



## Wortprotokoll der 75. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 18. Dezember 2019, 14:30 Uhr

Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101,

Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

Seite 5

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

#### **Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)**

**BT-Drucksache 19/15662**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

#### **Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

#### **Berichterstatter/in:**

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

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



- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen einführen**

**BT-Drucksache 19/15790**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

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

- c) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Lieferengpässe bei Arzneimitteln wirksam begrenzen, Abhängigkeit der Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland abbauen**

**BT-Drucksache 19/15789**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union

**Berichterstatter/in:**

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

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

- d) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung stärken – Altersrückstellungen beim Anbieterwechsel mitnehmen lassen**

**BT-Drucksache 19/9233**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Finanzausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

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

- e) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln**

**BT-Drucksache 19/9565**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Karin Maag [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

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

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Freudenstein, Dr. Astrid Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:33 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Sachverständigen, ich darf Sie heute zu unserer letzten öffentlichen Anhörung in diesem Jahr im Ausschuss für Gesundheit herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass ich zu meiner Linken den Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart sowie weitere Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung herzlich begrüßen kann. Wir beschäftigen uns heute in der öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ sowie den Anträgen der Fraktion der AfD „Verbindliche patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen einführen“, „Lieferengpässe bei Arzneimitteln wirksam begrenzen, Abhängigkeit der Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland abbauen“ und „Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung stärken, Altersrückstellungen beim Anbieterwechsel mitnehmen lassen“. Dazu kommt ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung“. Gegenstand der Anhörung sind außerdem die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zum vorliegenden Gesetzentwurf. Meine Damen und Herren, mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz wird der bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagene Weg, Wettbewerbsverzerrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beseitigen, fortgesetzt. Dazu werden die wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen im Risikostrukturausgleich (RSA) sowie im Organisationsrecht modernisiert und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung angepasst. Durch die Einführung verschiedener Maßnahmen, unter anderem die Einführung einer Regionalkomponente und die Einführung eines Risikopools wird der RSA mit dem Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen unter Stärkung der Manipulationsresistenz sowie der Präventionsorientierung weiterentwickelt. Der Antrag der AfD fordert die Stärkung der Wettbewerbsbedingungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN halten Instrumente und Anreize für erforderlich, mit denen die Kassen für gute Versorgung

belohnt werden. Nur so kann ihrer Auffassung nach die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden. Die beiden anderen Anträge der AfD zu den Personalvorgaben und Lieferengpässen bei Arzneimitteln gehen auf die fachfremden Änderungsanträge ein. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erläutern. Uns stehen für die Anhörung insgesamt 180 Minuten zur Verfügung. Der erste Teil der Anhörung, in dem es um den Gesetzentwurf und die dazugehörigen Anträge geht, umfasst 120 Minuten. Diese wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke auf zwei Runden verteilt. In der ersten Runde kommen alle Fraktionen zu Wort, in der zweiten Runde fragen nur noch CDU/CSU und SPD. Danach machen wir eine kleine Pause von fünf Minuten. Dann geht es noch einmal 60 Minuten um die fachfremden Änderungsanträge und die zur gleichen Thematik vorliegenden Anträge der Opposition. Falls noch Zeit zur Verfügung steht, können auch Fragen zum Gesetzentwurf gestellt werden. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich kurz zu fassen. Ich bitte darum, das Mikrofon zu benutzen und Namen und Verband zu nennen, damit die, die nicht hier im Raum sind, sondern die Anhörung über digitale Technik verfolgen, wahrnehmen können, wer die Antworten gibt. Ich bitte darum, die Mobiltelefone auszuschalten, weil ansonsten fünf Euro für einen guten Zweck eingesammelt werden. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Außerdem können Sie sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich denjenigen Sachverständigen herzlich danken, die eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt haben. Soweit die Einführung. Die erste Frage stellt die CDU/CSU Fraktion, die Kollegin Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Unsere erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Straub. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird in seinen maßgeblichen Komponenten ergänzt und geändert, um ihn noch zielgenauer und weniger manipulationsanfällig zu machen. Das ist die Absicht. Halten Sie die geplanten Änderungen für sinnvoll und gelungen?



**ESV Prof. Dr. Christoph Straub:** Der Entwurf eines Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes setzt die richtigen Impulse für einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen und die beste Versorgung der Versicherten. Mit der geplanten Einführung einer Regionalkomponente wird gewährleistet, dass die Beitragsgelder über den Gesundheitsfonds in Zukunft zielgenauer dorthin fließen, wo sie tatsächlich für die Versorgung der Versicherten notwendig sind. Defizite in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA haben dazu geführt, dass die Deckungsbeiträge der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen weit auseinander liegen. Grund sind erhebliche regionale Unterschiede in den Ausgabenstrukturen, die in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA derzeit nicht angemessen berücksichtigt werden. Dies führt in einigen Bundesländern mittlerweile faktisch schon zur Monopolbildung innerhalb der Kassenlandschaft. Mit der Einführung einer Regionalkomponente werden regionale Unterschiede der Ausgabenstrukturen in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA zukünftig berücksichtigt. Die Systematik stellt sicher, dass überall dort, wo Versorgung stattfindet, die benötigten Mittel zur Verfügung gestellt werden. Damit ist gewährleistet, dass jede Arztpraxis, jede therapeutische Einrichtung, jedes Krankenhaus vergütet wird, auch jede neueröffnete Einheit, beispielsweise im ländlichen Raum. Der Gesetzentwurf sieht weiterhin vor, dass die bisherige Krankheitsauswahl wegfällt und ein Vollmodell mit allen Krankheiten eingeführt wird. Durch die Berücksichtigung aller Krankheiten soll verhindert werden, dass die Krankenkassen für vereinzelte Versichertengruppen entweder viel zu hohe oder aber nicht ausreichende Zuweisungen erhalten und damit Anreize für Risikoselektion bestehen. Die Weiterentwicklung ist aus unserer Sicht nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit der Erweiterung der Krankheitsauswahl zum Vollmodell ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Manipulationsbremse zwingend. Mit ihr sollen im Morbi-RSA statistisch auffällige, überproportionale Steigerungen bei einzelnen hierarchisierten Mobilitätsgruppen erkannt und jeweils für ein Jahr ausgeschlossen werden können. Diese Zuweisungen werden dabei nicht gestrichen, sondern wieder vollständig dem Fonds zugeführt und entsprechend dem korrigierten Morbi-RSA an alle Kassen ausgeschüttet. Die Manipulationsbremse ist ein zwingend notwendiges Instrument um die in der Vergangenheit immer wieder aufgetretenen

unplausiblen Mobilitätssteigerungen wirkungsvoll einzudämmen. Die wachsende Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien macht die Einführung eines Risikopools notwendig, denn die Zuweisungen die Krankenkassen für extrem teure akute Krankheitsfälle erhalten, decken die entstehenden Ausgaben systembedingt nicht ab. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung eines Risikopools unterstützt die Zielsetzung des Morbi-RSA, finanzielle Belastungen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden, zwischen Krankenkassen auszugleichen und Risikoselektionsanreize zu vermeiden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Pläne zur Weiterentwicklung des RSA die richtigen Komponenten beinhalten, um einen funktionsfähigen und fair ausgestalteten Wettbewerbsrahmen in der GKV zu schaffen. Die wesentlichen Elemente, wie eine Regionalkomponente, ein ausdifferenziertes Vollmodell in Verbindung mit einer Manipulationsbremse sowie ein Risikopool sollten wegen ihres Zusammenwirkens als Gesamtpaket und ohne Abstriche umgesetzt werden.

**Abg. Karin Maag (CDU/CSU):** Die zweite Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Baumgärtner und an die BKK, Herrn Knieps. Mit dem Gesetz wollen wir auch klarstellen, dass die Regelungen aus dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) nicht mehr unterlaufen werden können, nachdem die Vergütung für Diagnosen nicht mehr Gegenstand hausarztzentrierter oder besonderer Versorgung sein kann. Gleichzeitig ist es uns aber auch ein Anliegen, dass bewährte Versorgungsverträge weiterhin möglich sind. Sehen Sie dies durch die vorgeschlagenen Regelungen gewährleistet oder hätten Sie alternative Vorschläge?

**ESV Dr. Werner Baumgärtner:** Also den ersten Teil der Frage, ob man nach dem HHVG noch eine Klarstellung braucht, würde ich mit Nein beantworten, weil die Vertragstypen und Vertragsinhalte, die bei den Verträgen problematisch waren, nach dem HHVG nicht mehr vorhanden sind. Also ich spreche hier von Einzelverträgen, die Verknüpfung von Diagnosen mit irgendwelchen Leistungen, das findet nicht mehr statt. Das wird auch gestützt durch die Veränderungen der durchschnittlichen Morbidität, die seither gefallen ist, die niedriger ist. Auch bei der AOK Baden-Württemberg, die Spitzenreiter



ist, was die Versorgungsverträge angeht, liegt die Veränderung unter dem Bundesdurchschnitt. Ich war ganz dankbar, dass Prof. Dr. Wasem in den letzten Wochen darauf hingewiesen hat, dass aus seiner Sicht, und er hat sich dabei bezogen auf den wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA), dass nie eine Steigerung der Morbidität im Vergleich zu nicht-RSA-beeinflussten Daten vorhanden war. Aus meiner Sicht brauchen wir keine Klarstellung, sondern es reicht der alte Gesetzestext. Kommt jetzt die Veränderung im Gesetz, werden davon in Baden-Württemberg etwa drei Millionen Versicherte im Bereich der Hausarztverträge, knapp eine Million Versicherte bei den Facharztverträgen und 200 000 Kinder in den Kinderarztverträgen betroffen sein. Diese Versorgungsverträge brauchen spezifische Diagnosen, wir müssen mit diesen spezifischen Diagnosen evaluieren und wir müssen steuern können. Mit einem allgemeinen Diagnosebegriff ist es nicht getan. Es gibt einen Unterschied zwischen Diabetes I und Diabetes II, es gibt einen Unterschied zwischen Herzinsuffizienz nach NYHA (New York Heart Association) I und II und wir versuchen über diese Diagnosen auch die Versorgung zu steuern. Wenn wir wollen, dass der Herzinsuffiziente mit NYHA III und IV nicht im Krankenhaus landet, sondern beim Kardiologen behandelt wird, müssen wir natürlich einen finanziellen Anreiz setzen. Wir haben den Anreiz gesetzt, dass der Betroffene bis zu 12 Mal im Quartal beim Kardiologen in die Behandlung gehen kann. Wir haben damit verhindert, dass wir diesen Drehtür-Effekt in Krankenhäusern haben. Immerhin hat die Evaluation gebracht, dass wir damit bis zu sieben Prozent weniger stationäre Aufenthalte hatten. Beim Diabetes Mellitus gehört der Diabetes I zum Facharzt, Diabetes II gehört zum Hausarzt. Die Evaluation zeigt, wir haben weniger Erblindungen, weniger Amputationen, weniger Dialyse, weniger Herzinfarkte, weniger Schlaganfälle. Ich könnte noch viele Beispiele nennen. Bei Depressionen, Psychotherapie, Prostatakarzinom haben wir immer die gleichen Vertragstypen mit Steuerung. Wir denken aktuell darüber bei den Bandscheibenvorfällen nach, bei denen es zu viele Operationen gibt, Anreize für eine konservative Therapie zu setzen, um die Operationszahlen zu senken. Zum dritten Punkt: Es gibt einige alternative Vorschläge, ich habe jetzt einen weiteren Vorschlag eingebracht. Wenn zusätzlich geprüft werden müsste, wenn ein zusätzliches Prüfkriterium notwendig wäre, wäre

das die Medikation oder die Therapie. Sie haben bei den schweren Fällen immer eine entsprechende Medikation. Ich habe das noch einmal geprüft und sie können diesen Zwilling, den sie mit der Diagnose und mit der Therapie als ein unbestechliches zusätzliches Kriterium haben, in Stichproben prüfen. Es gibt auch andere Vorschläge, für die ich offen wäre, aber das wäre mein Vorschlag.

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Vorbemerkung: Ich habe, Frau Abgeordnete Maag, hohen Respekt vor den Vertragsleistungen und der Arbeit, die die Krankenkassen in Baden-Württemberg geleistet haben, auch Betriebskrankenkassen beteiligen sich daran. Mein Respekt schwindet, wenn ich die Realität der Aufsichtspraxen in dieser Republik erlebe und sehe, dass die Kasse, die eine regionale Aufsicht hat, mit dem gleichen Gesetzestext den Vertrag so machen kann und die Kasse, die eine Bundesaufsicht hat, dies mit Hinweis auf die geänderte Rechtslage seit dem HHVG nicht machen kann. Ich halte deshalb eine Nachbesserung im Sinne dieses Gesetzentwurfes für zwingend, um klarzustellen, was nicht gewollt ist. Für mich ergibt sich im Zusammenspiel von Gesetzentwurf und Begründung dieses Gesetzentwurfes, dass das Nichtgewollte unklare Diagnosen mit Vergütungskaskaden auslösen kann. Das halte ich für so nicht gewollt und ist rechtlich nachzubessern. Das macht dieser Gesetzesentwurf. Natürlich ist das Bessere der Feind des Guten. Ich kann mir immer noch verbesserte und präzisere Regelungen vorstellen, als sie jetzt im Gesetzentwurf vorhanden sind. Mein Rat wäre trotzdem, belassen Sie es bei dem, was da drin steht. Dann wird die Praxis zeigen, dass Vertragstypen, die bisher schon von der Leistungsbeschreibung des Arztes auf der Basis einer korrekten Diagnosestellung angemessene Vergütungen vorsehen. Das soll sich durch diesen Gesetzentwurf nicht ändern. Wir haben bei den bundesweiten Kassen unsere Vertragstypen zum Teil schon umgestellt und sie sind von der bundesweiten Aufsicht und den Länderaufsichten nicht beanstandet worden. Letzter Hinweis: Vor Einführung des Morbi-RSA gab es bereits Hausarztverträge und die Vorläufer der heutigen besonderen Versorgungsformen. Die haben alle funktioniert, das Feintuning begann erst nachdem der Morbi-RSA eingeführt wurde. Mittlerweile haben Ökonomen Arbeiten vorgelegt, wo sie den klaren Zusammenhang



zwischen der Ausgestaltung von Verträgen und Diagnosestellung, die im RSA zu höheren Zuweisungen führen, wenn man bestimmte Diagnoseteile nimmt, darstellen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an den GKV-Spitzenverband Bund und an den Verband der Ersatzkassen richten. Uns ist es schon wichtig, dass wir für die Zukunft das Upcoding zweifelsfrei ausschließen. Das ist die eine Seite, aber zum anderen ist uns natürlich auch wichtig, dass bewährte Verträge der hausärztlichen und der besonderen Versorgungsform, sowie sie von Herrn Dr. Baumgärtner dargestellt worden sind, auch weiterhin möglich sind. Wie bewerten Sie die Situation anhand des Gesetzesentwurfs?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Nach unserer Einschätzung führt diese Regelung dazu, dass es ein vollständiges Verbot gibt, im Rahmen von Einzelverträgen Vergütungen nur bei Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen vorzunehmen. Das heißt, es werden direkte finanzielle Anreize für Upcoding unmöglich. Es gibt aber natürlich, Sie haben es angesprochen, weiterhin den Bedarf, dass man bestimmte Versorgungsangebote aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten anbietet. Da ist eine Formulierung in der Begründung vorgesehen und es wird möglicherweise, wenn jetzt Verträge angepasst werden müssen, bei der Operationalisierung des Begriffs der Krankheit im Unterschied zu bestimmten Diagnosen zu Problemen führen. Deswegen wäre es sicherlich hilfreich, wenn die in der Gesetzesbegründung dargelegte Möglichkeit, dass man bei der Gestaltung von Einzelverträgen krankheitsspezifische Einschlusskriterien spezifiziert, auch in den Gesetzestext übernehmen würde. Dann würde mehr Klarheit geschaffen und es wäre die Option gegeben, dem Anliegen Rechnung zu tragen.

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Das Verbot von reinen Kodierverträgen gibt es seit dem HHVG und wir verstehen die jetzt vorgelegte Regelung als eine Präzisierung dessen, was schon seit einigen Jahren gewollt ist. Die Präzisierung ist nach unserer Beobachtung sehr wichtig und wird notwendig, weil Aufsichten sehr unter-

schiedlich agieren und die Vorschrift auch sehr unterschiedlich ausgelegt haben. Von daher begrüßen wir die Anpassung und sehen darin auch keine Behinderung von Versorgungsverträgen, denn nach unserem Verständnis ist allein untersagt Kodierketten, Kodierlisten als Vergütungsvoraussetzung in Verträgen aufzunehmen. Es ist nicht ausgeschlossen, als Einschlusskriterium beispielsweise, auch ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten)-Positionen, ICD-Codes mit vertraglich zu regeln. Für den Ersatzkassenbereich kann ich sagen, dass wir seit dem HHVG die Verträge umgestellt haben. Das betrifft Verträge im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung. So haben wir jetzt eine Chronikerpauschale ohne einen Diagnosebezug, wir verhandeln auch bestimmte Versorgungsmodule, zum Beispiel für psychisch kranke Menschen oder auch für den Bereich COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Die werden als Einschlusskriterium ein ICD-Bezug haben. Da hat uns die Aufsichtsbehörde aber signalisiert, dass das durchaus nach der jetzigen und auch zukünftigen Gesetzeslage möglich sein wird. Auch für den Bereich der fachärztlichen Versorgungsverträge, bei dem besonderen Versorgungsangeboten, will ich als Beispiel einen Versorgungsvertrag aus dem Bereich der Parkinsonversorgung oder aus dem Bereich der Protonentherapie nennen. All diese Verträge haben natürlich, und das ist ärztliche Pflicht, ICD-Codes als Differenzierungsmerkmal für den Einschluss, sie haben aber keine Diagnoseliste, kein Diagnosebezug, wenn es um die Abrechnung geht. Deshalb ist es sehr gut, dass wir jetzt diese Präzisierung bekommen. Gerade mit Blick auf ein Vollmodell brauchen wir diese flankierenden Maßnahmen und wir sehen die Versorgung dadurch in keiner Weise reglementiert.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die derzeitige Ausgestaltung der Vorstandshaftung bei eindeutigem Fehlverhalten der Einzelkassen für angemessen? Oder könnte eine Bußgeldbewährung hier eine Verhaltensänderung bewirken bzw. dieses Fehlverhalten unterbinden?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht ist eine weitere Regelung zur Haftung der Vorstände nicht erforderlich. Die Vorstände der





Krankenkassen unterliegen bereits jetzt sehr strengen und zwar strengeren Haftungsregelungen, als Vorstände in rein privatrechtlich geregelten Bereichen, zum Beispiel bei PKV-Unternehmen. Sie haften aufgrund ihres Dienstvertrages grundsätzlich bereits vollumfänglich für durch einfache Fahrlässigkeit verursachte Schäden. Wir haben eine Rechtsprechung durch die Zivilgerichte, die diese Haftung noch verschärft, denn anders als in anderen Bereichen können sich die Mitglieder von Vorständen der GKV nicht auf die business judgment rule berufen. Sie haften damit auch für eindeutig unternehmerische Entscheidungen. Nicht nur bei privatrechtlichen Unternehmen sondern bei allen ist es so, dass man in bestimmten Situationen unternehmerisch entscheiden muss. Das ist mit Risiken verbunden und es ist die Aufgabe eines Vorstandes diese Risiken abzuwägen. Es kann sich dann hinterher herausstellen, dass diese Risikoabwägung so nicht eingetroffen ist. Das ist die sogenannte business judgment rule, die wird einem Vorstand eines privatrechtlichen Unternehmens zugestanden, bei den gesetzlichen Krankenkassen gilt das nicht. Diese strengen Haftungsregelungen werden im SGB V für nicht berechnete Leistungsgewährung noch einmal bekräftigt. Also die verschärfte Haftung erfasst auch Fälle im Zusammenhang mit der Finanzierung und damit auch im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA, deshalb halten wir eine weitere Haftungs- oder gar Bußgeldregelung nicht für notwendig.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Straub. Mit dem Gesetz wollen wir auch die Haftungssystematik zwischen den Krankenkassen neu organisieren. Mich interessiert, wie Sie diese neuen Regelungen einschätzen.

ESV **Prof. Dr. Christoph Straub**: Den Vorstoß zur Neuordnung des Haftungssystems in der GKV begrüße ich sehr. Diese Regelung ist aus unserer Sicht sinnvoll und notwendig. Im Gesetzentwurf wird zurecht festgestellt, dass nach Kassenarten gegliederte Haftungssysteme unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen nicht mehr systemgerecht sind. Gerät eine Kasse in eine finanzielle Schieflage, so haften bisher zunächst die Kassen der gleichen Kassenart. Diese Haftungsverbünde haben mittlerweile ihre Funktionsfähigkeit

weitgehend verloren. Die im Sozialgesetzbuch vorgesehene kassenarteninterne Haftung, die ausschließlich aus Zuweisungen finanziert wird, die die Kassen überwiegend für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten erhalten, stellt ein großes Risiko dar. Die neue Haftungslogik beseitigt dieses Risiko. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Haftung des gesamten Krankenkassensystems ist deshalb sinnvoll, um Krankenkassen im Falle der Haftung nicht zu überfordern. Mit dem neuen System werden finanzielle Belastungen künftig fair verteilt, alle Krankenkassen werden in den Solidarkreis aufgenommen. Dabei ist es aus unserer Sicht richtig, dass die Höhe des Beitrags einer Kasse zukünftig nach ihrem Vermögen bemessen wird.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wasem, an den Deutschen Hausärzterverband und an die Bundesärztekammer. Das schon bestehende Verbot, Vergütungen für die Vergabe bestimmter Diagnosen zu zahlen, soll mit dem Gesetz nachgeschärft werden. Kann aus Ihrer Sicht auf die Diagnose bei der Ausgestaltung von Versorgungsverträgen verzichtet werden oder befürchten Sie, dass die vorgesehene Regelung den Abschluss von Selektivverträgen erschwert? Wie könnte eine sinnvolle Regelung aussehen?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Es ist schon kontrovers diskutiert worden. Auf der einen Seite ist nachvollziehbar, dass wir eine konsequente Umsetzung der vor zwei Jahren durch das HHVG beabsichtigten Regelungen brauchen. Auf der anderen Seite ist die Frage: Schießt man übers Ziel hinaus und beeinträchtigt Versorgungsverträge? Ich denke, die Beispiele, die der Einzelsachverständige Dr. Baumgärtner gegeben hat, haben gezeigt, dass die Versorgungsverträge inzwischen zum Teil sehr differenziert auf Versorgungslagen eingehen und insofern das Feintuning, was Herr Knieps angesprochen hat, der Tatsache geschuldet ist, dass wir zehn oder fünfzehn Jahre weiter sind, was Versorgungsverträge und ihre Gestaltung angeht. Bei einer scharfen Aufsicht kann diese Regelung, so wie sie im Text des Gesetzes steht, in der Tat sinnvolle Versorgungsverträge verhindern. Es gibt nun mal keine Gewähr dafür, dass die Aufsicht das mit dem notwendigen Augenmaß handhabt. Und sie wird es



vermutlich regional unterschiedlich handhaben. Daher denke ich, wäre eine Veränderung im Gesetz sicher sinnvoll. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme an zwei Stellen versucht, Vorschläge zu unterbreiten. Der Vorschlag, den Frau Dr. Pfeiffer gemacht hat, geht im Grunde genommen in diese Richtung. Wenn das, was ergänzend in der Begründung zum Gesetzentwurf drin steht, im Gesetzestext selber stünde, wäre uns, glaube ich, schon viel geholfen.

**SV Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzterverband e. V.): Ich glaube, die Frage im ersten Teil zu beantworten geht schnell. Man kann nicht auf Diagnosen verzichten. Das ist das Handwerkszeug der Ärztin oder des Arztes. Ich glaube, dass hier deutlich über das Ziel hinaus geschossen wird. Man wundert sich sowieso, dass Körperschaften des öffentlichen Rechts sich gegenseitig der Manipulation bezichtigen müssen. Wir sind als Ärzte insofern Drittbetroffene, sind aber betroffen und sind auch betroffen von einer Aufsicht, da muss ich dem vorherigen Redner Recht geben, bei der man nicht genau weiß, worauf sie sich bezieht. Wir haben keine Entscheidungen, sondern wir haben ständig Diskussionen und Hinweise, das nur nebenbei. Ich glaube, dass die Vergütungsvoraussetzung „Diagnose“ auch missverstanden wird. Die Vergütung erfolgt und muss erfolgen, das HHVG hat es klar gesagt, für ärztliche Leistungen. Um diese ärztlichen Leistungen abrechnen zu können, muss ich in allen Bereichen, ob im Kollektivvertrag, in Selektivverträgen, in Hausarztverträgen oder auch in Facharztversorgungsverträgen, um die Abrechnung zu vervollständigen eine Diagnose hinzufügen, um seitens der Krankenkasse feststellen zu können, ist diese Honorierung sachgerecht erfolgt und passt sie zu dem, was das Krankheitsbild normalerweise an Leistungen vom Arzt erfordert. Insofern ist die Formulierung wie sie jetzt im Gesetz steht, sehr unglücklich. Ich glaube, dass sie handwerklich verbessert werden könnte, weil diese Regelung sehr viel Interpretationsspielraum offen lässt. Und ob die zentrale oder eine regionale Aufsicht die richtige ist und Recht hat, das ist noch nicht ausgemacht, wenn hier Unterschiede bestehen. Aber dazu müssen wir jetzt hier nicht sprechen. In der Tat ist es so. Das ist etwas, was wir in Verträgen teilweise nachgebessert haben. Es ist ja immer mal notwendig etwas nachzubessern, um den Verdacht, dass hier aus nicht sachgerechten Gründen falsch

kodiert wird, auszuräumen und zu verunmöglichen. Dies ist passiert und es passiert auch weiter. Insofern gibt es vielleicht Möglichkeiten, das Ziel noch einmal präziser darzustellen, nämlich keine Vergütung für Diagnosen. Das ist etwas, was wir Ärzte auch nicht wollen, sondern wir wollen für unsere Leistung vergütet werden, die wir plausibilisieren. Das gibt diese Regelung, die derzeit dort beschrieben ist, nicht her. Wir würden hier Formulierungsvorschläge machen können, die das Ziel noch einmal präziser fassen und genau sagen, was wir erreichen wollen, sodass diese Krankenkassenwettbewerbselemente nicht in die ärztliche Versorgung eingreifen und sie auch nicht beeinflussen. Das muss patientengerecht stattfinden und kann nicht danach gehen, ob Krankenkassen miteinander um Zuweisungen aus dem RSA ringen. Also insofern würden wir das gerne noch einmal präzisieren, Formulierungsvorschläge hereingeben und würden gegebenenfalls gemeinsam mit den Vorschlägen die Einschlusskriterien für Verträge. Brauchen wir die zum Beispiel für die Disease-Management-Programme (DMP), die ohne diese diagnosespezifischen Einschlusskriterien gar nicht funktionieren könnten? Ich glaube, wir sollten die Kirche im Dorf lassen und wir wären bereit, das angestrebte Ziel mit präziseren Formulierungsvorschlägen etwas besser zu fassen.

**SV Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Um nicht alles zu wiederholen, mache ich es kurz und sportlich. Ich denke, die Diskussion zeigt schon, dass wir bei der Interpretation des hier vorliegenden Gesetzesentwurfes schon einen gewissen Dissens haben. Frau Dr. Pfeiffer interpretiert es ein bisschen anders als Frau Elstner. Die Begründung gäbe das her, was Frau Elstner erläutert hat, dafür habe ich viel Verständnis. Ich würde sagen, wenn die Begründung gilt und wir sagen können, es können Diagnoseeinschlusskriterien für besondere Versorgungsverträge sein, kann man damit leben, aber ich bin auch sehr dafür, im Sinne von Herrn Prof. Dr. Wasem und Frau Dr. Pfeiffer, das ins Gesetz zu schreiben, damit wir nicht hier schon unterschiedliche Interpretationen haben, die unter Umständen in verschiedenen Aufsichten noch einmal unterschiedlich ausfallen und am Schluss nur zu Rechtsstreit und nicht zur Klärung führen. Vielleicht noch zwei Bemerkungen grundsätzlich zum Thema Morbi-RSA. Bei der Einführung haben diejenigen, die ihn kritisch betrachteten, schon gesagt,



das führt zum Wettlauf um die Erkrankten, jedenfalls formal Erkrankten und haben vorausgesagt, dass wir mit der Kodierung manipulationsanfällig sind. Es ist lange her, aber es war so. Diejenigen haben Recht behalten.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wasem. Der Gesetzentwurf sieht die Einführung eines Regionalfaktors im RSA vor. Sie plädieren in Ihrer Stellungnahme dafür, dass Regionalvariablen bei der Entwicklung eines Regionalfaktors berücksichtigt werden sollten, nicht jedoch Individualvariablen. Können Sie uns diese Unterscheidung bitte erläutern? Was bedeutet das für die Weiterentwicklung des RSA und was muss gegebenenfalls im Gesetzentwurf geändert werden?

ESV Prof. Dr. **Jürgen Wasem**: Ich würde versuchen, es an einem Beispiel deutlich zu machen. Grundsätzlich: Wir haben als Ausgangssituation regionale Unter- und Überdeckungen, die aus vielfältigen Gründen hervorgehen. Das haben wir im Regionalgutachten des wissenschaftlichen Beirats umfassend untersucht. Mit den Regionalvariablen im RSA soll ein Beitrag zum Abbau regionaler Über- und Unterdeckung geleistet werden, auch vor dem Hintergrund, dass diese wettbewerbsrelevant sind, weil die Verteilung zwischen regionalen und bundesweiten Kassen auf unterschiedliche Regionen auch unterschiedlich ist. Das ist ein wesentlicher Teil des Wettbewerbsproblems, das wir haben. Diese Regionalvariablen sind zu einem nennenswerten Teil Variablen, die indirekt auf Morbidität rekurren. Es gibt eine ganze Reihe Variablen, die regional variabel sind, aber an Morbiditätssachverhalten anknüpfen. Wenn wir eine Regionalvariable in den RSA hineinnehmen, gibt es für alle die Versicherten, die in der entsprechenden Region sind, einen entsprechenden Zu- oder Abschlag aus dieser Regionalvariablen. Teilweise ist es aber evident, dass die Ursachen dafür, dass es eine Unter- und Überdeckung gibt, bei den Versicherten sind, die die entsprechenden Merkmale haben. Eigentlich ist die ursprüngliche Idee des Morbi-RSA, versichertenindividuell Unter- und Überdeckungen in den Griff zu kriegen. Das ist aus meiner Sicht dem Ausgleich als Regionalvariable überlegen und so hat sich auch der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten eingelassen. Ich will versuchen, das war

jetzt sehr abstrakt, an einem kurzen Beispiel das deutlich zu machen, das ich auch in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt habe. Denken Sie sich einmal die Variable „Anteil der Pflegebedürftigen“, das ist eine wahrscheinlich im RSA enthaltene Regionalvariable, weil sie in den Untersuchungen, die der Wissenschaftliche Beirat mit dem Datenmaterial 2015 und 2016 gemacht hat, relativ einflussreich war. Wenn wir diese Variable als Regionalvariable in den RSA reinnehmen, bedeutet dies, dass es in Kreisen, in denen es einen hohen Anteil Pflegebedürftiger gibt, einen hohen Regionalzuschlag und in Kreisen, in denen es einen niedrigen Anteil von Pflegebedürftigen gibt, keinen oder vielleicht sogar einen Abschlag geben wird, je nachdem, wie man das ausgestaltet, was diese Variable angeht. Natürlich ist es aber so, dass ursächlich dafür ist, dass in den Kreisen die Pflegebedürftigen hohe Ausgaben, auch im SGB V, verursachen, während die nicht Pflegebedürftigen diese Ausgaben im SGB V natürlich nicht verursachen. Deshalb ist der eigentlich sachgerechtere Ansatz, dass wir gucken, welche Individuen sind pflegebedürftig und knüpfen das Merkmal Pflegebedürftigkeit als Individualvariabel im RSA an. In dem konkreten Beispiel können wir das gut machen, denn der Pflegestatus ist eine SGB XI-Variable. Dies ist im konkreten Fall datentechnisch auch möglich und datenschutzrechtlich unproblematisch, da die SGB XI-Daten einer Pflegekasse für den RSA mit den SGB V-Daten der entsprechenden Krankenkasse zusammengespielt werden können. Bei anderen Variablen, die regional eine Rolle spielen, da fehlt dieser Bezug zu Individualvariablen. Deswegen wäre mein Plädoyer: Da wo wir das können, sollten wir bei den Individuen ansetzen und nur da, wo wir das nicht können, sollten wir Regionalvariablen in den RSA reinnehmen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, an den DGB und an den Einzelsachverständigen Klemens. Halten Sie die Einrichtung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) grundsätzlich für sinnvoll? Wie beurteilen Sie dessen Aufgaben und Kompetenzen im Verhältnis zum Verwaltungsrat?

SVe Dr. **Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir sehen die Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums im GKV-Spitzenverband sehr



kritisch. So wie das jetzt in dem Gesetzentwurf ausgestaltet ist, gibt es ein Zustimmungserfordernis dieses neuen Gremiums für eine Vielzahl von versorgungspolitischen und sonstigen Entscheidungen. Wir haben die Sorge, dass viele der Aufgaben, die Sie als Gesetzgeber bisher und auch jetzt wieder auf uns verweisen, nicht mehr so friktionsfrei und zügig umgesetzt werden können. Wir haben als Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gerade bei Vertragsverhandlungen Situationen, dass kennen Sie auch, in denen es darum geht Kompromisse auszuhandeln. Wir haben schon heute eine enge Einbindung der Kassen und Kassenarten. Nach dem Prinzip „drei dabei“ ist jeweils einer der Kollegen aus den Kassenarten dabei. Dann sind in solchen Verhandlungen natürlich Kompromisse zu vereinbaren, die aus der Situation heraus ein Geben und ein Nehmen sind. Ob wir mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder mit anderen Beteiligten Verhandlungen führen, man muss in der Situation eine Lösung finden. Das ist das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung und da braucht man einen Kompromiss und Ausgleich. Das ist schwer zu händeln, wenn man diese Einigungen immer unter einen Gremienvorbehalt stellen muss. Das ist das entscheidende Problem, das wir dort sehen. Ich habe schon erwähnt, dass wir bereits eine enge Einbindung haben. Wir haben neben unserem Fachbeirat, in dem die Vertreter der Kassen und Kassenarten sind, dort im Übrigen gibt es mehr Kollegen, die Vorstände von Kassen sind als Vorstände von Kassenartenverbänden, eine enge Beratungskultur. Das bedeutet nicht nur in diesem Fachbeirat mit den Vorständen, sondern wir haben über 100 Referenten zu den unterschiedlichen Themen, die der GKV-Spitzenverband berät und zu entscheiden hat. Wir haben ein hohes Interesse daran, dass die Expertise der Mitgliedskassen dort eingebunden wird. Das tun wir auch, aber es geht natürlich auch um die Frage der Systemperspektive und wir sehen an der Stelle einen möglichen Konflikt für die Kolleginnen und Kollegen aus den Kassen, die ich sehr schätze, die als oberstes Primat ihres Tun und Handelns aufgrund ihres Vorstandsvertrages das Wohl und Wehe ihrer Kasse haben. Das heißt, die betriebswirtschaftliche Perspektive muss aus den genannten Gründen an erster Stelle stehen und das wird sicherlich eine Schwierigkeit werden, die Systemperspektive an der Stelle in den Vordergrund zu stellen. Deshalb sehen wir sowohl aus den Strukturen, erstens eine Beteiligung von

Kasseninteressen als gegeben und notwendig an, und zweitens, durch diese Entscheidungskompetenz in allen wichtigen versorgungspolitischen und sonstigen Entscheidungen, Richtlinien usw., was dort im Gesetzentwurf genannt ist, entsteht sicherlich eine Verzögerung, möglicherweise Behinderung von Entscheidungen. Wir sprechen uns sehr dafür aus, ein solches Gremium, wenn es eingeführt wird, als Beratungsgremium einzuführen, wo man eine systematische Beratung und Rückkopplungsmöglichkeit hat. Die haben wir zwar schon heute, aber wenn das gewünscht wird, das noch einmal gesetzlich zu fixieren, ist das sicherlich hilfreich an der Stelle, aber die Entscheidungskompetenz ist dann ein Problem im konkreten operativen Handeln der Vorstände.

**SV Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand (DGB)): Es ist schon zum Ausdruck gebracht worden, dass die Einrichtung eines LKA wenig sinnvoll erscheint. Aus Sicht des DGB wäre es weder sinnvoll noch hilfreich, ja geradezu schädlich, was das System der sozialen Selbstverwaltung anbelangt, weil die Verteilung der Kompetenzen und Aufgaben innerhalb des GKV-Spitzenverbandes in seiner gegenwärtigen Form klar, umfangreich und effektiv geregelt ist. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes kümmert sich um Satzung, Haushaltspläne, trifft Entscheidungen grundsätzlicher Bedeutung, wählt Vorstand, bestimmt die Geschäftsverteilung, legt Richtlinien für die Arbeit fest und führt die Aufsicht über die Tätigkeit des Vorstands. Der Vorstand dagegen, dem obliegt das operative Geschäft. Damit gibt es eine klare Aufgabenabgrenzung und eine enge und verantwortliche Verzahnung beider Ebenen, die wir hier haben, das Ehrenamt in der Selbstverwaltung und das Hauptamt durch den Vorstand. Wenn dieser LKA mit seinen doch maßgeblichen Entscheidungsbefugnissen daneben tritt, Frau Pfeiffer hat gerade gesagt, eine Vielzahl der grundsätzlichen Entscheidungen bedürfen dann einer Zustimmung, wird das funktionierende Getriebe nicht besser werden. Ganz im Gegenteil, wir schaffen eine relativ mächtige parallele hauptamtliche Struktur, die den Verwaltungsrat mit seinen Kompetenzen, auch in seinen Kompetenzen grundsätzlicher Angelegenheiten, zu marginalisieren droht und die Autonomie der Selbstverwaltung untergräbt, ja aushebelt. Weil ich mich kurz fassen soll und will, will ich nur darauf hinweisen, dass



diese Art und Weise der Etablierung eines LKA nicht zuletzt auch die Verantwortungslogik zwischen Verwaltungsrat und Bürgern nach § 29 ff SGB IV maßgeblich untergräbt. Es findet eine Entwertung, eine Beschädigung der Grundlagen der sozialen Selbstverwaltung als demokratisch legitimer Mitwirkungsebene der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und des Sozialstaats statt. Diese Entwertung steht in einer Reihe von Angriffen, die wir hier schon zu vergegenwärtigen hatten und wir glauben, wenn man der sukzessiven Demontage des elementaren Sozialstaatsprinzips, der sozialen Selbstverwaltung Einhalt gebieten will, muss man diesen LKA nicht installieren und/ oder darf ihm höchstens eine Beratungsfunktion mit dem heutigen Fachbeirat zuweisen.

**ESV Uwe Klemens:** Ich will mich meinen beiden Vorrednern anschließen und folgendes aus Sicht eines Selbstverwalters ergänzen: Die beabsichtigte Einführung eines sogenannten LKA heißt im Klartext, liebe Abgeordneten Frauen und Männer, dass wir, die wir in den Kassen die Vorstände wählen und die, die wir die Kasse über die Entsendungsrichtlinien am Ende im GKV-Spitzenverband und Verwaltungsrat vertreten, künftig immer damit leben müssen, dass es ein Gremium, aus hauptamtlichen Vorständen im Wesentlichen besetzt, gibt, was sozusagen in die Rechte und Aufgaben des Verwaltungsrates hineinregieren kann. Das kann nicht sein, das setzt das System außer Kraft. Dann sollte man sagen, dass man ein anderes System will, das steht dann dahinter. Ich will es noch einmal an einem Beispiel deutlich machen. Der Verwaltungsrat hat den Vorstand nicht zu beaufsichtigen, die sind schon groß, die können schon laufen, aber die Arbeit des Vorstandes zu überwachen. Wenn jetzt ein weiteres Gremium dem Vorstand aufgeben kann, eine bestimmte Entscheidung nicht zu treffen, Stichwort „Zustimmungspflichtigkeit“ oder eine bestimmte Entscheidung abverlangt, sind wir als Verwaltungsrat in vielen Fällen außen vor. Das kann nicht sein, das kann nicht gewollt sein, insoweit halten wir von der vorgeschlagenen Form des LKA nichts. Wir haben uns im Verwaltungsrat, Versicherten- und Arbeitgebervertreter, entschieden, einen eigenen Entwurf einzubringen, der im Wesentlichen das aufgreift, was hier von meinen beiden Vorrednern schon gesagt worden ist, dass wir eine Beratungsfunktion einrichten wollen, an

der Kassenvorstände stärker beteiligt werden als bisher. Das wäre ein noch gangbarer Weg. Alles was darüber hinausgeht, kann von uns nicht mitgetragen werden.

**Abg. Jörg Schneider (AfD):** Meine erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Reinhardt von der Bundesärztekammer. Sie bemängeln in Ihrer Stellungnahme, dass bestimmte Diagnosen Voraussetzung für die Vereinbarung bestimmter Vergütungen sein sollen. Wie bewerten Sie das insbesondere im Hinblick auf die Versorgung der Patienten vor Ort im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung und anderer besonderer Versorgungsformen?

**SV Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)):** Ich hatte schon im Grundsatz darauf geantwortet und würde das Gleiche jetzt noch einmal sagen. Ich bin der Auffassung, dass wir den Text der Begründung in das Gesetz hineinschreiben sollten, der vorsieht, dass Einschreibekriterien für besondere Versorgungsverträge, also auch die Hausarztvertreterversorgung, mit Diagnosen belegt werden können sollten. Wir sind dagegen, reine Kodierverträge zu bedienen, dass man sozusagen Geld verteilt, dafür dass Diagnosen eingetragen werden. Das kann nicht Sinn der Sache sein, aber dass man bestimmte Formen von Versorgung fördert, maßschneidert, die sich nicht nur bei der hausarztzentrierten Versorgung, sondern auch bei anderen add-on-Verträgen, die es sogar über kassenärztliche Vereinigungen gibt, als sinnvoll erwiesen haben, dass muss weiter möglich sein. Dazu sollten wir, glaube ich, da wir in der Diskussion eben schon den Dissens erlebt haben zwischen dem, wie das Gesetz tatsächlich interpretiert wird, das Gesetz an der Stelle präzisieren. Aus dem Grunde, glaube ich, dass das an dieser Stelle gehen kann und dafür treten wir hier heute ein.

**Abg. Detlev Spangenberg (AfD):** Die Frage geht ebenfalls an Herrn Dr. Reinhardt von der Bundesärztekammer. Sie sehen im Hinblick auf die Einführung des sogenannten Diagnosevollmodells im RSA gleichzeitig auch einen Mehraufwand an Bürokratie für Ärzte und damit die Gefahr des Verlustes ärztlicher Behandlungszeiten. Wie könnte Ihrer Ansicht nach ein bürokratiebedingter Verlust an ärztlicher Behandlungszeit verhindert werden?



**SV Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das bleibt abzuwarten, wie das im Detail ausgelegt bzw. wie es organisiert wird, wenn man so ein Vollmodell umsetzen möchte. Da werde ich doch noch etwas Grundsätzliches sagen zu der Tatsache, dass der Morbi-RSA, der richtigerweise dazu dient, einen Risikoausgleich zwischen Kassen herzustellen. Dafür ist er auf der einen Seite angelegt, auf der anderen Seite, glaube ich, soll er Morbidität angemessen abbilden können und vielleicht könnte er auch an der Stelle dazu dienen, neben dem Ausgleich von unterschiedlich verteiltem Risiko sich auch darüber Gedanken zu machen, wie man vernünftig und was an welcher Stelle versorgt. Und darum ist eine gute Kodierqualität sehr sinnvoll und sehr sinnhaft. Sie wird im Terminservice- und Versorgungs-Gesetz auch in den nächsten Jahren noch einmal auf uns zukommen, richtigerweise. Ich glaube, dass man sich die Valenzen dafür schaffen muss, das zu tun. Ich mache mal ein Beispiel. Wir haben heute schon gehört: Ein Diabetiker als solcher kann gut eingestellt sein, wenig Aufwand bedeuten, wenig Ko-Morbiditäten haben, dann ist er formal zwar auch ein Diabetiker, es macht aber einen großen Unterschied, ob ich einen habe, der zusätzlich noch Nephropathie, Retinopathie und beispielsweise diabetisches Fußsyndrom hat. Der hat einen deutlich größeren Aufwand, obwohl die Oberdiagnose zunächst die gleiche ist. Insofern ist es schon erforderlich im Einzelfall wirklich spezifisch zu kodieren, erstens. Zweitens, tatsächlich im RSA, wenn man es wirklich will und den Versuch machen möchte, dass, was aktuell offensichtlich Tatsache ist, dass es Unterdeckungen und Überdeckungen gibt, die zur Verzerrung im Krankenkassenwettbewerb führen, abzuschaffen, da muss man das schon tun. Wie das im täglichen Alltag der Arztpraxis aussieht, hängt davon ab, wie man EDV-technisch damit umgeht, jedenfalls aus unserer Sicht. Da müssen wir alle bemüht sein, auch die, die mit uns darüber verhandeln und das dann im Detail ausgestalten, darauf hinzuwirken, dass es möglichst schlank geschehen kann.

**Abg. Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband, Herrn Litsch. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass es ein wichtiger Bestandteil des Wettbewerbs zwischen den Kassen ist, dass die Versicherten über das Leistungsgeschehen der Kassen informiert sind. Welche Maßnahmen halten Sie für notwendig, um es den

Krankenkassen möglich zu machen, Ihre jeweiligen Leistungen gegenüber den Versicherten transparent zu machen?

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): In der Tat finden wir, dass die Transparenz im Leistungsgeschehen wichtig ist und unterstützen daher die entsprechende Transparenzoffensive. Klar muss aber sein, dass wir vor dem Hintergrund benennen müssen, was wir damit meinen. Es ist nicht so leicht qualitätsorientierte Leistungs- und Serviceangebote in Indikatoren abzubilden und zu messen. Die reine Sicht auf Bewilligungs- oder Ablehnungsquoten ist sicherlich nicht ausreichend. Aus unserer Sicht muss es dazu objektive Leistungs- und Servicekriterien geben. Dazu gehören sicherlich sowas wie Erreichbarkeit, Service-nähe, digitaler und auch barrierefreier Zugang, dazu gehören auch persönliche Beratungsangebote, qualifizierte Orientierungsangebote zur Beratung für die Kunden, auch bei Behandlungsfehlern beispielsweise, Selektivverträge und Vereinbarungen zu kassenindividuellen Versorgungsprojekten. Auch das muss transparent werden. Was habe ich davon, wenn ich bei dieser Krankenkasse bin? Welche Verträge kann ich hier nutzen? Und nicht zuletzt natürlich auch Qualitätsmaßnahmen, die eine Krankenkasse selbst initiiert und in ihren Verträgen zugrunde legt. Bei der AOK sind das ganz speziell beispielsweise Qualitätsverträge für die ambulante Versorgung, QiSA (Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung) oder QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten), Qualitätssicherung mit Routinedaten im stationären Bereich oder für die Versorgung mit Netzen. All das findet für die Leistungstransparenz relevant statt und muss vergleichbar, darstellbar gemacht werden.

**Abg. Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage geht noch einmal an Herrn Litsch. Wie stehen Sie zu der geplanten Einführung eines Risikopools, gerade unter Berücksichtigung des zu erwartenden hohen Verwaltungsaufwandes?

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Wie auch andere Maßnahmen im Gesetzentwurf, die schon intensiv diskutiert wurden, steht die Einführung des Risikopools den Zielen



des Morbi-RSA entgegen. Er schwächt sozusagen die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Die Ziele, ich sage es noch einmal, sind Risikoselektion vermeiden und eine effektive und effiziente Versorgung sicherstellen. Warum ist das so? Erstens sind schwere und zufällig auftretende Akuterkrankungen weitestgehend gleichmäßig über Krankenkassen verteilt. Da Krankenkassen auch eine Versicherungsfunktion haben, im Kern Krankenversicherung sind, dienen diese Versicherungen genau dazu, solche Risiken abzudecken. Zweitens, ein Risikopool für kostenintensive Krankheiten senkt natürlich bei den Krankenkassen die Anreize sich darum zu kümmern, dass die Versorgung effektiv und effizient ist. Wenn ich weiß, dass ab einer bestimmten Summe die Krankheit nicht mehr aus meinem Krankenkassenhaushalt bezahlt, sondern in irgendeinem Fonds oder sonst was sozialisiert wird, habe ich natürlich ein Interesse, dass die Krankheit vielleicht sogar ein bisschen teurer wird, damit ich sie nicht selber zahlen muss, sondern sie in den Pool geschoben wird. Das Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA, Herr Prof. Dr. Wasem sitzt hier, belegt, dass die Einführung direkter Kostenausgleiche, Ist-Kostenausgleiche, zu neuen Fehldeckungen führt, die wir uns alle nicht wünschen können. Zudem, auch das muss man an der Stelle sagen, ist die Administration eines Hochkostenausgleichs mit sehr hohen Bürokratiekosten verbunden. Da müssen sie eine Menge Verwaltungs- und Prüfaufwand reinstecken. Wenn es aber der Wunsch der Politik ist, unbedingt an einem Risikopool festzuhalten, wäre unser dingender Appell dafür zu sorgen, dass man den Risikopool als Unterdeckungsausgleich nach RSA konzipiert. Also nicht, ich habe hier eine teure Krankheit, ab einem bestimmten Umfang wird die aus dem Fonds bezahlt, sondern dass man zuerst den RSA-Mechanismus anwendet und dann feststellt, weil der RSA nicht perfekt ist, es bleibt eine Unterdeckung übrig, diesen Unterdeckungsausgleich in den Risikopool nimmt. Das würde zumindest den Befürwortern des Risikopools helfen. Ich glaube sogar, besser als der Ist-Kostenausgleich. Das wäre eine gangbare Alternative in der Umsetzung. Ein fester Schwellenwert, so wie das jetzt vorgesehen ist, ist komplett ungeeignet.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Uwe Klemens. Herr Prof. Dr. Wambach stellt in seinem Policy Brief

zum Gesetzentwurf fest, dass die vorgesehene Präventionsförderung nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs führt, schließlich solle der Gesetzgeber bestimmen, was einheitlich gefördert wird. Das führe, so sagt er, nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Kassen, welcher das erklärte Ziel dieses Gesetzentwurfes sei. Die Frage ist, stimmen Sie dem zu und wenn ja, können Sie erläutern, warum das so ist?

ESV **Uwe Klemens**: Ich stimme dem nicht zu.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht noch einmal an Herrn Litsch vom AOK-Bundesverband. Der Gesetzentwurf sieht eine neue Festlegung der Stimmanteile bei Beschlüssen in der Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden vor. Wie bewerten Sie diese Neuregelung im Hinblick auf die Einflussmöglichkeiten, vor allem des BMG?

SV **Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Aus unserer Sicht ist die Struktur der zukünftigen Aufsichtsführung und zwar der einheitlichen Aufsichtsführung relativ klar und auch vergleichsweise einfach herzustellen. Wir brauchen dafür drei Schritte. Der erste ist, dass die Einnahmeseite, die Zuweisungen, die über den Gesundheitsfonds und das BVA verteilt werden, bundeseinheitlich über das BVA verwaltet wird und alle Krankenkassen hier Adressat sind, gleichermaßen, gleicher geht es nicht. Das zweite ist, dass wir die Versorgung, die immer regional ist und in den Ländern, im Übrigen auf der KV-Ebene im Wesentlichen in Verträgen durchgeführt wird, die Versorgungsverträge, die Vertragslandschaft in die Aufsichtshoheit der Länder legen sollten. Dann hat in jedem Land jede dort ansässige Krankenkasse, auch die bundesunmittelbare, die in dem Land tätig ist, eine ganz klare Aufsicht und wird gleichbehandelt, wie alle anderen Kassen in diesem Land auch. Und drittens, auf dieser Basis muss man die Zusammenarbeit der Aufsichten strukturieren und organisieren. Insbesondere ist hier wesentlich, dass die Genehmigung der Haushalte stattfindet. Das kann nur nach entsprechend grundgesetzlichen Zuständigkeiten in unserem föderalen Staat funktionieren, das ist aber gut möglich. Einige Vorschläge sind dazu auch im Gesetz gemacht, damit wird eine weitestgehende Einheitlichkeit hergestellt, bei den Einnahmen, auch bei den Versorgungsthemen, auch



bei den Haushaltsthemen. Es ist keine Grundgesetzänderung notwendig. Bei der Zusammenarbeit, zweitens – das sind jetzt die Details dazu, wie die Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden stattfinden kann – ist die Abstimmung und die Transparenz der Entscheidungen relevant. So wie das jetzt geregelt ist, ist es in unseren Augen eine Scheinlösung, weil die Länder bei einem stimmenmäßigen Übergewicht des BVA und einer kodifizierten Sperrminorität des Bundes tatsächlich deutlich an Einfluss verlieren bzw. keinen Einfluss mehr haben. Das BVA kann auch künftig gegenüber aufsichtsbehördlichen Positionen der Länder einseitig intervenieren und damit gemeinsam und einheitlich abzuschließende Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene, blockieren. Das sehen wir nicht als zielführend an. Das ist eine deutliche Schwächung der Verantwortung der Länder, in denen die Verantwortung auch für die KVen, für die Krankenhausplanung und vieles andere liegt, die hier auf der Kostenträgerseite bei den Krankenkassen deutlich an Einfluss verlieren, auch mit der jetzigen Regelung.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich noch einmal an den Einzelsachverständigen Herrn Uwe Klemens. Herr Prof. Dr. Wambach von der Monopolkommission hat in seinem Policy-Brief zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz darauf hingewiesen, dass es neben gleichen Ausgangsbedingungen auf Seiten der Kassen auch geeigneter Möglichkeiten bedarf, am Wettbewerb die Versorgung der Versicherten effizient zu gestalten. Dieser Leistungswettbewerb sei jedoch kein Baustein des Gesetzesentwurfes. Stimmen Sie dem zu und welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht nötig, um einen solchen Leistungswettbewerb tatsächlich zu ermöglichen?

ESV **Uwe Klemens**: Ich sage da generell etwas dazu. Wir würden als Versichertenvertreter sehr dafür werben, dass wir einen viel stärkeren Wettbewerb um Leistungen, Wettbewerb um Versorgung haben, als einen Wettbewerb um die Frage des monatlichen Beitrags. Aber ich bin außerstande Ihnen zu sagen, wo ich das im Gesetzesentwurf finde.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen

Herrn Dr. Drabinski. Wie bewerten Sie die geplante Einführung einer Präventionspauschale in Bezug auf den Präventionswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen?

ESV **Dr. Thomas Drabinski**: Die Präventionsorientierung generell ist natürlich eine wünschenswerte Aufgabe, die unterstützt werden muss. Deswegen ist es auch zu begrüßen, dass genau diese Regelung oder vergleichbare Regelungen im SGB V und in Begleitregelungen untergebracht werden. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass, wenn diese Regelungen in den Morbi-RSA bzw. in den RSA integriert oder dort angedockt werden, dass dort auch die Ziele erreicht werden, die mit der Prävention oder mit der Präventionsorientierung umgesetzt werden sollen. Da muss man natürlich den aktuellen Regelungen bescheinigen, dass dort noch Nachbesserungsbedarf ist, einerseits in der Höhe der Förderung, andererseits auch in der regionalen Kopplung mit den Versorgung in den Regionen. Das heißt, es reicht insgesamt nicht aus, Einzelmaßnahmen umzusetzen, sondern die müssen auch im Gesamtkontext des RSA, auch in der Kopplung mit anderen Inhalten, wie zum Beispiel mit der Regionalkomponente kompatibel und darauf abgestimmt sein, damit sie die positiven Wirkungen für Prävention für die Früherkennung und Ähnliches mehr aufnehmen und dort letztendlich zu Verbesserung in der Versorgung führen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch die nächste Frage geht an Herrn Dr. Drabinski. Wie bewerten Sie die geplante Unzulässigkeit bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen in Bezug auf den regionalen Versorgungswettbewerb zwischen den Krankenkassen?

ESV **Dr. Thomas Drabinski**: Ich denke, über kein Thema ist heute bisher mehr diskutiert und strittig hin und her gesprochen worden. Man muss ganz klar sagen, dass in dem Moment, wo Gesetzesänderungen realisiert werden, die gezielt regionale Versorgung angreifen und die Regelungen, wenn sie in die Umsetzung kommen, Angriffe auf regionale Versorgungsformen sind, dann muss man die Zulässigkeit und auch die gesundheitsökonomischen Konsequenzen dieser Auswirkung bedenken. Will man Selektivverträge im regionalen Bereich? Will





man andere Verträge nicht mehr haben? Dann sollte man diese Regelungen, so wie sie jetzt im Gesetz drin sind, umsetzen. Will man regionale Versorgungsverträge erhalten, wie man sie heute hat, sollte man Änderungen vornehmen. Es wurden auch schon Vorschläge gemacht, wie man alternativ eventuell Umsetzungen machen kann, aber nur auf die ICDs, und auf die Kodierung zu gehen und diese sozusagen als Problem Nummer 1 zu identifizieren, verlagert das Problem in die ärztliche Versorgung und dort ist es falsch aufgehoben in der Patientenversorgung. Die ICD-Problematik ist generell ein Problem im RSA. Die Verlagerung runter in die medizinische Versorgung zu den Patienten ist ein Versuch, über- und untergelagerte Probleme weiter nach unten abzudrücken, aber da haben diese Probleme nichts zu suchen. Das heißt, die Behinderung dieser ICD-Vergütungen wird die Versorgung in den Regionen langfristig schlechter machen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Straub und lautet: Sind die vorgeschlagenen Maßnahmen im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz ausreichend, um ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen?

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub:** Aus unserer Sicht sind die vorgeschlagenen Maßnahmen ein erster Schritt, aber es ist sicher notwendig, dieses System an der Stelle weiterzuentwickeln. Derzeit sind aus unserer Sicht die Gleichmäßigkeit und gleiche Wirksamkeit des Aufsichtshandelns nicht gewährleistet. Das ist vor allem im Zusammenhang mit einigen Punkten, die heute bereits diskutiert wurden, wichtig.

**Abg. Nicole Westig (FDP):** Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. § 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt, dass die Tarifsteigerungen im Krankenhaus besser refinanziert werden. Welche Auswirkung könnte diese Regelung auf die Altenpflege haben und welchen Handlungsbedarf sehen Sie gegebenenfalls für den Bereich der Pflegeeinrichtungen?

**Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)):** Zunächst begrüßt die BAGFW diese Regelung. Jede noch nicht ausgeglichene Tarifsteigerung im Krankenhaus kann durch den Gesetzentwurf jetzt über einen Zuschlag ausgeglichen werden. Es ist ohnehin so, dass mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) jede zusätzliche Pflegestelle im Krankenhaus refinanziert wird. Insoweit ist die Regelung positiv zu bewerten. Gleichzeitig haben wir erhebliche Vergütungsunterschiede in den Tarifwerken zwischen Altenpflege einerseits und dem Krankenhausbereich andererseits, sodass zu befürchten steht, wenn wir im Altenpflegebereich nicht nachsteuern, dass dann eine Abwanderung aus dem Krankenhaus in die Altenpflege erfolgen könnte. In der Altenpflege wird bisher durch das „Sofortprogramm Pflege“ nur gewährleistet, dass maximal 13 000 Stellen ohne Belastung der Eigenanteile der Betroffenen refinanziert werden können. Hier brauchen wir weitere Maßnahmen. Wir haben auch schon bei anderen Gesetzesvorhaben vorgeschlagen, zu diesem Zweck den Pflegevorsorgefonds zu nutzen und ihn umzuwidmen in einen Pflegepersonalfonds und daraus etwaige Tarifsteigerungen oder neue Stellen zu finanzieren.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Ich würde gern bei Herrn Prof. Dr. Straub noch einmal nachfragen. Sie hatten gerade gesagt, es geht um das einheitliche Aufsichtshandeln, dass das nicht ausreichend ist, was jetzt im Gesetzentwurf drinsteht. Bei uns in Schleswig-Holstein sagt man immer „jetzt mal Butter bei die Fische“. Das heißt, bitte, was muss drin sein, damit ein einheitlicheres Aufsichtshandeln gewährleistet wäre?

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub:** Ich kann Ihnen jetzt hier keine Gesetzesformulierungen liefern. Ich bin Arzt und Kassenmitarbeiter. Mir fehlt der juristische Sachverstand, um verfassungskonforme Gesetzesvorschläge aus der Hand zu formulieren. Aber was notwendig ist, ist Folgendes: Wir haben hinreichend Evidenz aus den letzten Jahren, dass die Aufsicht sehr ungleich ausgeübt wird, und dass diese sehr ungleiche Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion über bundesweite und regionale Kassen zu wirklich massiven Verzerrungen auch im Wettbewerb führt. Das heißt, das Ziel jeder Regelung muss sein, dass Aufsicht in gleicher Weise und



gleicher Wirksamkeit ausgeübt wird. Wie gesagt, das ist heute eindeutig nicht der Fall. Das ist insbesondere unser Petitum, dass eine weitere Arbeit an diesem Punkt in diesem oder einem anderen Gesetzgebungsverfahren für eine gleiche Aufsicht sorgt.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an den BKK-Dachverband und betrifft wieder den LKA. Wie bewerten Sie die Einführung dieses neuen Gremiums bzw. welche Änderung schlagen Sie vor?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Ich sehe diesen Vorschlag mindestens so kritisch wie die beiden bisherigen Stellungnahmen dazu. Man reißt ein funktionierendes System mit klaren Verantwortungszuschreibungen aus der Wand und nagelt neue Einzelteile da rein, die übereinander gelegt werden, sich gegenseitig behindern. Das mag in der modernen Kunst noch möglich sein, im Vollzug des Gesetzes geht das nicht mehr. Meine Vorredner haben darauf hingewiesen, in beiden bestehenden Gremien werden Kompetenzen angeschnitten und werden nicht klar verankert. Es wird aber auch ein bestehendes Gremium, das heute die Einbindung der Kassen und der Kassensysteme regelt quasi zerschlagen. Schon heute sitzen als Reflexionsinstanz für den Vorstand und den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes die kassenartenbezogenen Verbände und deren Mitglieder in einem Gremium. Der Name wurde schon genannt: Fachbeirat. Dort wird also Meinung gebündelt. Dieser Fachbeirat gibt Empfehlungen und es ist gängige Praxis, dass wieder innerhalb der kassenartenbezogenen Verbände vor Meinungsbildung, sprich vor Sitzungen des Fachbeirates, eine Abstimmung über die Meinung des Systems erfolgt. Das ist nicht immer ganz einfach. Wir haben im BKK-System 84 Betriebskrankenkassen – große, kleine, geöffnete, geschlossene, sehr stark in der Versorgung tätige, manchmal sehr stark zersplitterte in der Versorgung. Sprich, es gibt ganz unterschiedliche Belange, die dabei gehört werden müssen. Dafür haben die Betriebskrankenkassen auf freiwilliger Basis einen Verband gegründet, damit er diese Meinungen anpasst und entsprechend im GKV-Spitzenverband repräsentiert. Das sollen in Zukunft zwei Kassenvorstände machen. Also für die Kolleginnen und Kollegen, die das werden

machen müssen ohne den Apparat, der in Dutzenden von Arbeitsgruppen, Projektgruppen, ad hoc-Sitzungen und Referentenarbeiten und von jeweiligen kassenartenspezifischen Verbänden mit Leuten aus der Kassenart bestückt wird, all das soll wegfallen in der Zukunft. Das wird also zumindest für eine lange Übergangszeit ein Spaß der ganz besonderen Art werden und deshalb bewerte ich diesen LKA als vollkommen misslungen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer, Herrn Dr. Reinhardt. Wie bewertet die Bundesärztekammer die Einführung regionaler Merkmale im Morbi-RSA?

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir befürworten die Einführung regionaler Merkmale im Morbi-RSA, weil wir festgestellt haben, dass es durch regionalbedingte Ursachen Unterdeckungen und Verschiebungen gibt, die nicht sachgerecht und auch nicht zielführend sind, auch nicht intendiert waren bei Einführung des Morbi-RSA. Insofern glaube ich, muss und sollte es sie geben. Wir finden das eine gute Einrichtung oder einen guten Vorschlag im Gesetz. Man sollte natürlich trotzdem schauen, welche Faktoren man für diese Regionalkomponente zugrunde legt und die auch evaluieren, ob sie am Schluss das bewirken, was man sich davon verspricht.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich würde die gleiche Frage nochmal an Frau Elsner vom vdek stellen.

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir halten das vorgelegte RSA-Paket für ein stimmiges Gesamtpaket und das Paket enthält eine Regionalkomponente, die sich aufbaut, das ist schon angesprochen worden, auf einem regionalstatistischen Modell. Und da ist jetzt vom Gesetzgeber die Variante gewählt worden, die keine angebotsbezogenen Merkmale beinhaltet. Das heißt, Arztdichte, Krankenhausdichte werden keine Rolle spielen. Ich denke damit ist auch klargestellt, dass die Regionalkomponente keine unerwünschten Impulse setzt, sondern dass die Regionalkomponente die 40 Prozent beginnt auszugleichen, die im Mo-



ment nach den jetzigen Kriterien nicht ausgeglichen sind. Deswegen ist es tatsächlich sachgerecht mit diesen Merkmalen zu beginnen, auf die weder die Kassen noch die Vertragspartner Einfluss haben, wie die Anzahl Pflegebedürftiger, Sterbekosten usw. Also tatsächlich regionalstatistische Indikatoren, die jeweils zum Ausdruck bringen, wie die Versorgungsnotwendigkeit und die Kostenstruktur regional ein wenig differiert und auch begründbar differiert.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Meine erste Frage geht an Frau Gierschik vom Sozialverband VdK. Wie bewerten Sie und der VdK den Gesetzentwurf generell und zwar insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen der Maßnahmen zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Kassen?

**Sve Hannah Gierschik (Sozialverband VdK Deutschland e. V.):** Wir sprechen uns ganz klar gegen eine Unternehmenslogik in den Krankenkassen aus. Patientinnen und Patienten sind keine mündigen Kunden. Krankenkassen sind Teil der Sozialversicherungen und keine profitorientierten Unternehmen. Auch nach über zwanzig Jahren seit der Einführung gibt es keine Studien, die belegen, dass Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten führt. Selbst wenn die Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, ist es attraktiv Menschen mit Behinderungen mit billigen Hilfsmitteln zu versorgen und die Differenz einzubehalten. In einem Wettbewerb verlieren immer die Alten und Kranken. Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfsmittelbedarf können ihre Krankenkassen nicht wechseln, weil sie in der Übergangsphase nicht versorgt werden. Zudem erleben wir auch in unserer Rechtsberatung, dass Krankenkassen, die finanziell gut aufgestellt sind, ein restriktives Krankengeldmanagement betreiben.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Meine nächste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Kingreen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme sehr prägnant beschrieben, was passiert, wenn man unter den Krankenkassen „Wettbewerb sät“. Können Sie das für uns nochmal ausführen?

**ESV Prof. Dr. Thorsten Kingreen:** Ich habe ich meiner Stellungnahme in der Tat zu Beginn darauf hingewiesen, dass wir eine etwas kuriose Situation haben. Dass wir einerseits einen sehr starken und auch einen sehr stark regulierten Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen haben und überhaupt keinen Wettbewerb in der PKV. Wir müssen also den Wettbewerb unter den öffentlichen Behörden, den gesetzlichen Krankenkassen regeln, aber einen Wettbewerb unter den privaten Krankenkassen gibt es überhaupt nicht. Es ist eine sehr kuriose Situation, die ordnungspolitisch und auch verfassungsrechtlich relativ schwierig ist. Im Übrigen habe ich in meiner Stellungnahme auf die Problematik der Werbung hingewiesen. Die halte ich in der Tat auch für relevant, weil man ja fragen darf, warum Kassen überhaupt werben sollen und warum sie nicht ihre Mittel und auch ihre Zeit in die Informationspolitik, die ihnen gesetzlich vorgeschrieben ist, stellen sollen.

**Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.):** Die nächste Frage geht an Frau Grit Genster von der Gewerkschaft ver.di. Die Refinanzierung der Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal ist bislang unzureichend. Folgerichtig sieht die Bundesregierung eine Maßnahme, nämlich die Kompensation durch Rechnungszuschläge von 0,3 Prozent auf die Krankenhausrechnung, vor. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass mit dieser Lösung Geld im Gießkannenprinzip an die Krankenhäuser verteilt wird. Welche Lösung schlagen Sie vor?

**Sve Grit Genster (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft):** Ja, in der Tat ist es ganz wichtig, dass Tarifsteigerungen vollständig refinanziert werden. Da sind wichtige Schritte mit dem PpSG unternommen worden. Allerdings ist es mit diesem vorgesehenen pauschalen Ausgleich im Gesetzentwurf für Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal so, dass nicht tarifgebundene Krankenhäuser bevorteilt werden und das ist sicherlich nicht Sinn der Sache. Die Tarifbindung der Krankenhäuser muss gestärkt werden. Nicht tarifgebundene Träger dürfen keine zusätzlichen Anreize erhalten, indem die Mittel, nicht wie in tarifgebundenen Häusern, zweckgebunden über Tarifsteigerungen an das Personal weitergegeben werden müssen, sondern anderweitig verwendet werden können. Deshalb kritisieren wir die fehlende Zweckbindung des pauschalen



Aufschlages. Er stellt nicht sicher, dass die Mittel tatsächlich zum Ausgleich etwaiger Lücken bei der Tarifierfinanzierung eingesetzt werden. Für den befristeten Aufschlag schlagen wir deshalb vor, dass die Krankhäuser in den Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 nachweisen, dass die über die Fallpauschalen zugeflossenen Mittel in den Jahren 2018/2019 tatsächlich die Personalkosten nicht decken konnten. Wenn der Nachweis nicht erbracht werden kann, sind die Mittel über einen entsprechenden Abschlag in gleicher Höhe zurückzuzahlen. Insgesamt möchte ich nochmal betonen, dass Lücken bei der Tarifierfinanzierung nur dann vollständig verhindert werden, wenn der jeweils geltende Tarifvertrag refinanziert wird. Das ist mit der zweckgebundenen Mittelbindung garantiert und die Tarifbindung wird gestärkt. Diese Systematik wird umgesetzt mit dem Pflegebudget für das Pflegepersonal ab dem Jahr 2020. Die Umstellung auf diese Systematik ist aber auch sachgerecht für alle anderen Personalgruppen im Krankenhaus.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht wieder an Frau Gierschik vom VdK. Ich frage Sie jetzt als Mitglied einer GKV. Bekomme ich durch die Schaffung einer Transparenzstelle für Hausarztverträge und andere Selektivverträge endlich Transparenz in diesem Bereich.

Sve **Hannah Gierschik** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Also grundsätzlich begrüßen wir die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge, denn das BVA hat derzeit keinen Überblick über die Vertragsinformation, sodass eine echte Rechtsaufsicht gar nicht möglich ist. Die geplanten Vorgaben schaffen allerdings nicht mehr Transparenz für die Versicherten, denn die Daten über die Verträge betreffen nicht die Informationen, die die Versicherten tatsächlich brauchen würden.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Klemens. Herr Klemens, Sie sind ver.di-Vertreter im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und dessen alternierender Vorsitzender. Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass aus Sicht der Selbstverwaltung die vorgesehene Organisationsreform im GKV-Spitzenverband im Prinzip der Selbstverwaltung widerspricht. Können Sie das

bitte nochmal näher erläutern und insbesondere ausführen, was das bedeutet, wenn aus der Wettbewerbsperspektive heraus hauptamtliche Vorstände über die Rahmenbedingungen zur Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im GKV-Spitzenverband entscheiden.

ESV **Uwe Klemens**: Ich will Ihnen das an zwei oder drei Beispielen sagen aber die Vorbemerkung machen, das habe ich dem Minister bei einer öffentlichen Veranstaltung bereits öffentlich gesagt. Wir wollen keinen Keil zwischen uns, die Selbstverwaltung und die Vorstände, getrieben haben. Soweit die Vorbemerkung. Jetzt nenne ich die Beispiele: Wir haben im Verwaltungsrat im Rahmen unserer grundsätzlichen Aufgabenstellung Dinge entschieden, wie zum Beispiel eine Erhöhung der Pauschalentabellierung bei Zahnersatz. Wir haben die Erhöhung der Zuschüsse an die Versicherten, ich spreche hier ausdrücklich von Versicherten, ich bin Versichertenvertreter, kein Kundenberater, bei Hörhilfen beschlossen und wir haben eine Entscheidung getroffen, die im politischen Berlin Beachtung gefunden hat. Wir haben mit Mehrheit im Verwaltungsrat entschieden, uns gegen die Doppelverbeitragung von Betriebsrenten zu positionieren. Warum erzähle ich das? Das ist Teil der Antwort auf die Frage. Wettbewerbsorientierte Vorstände von Kassen, die durch ihren Dienstvertrag verpflichtet sind, stets zum Wohle ihrer Kasse zu handeln haben, was ich als Kassenverwaltungsrat auch von meinem Vorstand erwarte, können solche Entscheidungen qua Funktion nicht treffen. Damit würde die Funktion des GKV-Spitzenverbandes und seines Verwaltungsrates, systemische Entscheidungen im Sinne der Versicherten für die Allgemeinheit zu treffen, ad absurdum geführt. Das ist meine Antwort.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Herrn Markus Hofmann vom Deutschen Gewerkschaftsbund. Sie gebrauchen in Ihrer Stellungnahme treffender Weise das Wort „Wildwest-Manier“ bezüglich der Schaffung der Möglichkeit von Befugnissen der Kassen andere Kassen auf Unterlassung zu verklagen. Können Sie uns das bitte nochmal erläutern?



**SV Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand (DGB): Ich will mich da ganz kurz fassen. Wir sind in hohem Maße befremdet darüber, dass in einem System, das von öffentlich-rechtlichen Körperschaften geprägt wird und das mit einer umfangreichen Aufsicht – man kann sie an verschiedenen Stelle ja gerne kritisieren – ausgestattet ist, man anstatt die Aufsichtstätigkeit zu stärken und transparenter zu machen, den Akteuren als Körperschaften des öffentlichen Rechts nochmal ein direktes Klagerecht zubilligt, um sich gegenseitig in diesem vermeintlich, tatsächlich oder vielleicht funktionierenden Wettbewerb Vorhaltungen zu machen oder mit Klagen zu überziehen, um sich dann wiederum aus eigener Sicht einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Ich denke, da sieht man, wie ein System an seine Grenzen stoßen kann, wenn man es allein unter Überschrift „Wettbewerb“ versucht aufzustellen. Wir halten das für nicht angemessen und für nicht sachgerecht. Wir glauben, es gibt heutzutage hinreichend Mittel und Wege, dass man dort, wo Kassen sich außerhalb des geltenden Rechts bewegen, im Rahmen der Aufsichtstätigkeit tätig werden kann und muss, um die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten. Wir glauben, dass die Aufsicht die nötige Objektivität hat zu entscheiden, ob eine aufsichtsrechtliche Maßnahme getroffen werden muss oder es im Rahmen dessen vonstattengeht, was Recht und Gesetz tatsächlich hergeben. Das man in einem Bereich, in dem sich Körperschaften des öffentlichen Rechts bewegen, diesen Körperschaften die Tür öffnet, damit sie sich um des Wettbewerbs, um der Mitglieder wegen, in irgendeiner Weise und sei es auf dem Klagewege versuchen, sich einen Vorteil zu verschaffen, das halten wir für vollkommen daneben.

**Abg. Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine letzte Frage geht an Frau Dr. Elisabeth Fix von der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege. Halten Sie es für sinnvoll, den Wettbewerb der Kassen erstmals im SGB V aufzunehmen?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir halten den neuen § 4a SGB V für überflüssig. Viele Regelungen sind aus dem alten § 4 in § 4a SGB V überführt worden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist bereits in den §§ 2 und 12 SGB V geregelt. Andere

Regelungen die jetzt im § 4a SGB V vermerkt sind, stehen im Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb. Wir lehnen die Regelungen des Absatzes 4 Nummer 5, wonach die Krankenkassen die Aufgabe haben, private Zusatzversicherungen zu vermitteln, ab. Das halten wir in keiner Weise für sachgerecht.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir Grünen haben zusätzlich zum Gesetzentwurf einen Antrag zur Stärkung der Qualität und des Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenkassen eingebracht. Meine erste Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Dr. Gertrud Demmler. Können Sie aus Ihrer Sicht erläutern, welche Rolle die Versichertenperspektive bei der Einführung eines Qualitätswettbewerbes spielen sollte?

**ESVe Dr. Gertrud Demmler:** Ich freue mich, dass am heutigen Nachmittag, so kurz vor Weihnachten das Thema Qualität auf der Tagesordnung steht. Ich möchte die Frage wie folgt beantworten: Zunächst geht es darum, um welchen Qualitätswettbewerb geht es? Was ist das Ziel der Krankenversicherung? Aus unserer Sicht heißt Qualitätswettbewerb nicht anderes als dass Krankenkassen aus Sicht von Versicherten und Patienten besser werden. Nicht nur in der Gestaltung der Versorgung, das ist ein wichtiger Part, aber auch indem, wie sie ihre Leistung erbringen. Das hat sehr viel mit der Dienstleistung „Krankenversicherung“ zu tun. Beratungsqualität, wie wird die individuelle Situation von Versicherten berücksichtigt? Wie ist die tatsächliche Leistungsbereitschaft? Voraussetzung dafür, dies zu eruieren, ist aus unserer Sicht, dass die Versicherungserfahrung transparent gemacht wird. Das findet heute nicht statt. Denn die Qualität einer Krankenversicherung kann nur einer beurteilen, und das sind die Versicherten selbst. Nicht einfache Leistungsvergleiche, wie wir es heute aus den Rankings kennen, die nicht anderes sind als Speisekarten ohne Testessen, erlauben Sie mir das Beispiel. Wie leistungsbereit ist eine Kasse tatsächlich? Wie umfassend berät sie? Wie wurde die individuelle Situation eines Versicherten und Patienten berücksichtigt und wie profitiert ein einzelner Patient von einem Versorgungsvertrag? Das sind die Fragen, um die es im Qualitätswettbewerb der Krankenkassen geht. Diese Qualität wird heute nicht transparent gemacht und deshalb begrüßen



und unterstützen wir den Vorstoß mit folgenden Maßnahmen ausdrücklich: Wir glauben, die Versichertenerfahrung muss regelmäßig jährlich über alle Kassen hinweg erhoben und veröffentlicht werden. Wir plädieren auch dafür, dass Versichertenerfahrungen, die schon vorliegen, bei Aufsichten, bei Verbraucherverbänden schon heute transparent gemacht und konkretisiert werden. Wir plädieren dafür, dass existierende Leistungskennzahlen daraufhin überprüft werden, ob sie als Qualitätsindikatoren ebenfalls veröffentlicht werden können, um somit zum ersten Mal auch für Versicherte eine Möglichkeit zu schaffen, sich jenseits des Zusatzbeitrags mit der Qualität in der Krankenversicherung auseinanderzusetzen.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch die nächste Frage richtet sich an Frau Dr. Demmler. Im Gesetz ist eine Transparenzstelle vorgesehen. Wie bewerten Sie diese Stelle? Kann sie den Qualitätswettbewerb voranbringen?

**ESVe Dr. Gertrud Demmler:** Ich würde sagen, Transparenz ist immer gut um Qualität weiterzuentwickeln. Die Frage ist, wie sie konkret ausgestaltet wird.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Dr. Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Was halten Sie vor dem Hintergrund eines Qualitätswettbewerbs davon, Versorgungsquoten in verschiedenen Bereichen und für jede Krankenkasse zu veröffentlichen, wie es beispielsweise die BARMER im Heil- und Hilfsmittelreport für die Jahre 2013/2014 für den Bereich Physiotherapie getan hat?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es ist sicherlich hilfreich, Transparenz darüber zu haben, wie Versorgungsquoten sich beispielsweise regional unterscheiden. Ob das aber sinnvoll ist, das als Benchmark im Wettbewerb zu nutzen, halte ich für problematisch, weil eine ganze Reihe von Faktoren mit hereinspielen. Wir haben sehr unterschiedliche Versorgungsquoten in den Regionen, in den Bundesländern. Wir haben unterschiedliche Alters-

und Morbiditätsstrukturen. Wir haben aber unterschiedliche Angebotsstrukturen in den Ländern. Und es gibt ein unterschiedliches Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte. Man muss, weil Sie das Beispiel genannt haben, bei der Heilmitteltherapie davon ausgehen, dass das nur eine von mehreren Therapieoptionen ist und in den Regionen auch andere Leistungen, wie medikamentöse Therapien, Operationen, Reha-Leistungen, Reha-Sport und Funktionstraining einen unterschiedlichen Stellenwert haben. Von daher wäre das Problem, das zusätzlich dazu kommt, dass der Vergleich nach einzelnen Kassen mit den unterschiedlichen Risikostrukturen, deshalb sprechen wir heute bekanntermaßen über den RSA, unterschiedliche Zuweisungen bedeutet. Deshalb ist die Transparenz über die unterschiedlichen Versorgungsquoten sicherlich hilfreich, aber sie sollte nicht als ein hinreichender Beleg für Über- oder Unterversorgung in der Fläche gelten. Da benötigt man noch einige andere Parameter, um das sinnvoll bewerten zu können.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den BKK-Dachverband. Es gibt bereits ein Qualitäts-Benchmarking nach § 217f SGB V als Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes. Da ist bisher wenig passiert. Wie meinen Sie müsste eine solche Stelle insgesamt ausgestaltet sein?

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Ich würde schon hinterfragen, ob der grundsätzlich wettbewerbsneutrale GKV-Spitzenverband der richtige Adressat für dieses Benchmarking ist. Ich kann mich gut entsinnen, ich war zu der Zeit im BMG, als der entsprechende Paragraph dort hineingekommen ist – ich bekomme gerade von der Seite Dankeschön gesagt. Das ist nicht, weil wir dem GKV-Spitzenverband misstrauen, sondern wir haben eine Arbeitsteilung im System. Der GKV-Spitzenverband ist keine wettbewerbliche Institution, die die Interessen der gesamten Solidargemeinschaft GKV vertritt. Eine Transparenzstelle hat wettbewerbssteuernde Wirkung. Das haben wir gerade in den anderen Antworten gehört, dass die Versicherten sich danach richten, dass die Versicherten ergänzende Informationen bekommen sollen. Das Thema ist nicht ganz neu. Wir mühen uns



seit Jahren ab, Krankenhäuser, Versorgungskonzepte miteinander zu vergleichen, Arzneiverordnungsvergleiche anzustellen. Mein bisheriges Resümee lautet daher: Ja, wir sollten gemeinsam und einheitlich Indikatoren entwickeln. Wir sollten aber das Benchmarking, den Vergleich und die Publikation einer neutralen Stelle überlassen. Ob das die Weiße Liste ist oder andere Anbieter sind, freie gemeinnützige, Stiftungen etc. da kann ich mir unterschiedliche Wege vorstellen. Nochmal: Ich lege Wert darauf, dass das kein Misstrauensausweis für den GKV-Spitzenverband ist.

**Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Demmler. Im Gesetz ist eine Frauenquote unter anderem für den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes vorgesehen. Was halten Sie davon, diese Regelung als Vorbild für die Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen zu nutzen?

**ESVe Dr. Gertrud Demmler:** Ich verstehe diese Frage als eine persönliche Frage und möchte sie auch persönlich beantworten. Als Frau und Vorständin der Siemens-Betriebskrankenkasse bin ich seit fast 18 Jahren in einem paritätischen Vorstand tätig. Und ja, ich sage es ganz offen, ich halte die Beteiligung von Frauen auf Entscheidungsebenen für wichtig und richtig. Das ist meine persönliche Erfahrung. In der konkreten Umsetzung muss man sich die einzelnen Verfassungen, wie jeweils die Institutionen gestaltet sind, genauer anschauen. Erlauben Sie mir noch eine persönliche Anmerkung als Vorständin aus der Erfahrung in unserer Kasse. Um die Beteiligung von Frauen in verantwortungsvollen Positionen zu stärken, müssen Entscheidungsprozesse und Entscheidungsrollen sich ändern. Entscheidungsgremien müssen weg von machtorientierten und hierarchischen Entscheidungsstrukturen in transparente und partizipative Entscheidungsverfahren gehen. Das ist unsere Erfahrung. Dann haben wir überhaupt kein Problem mehr, dass wir ausreichend Frauen in Entscheidungssituationen haben. Ich glaube, das wäre im Gesundheitswesen in einigen Einrichtungen durchaus ein Thema.

**Abg. Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Dr. Fix, eine kurze Frage: Kann das jetzige Gesetz den Qualitätswettbewerb voranbringen?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Kurze Antwort: Es enthält einige positive Elemente, wir sehen aber insbesondere in der Streichung der Erwerbsminderungsgruppen ein Problem, das den Preiswettbewerb anstatt des Qualitätswettbewerbs fördern könnte. Und wir sehen auch Nachbesserungsbedarf bei der Vertragstransparenzstelle, ganz klar. Da muss zum Beispiel eine Suchfunktion für Patienten verankert werden, damit Verträge und Vertragsinhalte genauer beschrieben und Kontaktdaten vermittelt werden können, die Ort, Leistungserbringer, Krankenkassen etc. benennen können. Es müssen auch weitere Elemente rein, neben § 140a und § 73b SGB V, Modellvorhaben. Ich habe jetzt nicht die Zeit das weiter auszuführen, aber in unserer Stellungnahme sind wir ausführlich darauf eingegangen.

**Abg. Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Innungskrankenkasse und den GKV-Spitzenverband. Was halten Sie von der vorgesehenen Regionalkomponente? Ist die Ausgestaltung gelungen oder haben Sie bessere Vorschläge zu machen?

**SV Jürgen Hohnl** (IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen): Wir sind der Auffassung, dass das Regionalkennzeichen eine gute Lösung ist um die unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen abzubilden. Wir finden es gut, wie es schon zur Sprache kam, dass die ausgewählten Merkmale nicht beeinflusst werden können. Es wird vielfach der Vorwurf erhoben, dass damit Über- und Unterversorgung zementiert wird. Das sehen wir anders, weil es, wenn man in einer unterversorgten Region, in ländlichen Regionen, Versorgungsverträge macht und intensiviert, würde das hinterher auch wieder zurückfließen. Es wird im Moment nur das Geld umverteilt, was in der Region nicht für die Versorgung gebraucht oder nicht eingesetzt wird. Das kann ein Unterschied sein. Deshalb insgesamt ein Befürworten der Regionalquote.



**SV Dr. Pekka Helstelä** (GKV-Spitzenverband): Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass der GKV-Spitzenverband eine wettbewerbsneutrale Institution ist. Für die einzelnen Krankenkassen ist die Reform des Morbi-RSA eine hochwettbewerbliche Angelegenheit. Einnahmesteigerungen stehen Einnahmeverluste bei anderen Krankenkassen gegenüber. Deshalb kann sich der GKV-Spitzenverband zu Einzelreformmaßnahmen wie auch zu dem Gesamtpaket nicht positionieren. Gleichwohl bin ich als Umsetzungsverantwortlicher für die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes im Zusammenhang mit der Durchführung des RSA verantwortlich darauf zu achten, dass wir in der Lage sind, die erforderlichen Daten fristgerecht dem BVA zur Verfügung zu stellen. Das ist in allen Reformmaßnahmen wie auch in der angesprochenen Regionalkomponente der Fall. Ferner stellen wir die rechnerische Richtigkeit der Bescheide des BVA noch vor Bescheidversand dadurch sicher, dass wir auf der gleichen Datengrundlage Berechnungen durchführen und sie dann mit dem BVA abstimmen. Es stellt sich die Frage, ob wir das auch zukünftig so leisten können. Das ist der Fall, insofern haben wir keine weiteren Hinweise.

**Abg. Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Verband der Ersatzkrankenkassen. In Ihrer Stellungnahme plädieren Sie für eine Absenkung der Mindestreserve bei den Krankenkassen. Können Sie bitte erläutern, warum Sie das für notwendig halten?

**Sve Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir wünschen uns eine Analogie mit der Neuregelung bei den Betriebsrenten. Dort ist dieser Tage die Absenkung der Mindestreserve im Gesundheitsfonds auf 20 Prozent festgelegt worden mit der Begründung, dass eine zwanzigprozentige Mindestreserve ausreichend ist, um unterjährige Einnahme- und Ausgabeschwankungen abzufedern. Das ist genau die Funktion einer Mindestreserve. Da dies für die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds im Zuge der Betriebsrentenreform eingeführt worden ist, halten wir es für sinnvoll, die Analogie auch für den Bereich der Krankenkassenrücklagen zu ziehen und die Einnahmeschwankungen in der Weise zu berücksichtigen, dass wir auf 20 Prozent Mindestrücklage verändern. Das begründet sich auch darin, dass wir durch die

Zuweisungen des Gesundheitsfonds als Krankenkassen doch sehr gleichmäßige Zuweisungen bekommen. Das ist jeweils ein Zwölftel. Das heißt, das Risiko der unterjährigen Schwankungen ist sehr überschaubar. Deshalb ist es sachgerecht eine Absenkung der Mindestreserve vorzusehen.

**Abg. Rudolf Henke** (CDU/CSU): Wir haben schon über das Thema LKA gesprochen und verschiedene Einschätzungen von Frau Dr. Pfeiffer, Herrn Knieps, Herrn Hoffmann und Herrn Klemens gehört. Ich mache mal noch einen Versuch und frage Herrn Prof. Dr. Straub als Einzelsachverständigen. Wie schätzen Sie das LKA genannte Premium ein? Ist das sinnvoll? Wir wollen ja eine möglichst gute Anbindung an die operative Ebene der Krankenkassen haben.

**ESV Prof. Dr. Christoph Straub**: Eine intensive Abstimmung des GKV-Spitzenverbandes mit seinen Trägern, und das sind die Krankenkassen, über die Entscheidungsprozesse für operatives Handeln, und darum geht es, ist sicherlich sinnvoll und notwendig. Deshalb sind wir auch der Meinung, dass der neu zu bildende LKA beim GKV-Spitzenverband dazu beitragen wird, dass eine stärkere organisatorische Verbindung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem operativen Geschäft seiner Mitgliedschaften hergestellt wird. Die intensivere Einbindung der Krankenkassen stellt aus unserer Sicht eine wichtige Verbesserung dar. Diese Regelung würde fördern, dass der GKV-Spitzenverband in der Wahrnehmung seiner gesetzlich zugewiesenen Aufgaben gestärkt wird. Wir würden auch gerne – es gibt die von Frau Dr. Pfeiffer angesprochenen vielfältigen Referentenrunden – sehen, dass wir unsere Expertise in einer geeigneten Form einbringen können, um mit dem GKV-Spitzenverband die versorgungsrelevanten Fragen zu besprechen und abzustimmen, wie es sich aus dem täglichen operativen Geschäft mit unseren Versicherten ergibt.

**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband, Herrn Litsch. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die vorgesehenen Änderungen in § 273 SGB V kritisch bewertet. Dort wird die statistische Auffälligkeitsprüfung durch das BVA





vereinfacht. Können Sie Ihre eigenen Vorschläge dazu kurz erläutern.

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Grundsätzlich sind natürlich alle Maßnahmen, die die Sicherung von Manipulationsresistenz gewährleisten, zu begrüßen. Insbesondere der zeitnahe Abschluss von Datenmeldungen führt zu höherer Rechtssicherheit. Wir haben aber mindestens drei Probleme, die wir ansprechen müssen. Erstens, die Prüfung muss auf der Ebene der KV-Bezirke erfolgen, sonst geht sie am Ziel vorbei. Wir haben, so wie es jetzt im Gesetz steht, eine Auffälligkeitsprüfung, die für die Kassen, die nur regional am Markt tätig sind, bei Auffälligkeiten zu den Konsequenzen führt, zu denen § 273 SGB V hinführt. Identische Verträge der bundesunmittelbaren Kassen, die in dieser Region genau das Gleiche tun, werden aber nicht auffällig, weil sie durch die statistische Verdünnung aus den Entwicklungen in anderen Bundesländern rausfallen. Deswegen brauchen wir für diese identischen Konstellationen auch identische Rechtssituationen, das heißt, Prüfung auf KV-Ebene für alle Kassen. Zweitens, wir haben ein riesengroßes Rechtsunsicherheitsproblem durch die rückwirkende Anwendung neuer Rechtssituationen. Wenn ich heute sage, wir haben das Recht und bilden das mal in der Vergangenheit ab, so schaffen wir Unsicherheiten, die zu Rückwirkungen führen, die problematisch sind. Insbesondere dann, wenn wir Verträge am Wickel haben, die zustande gekommen sind durch Aufsichtsgenehmigungen, die durch eine rückwirkende Prüfung dann für rechtsunwirksam erklärt werden. Und die rückwirkende Diskreditierung dieser Verträge durch das BVA führt natürlich zwangsläufig zur Frage der Amtshaftung, weil eine Aufsicht hat einen Vertrag genehmigt auf gültiger Rechtslage zum Zeitpunkt T1 und jetzt wird dies auf eine neue Rechtsauslegung Bezug nehmend, zu einer anderen Beurteilung führen. Es wird die Frage zu stellen sein, was hat die Aufsicht falsch gemacht und es stehen Fragen von Amtsträgerhaftung im Raum. Wir müssen auf rechtsaufsichtliche Brücken vertrauen können und regen deswegen an, damit wir zumindest nach vorne solche Probleme nicht haben, dass wir zukünftig das Recht haben, auf eine rechtsverbindliche Vorabprüfung durch das BVA, insbesondere in Bezug auf alle Fragestellungen in Verträgen, die mit Morbi-RSA-Daten zu tun haben.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den BPI und an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wasem. Es geht um den Hochrisikopool. Da interessiert mich, ob es einen Unterschied macht oder ob es eine Ungleichbehandlung gibt bei hochpreisigen Therapien. Wir haben vorgesehen, dass die Kosten über 100 000 Euro in den Hochrisikopool fallen. Das macht einen Unterschied, ob die Krankenkassen mit dem pharmazeutischen Hersteller eine Einmalzahlung oder Ratenzahlung vereinbaren. Wie bewerten Sie die Ausgestaltung des Hochrisikopools?

**SV Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Der BPI sieht es positiv, dass es einen Risikopool geben soll. Uns ist es wichtig, dass die Zahlungsmodalitäten nicht dazu beitragen können, dass Patienten innovative, auch hochpreisige Therapien vorenthalten werden können. Das ist wichtig.

**ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Ich habe jetzt mal kurz ein Beispiel durchgerechnet und will es Ihnen zeigen. Nehmen wir mal an, das Arzneimittel kostet eine Million Euro. Wenn das nach den geltenden Buchführungs- und Preiszuordnungsregelungen zu den Rechenwerken im Risikopool einmalig gezahlt würde, so würde das bedeuten, die Kasse zahlt, wenn man den Risikopool so macht wie vorgesehen, letztlich 280 000 Euro und der Pool 720 000 Euro. Würde man sich dagegen auf fünf Ratenzahlungen verständigen und lässt die Rechenwerk- und Buchführungsregeln unverändert so wie sie sind, würde die Einzelkasse 600 000 Euro selber zahlen und beim Pool landen 400 000 Euro. Das heißt, das macht schon einen großen Unterschied, wenn man nichts an den Regelungen wie Buchführung bei Preisen usw. ändert. Das heißt, das müsste man sich in Ruhe angucken. So wie es im Moment formuliert ist im Gesetzentwurf sowohl vorne im SGB V als auch hinten bei der RSA-Verordnung würde diese Lastenverteilung genauso aufscheinen, wie ich sie gerade beschrieben habe. Wir haben noch ein bisschen Zeit, wir haben noch keine einzige Preisvereinbarung, die solche Ratenmodelle vorsieht, aber wir haben in der Tat natürlich angesichts dieser teuren Gentechnik und CAR-T-Therapien Diskussionen darüber. Ich rege an, dass wir nicht im Hau-Ruck-Verfahren versuchen, da etwas reinzubasteln, sondern das hier im Auge behalten



und uns gut überlegen, was ist die sachgerechtere Aufteilung. Dann müssen wir eventuell an die Frage der Buchführung für Ausgaben im Spannungsverhältnis zwischen Einzelkassenausgaben und Buchführung für den RSA nochmal ran.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Innungskrankenkasse IKK und den Verband der Ersatzkassen. Wie bewerten Sie, dass die DMP beibehalten und eine Präventionspauschale im RSA eingeführt werden sollen?

SV **Jürgen Hohnl** (IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen): Die DMP-Pauschale, die ursprünglich gestrichen werden sollte, ist jetzt im Kabinettsentwurf dringeblichen. Ich glaube, aus der aufgebrannten Diskussion über die Frage, was hat das für die DMP-Programme zur Folge, wenn sie gestrichen würde, ist es eine richtige Entscheidung. Was die Frage der Wettbewerbsgerechtigkeit im RSA ausmacht, ist das eine Marginalie und deshalb haben wir gesagt, wir akzeptieren das im Rahmen des Gesamtpakets als Streichung und verfolgen das nicht weiter. In der Frage der Vorsorgepauschale sind wir natürlich positiv. Wir haben immer eine Präventionsausrichtung im Morbi-RSA vermisst. Wir haben 2016 dazu schon eine Studie veröffentlicht, die zeigt, dass wenn man Prävention konsequent durchführt, durch den Morbi-RSA bestraft wird. Deshalb ist diese Einführung der Vorsorgepauschale gut. Sie greift natürlich jetzt erstmal einzelne Punkte auf, nämlich Impfungen und Vorsorgeleistungen. Das ist aus unserer Sicht noch zu wenig, da könnte man sich mehr vorstellen. Auch die Ausgestaltung, dass man eine Vorsorgepauschale bekommt, widerspricht an manchen Stellen medizinisch sinnvollen Vorsorgeleistungen, zum Beispiel bei Schwangeren. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Impfen hängt dann teilweise zusammen und deshalb sind wir der Auffassung, dass man da noch mehr machen könnte. Ansonsten haben wir in unserer Stellungnahme auch noch ein paar Ausführungen gemacht, wie man die individuelle Prävention im Rahmen des Morbi-RSA stärker berücksichtigen könnte.

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir bedauern schon die Rücknahme der Streichung der DMP-Pauschale, denn in einem

versorgungsneutral ausgestalteten RSA dürfte die Verknüpfung mit einer Versorgungsform eigentlich keinen Platz haben. Was die Präventionspauschale betrifft, halten wir das auch für einen guten ersten Impuls, auch stärker nochmal darzustellen, dass nicht nur für Krankheit, sondern auch für ein Agieren der Krankenkassen bei der Prävention eine Refinanzierung oder zukünftig eine Berücksichtigung bei den Risikoprofilen möglich ist. Wir finden das auch gut, dass man jetzt mit Vorsorgeuntersuchungen startet, die tatsächlich Bestandteil des Regelleistungskatalogs sind, weil die haben tatsächlich schon einmal den Nachweis erbracht, dass sie effizient und wirksam für die Versorgung sind, sodass es auch gut darstellbar ist, dafür die Zuweisungen aufwandsgerecht auszuloben.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen, Herrn Prof. Dr. Wasem. Sie haben ja zuvor schon zur Regionalkomponente Stellung genommen. Uns erreichen nun Berechnungen aus einigen Bundesländern, die auf der Basis des Gesetzentwurfs Stellungnahmen dazu abgeben, dass in einigen Bundesländern die Regionalkomponente zu erheblichen Zugewinnen, wenn ich das mal so formulieren darf, führen und in den anderen Bundesländern eben nicht. Ich nenne als Verlierer Bremen und Baden-Württemberg und als Gewinner Nordrhein-Westfalen. Jetzt frage ich Sie, ist es auf der Basis des Gesetzentwurfs seriös möglich, solche Berechnungen aufzustellen und halten Sie diese Berechnungen für realistisch?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Das ist eine gute Frage. Ich bin inzwischen nach 15 Jahren Vorbereitung und Durchführung des Morbi-RSA in allen möglichen Instanzen skeptisch, was Einzelrechnungen einzelner Akteure angeht. Das muss man einfach so sagen. Die Wirkungen des RSA sind doch sehr komplex und insbesondere die Interdependenzen der unterschiedlichen Faktoren. Nur da passiert gerade mit diesem Gesetzentwurf relativ viel. Wir haben ein Vollmodell, wir haben einen Regionalfaktor, wir führen zusätzlich einen Risikopool ein. Ich sage mal, mich würde wundern, wenn ein einzelnes Bundesland oder Akteure eines einzelnen Bundeslands ein so valides Modell hätten, mit dem sie das belastbar berechnen könnten. Also ich hätte große Hochachtung davor. Ich glaube



das nicht. Ich will nicht in Frage stellen, dass im Land Baden-Württemberg vernünftige Ministerialbeamte sitzen, das hat sich auch durch die Einführung einer grünen Regierung dort nicht geändert, aber gleichwohl glaube ich nicht, dass die das vernünftig können.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Meine Frage an die Innungskrankenkassen IKK, Herrn Hohnl: Das BVA prüft seit 2009 die Datenmeldungen der Krankenkassen für den RSA auf ihre Rechtmäßigkeit, indem es bei statistischen Auffälligkeiten Einzelfallprüfungen durchführt. Erfüllen die bisherigen Prüfungen das Ziel, die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben und damit auch die Wettbewerbsverzerrung zu verhindern?

SV **Jürgen Hohnl** (IKK e. V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen): Zurzeit ist es noch so, dass die Beweislast für etwaige Auffälligkeiten beim BVA liegt. Es ist auch so, dass, wenn man bei Diagnoseanstiegen, die man nicht erklären kann, darauf verweist, dass es einen Betreuungsstrukturvertrag gibt, keine weiteren Prüfungen stattfinden. Die Mitwirkung auf der Landesebene bei diesen Prüfungen scheint, so hört man wenigstens aus dem BVA, nicht sehr stark zu sein, sodass wir der Auffassung sind, dass die bisherigen rechtlichen Voraussetzungen nicht ausreichend sind, sondern wir die Neuregelung begrüßen, dass man das BVA in eine stärkere Position reinbringt und man für Diagnoseanstiege nicht einfach nur auf geschlossene Verträge zurückverweisen kann. Das führt dazu, was wir heute schon mehrfach diskutiert haben, dass es darum geht, einheitliches Aufsichtshandeln herzustellen. Der Gesetzentwurf macht verschiedene Vorschläge, um das zu gewährleisten. Das Thema mit der bundesweiten Öffnung ist vom Tisch und deshalb finden wir es richtig, dass dem BVA eine stärkere Rolle zugewiesen wird.

Abg. **Marja-Liisa Völlers** (SPD): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Kingreen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Kassen in Zukunft bei Verstößen gegen sämtliche für Krankenkassen geltende Vorschriften gegeneinander klagen können. Bisher sind sie auf Einschreiten der Aufsicht oder die Klage anderer,

zum Beispiel der Wettbewerbszentrale, angewiesen. Wie beurteilen Sie diese weitgehenden Klagerechte?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Ja, man muss natürlich sehen, dass diese Regelung im Kontext des Aufsichtsthemas steht. Es ist aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich, eine rechtlich verbindliche Einheitlichkeit herzustellen, weil eine Aufsicht des BVA über die Landeskassen genauso unzulässig ist, wie eine Aufsicht der Landesministerien über die Bundeskassen. Deswegen hat man diese Regelung im neuen § 90 SGB V versucht, der aus meiner Sicht sehr schwierig ist, weil er zwischen rechtlicher Verbindlichkeit und politischer Verbindlichkeit hin und her changiert. Ich will vielleicht zunächst mal sagen, diese Regelung wäre verfassungswidrig, wenn sie tatsächlich eine rechtliche Verbindlichkeit dieser Entscheidungen vorschreiben würde. Dieser Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden kann nur ein solcher sein. Rechtlich verbindliche Beschlüsse können dort nicht gefasst werden, deswegen wundert mich an dieser Regelung, dass da sehr detailliert die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat zugrunde gelegt werden. Das klingt sehr nach Formalisierung. Vor diesem Hintergrund steht natürlich das Bestreben, Klagerechte für die Kassen einzuräumen und zwar gerade für diejenigen Kassen, die sich von ihrer Aufsicht irgendwie benachteiligt fühlen. Deswegen ist das im Grundsatz verständlich, dennoch sehe ich die Gefahr, dass ein System gegenseitiger Kontrolle und Misstrauen entsteht, das in einem Spannungsverhältnis zur Verpflichtung der Krankenkassen miteinander zu kooperieren steht. Von daher sehe ich diese Regelung ausgesprochen skeptisch, man muss aber sehen, dass es den Hintergrund in der uneinheitlichen Aufsicht hat.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Hausärzteverband. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für die Weiterentwicklung des RSA der Arztgruppenschlüssel erfasst und an das BVA übermittelt werden soll. Damit wäre in Zukunft möglich, dass bei Behandlungen durch Haus- und Fachärzte unterschiedliche Zuweisungen an die Kassen bezahlt werden. Wie beurteilen Sie diese Regelung?



**SV Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzterverband e. V.): Wir sehen diese Regelung sehr kritisch, weil sie zu sehr merkwürdigen Veränderungen führen kann. Wir haben schon viel darüber gehört, wie der Wettbewerb unter den Kassen läuft und wenn ich dann als Krankenkasse feststelle, dass die RSA-Zuweisung für die Behandlung eines Patienten mit identischer Diagnose bei einem Hausarzt einen höheren Betrag auf das Konto bringen würde, könnte es dazu führen, dass Patienten eher zu Fachärzten geschickt werden, auch wenn das gar nicht unbedingt notwendig ist. Es fördert jedenfalls nicht eine vernünftige strukturierte Versorgung zwischen Hausärzten, Fachärzten und schließlich auch stationärer Behandlung. Insofern sehen wir das sehr kritisch. Man könnte sich im Umkehrschluss überlegen, wenn das so ist, dass bei identischen Erkrankungen die Behandlung eines Patienten in der hausärztlichen Versorgung günstiger ist, diese entsprechend auch zu fördern. Insofern glauben wir, dass diese hier vorgesehene Regelung im Grunde genommen das Gegenteil von dem bewirken wird, was sie eigentlich bewirken soll.

**Der Vorsitzende:** Vielen Dank. Wir haben das Ende der ersten Runde erreicht. Wir machen jetzt fünf Minuten Pause und dann geht es weiter.

*Sitzungsunterbrechung von 16:42 bis 16:50 Uhr.*

**Abg. Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage zum Thema Lieferengpässe geht an Herrn Prof. Dr. Ludwig, Einzelsachverständiger. Mich interessiert die Ermächtigungsgrundlage für die Bundesoberbehörden. Wir haben vorgesehen, dass die Bundesoberbehörde bei Lieferengpässen Maßnahmen anordnen kann, zum Beispiel erweiterte Lagerhaltung, Kontingentierung usw. Mich würde interessieren, was Sie von diesen Vorschlägen halten. Sind die aus Ihrer Sicht ausreichend?

**ESV Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig:** Wir haben das Thema Lieferengpässe, dass die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit knapp zehn Jahren intensiv beschäftigt. Wir sehen, dass wir noch keine Lösung haben, die uns alle befriedigt. Im Gegenteil, die Zahl der Lieferengpässe hat wieder zugenommen. Von daher halte ich es für sehr wichtig, dass was Sie ansprechen, Frau Abg. Maag,

dass die Bundesoberbehörden ermächtigt werden, gewisse Dinge umzusetzen. Ich möchte in dem Zusammenhang nur daran erinnern, dass wir eigentlich schon klare Vorgaben haben. Sowohl im Arzneimittelgesetz (AMG) als auch in der Richtlinie der Europäischen Union 2001/83, die eindeutig vorgeben, was der Hersteller tun sollte, wenn er in einen Lieferengpass hineinläuft. Einige von Ihnen werden das Papier der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2018 kennen, wo das nochmal ganz klar zementiert ist. Also von daher halte ich das für sehr wichtig. Die Erhöhung der Lagerbestände ist sicherlich ein wichtiger Punkt. Man muss sich aber auch darüber Gedanken machen: Zunächst mal, wenn ein Lagerbestand erhöht wird zum Zeitpunkt, wo ein Lieferengpass droht, wird das gar nichts mehr bewirken. Das heißt, diese Lagerbestände müssen vorab festgelegt werden. Da muss der Zeitraum festgelegt werden. Das wird vielleicht noch Thema sein. Wir haben in unserem Papier gesagt, dass wir grundsätzlich erwarten, dass der bisherige Zeitraum von zwei Wochen, zu dem die Arzneimittelgroßhändler derzeit verpflichtet sind, deutlich erhöht wird auf vier bis acht Wochen. Bei den Krankenhäusern sehen wir eine Notwendigkeit, von zwei auf vier Wochen zu verlängern. Ich denke, das ist ein wichtiger Punkt, damit wir gerade bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln Situationen vermeiden, wie wir sie derzeit durchaus im klinischen Alltag sehen.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage ebenfalls an Prof. Dr. Ludwig, sowie an die Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen, Herrn Dr. Thormählen, richten. Wir diskutieren schon seit einiger Zeit das Thema Lieferengpässe und Exklusivverträge bei den Rabattverträgen. Mich würde interessieren, wie Sie es einschätzen, wenn wir zu einer Pflicht zur Mehrfachvergabe kommen würden.

**ESV Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig:** Zunächst, wenn man die Papiere gelesen hat: Die Rabattverträge werden immer wieder thematisiert und auch eine Abschaffung der Rabattverträge empfohlen. Ich will nur daran erinnern, dass wir derzeit drei Säulen haben, um die steigenden Kosten im Arzneimittel-sektor, gerade der patentgeschützten Arzneimittel, zu handeln und zu moderaten Steigerungen für die



Belastungen der GKV zu kommen. Das ist der Festbetrag, der sicherlich das meiste Geld derzeit erbringt, die Rabattverträge und erfreulicherweise auch zunehmend das AMNOG-Verfahren. Vor diesem Hintergrund halte ich die Rabattverträge weiter für absolut notwendig und auch aus medizinischer Sicht für machbar. Ich denke allerdings in jedem Fall, dass Exklusivverträge, vor dem Hintergrund dessen, was wir in den letzten Jahre erlebt haben, kein Modell sind, das wir zukünftig verfolgen sollten, sondern in der Regel, das ist die Vorstellung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der Bundesärztekammer, drei Anbieter berücksichtigen und auch ganz genaue Transparenz haben. Sie wissen, dass in dem Sektor die Transparenz in vielen Bereichen sehr mangelhaft ist. Wir brauchen Transparenz darüber, wo hergestellt wird, und wie sind die Erfahrungen bei den Herstellern in der Vergangenheit. Das heißt, drei Hersteller sind für uns ein Minimum und gleichzeitig absolute Transparenz. Wo stellt der her, wir haben das im kleineren Kreis ja wiederholt diskutiert? Man könnte sich vorstellen, dass in dem Zusammenhang eine Herstellung in Europa in gewisser Form honoriert wird. Wir alle wissen, dass das ein entscheidender Grund ist für die Lieferengpässe.

**SV Dr. Johannes Thormählen** (GWQ Service-Plus AG Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen): Ich kann mich Herrn Prof. Dr. Ludwig in vielen Punkten anschließen. Ich denke Rabattverträge im Kontext von Lieferengpässen, da könnte ich es mir jetzt einfach machen und sagen „never change a running system“. Ich glaube, in vielen Publikationen, Interviews und auch Stellungnahmen ist mittlerweile klar geworden: Rabattverträge haben mit Sicherheit den geringsten Anteil an Lieferengpässen. Das ist, glaube ich, wichtig festzuhalten. Ansonsten was das Thema Exklusivvergabe, Mehrfachvergabe angeht: Vielleicht berichte ich einfach mal, wie wir das handhaben. Wir, das ist ein Gruppe von etwa 50 bis 55 Krankenkassen, für die wir im Arzneimittelmanagement tätig sind, nicht nur im Generikasektor, sondern auch im Patentbereich. Sie haben vielleicht wahrgenommen, dass die GWQ den ersten Pay-for-Performance-Vertrag zur Kymriah CAR-T-Zell-Therapie abgeschlossen hat. Also auch in diesen Patentsegmenten sind wir sehr aktiv. Wir sprechen aber heute über Generika und insofern ein völlig anderer Arzneimittelbereich, in dem

Exklusivvergabe, wie auch Mehrfachvergabe schon stattfinden. Die Kassen präferieren unterschiedliche Linien. Die Gruppe für die ich spreche, etwa 50 Kassen, ca. neun Millionen Versicherte, dreizehn Prozent GKV-Anteil. Was machen wir? Wir prüfen sehr sorgfältig, wo wir in die Exklusivvergabe einsteigen oder wo wir Mehrfachvergaben heute schon praktizieren. Wenn ich das Verhältnis darstelle, wie das aussieht, so sind es etwa zwei Drittel, in denen wir heute zu einer Mehrfachvergabe, Dreierpartnermodell in der Regel, kommen, etwa ein Drittel praktizieren wir in Exklusivvergabe. Warum tun wir das? Sie haben nicht überall die Möglichkeit Mehrpartnermodelle im Markt durchzusetzen, weil schlicht die Anbieter für bestimmte Arzneimittel nicht da sind, sodass eine Mehrpartnervergabe verpflichtend keinen Sinn macht. Ich denke, es ist ein wirklich gutes praktiziertes Modell, es ist ein gangbarer Weg, eine sinnvolle Option mit Mehrfachvergabe zu arbeiten. Ich möchte betonen, wichtig ist dabei, dass wir einen echten Wettbewerb haben, sprich ausreichend viele Anbieter. Die Rahmenbedingungen müssen passen. Dann macht so ein Schritt und so ein Vorgehen Sinn. Das Thema, was wird überhaupt in Europa hergestellt, ist sicherlich sehr wichtig. Stichwort „Transparenz“, was Herr Prof. Dr. Ludwig schon angesprochen hatte. Wir müssen genau hingucken, was das heißt, europäische Produktion. Denn letztendlich ist die Wirkstoffproduktion eine absolute Massenproduktion und die wird vermutlich nie mehr in Europa stattfinden, weil es keinen Grund dafür gibt. Auch in anderen Branchen findet das so nicht statt. Also kurzum, wie ich schon sagte, gangbarer sinnvoller Weg. Die Rahmenbedingungen müssen stimmen, sonst macht es keinen Sinn.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Mich würde die Meinung der Deutschen Apothekerverbände und des AOK-Bundesverbandes zur verpflichtenden Mehrfachvergabe bei den Rabattverträgen interessieren und insbesondere von den Apothekerverbänden, welche Erleichterung sie sich davon erhoffen.

**SV Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Auch ich möchte vorweg festhalten, dass wir das Instrument der Rabattverträge als solches nach wie vor für notwendig halten. Also wenn wir hier über



Änderungen reden, geht es nicht darum, Rabattverträge abzuschaffen, sondern die so auszugestalten, dass sie die Probleme bei Lieferengpässen mildern und nicht verstärken. Wir halten deshalb auch die Mehrfachvergabe von Rabattverträgen für sinnvoll. Natürlich nur dort, wie mein Vorredner gesagt hat, wo die Marktlage das hergibt. Wir schlagen vor, dass immer mindestens zwei Anbieter den Zuschlag erhalten sollten und dann ergänzend auch gesehen wird, wie es auf der Ebene der Wirkstoffhersteller aussieht und dort, wo die Marktlage das ermöglicht, vorzusehen, dass mindestens die Anbieter berücksichtigt werden müssen, die bei mindestens zwei Wirkstoffherstellern, einzeln oder gemeinsam betrachtet, Arzneimittel beziehen. In den Apotheken führt die Mehrfachvergabe erstmal zu einer schnelleren und besseren Möglichkeit die Patienten mit den Arzneimitteln zu versorgen, weil sie bei Mehrfachvergabe eher schneller die Möglichkeit haben auf ein Ersatzpräparat auszuweichen. Es wird auch insgesamt die Abrechnung erleichtert. Es ist so, dass da wo außerhalb der rabattbegünstigten Präparate Arzneimittel abgegeben werden müssen, das alles dokumentiert, in der Abrechnung angegeben werden muss gegenüber den Krankenkassen zu Kontrollzwecken, sodass wir hier zu einem besseren Verfahren kämen. Wir erwarten, dass bei einer Mehrfachvergabe insgesamt die Mengen an marktverfügbaren Präparaten steigen, sodass auch die Fälle insgesamt abnehmen werden. Das hat auch die Studie des IGES-Instituts belegt, dass das anhand der Nichtverfügbarkeitskennzeichen, die die Apotheken übermitteln, feststellbar ist, dass bei der Einfachvergabe, Exklusivvergabe, die Zahl der Nichtverfügbarkeiten drei- bis viermal höher liegt als bei einer Mehrfachvergabe.

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Zunächst ein Hinweis: Wir reden hier über Lieferengpässe in Zusammenhang mit Rabattverträgen. Mir ist sehr wichtig darauf hinzuweisen, weil ich da mehrfach attackiert wurde, dass Lieferengpässe natürlich ein ernsthaftes Problem sind, aber die Rabattverträge sind nicht die Ursache für Lieferengpässe. Darüber reden wir jetzt hier ganz speziell. Die ganzen Änderungsregelungsmöglichkeiten zielen auch gar nicht auf den Bereich, wo wir die größten Schwierigkeiten haben, nämlich auf den stationären Bereich, aber wir reden hier über Rabattverträge. Das verpflichtende Mehrpartnermodell ist aus

unserer Sicht keine Lösung, um etwas besser zu machen, sondern ganz im Gegenteil. Es gibt in der Tat bei uns, Herr Dr. Thormählen, ungefähr 30 Prozent Mehrfachvergaben. Das hat insbesondere etwas damit zu tun, dass die Angebotssituation oft so ist, dass ein Hersteller, der auf Tabletten ein Angebot macht, bei Saft oder bei Tropfen oder Pflaster kein Angebot hat und deswegen muss man das Los auch auf einen anderen Hersteller zuschneiden. Aber im Wesentlichen ist das Exklusivmodell außerordentlich sinnvoll und wirkungssicher insbesondere in Bezug auf Versorgungssicherheit, weil wir damit für den Anbieter eine sehr gut kalkulierbare Situation schaffen. Also der, der einen Exklusivvertrag, einen Zuschlag bekommen hat, der weiß, welche Mengen er kalkulieren muss. Er ist vertraglich daran gebunden, dass er liefert, mit Konventionalstrafen und allem was dazugehört. Wenn er nicht liefert, auch Meldepflichten sind in den Verträgen natürlich sehr viel konkreter formuliert als das generell der Fall ist. Der Anbieter kann sehr genau kalkulieren. Er weiß für die zwei Jahre, für die er den Zuschlag bekommen hat, welche Menge er liefern muss und das ist eine hohe Sicherheit für ihn und führt im Übrigen nicht zu Monopolen, sondern ganz im Gegenteil, wir haben sehr viele Lose mit verschiedenen Anbietern. Es führt dazu, dass die kleinen und mittleren Unternehmen sich sehr viel besser behaupten können als große das können. Wenn wir Mehrfachvergaben haben, haben wir wieder die Situation, die wir früher schon hatten. Ich sage mal Ratiopharm, da kennt jeder die Zwillinge, die in der Apotheke den Umsatz gemacht haben. Wir haben bei Mehrfachvergaben das Problem, dass einer der Drei oder Zwei, wie auch immer, auf jeden Fall der Potentere kann in der Apotheke mit entsprechenden Vereinbarungen seine Produkte platzieren und der andere guckt in die Röhre. Wir sehen das auch da, wo wir Mehrfachvergaben haben, dass regional sehr unterschiedliche Marktanteile bedient werden. Also für den Hersteller, für den Anbieter, für den pharmazeutischen Unternehmer ist ein Exklusivvertrag auf jeden Fall eine sehr viel kalkulierbare Sache. Dass wir bei den verpflichtenden Mehrpartnermodellen erhebliche Einsparverluste hinnehmen müssten, sei hier nur am Rande erwähnt.



Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Wie bewerten Sie die Maßnahmen, die wir in unseren Änderungsanträgen vorgesehen haben, um Lieferengpässe zu vermeiden?

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Wir bewerten die Maßnahmen sehr positiv, wir begrüßen sie, weil das Problem der Lieferengpässe, wie schon angemerkt, in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Die Patienten sind zunehmend betroffen und die Apotheken sind in ihrer Arbeit erheblich belastet mit den Lieferengpässen. Deswegen ist es dringend notwendig hier einzugreifen. Vielleicht ein paar Zahlen zu der Entwicklung: Wir hatten im Jahr 2017 4,7 Millionen Packungen, die als Nichtverfügbarkeit in der Abrechnung gekennzeichnet wurden. Die Zahl ist gestiegen auf 9,3 Millionen Packungen im Jahr 2018. Das sind 1,4 Prozent der Abgabefälle. Im Jahr 2019 ist das weiter gestiegen. Wir haben schon im ersten Halbjahr 2019 2,2 Prozent der Fälle von Nichtverfügbarkeit. Das heißt also in der Praxis: Jede 50. Arzneimittelpackung stellt die Apotheke und die Patienten vor ein Versorgungsproblem, das in aller Regel bewältigt wird, aber natürlich entsprechenden Mehraufwand zur Folge hat. Deswegen begrüßen wir insgesamt die Regelung des Vorhabens, so wie Sie die vorgesehen haben. Wir haben ein bisschen Änderungsbedarf bei § 129 Absatz 4c, da ist die Regelung aus unserer Sicht zu restriktiv geraten. Aber danach haben Sie nicht konkret gefragt. Ich kann aber gern noch mehr Stellung zu nehmen, wenn Sie möchten.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels. Wie bewerten Sie den Vorschlag grundsätzlich die Lagerhaltung für den ambulanten Bereich zu erweitern? Mit der Bitte um eine kurze Antwort, weil wir noch ein paar andere Frage stellen müssen.

SV **Thomas Porstner** (PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.): Den Vorschlag, die Lagertiefe grundsätzlich zu erweitern, befürworten wir auf gar keinen Fall. Wir halten von diesem Vorschlag nichts, um es ganz kurz zu ma-

chen. Eine etwas längere Antwort mit einer Präambel: Erstens gibt es ein fehlendes Verständnis für die Funktion des Großhandels. Wir kaufen, um zu verkaufen. Wir lagern nicht. Wir bevorraten nicht. Wir haben auch keine Vorratshaltungsverpflichtung über den § 52b AMG, sondern wir haben eine Vorhalteverpflichtung. Das heißt, unsere Prozesse der Beschaffung in den Lieferbeziehungen mit der pharmazeutischen Industrie sind so ausgerichtet, dass wir den gesetzlichen Zweiwochenbedarf, in dem die Apotheken mit den Unternehmen in Vertragsbeziehungen stehen, erfüllen können. Eine Erhöhung würde bedeuten, dass wir diese Lieferbeziehung mit den pharmazeutischen Unternehmer auf vier Wochen erweitern müssten. Das heißt per se, auch in der Kommentarliteratur gibt es keine Lagerhaltungsverpflichtung in dem von Ihnen erwähntem Sinne. Die Auswirkungen wären fatal. Um juristisch zu antworten: Sie wären weder geeignet Lieferengpässe zu verhindern oder zu vermeiden und sie sind auch für den pharmazeutischen Großhandel nicht zumutbar, da sie mit erheblichen Kostensteigerungen verbunden wären, da die Lager erst geschaffen werden müssten. Sie würden zu erheblichen Kapitalbindungen führen und damit auch zu erheblichen Kostensteigerungen in der Arzneimittelversorgung führen und drittens, sie sind auch nicht angemessen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Gemeinsamen Bundesausschuss und an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Wir planen für die Arzneimittel der sogenannten ATMP [Arzneimittel für neuartige Therapien] regelhaft AMNOG-Verfahren durchzuführen. Mich würde interessieren, ob es für alle ATMPs gelten soll oder gibt es da auch Produkte, für die wir zu einem anderen Verfahren kommen sollten?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Grundsätzlich begrüßen wir die Regelung. Wir hatten auch beim Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung schon darüber diskutiert. Nach meiner Einschätzung, Herr Abg. Hennrich, ist die Differenzierung im Gesetz bereits angelegt. Wir haben im Gesetz ausdrücklich die Bezugnahme auf § 4 Absatz 9 AMG. Das heißt, das sind europaweit zugelassene ATMPs, die im Bewertungs- und Zulassungsverfahren bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur einschließlich der



für die Anwendung notwendigen ärztlichen Leistungen, einem arzneimittelrechtlichen Prüfungsverfahren unterworfen worden sind. Für diese ATMPs eignet sich auch das AMNOG-Verfahren. Nicht eingeschlossen sind nach dem Gesetzeswortlaut die 4b-Gestattungen, die ausdrücklich einen Sonderstatus genießen, die vom Paul-Ehrlich-Institut ausgesprochen werden. Das sind Fälle schwächerer Evidenz, die einem AMNOG-Verfahren nicht standhalten könnten. Es gibt drittens die Möglichkeit, auf die allgemeine Geringfügigkeitsklausel, also keine Dossier-Einreichung unter einer Million Jahresumsatz zurückzugreifen, sodass ich glaube, dass der Regelungsgehalt der Vorschrift jetzt die Fälle, in denen eine sachgerechte Nutzenbewertung objektiv nicht möglich ist, von vornherein ausschließt. Deshalb sehen wir die Regelung insgesamt als gelungen und zielgerichtet an, damit Patienten, unabhängig davon, ob das eine Methode ist oder nicht, ab Tag eins des in Verkehrbringens unter konditionierten Bedingungen über § 136a AMG ein Versorgungs- und ein entsprechender Vergütungsanspruch für die Leistung zur Verfügung steht. Im NUP [Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden]-Verfahren wäre das nicht der Fall. Die Probleme haben wir ja hier mehrfach erörtert.

**SV Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Man kann das über das andere Verfahren machen. Gleichzeitig ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die ATMPs sehr unterschiedliche, sehr differenzierte Therapien sind, die nicht alle über einen Kamm geschert werden können. Also man muss da sehr genau auf die Einzelfälle achten und „one size fits nicht all“. Hier auf keinen Fall.

**Abg. Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Es geht nochmal um die verpflichtende Mehrfachvergabe im Rahmen von Rabattverträgen. Halten Sie das für eine sinnvolle Maßnahme um Lieferengpässe vorzubeugen, oder was wären die Folgen für die durch Rabattverträge erzielten Einsparungen?

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es ist mehrfach erwähnt worden, dass dieser Zusammenhang, dass durch eine Mehrfachvergabe Lieferengpässe verhindert werden, unterstellt, dass es einen

Zusammenhang zwischen Engpässen und Rabattverträgen gibt. Das lehnen wir ausdrücklich ab. Das ist auch schon gesagt worden. Es ist auch erwähnt worden, dass Rabattverträge gerade nicht zu einer Abhängigkeit des Marktes von nur einem Anbieter führen. Man muss klarstellen, dass es in der GKV keine systemweiten Ausschreibungen gibt. Es ist nicht so, dass der GKV-Spitzenverband die gesamte Arzneimittelversorgung für alle gesetzlich Versicherten ausschreibt, sondern es sind einzelne Krankenkassen oder Verbünde von Kassen, die jeweils eigene Verträge ausschreiben und gegebenenfalls noch regional, in unterschiedliche Lose aufteilen. Insofern gehen wir davon aus, dass es gerade zum Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung gehört und auch dazu führt, dass wir hier die entsprechenden Rahmenbedingungen und eine große Vielfalt an Anbietern haben. Wir haben zudem, das ist auch nochmal wichtig zu erwähnen, was die Wirkungen der Rabattverträge angeht, in 2018 eine Senkung der Arzneimittelausgaben um 4,5 Milliarden Euro gehabt. Das ist für die GKV sehr erfreulich. Das erklärt aber auch, warum einige von der anderen Seite das so kritisch sehen und versuchen mit den Arzneimittelengpässen an der Stelle Front gegen solche Rabattverträge zu machen. Eine verpflichtende Vorgabe von Mehrfachvergaben würde dazu führen, dass Wettbewerbsanreize für die pharmazeutische Industrie abgeschwächt würden und es kämen dann sicherlich auch solche zum Zuge, die nur geringere Rabattsätze anbieten würden. Dass würde gleichzeitig den Anreiz senken, substantielle Rabatte anzubieten. Das heißt aber für die GKV, dass die Konsequenz wäre, es geringere Einsparungen gibt, die sich in den Finanzen der Kassen niederschlagen werden. Wir sind, das ist auch schon erwähnt worden, zusätzlich daran interessiert, dass Rabattverträge nicht nur zu einer Kostensenkung führen, sondern auch der festen Überzeugung, dass es für die Unternehmen auch bedeutet, dass sie Absatzmengen vorab planen und auch Produktionskapazitäten optimal auslasten können. Es würde diese Planbarkeit beeinträchtigen, wenn wir jetzt zwingende Mehrfachvergaben hätten.

**Abg. Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband und an die AdkÄ. In der aktuellen Diskussion finden sich zum Teil widersprüchliche Aussagen bezüglich der Versorgungslage und es gibt große Unklarheiten über





die Verfügbarkeit von verschiedenen Arzneimitteln. Häufig sind bestimmte Arzneimittel auch dann nicht verfügbar, wenn kein Lieferengpass beim BfArM gemeldet ist. Könnte ein Überwachungssystem, das neben der Produktion auch Lagerbestände bei pharmazeutischen Unternehmen; Großhändlern und Apothekern erfasst und diese Daten an die zuständige Bundesoberbehörde meldet, die Markttransparenz erhöht und dazu beitragen Lieferengpässe möglichst frühzeitig zu erkennen?

**SV Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Also ganz eindeutig: Ja. Wir brauchen eine solche, unserer Auffassung nach, umfassende und auch kurzfristige bereitstehende Datengrundlage. Nur damit können wir die Situation zu Lieferengpässen von Arzneimitteln bewerten. Wir haben eine erhebliche Menge an verfügbaren Arzneimitteln, die in den Apotheken lagern, logischerweise, aber nur im Bedarfsfall für einzelne Arzneimittel auf den pharmazeutischen Unternehmer zuzugehen und dem Großhandel Daten abzufragen, ist unserer Auffassung nach nicht ausreichend. Wir brauchen verpflichtende Meldungen, nicht nur im Falle von drohenden Lieferengpässen, sondern auch damit wir es abschätzen können, müssen wir den gesamten Prozess besser abbilden. Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass der G-BA hier eine wichtige Rolle spielen kann, wenn es darum geht, einen Überblick zu gewinnen, insbesondere was passiert, wenn tatsächlich irgendwo etwas fehlt, Strategien im Umgang mit Verfügbarkeitsengpässen zu entwickeln, weil der G-BA dann gleich die Möglichkeit hat, mögliche Versorgungsalternativen zu benennen, die uns in der Versorgung ein Stück nach vorne bringen können.

**SV Prof. Dr. Frank Dörje** (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA)): Erstmalig kommentiert hier in dem Kontext jemand aus dem Klinikbereich. In der Tat haben wir ein ernstzunehmendes Problem, das wir adressieren müssen. Ich bin dankbar für die Aktivität der Regierungskoalition an dieser Stelle. Um auf die Frage zu antworten: Wir brauchen eine Meldepflicht für versorgungskritische und versorgungsrelevante Arzneimittel. Davon sind wir hundertprozentig überzeugt. Wir sind gut zusammen unterwegs im

Jour fixe des BfArM, die Einrichtung dieses Beirates halte ich übrigens, besser als den G-BA, für das geeignete Gremium, um Versorgungsengpässe von Arzneimitteln in der Bundesrepublik Deutschland zu adressieren. Ganz klar, wir sind da unterwegs und wollen noch besser unterwegs sein. Ich darf ergänzen. Neben der Meldepflicht würden wir auch eine gewisse Lagerhaltungsverpflichtung für die Kollegen aus der Industrie vorsehen. Wenn man die Papiere, die wir gemeinsam gut gelesen und entwickelt haben, hier nochmal anführen darf, dann haben wir im Krankenhausbereich zur Praxis des guten Einkaufs ein Konsenspapier erstellt und in diesem heißt es, Sicherheit muss auch etwas wert sein. Ich glaube, die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat das auch noch einmal unterstrichen. Wir im Krankenhaus haben verstanden, wir werden umsteuern, wir werden Lagerhaltungsverpflichtungen für alle wahrnehmen und wir werden auch für mehr Liefersicherheit mehr Vergütung gewähren wollen. Denn am Ende geht es um Patienten, die schwer krank sind und wenn man ins Regal greift und ein Cytarabin für eine Myelom-Behandlung nicht da ist, wird es sehr schwierig. Insofern müssen sich jetzt alle Beteiligten sehr anstrengen.

**Abg. Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Knieps, vom BKK-Dachverband. Ein Grund für Lieferengpässe ist die Konzentration der Wirkstoffhersteller auf wenige Produzenten. In der Regel findet die Produktion der Vorprodukte in China oder Indien statt. Welche Rolle spielen die deutschen Rabattverträge für diese Art der globalen Konzentration?

**SV Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK-DV)): Ich antworte mal provokativ. Eine geringere Rolle als die Erderwärmung und die Klimaveränderungen. Wenn wir uns genauer ansehen, auf was Engpässe bei den rabattierten Arzneimitteln zurückzuführen sind, war es zum einen bei Ibuprofen der Ausfall einer Herstellungsanlage in den USA in Folge eines Hurrikans. Beim zweiten Fall, wo es in der Versorgung besonders relevant wurde, waren es die Sartane. Da sind die Mängel darauf zurückzuführen, dass es eine Verunreinigung der Naturstoffe gegeben hat. Ich verweise auf Erhebungen meiner Kollegen Martin Litsch und Dr. Thormälen, der Anteil der rabattierten Arzneimittel an den fehlenden Arzneimitteln liegt zwischen 1,9 und 2,8 Prozent.



Hier wird quasi ein Instrument aus ökonomischen Gründen geprügelt, dass in der Ursache ganz hinten steht.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband, an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Ludwig und an ver.di. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Apotheke nach Ablauf von 24 Stunden ein lieferbares Arzneimittel abgeben darf, wenn ein rabattiertes Arzneimittel nicht lieferbar sein sollte. Wie beurteilen Sie diese Regelung und gibt es aus Ihrer Sicht Nachbesserungsbedarf?

Sve **Petra Fuhrmann** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Es ist momentan tatsächlich der Fall. Wenn es zum Austausch eines Medikaments kommen kann bzw. muss, weil es einen Lieferengpass in dem Bereich gibt, kann das zu erheblichen Verunsicherungen bei Verbrauchern führen. Diese haben dann wirklich Angst, dass das Medikament nicht mehr kommt und sie immer wieder nachfragen, wann die Lieferung möglich ist. Dementsprechend ist es wichtig, dass relativ kurzfristig ausgetauscht werden kann. Für uns ist außerdem noch wichtig, dass es nicht zu Mehrkosten für Verbraucherinnen und Verbraucher führen darf, wenn das Medikament ausgetauscht wird. Das ist für uns ein ganz relevanter Punkt. Es darf nicht nur keine Verzögerungen in der Versorgung geben, sondern es dürfen auch keine Mehrkosten entstehen.

ESV **Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig**: Wir haben uns dazu schriftlich klar geäußert. Eine erleichterte Austauschbarkeit, wenn ein Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, ist unbedingt zu befürworten. Die Frist von 24 Stunden ist, glaube ich, von einem Nichtmediziner in den Entwurf genommen worden, denn es gibt es durchaus Medikamente mit einer kurzen Halbwertszeit, wo man nicht 24 Stunden warten sollte. Außerdem ist es auch eine psychologische Belastung, wenn man auf ein Medikament, was der Arzt einem anpreist, was sehr wichtig ist für die Gesundheit, 24 Stunden warten soll. Deswegen halte ich diese Frist von 24 Stunden für nicht gerechtfertigt. Ich glaube, das war die zweite Frage. Oder hatten Sie auch zu den

wirtschaftlichen Aspekten gefragt? Wenn ich darf, möchte ich einen ganz kurzen Satz zur Diskussion um Rabattverträge sagen. Wir wissen alle, dass Lieferengpässe multifaktorielle Ursachen haben. Dass hier unterschiedliche Interessenvertreter, unterschiedliche Ursachen benennen, ist nachvollziehbar. Am Ende steht aber der Patient und der Mediziner, der in einer Situation, und ich habe das in der klinischen Tätigkeit in der Onkologie wiederholt erlebt, entsprechende Arzneimittel nicht hat. Ich persönlich bin absolut, und ich habe es sehr deutlich gesagt, ein Verfechter dieser Rabattverträge. Ich denke aber, dass man in gewissen Situationen bei Medikamenten, die wirklich versorgungsrelevant sind, wir haben hier sehr undifferenziert von Medikamenten allgemein gesprochen, wir müssen schon differenzieren, welche Medikamente sind unersetzlich für die Patienten und bei welchen Medikamenten haben wir therapeutische Alternativen. Bei den versorgungsrelevanten Medikamenten, wir haben es im Krankenhaus häufig erlebt, Prof. Dr. Dörje hat es angesprochen, ist es extrem wichtig, dass diese Situationen vermieden werden. Sie können nicht einem Tumorkranken, ich habe das hier vor zwei Jahren schon mal im Ausschuss gesagt, sagen, das Medikament ist nicht vorrätig, damals war es Melphalan, kommen Sie in vier Wochen wieder, dann bekommen Sie Ihre Stammzellentransplantation. Vor diesem Hintergrund müssen wir diese Probleme angehen. Für mich ist die Position des Großhandels vollkommen unverständlich. Wir haben einen Paragraphen im AMG, § 52b, da steht klipp und klar drin, welche Pflichten bestehen, ob es nun Lagerhaltung oder eine zeitgerechte Lieferung ist, ist mir relativ egal. Ich möchte, dass der Patient ein Medikament in der Situation, in der er es braucht, bekommen kann. Das hat in der Vergangenheit nicht funktioniert und folglich müssen wir uns überlegen, wie wir diese Fehler abstellen, damit unsere Patienten nicht noch mehr Schaden nehmen. Von daher denke ich, sollten wir nicht gegenseitig sagen: „Du hast Schuld, weil du gegen Rabattverträge bist.“, sondern wir sollten uns überlegen, wie wir dieses Problem in den Griff bekommen. Jeder hier im Saal weiß, dass wir die Produktion der Arzneimittel aus Asien auf absehbare Zeit nicht zurück nach Europa bekommen. Von daher muss jeder auch seinen Teil dazu beitragen, dass wir dieses Problem besser lösen als in den letzten sechs oder sieben Jahren.



Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich an Herrn Bretthauer von Pro Generika, an Herrn Dr. Cranz vom Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller und an Herrn Dr. Joachimsen vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Die AfD schlägt in ihrem Antrag vor, die Rabattverträge dahingehend zu ändern, dass Zuschläge grundsätzlich auf mindestens zwei unterschiedliche Anbieter verteilt werden, von denen mindestens einer sowohl Wirkstoff als auch Fertigarzneimittel innerhalb der EU fertigt oder fertigen lässt. Was halten Sie von diesem Vorschlag?

SV **Bork Bretthauer** (Pro Generika e. V.): Ich glaube die Ursachen von Engpässen hat die Food and Drug Administration ganz gut auf den Punkt gebracht. Es gibt zwei wesentliche Knackpunkte: Das eine ist eine fehlende Grundfinanzierung der Grundversorgung und das andere ist eine daraus folgende Marktverengung. Also wenige Unternehmen stellen immer mehr Versorgung sicher. Deswegen halten wir die Idee, solange man an Rabattverträgen festhält, für absolut sinnvoll, die Versorgung und den Versorgungsauftrag auf mehrere Unternehmen zu verteilen. Mehrere Unternehmen in der Versorgung bedeuten mehrere Produktionskapazitäten in der Versorgung, bedeuten mehr Bevorratung, mehr Lagerhaltung in der Versorgung. Wir finden es über alle Maße sinnvoll, wo immer möglich, auch wenn es mehrere Unternehmen sind, die in der Versorgung beteiligt sind, zu schauen, dass jeweils andere Wirkstoffquellen hinter diesen Unternehmen stehen, damit nicht genau dieser Fall eintritt, dass, wenn ein Unternehmen ausfällt, die anderen nicht einspringen können. Das halten wir für absolut sinnvoll und wichtig. Letzter Punkt dazu: Wir glauben auch, das wird sicher nicht so trivial, zu sagen, da wo europäische Wirkstoffproduktion ist, soll die in zusätzlichen Rabattverträgen abgebildet werden. Aber wenn man einen Anreiz setzen möchte oder man möchte, dass wir Wirkstoffherstellung in Europa für wertvoll halten und wichtig halten, sollte man versuchen, diesen Weg zu gehen.

SV **Dr. Hubertus Cranz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Aus unserer Sicht ist es erst einmal wichtig festzuhalten, dass die Hersteller ein großes Interesse haben, die Produkte auf den Markt zu bringen und vor diesem Hinter-

grund natürlich auch alle Arten von Initiativen unterstützt werden, die mehr Herstellern auch die Möglichkeit geben, die Produkte zu vermarkten. Zwei ist besser als eins; wir würden lieber drei sehen, aber die Richtung des Gedankenganges ist sicherlich richtig. Eine Rückverlagerung von Herstellungskapazitäten in die EU ist sicherlich kein einfaches Unterfangen. Aus unserer Sicht ist am wichtigsten, dass erst einmal die Herstellungskapazitäten, die wir im Augenblick haben, gerade auch im biotechnologischen Bereich, in der EU gehalten werden. Wir haben bisher schon konkrete Maßnahmen zum Beispiel im Zusammenhang mit den Open-House-Verträgen für biotechnologisch hergestellte Produkte, wo wir schon jetzt bestimmte europäische Standorte bevorzugen können. Generell meinen wir, dass dieses Thema im Rahmen von zukünftigen Aktionen, zum Beispiel bei der sich anbahnenden europäischen Ratspräsidentschaft Deutschlands eine Rolle spielen könnte und in dem Zusammenhang auch analysiert werden sollte, inwieweit beim EU-Vergaberecht Unterschiede oder Änderungen durchzuführen sind, die letztendlich das erzielen, was wir alle im Auge haben, nämlich eine Stärkung der Wirkstoffherstellung in der EU.

SV **Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Meine Kollegen haben das, glaube ich, ziemlich umfänglich beantwortet. Ich würde vielleicht ergänzen, vier, drei, zwei, eins. Wir schlagen vor, dass es Ausschreibung und Rabattverträge erst gibt, wenn wirklich vier verschiedene Wirkstoffe am Markt sind. Es sollten drei Zuschläge erfolgen, idealerweise an zwei Wirkstoffproduktionsstandorten sollten die hergestellt werden und idealerweise in Europa aus den genannten Gründen. Wir wollen den Standort Europa stärken und das ist geopolitisch von entscheidender Bedeutung und über die Qualität müssen wir sowieso nicht reden an der Stelle.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. bezüglich Patientensicherheit. Wie beurteilen Sie den Vorschlag der AfD-Fraktion, dass von Lieferengpässen betroffene, verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht exportiert werden sollten oder dürfen?



**SV Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Wir halten es grundsätzlich für ein erwägenswertes Instrument, Exportbeschränkungen einzusetzen, vor allem dann, wenn es darum geht sicherzustellen, dass die Arzneimittel, die für den deutschen Markt bestimmt sind, auch im deutschen Markt abgegeben werden können und nicht aus ökonomischen Gründen weiter exportiert werden. Das kann aber sicher nur eine Regelung sein, die im Einzelfall unter Abwägung aller Gesichtspunkte, auch der Abwägung der Versorgungslage insgesamt in Europa, getroffen wird, sodass wir den Ansatz, der jetzt gefunden worden ist, das BfArM mit stärkeren Informationen zu versehen und im Einzelfall Maßnahmen ergreifen zu lassen, durchaus für richtig halten. Eine allgemeine undifferenzierte Exportbeschränkung ist sicher auch aus EU-rechtlichen Gründen nicht möglich.

**Abg. Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Herrn Dr. Joachimsen, und an den Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Herrn Dr. Throm. Wir haben das Thema jetzt schon ein bisschen durchgearbeitet, aber es sind noch nicht alle Sachen geklärt. Die zuständige Bundesoberbehörde soll im Falle eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses geeignete Maßnahmen zu dessen Abwendung oder Abmilderung ergreifen. Was für Maßnahmen könnten das aus Ihrer Sicht sein und sollten die nicht ganz konkret im Gesetz benannt statt eher allgemein gehalten zu werden? Vielleicht können Sie dazu nochmal was sagen.

**SV Dr. Siegfried Throm** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Wir halten es für besser, wenn im Gesetz nicht zu restriktiv Vorgaben gemacht werden, welche Maßnahmen die Bundesoberbehörde ergreifen soll. Wir haben vorhin gehört wie unterschiedlich die Ursachen für Lieferengpässe sein können und von daher halten wir es für besser, man überlässt die Wahlfreiheit der verschiedenen Instrumente, einige sind hier schon zur Sprache gekommen, zum Beispiel erleichterter Import, Exportverbot oder erhöhte Lagerhaltung usw., der Bundesoberbehörde. Wir haben im Jour fix, der vorhin schon sehr positiv erwähnt worden ist, gesehen, dass der Sachverstand bei den

Behörden liegt und diesem Jour fix mit den anderen Beteiligten auch unter Einbeziehung der Länder ganz wertvoll sein kann.

**SV Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Vielleicht in der Ergänzung noch: Es wäre sicherlich hilfreich aufgrund der Komplexität des Produktionsprozesses, dass wir einfach mehr Flexibilität in Hinblick auf die Zulassung auch alternativer Quellen für Hilfsstoffe bekommen, dass man als Produzent im Fall von Produktverkürzung schnell reagieren kann, schneller als das heute der Fall ist. Jede Änderung von Hilfsstoffen beispielsweise zieht eine komplette Veränderung der Dokumentation, Qualitätskontrollen etc. nach sich. Das verzögert die Wiederherstellung der Lieferfähigkeit und somit ist die Versorgungssicherheit schneller in Gefahr.

**Abg. Jörg Schneider** (AfD): An die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Ziegler: Für Pflegepersonal sind die Herausrechnung aus den DRG [Disease Related Groups] und Pflegepersonaluntergrenzen beschlossen, aber nicht für das ganze Krankenhaus. Macht das in der Praxis Probleme und falls ja, welche?

**SV Christian Ziegler** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Nein, das macht keine Probleme. Das ist ein erster Schritt. Wir lehnen die in Ihrem Antrag vorgesehenen Maßnahmen ab, eine Erweiterung auf das gesamte Krankenhauspersonal vorzusehen. Wir sehen das Pflegepersonal als ersten Schritt und legen in Kürze auch ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung vor.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an die BPI, an Herrn Dr. Joachimsen, und betrifft das Thema Resistenzbildung gegen Antibiotika. Das ist ein ernsthaft zu benennendes Problem, das auch vielen Bürgern Ängste bereitet. Es ist in der Vergangenheit bereits mehrfach thematisiert worden. Mögliche Wege eine Resistenzbildung zu vermeiden sind auf der einen Seite ein maßvoller Einsatz und Umgang mit Antibiotika, auf der anderen Seite ist es aber auch wichtig, dass die Forschung und Entwicklung in diesem Bereich gefördert wird. Halten Sie dafür den Ansatz, der nunmehr vorgesehen ist, also die Regelung



zur frühen Nutzenbewertung für sogenannte Reserveantibiotika in einem gewissen Umfang auszusetzen, für sinnvoll und vor allen Dingen auch für ausreichend?

**SV Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Wir begrüßen zunächst mal, dass wir über eine Anerkennung sprechen, was die essentielle Bedeutung der Entwicklung neuer antibiotischer Wirkstoffe betrifft. Wir glauben auch, dass es wichtig ist, dass anerkannt wird, dass die Nutzenbewertung nicht das geeignete Verfahren ist, um die Reserveantibiotika zu bewerten. Es geht dabei nicht um einen Vergleich von verschiedenen Wirkstoffen, genau die liegen nicht vor. Also wir glauben, dass im Prinzip die frühe Nutzenbewertung dazu führen sollte, dass Reserveantibiotika automatisch einen Zusatznutzen zugesprochen bekommen. Das wäre ein erster wichtiger Schritt, aber weiterhin sind natürlich auch Maßnahmen zu überlegen, die das Erforschen von Antibiotika wieder attraktiver gestalten.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den BAH, also an die Arzneimittel-Hersteller. Welche Maßnahmen müssten aus Sicht des BAH unternommen werden, um Lieferengpässe zu reduzieren?

**SV Dr. Hubertus Cranz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Aus unserer Sicht müsste wesentlich mehr als bisher darauf geachtet werden, dass wir ausreichend Ware nach Europa bringen. Die Maßnahmen, die bisher sehr stark ins Auge gefasst werden, betreffen Elemente wie Verfügbarkeit, Lieferkonditionen und letztendlich die Sicherung von ausreichenden Kapazitäten bei der Lagerung. Aus unserer Sicht greifen diese Maßnahmen zu kurz. Letztendlich müsste durch sozialrechtliche Steuerungselemente, wir haben es hier wiederholt diskutiert, für eine Marktsituation gesorgt werden, die es insgesamt attraktiver macht in Europa aktiv zu sein und in Europa als Hersteller Arzneimittel anzubieten. Ohne diese verbesserten Gesamtbedingungen wird es schwierig sein, das Problem anzugehen. Es ist bekanntlich ein komplexes globales Problem und letztendlich stehen wir in Konkurrenz auch mit anderen Teilen der Erde und wenn wir nicht in der Lage sind, Europa als

Investitionsstandort insgesamt attraktiver zu machen, wird es schwierig sein, ausreichende Mengen in Europa verfügbar zu haben.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch die nächste Frage geht wieder an den BPI, an Herrn Dr. Joachimsen und betrifft wieder die Lieferengpässe von Arzneimitteln, die für viele ein Ärgernis darstellen, ein Problem für die Patienten sind und die natürlich behoben werden müssen. Der Gesetzgeber schlägt bestimmte Maßnahmen und Aktivitäten vor, aber welchen Beitrag leistet die Industrie dazu, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gesichert ist?

**SV Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Ich glaube, wir haben heute schon über viele Aspekte geredet, wie die Industrie unterstützen kann und vielleicht an der Stelle nochmal ganz klar der Hinweis: Das ist unser Geschäftsmodell, davon leben wir. Also das ist unser Versorgungsauftrag, dass wir Patienten zeitgerecht in vernünftiger Qualität und ausreichender Menge mit Medikamenten versorgen. Wir haben auch über den Pharmadialog schon einige Maßnahmen etabliert wie beispielsweise den Jour fix mit dem BfArM, wo regelmäßig ausgetauscht wird über die Situation der Lieferengpässe. Wir würden alle davon profitieren, wenn es uns gelänge zu verhindern, dass mehr Produktionsstandorte Europa verlassen. Im Idealfall bekommen wir einige zurück. Wir glauben aber auch, dass die Versorgung der Patienten eine Aufgabe aller Beteiligten ist. Wir müssen da zusammenarbeiten. Die Politik muss entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, dass wir Versorgungssicherheit herstellen können. Krankenkassen, Krankenhäuser haben, glaube ich, auch eine Verantwortung was beispielsweise Einkaufspolitik betrifft, was Erstattungsrahmenbedingungen betrifft. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen in der Herstellung besser planen lernen. Das hilft uns sehr, wenn wir nicht eine On-Off-Situation haben, wo sie vielleicht in einem Rabattvertrag mit nur einem Zuschlag wissen, zwei Jahre sind sie nicht dabei. Sie können dann nicht zwei Jahre ihre Produktionsanlagen still liegen lassen. Sie können auch pharmazeutische Produktionen nicht so schnell wieder reaktivieren. Das sind keine Schrauben, sondern da steht eine relativ komplexe Thematik dahinter, um es hinzu-



bekommen – Regulatorik, Zulassungsdokumente, Aufsichtsbehörden, internationale Aufsichtsbehörden, die sich die Produktion anschauen und Inspektionen durchführen müssen. Das ist alles sehr aufwendig. Wir brauchen einfach mehr Verständnis wie Pharmaproduktion funktioniert und natürlich auch eine gute Zusammenarbeit mit dem Großhandel und den Apothekern, dass wir gemeinsam frühzeitig vernetzt planen, dass wir immer genügend Ware haben.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht wieder an den BAH. Mich würde nochmal interessieren, was passieren muss, um genügend Anreize zu schaffen für die Entwicklung von Reserveantibiotika. Sie haben es schon gesagt, es müssen Anreize da sein. Aber ganz konkret: Was muss passieren, damit mehr geforscht wird?

SV **Dr. Hubertus Cranz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)): Ganz konkret: Die Vorschläge, die im Augenblick gemacht worden sind, gehen in die richtige Richtung. Problem ist aus unserer Sicht, dass es eine zeitlich zu sehr begrenzte Maßnahme sein kann. Für uns ist ganz wichtig, dass dieser Zusatznutzen letztendlich nicht zeitlich beschränkt ist. Um wirklich Fortschritte zu machen, muss man die Zahl an forschenden Firmen erhöhen. Wir haben eine erhebliche Reduktion der Zahl an forschenden Firmen in diesem Bereich. Durch Klarstellung der Marktbedingungen insbesondere im Zusammenhang mit dem Zusatznutzen ohne zeitliche Begrenzung, kann die Situation verbessert werden. Im Bereich der Festbeiträge sehen wir die Möglichkeit, dass bestehende Regelungen weiterentwickelt werden können und dass vor allen Dingen die Begrenzung auf bestimmte Gruppen in dieser Art nicht durchgeführt werden sollte und zusätzliche Lockerungen in das Gesetz eingebracht werden sollten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Bretthauer von Pro Generika. Herr Bretthauer, wir haben heute mehrfach gehört, dass Rabattverträge angeblich nur den kleinsten Anteil an Lieferengpässen hätten. Ich möchte Sie bitten uns kurz darzustellen, wie Sie das sehen und welchen Einfluss Ihrer Einschätzung nach Rabattverträge auf die Anbietervielfalt haben.

SV **Bork Bretthauer** (Pro Generika e. V.): Ich darf erinnern, wir haben auch das große Wort „Schuld“ mehrfach gehört und ich glaube, dass wir vielleicht dieses große Wort hinter uns lassen sollten. Da würde ich gerne mit Prof. Dr. Ludwigs sagen: Im Grunde geht es hier im Kern darum, wie organisieren wir Versorgung. Prof. Dr. Dörje hat auch darauf hingewiesen, wir haben seit Jahren eine Engpassdebatte in Deutschland und ich glaube, man kann jetzt nicht mehr sagen, es gibt das Problem schlicht nicht. Ich glaube, diesen Status sollten wir gemeinsam hinter uns gelassen haben. Lassen Sie mich das zum Anfang bitte sagen. Das Problem ist da, die Zahlen sind da, Sie fragen nach Zahlen. Herr Dr. Schmitz von der ABDA hat sie genannt, die Zahlen aus dem letzten Jahr. Das IGES Institut hat eine Analyse vorgelegt, dass wir namentlich auch bei Exklusivvergaben für 20 oder 30 Prozent und mehr Nichtverfügbarkeiten haben und dass natürlich auch zu einer steigenden Marktkonzentration führt. Es geht also um Handeln und Herr Prof. Dr. Dörje hat auch darauf hingewiesen, und das will ich ganz kurz erwähnen dürfen, wir haben im Kliniksektor mit dem Jour fixe ein tolles Instrument, mit tollen Verabredungen, die man jetzt ambulant ausrollen sollte, nämlich mehr Unternehmen an der Versorgung beteiligen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an Prof. Hecken vom G-BA. Halten Sie es für nötig den § 53a SGB V zu konkretisieren bezüglich der Möglichkeit des G-BA eine anwendungsbegleitende Datenerhebung zu fordern?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ja, wir halten es für erforderlich. Wir haben im § 136a SGB V heute die Möglichkeit bei ATMPs ab Tag des Markteintrittes eine anwendungsbegleitende Datenerhebung und Sicherheitsvorkehrungen zu fordern und auch festzusetzen. Wir sehen aber jetzt zum Beispiel am Fall Zolgensma und der Diskussion um das Härtefallprogramm, dass es möglicherweise bei Nicht-ATMPs bei Zulassung unter besonderen Umständen auch eine Notwendigkeit der Registererfassung ab dem ersten Tag geben könnte. Deshalb regen wir an, dass die Möglichkeit, die § 136a SGB V für die ATMPs gegeben worden ist, auch auf den § 35a SGB V auf die Nutzenbewertung von Nicht-ATMPs übertragen wird.



Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Fix von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Kurze Frage, die Antwort muss nicht gar so kurz sein: Was sagen Sie zur Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderungsrente aus dem Morbi-RSA?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir lehnen die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen ab. Der Beirat zum RSA hatte darauf hingewiesen, dass die Erwerbsminderungsgruppen nicht gestrichen werden sollten, weil es zu Unterdeckungen von bis zu 1 100 Euro kommen kann. Für chronisch kranke, junge Erwerbsminderungsrentner liegen diese Abschläge sogar noch höher. Daher befürworten wir eine Weiterentwicklung der Erwerbsminderungsgruppen und zwar so, wie der Beirat es vorgesehen hat, nämlich indem die Erwerbsminderungsgruppen genutzt werden sollten für eine Schweregradifferenzierung bei den Morbiditäten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine vermutlich letzte Frage geht an Frau Gierschik vom Sozialverband VdK. Löst die Einführung einer Vorsorgepauschale das Problem, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland unterentwickelt sind?

Sve **Hannah Gierschik** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Aus unserer Sicht löst die Vorsorgepauschale nicht das Grundproblem der Prävention, denn Vorsorgeuntersuchungen sind keine primäre Prävention. Die Krankenkassen argumentieren immer wieder, sie würden nicht in Prävention investieren, weil sie sich nicht sicher sein könnten von den Folgen zu profitieren. Nach unserer Auffassung ist die Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im Kassenwettbewerb falsch verortet ist. Die Kassen nutzen Yoga-kurse und ähnliches zur Mitgliederwerbung und nicht zur Gesundheitsförderung. Gerade ältere und sozial schwache Menschen werden von diesen Angeboten gar nicht erreicht.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Dann geht meine jetzt letzte Frage an Herrn Porstner von PHAGRO. Inwiefern halten Sie die vorgeschlagenen Regelungen zur Verhinderung von Lieferengpässen für wirksam?

SV **Thomas Porstner** (PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.): Ich mache es kurz: Hinsichtlich der Vermeidung von Lieferengpässen halte ich die großhandelsbezogenen Maßnahmen für keine Lieferengpässe vermeidenden Maßnahmen. Ich halte sie höchstens für risikominimierende Maßnahmen, insbesondere was den Punkt Transparenz im Einzelfall hinsichtlich der Bestandsdaten und der Absatzdaten auch auf Seiten des pharmazeutischen Großhandels angeht.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht auch an Herrn Porstner von PHAGRO. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass der PHAGRO bereits heute innerhalb des Jour fixe des BfArM auf Anforderungen im Einzelfall unverzüglich Informationen über Lagerbestände und von Lieferengpässen betroffene Arzneimittel meldet. Sehen Sie einen wesentlichen Unterschied zu dieser Vorgehensweise im Jour fixe im Vergleich zu dem Gesetzentwurf bzw. in den Änderungsanträgen vorgesehenen Meldepflicht?

SV **Thomas Porstner** (PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.): Wir sehen schon einen Unterschied und zwar wird es eine verpflichtende Meldung geben. Bisher beruht es auf Freiwilligkeit, der wir auch stets nachgekommen sind. Es gibt ein Agreement im Rahmen des Jour fixe auch im Rahmen der Zusammenarbeit sehr konkret und sehr spontan diesen Meldungen nachzukommen. Ich berichte nur darüber, dass am letzten Freitagnachmittag bzw. -abend das BfArM eine Abfrage hinsichtlich der Verfügbarkeit von Propofol an uns gesandt hat, die wir jetzt auch unverzüglich beantwortet haben, ohne dass wir einer Verpflichtung unterliegen. Unsere Unternehmen unternehmen selbst am Wochenende und zu den Zeiten vor Weihnachten, die Hauptlieferzeiten sind, erhebliche Anstrengungen, diesen Verpflichtungen oder dieser Meldung nachzukommen. Insbesondere muss ich sagen, dass wir hinsichtlich



des Vorschlags der Koalitionsfraktionen Wert darauf legen, dass das wie die im Jour fixe geübte Praxis eine einzelfallbezogene Meldemaßnahme ist, die zu einer einzelfallbezogenen Analyse der Liefer- und Versorgungssituation und zu der Frage, inwieweit man dem abhelfen kann, führt, aber nicht eine pauschale Meldung über sämtliche Warenbestände und Abgabemengen für den gesamten Warenbestand, denn das ist insbesondere was den pharmazeutischen Großhandel angeht, Kern des Betriebs- und Geschäftsgeheimnisses und somit ein erheblicher Eingriff in den Gewerbebetrieb des pharmazeutischen Großhandels.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Wäre es wünschenswert eine kontinuierliche Bereitstellung von Daten zur Nichtlieferbarkeit von Arzneimitteln an ein zentrales Register, angesiedelt beim BfArM, zu erreichen, damit alle Unterlieferungen erfasst würden und ein Art Frühwarnsystem entstünde?

**SV Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband):** Aus unsere Sicht geht die im Änderungsantrag vorgesehene Neuregelung in die richtige Richtung, dürfte aber nicht ausreichend sein, um zielgerichtete Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen zu ergreifen. Die Regelung sieht vor, dass Informationen lediglich im Bedarfsfall für einzelne Arzneimittel und lediglich auf der Ebene der pharmazeutischen Unternehmen und des Großhandels abgefragt werden. Wenn man eine Frühinformation oder ein Frühwarnsystem haben wollte, müsste auch die Verfügbarkeit vor Ort bei den Apotheken abgefragt werden, damit man das frühzeitig mitbekommt. Nur so kann man feststellen, dass es für die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor Ort möglicherweise Probleme gibt. Wir haben im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung mit den Apothekerverbänden bereits Regelungen für den Fall geschaffen, dass die Apotheken aufgrund einer Nichtverfügbarkeit das nach den Abgaberegeln auszuwählende Arzneimittel nicht abgeben können. Dazu gibt es auch Anforderungen an die Dokumentation. Das ist vereinbart, das heißt, es gibt Regelungen und es wäre auch kein großes Problem, wenn diese Dokumentation weitergeleitet und zentral gebündelt würde. Dann hätte man ein umfassendes Bild. Da würde sicherlich das BfArM

als Bundesoberbehörde in Frage kommen, weil die gleich entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Wenn man jetzt noch die Digitalisierung im Hinterkopf hat, könnte das auch im Hintergrund laufen, sodass das auch keine zusätzlichen großen Aufwände sind. Dieses bräuchte man analog als Meldepflichten des Großhandels und der pharmazeutischen Unternehmer. Das würde auch ermöglichen, dass man bereits im Vorfeld Engpässe erkennen kann und darüber hinaus wären auch die Anreize, die ein solches Meldesystem mit sich bringen würde, von Vorteil. Dann hätten wir zumindest die Erwartung, dass sich auch der pharmazeutische Großhandel verstärkt auf die Verfügbarkeit konzentrieren würde und es würde, das am Rande, schnell deutlich werden, dass die Lieferengpässe nichts mit den Rabattverträgen zu tun haben.

**Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine nächste Frage richtet sich sowohl an Herrn Litsch vom AOK Bundesverband als auch an Herrn Throm vom vfa. Führen die Maßnahmen des Änderungsantrags 5 zum gesetzlichen Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung aus Ihrer Sicht dazu, dass Impfquoten erhöht werden können und wenn ja, wie?

**SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)):** Ganz sicher erleichtert die geplante Regelung die praktische Umsetzung und führt über Stufen auch zu einer Verbesserung der Durchimpfungsraten. Es ist vielleicht nicht der Durchbruch, aber ein Schritt in die richtige Richtung.

**SV Dr. Siegfried Throm (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)):** Wir halten diese Regelung für absolut kontraproduktiv. Sie ist weder zielführend noch praktikabel und auch rechtlich problematisch. Wir haben das Kostenerstattungsprinzip und es wäre eine extrem aufwändige Einzelrabattabrechnung mit jedem Patienten notwendig oder bei aggregierter Abrechnung eine flächendeckende Impfstoffvereinbarung. Das ist ein Riesenaufwand. Das kann nicht sein, es handelt sich um freiwillige Satzungsleistungen. Wenn die Krankenkassen wirklich finanziell in Notlagen sind, müssen sie diese Leistung streichen, aber nicht einen grundsätzlichen Rabatt einfordern zu allen Sparmaßnahmen, die wir im Impfstoffbereich ohnehin schon haben.





Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen ganz herzlich bedanken. Den Gästen und den Sachverständigen wünsche ich ein schönes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr. Ich bin mir sicher, dass es im neuen Jahr wieder Anhörungen zu laufenden Gesetzgebungsverfahren geben wird. Am 15. Januar haben wir bereits unsere nächste Anhörung. Den Kolleginnen und Kollegen werde ich ein schönes Weihnachtsfest heute Abend wünschen. Wir werden uns um 19 Uhr noch alle im Hopfinger treffen und gemeinsam mit dem Minister den Jahresabschluss begehen. Ich wünsche allen einen angenehmen Abend und glaube, dass

wir einiges an Informationen erhalten haben, so dass wir Ihre Anregungen diskutieren und dann im neuen Jahr entscheiden können, wie es weitergeht.

Schluss der Sitzung: 17:53 Uhr

gez. Erwin Rüddel, MdB  
**Vorsitzender**