

Stellungnahme des dbb beamtenbund und tarifunion

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(26)
vom 14.03.05

15. Wahlperiode

zu den Anträgen der FDP-Fraktion:

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen (BT-Drs. 15/940)

Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 15/3511)

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern (BT-Drs. 15/3995)

sowie zum Antrag der CDU/CSU-Fraktion:

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes
- Kritische Bestandsaufnahme (BT-Drs. 15/4135)

Anträge der FDP-Fraktion

1. Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen (BT-Drs. 15/940)

In dem vorliegenden Antrag wird die Notwendigkeit für die Beseitigung der Altersgrenze für Vertragsärzte (§ 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V) insbesondere damit begründet, dass eine flächendeckende Gesundheitsversorgung immer schwieriger sicherzustellen ist. Dies wird auf die Entwicklung der Altersstruktur und der Nachwuchsentwicklung zurückgeführt. So steigt der Anteil der Ärzte, die 60 Jahre und älter sind, zunehmend an, während der Anteil der jüngeren Ärzte stetig sinkt, weil sich junge Mediziner immer seltener für den Beruf als niedergelassener Arzt entscheiden.

Der dbb erkennt an, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung in einigen Teilen Deutschlands, insbesondere in den neuen Bundesländern, zunehmend problematisch wird.

Da die Hauptursache unseres Erachtens im Nachwuchsmangel zu sehen ist, erscheint uns der im Antrag unterbreitete Vorschlag, die Altersgrenze für Vertragsärzte zu beseitigen, als wenig zielführend. Durch eine solche Maßnahme würde die Altersstruktur noch mehr in Richtung ältere Ärzte verschoben. Zudem würde das Problem nur um einige Jahre nach hinten verschoben, denn die älteren Ärzte werden sich auch ohne Altersgrenze zur Ruhe setzen - nur etwas später.

Der dbb plädiert daher dafür, die Ursachen des Nachwuchsmangels anzugehen. Der Vorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Budgetierung von Arztausgaben zu lockern, wenn ein Ärztemangel droht, sollte daher geprüft werden. Dieser Ansatz scheint vor allem in Bezug auf die Problematik der vertragsärztlichen Versorgung in Ostdeutschland vielversprechend. Dort verdienen Fachärzte nämlich rund ein Fünftel weniger als ihre Kollegen im Westen. So lange dieser Einkommensunterschied fortbesteht, ist eine Lösung des Nachwuchsproblems kaum zu erwarten. Dieses Problem wurde ansatzweise bereits erkannt. So wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Zuwachsraten der Ärzte-Budgets im Osten über denen im Westen liegen dürfen.

Fazit: Wenn der Fokus der Maßnahmen darauf gerichtet ist, den Arztberuf für jüngere Mediziner wieder attraktiver zu machen, hat der dbb gegen eine flankierende Lockerung der Altersgrenze in ärztlich unterversorgten Gebieten keine Bedenken.

2. Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 15/3511)

Mit dem vorliegenden Antrag soll den Versicherten die Möglichkeit eröffnet werden, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V auch für einzelne Bereiche zu wählen. Bislang kann diese Beschränkung nur für den Bereich der ambulanten Behandlung insgesamt vorgenommen werden. Ferner sollen sog. Nicht-Vertragsärzte aufgesucht werden können, ohne vorher die Zustimmung der Krankenkasse einholen zu müssen. Eine verpflichtende Beratung durch die Krankenkasse vor Inanspruch-

nahme des Instruments Kostenerstattung, die bislang im Gesetz niedergelegt ist, soll abgeschafft werden.

Das Ziel des Instruments Kostenerstattung, Transparenz über die abgerechneten Leistungen herzustellen und so zu mehr Kostenbewusstsein beizutragen, wird vom dbb explizit begrüßt. Es bestehen keine Bedenken dagegen, auch für einzelne Bereiche die Kostenerstattung zuzulassen, sofern der damit verbundene Verwaltungsaufwand nicht zu umfangreich wird.

Der dbb sieht es jedoch als dringend notwendig an, an der verpflichtenden Beratung der Versicherten durch die Krankenkassen über sämtliche mit einer Wahl der Kostenerstattung verbundenen Konsequenzen festzuhalten. So müssen die Betroffenen darüber informiert werden, dass die zu erstattenden Kosten um einen Verwaltungsabschlag reduziert werden. Ferner müssen sie darüber aufgeklärt werden, dass Arztrechnungen aufgrund der anzuwendenden Gebührenordnung für Ärzte bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte um einiges höher ausfallen können, als die Krankenkasse zu übernehmen berechtigt ist. Hier gilt es, eine Sensibilität für die Gestaltung von Arztrechnungen zu schaffen, um Versicherte in die Lage zu versetzen, selbst dafür zu sorgen, dass ihnen nicht aus Unachtsamkeit hohe Restkosten aufgebürdet werden.

3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern (BT-Drs. 15/3995)

Der dbb hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Koalitionsentwurf zum GMG auf die Gefahr hingewiesen, dass die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die bis Ende 2003 auf Rezept zu erhalten waren, durch teurere verschreibungspflichtige Medikamente ausgetauscht werden könnten. Schon damals befürchteten Experten, dass der beabsichtigte Einspareffekt durch das Ausweichverhalten von Ärzten und Patienten konterkariert werden und zu Mehrausgaben von rund 1,5 Mrd. Euro pro Jahr führen könnte.

Aus diesen Gründen hatte der dbb den Ausschluss dieser Medikamente aus der Erstattungspflicht der GKV abgelehnt. Hilfsweise hatte er vorgeschlagen, die entsprechende Regelung zunächst nur probeweise einzuführen und ihre Wirkung nach gegebener Zeit zu überprüfen. Da die Erfahrungen im Umgang mit der neuen Regelung diese Befürchtungen bestätigen, unterstützt der dbb uneingeschränkt den vorliegenden FDP-Antrag, wonach nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden sollen.

Antrag der CDU/CSU-Fraktion

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes - Kritische Bestandsaufnahme (BT-Drs. 15/4135)

Die im Antrag aufgeworfene Forderung nach einer kritischen Bestandsaufnahme über die Wirkungen des 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wird vom dbb ausdrücklich begrüßt.

Insbesondere unterstützt der dbb die Forderung nach einer Berichterstattung für die folgenden unter Punkt II. 1 aufgeführten Punkte:

Zu Punkt 7 und 8:

Wie der dbb auch in seiner Stellungnahme zum Antrag der FDP-Fraktion „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern“ (BT-Drs. 15/3995) deutlich gemacht hat, sieht er die Gefahr einer Substitution nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch teurere verschreibungspflichtige Arzneimittel durchaus als gegeben. Von daher unterstützt der dbb eine genaue Untersuchung der Wirkungen, die diese Maßnahme entfaltet hat.

Gleiches gilt für die unter Punkt 8 aufgeführte Gefahr einer Unterversorgung und daraus folgend einer Dauererkrankung bei Kindern und Jugendlichen mit Allergien. Da die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auch für diese Gruppe nur bis zum Alter von 12 Jahren von der Krankenkasse übernommen werden, hält der dbb es für nicht unwahrscheinlich, dass finanzschwache Eltern auf notwendige Medikamente für ihre Kinder verzichten und es dadurch zu chronischen Erkrankungen kommen kann.

Zu Punkt 9:

Durch das GMG hat sich die Belastung von gesetzlich krankenversicherten Ruhestandsbeamten und Rentnern mit Krankenkassenbeiträgen teilweise drastisch erhöht. Dies hängt mit der veränderten Beitragsbemessung aus Betriebsrenten und anderen Versorgungsbezügen zusammen, die laut Gesetzesbegründung eine „Gleichbehandlung“ aller Alterseinkünfte zum Ziel hat.

Tatsächlich schießt die vorgenommene Neuregelung deutlich über dieses Ziel hinaus. So werden beispielsweise zwei Gruppen von Empfängern einer Beamtenversorgung in einem unerträglichen Maße belastet. Wir gehen davon aus, dass dies vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt war, zumindest nicht in diesem Ausmaß: die **pflchtigversicherten Ruhestandsbeamte** und die sog. **Altersprivilegierten**. Darüber hinaus sind aber auch **pflchtigversicherte Rentner mit Zusatzrenten** und **freiwillig gesetzlich versicherte Ruhestandsbeamte und Rentner** von den gesetzlichen Änderungen betroffen (s. hierzu die Stellungnahme des dbb zum Antrag der FDP-Fraktion „Zusätzliche Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bei Versorgungsbezügen durch das GKV-Modernisierungsgesetz rückgängig machen“ - BT-Drs. 15/2472).

Der dbb hält es daher für unbedingt erforderlich, neben dem Punkt „Wahrung des Vertrauensschutzes bei der Erhebung von Beiträgen auf Betriebsrenten und Direktversicherung“ noch folgende damit zusammenhängende Punkte in die Berichterstattung aufzunehmen:

„Auswirkungen der beitragsrechtlichen Neuregelungen auf Versorgungsbezüge (betroffene Personengruppen und deren finanzielle Mehrbelastung)“

„Übersicht über laufende Klageverfahren zur beitragsrechtlichen Behandlung von Versorgungsbezügen (mit Einschätzung der Erfolgsaussichten dieser Verfahren)“

Unseres Erachtens bedarf es bei der Einschätzung des Sachverhalts einer genauen Differenzierung, welche Art von Versorgungsbezügen im Einzelfall vorliegt. Je nachdem, ob die betroffenen Versicherten eine Betriebsrente oder eine Beamtenversorgung erhalten, variieren die finanziellen Auswirkungen durch die veränderten Krankenkassenbeiträge ganz erheblich. Nach unseren Erfahrungen haben sich beispielsweise die Krankenversicherungsbeiträge für Empfänger einer Beamtenversorgung in vielen Fällen um mehr als 200,00 Euro erhöht, d.h. die Betroffenen zahlen seit dem 1.1.2004 Beiträge bis zu 500,00 Euro im Monat.

Diese drastische Beitragserhöhung hat die Betroffenen völlig unvorbereitet getroffen. Aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters sind sie auch nicht mehr in der Lage, sich durch entsprechende Vorsorge oder veränderte Planung auf die neue Situation einzustellen. Nach Auffassung des dbb wurde der Vertrauensschutz bei diesem Eingriff in die Finanzplanung von Versorgungsempfängern nicht gewahrt, da keinerlei Übergangsregelungen geschaffen wurden. Im Gegenteil: Eine bereits bestehende Vertrauensschutzregelung für die sog. Altersprivilegierten (§ 240 Abs. 3a SGB V -alt) wurde ohne Übergangsfrist ersatzlos gestrichen.

In Bezug auf die unter II. 2 aufgeführten Prüfaufträge vertritt der dbb folgende Auffassung:

Zu Punkt 1:

In Hinblick auf die oben unter II. 1 zu Punkt 8 aufgeführten Bedenken zur Wirkung der mit dem GMG vorgenommenen Streichung der nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente aus dem Leistungskatalog der GKV auch für Kinder und Jugendliche über 12 Jahren, hält der dbb es für sinnvoll, diesen Punkt nicht nur in die Berichterstattung aufzunehmen, sondern ihn darüber hinaus auch einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen, ob es hier einer Modifizierung bedarf.

Zu Punkt 2:

Der dbb ist der Meinung, dass die Ermittlung von Belastungsgrenzen nach § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wie im CDU/CSU-Antrag unter I. dargestellt, zu einer unverhältnismäßigen Mehrbelastung von Familien führt, in denen ein Teil der Familienangehörigen über die Beihilfe abgesichert ist und ein Teil gesetzlich krankenversichert ist.

Dies hängt damit zusammen, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen die Bruttoeinnahmen des mit dem gesetzlich Versicherten im Haushalt lebenden Angehörigen zur Bemessungsgrundlage gezählt werden, auf die später der Prozentsatz von zwei Prozent (bzw. ein Prozent bei chronisch Kranken), der jedem Versicherten maximal als Eigenbelastung für Gesundheitsausgaben zugemutet werden soll, angewendet wird. Durch die Zusammenrechnung der Einkünfte sämtlicher Familienmitglieder erhöht sich folglich der absolute Betrag, der im Rahmen der Zwei-Prozent-Regelung (bzw. der Ein-Prozent-Regelung) vom Haushalt selbst zu tragen ist.

Dies wird auch bei Familienmitgliedern des GKV-Versicherten so gehandhabt, die nicht in der GKV versichert sind, weil sie einen eigenständigen Beihilfeanspruch haben. Dabei wird auch Beihilfeberechtigten im Zuge der wirkungsgleichen Übertragung der Gesundheitsreform auf die Beihilfe innerhalb ihres Systems die Übernahme von Eigenbehalten bis zu einer zweiprozentigen Belastungsgrenze abverlangt. Die bis zu dieser Grenze getätigten Eigenbehalte können allein im Beihilfesystem geltend gemacht werden. Die vom Beihilfeberechtigten getätigten Eigenbehalte werden deshalb bei der Ermittlung der Belastungsgrenze des GKV-Versicherten nicht berücksichtigt. Hier zählen allein die Zuzahlungen des gesetzlich Krankenversicherten.

Problematisch an dieser Vorgehensweise ist jedoch, dass mit einem Beihilfeberechtigten zusammen lebenden GKV-Versicherten dadurch faktisch höhere Belastungen zugemutet werden, als Haushalten, in denen beide über die GKV abgesichert sind oder alle über einen Beihilfeanspruch verfügen. Im ersten Fall können beide ihre Ausgaben bei der Ermittlung der Belastung geltend machen, d.h. alle Zuzahlungen werden zusammen gezählt, so dass die Zwei-Prozentgrenze schneller erreicht wird. Im zweiten Fall - im Beihilfesystem - wird jeder der Ehepartner für sich betrachtet, wodurch sich die Zwei-Prozent-Grenze immer nur auf das Einkommen der einzelnen Person bezieht.

Die unterschiedlichen Belastungen lassen sich anhand eines **Beispiels** verdeutlichen:

Ein Ehepaar hat ein Familieneinkommen von 50.000 Euro. Der Einfachheit halber sei unterstellt, dass beide gleich viel verdienen, also beide jeweils 25.000 Euro.

Fall a): Sie ist in der GKV versichert, er beihilfeberechtigt

<i>Für sie beträgt die Belastungsgrenze 2% von 50.000 Euro:</i>	<i>1.000 Euro.</i>
<i>Für ihn beträgt die Belastungsgrenze 2% von 25.000 Euro:</i>	<i>500 Euro.</i>
Summe:	1.500 Euro

Für den Gesamthaushalt gilt folglich als maximal zu leistender Eigenanteil ein Betrag von 1.500 Euro. Dabei ist hervorzuheben, dass jeder für sich allein Zuzahlungen bzw. Eigenbehalte bis zur jeweiligen Grenze leisten muss.

Fall b): Beide sind GKV-versichert

Für den Haushalt beträgt die Belastungsgrenze 2% von 50.000 Euro: 1.000 Euro.

Summe:

1.000 Euro

Damit liegt der absolute Betrag, der diesem Haushalt an Belastung zugemutet wird, um 500 Euro unter dem im Fall a). Darüber hinaus können hier beide Zuzahlungen gemeinsam berücksichtigt werden, was ein Überschreiten der Belastungsgrenze und eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen eher ermöglicht.

Fazit: Aus den oben aufgeführten Gründen sieht der dbb bei den Regelungen zur Ermittlung der Belastungsgrenze im Fünften Buch Sozialgesetzbuch dringenden Handlungsbedarf. Es wird folgende Änderung des § 62 SGB V vorgeschlagen:

Änderung des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Art. 1 des Gesetzes v. 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S.), wird wie folgt geändert:

§ 62 wird wie folgt geändert:

In Abs. 2 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht:

1. Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten,
2. Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz,
3. Bruttoeinnahmen von Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, sofern sie nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.“

Zu Punkt 4:

Zwar wurde mit dem GMG bereits eine Verbesserung in Bezug auf die Weitergabe von Beitragssatzänderungen an Empfänger von Versorgungsbezügen eingeführt, indem diese sich nunmehr nach einem Zeitraum von drei Monaten auf die Beitragshöhe der betroffenen Versorgungsbezieher auswirken. Dennoch wäre eine unmittelbare Weitergabe zu bevorzugen. Der dbb unterstützt daher den hier formulierten Prüfauftrag.

Zu Punkt 6:

Wie zum FDP-Antrag „Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ausgeführt, hat der dbb gegen eine Zulassung der Kostenerstattung für einzelne ambulante Bereiche keine Einwände, sofern der damit verbundene Verwaltungsaufwand überschaubar bleibt. Von daher hält der dbb den hier formulierten Prüfauftrag für sinnvoll.

Zu Punkt 7:

Bevor die Einführung von finanziellen Steuerungsinstrumenten wie Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr für alle Versicherten in Erwägung gezogen wird, sollte zunächst deren Wirkungsweise untersucht werden. Es gilt sicherzustellen, dass sie die Eigenverantwortung der Patienten stärken, ohne die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Behandlung zu beeinträchtigen.