

Antrag

der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolf Bauer, Verena Butalikakis, Monika Brüning, Dr. Hans Georg Faust, Michael Hennrich, Hubert Hüppe, Volker Kauder, Gerlinde Kaupa, Barbara Lanzinger, Maria Michalk, Hildegard Müller, Matthias Sehling, Jens Spahn, Matthäus Strebl, Gerald Weiß (Groß-Gerau), Wolfgang Zöllner und der Fraktion der CDU/CSU

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben vor einem Jahr gemeinsam das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in den Deutschen Bundestag eingebracht. Ziel war es zum einen durch eine umfassende Reform, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu verbessern und zum anderen einen Beitrag zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zur Senkung der Lohnnebenkosten zu leisten.

Von den strukturellen Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führen, sind insbesondere die Stärkung der Patientensouveränität und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen hervorzuheben. So sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Versicherten stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden worden. Ihre gewachsenen Beteiligungsrechte korrespondieren mit entsprechenden Informationsrechten. Die Versicherten erhalten zum Beispiel auf Verlangen vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form. Sie können sich zudem über die Höhe der Beiträge und ihre Verwendung bei ihrer Krankenkasse informieren. Im Unterschied zur Vergangenheit haben jetzt auch die Pflichtversicherten die Möglichkeit, sich für eine Kostenerstattung zu entscheiden.

Die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen erfolgt im Wesentlichen über den Ausbau der integrierten Versorgung. Eine Anschubfinanzierung in Höhe von jeweils einem Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und des Krankenhausbudgets soll helfen, die Abschottung von ambulantem und stationärem Sektor zu überwinden und die fachübergreifende medizinische Zusammenarbeit zu fördern. Letzteres wird auch durch die Errichtung so genannter medizinischer Versorgungszentren begünstigt.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik ist die Stärkung der Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung sind gleichermaßen wichtig, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Gerade einer alternden Gesellschaft muss daran gelegen sein, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Hierzu ist ein abgestimmtes Konzept aller Beteiligten erforderlich. Deshalb war es übereinstimmender Wille der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und CDU/CSU, dass im Anschluss an das GKV-Modernisierungsgesetz ein eigenständiges Präventionsgesetz erarbeitet wird.

Das Hauptproblem der gesetzlichen Krankenversicherung aber sind die wegbrechenden Einnahmen. Denn seit geraumer Zeit halten die Einnahmen infolge hoher Arbeitslosigkeit nicht mehr mit der Entwicklung der Ausgaben Schritt. Diese Finanzierungslücke darf nicht mehr über eine schleichende Rationierung medizinischer Leistungen oder über ständig steigende Beiträge geschlossen werden. Rationierung im Gesundheitswesen trifft insbesondere chronisch Kranke und sozial Schwache. Sie führt auf Dauer zu einer Zwei-Klassenmedizin. Steigende Beiträge verteuern die Arbeitskosten und zwingen immer mehr Betriebe, insbesondere klein- und mittelständische Unternehmen, Arbeitsplätze abzubauen bzw. ins Ausland zu verlagern. Die hohe Arbeitslosigkeit wiederum gefährdet die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Alle Anstrengungen waren daher darauf gerichtet, die Finanzen der GKV durch ausgewogene Sparbeiträge aller neu zu ordnen sowie Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung durch strukturelle Reformen zu verbessern.

Neun Monate nach Inkrafttreten des GMG zeichnet sich ab, dass das Gesetz Wirkung entfaltet. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Halbjahr 2004 einen Überschuss in Höhe von 2,4 Mrd. Euro erzielt, nachdem sie im ersten Halbjahr 2003 mit einem Defizit in Höhe von 1,8 Mrd. Euro abgeschlossen hatten. Gleichwohl besteht kein Grund zur Euphorie. Viel zu groß sind die Finanzierungsrisiken und deutliche Beitragssatzsenkungen daher kaum realisiert. Der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz ist bisher nur um 0,1 Beitragssatzpunkte gesunken. Dies hat seine Ursache u. a. in der hohen Verschuldung der Krankenkassen, die von der Bundesbank brutto mit 8,3 Mrd. Euro beziffert wird. Dagegen hat die Bundesregierung in den zurückliegenden Konsensgesprächen die Gesamtschulden der GKV zum Jahresende 2003 mit einer Größenordnung von 4 Mrd. Euro angegeben. Heute wird deutlich, dass Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, in den Verhandlungen mit falschen Zahlen operiert hat. Zwischen den damals vorgelegten Zahlen und den heute bekannten Zahlen klafft eine riesige Lücke.

Dass die finanzielle Lage der GKV auf der Einnahmenseite dramatischer ist, hat aber vor allem seine Ursache in der steigenden Arbeitslosigkeit, die Ausdruck einer verfehlten Wirtschafts- und Sozialpolitik der Bundesregierung ist. Der Bundesregierung ist es nicht gelungen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Inlandsnachfrage stärken. Insbesondere ist die Senkung der Lohnzusatzkosten und die Flexibilisierung der Arbeitsmarktordnung nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Infolgedessen haben Unternehmen und Betriebe keinen Anreiz, Investitionen zu tätigen, die für die Schaffung neuer Arbeitsplätze von zentraler Bedeutung sind.

Angesichts der Verschuldung zahlreicher Kassen und trotz der bisher erzielten Überschüsse ist daher fraglich, ob die Beitragssätze noch in diesem Jahr auf breiter Front signifikant sinken werden. Da immer mehr Versicherte von Zahlungen befreit sind und die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung damit zurückgeht, könnten sich dadurch die Überschüsse in der zweiten Jahreshälfte reduzieren.

Nach aktuellen Berechnungen des Schätzerkreises der GKV wird der Beitragssatz bis Jahresende 2004 allenfalls bei 14,1 Prozent liegen und nicht wie – vom GMG angestrebt – bei 13,6 Prozent. Im Jahr 2005 erwarten die Experten sogar wieder einen leichten Anstieg der Beitragssätze. Der Schätzerkreis der GKV begründet seine pessimistische Prognose mit zu erwartenden Ausgabensteigerungen und stagnierenden Beitragseinnahmen.

In diesem Zusammenhang sind auch die mit den Disease-Management-Programmen verbundenen Verwaltungsausgaben zu erwähnen. Der Schätzerkreis der Spitzenverbände der Krankenkassen berechnet allein für die Verwaltung und Dokumentation einen Betrag von 160 Euro pro eingeschriebenem Patient. Davon soll der Arzt eine „Aufwandsentschädigung“ in Höhe von 75 Euro erhalten. Insgesamt werden für das Jahr 2003 Verwaltungskosten für die Disease-Management-Programme in Höhe von 12 Mio. Euro berechnet. Weitere 10 Mio. Euro fallen wegen der Dokumentation an. Für das Jahr 2004 werden Verwaltungskosten in Höhe von 88 Mio. Euro und Dokumentationskosten in Höhe von 79 Mio. Euro veranschlagt. Diese Tendenz wird sich in den kommenden Jahren verstärken. Auch dies stellt somit ein Finanzrisiko für die gesetzliche Krankenversicherung dar.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat von Anfang an den hohen bürokratischen Aufwand der Disease-Management-Programme und die Verknüpfung dieser Programme mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen kritisiert. Die gigantischen Bürokratiekosten bestätigen die CDU/CSU-Bundestagsfraktion in ihrer Meinung. Es ist bislang nicht erwiesen, dass die in den Risikostrukturausgleich eingebundenen Disease-Management-Programme zu einer besseren Versorgung der Patienten führen. Deshalb tritt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion dafür ein, diese Disease-Management-Programme vom Risikostrukturausgleich zu entkoppeln.

Schon im Hinblick auf die pessimistische Prognose des Schätzerkreises der GKV ist es geboten, eine kritische Bestandaufnahme des GKV-Modernisierungsgesetzes in Form eines Berichts der Bundesregierung vorzunehmen. Sie ist auch deshalb notwendig, weil sich in der Praxis gezeigt hat, dass das GKV-Modernisierungsgesetz in seiner Anwendung und Wirkung neue Fragen aufwirft, die einer Klärung bedürfen, und weil unklar ist, ob einige der finanziellen und strukturellen Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes den angestrebten Erfolg herbeiführen werden.

So ist im Rahmen der Konsensgespräche vereinbart worden, die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege erst ab dem Jahr 2007 von der sozialen Pflegeversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung übergehen zu lassen. Die notwendige Verlängerung der im SGB XI (§ 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2, § 43 Abs. 2, 3 und 5 sowie § 43b) genannten Fristen für die Geltung der derzeitigen stationären Sachleistungspauschalen sowie zur Übertragung der Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ist aber bislang noch nicht geregelt worden. Die Bundesregierung wird daher ersucht mitzuteilen, in welchem Zusammenhang eine entsprechende Regelung vorgesehen ist.

Ferner ist in der Koalition die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Steuermittel in Frage gestellt worden, weil das Aufkommen aus der Tabaksteuer im Jahr 2004 weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist und zurückbleiben wird. Bereits im Rahmen der letzten Steuerschätzung im Mai 2004 sind die Tabaksteuereinnahmen für dieses Jahr um mehr als 1,3 Mrd. Euro nach unten korrigiert worden. Die November-Steuerschätzung hat ein weiteres Minus in Höhe von 850 Mio. Euro ergeben. Damit liegen die Einnahmen aus der Tabaksteuer 2004 voraussichtlich sogar unter den Ist-Einnahmen des Jahres 2003. Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hatte schon bei der Verabschiedung des GMG die Finanzierung sog. versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln unter Vorbehalt einer jährlichen Überprüfung im Hinblick auf das Mehraufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer gestellt.

Auch die Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV mit der Möglichkeit, den Zahnersatz über eine einkommensunabhängige Pauschalprämie in der GKV oder nach den Regeln der PKV privat abzuschließen,

wurde von Bundesregierung und Koalition mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz wieder aufgehoben. Wenige Monate vor Inkrafttreten der bereits beschlossenen Regelung zum Zahnersatz wurde damit das Vertrauen der Bevölkerung in die Zuverlässigkeit von Gesetzesbeschlüssen erschüttert. Viele Menschen beklagen den Verlust von Planungssicherheit, vor allem diejenigen, die sich bereits für eine private Absicherung des Zahnersatzrisikos entschieden haben. Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, und die Koalition nutzten ein technisches Problem, das die Bundesregierung hätte rechtzeitig lösen können und müssen, um die Regelungen beim Zahnersatz zu torpedieren und nahmen dabei billigend die Verunsicherung der Bevölkerung in Kauf. Mit der Neuregelung des Zahnersatzes haben Bundesregierung und Koalition den Kompromiss aufgekündigt.

Die öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz am 23. September 2004 vor dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages hat gezeigt, dass die von der Bundesregierung vorgelegte Änderung von dem Kompromiss abweicht und schlechter ist als die bis dahin geltende Regelung des GKV-Modernisierungsgesetzes.

Ein Bericht der Bundesregierung sollte auch auf Änderungen und deren finanzielle Wirkungen für die Betroffenen eingehen, die durch andere gesetzgeberische Maßnahmen verursacht sind. So entfällt infolge des § 35 Abs. 2 im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) der bisher im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in § 21 Abs. 3 festgeschriebene zusätzliche Barbetrag für Menschen in Einrichtungen, die einen Teil ihrer Unterbringungskosten selber zu tragen haben, für alle, die erst 2005 ins Heim kommen. Nach der von Rot-Grün zu verantwortenden Stichtagsregelung in § 133a SGB XII wird der Zusatz-Barbetrag nur für die Personen über 2004 hinaus erbracht, die bereits am 31. Dezember 2004 einen Anspruch auf den Zusatz-Barbetrag haben. Damit werden die Bewohner von stationären Einrichtungen, die erst 2005 ins Heim kommen, nur noch über einen einheitlichen monatlichen Barbetrag von 26 Prozent des Eckregelsatzes der Sozialhilfe verfügen. Das entspricht nach der Regelsatzverordnung einem Betrag von rund 89 Euro in den alten und rund 86 Euro in den neuen Bundesländern. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat sich für die Beibehaltung des Zusatz-Barbetrages ausgesprochen. Wir sehen in der Stichtagsregelung eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Heimbewohner, die insbesondere in Behindertenwohnheimen über Jahrzehnte anhalten würde. Bislang konnten Heimbewohner, die einen Teil der Unterbringungskosten selbst finanzieren, einen zusätzlichen Barbetrag von 5 Prozent ihres Einkommens, maximal 15 Prozent des Regelsatzes (rund 42 bis 44 Euro) behalten.

Aus dem verbleibenden Barbetrag müssen die Heimbewohner sowohl die jährlichen Zuzahlungen in Höhe von 72 Euro – bzw. 36 Euro bei chronischer Erkrankung – als auch die Finanzierung sog. nichtverschreibungspflichtiger Medikamente erbringen. Für viele Menschen stellt dies eine besondere Härte dar, zumal wenn die Zuzahlung auf einmal fällig wird. Aus diesem Grunde sollten sich nach den Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Sozialhilfeträgern über monatliche Abschlagszahlungen einigen. Derartige Vereinbarungen sind aber nicht flächendeckend zustande gekommen.

Daher begrüßt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion die Initiative der Koalitionsfraktionen, die die Sozialhilfeträger zur Gewährung eines zinslosen Darlehens an die Sozialhilfeempfänger in Heimen gesetzlich verpflichtet.

Im Übrigen ist zu prüfen, wie mehr Gerechtigkeit zwischen Selbstzahlern in Heimen und Sozialhilfeempfängern zu erreichen ist. Für Selbstzahler, die einen hohen Beitrag zur Unterbringung in einem Heim leisten, und mit ihrem Einkommen knapp über den Unterbringungskosten liegen, wird das gesamte Einkom-

men ohne Berücksichtigung der Unterkunftskosten zur Ermittlung der Belastungsgrenze herangezogen, obgleich den Selbstzahlern nicht mehr Geld zur Verfügung steht als Sozialhilfeempfängern.

Als problematisch erweist sich weiterhin die in § 62 Abs. 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgenommene Anrechnung der Bruttoeinnahmen von Beihilfeberechtigten bei der Ermittlung der Belastungsgrenze des gesetzlich Versicherten. Grundsätzlich werden bei der Berechnung die Einkommen der mit dem gesetzlich Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen sowie des Lebenspartners mit gewissen Abschlägen zur Ermittlung der Belastungsgrenze herangezogen. Da die Belastungsgrenze in Höhe von 2 Prozent oder 1 Prozent als relative Größe auf das jeweilige Bruttoeinkommen bezogen wird, sinkt bzw. steigt der absolute Wert der Belastungsgrenze mit der Höhe des Bruttoeinkommens.

Bei der Berechnung der Belastung werden aber nur Zuzahlungen der gesetzlich Krankenversicherten berücksichtigt. Die Eigenbehalte, die Beihilfeberechtigte auf Grund einer wirkungsgleichen Übertragung der Regeln des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die Beihilfavorschriften ebenfalls bis zu 2 Prozent und bei chronischer Erkrankung bis zu 1 Prozent tragen müssen, bleiben hingegen unberücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass der gesetzlich Versicherte, der mit einem Beihilfeberechtigten in häuslicher Gemeinschaft lebt, alleine mit seinen Zuzahlungen die Belastungsgrenze des sich aus seinem Einkommen und den Beamtenbezügen zusammensetzenden Familieneinkommens erreichen muss, bevor er befreit werden kann. Solchen Haushalten wird somit bei gleichem Gesamteinkommen eine höhere Belastung zugemutet als Haushalten, in denen alle GKV-versichert sind oder alle privat versichert sind, zumal die Beihilfavorschriften umgekehrt auch das Einkommen des GKV-versicherten Ehegatten bei der Ermittlung der Belastungsgrenze des Beamten nicht berücksichtigen.

Bei den nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass ihre Herausnahme aus dem GKV-Leistungskatalog zu einer Substitution durch teure verschreibungspflichtige Arzneimittel führen könne. In anderen Fällen kommt es hingegen nicht zu einer Substitution, sondern möglicherweise zu einer Unterversorgung. So befürchten Kinder- und Jugendärzte bei einer Million Jugendlichen, die an Inhalationsallergien oder Neurodermitis leiden, eine unzureichende Versorgung. Zum Therapiestandard gehöre bei diesen Erkrankungen die Behandlung mit sog. nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wie Augentropfen, Nasensprays und systemischen Antihistaminika. Viele Eltern seien nun nicht mehr in der Lage, die Behandlungskosten, die sich oftmals auf mehrere 100 Euro pro Pollensaison je Kind beliefen, zu tragen. Viele Betroffene würden daher den Arzt erst gar nicht aufsuchen mit der Konsequenz einer schweren Verlaufsform der Erkrankung bis hin zu einer Dauerschädigung durch Asthma bronchiale. Auch Hautärzte äußern sich zunehmend besorgt.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion spricht sich dafür aus, die Einwände der Kinder- und Jugendärzte ernst zu nehmen und zu prüfen, ob es zu der behaupteten Unterversorgung kommt. Es darf jedenfalls nicht sein, dass diese Jugendlichen infolge des Ausschlusses nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel chronisch erkranken und dann wieder in die Chronikerprogramme eingeschleust werden. Dies wäre eine kurzsichtige und weder für die Betroffenen sinnvolle Verbesserung ihrer gesundheitlichen Versorgung noch für die Beitragszahler eine effiziente Gesundheitspolitik. In jedem Fall sollte in einem ersten Schritt geprüft werden, ob die im gesamten SGB V geltende Altersgrenze von 18 Lebensjahren auch für die Erstattungspflicht bei nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten für Kinder und Jugendliche in Betracht kommt einschließlich der damit verbundenen finanziellen Folgen.

In den zurückliegenden Verhandlungen zur Gesundheitsreform hatten Bundesregierung und Koalitionsfraktionen eine Verdoppelung des Krankenversicherungsbeitrages auf Betriebsrenten und andere Versorgungsbezüge gefordert und dies damit begründet, dass die eigenen Beitragszahlungen der Rentner heute nur noch gut 40 Prozent ihrer Leistungsausgaben in der Krankenversicherung abdeckten. Vor drei Jahrzehnten habe dieser Anteil noch 70 Prozent betragen. Um die Belastung der erwerbstätigen Beitragszahler nicht noch stärker ansteigen zu lassen und die Lohnnebenkosten zu senken, sei es erforderlich, die Rentner wieder stärker an der Finanzierung ihrer Leistungsausgaben zu beteiligen. Die Union hatte die Regelung nur mitgetragen, weil die Bundesregierung in den Verhandlungen eine Überprüfung der Auswirkungen nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zugesagt hatte und weitere Belastungen für die Rentnerinnen und Rentner ausschloss. Diese Zusagen sind aber nicht eingehalten worden. Durch die nachgelagerte Besteuerung der Renten, die Beitragsverdoppelung bei der Pflege, die Nullrunden bei Renten etc. wird es zu kumulativen Effekten bei den Rentnerinnen und Rentnern kommen. Insofern ist es jetzt gerechtfertigt, die Regelung zur Erhebung von Beiträgen auf Betriebsrenten und Direktversicherungen im Hinblick auf deren Auswirkungen und unter dem Aspekt der Wahrung des Vertrauensschutzes durch die Verfassungsressorts prüfen lassen und den Deutschen Bundestag über das Ergebnis der Prüfung zu unterrichten. Darüber hinaus ist eine zeitnahe Weitergabe von Beitragssatzänderungen zugunsten der Betriebsrentner anzustreben.

Für Klarheit sollte die Bundesregierung schließlich bei der Herausnahme des Sterbegeldes aus dem Leistungskatalog der GKV sorgen. Nach wie vor gibt es in der Öffentlichkeit Unsicherheit und Diskussionen, ob die Streichung des Sterbegeldes auch tatsächlich zum 1. Januar 2004 erfolgt ist. Im Sinne der Rechtssicherheit und der Rechtsklarheit sind Bundesregierung und Koalitionsfraktionen aufgefordert, dies unmissverständlich zu klären.

Im Hinblick auf die gemeinsam von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und CDU/CSU vorgenommenen Änderungen bei der künstlichen Befruchtung und im Hinblick auf Äußerungen aus Kassenkreisen, die künstliche Befruchtung in Zukunft über Steuermittel zu finanzieren, ist von Bedeutung, wie sich die Zahl der Anträge auf künstliche Befruchtung nach § 27a SGB V seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 entwickelt hat. Insbesondere wird die Bundesregierung um eine familienpolitische Bewertung der Neuregelung ersucht.

In dem Maße, wie die Eigenverantwortung der Versicherten wächst, muss auch Ihre Teilhabe an den Entscheidungen in der GKV wachsen. In diesem Sinne sieht das GKV-Modernisierungsgesetz eine Stärkung der Patientensouveränität vor. Um den Anliegen der Patientinnen und Patienten auf Bundesebene besser Ausdruck zu verleihen, hat die Bundesregierung eine Patientenbeauftragte bestellt. Da die Patientenbeauftragte selbst an den Verhandlungen zum Gesundheitskompromiss beteiligt war, stellt sich die Frage, ob diese aus Sicht der Patientinnen und Patienten akzeptiert wird und deren Anliegen unabhängig wahrnimmt. Entscheidend für die Wahrnehmung der Aufgaben als Patientenbeauftragte ist ihre personelle und organisatorische Ausstattung und die Art und Weise, wie sie ihre beratende Funktion gegenüber der Bundesregierung ausübt. Ein Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag sollte hierüber ebenso Auskunft geben wie über die Nutzung der Kosten- und Leistungsdaten von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern durch die Versicherten sowie der Informationen der Kassen über die Höhe der Beiträge und Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Personal- und Verwaltungsausgaben andererseits. Der Bericht sollte dabei auch auf die Aufklärungsarbeit durch Leistungserbringer, Kassen und Bundesregierung hinsichtlich der neu geschaffenen Informationsmöglichkeiten eingehen und mögliche Hindernisse für die Inanspruchnahme der Informationen aufzeigen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Krankenkassen zu Beginn des Jahres über die für alle Versicherten geschaffene Möglichkeit der Kostenerstattung häufig mit einem negativen Unterton informiert haben und so den Versicherten nahe legten, von der Wahl der Kostenerstattung abzusehen. Es besteht daher Informationsbedarf im Hinblick auf die Praxis der Kassen und hinsichtlich der Akzeptanz der Kostenerstattung durch die Versicherten, vor allem die Pflichtversicherten. Freiwillig Versicherte, die in der Vergangenheit bereits Kostenerstattung wählen konnten, beklagen, dass sie dies nun nicht mehr für einzelne Leistungsbereiche tun können, insbesondere für Zahnbehandlung und/oder Zahnersatz. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion spricht sich dafür aus, zumindest den Altfällen wieder die Möglichkeit der auf einzelne Leistungsbereiche begrenzten Kostenerstattung einzuräumen.

Darüber hinaus werfen Schreiben von Bürgern die Frage auf, ob bei einer Leistungsinanspruchnahme im Ausland die Formulierungen im GKV-Modernisierungsgesetz sicherstellen, dass nur Leistungserbringer zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden können, die die berufsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. Approbation) erfüllen.

Zahlreiche Krankenkassen haben in den zurückliegenden Monaten mit Bonusangeboten geworben, die auf den Erlass der Praxisgebühr oder eine vollständige Reduktion der Zuzahlungen zielten. Diese Angebote sind nicht mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vereinbar, das nur eine Ermäßigung der Selbstbeteiligungen erlaubt. Fraglich ist daher, ob die Aufsichten des Bundes und der Länder die Bonusangebote beanstanden und ob diese sich rechnen und daher mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar sind. Außerdem können die Kassen freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr und Selbstbehalt anbieten. Ob und wie die Kassen über diese Möglichkeiten informieren, ist ebenso wenig bekannt wie die Annahme der Tarife durch die Versicherten.

Zu prüfen ist ferner, ob die bisher nur für freiwillig Versicherte zugänglichen Steuerungsinstrumente „Selbstbehalt“ und „Beitragsrückzahlung“ auf Pflichtmitglieder ausgedehnt werden können. Denn gegenwärtig sind die Pflichtmitglieder von der Möglichkeit einer eigenverantwortlichen Mitwirkung an der Höhe ihrer Beiträge ausgeschlossen. Diese Ungleichbehandlung der überwiegenden Zahl der GKV-Versicherten ist nicht gerechtfertigt.

Neben der Stärkung der Patientensouveränität sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ergriffen worden. Insbesondere die Gründung medizinischer Versorgungszentren sollte unter Wahrung der Freiberuflichkeit des Arztberufes junge Ärztinnen und Ärzte veranlassen, ohne eigenes Investitionsrisiko in der ambulanten Versorgung tätig zu werden und so den sich insbesondere in den neuen Ländern abzeichnenden Ärztemangel zu beseitigen. Die Gründung medizinischer Versorgungszentren wird offenbar vor allem von privaten Klinikbetreibern forciert, indem diese Vertragsarztsitze aufkaufen, die nicht in unterversorgten Regionen liegen. Es zeichnet sich ab, dass die neue Versorgungsform für eine Ausweitung des stationären Sektors zu Lasten der freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzte genutzt wird, zumal die Krankenhäuser für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen sowie im Rahmen von Disease-Management-Programmen zur ambulanten Versorgung geöffnet sind.

Soweit Hausarzttarife angeboten werden, müssen diese dem gesetzlichen Typus der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V entsprechen. Dazu gehört vor allem der Erwerb und Nachweis der besonderen Qualifikation der für diese Versorgungsform befähigten Hausärzte. Deshalb sind hausarztbasierte Versorgungsmodelle, in denen Disease-Management-Programme im Rahmen von integrierten Versorgungsformen nach den §§ 140 ff. SGB V angeboten werden, dann inakzeptabel, wenn sie offensichtlich in der Absicht geschlossen werden, finanzielle Zuweisungen wegen der RSA-Koppelung zu erhalten, gleich-

zeitig bis zu 1 Prozent der Gesamtvergütungen abzuschöpfen und im Übrigen die Bedingungen der im Kompromiss vereinbarten Qualitätsverbesserungen in der hausärztlichen Versorgung zu umgehen.

Ferner ist zu beobachten, dass Krankenkassen bei Verträgen zur Integrationsversorgung nach § 140a SGB V auf eine Bereinigung von Gesamtvergütungsanteilen gemäß § 140d SGB V verzichten. Ärztliche Leistungen, die im Rahmen der Integrationsversorgung erbracht werden, sollen demnach weiterhin aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden. Dies widerspricht der Regelung des § 140d SGB V.

Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass Krankenkassen, wenn sie gemäß § 140d Abs. 1 und 2 SGB V Teile der Gesamtvergütung einer Kassenärztlichen Vereinigung einbehalten bzw. bereinigen, aus diesem Betrag auch sämtliche im Rahmen der Integrationsversorgung erbrachten Leistungen vergüten. Eine Mischfinanzierung muss ausgeschlossen werden.

Schließlich ist festzustellen, dass die geltenden Regelungen nicht ausreichen, um ausreichend Transparenz über die Verwendung von einbehaltenen bzw. bereinigten Mitteln zu gewährleisten, ohne Schiedsämter und Sozialgerichte bemühen zu müssen. Es muss sichergestellt werden, dass die einbehaltenen bzw. bereinigten Mittel im Rahmen von Integrationsverträgen und nicht zur Vergütung anderer Leistungserbringer eingesetzt werden. Obgleich mit Stand Mitte Juli 2004 ca. 100 Vertragsmeldungen von Krankenkassen bei der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierstelle eingegangen sind, sehen einige Kassen den nach § 140d Abs. 1 SGB V erforderlichen Nachweis abgeschlossener Verträge nicht als verpflichtend an.

Probleme treten auch bei der Umsetzung des § 116b Abs. 2 SGB V auf. Bislang gibt es keinen einzigen Vertrag zwischen den Krankenkassen und einem Krankenhaus über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen oder die Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf. Zur Begründung wird seitens der Kassen darauf hingewiesen, dass sie mit der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung bereits eine finanzielle Abgeltung für Leistungen im ambulanten Sektor erbracht hätten. Auch hier bedarf es einer Klarstellung, damit die Regelungen – wie im Kompromiss vereinbart und gewünscht – Wirkung entfalten können.

Diskussionen löste vor kurzem ferner die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel in die Festbetragsregelung aus und in diesem Zusammenhang der Vorschlag forschender Arzneimittelhersteller zur Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel in eine Festbetragsgruppe mit Generika (sog. Jumbo-Gruppen). Auf der Grundlage einer Studie wurde dargelegt, die Generikapreise seien in Deutschland zu hoch, andererseits würde bei der Bildung von Jumbo-Gruppen der Festbetrag für die patentgeschützten Arzneimittel zu niedrig liegen, und daher ein Aufsplitten dieser Gruppe angeregt. Nach Gesprächen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit den betroffenen Verbänden und dem Gemeinsamen Bundesausschuss blieb es aber bei der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgenommenen Gruppenbildung, ohne dass die Gründe hierfür deutlich wurden. Eine Beanstandung erfolgte auch nicht hinsichtlich des Kriteriums therapeutische Verbesserung, obgleich seitens der Pharmazeutischen Industrie Kritik an der Definition der therapeutischen Verbesserung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geübt wurde. Auch hier sind die Beweggründe der Bundesregierung nicht hinreichend deutlich geworden. Schließlich ist für die Akzeptanz der Festbeträge ein Höchstmaß an Transparenz erforderlich. Es ist fraglich, ob bei der Bildung der Festbetragsgruppen für patentgeschützte Arzneimittel ohne signifikante therapeutische Verbesserungen dieser Verfahrensgrundsatz ausreichend beachtet worden ist.

Am 31. Dezember dieses Jahres laufen sowohl der Herstellerrabatt als auch das Preismoratorium bei Arzneimitteln aus. Im Hinblick auf die bereits heute von den Spitzenverbänden der Krankenkassen befürchtete Entwicklung der Arzneimittelausgaben im nächsten Jahr stellt sich die Frage, wie die Bundesregierung diese Entwicklung bewertet und welche Maßnahmen sie ergreifen wird, um die Ausgabenentwicklung in den Griff zu bekommen.

Nachdem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen errichtet und ein Institutsleiter bestellt worden ist, drängt sich die Frage auf, ob angesichts der vielfältigen Aufgaben die sachliche und personelle Ausstattung angemessen ist. Auch ist nicht erkennbar, welche Aufgaben in den nächsten zwei Jahren primär vom Institut angegangen werden und welche Verfahren dabei ggf. entwickelt werden müssen, z. B. bei der Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz ist es dem Apotheker ermöglicht worden, neben einer Hauptapotheke maximal drei Filialapotheken zu betreiben. Dabei bestand zwischen den Verhandlungspartnern der Konsensrunde Einvernehmen, dass es für den Betrieb einer Hauptapotheke mit bis zu drei Filialen nur einer Betriebserlaubnis bedürfe. Ursprünglich hatten Bundesregierung und Koalitionsfraktionen eine Aufhebung des Mehrbesitzverbotes angestrebt und dies mit der kumulativen Erteilung mehrerer Betriebserlaubnisse verknüpft. Gesetzestechnisch setzte diese Regelung voraus, dass die bis dahin geltende Regelung, wonach eine Betriebserlaubnis erlischt, wenn der Apotheker eine neue Betriebserlaubnis erhält, gestrichen wurde. Nach dem Ergebnis der Kompromissverhandlungen wurde es aber versäumt, in das GKV-Modernisierungsgesetz die bis zu seinem Inkrafttreten gültige Regelung wieder aufzunehmen mit der Folge, dass der Inhaber einer Apotheke mehrere Betriebserlaubnisse haben könnte. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion legt Wert darauf, dass der Filialbesitz, der rechtstechnisch an der eigenverantwortlichen Leitung einer Apotheke festhält und der sich auf maximal vier Betriebsstätten erstreckt, nicht dadurch zur Disposition gestellt wird, dass durch die Erteilung mehrerer Betriebserlaubnisse faktisch Mehrbesitz eingeführt wird.

Verunsicherung besteht schließlich bei den Zahntechnikern. Sie weisen darauf hin, dass in Regionen wie Bayern die Kassen in den Verhandlungen bestrebt sind, die Preise für zahntechnische Leistungen unter den bundeseinheitlichen Preis zu drücken, und sich dabei auf das GKV-Modernisierungsgesetz berufen, das einen Preiskorridor von bis zu 5 Prozent über oder bis zu 5 Prozent unter den bundeseinheitlichen Preisen bei zahntechnischen Leistungen vorsieht. Ziel dieses Korridors ist es, die in 16 Bundesländern sehr unterschiedlichen Preisniveaus für zahntechnische Leistungen so zu harmonisieren, dass für die Zahntechniker aus der Angleichung der Preise keine Gefahren für ihre wirtschaftliche Existenz ausgehen. Hierbei ist auch Sorge dafür zu tragen, dass die Zahntechniker in den neuen Bundesländern nicht benachteiligt werden. Denn die mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz vorgenommene Absenkung der Preise um 5 Prozent hat viele Betriebe in existentielle Bedrängnis gebracht. Bestrebungen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Bundesregierung und Koalition zu einer Rücknahme der Preisabsenkung zu veranlassen, nachdem die Anhebung der Mehrwertsteuer auf zahntechnische Leistungen ausgeblieben war und somit den Patienten keine höheren Eigenanteile bei Zahnersatz drohten, blieben ohne Erfolg.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. ein Jahr nach Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes 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 Kran-

kenkassen darzulegen und dabei insbesondere auf folgende Aspekte einzugehen:

- Beurteilung der Finanzentwicklung der GKV bis zum Ende der Legislaturperiode, insbesondere unter Berücksichtigung der Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt und der Verschuldung der Krankenkassen;
- Darstellung der Gesamtbelastungen für Haushalte mit geringem Einkommen aus Beiträgen, Leistungsausgrenzungen und Selbstbeteiligungen in den Jahren 2004, 2005 und 2006;
- Darstellung der Verteilung von Entlastungen für Arbeitgeber und für Arbeitnehmer in den Jahren 2004, 2005 und 2006;
- Steuerungswirkung von Praxisgebühr und anderen Zuzahlungen generell und nach Eintritt der Befreiung;
- Beurteilung der Einführung eines sog. Zuzahlungsheftes zur Vermeidung von Missbrauch;
- Vermeidung von Ungerechtigkeiten zwischen Selbstzahlern und Sozialhilfeempfängern in Heimen;
- Substitution nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch teure verschreibungspflichtige Arzneimittel;
- Unterversorgung und Gefahr einer Dauererkrankung bei Kindern und Jugendlichen mit Allergien durch die Herausnahme nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel;
- Wahrung des Vertrauensschutzes bei der Erhebung von Beiträgen auf Betriebsrenten und Direktversicherungen;
- Darstellung und Beurteilung der Einsparungen, die durch die in § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (in Verbindung mit dem entsprechenden Rahmenvertrag der Spitzenverbände der Krankenkassen und der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheken im Sinne von § 129 Abs. 2 SGB V) eingeführte Verpflichtung zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, deren Abgabepreis mindestens 15 Prozent oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Bezugsarzneimittelpreis, erfolgt sind;
- Darstellung und Beurteilung der Auswirkungen der Begrenzung des Leistungsanspruchs bei künstlicher Befruchtung nach § 27a SGB V auf die Entwicklung der Antragszahlen;
- Akzeptanz der Patientenbeauftragten durch die Patientinnen und Patienten sowie sachliche und personelle Ausstattung und unabhängige Amtsführung;
- Aufklärung über und Nutzung der Kosten- und Leistungsinformationen durch Versicherte;
- Aufklärung über Verwendung der Beitragsmittel durch Kassen;
- Informationen der Kassen über freie Wahl der Kostenerstattung und Möglichkeit, diese wieder auf einzelne Leistungsbereiche zu begrenzen;
- Sicherstellung, dass auch im Ausland nur Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können, die die berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen;
- Übersicht der von den Kassen in Zusammenhang mit Tarifen für Hausarzt, Prävention, Vorsorge, Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programmen angebotenen Boni und Bewertung dieser Tarife und Boni unter juristischen Aspekten und im Hinblick auf finanzielle Folgen sowohl

für die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes als auch für den Risikostrukturausgleich;

- Einhaltung und Beachtung der im Konsens vereinbarten Qualitätsanforderungen an Hausärzte;
- Angebote der Kassen für Tarife mit Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr;
- Gründung medizinischer Versorgungszentren und ihre Folgen für die Freiberuflichkeit des Arztberufes, die angestrebte Beseitigung des Ärztemangels, die Versorgung in strukturschwachen Regionen und den ambulanten Sektor, auch mit Blick auf die Teilöffnung der Krankenhäuser;
- Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, insbesondere über seine sachliche und personelle Ausstattung einschließlich der Frage, welche Aufgaben in den nächsten zwei Jahren primär vom Institut angegangen werden und welche Verfahren ggf. entwickelt werden müssen, z. B. bei der Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln;
- Festbetragsregelung einschließlich einer Beurteilung der Entwicklung von Generikapreisen in Deutschland und eines Vorschlages der forschenden Arzneimittelhersteller zur Änderung der Jumbo-Gruppen sowie einer Bewertung der Definition der therapeutischen Verbesserung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss;
- Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Jahr 2004 und im Jahr 2005 sowie beabsichtigte Maßnahmen der Bundesregierung;

2. zu prüfen, ob gesetzliche Änderungen angezeigt sind, im Hinblick auf:

- die Altersgrenze von 12 Lebensjahren bei nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln;
- die Ermittlung der Belastungsgrenze bei GKV-Versicherten, die im gemeinsamen Haushalt mit einem Beihilfeberechtigten leben;
- eine Klarstellung des Verweises zum Kinderfreibetrag bei der Ermittlung der Belastungsgrenze in § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V;
- die zeitnahe Weitergabe von Beitragssatzänderungen an Empfänger von Versorgungsbezügen;
- die Sicherstellung, dass das Sterbegeld nicht mehr gewährt wird;
- die freie Wahl der Kostenerstattung für einzelne ambulante Leistungsbereiche;
- die Einführung von „Selbstbehalt“ und „Beitragsrückgewähr“ für alle Versicherten;
- die Sicherstellung des Mehrbesitzverbotes durch Gewährung nur einer Betriebslaubnis an den Inhaber einer Apotheke;

3. dafür Sorge zu tragen, dass

- der Übergang der Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bei der medizinischen Behandlungspflege entsprechend der Vereinbarung im Konsens erst ab dem Jahr 2007 vorgenommen wird;
- eine Bereinigung der Gesamtvergütung gemäß § 140d SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgt;
- mit den einbehaltenen bzw. bereinigten Gesamtvergütungsanteilen sämtliche im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen vergütet und Mischformen der Abrechnung ausgeschlossen sind;

- keine Vergütung anderer Leistungserbringer durch einbehaltene bzw. bereinigte Mittel aus Integrationsverträgen erfolgt;
- der Abschluss von Verträgen über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, u. a. durch die Krankenhäuser ermöglicht wird;
- das Verfahren der Festlegung von Festbetragsgruppen transparent gestaltet wird;
- der Preiskorridor von bis zu 5 Prozent über oder bis zu 5 Prozent unter den bundeseinheitlichen Preisen bei zahntechnischen Leistungen auch von den Landesverbänden der Krankenkassen nicht so ausgelegt wird, dass Regionen, in denen die Preise für zahntechnische Leistungen bisher über dem bundesdurchschnittlichen Preis liegen, nunmehr ungeachtet der Kaufkraft erheblich darunter sind und damit die Existenz des hiesigen zahntechnischen Handwerks gefährdet ist, hilfsweise die im Beitragssatzsicherungsgesetz vorgenommene Preisabsenkung um 5 Prozent aufzuheben, zumal die geplante Anhebung der Mehrwertsteuer auf zahntechnische Leistungen unterblieben ist.

Berlin, den 9. November 2004

Horst Seehofer
Andreas Storm
Annette Widmann-Mauz
Dr. Wolf Bauer
Verena Butalikakis
Monika Brüning
Dr. Hans Georg Faust
Michael Hennrich
Hubert Hüppe
Volker Kauder
Gerlinde Kaupa
Barbara Lanzinger
Maria Michalk
Hildegard Müller
Matthias Sehling
Jens Spahn
Matthäus Strebl
Gerald Weiß (Groß-Gerau)
Wolfgang Zöllner
Dr. Angela Merkel, Michael Glos und Fraktion