



Hartmannbund

Verband der Ärzte Deutschlands

Schützenstr. 6a
10117 Berlin
Telefon: 030-206 208-40
Telefax: 030-206 208-29
hb-info@hartmannbund.de
www.hartmannbund.de

Stellungnahme des Hartmannbundes zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 16. März 2005, 14.00 bis 17.00 Uhr

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(13)
vom 10.03.05

15. Wahlperiode**

Anlässlich der oben bezeichneten Anhörung nimmt der Hartmannbund wie folgt Stellung:

1. Antrag der Abgeordneten Dr. Thomae, Parr, Dr. Kolb und anderer:
Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen
auf Bundestagsdrucksache 15/940

Mit Sorge beobachtet der Hartmannbund einen sich verschärfenden Ärztemangel in der Bundesrepublik Deutschland. Insbesondere die flächendeckende gleichförmige und wohnortnahe Versorgung durch Haus- und Fachärzte ist in Gefahr geraten. Schon heute zeichnen sich in zahlreichen Flächenländern Versorgungsengpässe in der vertragsärztlichen Versorgung ab.

Der Hartmannbund plädiert daher für eine befristete Aufhebung der Altersgrenze (68 Jahre) in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Aufhebung sollte zunächst auf einen Zeitraum von 5 Jahren festgeschrieben sein. Danach ist eine zwingende Überprüfung notwendig, die mit einem Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag erfolgen sollte. Parallel sind koordinierte, zielgerichtete und ausfinanzierte Maßnahmen zur wirksamen Behebung eines Ärztemangels in der Bundesrepublik Deutschland durch die Bundesregierung und die Bundesländer im Benehmen mit der Ärzteschaft zu implementieren.

Der Hartmannbund benennt vier prioritäre Handlungsfelder, die umgehend bearbeitet werden müssen, um einem Ärztemangel wirksam begegnen zu können:

1. Die Gewährleistung ärztlicher Versorgung in den Neuen Bundesländern.
2. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Ärztinnen und Ärzte.
3. Die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes insgesamt, wobei hier insbesondere Leistungsanreize auszubauen und Zukunftsperspektiven aufzuzeigen sind.
4. Schließlich ist die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte durch Praxisnähe konsequent attraktiver zu gestalten.

2. Antrag der Abgeordneten Dr. Thomae, Parr, Dr. Kolb und anderer:
Freie Wahl der Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
auf Bundestagsdrucksache 15/3511

Der Hartmannbund plädiert seit Jahren für eine durchgängige Transparenz des Kosten- und Leistungsgeschehens, die allein durch eine Kostenerstattung mit sozialverträglicher prozentual gestaffelter Selbstbeteiligung umgesetzt werden kann. Kostenerstattung bietet Behandlungsfreiheit ohne Budgetrestriktion und verhindert die heute oftmals zu beobachtende implizite Rationierung in der GKV.

Der Hartmannbund begrüßt den Antrag, allen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit einzuräumen, im Rahmen der Kostenerstattung ohne vorhergehende Beratung durch die Krankenkassen, jeden approbierten Arzt oder Zahnarzt aufsuchen zu können sowie die Erweiterung und Liberalisierung der Kostenerstattungsregelung in § 13 Abs. 2 SGB V. Es ist dringend notwendig, das deutsche Gesundheitswesen Euroopafähig zu gestalten. Zumindest ist zu fordern, dass Versicherte nicht nur in anderen EU-Mitgliedsstaaten sowie in den Vertragsstaaten des EWR-Abkommens grundsätzlich Gesundheitsleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen können (vgl. § 13 Abs. 3 und 4 SGB V). Dies muss genauso für Versicherte gelten, die entsprechende Leistungen im Inland im Wege der Kostenerstattung beanspruchen wollen.

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Ausweitung der Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung das Ziel, die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Aus Sicht des Hartmannbundes ist das Kostenerstattungsprinzip in der Tat dazu in der Lage, die Patientensouveränität zu stärken und darüber hinaus auch mehr Transparenz ins Leistungsgeschehen zu bringen. Die Kostenerstattung ist aus Sicht des Hartmannbundes ein Europafähiges Vergütungsmodell, das Zukunft hat und bietet die Basis für die Implementierung steuerungswirksamer Elemente zur kostenbewussten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Deshalb ist die Ablösung des intransparenten und ungerechten Sachleistungsprinzips in der GKV durch die Kostenerstattung, gekoppelt mit einer sozialverträglich ausgestalteten prozentualen Selbstbeteiligung des Versicherten an allen in Anspruch genommenen Leistungen, eine langjährige Forderung des Hartmannbundes.

Der Hartmannbund sieht in der Option der Kostenerstattung eine Möglichkeit zur nachhaltigen Stärkung des Patienten-Arzt-Verhältnisses, zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins. Deshalb ist es nicht nur sinnvoll sondern auch unbedingt notwendig, die Kostenerstattungsregelung nach § 13 Absatz 2 SGB V weiterzuentwickeln. Die derzeitige gesetzliche Regelung ist mit zahlreichen Einschränkungen und Zusatzregelungen verbunden, die den begrüßenswerten Vorstoß des Gesetzgebers letztendlich wieder nivellieren. Eine zukunftsfähige Weiterentwicklung des Kostenerstattungsprinzips sollte mit der Zielsetzung verfolgt werden, am Ende das Sachleistungsprinzip in der GKV vollständig durch die Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung abzulösen. Nur eine sozialverträglich ausgestaltete prozentuale Selbstbeteiligung der Versicherten an sämtlichen Kosten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen kann einen sinnvollen Steuerungseffekt erzielen und die Finanzierung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des technischen Fortschritts entsprechenden modernen Therapie und Diagnostik für alle Patienten sicherstellen. Hierfür ist die Kostenerstattung als Abrechnungssystem eine wesentliche Voraussetzung. Nur im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips ist für den Patienten die Transparenz ärztlicher Leistungen und die Berechenbarkeit der Selbstbeteiligung gegeben. Darüber hinaus entspricht das Kostenerstattungssystem mit Selbstbeteiligung viel eher der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit als das Sachleistungssystem, in dem der Arzt letztlich nur noch zum Erfüllungshelfen der GKV degradiert ist.

Das Verfahren der Kostenerstattung in der GKV könnte schrittweise etabliert und wie folgt ausgestaltet werden:

1. Abrechnungsgrundlage ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
 2. Nach der Behandlung erhält der Patient vom behandelnden Arzt eine detaillierte Rechnung auf der Basis der GOÄ.
 3. Der Patient vergütet die ärztlichen Leistungen nach dieser Rechnung, die ganz oder teilweise von seiner Krankenkasse erstattet wird. Er kann seine Krankenkasse auch beauftragen, die Erstattung unmittelbar an den behandelnden Arzt vorzunehmen.
 4. Härtefall- und Überforderungsklauseln nach geltendem Recht werden von der zuständigen Krankenkasse zugunsten einer vollen Erstattung des Rechnungsbetrages berücksichtigt.
 5. Die Prüfung der ärztlichen Rechnung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit wird erst vom Patienten und dann von der Krankenkasse vorgenommen. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Vertragsärzten und Krankenkassen prüft zusätzlich in den Fällen, in denen nicht auszugleichende Meinungsunterschiede über die Höhe des Rechnungsbetrages oder der Kürzungen durch die Krankenkasse bei den Beteiligten bestehen.
 6. Der Patient kann eine Zusatzversicherung bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung abschließen, um so mögliche Selbstbeteiligungen bei nicht voller Kostenerstattung durch seine Krankenkasse zu mindern oder auszugleichen.
 7. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen und behalten bis auf die Honorarverteilung alle sonstigen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der Vertretung der Kassenärzteschaft nach Gesetz und Satzung.
 8. Kassenärztliche Vereinigungen schließen alle Verträge zugunsten und zulasten der von ihnen vertretenen Vertragsärzteschaft mit den Krankenkassen-Verbänden, geben Richtlinien heraus und sind weiterhin mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beauftragt.
3. Antrag der Abgeordneten Dr. Thomae, Bahr (Münster), Brüderle und anderer:
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung verankern
auf Bundestagsdrucksache 15/3995

Der Hartmannbund teilt die Auffassung der Antragsteller, dass die Rezeptpflicht ein ungeeignetes Kriterium zur Abgrenzung zwischen erstattungspflichtigen und nicht erstattungspflichtigen Arzneimitteln darstellt. Der Hartmannbund betont zugleich die Notwendigkeit, sich in der Arzneimitteltherapie, prioritär an der therapeutischen Notwendigkeit oder dem Nutzen zu orientieren. Mit der Herausnahme der OTC-Präparate aus der Erstattungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung sind zahlreiche Versorgungsprobleme zusätzlicher Art entstanden. Der Hartmannbund konstatiert, dass insbesondere die Therapiekontinuität gefährdet, die Behandlungsfreiheit der Ärzte in gravierendem Maße eingeschränkt und damit erhebliche Compliance-Probleme, insbesondere in den Vertragsarztpraxen, zu beobachten sind. Die schon heute erfolgte Kompensation durch die Ausweitung der Ausnahmeliste der OTC-Präparate durch den Gemeinsamen Bundesausschuss löst die Problematik insgesamt nicht.

4. Antrag der Abgeordneten Seehofer, Storm, Widmann-Mauz und anderer:
Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – kritische Bestandsaufnahme
auf Bundestagsdrucksache 15/4135

Der Hartmannbund begrüßt ausdrücklich die auf oben genannter Drucksache vorgebrachte Forderung der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag, ein Jahr nach Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) eine kritische Bestandsaufnahme vorzunehmen und in einem Bericht an den Deutschen Bundestag die finanziellen und strukturellen Wirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf Patienten, Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen darzulegen.

Der Hartmannbund stellt gut ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG fest, dass das von der Bundesregierung in Angriff genommene Primärziel der Stabilisierung des durchschnittlichen Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf einem Niveau von 13,6 % verfehlt wurde.

Der Hartmannbund teilt die Auffassung der Antragsteller, dass der immens hohe bürokratische Aufwand für die Disease-Management-Programme und insbesondere deren Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherungen zu keiner Verbesserung der Versorgung geführt haben. Eine sofortige Entkopplung der Disease-Management-Programme vom Risikostrukturausgleich wird daher unterstützt.

Die mit dem GMG intendierte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, die primär über den Ausbau integrierter Versorgung erreicht werden soll, begrüßt der Hartmannbund im Ansatz. Zugleich wird aber festgestellt, dass die bisher geschlossenen Verträge in nicht unerheblicher Anzahl rein indikationsbezogen vorliegen, zu erheblichem bürokratischem Mehraufwand führen und zum Teil ausschließlich der Finanzumverteilung und nicht der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten dienen. Der Hartmannbund lehnt daher alle Integrationsverträge ab, die zu keiner Verbesserung der Versorgung der Patienten führen, zu zusätzlichen bürokratischen Belastungen der Ärzte führen und die zu Lasten anderer Ärzte geschlossen werden.

Die Etablierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sieht der Hartmannbund äußerst kritisch, insbesondere die Möglichkeit der Selbstbeauftragung (Generalauftrag). Der vorliegende Entwurf einer Methoden- und Verfahrensordnung des Instituts lässt zudem weitgehend unklar, welche Bewertungskriterien und spezifischen Methoden bei der Nutzenbewertung angewandt werden sollen. Zudem wird der Transparenzgrundsatz nur unvollständig umgesetzt. Weiterhin verweist der Hartmannbund auf die Notwendigkeit des strukturierten fachlichen Dialogs mit den betroffenen Herstellern seitens des Instituts. Die Verlautbarung des Instituts, vorrangig veröffentlichte Ergebnisse kontrollierter klinischer Endpunktstudien auswerten zu wollen, wird vom Hartmannbund ausgesprochen kritisch gesehen. Hierbei verweist der Hartmannbund auf die Tatsache, dass der Nutzen von Arzneimitteln sich in der praktischen Anwendung im Vergleich zu konkret verfügbaren Therapiealternativen unter Praxisbedingungen zeigt. Weiterhin ist unklar, welche Aufgabenabgrenzung zwischen dem Institut für Qualität für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dem Unterausschuss „Arzneimittel“ im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bestehen soll.

Zu den im GMG festgelegten Bestimmungen in der Arzneimitteltherapie verweist der Hartmannbund auf seine Stellungnahme bezüglich Bundestagsdrucksache 15/3995.

Die Einführung einer Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte in der Gesetzlichen Krankversicherung wird seitens des Hartmannbundes begrüßt. Zugleich verweist der Hartmannbund auf die Notwendigkeit, die Eigenverantwortung der Versicherten weiter zu stärken und gleichzeitig kontinuierlich ihre Wahlmöglichkeiten zu erweitern. Auf die Stellungnahme zur Bundestagsdrucksache 15/3511 wird verwiesen.

Die mit dem GMG ermöglichte Gründung von Medizinischen Versorgungszentren begrüßt der Hartmannbund. Hierbei wird unter Umgehung des Investitionsrisikos insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit geboten, in der ambulanten Versorgung tätig zu werden. Zugleich verweist der Hartmannbund aber auf die Notwendigkeit, Medizinische Versorgungszentren unter ärztlicher Leitung und Verantwortung zu führen.

Zu weiteren Aspekten kann anlässlich der Anhörung mündlich Stellung genommen werden.

Berlin, den 10. März 2005