

Partner
in sozialen
Fragen



(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(31)
vom 16.03.05

15. Wahlperiode

STELLUNGNAHME

zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 16. März 2005 zu dem

- **Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP**
Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen – BT-Drs. 15/940 -
- **Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP**
Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung - BT-Drs. 15/3511 –
- **Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP**
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern - BT-Drs. 15/3995 –
- **Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Anette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU**
Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme - BT-Drs. 15/4135 –

1. Zum Antrag der FDP-Fraktion: Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen

Der SoVD kann dem Antrag der FDP, die Altersgrenzen für Vertragsärzte zu beseitigen, nicht grundsätzlich zustimmen. Nach unserer Auffassung ist eine altersmäßige Beschränkung der Vertragsarztzulassung aus grundlegenden Erwägungen sinnvoll. Der SoVD spricht sich für eine umfassende Bedarfsplanung aus. Um die ärztliche Versorgung im ländlichen Bereich sicherzustellen, wären insoweit auch berufliche Anreize in Form von steuerlichen Erleichterungen usw. zu erwägen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob das bestehende ärztliche Vergütungssystem den unterschiedlichen Anforderungen und Berufsbedingungen vollständig Rechnung trägt. Zur Überwindung aktueller Probleme in Gebieten, in denen Unterversorgung droht, könnte der SoVD allenfalls eine begrenzte Aussetzung der Altersgrenze mittragen.

2. Zum Antrag der FDP-Fraktion: Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Ausweitung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Möglichkeit für Versicherte, die Kostenerstattung zu wählen, lehnen wir ab. Die Erfahrungen seit Inkrafttreten dieser Regelung, die zurzeit nur für den ambulanten Bereich gilt, sind zum großen Teil negativ: Versicherte werden zunehmend von ihren Ärztinnen und Ärzten zur Wahl der Kostenerstattung aufgefordert. Es werden ärztliche Zusatzleistungen erbracht ohne die Versicherten auf die damit verbundenen Kosten hinzuweisen. Auch die Abrechnung erfolgt zum großen Teil mit einem höheren Faktor. Patientinnen und Patienten, die die Kostenerstattung gewählt haben, sehen sich daher mit erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen konfrontiert. Wir möchten insbesondere hinweisen auf die Entwicklungen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung in Niedersachsen, wo nunmehr zahlreiche Kieferorthopädinnen und -orthopäden nicht mehr als Sachleistung erbringen. Für Kassenpatientinnen und -patienten ist es außerordentlich schwierig, in Niedersachsen eine kieferorthopädische Behandlung ohne Zusatzkosten zu erhalten.

Da die Versicherten meist nicht genau wissen, worauf sie sich einlassen, wenn sie das Instrument Kostenerstattung wählen, sollte eine von den Leistungserbringern unabhängige Beratung zwingend stattfinden. Die mit dem Antrag propagierte Aufhebung der Beratungspflicht lehnen wir strikt ab.

3. Zum Antrag der FDP-Fraktion: Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern

Diesen Antrag können wir im vollen Umfang befürworten. Mit der Nichterstattung verschreibungsfreier Arzneimittel wurde das Prinzip der Versorgung von Kassenpatientinnen und -patienten mit dem medizinisch Notwendigen verlassen. Die Erfahrungen aus unseren Sozial- und Patientenberatungsstellen bestätigen die im Antrag beschriebenen negativen Folgen der fehlenden Kos-

tenübernahme von verschreibungsfreien Arzneimitteln. So müssen insbesondere Personen mit geringem bzw. keinem Einkommen oftmals auf notwendige Arzneimitteltherapien verzichten. Durchschnittlich müssen chronisch Kranke im Monat 30 bis 50 Euro nur für die rezeptfreien Medikamente aufbringen. In manchen Fällen sind es sogar 70 Euro oder mehr. Folge ist, dass eine notwendige medikamentöse Therapie bei Geringverdienern oftmals nicht erfolgt.

Uns sind auch etliche Einzelfälle bekannt, in denen anstelle von verschreibungsfreien Arzneimitteln stärker dosierte verschreibungspflichtige Medikamente mit starken Nebenwirkungen verordnet werden.

Durch die Herausnahme der rezeptfreien Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes in sein Gegenteil verkehrt: Krankheiten werden verschleppt und verschlimmern sich. Die Kosten, die dadurch entstehen, sind derzeit noch nicht abzusehen. Diesen negativen Folgen sollte schnellstens abgeholfen werden.

4. Zum Antrag der CDU/CSU-Fraktion: Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme

Wesentliches Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes war die Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Entlastung der Beitragszahler durch die Absenkung des Beitragssatzes. Die Neugestaltung der Zuzahlungsregelungen und der Befreiungsmöglichkeiten haben die Versicherten, insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen, seit dem 1. Januar 2004 finanziell stark belastet. Kosten des Gesundheitswesens wurden durch diese Maßnahmen denjenigen, die infolge von Krankheit oder Behinderung auf eine nachhaltige Gesundheitsversorgung angewiesen sind, aufgebürdet. Derartige Entsolidarisierungsmaßnahmen zu Lasten älterer, kranker und behinderter Menschen laufen dem Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung zuwider.

Demgegenüber sind Entlastungen durch eine Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes als Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes nicht zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund halten wir eine kritische Bestandsaufnahme der Wirkungen der Gesundheitsreform für sehr angebracht.

a) Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung

Insbesondere Leistungsverchiebungen zugunsten von Renten- und Arbeitslosenversicherung in den letzten Jahren haben die Krankenversicherung jährlich um Einnahmen in Milliardenhöhe gebracht. Zusätzlich zu den Folgen dieser kurzfristigen Umverteilungsmaßnahmen schwächen die zunehmende Beseitigung normal versicherungspflichtiger Beschäftigung und die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung auch weiterhin. Der SoVD plädiert dafür, die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend zu verbessern. Durch die Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung, in die al-

le Bürgerinnen und Bürger der BRD einbezogen werden, würde diese Sozialversicherung auf eine breite und solide Basis gestellt.

Da ein immer größerer Teil des Volkseinkommens Einkünften entstammt, die nicht Arbeitseinkommen sind, sollte die derzeitige rein lohnbezogene Beitragserhebung ausgeweitet werden. Auch Einkünfte wie z. B. Kapitalerträge oder Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sollten für die Beitragsentrichtung in der Bürgerversicherung herangezogen werden. Wir appellieren nachhaltig, noch in dieser Legislaturperiode den Ausbau der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung einzuleiten.

b) Zuzahlungen pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und -bewohner

Auch wir können konstatieren, dass die Ausweitung der Zuzahlungsregelungen und die Streichung bestimmter Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere Menschen, die in Pflege- und Behinderteneinrichtungen leben, besonders treffen. Praxisgebühr, Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, zu Heil- und Hilfsmitteln müssen von deren äußerst schmalen Budget (in der Regel 80 bis 90 Euro) aufgebracht werden. Die größte finanzielle Belastung machen aber die Kosten für verschreibungsfreie Arzneimittel, für Brillen oder für Fahrten zur ambulanten ärztlichen Behandlung aus, da diese – von wenigen Ausnahmen abgesehen – selbst gezahlt werden müssen. Oftmals ist dies nicht möglich, da die Kosten höher sind als die finanziellen Mittel, die dem einzelnen zur Verfügung stehen. Die Streichung des zusätzlichen Barbetrages ab dem 1.1.2005 hat die Situation noch weiter verschärft.

Wir halten den Vorschlag, den Betroffenen ein zinsloses Darlehen durch die Sozialhilfeträger zu gewähren, als eine erste Maßnahme, unerträgliche Härten zu beseitigen, für einen zu kleinen Schritt in die richtige Richtung.

Wir fordern, dass zumindest der Personenkreis der pflegebedürftigen bzw. behinderten Heimbewohnerinnen und -bewohner die Leistungen vom Sozialhilfeträger erhalten, von Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen vollständig befreit sind. Darüber hinaus müssen vom Arzt verordnete verschreibungsfreie Arzneimittel, Zahnersatz sowie Brillen und notwendige Fahrten zur ambulanten Behandlung wieder von den Krankenkassen gewährt werden. Der Barbetrag dient schließlich allein zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse. Für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen wurde er vom Gesetzgeber nicht vorgesehen.

c) Unter- und Fehlversorgung durch Herausnahme rezeptfreier Medikamente (Ausnahmeregelung für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren)

Die von der CDU/CSU-Fraktion beantragte Einführung einer Ausnahmeregelung, wonach die Altersgrenze für die Verordnungsfähigkeit rezeptfreier Arzneimittel auf 18 Jahre heraufgesetzt wird, befürworten wir ausdrücklich. Dieser Schritt ist jedoch nicht ausreichend, um die Unter-

und Fehlversorgung, die durch die Streichung der verschreibungsfreien Arzneimittel aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung entstanden ist, zu beseitigen. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere unter Punkt 3 dargestellte Position, wonach die rezeptfreien Arzneimittel wieder von den Krankenkassen übernommen werden sollten.

d) Die Betriebsrenten/zeitnahe Weitergabe von Beitragssatzänderungen

Veränderungen bei den Beitragssätzen werden an Personen, die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, nach Ablauf von drei Monaten weitergegeben. Für sonstige beitragspflichtige Versorgungsbezüge (Betriebsrenten) gilt dies nicht. Beitragssatzveränderungen werden hier jeweils nur zum 1. Juli weitergegeben. Dies stellt eine Ungleichbehandlung beitragspflichtiger Einkommen von Rentnerinnen und Rentnern dar, für die kein sachlicher Rechtfertigungsgrund ersichtlich ist. Eine entsprechende Anpassung ist daher – auch im Hinblick auf die Verdoppelung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge – dringend geboten.

e) Stärkung der Patientensouveränität

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz sind verschiedene Instrumente zur Stärkung der Patientensouveränität eingeführt worden. All diese Maßnahmen sind zu begrüßen. Wir warnen jedoch davor, weitere Instrumente, die allein der finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, wie die Einführung von Selbstbehalten oder Beitragsrückzahlungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen unter den Begriff Patientensouveränität zu subsumieren. Unter Patientensouveränität verstehen wir, die Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, als gleichberechtigte Partner im Gesundheitssystem zu agieren. Aus diesem Grunde muss die unabhängige Patientenberatung dringend weiter ausgebaut werden. Die vorhandenen Modelle der Krankenkassen nach § 65 b SGB V haben sich bewährt. Sie müssen flächendeckend angeboten werden und sind in die Regelfinanzierung zu übernehmen.

Berlin, den 15. März 2005

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik