

(13) Ausschuss für Ge-
sundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0020

15. Wahlperiode

**Stellungnahme der KZBV zum Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und
Bündnis 90 / Die Grünen**

**„Eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Bei-
tragssatzsicherungsgesetz-BSSichG)“ - BT-Drucksache 15/28 -**

**1. Generelle Bewertung: Hilflloser Rückgriff auf das Inventar der Kosten-
dämpfungsgesetzgebung**

Ebenso wie zu Beginn der letzten Legislaturperiode mit dem GKV-SolG legt die Regierungskoalition auch diesmal wiederum kurz nach Beendigung der Koalitionsverhandlungen ein kurzfristig wirkendes Kostendämpfungsgesetz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vor, um damit ein weiteres Ansteigen der Beitragssätze zu verhindern. Die hierzu eingesetzten Mittel haben sich dabei nicht verändert. Es wird zu Budgetierungen, Vergütungsreduzierungen und – allerdings nur bei versicherungsfremden Leistungen – Leistungseinschränkungen gegriffen. Damit setzt die Koalition erneut die nun schon jahrzehntelange Tradition des Gesetzgebers fort, mit kurzfristig wirksamen, dirigistischen Eingriffen und willkürlich verteilten Vergütungsreduzierungen eine ausschließlich einkommensorientierte Ausgabenpolitik der GKV durchzusetzen.

Auch der vorliegende Gesetzentwurf wird langfristig die Stabilisierung der GKV-Ausgaben nicht sicherstellen. Diese Politik führt vielmehr zu gesundheitspolitisch unerwünschten Nebenwirkungen, insbesondere zu einer ungesteuerten Rationierung von Leistungen. Schon zu Beginn der Legislaturperiode dokumentiert die Regierungskoalition damit ihr Scheitern in den letzten vier Jahren, ohne hieraus aber irgendwelche inhaltlichen Konsequenzen zu ziehen. Die bisherigen Mechanismen der Budgetierung und der Vergütungsreduzierung werden ledig-

lich verschärft, obwohl sie sich in der Vergangenheit als ungeeignet erwiesen haben. Offensichtlich möchte man sich in der Regierungskoalition nicht durch Fakten und historische Erfahrungen irritieren lassen, sondern hängt eher dem Glaubenssatz wissenschaftlicher Politikberater an, die im Bereich der Leistungserbringer unerschöpfliche Wirtschaftlichkeitsreserven vermuten, die lediglich durch Vergütungskürzungen aktiviert werden müssten. Damit könnte dann – den Glaubenssätzen weiter folgend – sowohl eine Verbesserung der Versorgung als auch eine zuverlässige Verhinderung von Beitragssatzsteigerungen erreicht werden. Diese Wirtschaftlichkeitsreserven existieren in geradezu verblüffender Weise stets zumindest in derjenigen Höhe, die der jeweilige Sozialgesetzgeber zur Stabilisierung der Beitragssätze zu benötigen glaubt.

Eine im gewissen Sinne originelle Komponente des BSSichG ist lediglich darin zu erblicken, dass diese Mechanismen nunmehr nicht ausschließlich auf die Leistungserbringer angewandt werden, sondern auch eine Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll. Die erwartungsgemäße Reaktion einiger Kassen hierauf, nämlich eine kurzfristige Erhöhung der Beitragssätze in der erforderlichen Höhe vor Inkrafttreten des Gesetzes, verdeutlicht einmal mehr die Tatsache, dass im Bereich der GKV weder die Leistungserbringer noch die Leistungsanbieter für begrenzte Vergütungen unbegrenzte Leistungen erbringen können. Der Unterschied besteht lediglich darin, dass die Leistungserbringer ihre Kostensteigerungen nicht über Beitragssatz- und damit Einnahmenerhöhungen ausgleichen können.

Der Kern des Vorwurfs der KZBV an den Gesetzgeber besteht darin, dass er auch weiterhin nicht die Kräfte der Eigenverantwortlichkeit der Patienten, die fachliche Autonomie des Zahnarztes und die vertrauensvolle Patient-Zahnarzt-Beziehung stärkt. Stattdessen wird die GKV als System der organisierten Unverantwortlichkeit weiter perpetuiert.

2. Bewertung der Regelungen zur zahnmedizinischen Versorgung im Gesetzentwurf

2.1 Gesetz zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003

Nach Artikel 5 soll abweichend von § 71 Abs. 3 SGB V für das Jahr 2003 anstelle der vom BMGS festgestellten Veränderungsraten eine Rate von Null % für die Vereinbarung der Vergütungen gelten.

2.1.1. Rückgang zahnärztlicher Vergütungen seit 1976

Bekanntlich hat der Gesetzgeber durch die Bestimmungen des § 71 Abs. 1 SGB V dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität absoluten Vorrang vor allen übrigen Vergütungskriterien bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütungen eingeräumt. Zusätzlich ist die Entwicklung der Gesamtvergütungen an diejenige der beitragspflichtigen Einnahmen bei den Krankenkassen gekoppelt worden. Der vorliegende Gesetzentwurf dokumentiert, dass selbst diese strikte Budgetierung in der Vergangenheit offenbar nicht ausgereicht hat, das damit verfolgte Ziel einer dauerhaften Beitragssatzstabilität zu erreichen. Stattdessen wird nunmehr eine erneute Verschärfung der Budgetierung dadurch geplant, dass die Entwicklung der Gesamtvergütungen von derjenigen der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV abgekoppelt werden sollen. Diese erneute Verschärfung der restriktiven Budgetpolitik stellt die Fortsetzung einer nun schon jahrzehntelangen Vergütungsreduzierung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung dar.

Die verschiedenen in diesem Zusammenhang ergriffenen Maßnahmen haben nachweislich dazu geführt, dass die Ausgaben der GKV insgesamt für die Behandlung ihrer Versicherten durch Zahnärzte inklusive Zahnersatz seit dem Jahre 1976 bis zum Jahre 2000 um insgesamt 18 % zurückgegangen sind (Zahlen inflationsbereinigt, nur für die alten Bundesländer). Im selben Zeitraum sind die Leistungsausgaben der GKV insgesamt um ca. 40 % angestiegen.

Diese Entwicklung hat im Zusammenwirken mit einem steigenden Kostenanteil für die zahnärztliche Praxis dazu geführt, dass in diesem Zeitraum der Einnahmenüberschuss je Praxisinhaber bereits nominal um ca. 2 % zurückgegangen ist. Inflationsbereinigt ergibt sich eine reale Reduzierung des zahnärztlichen Einnahmenüberschusses im Jahre 2000 auf ca. 52 % desjenigen des Jahres 1976 (Zahlen für die alten Bundesländer).

Diese nunmehr bereits seit Jahrzehnten andauernde permanente Reduzierung des nominellen, insbesondere aber des realen Einnahmenüberschusses aus der zahnärztlichen Tätigkeit soll durch die nunmehr vorgesehene Nullrunde für die Gesamtvergütungen im Jahre 2003 fortgesetzt und erneut beschleunigt werden. Damit würde weiterhin eine ausschließlich einnahmenorientierte Ausgabenpolitik betrieben, die alle Aspekte einer angemessenen Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen bewusst unberücksichtigt lässt. Wie bereits in der Vergangenheit nimmt der Sozialgesetzgeber damit eine notwendige Rationierung vertragszahnärztlicher Leistungen und eine ungesteuerte Leistungsreduzierung billigend in Kauf. Die Belastbarkeit des bereits durch die Eingriffe der Vergangenheit übermäßig strapazierten Systems einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Versicherten durch wirtschaftlich betriebene vertragszahnärztliche

Praxen soll erneut auf dem Rücken der Leistungserbringer und der Versicherten ausgetestet werden. Dem Versicherten wird nach außen vorgespiegelt, für ihn seien keine Leistungseinschränkungen vorgesehen. Dies ist politisches Wunschdenken ohne Kontakt zu ökonomischer Rationalität.

2.1.2 Besondere Situation auf Grund der BEMA-Umstrukturierung

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung wird die Situation im Jahre 2003 noch dadurch verschärft, dass infolge des gesetzgeberischen Auftrages in den §§ 87 Abs. 2 d, 92 Abs. 1 a SGB V eine vollständige Revision des Bewertungsmaßstabes für die vertragszahnärztlichen Leistungen unter Umstellung auf eine „ursachengerechte, zahnschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung“ erfolgen wird. Damit werden voraussichtlich nicht unerhebliche zusätzliche Aufwendungen auf die einzelne vertragszahnärztliche Praxis zukommen. Nach den bereits bekannt gewordenen Vorstellungen der gesetzlichen Krankenkassen muss jedenfalls mit zum Teil tiefgreifenden Umwälzungen der Vergütungsstrukturen innerhalb und zwischen den einzelnen Leistungsbereichen gerechnet werden, die unmittelbare Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Erbringbarkeit der betroffenen Leistungen in der einzelnen vertragszahnärztlichen Praxis haben werden. Dadurch können gegebenenfalls weitgehende Umstrukturierungen und Neuinvestitionen in der Praxis erforderlich werden, die zumindest im Jahre 2003 mit erheblichen zusätzlichen Kostenbelastungen verbunden sein werden. Auf die Gefährdung von Arbeitsplätzen in Zahnarztpraxen weist die KZBV in aller Deutlichkeit hin.

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt somit eine Sonderentwicklung gegenüber allen anderen Leistungssektoren vor.

2.1.3 Eingriff in bestehende Verträge

Die KZBV macht darauf aufmerksam, dass durch diese gesetzgeberische Maßnahme in bereits für das Jahr 2003 geschlossene Verträge zwischen den Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene eingegriffen wird. Die KZBV hält das Vorgehen des Gesetzgebers für rechtlich unzulässig.

2.2 Gesetz zur Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen

Die am 31.12.2002 geltenden Höchstpreise für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen gem. § 88 Abs. 2 SGB V sollen nach Artikel 6 des Gesetzentwurfes um 5 % abgesenkt werden. Abweichend von § 71 Abs. 3 SGB V soll für das Jahr 2003 anstelle der vom BMGS festgestellten Veränderungsrate eine Rate von Null % für die Vereinbarungen der Vergütungen für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen gelten.

Zusätzlich zu der oben angesprochenen Verschärfung der Begrenzungen der Gesamtvergütungen wird damit erneut eine Reduzierung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen erfolgen. Diese Vergütungsreduzierung trifft nicht nur das Zahntechnikerhandwerk, sondern ebenso die Vertragszahnärzte, die zahntechnische Leistungen in einem Praxislabor selbst erbringen. Sie werden von dieser geplanten Bestimmung im besonderen betroffen, da die für diese zahntechnischen Leistungen geltenden Vergütungen gem. § 88 Abs. 3 SGB V diejenigen, die für identische Leistungen gewerblicher zahntechnischer Laboratorien gem. § 88 Abs. 1 und 2 SGB V gelten, um mindestens 5 % zu unterschreiten haben. Dies betrifft in den alten Bundesländern ca. 32 %, in den neuen Bundesländern gut 20 % aller vertragszahnärztlichen Praxen.

Es bedarf keiner näheren Ausführungen, dass mit diesem Eingriff in die wirtschaftlichen Strukturen der zahntechnischen Laboratorien durch die Kombination einer wesentlichen Absenkung der Vergütungen mit einer Festschreibung für das Jahr 2003 noch wesentlich weitergehende Konsequenzen verbunden sind als durch die Budgetierung alleine. Im Gesetzentwurf wird diese Maßnahme damit legitimiert, dass auf diesem Wege Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren seien. Einzelne Leistungsanbieter würden zahntechnische Leistungen bereits jetzt zu niedrigeren als den vereinbarten Höchstpreisen erbringen. Diese Einlassung zeugt von geringem ökonomischen Sachverstand. Der Gesetzgeber nimmt eine Orientierung am jeweils untersten Preisniveau vor und möchte dieses als generellen Standard für alle Leistungserbringer vorschreiben. Damit wird bewusst ausgeblendet, dass sich der einzelne Leistungserbringer notwendigerweise nicht in einer standardisierten Situation befindet, sondern auch in seinem Preisgebaren auf seine jeweilige Wettbewerbssituation und seine dadurch determinierten Möglichkeiten zur Betriebs- und Leistungsorganisation Rücksicht nehmen muss. Durch die undifferenzierte Orientierung an Anbietern des untersten Preisniveaus wird notwendigerweise die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Betriebsführung in Frage gestellt.

3. Die Perspektive zukünftiger Gesetzgebung: Gezielte Schwächung der Leistungserbringer

Insgesamt muss daher festgestellt werden, dass das BSSichG im wesentlichen eine Fortschreibung und Verschärfung der aus den zurückliegenden Jahrzehnten der Sozialgesetzgebung sattsam bekannten Mechanismen der Budgetierung und der Vergütungsreduzierung darstellt. Eine neue Qualität erlangt diese repressiv-dirigistische Gesundheitspolitik alleine durch die Einleitung eines Ausstieges aus der gegliederten Krankenversicherung durch eine schrittweise Austrocknung der PKV. Langfristig wird dies zu einer überdurchschnittlichen, nicht

mehr sozialverträglichen Beitragssteigerung für Privatversicherte führen. An dem sozialen Schutz dieser Klientel scheint der Bundesregierung offensichtlich nicht gelegen zu sein.

Da sich diese Maßnahmen in der Vergangenheit bereits als langfristig ungeeignet zur Erreichung des damit verfolgten Zieles einer dauerhaften Beitragssatzstabilität erwiesen haben, müsste dieser Gesetzentwurf als Bankrotterklärung des Sozialgesetzgebers angesichts der grundlegenden und unausweichlichen Herausforderungen des medizinischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung innerhalb der GKV bezeichnet werden, wenn dieser Bankrott nicht bereits in der Vergangenheit für jedermann offensichtlich geworden wäre.

Die wenigen Hinweise auf die weiteren gesundheitspolitischen Planungen der Koalition in der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes begründen keine Hoffnungen auf bessere, wenn auch späte Einsichten des Gesetzgebers in der Zukunft. Geplant sind danach u.a. eine Liberalisierung des Arzneimittelmarktes, die weitergehende Zulassung von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten, die Intensivierung integrierter Versorgungsformen sowie eine größere Transparenz bei der Leistungserbringung. Begrenzungen medizinisch notwendiger Leistungen sind demgegenüber nicht vorgesehen.

Dies verdeutlicht zunächst, dass auch in Zukunft die Auffassung vertreten werden soll, Leistungseinschränkungen seien in keinem Falle erforderlich. Die erforderlichen Mittel zur Aufrechterhaltung und Intensivierung der Versorgung sollen weiterhin bei den Leistungserbringern eingesammelt werden. Dies soll allerdings nicht mehr unmittelbar durch den Gesetzgeber erfolgen. Die Leistungserbringer sollen durch ihre Aufsplitterung in einzelne Vertragspartner in einen ruinösen Wettbewerb um die Versorgungsverträge mit den oligopolistisch strukturierten Krankenkassen getrieben werden. Sollten diese Zielsetzungen tatsächlich Realität werden, würde erneut diejenige Situation geschaffen, die im Jahre 1913 zu einem Zusammenbruch der medizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten und in der Folge zur Ausprägung des Systems der öffentlich-rechtlich strukturierten Krankenkassen und der Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen geführt hat. Es hat sich bereits in der Vergangenheit erwiesen, dass die ausschließliche Verfolgung fiskalpolitischer Ziele zu einer unmittelbaren Gefährdung des eigentlichen Zieles jeder sozialen Krankenversicherung, nämlich der Sicherstellung einer finanzierbaren und zumindest ausreichenden Versorgung im Krankheitsfalle für jedermann, führen muss.

4. Lösungsansatz im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung: Einführung befundorientierter Festzuschüsse

Gerade vor dem Hintergrund einer sich zunehmend abzeichnenden Gefährdung der gesundheitlichen Versorgung der GKV-Versicherten muss an alle politisch Verantwortlichen appelliert werden, endlich in einen ideologisch unvorbelasteten Diskussionsprozess einzutreten. Die bereits jetzt existierenden und sich in Zukunft noch weiter verschärfenden Probleme dürfen nicht negiert werden: weder die zusätzlichen Kosten zur Finanzierung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschrittes noch der erhöhte Behandlungsbedarf in einer alternden Gesellschaft. Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ein Konzept für die sichere Entlastung der GKV-Finzen bei gleich bleibend hoher zahnmedizinischer Behandlungsqualität vorgelegt. Ein befundorientiertes Festzuschusssystem könnte die Inanspruchnahme ausreichender Versorgung zu sozial tragbaren Kosten sicherstellen und eine Ausbeutung der Solidarbeiträge durch finanziell Bessergestellte verhindern. Eine vollständige Umsetzung dieses Konzeptes im Bereich der Zahnmedizin würde zudem in letzter Konsequenz einen Wegfall des Sicherstellungsauftrages der KZVen sowie eine Einsparung von Verwaltungsaufwendungen ermöglichen, wodurch weitere Finanzmittel für Leistungen der GKV erschlossen werden könnten.

Die besondere Strukturierung der zahnmedizinischen Erkrankungen und deren Behandlungen ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen: die Möglichkeit einer weitgehenden eigenverantwortlichen Verhinderung des Krankheitseintritts und die Existenz unterschiedlicher Versorgungsformen mit unterschiedlichen Kostenbelastungen. Für die Gesundheitspolitik ergibt sich daher die einmalige Chance zur Erprobung einer echten Strukturreform in der GKV, die eine dauerhafte Begrenzung oder gar Reduzierung der Ausgaben der GKV in diesem Bereich ermöglicht, ohne dass dadurch eine Sicherstellung der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der GKV-Versicherten gefährdet wäre.

Zu den Details wird auf die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KZBV vom 10./11.11.2000 „Das Selbstbestimmungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung“ und deren weitere Aktualisierung und Konkretisierung in den Beschlüssen vom 18./19.10.2002 verwiesen.

Die KZBV steht wie schon in der Vergangenheit auch zukünftig als Gesprächs- und Verhandlungspartner auch für die Umsetzung des Konzeptes befundorientierter Festzuschüsse zur Verfügung.

5. Abschließende Bewertung

Die KZBV weist mit aller Entschiedenheit darauf hin, dass Ausgabensteigerungen in der GKV in den vergangenen vier Jahren gerade nicht im Sektor zahnmedizinischer Leistungen aufgetreten sind. Repressive Spezialregelungen wie die Degression nach § 85 Abs. 4b SGB V und die fehlende Ausgleichbarkeit von Teilbudgets trotz Budgetüberschreitung bei bestimmten Teilleistungen haben im Gegenteil dazu geführt, dass Vertragszahnärzte in der Vergangenheit Behandlungen vielfach ohne finanzielle Gegenleistung erbracht haben. Aus dieser kontinuierlichen Subventionierung der GKV durch Vertragszahnärzte hat der Gesetzgeber wohl den Schluss gezogen, dass die Zahnärzteschaft auch zukünftig als willfähiges Opfer für hektische, weder zahnmedizinisch noch betriebswirtschaftlich zu rechtfertigende Übergriffe herhalten wird. Diese Annahme wird sich als folgenschwerer Irrtum erweisen und zu einer nachhaltigen Gefährdung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland führen.