinbezogen und dergleichen mehr. Das Ganze ist geräuschlos abgelaufen, wie im Allgemeinen die Arbeit der sozialen Selbstverwaltung ziemlich geräuschlos läuft. Das mag auch ein Grund mit dafür sein, weshalb die Beteiligung bei Sozialwahlen verhältnismäßig gering ist. Soziale Selbstverwaltung hat bestimmte Rollen. Ich bin der Meinung, dass die Politik sich diese Rollen vergegenwärtigen und die Frage beantworten sollte, wer diese Rollen zukünftig übernehmen soll. Es geht einmal um die Rolle als sozialer Pfadfinder und als Innovator. Es geht um die Frage, wer überhaupt Versorgungsbedarfe identifiziert und politische Entscheidungen in die Community hinein kommuniziert. Das ist ein ganz wichtiges Thema, weil bestimmte Fragen des Versorgungsmanagements nicht ganz einfach und nicht ohne die Menschen zu entscheiden und auch nicht zu vermitteln sind. Das zeigen die Diskussionen der letzten Jahre beispielsweise über die Pflege-Transparenzvereinbarung. Hier haben wir frühzeitig darauf aufmerksam gemacht, dass es sehr schwierig ist, eine Einigung ohne Konfliktlösungsmechanismus zwischen den gesetzlichen Krankversicherungen und den Pflegeverbänden herbeizuführen und dass wir eine mittlerweile verhältnismäßig lang andauernde politische und öffentliche Diskussion über den Zustand in unseren Pflegeheimen haben. Meine Empfehlung ist relativ einfach: Hören Sie auf, die soziale Selbstverwaltung zu schwächen, indem Sie permanente Eingriffe in die Beitragsautonomie vornehmen oder indem Sie die Sozialpartner bei der nationalen Präventionskonferenz nur mit einer beratenden Funktion an den Kattentisch setzen. Das heißt, hier findet eine Schwächung der Selbstverwaltung statt. Ich schlage vor, dass die Themen der sozialen Selbstverwaltung im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens außen vor bleiben, weil sie letzten Endes die Reform der Sozialwahlen und des Selbstverwaltungsrechts betreffen und damit in die nächste Legislaturperiode und in den Kontext eines anderen Gesetzgebungsverfahrens gehören. Ansonsten habe ich an die Politik die grundsätzliche Frage, ob die Ministerien möglicherweise ein unterschiedliches Verständnis der Zu-



sammenarbeit mit Tarifvertragsparteien und Sozialpartnern haben, denn im Rahmen des Betriebsrentenstärkungsgesetzes haben wir als Sozialpartner viele Aufgaben zu schultern bekommen, die der Politik offensichtlich zu unangenehm gewesen sind.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht noch einmal an den GKV-Spitzenverband. Wir haben vorhin von Prof. Dr. Sodan die Ausführungen zu dem oder der Entsandten für besondere Angelegenheiten gehört. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie eine abschließende Eingrenzung haben wollen. Können Sie das noch einmal genauer begründen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben schon darauf verwiesen, dass wir die geplanten Regelungen nicht für nachvollziehbar oder gerechtfertigt halten, weil die Probleme, die hier vermeintlich gelöst werden sollen, bei uns nicht aufgetreten sind. Deswegen lehnen wir auch die Regelung ab, die einen Entsandten vorsieht. Wenn man dabei bleibt, sehen wir, ähnlich, wie Prof. Dr. Sodan es angesprochen hat, die Notwendigkeit, dies zu präzisieren, da es im Gesetzentwurf heißt, es sei eine Grundvoraussetzung für die Bestellung, dass die ordnungsgemäße Verwaltung nicht mehr gewährleistet ist. Zu Recht gibt es hier sehr hohe Anforderungen an die Einsetzung eines Entsandten, allerdings sind die genannten Regelbeispiele nicht durchgehend im Einklang mit diesen hohen Anforderungen. Es muss ausgeschlossen werden, dass es beliebige Eingriffsmöglichkeiten für die Aufsicht gibt. Solange das interpretationsfähig ist, halten wir das nicht für angemessen. Mit dem Kabinettsentwurf wurden die Voraussetzungen eingeengt, aber unserer Auffassung nach sind sie nicht ausreichend präzise. Die Möglichkeit, die auch Prof. Dr. Sodan angesprochen hat, über das „insbesondere“ weitere Möglichkeiten zu nutzen, halten wir für hoch kritisch.

Ebenfalls noch nicht angesprochen wurde das Problem der Haftung. Das ist im Grunde genommen ein Stück aus dem Tollhaus, denn bei dieser Regelung wird ein Entsandter in die Organisation geschickt, der intern alles entscheiden darf. Der Vorstand ist seiner Entscheidungskompetenz benommen, darf aber nach außen die Entscheidungen vertreten. Das heißt, nach außen darf ich haften, wenn der Entsandte des Ministeriums irgendeinen Unsinn entschieden hat. Das gilt für den Vorstand und

für das Organ Verwaltungsrat, das gilt auch für die anderen Organisationen. Das halte ich für völlig unmöglich.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich greife das Thema Innenrevision auf und meine Frage richtet sich an den Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Herrn Klemens. Der Gesetzentwurf sieht die Schaffung einer verbindlichen Innenrevision für den GKV-Spitzenverband vor. Berichtspflichtig ist diese gegenüber dem Vorstand und gegebenenfalls gegenüber der Aufsicht. Wie schätzen Sie einen Vorschlag für eine Berichtspflicht auch gegenüber dem Verwaltungsrat ein, damit die Selbstverwaltung in diesem Zusammenhang ihre Kontrollrechte stärker wahrnehmen kann?

SV **Uwe Klemens** (GKV-Spitzenverband – Vorsitzender Verwaltungsrat): Ich möchte zunächst nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes überhaupt keinen Anlass gegeben hat, eine solche Regelung für uns wirksam werden zu lassen. Wir haben eine Innenrevision auf Grund der von mir schon angesprochenen Struktur des GKV-Spitzenverbandes eingerichtet, und zwar völlig unabhängig von gesetzlichen Verpflichtungen. Dass darauf aufbauend die Kontrollmöglichkeiten der Aufsicht ausgeweitet werden sollen, lehnen wir ab. Das widerspricht dem Grundsatz der Selbstverwaltungsautonomie und ist eindeutig ein massiver Eingriff in das Verwaltungshandeln. Für mich als Vorsitzenden des Verwaltungsrates ergibt sich darüber hinaus kein erkennbarer Vorteil, wenn ich die Berichte der Innenrevision zusammen mit der Aufsicht erhalte. Selbst wenn der Verwaltungsrat bei Missständen mit Maßnahmen reagiert, muss die Selbstverwaltung damit rechnen, dass die Aufsicht eingreift. Meine Konsequenz daraus ist: Dann braucht es kein Selbstverwaltungshandeln mehr, da die Gestaltungskompetenz des Verwaltungsrates unter einem aufsichtsrechtlichen Vorbehalt gestellt ist. Das kann von unserer Seite keine Zustimmung finden.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an den G-BA, an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und an die KBV. Unsere Kolleginnen und Kollegen im Haushaltsausschuss fordern im Maßgabebeschluss vom 10. November 2016 Prüfrechte



des Bundesrechnungshofes für ihre Organisation. Wie begründen Sie Ihre ablehnende Haltung?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir hatten viele Wünsche an das Gesetz, diesen aber nicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist ein eingetragener Verein. Unsere Beiträge werden von den 16 Mitgliedsverbänden auf Landesebene gezahlt. Wir sind keine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wir legen jährlich Rechnung innerhalb des Verbandssystems ab und lassen unseren Abschluss jährlich prüfen. Wir haben aber keine Verbindung zur öffentlich-rechtlichen Mittelverwaltung. Wir unterliegen auch nicht den haushaltsrechtlichen Vorgaben der Sozialversicherungsträger. Das heißt, wir sind beim öffentlich-rechtlichen Finanzsystem außen vor. Deshalb sehen wir keinen Anknüpfungspunkt, die DKG zu prüfen.

SV Dr. Wolfgang Eßer (Vorstand der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich kann nahtlos anschließen. Bei den Beitragsmitteln der KZBV handelt es sich nicht um Versichertengelder, sondern um, aus dem Einkommen der Zahnärzte aufgebrauchte Beitragsmittel. Die KZVen und die KZBV weisen diesen Antrag zurück. Wir unterliegen schon heute sehr engmaschigen umfassenden Aufsichtsmaßnahmen. Zusätzlich bestehen etliche Vorlage-, Zustimmungs- und Genehmigungserfordernisse, die der Aufsicht einzelfallbezogen zusätzliche Prüfmöglichkeiten und -pflichten eröffnen. Der Prüfauftrag des Bundesrechnungshofes würde sich auf die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsprüfung und damit auch auf diesen Bereich beziehen. Es muss befürchtet werden, dass es zur unkoordinierten Prüfung identischer Sachverhalte durch verschiedene Prüfeinrichtungen kommen könnte und damit notwendiger Weise zu divergierenden Ergebnissen, die keinerlei zusätzlichen Erkenntnisgewinn schaffen dürften, sondern neben zusätzlicher Bürokratie zusätzliches Geld kosten würden. Aus diesen Gründen lehnen wir eine solche Beauftragung ab.

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Erste Bemerkung: Ich weise darauf hin, dass durch diesen Gesetzentwurf zusätzliche Prüfkompetenzen, auch die Haushaltsführung betreffend, implementiert werden, so dass die Frage

gestellt werden muss, ob die Schaffung von Doppelstrukturen zielführend ist. Zweite Bemerkung: Der G-BA finanziert sich aus Systemzuschlägen als Aufschlag auf die Vergütung der Körperschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als eingetragenen Verein, die in dem Augenblick, in dem sie als Vergütung mit befreiender Wirkung von der gesetzlichen Krankenversicherung an die Körperschaften geleistet werden, ihren Steuerbezug verloren haben. Dritte Bemerkung: Der Anteil der Steuermittel bei den 206 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben ist gering und eine Prüfung des Bundesrechnungshofes auf der Basis des geltenden Rechtes könnte, wenn dieses Synallagma bestünde, nur auf diese Mittel beschränkt werden. Wenn es darüber hinaus ausgedehnt werden sollte, bedürfte es einer Änderung von § 55 des Haushaltsgrundsätze-Gesetzes, die wiederum der Zustimmung des Bundesrates bedürfte. Vor diesem Hintergrund also die Frage, ist das notwendig und zielführend und ist das im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens machbar.

Letzte Bemerkung: Durch eine Prüfkompetenz des Bundesrechnungshofes (BRH) bestünde aus meiner Sicht die politisch große Gefahr, dass sich der Bundesrechnungshof nicht auf die Frage, ob die Postkasse und der Personalhaushalt richtig verwaltet werden, beschränken würde.

Der **Vorsitzende** entzieht dem Redner wegen Redezeitüberziehung das Wort.

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vieles ist schon gesagt worden. Wir sehen das Prüfungsrecht des BRH gegenüber der KBV ohne rechtliche Notwendigkeit. Aus unserer Sicht wäre das systemfremd. Der BRH prüft üblicherweise die Verwendung unmittelbarer Gelder des Bundes. Die gibt es bei der KBV nicht. Auch die Tatsache, dass der Gesundheitsfonds Steuergelder enthält, steht dem nicht entgegen, da die KBV keine Mittel aus dem Gesundheitsfonds verwaltet. Zusammenfassend muss man sagen, dass die an die KBV gezahlten Beträge aus den Mitteln entstammen, die ausschließlich von den Mitgliedern gemäß Satzungsregelung aufgebracht werden. Insofern sind sie keine Bestandteile von Bundesmitteln und daher gibt es aus meiner Sicht auch keine Prüfungszuständigkeit des BRH.



Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich beginne mit der ersten Frage an den vzbv und die BAG SELBSTHILFE. Sind Sie der Auffassung, dass die Selbstverwaltung ihre Entscheidung an den Interessen der Patientinnen und Patienten ausrichtet? Wenn nein, wie könnte man das besser machen? Bitte nennen Sie Beispiele.

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir sehen gelegentlich Entscheidungen, die nicht im Patienteninteresse erfolgen, sondern eher im Partikularinteresse der jeweiligen Organisationen sind. Als Beispiel dafür könnte man die Reform der Bedarfsplanung 2013 oder im Augenblick die Entscheidung zu den planungsrelevanten Indikatoren sehen. Wie das besser gemacht werden sollte? Aus unserer Sicht geht es darum, die Interessen der Patienten, explizit der Patienten und nicht nur der Versicherten im G-BA zu stärken. Dazu finden sich dezidierte Vorschläge in unserer Stellungnahme, aber auch in den Stellungnahmen von Patientenorganisationen.

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Man kann sicherlich sagen, dass es im G-BA in vielen Fällen ein gemeinsames Interesse an einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten gibt. Das wurde auch schon im Einzelnen ausgeführt. Es gibt tatsächlich einvernehmliche Entscheidungen im Plenum des G-BA, und zwar mit unserem Einverständnis. Es gibt aber durchaus Fälle, in denen andere Player auch andere zum Beispiel finanzielle oder berufsständische Interessen vertreten. In solchen Fällen kann es sein, dass die Patienteninteressen in den Hintergrund geraten. Als Beispiel verweise ich auf die Richtlinie Psychotherapie. Hier gab es für die Patientinnen und Patienten die Verpflichtung, an einer psychotherapeutischen Sprechstunde teilzunehmen. Auf der anderen Seite war es für die Psychotherapeuten nicht verpflichtend, diese Sprechstunde anzubieten. Die Patientenvertretung hatte hier die Befürchtung, dass ein Nadelöhr für die Versorgung geschaffen würde, durch das viele Patienten erst spät hindurch geraten könnten. Das BMG hat dieses Argument aufgegriffen und darauf verwiesen, dass die gesetzlichen Regelungen der Verbesserung der Versorgung

dienen sollten und dass es sich bei der psychotherapeutischen Sprechstunde deshalb nicht um eine Kann-Regelung handelt. Insoweit sind wir der Auffassung, dass die Patientenvertretung in vielen Fällen die explizite Patientensicht einbringen und auch wichtige Impulse geben kann. Wir halten die Einbringung von Impulsen in die Diskussion für unsere große Stärke. Wir haben zum Beispiel den Aspekt der Hygiene schon sehr früh, vor allen anderen, in die Beratungen des G-BA eingebracht. Der G-BA war damals stolz darauf, dass er das Thema so früh aufgegriffen hatte, aber tatsächlich waren das wir im ersten Aufschlag, worauf wir durchaus stolz sind. Eine Stärkung der Patientenvertretung ist aus unserer Sicht vor allem dadurch zu erreichen, dass man diese Impulsfähigkeit stärkt. Das bekommt man am ehesten über die Stärkung von organisatorischen Strukturen hin. Ich möchte an dieser Stelle explizit sagen, dass die 2008 eingerichtete Stabstelle wichtig ist, um Anträge oder Kompromissvorschläge zu erarbeiten. Das sehen wir als wichtig für die weitere Arbeit an. Hier streben wir keine Veränderung der Strukturen an.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den vdek und Herrn Knieps als Einzelsachverständigen, jedoch eher in der Rolle als Vertreter des BKK-Bundesverbandes. Es geht um die Frage der Aufsicht über die Krankenkassen. Wie stehen Sie zur der Forderung, die Aufsicht über die Krankenkassen zu vereinheitlichen? Herrn Knieps frage ich, weil er als Vertreter des BKK-Bundesverbandes die Landes- und Bundesaufsicht kennt, ob er Beispiele für die unterschiedliche Behandlung unter Landes- und Bundesaufsicht benennen kann?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Eine einheitliche Aufsichtspraxis ist in der Tat notwendig, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu vermeiden. Wir haben ein System der Landesaufsichten und der Aufsicht des Bundes über die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Wir stellen fest, dass in der Praxis keine einheitliche Aufsichtspraxis beziehungsweise einheitliche Aufsichtsentscheidungen stattfinden. Es kommt zu divergierenden Entscheidungen, obwohl es Absprachen und gemeinsame Tagungen der Aufsichtsbehörden gibt. Diese werden in der Praxis nicht verbindlich umgesetzt. Ich will Ihnen dazu zwei Beispiele nennen. Das eine ist die Frage, wie



Bonusprogramme ausgestaltet werden dürfen. Bonusprogramme müssen von der jeweiligen Aufsicht genehmigt werden. Hier ist es so, dass beispielsweise die Landesaufsicht es akzeptiert, wenn eine Krankenkasse Erste Hilfe- oder Tanzkurse anbietet, während die Bundesaufsicht sagt, dieses sind keine Leistungen, die über Bonusprogramme und über Versicherungsgelder zu finanzieren sind. Die Landesaufsicht schreitet aber nicht entsprechend ein. Ein zweites Beispiel ist die Werbung von landesunmittelbaren Krankenkassen für Produkte und Dienstleistungen ohne konkreten Bezug zum Aufgabenfeld der Krankenversicherung. Ganz konkret handelt es sich dabei um die Werbung für Reiseveranstalter, für Betten- und Matratzengeschäfte oder auch für Sportgeschäfte. Immer mit dem Blick darauf, dass gutes Schlafen oder Sport der Gesundheit zuträglich ist. Das Bundesversicherungsamt (BVA) sagt hier ganz klar, dass es sich um eine Aktivität handelt, die nicht in das Aufgabenfeld der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und die deswegen auch nicht auf der Homepage beworben werden darf. Die Landesaufsichten reagieren hier nicht, sondern lassen die Krankenkassen gewähren. Deshalb halten wir es für notwendig, Maßnahmen und gesetzliche Regelungen auf den Weg zu bringen, die eine einheitliche Aufsichtspraxis gewährleisten. Konkret können wir uns vorstellen, dass § 89 Absatz 1 Satz 2 SGB IV, der das Handeln der Aufsicht vorschreibt und konkretisiert, dahingehend angepasst wird, dass eine Aufsicht tätig werden muss, d. h., dass das „ob“ des Handelns verbindlich geregelt und nicht im Ermessen der jeweiligen Aufsichtsbehörde verbleibt. Damit könnte ein Schritt in Richtung einer gemeinsamen Aufsichtspraxis gegangen werden.

ESV **Franz Knieps**: Die Frage geht noch viel weiter und reicht in ein extrem konfliktreiches Thema hinein, die Kodierungsbeeinflussung beim Risikostrukturausgleich und sogenannte Betreuungsstrukturverträge. Das betrifft nahezu alle Leistungsbereiche, in denen die Selbstverwaltung Spielräume in der Gewährung von Leistungen per Satzung hat. Das fängt bei Sehhilfen an und geht weiter über Leistungen durch Heilpraktiker. Das ist beim Thema künstliche Befruchtung relevant. Während das BVA nur Anträge von verheirateten Paaren genehmigt, erteilen fast alle Landesaufsichten grundsätzlich die Genehmigung. Das reicht tief in die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Pflege- und

Krankenversicherung und betrifft konkret die Frage, wo Hilfsmittel eingebucht werden. Ferner betrifft das Bonusprogramm aber auch Verwaltungsverfahren wie zum Beispiel den Einzug von Zuzahlungen in Krankenhäusern. Hier sagt das BVA, das sei Sache der Krankenhäuser. Die Landesaufsichten aber dulden Angebote regionaler Krankenkassen, diese Zuzahlung direkt einzuziehen. Auch die Frage, ob Unterlagen in Papierform vorliegen müssen oder ob diese auch elektronisch übermittelt werden können, wird unterschiedlich beantwortet. Ich will die unterschiedlichen Handhabungen nicht bewerten, aber ich erlebe bei der Gestaltung der Mustersatzungen durch den BKK-Dachverband, die mit dem BVA abgestimmt werden müssen, dass Kassen, die Mitglied im BKK-Dachverband sind, erklären, dass viele Dinge möglich sind, weil sie bereits mit der Landesaufsicht abgestimmt wurden. Ich halte es für nicht akzeptabel, dass ein Bundesgesetz derart uneinheitlich ausgelegt wird und ich halte es für mehr als unbefriedigend, dass die Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN antwortet, diese Unterschiede zu kennen, aber nichts machen zu können und keinen Handlungsbedarf sieht. Die jeweiligen Akteure werden an die Gerichte verwiesen. Das ist für mich im Verhältnis Selbstverwaltung und Aufsichten ein klärungsbedürftiger Punkt.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie beurteilen Sie unsere Forderung, wonach die PatientInnen-Organisationen zwei der drei unparteiischen Mitglieder des G-BA benennen können sollten?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Diese Forderung beurteilen wir grundsätzlich positiv. Die Trägerorganisationen haben über ihre eigenen Stimmen sehr große Möglichkeiten, die Beschlüsse des G-BA zu bestimmen. Die Bestimmung von Unparteiischen durch die PatientInnen-Organisationen, die von diesem Ausschuss zu bestätigen wären, wäre für uns eine geeignete Möglichkeit, um PatientInnen-Interessen zu stärken, wenn man vom Stimmrecht weiterhin absehen will.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an die KBV. Wir haben uns beim Lesen



Ihrer Stellungnahme gewundert, dass dort, im Gegensatz zu den anderen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung, nichts darüber zu lesen ist, weshalb die Bundesregierung auf die Idee gekommen sein könnte, die Selbstverwaltung stärker an die Kandare zu nehmen. Daher wüssten wir gerne, ob die Bundesregierung aus Ihrer Sicht richtig liegt, dass sie nicht genug Möglichkeiten hatte, die Unregelmäßigkeiten in der KBV zu verhindern. Oder hat die Bundesregierung die vorhandenen Möglichkeiten der Aufsicht nicht ausreichend genutzt und will das mit diesem Gesetzentwurf, im Sinne von Aktionismus, verschleiern?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich tue mich schwer, diese Frage zu beantworten. Der Anlass mag nachvollziehbar sein, nur glaube ich, muss man sich nicht der wohlfallenden Annahme hingeben, dass Individualfehler, die passieren, die man bedauert und die man auch korrigiert, nun per se immer zu verhindern wären. Ich habe nicht den Eindruck, dass die Bundesregierung ihre Aufsichtsmöglichkeiten nicht genutzt hätte.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an die BAGP, die in ihrer Stellungnahme, ähnlich wie wir in unserem Antrag, schreibt, dass der Wettbewerb im Gesundheitssystem negative Folgen auf die Entscheidungsfindung des G-BA hat. Ich bitte das und die konkreten Folgen kurz zu erläutern.

Sve Cordula Mühr (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Wir haben unsere Stellungnahme vor allen Dingen vor dem Hintergrund unserer Erfahrung in den Gremien der Selbstverwaltung im G-BA gemacht. Wir erleben dort, dass die Kassen mit einem maximalen Sparinteresse agieren und neue Leistungen möglichst nicht in den Leistungskatalog aufnehmen wollen. Dies ist durchaus im Interesse ihrer Versicherten, aber auch im Eigeninteresse ihrer Organisationen. Ich sage zwar nicht immer, aber das erleben wir durchaus manchmal. Gleichzeitig sorgen aber die Möglichkeiten der Selektivverträge als wettbewerbliches Instrument für maximale Intransparenz, was Evidenz und Qualität dieser Leistungen betrifft. Das ist eine Auswirkung, die wir auf der Kassenseite sehen. Bei den niedergelassenen Ärzten sehen wir ein Interesse, Leistungen nicht

unbedingt als mit den Kassen abrechnungsfähig, sondern lieber als IGeL-Leistung, die privat abgerechnet werden kann, in die Versorgung zu bringen. Wir sehen auch, dass die Haltung, was die Qualitätssicherungsbeschlüsse angeht, nicht besonders förderlich ist, oft mit dem Hinweis oder dem Verweis darauf, dass die Qualität einzelner Leistungserbringer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse dieser Leistungserbringer seien. Was die Krankenhäuser angeht, erleben wir, und das ist auch nicht zu verübeln, dass DRG-relevante Leistungen oft zu Lasten von zum Beispiel Personaleinstellungen und Weiterbildungen gehen. Dies hat teilweise fatale Auswirkungen auf die Krankenhauskeime und die Hygieneversorgung.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den DGB anschließend an das, was wir gerade hier gehört haben. Würde aus Ihrer Sicht eine Evaluation des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen wichtige Erkenntnisse für die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem ermöglichen und warum? Könnten Sie bitte kurz die Haltung des DGB zur Möglichkeit, Online-Wahlen bei den Sozialwahlen einzuführen, erläutern.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Es ist dringend notwendig, dass wir den Wettbewerb, der Mitte der 90er Jahre eingeführt worden ist, evaluieren. Wir haben uns damals alle in einem großen Konsens für einen Qualitätswettbewerb ausgesprochen. Dann haben wir den Wechsel vom Qualitäts- zum Preiswettbewerb miterlebt. Das ist nicht das, was damals vereinbart wurde und es wurde nicht darüber diskutiert, schon gar nicht auf empirischer Grundlage, was dieser Wettbewerb ausgelöst hat. Wir haben heute ein Nebeneinander von wettbewerblichen Versorgungsbereichen und Versorgungsbereichen, die einheitlich und gemeinsam geregelt sind. Dieses Nebeneinander passt nicht und führt zu Konflikten in der Selbstverwaltung, die man so nicht haben müsste, wenn man wissen würde, auf welcher Grundlage der Gesetzgeber in welche Richtung gehen wollte. Wir haben in den vergangenen Jahren immer wieder eingefordert, dass bei der Einführung des Preiswettbewerbs zunächst der Qualitätswettbewerb evaluiert werden müsste.

Im vorletzten Jahr, wenn ich die Vielzahl der Reformen noch genau überblicke, haben wir deutlich gemacht, dass wir nicht grundsätzlich gegen Online-



Wahlen sind, aber wir müssen für einen so großen Bereich sehr gut überlegen, wie das mit der Datensicherheit und mit der Frage der Aufklärung der Versicherten vereinbar ist. Ich glaube nicht, dass man das übers Knie brechen kann, schon gar nicht in der Wahlrunde in diesem Jahr. Das sollte man in einem größeren Rahmen diskutieren.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme gegen die Schaffung einer Ombudsperson aus, bei der die rechts- oder zweckwidrige Verwendung von Finanzmitteln durch Selbstverwaltungskörperschaften des Gesundheitswesens gemeldet werden könnten. Gleichzeitig fordern Sie aber einen besseren Schutz von Whistleblowern in diesem Bereich. Wie soll dieser Schutz aussehen?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir halten diese Ombudsperson nicht für notwendig. Wir haben, das ist auch schon dargelegt worden, eine unabhängige Innenrevision, die die rechts- und zweckmäßige Verwendung der Finanzmittel prüft. Darüber hinaus gibt es in allen Bereichen auch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten. Die müssen Hinweisen nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder eine rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Deswegen halten wir eine weitere Prüfstelle für nicht erforderlich. Wir möchten aber, dass mögliche Hinweisgeber sich trauen, sich zu Missständen zu äußern. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen müssen sie nachteilige Folgen befürchten. Wir haben schon im Rahmen des Antikorruptionsgesetzes darauf hingewiesen, dass Hinweisgeber möglicherweise unverhältnismäßige Maßregelungen seitens ihres Arbeitgebers bis hin zur fristlosen Kündigung befürchten müssen. Deshalb fordern wir gesetzliche Schutzregelungen. Wir haben gleichzeitig das Problem, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in diesen Stellen arbeiten, kein Zeugnisverweigerungsrecht haben. Sie haben keine Möglichkeit, die Auskunft über die Hinweisgeber vollkommen zu verweigern. Das brauchen wir, um die Identität solcher Hinweisgeber effektiv schützen zu können. Der dritte Punkt, den ich ansprechen möchte ist, dass es heute aus diesen Gründen viele anonyme Hinweise gibt. Das ist ein Problem, weil man keine konkreten Details nachfragen kann und diese anonymen Hinweisgeber den Ermittlungsbehörden

und der Justiz auch nicht als Zeugen zur Verfügung stehen. Wir halten es für dringend notwendig, hier einen Schutz für Hinweisgeber zu installieren.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage richtet sich an den vzbv. Viele der heute hier anwesenden Verbände kritisieren die im Gesetzentwurf und in den Anträgen vorgeschlagenen Maßnahmen als unverhältnismäßig starken Eingriff in die Selbstverwaltung. Teilen Sie diese Ansicht? Falls nein, wieso nicht?

Sve Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir teilen diese Ansicht nicht, im Gegenteil. Wir sind der Überzeugung, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen verhältnismäßig sind. Wir sind ähnlicher Auffassung wie Herr Klemens, der an vielen Stellen ausführt, dass es um Selbstverständlichkeiten geht, die in vielen Organisationen so gegeben sind. Wir gehen davon aus, dass sie gegeben sein sollten. Jetzt kann man über ein „insbesondere“ und über die Präzisierung diskutieren, aber vom Prinzip her geht es uns darum, dass Rechtmäßigkeit und Transparenz des Handelns gewährleistet sind. Das ist es offensichtlich bei den meisten Organisationen schon. Insofern ist das Gesetz verhältnismäßig.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den G-BA. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme eine Änderung von § 91 Absatz 4 Satz 6 SGB V dahingehend vor, dass die Genehmigung der Verfahrens- und Geschäftsordnung als erteilt gilt, wenn das BMG nicht innerhalb von zwei Monaten entscheidet. Können Sie Ihren Vorschlag kurz begründen?

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir halten das Bestreben durch verschiedene, von der Bundesregierung im Entwurf in § 91 Absatz 4 SGB V vorgesehene Maßnahmen, die Verfahren zur Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA, auch in einem gerichtlichen Verfahren, dergestalt zu verkürzen, dass zum Beispiel die aufschiebende Wirkung von Klagen entfallen soll, für rechtlich bedenklich. Darauf wird an anderer Stelle noch einzugehen sein. Wir gehen davon aus, dass hier, in diesem elementaren Kernbereich der Gestaltung gemeinsamer Selbstverwaltung – Geschäfts- und Verfahrensordnungen sind im Prinzip die Basis für die Rechtmäßigkeit all unseres



Handelns – ein Mindestmaß an Rechtsklarheit bestehen und auch sehr vorsichtig mit Maßnahmen, die die reine Rechtsaufsicht überschreiten, umgegangen werden sollte. In der Verfahrenspraxis sehen wir heute, dass wir nach der Beschlussfassung über Regelungen der Geschäfts- und Verfahrensordnung, die zwingend sind, damit wir Verfahren in Gang setzen und für die Sie als Gesetzgeber Fristen gesetzt haben, im Schnitt drei Monate brauchen, bis wir die Genehmigung des BMG bekommen. In vielen Fällen läuft das Normsetzungsverfahren bei uns schneller als das anschließende Genehmigungs- und Prüfungsverfahren durch das BMG. Als Beispiel nenne ich § 137h SGB V, die Bewertung von Medizinprodukten mit hohen Risikoneigungen. Hier waren wir schneller fertig als die anschließende Genehmigungsakte des BMG. Deshalb vertreten wir die Auffassung, dass, wenn schon Veränderungen an § 91 Absatz 4 SGB V vorgenommen werden, diese das Ziel haben sollten, die Verfahren zu beschleunigen. Hier sollte zwingend eine Vorschrift, wie wir sie auch an anderer Stelle haben, aufgenommen werden, die besagt, dass die Genehmigung als erteilt gilt, wenn das BMG sich nicht binnen zwei Monaten in irgendeiner Form fristunterbrechend geäußert hat. Das ist eine Anregung zur Erweiterung dieser Vorschrift. Gravierende Bedenken haben wir im Rahmen dieser Vorschrift, und da sind wir wieder bei den Kleinigkeiten, die eben adressiert worden sind, bei der „insbesondere“-Regelung im § 91 Absatz 4 SGB V. Wenn man der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) die Tendenz entnehmen würde, wonach es bereits heute im eingeschränkten Umfang eine Rechts- und Fachaufsicht für die Prüfung der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA gäbe, wofür einiges spricht, manches aber auch nicht, dann muss diese Ermächtigung auf alle Fälle, und da beziehe ich mich auf Herrn Prof. Dr. Sodan, rechtsklar sein, sodass für den Normadressaten ersichtlich ist, welche Prüfkompetenzen das BMG über die Rechtsprüfung hinaus hat. Das wird durch das von manchen für wenig aussagekräftig gehaltene Wort „insbesondere“ so weit geöffnet, dass es nicht mehr absehbar ist, worauf sich die fachaufsichtsrechtlichen Prüfkompetenzen des BMG beschränken.

Ein weiterer, sehr kritischer Punkt ist die im Gesetzentwurf eines neuen § 91 Absatz 4 Satz 5 vorgehene Möglichkeit einer nachträglichen Aufhe-

bung von durch das BMG genehmigten Verfahrensordnungsregelungen auf Grund der Veränderung von tatsächlichen Umständen. Hier enthält das SGB X eine ganze Reihe von Vorschriften, die die Aufhebung von rechtmäßigen oder rechtswidrigen Verwaltungsakten betreffen und die dieses Feld umfassend abdecken, sodass für eine, von Opportunitätskriterien geleitete, weitere Aufhebungsvorschrift, die im Prinzip die Regularien des SGB X und die dortigen Vorschriften aushöhlt, aus unserer Sicht überhaupt keine Notwendigkeit besteht. Ansonsten würde dem Prinzip der Rechtsklarheit hier nicht genüge getan. Es ist das prägende Prinzip der Selbstverwaltung, so wie es Herr Prof. Dr. Sodan ausgeführt hat, dass sie in der Regel auf eine Rechtsaufsicht beschränkt und die Rechtsaufsicht klar präzisiert ist. Wenn die Schwelle zur Fachaufsicht überschritten wird, was von manchen offensichtlich als kein Problem angesehen wird, ist das verfassungsrechtlich problematisch und bedarf einer Inhalts-, Zweck- und Ausmaßbegrenzung, die am Ende auch den Anforderungen verfassungsrechtlicher Regularien standhält.

Letzter Punkt an dieser Stelle: Die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen nach § 91 Absatz 4 Satz 6 SGB V des Gesetzesentwurfs dieser Vorschrift. Hier meinen wir, im Gegensatz zu den Ausführungen von Prof. Dr. Sodan, dass die aufschiebende Wirkung zumindest bei unserer Geschäfts- und Verfahrensordnung gegeben sein muss, denn wir fassen Beschlüsse auf der Basis von Anordnungen des BMG. Diese Beschlüsse werden, wenn das Verfahren keine Suspensivwirkung hat, irgendwann aufgehoben. Dann stellt sich für mich die Frage, wie die beschlossenen Richtlinien, da es keine Einzelfallentscheidungen sind, rückabgewickelt werden und wer dafür die haftungsrechtliche Verantwortung trägt, wenn QS-Beschlüsse ins Werk gesetzt wurden. Das sind im Prinzip die Punkte, die uns bei § 91 Absatz 4 SGB V unter Anerkennung der Rechtsprechung des BSG und der Möglichkeit einer präzisen Regelung erheblich belasten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe Fragen an die AOK, den BDA und den DGB. Sie haben in Ihren Stellungnahmen angemahnt, dass nicht deutlich genug zwischen dem GKV-Spitzenverband auf der einen und der KBV, der KZBV und dem G-BA auf der anderen Seite differenziert werde. Können Sie kurz und



knapp den wesentlichen Unterschied herausarbeiten?

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Es ist eben schon angedeutet worden. In den gesetzlichen Krankenkassen ist die Selbstverwaltungsautonomie tief verwurzelt. Beim GKV-Spitzenverband ist das Verhältnis zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern sehr ausgewogen. Diese repräsentieren die Betroffenen und die Beitragszahler. Sie übernehmen diese Rolle für ungefähr 70 Millionen Versicherte. Das sehen wir bei der Ärztevertretung etwas sparsamer angelegt. Die Vertreter der KVen repräsentieren im Wesentlichen ihre 160 000 Vertragsärzte. Die Patienten- und Versichertenvertreter sind hier nicht repräsentiert. Insofern würde dies zumindest ein höheres demokratisches Legitimationsbedürfnis auslösen. Wir glauben, dass die GKV diesen Eingriff nicht benötigt. Hinzu kommt, dass andere Sozialversicherungszweige ebenfalls davon betroffen sein könnten. Die Rentenversicherung und die Unfallversicherung würden anders behandelt als die Krankenversicherung.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich kann mich dem anschließen, was Herr Litsch sagte. Herr Vorsitzender, Sie haben am Anfang gesagt, dass es das Ziel des Entwurfs wäre, eine einheitliche Regelung für Selbstverwaltung und Aufsicht zu bekommen. Diese brauchen wir nicht, denn wir haben verschiedene Formen von Selbstverwaltung, die im Grunde nicht vergleichbar sind. Wir haben, das klang bereits mehrfach an, die soziale Selbstverwaltung bestehend aus den Vertretern der Sozialpartner beim GKV-Spitzenverband und beim MDS, den Interessenvertretern der Arbeitgeber, den Versicherten, den Patienten und den Beitragszahlern. Dann haben wir die gemeinsame Selbstverwaltung beim G-BA mit den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Das ist etwas ganz anderes und auch ganz anders organisiert. Wir haben drittens die berufsständische Vertretung der Selbstverwaltung bei KBV und KZBV. Das sind drei verschiedene Dinge, die hier über einen Kamm geschoren werden sollen. Wir sind der Auffassung, dass das der falsche Ansatz ist. Ich bin der festen Überzeugung, um in den Augen der Aufsichtsbehörde bestehende Missstände zu beseitigen, braucht man dieses neue Gesetz nicht. Das könnte man mit den bestehenden Möglichkeiten des

Rechts in den Griff bekommen. Man kann dadurch gezielt und im Einzelfall eingreifen. Hier würde ich der Aufsicht das Versäumnis vorwerfen, das in der Vergangenheit nicht so gemacht zu haben. Für die Institutionen GKV-Spitzenverband und MDS, die ich im Ehrenamt vertrete, kann ich nur sagen, und ich bin jetzt im zwölften Jahr dabei, dass mir kein Fall bekannt ist, bei dem wir aufsichtsrechtlich Probleme gemacht haben. Das ist bei uns alles rechtlich, sachlich und fachlich vernünftig gelaufen. Von daher besteht bei uns kein Bedarf, einzugreifen. Ich sehe in dem Versuch, in einem Gesetz fünf verschiedene Verbände und Institutionen zusammen zu bewerten, ein fatales Ergebnis. Im Jahr der Sozialwahl 2017 steckt man alle fünf in einen Sack. Hierdurch entsteht in der Bevölkerung der fatale Eindruck, alle fünf haben Mist gemacht, Dreck am Stecken oder was auch immer. Das stimmt aber nicht. Deswegen bitte ich Sie, gezielt und nicht einheitlich vorzugehen und dort anzusetzen, wo es möglich ist.

Ein letzter Punkt, den Herr Litsch auch schon angesprochen hat, zu den Kontrollrechten und zur Transparenz: Auch das ist für MDS und GKV-Spitzenverband, das wurde schon mehrfach ausgeführt, nicht erforderlich. Wenn, dann aber bitte für die gesamte soziale Versicherung und nicht nur für diese fünf. Ich kann das nachvollziehen, nur für diese fünf kann das BMG kurzfristig etwas machen, da es zum Beispiel über die Rentenversicherung nicht die Aufsicht hat. Letztendlich müssten wir schauen, wie sich ein solches neues Recht auf die einzelne Krankenkasse, auf die Rentenversicherung, auf die Unfallversicherung und so weiter auswirkt. Ich sehe ein, das BMG will und muss schnell handeln, denn der März ist schneller da, als man denkt. Das führt aber zu einem Gesetzentwurf, der in der Summe wirklich an allen Ecken und Enden kratzt und knarrt und so nicht richtig ist.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Man muss noch einmal hervorheben, dass es bei der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen um den Ausdruck der Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen geht, also um eine Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften in den Sozialversicherungen. Alle anderen selbstverwalteten Systeme sind entweder berufsständische Organisationen oder, im Falle des G-BA, eine gemeinsame Selbstverwaltung zur Ent-



lastung der direkten Staatsverwaltung und des Gesetzgebers von konfliktreichen Auseinandersetzungen und Kosten. Die soziale Selbstverwaltung aus Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften wurde in der Diskussion des ersten deutschen Bundestages 1950/1951 im Sozialversicherungswiedererrichtungsgesetz zugrunde gelegt. Dort hat die unionsgeführte Bundesregierung festgelegt, dass die beiden Partner des Wirtschaftens, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die Sozialversicherung gemeinsam und paritätisch verwalten, und auch die Beiträge gemeinsam und paritätisch zahlen sollen. Hier hat es bereits eine Abweichung gegeben. Jetzt haben wir die Situation, dass das Prinzip der Sozialpartnerschaft auch im Hinblick auf andere selbstverwaltete Systeme weiter geschwächt werden soll. Erstens ist es nicht konsistent, weil natürlich die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes davon nicht betroffen werden. Das bedeutet, dass auch das Recht zwischen GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen auseinander läuft, weil es zwei unterschiedliche Rechtsvorschriften für die soziale Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes auf der einen Seite und für die Mitgliedskrankenkassen auf der anderen Seite gibt. Das ist nicht konsistent.

Abg. **Rainer Hajek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Wie bewerten Sie, dass eine Abstimmung, wenn das Abstimmungsverhalten in der Vertreterversammlung beziehungsweise in der Verwaltungsratsversammlung haftungsrechtliche Bedeutung hat, namentlich erfolgen soll?

SV **Uwe Klemens** (GKV-Spitzenverband): Wir haben schon heute Abstimmungen, die wir laut Satzung namentlich durchführen müssen. Dafür haben wir uns elektronische Unterstützung geholt. Das heißt, man sieht durch die elektronische Abstimmung hinterher genau, wer wie abgestimmt hat. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal den Hinweis geben, dass die Struktur des GKV-Spitzenverbandes zu bestimmten inhaltlichen Fragen gar keine andere Abstimmungsmöglichkeit zulässt, weil wir die Stimmengewichtungen, die zwischen Arbeitgebern und Versichertenvertretern und auch innerhalb der Kassenarten durchaus differenziert sind, abbilden müssen. Dies geht nur auf diesem Weg.

SV **Dr. Karl-Friedrich Rommel** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir betrachten die vorgesehenen Regelungen als hoch problematisch. Bei der Vertreterversammlung handelt es sich um ein gewähltes und demokratisch legitimiertes Organ der Selbstverwaltung. Das muss demokratischen Grundsätzen einschließlich des Grundsatzes der Freiheit des Mandats genügen. Die vorgesehene gesetzliche Anordnung ist mit diesem Grundsatz nicht vereinbar. Aufgrund der Haftungsrisiken ist ein Defensivverhalten der Mitglieder der Vertreterversammlung, zum Beispiel durch Enthaltung bei der Stimmabgabe und damit eine erhebliche Gefahr der Lähmung der Selbstverwaltungstätigkeit der Vertreterversammlung zu befürchten. Dies wird am Ende zu einer Erschwerung und Verzögerung von Verwaltungsabläufen führen. Insgesamt läuft dies einer Stärkung der Selbstverwaltung zuwider und kann kaum im Interesse des Gesetzgebers liegen. Es gibt bereits heute in der Satzung der KZBV die Möglichkeit der namentlichen Abstimmung. Es wäre, wenn der Gesetzgeber nicht darauf verzichten möchte, sicher sinnvoll, die Regelung einzugrenzen. Die haftungsrechtliche Bedeutung ist ein sehr weit gefasster, unbestimmter Rechtsbegriff. Man könnte die namentliche Abstimmungspflicht auf die Abstimmung über Verträge von entsprechendem finanziellem Volumen, insbesondere auf solche, deren Abschluss auf Grund der wirtschaftlichen Bedeutung der Vertreterversammlung vorbehalten sind, nämlich Grundstücksverträge und Vorstandsdienstverträge, begrenzen.

Der **Vorsitzende**: Damit ist die Anhörung beendet. Ich danke Ihnen allen für Ihre Mitwirkung und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Schluss der Sitzung: 15.42 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB

Vorsitzender