



Wortprotokoll der 104. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. Februar 2017, 10:30 Uhr
Jakob-Kaiser-Haus, Saal 1 302

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

BT-Drucksache 18/10186

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Roy Kühne [CDU/CSU]

Abg. Martina Stamm-Fibich [SPD]

Abg. Birgit Wöllert [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben

BT-Drucksache 18/10252

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Roy Kühne [CDU/CSU]

Abg. Martina Stamm-Fibich [SPD]

Abg. Birgit Wöllert [DIE LINKE.]

Abg. Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Hennrich, 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



df.

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 13. Februar 2017, 10:30 Uhr

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Hajek, Rainer

Henke, Rudolf

Hennrich, 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

[Handwritten signatures of the members listed on the left, corresponding to the CDU/CSU group.]

4a

4.

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

Mattheis

Stamm-Fibich

Stellvertretende Mitglieder

Bahr, Ulrike

Blienert, Burkhard

Freese, Ulrich

Henn, Heidtrud

Katzmarek, Gabriele

Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

öff.

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Montag, 13. Februar 2017, 10:30 Uhr

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

Stellvertretende Mitglieder

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

46

off

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Montag, 13. Februar 2017, 10:30 Uhr

BÜ90/GR

Ordentliche Mitglieder

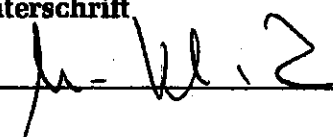
Klein-Schmeink, Maria

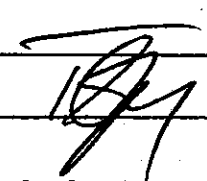
Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Unterschrift





Unterschrift

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

4d



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 13. Februar 2017, 10:30 Uhr

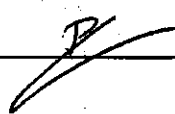
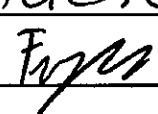
	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Carla Gohel	CDU/CSU	Carla Gohel
Dr. Michael Neumann	CDU/CSU	Dr. M. Neumann
Pascal Detzle	LINKE	P.D.
Stephan Wille	CDU/CSU	Stephan Wille
Andreas Noels	"	Andreas Noels
A. Schanze	LINKE	A. Schanze
A. Nimb	PD	A. Nimb
R. Pfeiffer	SPD	R. Pfeiffer
D. Künze	SPD	D. Künze
J. Sauer	GRÜNE	J. Sauer

öf.

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-be- zeich- nung
Baden-Württemberg			
Bayern	Pfister, FLORIAN		RL
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen	Richter		RR
Sachsen-Anhalt	Richter		Präsident
Schleswig-Holstein	Figura		
Thüringen			

öf.

off.

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-be- zeich- nung
BMG	Bruchmann	[Signature]	RL
"	Blowski	[Signature]	RL
BMG	BERNHARDT	[Signature]	RL
BMG	Hoffmann	[Signature]	RL'in
BMG	Brake	[Signature]	RL'in
BMG	Jaekel	[Signature]	RL
BMG	Müller	[Signature]	Ref'in
"	Wienerschnitt	[Signature]	Ref'in
Ref. für ...	König	[Signature]	RL
"	Sch	[Signature]	Ref'in
"	Brennmann	[Signature]	Ref'in
"	Pietrichmann	[Signature]	Ref
LV RLP	Mende-Dam	[Signature]	MR
BMG	Becker	[Signature]	VAL
BMG	WIDMANN-Hart	[Signature]	Ref'in
BMG	Kathrin Oeder	[Signature]	Ref
BMA	Redert, Bettina	[Signature]	Ref, RL'in
BMA	Kerstin Aufmann	[Signature]	Ref'in
BMG	Leber	[Signature]	Ref

gg

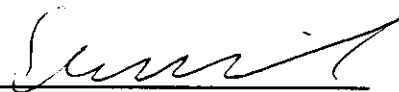
Unterschriftenliste

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
auf Ausschussdrucksache 18(14)226.2
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drucksache 18/10186

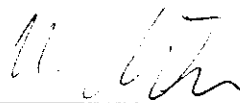
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen –
Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben
BT-Drucksache 18/10252

geladene Verbände

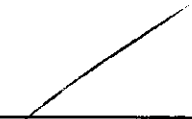
ABDA - Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände e. V.


Dr. Sebastian Schmitz

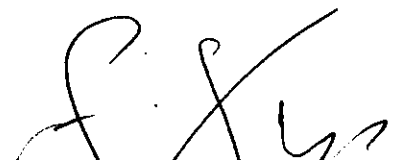
AOK-Bundesverband


Martin Litsch

Berufsverband für den Rettungsdienst e. V.
(BVRD)



BKK Dachverband


Franz Knieps

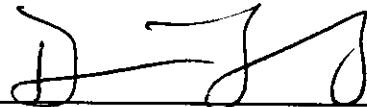
Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)


Michael Reese

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


Dr. Siiri Doka

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

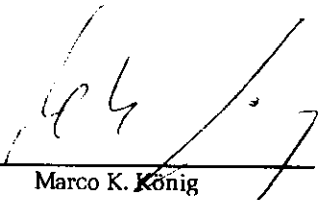

Georg Baum

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-
See


Eric Keuper

Deutscher Ärztinnenbund e. V.

Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)


Marco K. König

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

ABSAGE

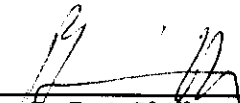
Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)


Wolfgang Kast

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

ABSAGE

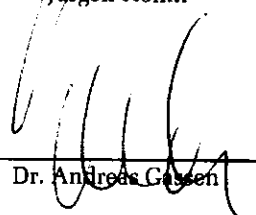
GKV-Spitzenverband


Dr. Doris Pfeiffer

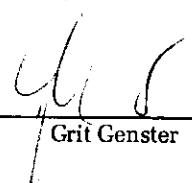
IKK e. V.


Jürgen Hohnl

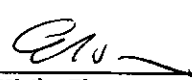
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)


Dr. Andreas Gassen

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

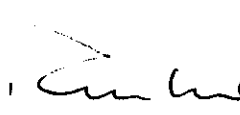

Grit Genster

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)


Ulrike Elsner

Verband der Gründer und Selbstständigen
Deutschland (VGSD) e.V.

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
(PKV)


Dr. Florian Reuther

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.
V. (VUD)



Ralf Heyder

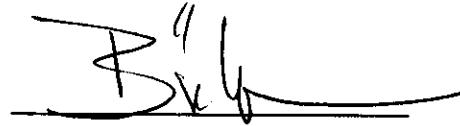
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)



Dr. Ilona Köster-Steinebach

geladene Einzelsachverständige

Dr. Astrid Bühren



Dr. Dirk Göppfarth



Prof. Dr. Volker Ulrich





Beginn der Sitzung: 10.36 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD):

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bitte Sie Platz zu nehmen. Guten Tag, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie alle herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Rechten begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Annette Widmann-Mauz, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Unser gewohnter Saal ist heute durch eine andere Veranstaltung belegt, deshalb bitte ich um Verständnis für die außergewöhnliche Sitzordnung. In unserer öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)226.2 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)“ auf Drucksache 18/10186 und einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“ auf Drucksache 18/10252.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz haben wir uns bereits in einer Anhörung im November des vergangenen Jahres sehr ausführlich beschäftigt. Heute liegen uns dazu Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen vor, die sich u. a. mit der Datengrundlage des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenkasse befassen. Es soll den Krankenkassen künftig verboten werden, Ärzte über vertragliche Zusatzvereinbarungen dahingehend zu motivieren, Diagnosen zu optimieren, d. h. Patienten unter Umständen kränker zu machen, als sie wirklich sind, um die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu erhöhen. Mit dem Risikostrukturausgleich und dessen Zielgenauigkeit beschäftigt sich auch der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Weitere Themen der Änderungsanträge sind die Erweiterung des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen und die Anerkennung der Berufserfahrung der Rettungsassistenten mit dem Inkrafttreten des

Notfallsanitätäergesetzes. Schließlich, meine sehr verehrten Damen und Herren, habe wir einen Änderungsantrag zum Leistungsanspruch von Schwangeren und Wöchnerinnen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, sowie einen Änderungsantrag zum europäischen Berufsausweis.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte nun wie immer einige kurze Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen für diese Anhörung 90 Minuten an Fragezeit zur Verfügung. Diese werden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Dabei haben die CDU/CSU 9 Minuten und die SPD 7 Minuten ihrer jeweiligen Fragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende Zeiten: Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 25 Minuten, gefolgt von der Fraktion der SPD mit 21 Minuten Fragezeit. Daran schließen sich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 17 Minuten an. In einer zweiten Runde fragt nur noch die CDU/CSU 10 Minuten lang. Ich möchte alle Fragesteller und Sachverständigen bitten, ihre Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte auch die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage die Mikrofone zu benutzen und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung, zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer, die sich diese Anhörung im Internet anschauen, die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Des Weiteren bitte ich, alle Mobiltelefone auszuschalten. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Sie wird auch digital aufgezeichnet und kann in der Mediathek des Deutschen Bundestages abgerufen werden. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der CDU/CSU-Fraktion. Die Sprecherin, Frau Maria Michalk, stellt die erste Frage.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich frage den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Ulrich und den Vertreter des BKK Dachverbands, Herrn Knieps. Sie wissen, dass wir im Sondergutachten zur Evaluierung des RSA auch regionale Daten erheben



wollen. Warum ist das sinnvoll? Vielleicht kann zunächst Herr Knieps antworten, da Prof. Dr. Ulrich gerade erst angekommen ist.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Wir haben in den letzten Jahren bei der Analyse von Daten aus dem Risikostrukturausgleich erlebt, dass es je nach Region zu deutlichen Über- und Unterdeckungen kommt, da die bisherige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs bundeseinheitlich Zuweisungen vorsieht, die nicht nach dem regionalen Versorgungsangebot und nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme differenzieren. Das führt dazu, dass die Krankenkassen in Gegenden, die mit Leistungserbringern nach dem SGB V (Sozialgesetzbuch V) relativ dünn besiedelt sind, Überdeckungen erzielen, während sie in Regionen, wo das Leistungsangebot sehr dicht ist, exemplarisch dafür sind das Ruhrgebiet oder der Großraum München, mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. In der Vergangenheit, als es ein Regionalkennzeichen gab, ließ sich das besser belegen. Das wurde vor einigen Jahren abgeschafft, deshalb ist die Erkenntnislage schlechter geworden. Es macht Sinn, Regionalkennzeichen, sei es in Form eines Gemeindeschlüssels oder in Form von Postleitzahlen – für beides gibt es Pro und Kontra-Argumente – zu erheben, um hier genauere Informationen zu gewinnen. In der Wissenschaft hat Prof. Dr. Ulrich zusammen mit Herrn Prof. Dr. Wille für das Land Bayern entsprechende Erhebungen gemacht.

ESV Prof. Dr. Volker Ulrich: Was ist Sinn und Zweck unseres Risikoausgleichs (RSA)? Man möchte Risikoäquivalenz sichern, damit wir den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verzerrungsfrei laufen lassen können. Das ist im jetzigen Modell nicht einwandfrei gegeben, u. a. weil wir keine regionalen Merkmale berücksichtigen. Der jetzige RSA gleicht nach Einkommen, Alter, Geschlecht und Morbidität aus. Damit sind bereits regionale Elemente im RSA enthalten, denn Morbidität hat eine regionale Dimension. Das reicht aber nicht aus. Wir haben in unseren Untersuchungen festgestellt, dass, nachdem der jetzige Risikoausgleich seine Arbeit geleistet hat, ein Flickenteppich von Über- und Unterdeckung übrig bleibt. Es stellt sich die Frage, ob dies durch eine Regionalkomponente ausgeglichen werden soll. Darüber kann man diskutieren. Meine Argumentation lautet ja, solange es für die Krankenkasse ein nicht zu

beeinflussender, d. h. ein exogener Faktor ist. Denn ansonsten würde diese Krankenkasse im Wettbewerb anders behandelt und schlechter gestellt als die anderen Krankenkassen. Da wir sowohl bundesweit operierende als auch regional und überregional tätige Krankenkassen haben, ist das ein Problem. Mit einer regionalen Komponente könnten wir genauer untersuchen, was die Ursachen für diese regionalen Abweichungen sind. Herr Knieps hat es erwähnt, das können Stadt-Land-Unterschiede oder auch Umlandversorgungseffekte sein. Mit Blick auf die demographische Entwicklung könnte es auch sein, dass wir Zentren für bestimmte Erkrankungen, die wir finanzieren wollen, bekommen. Es gibt gute Gründe, diese Regionalkomponente in die Untersuchung aufzunehmen. Es geht auch nicht darum zu sagen, wir würden Überversorgung zementieren und Unterversorgung verschlimmern. Ich rede in diesem Kontext zunächst einmal nur von Überdeckung und Unterdeckung, die man angleichen sollte, weil es keine vernünftigen Belege gibt, warum diese im Moment entstehen.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den regionalen Daten an den vdek und an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Ulrich. Macht es Sinn, diese regionalen Daten zum Beispiel auf Grundlage des Gemeindeschlüssels bereits im laufenden Jahr bereit zu stellen?

SVe Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Dankenswerterweise hat sich das Bundesministerium der Gesundheit (BMG) dazu entschlossen, ein Sondergutachten zu beauftragen, das den RSA evaluieren, aber auch die auf dem Tisch liegenden Vorschläge zur Weiterentwicklung mit in den Blick nehmen soll. Um alle Vorschläge bewerten zu können, müssen entsprechende Daten vorliegen. Die Daten für die Frage eines Regionalkennzeichens als Versorgungsstrukturkennzeichen liegen zurzeit nicht vor. Die Frage lässt sich aber letztendlich nur beantworten, wenn diese Daten für ein Sondergutachten bereitgestellt werden. Deswegen plädieren wir dafür, eine Ermächtigung zu schaffen, damit die bereits für die Datentransparenz nach § 303a SGB V im Rahmen der Versorgungsforschung erhobenen Daten, das sind Postleitzahlen, die erhoben werden und über das Bundesversicherungsamt an das DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) gehen,



dem Gutachterkonsortium zur Verfügung gestellt werden können. Das lässt sich für den Zeitraum des Gutachtens auch technisch organisieren, denn die regelhafte Datenlieferung findet zum 15. April 2017 statt. Dann werden die Postleitzahl-daten für die Versicherten für das Jahr 2015 bereitgestellt. Das heißt, man könnte diese Daten im laufenden Sondergutachten nutzen und hätte dadurch Erkenntnisse über einen Regionalfaktor und über die Frage der Wirkungen.

ESV Prof. Dr. Volker Ulrich: Ich würde es sehr begrüßen, wenn wir die Daten für das Evaluationsgutachten zur Verfügung hätten. Die Vorgabe des BMG, das Gutachten bis zum Herbst fertig zu stellen, ist sportlich. Wir haben intern diskutiert und würden uns eingeschränkt fühlen, wenn wir einen Problembereich, um den sich die Diskussion in den letzten Jahren gedreht hat, ausklammern müssten. Dann könnten wir nur qualitative Analysen nach dem Motto machen, der vorherige Ansatz ist richtig, das Ergebnis könnte aber anders ausfallen, wenn wir regionale Merkmale berücksichtigen würden. Das würde Mehrarbeit bedeuten, da wir diese Dinge dann im kommenden Jahr erneut analysieren müssten. Wenn es möglich ist, und so wie ich es verstehe, ist es möglich, diese Daten zur Verfügung zu stellen, wäre dies mit Blick auf das große Evaluationsgutachten sinnvoll.

Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU): Die Frage zum Leistungsumfang der Hochschulambulanzen geht an die KBV und die DKG. Was halten Sie davon, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) bisher keine Entscheidung getroffen hat, nicht nur im stationären, sondern künftig auch im ambulanten Bereich in den Hochschulambulanzen angewendet werden dürfen?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Bei dieser Frage geht es um den Versorgungsauftrag der Hochschulambulanzen, der Teile der Versorgung betrifft, die Vertragsärzte nicht erbringen können. Unabhängig davon können Hochschulambulanzen unter dem Label Forschung und Lehre ohnehin alle Leistungen abrechnen, die ansonsten nicht erbracht werden. Wir sehen daher keine Notwendigkeit, einen Verbotsvorbehalt für diese neuen Leistungen zu etablieren. Aus unserer Sicht sollte man an dem Verbotsvorbehalt

festhalten und ihn auf die belegärztliche Versorgung ausdehnen, denn das sind stationäre Leistungen, die von Vertragsärzten erbracht werden. Hier müsste der Verbotsvorbehalt gelten.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sehen das ganz anders. Die ambulanten Leistungen der Hochschulen, die jetzt für besonders schwere Arten der Erkrankung geöffnet werden, sind so nahe am klinischen Leistungsspektrum, dass die Regel der Krankenhäuser, dass alles a priori zugelassen ist, bis dass der G-BA etwas verneint, auch für die Ambulanzen gelten muss. Es handelt sich um besondere Krankheiten. In § 116b SGB V haben wir die Regelung, dass es gilt. Insofern ist es eine logische Erweiterung des Gesetzes auf einen Bereich, der unbedingt einzubeziehen ist. Es geht um schwierige Diagnoseparameter, die es im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nicht gibt. Aus diesem Grund gehen die Menschen in die Hochschulambulanzen. Sie könnten dann nicht adäquat versorgt werden.

Abg. Tino Sorge (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KBV und an den BKK Dachverband. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wollen wir die missbräuchliche, nachträgliche Veränderung der dokumentierten Diagnoseschlüssel ausschließen. Könnten Sie bitte kurz darlegen, ob und inwieweit die geplanten Regelungen hierfür geeignet und ausreichend sind?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir halten die geplanten Maßnahmen für geeignet und für ausreichend. Wir begrüßen es ausdrücklich, die Verträge nach § 140a SGB V bzw. die früheren Verträge nach §§ 73a, 73c und 140a SGB V als sogenannte Betreuungsstrukturverträge im Rahmen der Gesamtverträge nach § 83 SGB V zu unterbinden, sofern der primäre Zweck dieser Verträge nur darin besteht, über eine zusätzliche Vergütung von spezifischen Diagnose-einträgen als Behandlungsanlässe eines Behandlungsfalls die kassenindividuelle Mittelzuweisung zu erhöhen, ohne dass entsprechende Mehrleistungen erbracht werden. Deshalb befürworten wir außerdem, dass eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere aufgrund von Prüfungen gemäß §§ 106a bis 106c SGB V und auch nach § 106 Absatz 4 SGB V unzulässig ist und die erneute Übermittlung von Diagnosedaten nur



im Falle technischer oder formaler Übermittlungs- oder Datenfehler zulässig bleibt. Wenn die Abrechnung durch die KVen an die Krankenkassen einmal erfolgt ist, kann eine Änderung nicht mehr akzeptiert werden. Aus unserer Sicht ist durch diese Regelung der Raum für Missbrauch an dieser Stelle nachhaltig geschlossen.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Wir halten diese Vorschläge für geeignet, aber nicht für ausreichend. Wir sehen immer noch bei den Selektivverträgen, aber auch bei der EDV-technischen Umsetzung Schlupflöcher. Deshalb schlagen wir vor, § 73b SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung, einzubeziehen und wir schlagen § 71a SGB V vor. In diesem wird deutlich gemacht, dass im Schnittstellenmanagement mit Hilfe der IT keine Kodierhinweise enthalten sein dürfen. Wir kennen das Problem aus der verdeckten Pharmawerbung in der Vergangenheit. Das hat der Gesetzgeber durch eine entsprechende Regelung abgestellt. Wir regen an, hier eine ähnliche Regelung auch für den Bereich Kodierung zu schaffen.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den Hochschulambulanzen an den Verband der Universitätsklinika. Wie bewerten Sie die vorgesehene Frist für die Anpassung der Vergütung der Hochschulambulanzen unter Berücksichtigung der nunmehr vorliegenden Schiedsstellenentscheidungen?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Mit der Fristvorgabe 1. Juli 2017 bringt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass die beabsichtigte bessere Finanzierung der Hochschulambulanzen zügig umgesetzt werden soll. In diesem Zusammenhang ist die Begründung des Änderungsantrages ausgesprochen hilfreich. Dort wird klargestellt, dass eine Budgetanpassung auch über die Grundlohnrate hinaus möglich ist. Das ist ein hilfreiches Signal des Gesetzgebers an die Verhandlungsparteien vor Ort. Das bewerten wir uneingeschränkt positiv. Allerdings ist bei der Fristvorgabe zu beachten, dass die nun anstehenden Neuregelungen in der Umsetzung ausgesprochen komplex und zeitaufwendig sind. Es ist daher absehbar, dass die Neuverhandlungen der Budgets nicht überall bis Mitte des Jahres abgeschlossen sein werden. Insofern ist es wichtig, dass vor Ort

die Möglichkeit erhalten bleibt, diese Frist zu überschreiten, ohne dass dies negative Konsequenzen für die Verhandlungspartner hat. Der Änderungsantrag in der jetzt vorliegenden Form trägt dem bereits Rechnung, was ausdrücklich zu begrüßen ist. Allerdings möchte ich an der Stelle noch auf zwei formale Unschärfen des Gesetzes hinweisen, die behoben werden sollten. Der erste Punkt betrifft die labormedizinischen Institute wie beispielsweise die Pathologie oder die Virologie. Sie sind nach dem derzeit geltenden Recht formal nur dann vom Anwendungsbereich des § 117 SGB V umfasst, wenn sie organisationsrechtlich am Universitätsklinikum angesiedelt sind. Wenn sie dagegen in der Universität angesiedelt sind, fallen sie nicht in den Anwendungsbereich. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen, dass sie, unabhängig von der organisatorischen Zuordnung, dem Anwendungsbereich der Hochschulambulanzen zuzuordnen sind. Der zweite Punkt betrifft den Geltungsbereich der Vergütungsvereinbarungen zwischen dem Universitätsklinikum und den Landesverbänden der Krankenkassen. Einzelne Krankenkassen stellen sich aktuell auf den Standpunkt, dass diese Vereinbarungen nur innerhalb des Landes, in dem das Universitätsklinikum seinen Sitz hat, Geltung erlangen und nicht außerhalb. Leider ist die Rechtsprechung dem bisher gefolgt. In der Praxis ist dies widersinnig, weil gerade die Universitätskliniken in ihren Spezialambulanzen auch Patienten versorgen, die in einem anderen Bundesland wohnen. Hier würde eine Klarstellung helfen, Rechtsunsicherheiten und unnötige Bürokratie zu vermeiden. Das sind aber zwei rein formale Punkte. Insgesamt nehmen wir den Antrag als deutliches politisches Signal wahr, dass die angestrebte bessere Finanzierung umgesetzt werden soll. Diese Änderungen bedeuten nochmals eine deutliche Verbesserung des Rechtsrahmens der Hochschulambulanzen. Daher bewerten wir den Änderungsantrag insgesamt in jeder Hinsicht positiv.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV und den Deutschen Ärztinnenbund. Den Krankenkassen wird die sogenannte Kodierberatung untersagt. Wie werden jetzt die Ärzte im niedergelassenen Bereich auf die qualitätsgesicherte Kodierung vorbereitet und wie werden sie weitergebildet?



SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen da kein Problem. Die Vorbereitung erfolgt bereits im Bereich der Facharztweiterbildung. Kodierung von Diagnosen wird z. B. im Bereich der DRG (Disease Related Groups) intensiv bearbeitet. Außerdem gibt es immer wieder Rückkopplungen und Schulungen durch die jeweiligen Kliniken. In der Weiterbildung erfolgt eine Heranführung an das Kodieren und des Weiteren erfolgt eine kontinuierliche Weiterbildung der Kodierung durch die praktische Arbeit damit. Durch die Fachgesellschaften oder auch im Rahmen von medizinischen Kongressen und anderen Fortbildungseinrichtungen gibt es z. B. Kodierregelwerke. Außerdem werden sogenannte Thesauri, also elektronische Nachschlagewerke, bereitgestellt. Außerdem gibt es die Kodierhilfen, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland pflegt und herausgibt. Diese werden regelhaft von den kassenärztlichen Vereinigungen für die Schulung eingesetzt. Insofern sind wir der Meinung, dass Ärzte umfänglich in der Kodierung unterrichtet sind und sich regelmäßig darin weiterbilden. Hier bedarf es keiner weiteren Beratung durch die Krankenkassen.

ESVe Dr. Astrid Bühren: Ich spreche hier auch aus der Sicht einer niedergelassenen Vertragsärztin im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. Die korrekte Kodierung ist selbstverständlich unsere Aufgabe und der kommen wir nach. Das ist unsere tägliche Pflicht. Wir haben ein großes Interesse, das wir korrekt kodieren, weil wir möchten, dass die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich die finanziellen Mittel erhalten, die die Morbidität der Patientinnen und Patienten hergibt. Finanzielle Anreize zu einer bestimmten Kodierung sind aus ärztlicher Sicht weder notwendig noch ethisch vertretbar. Wir möchten nach den modernen Standards behandeln, für die wir die entsprechende Vergütung haben möchten. Wir möchten aber nur die Diagnosen angeben, die die Patientinnen und Patienten auch haben. Wie Herr Dr. Gassen bereits sagte, werden wir hierbei unterstützt. Da sind die Thesauri. Auf der Internetseite des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland stehen Kodierhilfen für alle großen Fachgruppen zur Verfügung. Diese gibt es als Schreibtischauflage, als Kitteltaschen- und als herunterladbare Version. Außerdem können wir bei

den Praxisberatern unserer KV nachfragen, die korrekte Informationen geben. Aus unserer Sicht sind wir durch unsere KV und durch die KBV gut informiert. Ich denke, dass ein Signal an alle Patientinnen und Patienten ausgehen sollte, dass wir ihre Erkrankung korrekt dokumentieren. Es sollte uns nicht unterstellt werden, dass wir das falsch machen.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich frage den Einzel-sachverständigen Prof. Dr. Ulrich, den GKV-Spitzenverband und nachfolgend den BKK Dachverband. Was halten Sie von den Folgegutachten zur Zuweisung, Deckung und Aufwendung für Krankengeld und Auslandsversicherte? Ganz banal gefragt: Ist das notwendig, richtig oder überflüssig? Was muss ich dazu wissen?

ESV Prof. Dr. Volker Ulrich: Da habe ich eine geteilte Meinung. Bei den Gutachten für die Auslandsversicherten sehe ich in weiteren Aufträgen keinen Mehrwert, denn da wissen wir viel. Es geht vor allem darum, dass die Zuweisungen stärker an den Ausgaben in den jeweiligen Ländern ausgerichtet werden. Das steht schon im vorliegenden Gutachten. Hier wäre Ihre Beschreibung „überflüssig“ zutreffend. Beim Krankengeld besteht weiterer Forschungsbedarf, denn die hier vorliegenden Gutachten zeigen zwar einige Probleme auf, insbesondere das, was fehlt, wie Tätigkeitsschlüssel oder die Berücksichtigung von Einkommen. Wir müssen aber überlegen, in welches Modell das alles gegossen werden kann und ob es nicht andere Dinge gibt, die eine Rolle spielen. Da würden weitere Gutachten Sinn ergeben, denn die jetzige Regelung soll befristet ein. Wir müssen wieder dahin kommen, dass wir beim Krankengeld keine Ist-Ausgleiche haben, sondern dass das Ganze ins prospektive Modell passt. Wenn diese Dinge aber sehr lange brauchen, bin ich niemand, der Ist-Ausgleiche ablehnt. Alles andere würde zu stark zu Lasten der entsprechenden Krankenkassen gehen. Um diesen Zeitraum zu verkürzen, müssen wir relativ schnell weitere Informationen durch Gutachten einholen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Dieser Prozess ist bereits mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) eingeleitet worden, um eine zielgenauere Zuweisung im morbiditätsorientierten Risikostruk-



turausgleichsverfahren (Morbi-RSA) für das Krankengeld und für die Versicherten, die überwiegend im Ausland leben, zu ermitteln. Dort wurde schon gesagt, dass es ein zweistufiges Verfahren gibt. Im ersten Schritt war die Frage zu beantworten, welche Lösungsansätze zielgenauere Zuweisungen erwarten lassen. Auch die Frage, welche Daten man im heutigen Morbi-RSA-Verfahren braucht, um die Eignung dieser theoretischen Lösungsansätze überprüfen zu können, werden in diesem Änderungsantrag beantwortet. Es werden die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um diese Datenerhebungen zu ermöglichen. Im Folgegutachten wird es jetzt darum gehen, die begonnenen Forschungen auf der Grundlage der weiteren Datenerhebung zu finalisieren. Was bisher noch ein theoretisches Rohgerüst ist, muss jetzt in den Folgegutachten zu einem umsetzungsreifen Änderungsvorschlag weiterentwickelt werden. Von daher macht es Sinn, dieses Folgegutachten in Auftrag zu geben bzw. die gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Ich schließe mich der Bewertung von Herrn Prof. Dr. Ulrich an. Bei den Auslandsversicherten wissen wir, was wir tun müssen, um Dinge zu verändern. Beim Krankengeld wissen wir das noch nicht. Wir würden das sogar noch verstärken. Wir sehen hier die Notwendigkeit, über eine Übergangsregelung nachzudenken, bis ein erweitertes Gutachten ein neues Modell vorschlägt. Krankengeld war von Anfang an ein Systemproblem im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichsverfahren. Herr Prof. Dr. Ulrich hat auf einen prospektiv ausgerichteten Morbi-RSA aufmerksam gemacht. Deshalb halten wir sowohl das Gutachten als auch eine gesetzgeberische Korrektur für eine Übergangszeit für sinnvoll.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich greife das Thema Kodierbeeinflussung auf und frage den GKV-Spitzenverband. Ich möchte wissen, wie Sie in Änderungsantrag 1 die Regelung beurteilen, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen zu erzielen, zu untersagen. Weiter möchte ich wissen, wie Sie parallel dazu die Regelung, den Vertragspartnern zu untersagen, in selektivvertraglichen Vereinbarungen zusätzliche Vergütungen allein für Diagnosestellungen und Kodierungen als Teil der Gesamtverträge zu vereinbaren, bewerten.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht ist das Verbot der Entgegennahme einer zusätzlichen Vergütung oder anderweitiger wirtschaftlicher Vorteile allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen sachgerecht. Die korrekte und vollständige Vergabe und Dokumentation der Diagnosen ist die Voraussetzung und die Grundlage der Behandlung von Patienten. Sie ist damit voll umfänglich Gegenstand und Inhalt der regulären Vergütung. Deshalb ist es folgerichtig, dass dieses Verbot durch ein Verbot kassenindividueller und kassenartenspezifischer Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen im Rahmen der Gesamtverträge ergänzt wird. Die korrekte und vollständige Kodierung wird bereits voll umfänglich vergütet.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den AOK-Bundesverband und an den BKK Dachverband. Ich gehe noch einmal auf Änderungsantrag 1 ein. Damit wird das Ziel verfolgt, eine missbräuchliche und falsche Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und damit die Manipulation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichsverfahrens zu unterbinden. Jenseits eines missbräuchlichen Handelns wird seit langem die Qualität der Kodierung beklagt. Wir haben gerade gehört, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen beratend tätig sind. Ich hätte trotzdem gern gewusst, wie Sie die Qualität der Kodierung aus der praktischen Erfahrung sehen.

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Uns hat das auch interessiert, weil die Qualität der Kodierung ein wichtiger Aspekt ist. Frau Dr. Pfeiffer hat vorhin darauf hingewiesen. Deshalb haben wir ein Gutachten zum Thema „Evaluation der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen“ bei den Professoren Saskia Drösler und Benno Neukirch in Auftrag gegeben. Dieses Gutachten hat ergeben, dass die Kodierung plausibel ist und sich aus dem Versorgungsgeschehen einsichtig begründen lässt. Insofern muss man sagen, dass die Kodierung funktioniert und auch qualitativ in Ordnung ist. Wenn man sehr detailliert herangeht, wird man bei einzelnen Erkrankungen Verbesserungsbedarf im Sinne einer noch spezifischeren Kodierung erkennen. Das aber sind Einzelthemen. Diese lassen sich sehr gut durch individuelle Schulungen auffangen.



Die finden, ich habe bereits darauf hingewiesen, sowohl durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Deutschland (Zi) statt. Das Zi ist damit befasst und stellt Informationsmaterialien und Kodierhilfen zur Verfügung. Kurz gesagt: Aus unserer Sicht ist die Kodierqualität in Ordnung.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Wir sehen das etwas differenzierter. Die Qualität der Diagnosen ist sicherlich hoch, aber sie ist auch sehr unterschiedlich und nicht überall gleich gut. Das liegt nicht daran, dass die Ärzte auf die Dokumentation schlecht ausgebildet oder vorbereitet sind, sondern es liegt daran, dass es keine verbindlichen Regelungen gibt. Beispielsweise ist nicht so klar, ob bei einem Diabetes mit einer Neuropathie eine Komplikation zu kodieren ist, wenn sie behandelt oder nicht behandelt wird. Es ist in beiden Fällen zu kodieren. Das war nur ein Beispiel, das nicht klar geregelt ist. Deswegen plädieren wir für Kodierrichtlinien, damit wir eine gleichwertige Qualität der dokumentierten Diagnosen haben. Diese wären im Übrigen sehr einfach und unkompliziert und manipulationsresistent in die IT einzubauen. Das macht heute jede Branche, die sich hier unterstützen lässt. Das müsste auch für die Ärzte gelten. Also bitte: verbindliche Kodierrichtlinien für die Klarheit.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Es kommt nicht so oft vor, aber ich teile die Meinung meines Kollegen des AOK-Bundesverbandes. Allein die Existenz zahlreicher Betreuungsstrukturverträge und die daraus sichtbaren Veränderungen in den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sprechen dafür, dass Mängel in der Kodierqualität vorhanden sind. Ich habe es immer für einen Fehler gehalten, auf Kodierrichtlinien zu verzichten, weiß aber, dass nur ein intensives Zusammenwirken von Kodierrichtlinien mit Beratungsangeboten, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Vereinigungen in den letzten Jahren angeboten haben, hier Veränderungen bringen. Ich darf darauf aufmerksam machen, dass in den Krankenakten von ambulant behandelten Patientinnen und Patienten Diagnosen sehr häufig lebenslang mitgeschleppt werden. Ich sehe hier noch erheblichen Bedarf, die Kodierqualität zu verbessern. Es ist eine Weile her, dass ich aus einer anderen Position mit

der KBV und dem Zi versucht habe, den Dingen nachzugehen. Damals gab es in der Kodierqualität ein deutliches Gefälle von Osten nach Westen und von Süden nach Norden. Das hat das Zi eingeräumt. Ceterum censeo: Ich halte Kodierrichtlinien für erforderlich. Da kann auf vieles zurückgegriffen werden, was heute zu den wichtigsten Krankheitsbildern vorliegt. Einige Krankheiten wie Diabetes oder andere Volkskrankheiten sollte man aber durchaus noch einmal in den Blick nehmen.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband und an den BKK Dachverband. Ich komme noch einmal auf die Regional Kennzeichen zurück. Es geht um den amtlichen Gemeindeschlüssel. Der könnte unter Umständen für Ballungsräume zu großräumig sein. Wäre es nicht sinnvoll, bei dem Verfahren auf kleinräumigere Postleitzahlen zurück zu greifen?

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Ja, unbedingt. Ich glaube, wir brauchen zwei verschiedene Stufen. Wir haben einmal die Frage zu beantworten, wie wir die Regionen in Bezug auf die Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V beurteilen. Um das den richtigen KVen zuordnen zu können, brauchen wir für die Auffälligkeitsprüfung ein entsprechendes Zuordnungskennzeichen des KV-Bezirks bei den jeweiligen Diagnosen. Das ist die eine Übung. Die andere Regionalzuordnung brauchen wir bei der Frage, wie es mit dem Morbi-RSA weitergeht. Herr Prof. Dr. Ulrich hat das eben ausgeführt. Hier sind sicherlich noch viele Analysen notwendig. Die Frage ist, auf welcher Ebene was zu analysieren ist. Die Region an sich ist zunächst nur eine Fläche. Die Menschen, die dort wohnen oder arbeiten, sind das, was die Versorgung am Ende des Tages ausmacht. Diese ist bekanntermaßen nicht von den Gemeindegrenzen abhängig, sondern geht darüber hinaus. Insbesondere innerhalb der Gemeinden gibt es sehr große Differenzen. Das wird gerade hier in Berlin deutlich. Wenn Sie nach Charlottenburg oder Marzahn schauen, werden Sie sehr unterschiedliche Versorgungsrealitäten sehen. Deswegen brauchen wir zur Untersuchung der regionalen Auswirkungen des Morbi-RSA zwingend die Postleitzahlen auf der fünfstelligen Ebene. Alle anderen Aggregate sind daraus relativ einfach zu bilden, wenn man das Ziel des Morbi-RSA, ihn besser zu machen und die Zielgenauigkeit zu erhöhen und die Wettbewerbsanreize nicht zu gefährden, im



Auge hat. Wir wollen nicht, dass deshalb mehr Geld in das Ruhrgebiet fließt, weil es dort eine besonders ineffiziente Krankenhausstruktur gibt.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband): Im Ergebnis teile ich die Auffassung von Herrn Litsch. Er hat das Beispiel Berlin gebracht. Es sagt nichts über die regionale Verteilung aus, wenn man nur die Grenzen des Landes und damit der Kommune Berlin nimmt. Ich brauche hier kleinräumigere Erkenntnisse. Diese werden über die Postleitzahlen gewonnen. Im Übrigen werden Postleitzahlen schon heute an das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) übermittelt. Es ist also kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand, diese beiden Kennziffern zu erheben. Sie machen in der Kombination für unterschiedliche Aufgaben beide Sinn.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Sie legen in ihrer Stellungnahme dar, dass im § 303 Absatz 4 SGB V eine Klarstellung notwendig sei, damit weiterhin eine Korrektur der Austauschlieferung erfolgen könne. Bitte erläutern Sie dies kurz.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Ich glaube, das ist ein sehr wichtiges Detail, bei dem wir aufpassen müssen, dass wir nicht versehentlich Fehler machen, die die operative Umsetzung gefährden. Wir begrüßen die vorgesehenen Regelungen zur Unterbindung der missbräuchlichen Veränderung der Diagnosen. Darüber brauchen wir nicht mehr zu sprechen. Aber, so wie es jetzt im Änderungsantrag für § 303 SGB V vorgesehen ist, soll eine Austauschlieferung nur bei technischen und formalen Übermittlungsfehlern stattfinden. Das wäre eine ziemliche Katastrophe, weil diese Austauschlieferungen zwischen den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen ständig stattfinden. Das wird Herr Dr. Gassen bestätigen können. Sie sind notwendig, wenn beispielsweise ein Arzt wegen Urlaubs oder anderer Gründe seine Abrechnung zu spät abgibt oder 17 Kassenärztliche Vereinigungen die Daten austauschen müssen, z. B. weil jemand in der KV Bremen versichert ist, aber in Bayern ärztlich behandelt wurde. In diesem Fall kommen die Daten über die KV Bremen zu den Kassen. Das heißt, dass die KV Bayern, obwohl der Patient dort behandelt wurde, Daten nach Bremen übermitteln muss. Hier passieren häufig Fehler.

Diese Daten nicht mehr austauschen zu können, wäre eine sehr große Qualitätseinbuße bei dem heutigen Abrechnungsverfahren. Wir bitten darum festzustellen, dass Austauschlieferungen nicht nur bei technischen Fehlern und bei Übermittlungsfehlern, die sehr eng definiert werden können, sondern auch zur Erstellung einer sachlich-rechnerisch richtigen Abrechnung erfolgen können. Damit wäre dem Thema genüge getan und es würde keine weitere Qualitätsproblematik bei den Diagnosen entstehen.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage zum Themenkomplex Hochschulambulanzen richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die BAG SELBSTHILFE und den AOK-Bundesverband. Ich habe die Bitte uns zu erläutern, was die Umkehrung des Erlaubnis- in ein Verbotsvorbehalt für die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Patientenversorgung bedeutet und wie Sie diese Regelung in Bezug auf die Patientenversorgung beurteilen.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Für die Hochschulambulanzen galt bisher der Grundsatz, der für alle Einrichtungen der ambulanten Versorgung gilt, dass Leistungen nur erbracht werden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie nicht aktiv ausgeschlossen hat. Das heißt für die Patientensicherheit, dass nur die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden dürfen, die der G-BA geprüft und ausdrücklich erlaubt hat. Mit der geplanten Neuregelung soll für die Hochschulambulanzen der Leistungsumfang entsprechend dem Verbotsvorbehalt gelten. Das heißt, es ist erlaubt, was nicht ausgeschlossen ist. Hier sehen wir ein Problem, denn es wären Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zugelassen, deren medizinischer Nutzen bzw. deren Risikoprofile für die Patientinnen und Patienten unklar sind. In der Begründung heißt es, das sei sinnvoll, weil von Fachärzten überwiesen wird und es sich um Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen handelt. Wir können nicht nachvollziehen, warum gerade für diese Gruppe nicht die Regelung gelten sollte, dass sie nur Methoden angeboten bekommt, von denen sie auch nachweislich profitiert. Der zweite Punkt, der in der Begründung angeführt wird, dass das bereits in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V so ist, ist nicht richtig. Bei der ASV



setzt sich der G-BA im Vorhinein inhaltlich sehr intensiv mit den Leistungen, die dort angeboten werden, auseinander. Der Behandlungsumfang wird in der Richtlinie und den Anlagen bestimmt. Das wird regelmäßig überprüft und angepasst, es werden Qualitätsvorgaben gemacht, Strukturen und Prozesse definiert und es muss auch bei den erweiterten Landesausschüssen angezeigt und überprüft werden. Das heißt, hier gibt es eine Regulierung. Eine solche vergleichbare Definition des Leistungsumfangs und der Vorgaben gibt es bei den Hochschulambulanzen nicht. Das würde bedeuten, jede Hochschulambulanz definiert ihren Leistungsumfang zunächst selbst. Das beinhaltet das Risiko, dass wir regional völlig unterschiedliche Versorgungsangebote für gleiche Patientengruppen haben werden. Deshalb halten wir diese Regelung nicht für sinnvoll, sondern für die zu behandelnden Patientinnen und Patienten eher für riskant. Falls Sie aber an der Regelung festhalten, sollte auf jeden Fall sichergestellt werden, dass in diesem Zusammenhang neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Möglichkeit auch im Rahmen von Studien identifiziert werden, so dass wir zum Schutz der Patientinnen und Patienten wissen, was dort gemacht wird.

Sve Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir sehen das anders. Wir haben das Problem, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst nach einer gewissen Zeit in die ambulante Versorgung kommen. Grundsätzlich ist ein Nutzenbewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig. Dieses dauert in der Regel drei Jahre, wenn überhaupt ein Antrag gestellt wird. Wenn die Leistungen nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen werden, kann das Verfahren durch den Bewertungsausschuss etwas schneller gehen, muss es aber nicht. In den Hochschulambulanzen gibt es ein bestimmtes Klientel, das schwere und komplexe Krankheitsbilder hat. Wenn die Behandlung durch den Facharzt ausreichen würde, bräuchten wir die Hochschulambulanzen nicht. Deshalb ist es aus unserer Sicht wichtig, dass zusätzliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Das kann auch im Bereich der Diagnostika wichtig sein. Auch für die

seltenen Erkrankungen benötigen wir die Hochschulambulanzen. Hier ist es wichtig, dass man neue Diagnostika in der Versorgung schnell und nicht erst nach einem Nutzenbewertungsverfahren im G-BA mit einer Regelzeit von drei Jahren zur Verfügung hat. Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wird keine Nutzenbewertung durchgeführt, bevor das in den Leistungskatalog der ASV aufgenommen wird. Es gibt gewisse Qualitätssicherungsmaßnahmen, aber keine Nutzenbewertung. Die Leistungen der ASV sind auf einen sehr engen Bereich eingegrenzt. Das heißt, dass Voraussetzungen vorliegen müssen, bevor diese angewendet werden können. Insofern sind die beiden Dinge nicht vergleichbar und wir haben in der ASV genau aus diesem Grund Probleme mit bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Ich möchte mich Frau Dr. Pfeiffer anschließen, denn wir müssen uns irgendwann mit mehr Konsequenz, so empfinde ich das, entscheiden, wie wir unsere Versorgung orientieren und an welchen Kriterien wir sie messen wollen. Ich hatte die Hoffnung, dass nach dem Krankenhausstrukturgesetz das Thema Qualität in der Versorgung eine große Rolle spielen wird. Die Regelungen zur Hochschulambulanz bringen die Dinge wieder durcheinander. Wir haben eine ambulante und eine stationäre Versorgung. Dazwischen haben wir eine Reihe von anderen Versorgungsformen in der Hoffnung entwickelt, dass dadurch die sektorale Verfestigung in den beiden Säulen aufgebrochen wird. Wir haben unter anderem die ASV und die Hochschulambulanzen und es gibt noch einige mehr. Die Vergütungs-, Qualitäts- und Zulassungsregeln dieser Versorgungsformen sind komplett unterschiedlich, so dass man von einer sektorenübergreifenden Steuerung der Versorgung an dieser Nahtstelle nicht sprechen kann. Wenn wir jetzt die ASV mit § 116b SGB V neu organisiert haben und das über den G-BA regeln, würde das einem völlig anderen Bild auf der Hochschulambulanzseite entsprechen, wo wir alle Leistungen freigeben, also ein Verbotsvorbehalt eingeführt wird. Das heißt, alles ist erlaubt, was nicht verboten ist. Das kann nicht sein und würde den Mittelbereich zwischen den Sektoren weiter durcheinander bringen. Hier besteht für die nächste Legislaturperiode Handlungsbedarf. Jetzt aber bitte nicht noch mehr Durcheinander an dieser Stelle.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Verbraucherzentrale Bundesverband und an die Knappschaft. In ihren Stellungnahmen begrüßen Sie die Änderungen zum Risikostrukturausgleich und zu den Diagnosedaten. Sind diese aus ihrer Sicht ausreichend und wenn nein, was müsste über die nun vorgeschlagenen Änderungen hinaus geschehen?

SVe **Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir begrüßen die vorgeschlagenen Änderungen, sehen sie aber als nicht ausreichend an. Wir gehen davon aus, dass der Anreiz, auf Kodierungen einzuwirken, um höhere Erlöse aus dem RSA zu generieren, nach wie vor für die einzelnen Kassen bestehen wird. Wenn das bevorzugte Mittel des Betreuungsstrukturvertrages jetzt ausgeschlossen ist, wird man auf andere Mittel, die bislang eher im Hintergrund standen, weil sie mehr Aufwand produzieren, ausweichen. Deshalb schlagen wir vor, verpflichtende ambulante Kodierrichtlinien einzuführen. Vor allem muss man die Ausweichstrategie auf die Selektivverträge in den Griff bekommen, indem man sicherstellt, dass die Versorgung den dort gesetzten Vergütungsanreizen entspricht. Des Weiteren schlagen wir eine medizinische Evaluation der Selektivverträge hinsichtlich ihrer Versorgungsleistungen verpflichtend vor. Es wäre wichtig, Transparenz über die Inhalte der Selektivverträge zu schaffen und eine einheitliche Aufsicht zu etablieren. Es geht darum, nicht nur den sehr eindeutigen Fall der ausschließlichen Vergütung für Kodierung in den Griff zu bekommen, sondern auch die Überversorgung. Das so etwas möglich ist, sieht man bei den hausarztzentrierten Versorgungsverträgen, wo es z. B. kontaktunabhängige Betreuungspauschalen gab und wo sich die Frage stellte, welche Versorgung sich daran anschließt. Wir empfehlen, den Bereich der Selektivverträge mit in den Blick zu nehmen.

SV **Eric Keuper** (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See): Grundsätzlich halten wir die getroffene Regelungen für ausreichend. Wir gehen davon aus, dass es für die Zukunft eine einheitliche Betrachtungsweise bei der Aufsicht von Bund und Ländern gibt und nicht mit zweierlei Maß gemessen wird. Wir halten es für sinnvoll, einheitliche Kodierrichtlinien zu schaffen, damit vertragliche Auswüchse nicht erforderlich sind und die Kodierqualität auf einen einheitlichen Standard gehoben wird.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die BAGP. Was ist die Ursache dafür, dass die Krankenkassen Diagnosen beeinflussen und zu Mitteln greifen, die nicht im Interesse der Versicherungsgemeinschaft sind?

SV **Michael Reese** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Es leiden vor allen Dingen die Patientinnen und Patienten darunter. Die Versicherten sind noch eine andere Frage. Der maßgebliche Grund ist, über Diagnosen mehr Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zu erzielen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Krankenkassen in einem Preiswettbewerb zueinander stehen und versuchen müssen, über Einnahmen und Ausgaben ein möglichst gutes Budget zu erarbeiten, um ihre Krankenkassenbeiträge stabil halten zu können. Dieses Wettbewerbssystem führt dazu, dass es regelmäßig, ob nun bei einer Art Überkodierung oder bei einem Leistungsauschluss, zu Nachteilen für Patientinnen und Patienten kommt. Die BAGP spricht sich dafür aus, einen Wettbewerb an der Gesundheit der Versicherten anstatt am Preis zu orientieren.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage steht im Kontext des Änderungsantrags 5 zum Notfallsanitätärgesetz. Sie geht an Herrn König vom Deutschen Berufsverband Rettungsdienst. Sehen Sie derzeit Versorgungsschwierigkeiten bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit starken Schmerzen durch das Rettungsdienstpersonal und was müsste hier geändert werden?

SV **Marco K. König** (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): In der Tat gibt es dort große Probleme, weil bisher nur wenige Träger der Rettungsdienste die Schmerzbehandlung durch Rettungsfachpersonal geregelt haben. Der Notfallsanitäter erlernt es jetzt. Auch das BMG hat noch einmal schriftlich erklärt, dass die Schmerzbehandlung mit Medikamenten durch Notfallsanitäter zu erfolgen hat. Nun ist das Problem, dass die guten Medikamente, die die Schmerzen lindern, dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen. Auf der einen Seite hat der Notfallsanitäter eine Garantenstellung und muss diesen Patienten helfen. Wenn er das nicht macht, macht er sich der unterlassenen Hilfeleistung strafbar. Auf der anderen Seite macht er sich strafbar, wenn er Medikamente einsetzt, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, weil er



gegen das BtMG verstößt. Das ist sehr unbefriedigend, auch für den Patienten, der starke und stärkste Schmerzen hat. Daher sehen wir eine Notwendigkeit, das Betäubungsmittelgesetz zu ändern, um von dem gerechtfertigten Notstand, der bisher immer gegriffen hat, wegzukommen. Eine Suchtgefahr ist in diesem Bereich sowohl für den Patienten als auch für den Anwender so gut wie ausgeschlossen. Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung muss ebenfalls geändert werden und eventuell sogar das Heilpraktikergesetz.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich komme noch einmal auf das Thema Diagnosebeeinflussung zurück und habe eine Frage an den BKK Dachverband. Leuchtet Ihnen ein, dass die Koalition die Diagnosebeeinflussung auf Gesamtverträge verbieten will – was wir durchaus sehr begrüßen –, die Selektivverträge aber von diesem Verbot ausnimmt?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband): Nein, das leuchtet mir nicht ein. Ich bin dafür, dass wir ein umfassendes Verbot sowohl materiell als auch hinsichtlich des Adressatenkreises einziehen. Krankenkassen sind findige Institutionen. Sobald man ein Schlupfloch lässt, und das kann man versorgungspolitisch noch so gut begründen, werden sie diesen Vertragstypus sofort umsetzen. Dass ich damit nicht so falsch liege, zeigt ein aktueller Fall in einem südwestdeutschen Bundesland, wo der bisherige Betreuungsstrukturvertrag wortgleich als § 140a SGB V-Vertrag eingebracht wird.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den vzbv. Die Selektivverträge sollen einen Qualitätswettbewerb unter den Kassen befeuern. Wie ist das sichergestellt, wenn die Selektivverträge geheim, also dem Versicherten und der Fachpresse gar nicht bekannt sind? Wie können auch wir als Gesetzgeber, als Politikerinnen und Politiker sicherstellen, dass es an der Stelle tatsächlich zu einem Qualitätswettbewerb kommt?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Tatsächlich sehen wir im Augenblick große Probleme in diesem Zusammenhang. Wir haben schon seit längerem darauf hingewiesen, dass die Geheimhaltungsmöglichkeit der Inhalte der Selektivverträge, aber auch die mangelnde medizinische Evaluation der Versorgungsqualität der Selektivverträge den besagten

Qualitätswettbewerb ausschließt. Es ist im Augenblick sogar so, dass Versicherte noch nicht einmal erfahren können, welche Krankenkasse mit welchen Leistungserbringern in welcher Region zu welcher Indikation einen Selektivvertrag hat, geschweige denn, wie gut er ist. So können noch nicht einmal Versicherte eine Krankenkasse gezielt nach dem Angebot der Selektivverträge auswählen. Zumindest das Vorhandensein müsste transparent gemacht werden. Es müsste eine Evaluationspflicht geben, ob sich tatsächlich ein Versorgungsvorteil für die Versicherten und Patienten aus dem Selektivvertrag ergibt. Das müsste verpflichtend gesetzt werden, damit die Versorgungsqualität im Vertrag darüber entscheidet, ob sich ein Versicherter dort einschreibt, aber auch welche Krankenkasse er mit welchem Versorgungsangebot auswählt.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich bleibe beim Notfallsanitätärgesetz und meine Frage geht an ver.di. Wie beurteilen Sie das Festhalten an der siebenjährigen Übergangsfrist bei den Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten?

SVe **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Voranschicken möchte ich zunächst, dass wir ausdrücklich die mit dem Änderungsantrag Nummer 5 geplante Aufhebung des Stichtages zur Anrechnung der Berufserfahrung von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten begrüßen. Das stellt für die Beschäftigten eine wichtige Verbesserung dar. Wir haben uns lange dafür eingesetzt. Die Stichtagsregelung ist als eher willkürlich gesetzt betrachtet worden und hat viele der Kolleginnen und Kollegen frustriert. Für uns ist das eine wichtige und notwendige Verbesserung. Mit dem Festhalten an der siebenjährigen Übergangsfrist wird aber nur ein Teil der Probleme gelöst. Die Übergangsregelung von sieben Jahren ist z. B. für die Personen, die sich in Elternzeit oder Erziehungszeit befinden, zu kurz gegriffen und kann zu Benachteiligungen führen. Im Sinne einer verbesserten Durchlässigkeit sollte deshalb auch ein späterer Übergang zum Notfallsanitäter ermöglicht werden. Die Erlaubnis, die neue Berufsbezeichnung führen zu dürfen, sollte den berufserfahrenen Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten auch nach Ende der siebenjährigen Frist noch erteilt werden können. Wir hatten uns auch in unserer Stellungnahme im Jahr 2013 für unbeschränkte Übergangsvorschriften ausgesprochen.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE und die BAGP. Wie stehen Sie zu der Beschränkung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir bedauern, dass damals die politische Entscheidung getroffen wurde, den Morbi-RSA auf 80 Krankheiten zu begrenzen, weil wir feststellen, dass innerhalb der Krankheitsgruppen eine relativ große Streubreite der Krankheitskosten vorhanden ist. Als Beispiel hatten wir damals die Mukopolysaccharidosen, die in der Krankheitsgruppe eingeordnet waren, die im Ausgleich 1 400 Euro bekamen, genannt. Die tatsächlichen Krankheitskosten dieser einen Form der Mukopolysaccharidosen waren sechsstellig. Die Enzyersatztherapien waren sehr teuer. Insofern würden wir uns in einem ersten Schritt einen Hochrisikopool wünschen. Das ist im Folgegutachten schon angesprochen. Auch dazu sollten Erhebungen stattfinden. In einem zweiten Schritt würden wir uns wünschen, dass der Morbi-RSA in Zukunft nicht mehr auf 80 Krankheiten beschränkt wird, sondern 200 bis 300 umfasst. Letztendlich brauchen wir auch eine Generalklausel für die seltenen Erkrankungen, weil die unter Umständen sehr teuer sein können. Wir beobachten teilweise, dass Krankenkassen mit den Patienten etwas ruppig umgehen, wenn die Krankheitskosten über den Morbi-RSA nicht abgedeckt sind.

SV **Michael Reese** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Man kann aus zwei Perspektiven auf diesen Morbi-RSA schauen. Die eine Perspektive ist, wie die Gelder gerecht im Sinne eines Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander auf die Krankenkassen verteilt werden. Da gibt es Gutachten des wissenschaftlichen Beirates von 2011 oder auch Aussagen des Bundesversicherungsamtes von 2015, wonach eine Einbeziehung aller Krankheiten zu einer fairen, gerechteren Verteilung führen würde. Schaut man aus Patientensicht auf diese Verteilung, entsteht ein anderes Bild. Das heißt, Krankheiten, die momentan nicht zu den 80 Krankheiten gehören, weisen u. a., wenn sie nicht bestimmte Komorbiditäten enthalten, Unterdeckung auf. Hier besteht die Gefahr der Versichertenselektion. Man kann im

Grunde genommen sagen, dadurch besteht die Gefahr, dass Versicherte zweiter Klasse entstehen, an denen die Krankenkassen kein besonderes Interesse haben. Deshalb befürwortet die BAGP die Aufstockung der Krankheiten auf alle. Insgesamt befürwortet die BAGP eine Gesamtuntersuchung des Morbi-RSA, aber nicht der Wirkung auf die Krankenkassen, sondern der Wirkung auf die Versorgung der Patienten. Die Frage ist, welchen Selektiveffekt er hat und welche Versorgungseffekte bei den Patienten ankommen. Dann kann man gegensteuern.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den vdek. Wird aus Ihrer Sicht durch die Regelung im Gesetzentwurf, dass Mutterschaftsgeld an privatversicherte Frauen zu zahlen ist, eine Gleichbehandlung von Arbeitnehmerinnen und Selbständigen erreicht?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Es ist eine sozialpolitische Entscheidung, die Mutterschaftszeiten auch für die Privatversicherten stärker anrechnen zu lassen. Dies hat zur Folge, dass auch die Möglichkeit besteht, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu bleiben. Man muss das Feld insgesamt analysieren, weil es nicht sein kann, dass Verschiebepunkte zwischen den Sozialversicherungssystemen, aber auch zwischen PKV und GKV organisiert werden. Wir müssen uns bei diesen Fragestellungen, beispielsweise bei der Frage der Finanzierung von ALG II-Versicherten, stärker damit befassen, was die Aufgabe der Krankenversicherung und was die Aufgabe des Steuerzahlers ist.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben u. a. einen Antrag eingebracht, indem es darum geht, den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Im ersten Schritt möchte ich noch einmal zur Kodierbeeinflussung gehen. Wir haben schon sehr viele Stellungnahmen gehört. Ein Stück unterbelichtet ist der Vorschlag zur Schaffung ambulanter Kodierrichtlinien. Einige haben schon gesagt, dass es eine Verbesserung der Kodierqualität braucht. Wie können wir dahin kommen, dass eine gleichmäßig hohe Kodierqualität gewährleistet wird? Diese Frage stelle ich an die BKK und an die AOK.

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband): Zum ersten wird sich etwas verändern, wenn die Hinweise zur



Kodierung Richtlinienqualität haben. Das hat eine stärkere normative Bedeutung und eine verbesserte Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den bisherigen Materialien. Der zweite Punkt, bei dem das Prinzip Hoffnung leitend ist: Wenn es solche Richtlinien geben wird, führen wir auch eine öffentliche Debatte. Dann nimmt jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt wahr, dass sich etwas ändern muss. Das Ganze kann durch entsprechende Aktivitäten der KVen und im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt begleitet werden. Ich sehe insgesamt eine stärkere Verbindlichkeit plus eine öffentliche Debatte, die die Qualität der Kodierungen beeinflussen und verbessern wird.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband): Ich kann mich ganz harmonisch anschließen. Die Qualität wird von den Kodierrichtlinien entscheidend profitieren. Es geht dabei nicht nur um den Morbi-RSA – dafür will ich werben – und die Frage, wie die Grundlage für die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds damit zu regeln ist, sondern es geht auch um Fragen der Vergütung, der Qualität oder Versorgungsplanung. Dafür brauchen wir diese Informationen und deswegen ist die Verbindlichkeit wichtig. Außerdem ist nachzulesen, was für alle gilt. Im Krankenhausbereich geht das auch. Es wäre ein deutlicher Schub nach vorne. Wenn wir das in die IT- und Praxissoftware einbringen, dann haben wir eine höhere Qualität der Kodierung und eine Reduktion von falschen oder unvollständigen Kodierungen. Wir haben eine Unterstützung durch den Arzt, weil wir das kontextsensitiv machen können, also kein Insulin ohne Diabetes o. ä., und damit auch keine bürokratische Überlastung. Deswegen glaube ich, dass das zwingend in die richtige Richtung geht.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vorhin wurde darauf hingewiesen, dass es wahrscheinlich nicht reicht, die jetzigen Vertragsformen entlang der Betreuungsstrukturverträge strittig zu stellen und den missbräuchlichen Einsatz ohne Leistung vorzusehen. Welche anderen Vertragsformen müssten definitiv noch einbezogen sein? Das ist eine Frage an IKK und vdek.

SV Jürgen Hohnl (IKK e. V.): Meine Kollegen haben

sich zu diesem Thema schon geäußert. Es ist wichtig, dass die Betreuungsstrukturverträge abgeschafft werden. Aber wir müssen aufpassen, dass nicht in anderen Verträgen ausweichende Türen geöffnet werden, um die Manipulationen dort fortzuführen. Genannt wurden schon die hausarztzentrierten Versorgungsverträge, aber auch andere Verträge zur besonderen Versorgung. Das ist eine Aufgabe, die die Aufsichten zu übernehmen haben. Sie müssen stärker hinschauen, ob es primär um Kodierung und nicht so sehr um die Versorgung geht. Überall da, wo man Verträge schließt, die sich auf 80 Krankheiten beziehen, sollte man sehr genau hinschauen, was da ist. Also ein Vertrag, der ein Mehr an Versorgung bietet und nicht ein Mehr an Kodierung erreicht. Das wäre meine Aussage dazu.

SVe Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Ich schließe mich insoweit an, dass wir sehen müssen, dass wir alle Vertragstypen einbeziehen, insbesondere die Hausarztverträge, weil es in der Tat immer wieder neue Schlupflöcher gibt, obwohl die politische Intension der Regelung ganz eindeutig ist. Ich möchte aber in dem Zusammenhang das Thema einheitliche Aufsichtspraxis noch einmal ansprechen. Wir haben erlebt, dass Landesaufsichten und die Bundesaufsicht BVA sehr unterschiedlich in der Beurteilung solcher Verträge agiert haben und auch ansonsten unterschiedlich handeln. Es ist wichtig, dass wir eine einheitliche Aufsichtspraxis bekommen. Dafür müssen die Aufsichten gemeinsame Kriterien zur Beurteilung solcher Verträge entwickeln. Wenn man schaut, warum wir diese Manipulationen bei der Kodierung haben, muss man schauen, welche Krankheiten sich lohnen, kodiert zu werden. Das sind Krankheiten, bei denen es ein gewisses Spektrum in der Beurteilung gibt, d. h. ob sie tatsächlich mit einer Diagnose versehen werden oder nicht. Daher ist es wichtig, dass man Krankheiten auswählt, die weniger manipulationsanfällig sind, um keine falschen Incentives zu setzen und keine falschen Strategien auch im Umgang mit Vergütung zu initiieren. Deshalb das Plädoyer, die Krankheiten, die kodiert werden sollen, genau in den Blick zu nehmen. Denn anders als im stationären Bereich oder beispielsweise im Bereich der Arzneimittel ist es so, dass im ambulanten Bereich eine Kodierung derzeit nicht zwingend eine Vergütung auslöst. Deswegen ist das ganze Geschäft so interessant.



Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen betreffen den Bereich des Morbi-RSA. Es werden jetzt Regelungen zur Evaluation geschaffen. Wir haben es aber mit einer Limitierung der zur Verfügung stehenden Datengrundlage zu tun. Darauf wurde bereits mehrfach hingewiesen. Meine Frage geht an AOK und BKK. Könnten Sie bitte noch einmal zusammenfassen, welche Kriterien und Erkenntnisse wir benötigen und welche Punkte zur Datengrundlage zwingend notwendig wären?

SV **Martin Litsch** (AOK-Bundesverband): Ich versuche mich auf die Frage zu konzentrieren und nicht in allgemeine Abhandlungen zum Morbi-RSA abzugleiten. Wir brauchen in der Evaluation eine Klarheit darüber, wie gut der Morbi-RSA das, was er leisten soll, leistet. Risikoselektion soll vermieden werden und dafür brauchen wir den Risikostrukturausgleich. Das tut er heute so gut, wie er es in der Vergangenheit nicht getan hat. Es ist Aufgabe der Gutachter, daran weiterzuarbeiten. Weiter wollen wir Wettbewerbsanreize in der Krankenversicherung setzen. Das ist eine Entscheidung, die vor über 20 Jahren getroffen wurde und die offensichtlich im Moment zu wirken beginnt. Auch wenn das nicht zu sehr großen Unterschieden zwischen den Kassenarten führt, führt es doch zu Reaktionen. Die Merkmale, die wir betrachten müssen, haben natürlich mit der Krankheitsauswahl zu tun. Ich bin, was die Krankheitsauswahl betrifft, anderer Auffassung als Frau Elsner. Wir würden der Morbi-RSA-Zielstellung etwas Gutes tun – das ist gutachterlich belegt, man kann das noch einmal nachholen und bestätigen –, wenn wir die Krankheitsauswahl auf alle ca. 300 Krankheiten erweitern. Das wäre auch ein richtiger Schritt in Richtung Manipulationssicherheit, denn wir müssten nicht mehr an dieser Stelle selektiv sein, da das systematisch im Morbi-RSA angesiedelt wird. Was wir bisher vergessen haben, aber benötigt wird, ist eine größere Erkenntnis über die Wirkung sozioökonomischer Parameter auf das Inanspruchnahmeverhalten und auf die Ausgabensituation der Krankenkassen. In vielen Untersuchungen wurde belegt: Je ärmer die Menschen sind, desto schlechter ist ihr Gesundheitszustand. Das hat damit zu tun, wo die Menschen wohnen und das hat mit den Folgen für die Krankenkassen und für die Versorgung zu tun. Deshalb halten wir es für vernünftig, eine Postleitzahl als Wohnortmerkmal

aufzunehmen, damit wir das in der Region verorten können. Zusätzlich bräuchten wir dringend mehr Informationen über sozioökonomische Merkmale, die regional sehr unterschiedlich verteilt sind. Der Vollständigkeit halber könnte man auch soziokulturelle Aspekte mit unterbringen. Wir haben landesweit vielfach gleiche Preise. Arzneimittel sind gleich teuer. Wir haben im Krankenhausbereich, zumindest in den Ländern auf Bundesebene Konvergenz, gleiche oder ähnliche Preise. Hier ist nicht klar, warum wir regionale Differenzierungen brauchen. Vermutlich versteckt sich dahinter eine andere Information, nämlich die Sozioökonomie, die wir gerne mit untersucht haben wollen. Das ist allerdings sicherlich nicht bis Mitte des Jahres möglich. Dafür brauchen wir vermutlich ein bisschen länger, weil die Datengrundlagen geschaffen werden müssen.

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband): Vielen Dank Frau Klein-Schmeink, dass Sie mir die Gelegenheit geben, zu zeigen, dass die Eintracht mit der AOK gewisse Grenzen hat. Es wird Sie nicht wundern, dass wir bei der Evaluation des Risikostrukturausgleichs andere Schwerpunkte setzen als die AOK. Das beginnt schon mit der Historie. Aus unserer Sicht war der Risikostrukturausgleich primär dazu gedacht, gleiche und faire Wettbewerbschancen zwischen den Kassen und Kassenarten zu schaffen und erst in zweiter Linie dazu, den Wettbewerb um negative Risiken zu begrenzen und Risikoselektionen zu vermeiden. Wenn wir heute einen Blick auf die reale Situation der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach dem Risikostrukturausgleich werfen, sehen wir erhebliche Verzerrungen. Der Hinweis, dass diese Verzerrungen in der Vergangenheit noch größer waren, hilft nicht. Wir sehen diese Verzerrungen aktuell. Wenn wir uns die Mitgliederbewegungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung anschauen, sehen wir Mitgliederbewegungen entlang dieser Verzerrungen. Deshalb halten wir es zum einen für erforderlich, dass ordnungspolitisch auf den Risikostrukturausgleich geschaut wird. Wir begrüßen, dass das ein Schwerpunkt der Evaluation ist, wie die Berufung des Chefs der Monopolkommission in den temporär verstärkten wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes zeigt. Wir begrüßen auch, dass das Thema Krankengeld näher erforscht wird. Krankengeld ist die einzige Geldleistung, und Krankengeld ist akzessorisch zur Lohnhöhe. Allein



das verursacht erhebliche Verzerrungen in diesem System. Wir haben aber auch, und damit belasse ich es, ein Problem damit, dass die Versorgungsstruktur, die Dichte an Versorgung, von der Kasse nicht beeinflusst werden kann. Eine Kasse kann weder Krankenhäuser schließen noch über die Anzahl von Ärzten in einer Region bestimmen. Wir haben Probleme damit, dass Kassen, die auf Hochverdichtungsregionen begrenzt agieren müssen, im Risikostrukturausgleich genauso behandelt werden wie Krankenkassen, die entweder einen Mix aus beiden Regionstypen haben oder die nur in dünn besiedelten und dünn versorgten Regionen tätig sind. Es kann nicht sein, dass jemand dafür belohnt wird, dass er keine Versorgung erbringt. Dahin aber gehen die Anreizsysteme im Moment. Daneben gibt es eine Vielzahl weiterer Dinge, die zu erörtern sind, beispielsweise, ob der RSA Präventionsanreize setzt oder nicht, ob der RSA nur technisch gesehen werden kann, Verbesserungen von R^2 oder auch andere Dinge wie die Managementbeeinflussung, die von der AOK immer so herausgehoben wird. Es fragt sich, ob diese Dinge a) möglich sind und b) nicht auch ihre Grenzen haben.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Ulrich, der bei der Frage der Regionalisierung bereits darauf hingewiesen hat, dass es nicht um die Finanzierung der Überversorgung, sondern um die Frage der Überdeckung geht. Das ist nicht klar voneinander zu trennen, denn wir kamen aus einer Zeit, wo man mit den Krankenkassenbeiträgen Überversorgung zementiert hat. Wie muss man vorgehen, damit man diese Differenz bei der Frage Regionalkomponente berücksichtigen kann?

ESV Prof. Dr. Volker Ulrich: Das ist nicht einfach zu beantworten, denn das ist eine der zentralen Fragen, die gegen die regionale Perspektive im RSA aufgeführt wird. Dahinter steht die Befürchtung, dass Geld aus den Regionen, die eine Unterdeckung haben, in Regionen, die eine Überdeckung haben, abgezogen wird. Viele haben Angst, dass die Versorgung in der Fläche langfristig nicht mehr möglich ist. Diese Angst teile ich nicht. Es geht erstmal darum, die Über- und Unterdeckung auszugleichen. Herr Knieps hat eben darauf hingewiesen, dass wir im Moment zum Teil auch das Nichtversorgen belohnen, was nicht gewollt ist. Wenn wir die regionale Sichtweise mit sozioökonomischen

Variablen verstärken, wofür ich eine gewisse Sympathie habe, weil diese im Vergleich zu den ambulanten Diagnosen manipulationsresistenter sind, können wir zielgenaue Modelle entwickeln. Die jetzige Situation ist insofern unbefriedigend, weil wir diesen Flickenteppich haben, selbst nachdem der Morbi-RSA seine Arbeit geleistet hat. Wir müssen genauer hinschauen, woran das liegt. Ist es wirklich die Region oder gibt es noch andere Komponenten? Wenn es die Region ist, müssen wir intelligent überlegen, wie wir diese vernünftig im RSA abbilden. Es gibt eine Reihe von Instrumenten, mit denen wir Versorgung auch außerhalb des RSA gestalten können. Wenn der RSA plötzlich alles machen muss, wird er scheitern. Der RSA hat eine klare Zielvorgabe. Das hat mit Risikoselektionen und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu tun. Gute Versorgung wird er nicht automatisch herstellen. Dazu brauchen wir weitere Instrumente, die in der Gesundheitspolitik auch zur Verfügung stehen.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Entlassmanagement an die DKG und die KBV. Beim Entlassmanagement haben wir die Regelung, dass die lebenslange Arztnummer, für die sich Klinikärzte vorab registrieren müssen, von den Krankenhäusern an die GKV übermittelt werden sollen. Was passiert, wenn wir darauf verzichten?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das ist eine wichtige Frage. Ich will vorweg schicken, die Krankenhäuser wollen das Entlassmanagement komplett zum 1. Juli 2017 durchführen. Im Bundesschiedsamt ist uns aufgegeben worden, sämtliche Ärzte, die ein Entlass-Rezept unterschreiben können, bei den kassenärztlichen Vereinigungen registrieren zu lassen. Das heißt, 40 000 bis 50 000 Ärzte müssten ihr Zeugnis usw. zur KV schicken, um sich dort als angestellte Mitarbeiter der Krankenhäuser im KV-System registrieren zu lassen, ohne dass es in der Abwicklung einen Grund für diese Registrierung gibt. Wenn es zu einem Regress bei einem verordneten Arzneimittel käme, würde dieser an das Krankenhaus und nicht an den Arzt, der die Verordnung unterschrieben hat, gerichtet. Jedes Rezept enthält ohnehin den Namen des Arztes. Arzneimittelrechtlich ist immer ein Arzt identifizierbar, wenn es drauf ankäme. Dahinter steht die falsche Annahme,



wir würden bei der Entlassung aus dem Krankenhaus vertragsärztlich, also wie niedergelassene Ärzte, handeln. Aber das ist nicht richtig. An anderer Stelle, was auch der Änderungsantrag zur Hochschulmedizin zeigt, wo wir wirklich ambulant handeln, hat die Bundesschiedsstelle – hier sind wir mit den Kassen alleine – festgelegt, dass keine Arzt Nummer verlangt werden kann. Insofern hat der Gesetzgeber mit den Änderungsanträgen deutlich gemacht, dass selbst im ambulanten Bereich von Krankenhäusern, wenn Ärzte nicht als Vertragsärzte arbeiten, keine Nummer gebraucht wird. Deshalb wäre die zwangsweise Einführung der Nummer ein enormer bürokratischer Aufwand, und ein Erschweris, das durch nichts gerechtfertigt ist. Es ist ohnehin schon schwer für die Krankenhäuser, weil die gleiche Schiedsstelle uns vorgegeben hat, dass wir für jeden Patienten, auch für die 700 000 Geburten, bei denen es in vielen Fällen nichts nachzuentlassen gibt, das formale Entlassmanagement durchführen müssen. Formales Entlassmanagement heißt, wir müssen die Patienten vorher mit bestimmten Formularen und Unterschriften usw. konfrontieren. Deshalb haben wir die dringende Bitte, dass auf die Patienten, die im Anschluss eine qualifizierte Versorgung brauchen, zu begrenzen und ansonsten auf das Entlassmanagement zu verzichten. Wir sind sicher, dass es zum 1. Juli 2017 so läuft, wie Sie es sich vorgestellt haben.

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich muss gestehen, mein Vordr. hat offensichtlich einen anderen Schiedsspruch im Gedächtnis als ich. Es ist nicht so, dass die Krankenhausärzte sich nun zwingend über die KVen versorgen müssen, sondern es ist ein Angebot für den Fall, dass die Krankenhäuser selber nicht in der Lage sind, eine entsprechende Nummer zur Verfügung zu stellen. Das nur zur Sortierung. Insgesamt verwundert die Aussage der DKG ohnehin. Wer schon mal einen Angehörigen im Krankenhaus hatte und das Entlassmanagement live und in Farbe hat miterleben dürfen, der wird wissen, wie notwendig es ist, im Entlassmanagement Verbesserungen herbeizuführen. Hierzu zählt schon im Sinne der Patientensicherheit, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt auf der Verordnung von Leistungen klar erkennbar sein muss. Da reicht es nicht, dass das ein Krankenhaus ist, sondern es muss, falls Rücksprachen erforderlich sind, jemand

persönlich kontaktiert werden können. Jetzt zum Umfang des Entlassmanagements. Es ist so, dass die Umfänglichkeit des Entlassmanagements davon abhängt, wie nachhaltig das gebraucht wird. So mag das bei einer unkomplizierten Geburt etwas anderes sein als nach einer Herztransplantation. Dass man bei vielen Patienten überhaupt kein Entlassmanagement bräuchte, verwundert. Ich könnte mir nur denken, dass es sich um Patienten handelt, die möglicherweise auch keine Krankenhausbehandlung bräuchten. Dann müsste es natürlich auch kein Entlassmanagement geben. Darüber kann man trefflich diskutieren. Aus meiner Sicht hat jede Patientin und jeder Patient einen Anspruch auf ein vernünftiges Entlassmanagement. Das war in den vergangenen Jahren immer ein Problem. Insofern begrüßen wir, dass es diese Regelung und die Möglichkeit gibt. Die verordnenden Ärzte zuzuordnen, ist meines Erachtens eine Selbstverständlichkeit, die dazu gehört.

Abg. Dr. Katja Leikert (CDU/CSU): Ich würde gern noch einmal zum Thema Mutterschutz zurückkommen und eine Frage an die PKV und den Deutschen Ärztinnenbund stellen. Wie Sie alle wissen, erhalten privat versicherte, selbstständige Frauen momentan kein Schwangerschafts- und Mutterschaftsgeld. Wie bewerten Sie die Regelung des Änderungsantrags mit Blick auf Schwangerschafts- und Mutterschaftsgeld?

SV Dr. Florian Reuther (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Im Grundsatz haben wir bei dem Antrag große ordnungspolitische Bedenken. Das will ich kurz begründen. Der Änderungsantrag beinhaltet einen Eingriff in bestehende private Krankenversicherungsverträge, der ohne Übergangsvorschrift in Kraft treten soll, d. h. von heute auf morgen, wenn das Gesetz im Bundesgesetzblatt verkündet ist. Das ist schwer vereinbar mit dem Vertragsprinzip der privaten Krankenversicherung. Es ist aber auch in der Sache eine problematische Regelung. Es geht um die Schließung einer Lücke im Mutterschutzgesetz, die eigentlich eine staatliche Aufgabe ist. Hier wird das Thema Verschiebebahnhof zu Lasten der privat Versicherten aufgemacht. Es ist eine versicherungsfremde Leistung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich steuerfinanziert ist und dort auch der Grund und die Grenze des Steuerzuschusses ist. Hier wird sie ausschließlich auf die



privat Versicherten übergewälzt. Unabhängig von diesen grundsätzlichen Bedenken, die eigentlich dafür sprechen würden, das Vorhaben insgesamt sein zu lassen, halten wir es für erforderlich, dass es Nachbesserungen gibt, um zumindest sicherzustellen, dass es in der Praxis so funktionieren kann, wie es mit der Begründung angestrebt wird. Es ist auszuschließen, dass es zu Mitnahmeeffekten kommt, indem die Versicherung erst abgeschlossen wird, wenn eine Schwangerschaft bereits besteht, weil es dann keine Versicherung mehr ist. Deswegen bedarf es hier dringend einer eindeutigen Regelung, was die Wartezeiten angeht. Es gibt zwar eine Wartezeitregelung von acht Monaten. Diese betrifft aber nur die Entbindung. Hier geht es aber gerade um den Mutterschutz vor und nach der Entbindung. An dieser Stelle sehen wir Nachbesserungsbedarf. Der zweite Punkt ist, dass die Regelung nicht zwischen Zusatzversicherungen und Vollversicherung differenziert. Bei der Zusatzversicherung besteht nicht das Schutzbedürfnis, das sich der Antrag zu eigen macht. Ganz im Gegenteil, die Zusatzversicherten werden gezwungen, einen Versicherungsschutz abzuschließen, ohne dass sie die Leistungen jemals werden in Anspruch nehmen können. Insoweit sehen wir diesen Änderungsantrag kritisch.

ESVe **Dr. Astrid Bühren** (Deutscher Ärztinnenbund e. V.): Wir begrüßen die Regelung selbstverständlich. Ich möchte das vor allen Dingen mit Artikel 6 des Grundgesetzes begründen. Dort heißt es: Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft. Unser Staat hält dies bisher nicht ein. Das Mutterschutzgesetz, Sie haben es gerade erwähnt, gilt nur für werdende Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen. Selbstständig ihren Lebensunterhalt verdienende Schwangere und Mütter, also z. B. die Frau, die einen Blumenladen führt und privat versichert ist, die als Selbstständige in einem ambulanten Pflegedienst oder als Anwältin tätig ist, sind nicht schützenswert? Das ist aus meiner laienhaften Sicht, ich bin keine Juristin, nicht kompatibel mit Artikel 6 des Grundgesetzes. Weiterhin haben wir seit 2006 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Darin heißt es, Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen führen. Zusätzlich hat das Europäische Parlament in seiner Richtlinie 41/2010 zur Verwirklichung des Grundsatzes

zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben, unter anderem gefordert, ein Recht auf Mutterchaftsleistung zu gewähren und eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft von mindestens 14 Wochen zu ermöglichen. Alle entstehenden finanziellen Kosten im Zusammenhang der Reproduktion, d. h. mit Schwangerschaft, Wochenbett und Mutterschutz, dürfen aus Sicht des Deutschen Ärztinnenbundes nicht individuell der einzelnen Frau und werden den Mutter aufgebürdet werden. Außerdem haben wir ein volkswirtschaftliches und allgemeines Interesse, dass auch selbstständig Berufstätige und privat versicherte Frauen mehr Kinder bekommen. Mit dem Ziel der Gleichbehandlung haben wir seit 2012 die Unisexstarife, wenn ich daran erinnern darf. Neu geborene Kinder bringen Sinn und Glück. Aber sollten Frauen deshalb in finanzielle und berufliche Existenznot geraten, wenn sie als Selbstständige ihren Lebensunterhalt verdienen, privat versichert und schwanger sind, ob nun als Hebamme, Steuerberaterin oder als Ärztin? Deshalb begrüßen der Deutsche Ärztinnenbund und die Kassenärztlichen Vereinigungen, explizit die KV Bayern und die KBV, die Ausweitung des Leistungsanspruchs aus einer privaten Krankentagegeldversicherung für schwangere Versicherte und Wöchnerinnen außerordentlich. Hierdurch wird es niedergelassenen Ärztinnen und psychologischen Psychotherapeutinnen zukünftig auch während des Mutterschutzes ermöglicht, ihren Lebensunterhalt und die Fortführung ihrer Praxis sicherzustellen.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich bei Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen und bei Ihnen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer und Sachverständige ganz herzlich bedanken, dass Sie heute Mittag bei der Anhörung dabei waren.

Schluss der Sitzung: 12.16 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender