

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
98. Sitzung

Berlin, den 16.03.2005, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB
teilweise Stellvertretende Vorsitzende Barbara Lanzinger, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu den Anträgen

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen

BT-Drucksache 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-Drucksache 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-Drucksache 15/3995

Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes - Kritische Bestandsaufnahme

BT-Drucksache 15/4135

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Klingbeil, Lars
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Seehofer, Horst
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Straubinger, Max
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Singhammer, Johannes
Strebl, Matthäus
Weiß, Peter
Zöllner, Wolfgang

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Hajduk, Anja
Höfken, Ulrike
Krüger-Jacob, Jutta
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD)	7,28,38	SV Dr. Robert Paquet (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	7,8,11,15,17,18,19,21,22,24,28,32,33,37
Abg. Erika Lotz (SPD)	8,28	SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	8,25,33
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	8,31	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband)	8,13,17,22,32
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	8,30,33	SV Ralf Blumenthal (Berufsverband der Deutschen Dermatologen)	9,20
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	10,30	SV Dr. Rainer Hess	10,13,21,24,31
Abg. Peter Dreßen (SPD)	11	SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen)	10,12,16,22,29
Abg. Eike Hovermann (SPD)	11,29	SV Lutz Wolf (Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen)	10
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	12	SV Jürgen Sandler (Deutscher Gewerkschaftsbund)	11,29
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	12	SV Dr. Mark Seidscheck (Bundesverband der Arzneimittelhersteller)	11,27
Abg. Karsten Schönfeld (SPD)	13	SVe Monika Koch (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	11,38
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	14,16	SV Peter Schmidt (Pro Generika)	12,13,26
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	14	SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	12,22,27,30
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	16	SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	12,36
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	18,19	SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generikaverband)	13,26
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	19	SV Johannes Clemens (Deutsche Bundesbank)	14
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20,21,22,24	SV Prof. Dr. Eberhard Wille	16,37
Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP)	24,25,27	SVe Gabriele Hesseken (Sozialverband Deutschland)	17
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	24,26	SV Achim Backendorf (Sozialverband VdK Deutschland)	17,33
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	27	SV Stefan Czogalla (Deutscher Beamtenbund und Tarifunion)	18,19
Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU)	33	SV Dr. Wolfram Hartmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte)	19
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	34	SV Dr. Martin Adler (Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren)	20
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	36,38	SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)	23,27
		SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.)	25

		SV Dr. Thomas Muschalik (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	25
		SV Dr. Wilfried Beckmann (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.)	25
		SV Dr. Andreas Crusius (Bundesärztekammer)	26,33
		SV Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer)	26,27
		SV Bernd Delling	28
		SV Robert Festersen (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	30,37,38
		SVe Sabine Mundolf (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen)	34
		SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)	35
		SV Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care)	37

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen

BT-Drucksache 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-Drucksache 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-Drucksache 15/3995

Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes - Kritische Bestandsaufnahme

BT-Drucksache 15/4135

Beginn der Sitzung: 14.06 Uhr.

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie alle herzlich zur heutigen öffentlichen Anhörung begrüßen. Wir haben als einzigen Tagesordnungspunkt die öffentliche Anhörung zu den Anträgen der Fraktion der FDP „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“, BT-Drs. 15/940, „Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drs. 15/3511 und „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern“, BT-Drs. 15/3995, sowie zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes - Kritische Bestandsaufnahme“, BT-Drs. 15/4135.

Für alle vier Anträge ist Berichterstatter Abg. Dr. Hans-Georg Faust (CDU/CSU). Ich darf

Sie als Sachverständige herzlich begrüßen. Sie wissen, dass eine Bandabschrift erstellt wird.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Sie kennen sicher alle die Forderungen von Oppositionspolitikern, dass die Verbeitragung bei den Versorgungsbezügen rückgängig gemacht oder die Altersgrenze von zwölf Jahren bei OTC-Arzneimitteln angehoben werden soll. Welche finanziellen Effekte würden nach Ihrer Einschätzung entstehen, würde man diesem Ansinnen folgen?

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-Bundesverband)): Würde die Verbeitragung von Versorgungsbezügen rückgängig gemacht, so würde dies Beitragseinnahmen in der Größenordnung von etwa zwei Mrd. Euro kosten. Das ist eine dieser Positionen, die sogar mehr Geld ge-

bracht hat als ursprünglich im GMG vorgesehen, zumindest in dieser Größenordnung. So ganz genau bis auf die Stelle hinter dem Komma kann man das noch nicht sagen, aber ursprünglich waren 1,6 Mrd. Euro vorgesehen. Wir nehmen an, dass tatsächlich Mehreinnahmen in der Größenordnung von 2 Mrd. Euro generiert worden sind. Wenn man die Altersgrenze bei den OTC-Präparaten im Rahmen dieser Ausnahmeregelung von 12 auf 18 Jahre hoch setzen würde, würde das nach Aussage unserer Fachleute 50 bis 100 Mio. Euro zusätzlich kosten.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage betrifft Beitragssatzentwicklungen und Einsparungen, die durch das GMG erzielt wurden: Wurde das mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz erwartete Einsparvolumen von 9 bis 10 Mrd. Euro im Jahre 2004 erreicht? Gibt es Leistungsbereiche, in denen die Einsparwirkungen übertroffen wurden? Die Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Insgesamt wurde ein Einsparvolumen bzw. eine Summe von Einsparvolumen und Mehreinnahmen in der Größenordnung von rund 4 Mrd. Euro erreicht. Insoweit ist man mit den Zielen des GMG im grünen Bereich. Allerdings ist in den einzelnen Untergliederungen Unterschiedliches herausgekommen. Beispielsweise sagen unsere Fachleute, dass bei den Zuzahlungsanhebungen statt ursprünglich erwarteten 3,2 Mrd. Euro nur 2,5 Mrd. Euro herausgekommen seien. Auf der anderen Seite ist bei der Verbeitragung von Versorgungsbezügen das Ergebnis um etwa 0,4 Mrd. Euro günstiger ausgefallen.

Bei den Struktureffekten müssen wir sagen, dass wir dort weniger realisieren konnten, als ursprünglich mit 1,5 Mrd. Euro vorgesehen war. Da kommen nur etwa 1 Mrd. Euro heraus. Insgesamt ist das ein Delta von 0,8 Mrd. Euro gegenüber der ursprünglich im Zahlentableau des GMG vorgesehenen Summe aus Einsparungen und Mehreinnahmen, also 9 Mrd. Euro zu 9,8 Mrd. Euro. Das ist eigentlich ein ganz gutes Ergebnis.

In welche Richtung hätte sich die Verschuldung entwickelt bzw. hätten sich die Beitragssätze entwickelt? Das ist ganz klar. Wir haben bereits Mitte 2003 im Zusammenhang mit den

Konsensgesprächen gesagt, dass die Verschuldung verhältnismäßig höher ist als die Zahlen, von denen die Partner der Konsensgespräche ausgegangen sind. Wie sich am Jahresende 2003 dann herausgestellt hat, waren das etwa 8,3 Mrd. Euro. Das bedeutet, dass die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherungen ohne das GMG mindestens um 0,8 Beitragssatzpunkte hätten herauf gehen müssen. Ohne das GMG hätten wir im Laufe des Jahres 2004 eine weiterhin ungebrochene Ausgabendynamik in verschiedenen Bereichen gehabt, die durch die Zuzahlungserhöhung und durch die Leistungsausgrenzung des GMG gebremst worden sind. Insoweit würde ich sagen, dass wir deutlich über 15 % lägen, wahrscheinlich eher bei 15,5 %, als in der unteren Hälfte des 15 %-Bereiches.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage bezieht sich auf die OTC-Regelung. Ich frage die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Verbraucherzentrale Bundesverband: Stellt die OTC-Ausnahmeliste die Arzneimittelversorgung für schwerwiegende Erkrankungen sicher? Wird der medizinische Versorgungsbedarf nach dem anerkannten Behandlungsstandard von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen berücksichtigt?

SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Wir können feststellen, dass die Ausnahmeliste schon viele Probleme abdeckt, dass aber natürlich die Gesamtregelung durch den Ausnahmekatalog nicht unbedingt handlicher geworden ist. Insofern hat auch der Aufwand in den Praxen erheblich zugenommen, weil nicht nur die OTC-Liste zu studieren ist, sondern auch jeweils die Ausnahmeliste. Es gibt keine Erkenntnisse, dass die Sicherstellung von Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen nicht gewährleistet ist, dazu liegen jedenfalls keine konkreten Daten und Zahlen vor.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Aus unserer Sicht stellt die Liste keine Lösung des Grundsatzproblems dar. Im Gesetz wurden zwei Kategorien miteinander verknüpft, die sehr wenig miteinander zu tun haben – Erstattungsfähigkeit und Verschreibungspflicht. Die Ausnah-

meliste lindert für einige Fälle diese Härte. Wir haben es aber mit den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu tun, die eine hohe wissenschaftliche Evidenz vorsehen, um überhaupt positive Entscheidungen fällen zu können. Bei den Präparaten, über die wir sprechen, handelt es sich in der Regel um bereits lang in der Praxis befindliche und zum Teil auch preislich nicht besonders hochwertige Präparate, bei denen es für die Hersteller keinen Anreiz gibt, entsprechende Studien vorzulegen. Insofern wird aus dem nicht Vorhandensein von Studienevidenz des Öfteren der Schluss gezogen, dass ein Nutzen nicht nachweisbar ist. Dieses Problem haben wir zum Beispiel auch im Bereich der schweren Dermatosen – bei Psoriasis und vor allem der schweren Ichthyosen – festgestellt, als es um die Erstattungsfähigkeit von Harnstoffpräparaten ging. Diese sollten auf Antrag der Patienten in die Liste aufgenommen werden, was aber mit Hinweis auf die Gesetzeslage abgelehnt wurde.

Des Weiteren sehen wir ein Problem in dem Bereich der Medikamente, die zur Sekundärprophylaxe, zum Nebenwirkungsmanagement oder auch in der Behandlung von schwangeren und stillenden Frauen eingesetzt werden. Diese Bereiche sind, im Moment jedenfalls, von der Liste, so wie sie formuliert ist, nicht genügend abgedeckt. Der Bundesausschuss arbeitet daran. Nach den letzten Entscheidungen sind wir allerdings auf der Patientenseite relativ skeptisch, dass über diese Korrektur der Liste noch weitere Verbesserungen erreicht werden. Insofern befürchten wir, dass es einzelne Patientengruppen gibt, die vor allem ökonomisch schwer belastet werden, weil sie bestimmte Präparate, die sie vom Arzt bekommen, die auch regulär verschrieben werden, in Zukunft selber bezahlen müssen. Das sind bei Menschen mit schwerer Ichthyose Beträge von bis zu 4.000 Euro für den gesamten Behandlungsbedarf, die Summe bezieht sich also nicht nur auf die OTC-Präparate. Diese Kosten würden für die Gesamtversichertengemeinschaft wirtschaftlich nicht ins Gewicht fallen, für den Einzelnen oder die kleine Gruppe fallen sie aber sehr wohl ins Gewicht. Eine solche ökonomische Abwägung ist im Gesetz nicht vorgesehen. Der Bundesausschuss sieht sich zu einer solchen Abwägung auch nicht in der Lage, obwohl sie notwendig und sinnvoll wäre, um die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es ist ein Punkt, der uns als Abgeordnete sehr beschäftigt. Ich möchte deshalb noch den Berufsverband der Deutschen Dermatologen fragen, was Sie zu dem Punkt „schwerwiegende Erkrankungen“ sagen, insbesondere zur Ichthyosis und Psoriasis? Herrn Dr. Hess möchte ich bitten, sich nochmals zu der Frage zu äußern, die ich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Verbrauchzentrale gestellt habe.

SV **Ralf Blumenthal** (Berufsverband der Deutschen Dermatologen): In der Hamburger Morgenpost vom Montag ist die Geschichte eines Ichthyose-Kranken nachzulesen, die symptomatisch ist und keinen Einzelfall darstellt. Dieser Ichthyose-Kranke ist 19 Jahre alt. Vor drei Monaten hat der behandelnde Hautarzt ein Attest ausgestellt und festgestellt, dass er dringend eine Salbenbehandlung begleitend zur Therapie mit Harnstoff und Salicylsäure benötigt. Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse hat einen Monat später festgestellt, dass die gesetzliche Grundlage für eine Erstattungsfähigkeit nicht gegeben sei. Seit dem 8. März ist dieser Patient im Hamburger UKE in Behandlung. Dieser Fall ist kein Einzelfall. Er zeigt, dass das, was durch OTC-Präparate bei Basisdermatika an kleinen Beträgen eingespart werden kann, in der Folge aufgrund der Unterversorgung von dermatologischen Patienten überkompensiert ausgegeben wird. Dies betrifft darüber hinaus auch andere schwere Krankheitsbilder in der Dermatologie, vor allem die Psoriasis und die Neurodermitis. Es ist gesagt worden, dass die Behandlung mit diesen Präparaten nicht hinreichend wissenschaftlich als Therapiestandard nachgewiesen sei. Hierzu muss man sagen, dass derartige Behandlungen in der Dermatologie nicht einfach gewohnheitsmäßig erfolgen, sondern es gibt hierzu über Jahrzehnte Leitlinien, die eine solche Behandlung als richtig darstellen. Es gibt darüber hinaus im gesamten europäischen Ausland – mit einer einzigen Ausnahme, nämlich Portugal – über alle unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung und –vorsorge hinweg, bei bestimmten Indikationen eine Erstattung dieser Präparate. Es handelt sich dabei um chronische Hautkrankheiten und um schwere Fälle. Es sind zahlreiche Fälle zu beobachten, die zeigen, dass eine Unterversorgung stattfindet und diese zu klinischen Einweisungen führt.

Zweitens kommt es in der Dermatologie massiv zur Substitution, vor allem deshalb, weil der Gemeinsame Bundesausschuss zu einem Antrag der Patientenvertreter zu der Entscheidung gekommen ist, dass der wissenschaftliche Nachweis für eine Standardtherapie nicht gegeben sei. Das zwingt die Hautärzte geradezu dazu, in diesen Fällen auszuweichen, weil niemand einen Patienten, der gesetzlich krankenversichert ist, nicht nach wissenschaftlichen Standards behandeln kann. Damit fällt auch für die Möglichkeit, in diesem Bereich OTC zu verordnen, die Grundlage weg.

SV Dr. Rainer Hess: Es sind drei Punkte, die den Bundesausschuss veranlasst haben, den Harnstoff nicht auf die Liste zu nehmen. Der erste Punkt ist, dass Sie dasselbe Produkt in jeder Drogerie als Pflegemittel kaufen können. Es ist nicht immer ein zugelassenes Arzneimittel, sondern es ist als sehr viel preisgünstigeres, reines Pflegemittel mit demselben Harnstoffgehalt in jeder Drogerie zu erwerben. Da muss man sich die Frage stellen, ob man so etwas auf eine Arzneimittelliste nehmen kann.

Das zweite ist, dass in der Tat eine sehr subtile Studienauswertung und Literaturrecherche – nicht nach Evidenzstufe 1, sondern auf einem sehr niedrigen Evidenzlevel – überhaupt keinen Beleg dafür geliefert hat, dass der Zusatz „Harnstoff“ gegenüber anderen Salben, mit denen man die Feuchtigkeit der Haut erhält, irgendeinen Zusatznutzen hat. Das heißt, denselben Effekt kann man, zumindest nach Maßgabe dieser Studie, mit anderen Pflegemitteln auch erreichen.

Das dritte ist, dass die Zulassung des Harnstoffes, soweit es Arzneimittel sind, nur für geringfügige Erkrankungen erfolgt ist. Auch die Zulassung selber ist nicht auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen gerichtet.

Diese drei Gesichtspunkte haben den Ausschuss veranlasst, diese Entscheidung zu treffen. Es ist eine sehr harte Entscheidung, das weiß ich. Ich habe mich auch sehr schwer mit dieser Entscheidung getan, aber es ist eben die Frage: Kann man etwas auf eine Arzneimittelliste nehmen, was man sehr viel preisgünstiger in jeder Drogerie als Pflegemittel erwerben kann? Wenn dann auch noch Zweifel bestehen, ob der Harnstoff überhaupt zusätzlich wirkt oder ob es nicht nur darum geht, die Haut zu pflegen, damit sie nicht austrocknet, dann kön-

nen wir uns vielleicht in der Arbeitsgruppe „Sekundärprophylaxe“ nochmal damit befassen, aber man kann das nicht so ohne weiteres auf die Liste nehmen.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den Verband der Deutschen Zahntechniker-Innungen: Wird mit der Festzuschuss-Regelung, die wir durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen haben, und mit der festgelegten Höhe des Festzuschusses für den Zahnersatz dem Ziel des Gesetzes, das gleiche Versorgungsniveau zu halten wie vor dem Gesetz, entsprochen oder nicht?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Es ist im Augenblick noch nicht einzuschätzen, was sich an wirklicher Versorgung abspielt. Wir beobachten, dass die Heil- und Kostenpläne im bisherigen Umfang eingehen und bearbeitet werden. Die Umstellung hat möglicherweise an dieser und jener Stelle kleine Verzögerungen bewirkt. Im Großen und Ganzen funktioniert die Genehmigung. Wir stellen allerdings fest, dass der Selbstbehalt in diesen Heil- und Kostenplänen steigt. Das kann wiederum dazu führen, dass Versicherte die tatsächliche Durchführung des Zahnersatzes auf einen etwas späteren Zeitpunkt verschieben. Dies zeigt sich in einem stärkeren Umsatzrückgang bei den Zahn Technikern, der auch schon in entsprechenden Gesprächen thematisiert worden ist. Eine endgültige Beurteilung ist aber erst in einiger Zeit möglich.

SV Lutz Wolf (Verband Deutscher Zahn techniker-Innungen (VDZI)): Aus unserer Sicht stellt sich die Situation sehr viel klarer dar. Wir glauben, dass das Ziel des Gesetzgebers, mit der rein technischen Umstellung der Bezu- schussung das Versorgungsniveau zu erhalten, nicht erreicht wurde. Die Ergebnisse des Gemeinsamen Bundesausschuss haben wesentliche Teile ausgegrenzt, die in der Vergangenheit in den Zahnersatzrichtlinien als wissenschaftlicher Stand anerkannt waren.

Wir müssen darüber hinaus feststellen, dass die Einführung des Systems zu einem dramatischen Versorgungseinbruch geführt hat. Eine

Umfrage, die wir auf der Grundlage von 1.500 Betrieben durchgeführt haben, hat gezeigt, dass nur etwa 35 % der Heil- und Kostenpläne, die eingereicht wurden, in den Krankenkassen bearbeitet wurden. Das heißt, dass noch 65 % der Heil- und Kostenpläne im Augenblick bei den Krankenkassen liegen. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass in den Laboratorien die Umsätze um mehr als 50 % eingebrochen sind. Dass diese Branche nach der Zwangsabsenkung von 5 % im Jahre 2003 nicht leicht tragen kann, ist völlig klar.

Für uns ist wichtig, dass man jetzt wirklich vonseiten aller Verantwortlichen – der Politik sowie der Krankenkassen und Zahnärzte – alles unternimmt, damit das System endlich zum Tragen kommen kann. Es sind noch viele Ungereimtheiten und Widersprüchlichkeiten im Gesetz, die ausgeräumt werden müssen. Ich sage nur als Beispiel: Das Schiedsamt hat sich zum dritten Mal vertagt. Das Ergebnis ist, dass bis heute wesentliche Unsicherheiten bei der Abrechnung von Zahnärzten mit den Krankenkassen bestehen und dadurch auch Unsicherheiten im Verhältnis zwischen Zahnärzten und zahntechnischen Laboratorien. Am Ende steht auch eine Verunsicherung der Bevölkerung, der das nicht verborgen bleibt, so dass man erklären kann, weshalb dieser tiefe Versorgungseinbruch zustande gekommen ist.

Wir glauben, dass an dieser Stelle deutlich nachgebessert werden muss. Dies betrifft einmal die Festzuschüsse, indem man das Versorgungsniveau wieder herstellt, wie die Politik es als Ziel formuliert hat. Zum Zweiten muss auch die Selbstverwaltung, also Zahnärzte und Krankenkassen, dazu beitragen, dass Versorgung wieder stattfinden kann.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den Deutschen Gewerkschaftsbund: Ist die Altersgrenze von zwölf Jahren als Ausnahmetatbestand für die Verordnung rezeptfreier Arzneimittel sinnvoll? Welche Effekte wären von einer Anhebung der Altersgrenze von zwölf auf 16 Jahre in § 34 SGB V zu erwarten? Wie ist hierzu die Auffassung des DGB unter familienpolitischen Gesichtspunkten?

SV **Dr. Robert Paquet** (BKK-Bundesverband): Wir würden uns mit einer

Anhebung der Altersgrenze schwer tun, weil damit gewisse „Mitnahmeeffekte“ zu befürchten sind. Wir glauben, dass die Probleme, soweit sie ernst zu nehmen sind, besser durch eine entsprechende Regelung in § 34 lösbar sind. Damit ließen sich die Kosten deutlich begrenzen. Das heißt, dass es im Vergleich zu den 50 bis 100 Mio. Euro, die entstehen würden, wenn man die Altersgrenze heraufsetzen würde, zu weniger Mehrkosten käme.

SV **Jürgen Sandler** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der DGB schließt sich der Antwort an, dass es dort lösbar ist, wo wirklich medizinische Probleme sind.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller, die ABDA und an Pro Generika: Gibt es valide Zahlen zur Entwicklung der Arzneimittelpreise seit Ende 2004 unter den Aspekten abgelaufenes Preismoratorium, Strukturkomponente und anderer Rahmenbedingungen?

SV **Dr. Mark Seidscheck** (Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH)): Ich kann Ihre Frage insofern beantworten, als wir durch eine neutrale Institution die Preissteigerungen zur Stundenwende Ende 2004/Anfang 2005 haben feststellen lassen. Das Ergebnis waren 1,7 %. Das heißt nicht, dass alle Preise zu dem Zeitpunkt, den ich genannt habe, angehoben wurden. Es gab natürlich auch Preiserhöhungen im laufenden Jahre 2004, die den Vorteil für die Unternehmen haben, dass sie nicht so auffällig aufgezählt wurden wie in der Bild-Zeitung Ende des Jahres.

Zur Struktur kann ich, prognostiziert auf das laufende Jahr, nichts sagen. Wir wissen nur, dass die Strukturkomponente nach Ansicht aller Fachleute das zentrale Problem für die Frage des Ausgabenvolumens für Arzneimittel in der GKV ist.

SVe **Monika Koch** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Nach den mir vorliegenden Zahlen ist im Schnitt bei rund 3 % der Arzneimittel eine Preiserhöhung vorgenommen worden. Es gibt aber auch eine Gruppe von Arzneimitteln, bei denen Preissenkungen in der Größenordnung von 50 % vor-

genommen wurden. Das sind die, die dem Festbetrag neu unterworfen wurden.

SV Peter Schmidt (Pro Generika): Führende Generika-Hersteller haben um die Jahreswende herum erklärt, dass sie die Preise im Jahre 2005 nicht erhöhen würden. An diese Zusage haben sich die Hersteller bisher gehalten. Es sind sogar auf breiter Front Preissenkungen für Generika erfolgt. Eine der spektakulärsten wird die für „Omeprazol“ sein, wo die Preise um rund 30 % sinken werden.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und rankt sich um die integrierte Versorgung, also um den § 140: Wie entwickelt sich Ihrer Einschätzung nach der Gebrauch der Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen der integrierten Versorgung?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband): Ich glaube, sie entspricht der Erwartung. Im Jahre 1999 hat das Parlament die DRGs beschlossen. Zehn Jahre danach ist der Prozess wahrscheinlich immer noch nicht vollständig abgeschlossen. Es ist nicht zu erwarten, dass ein ungleich schwierigeres Unterfangen, wie die Öffnung von Krankenhäusern und die Bildung von integrierter Versorgung, wesentlich schneller von Statten geht. Wenn schon mehr Verträge abgeschlossen wären, könnte dieses nur darauf zurückzuführen sein, dass irgendwo der Status quo zur integrierter Versorgung erklärt worden ist. Dies ist kein sinnvolles Unterfangen. Wir beobachten aller Orten einen echten Suchprozess nach neuen Versorgungsformen. Der wird erst dann in vollem Umfang einsetzen, wenn eine längerfristige Investitionssicherheit für die Beteiligten da ist. Neue, vielleicht sogar sektorübergreifende Unternehmensgründungen oder gar bauliche Veränderungen können nur dann stattfinden, wenn die bisherigen Regelungen verlängert werden. Mit dem jetzigen Entwicklungsstand sind wir durchaus zufrieden.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir hatten im August 2004 312 Verträge, im Dezember 2004 324 Verträge und Mitte Februar diesen Jahres 438 Verträge abgeschlossen. Derzeit ist

das im Rahmen der Anschubfinanzierung bereitgestellte Finanzvolumen nicht in dem Umfang ausgeschöpft, wie wir das erwartet haben. Man kann grob orientierend davon sprechen, dass ca. ein Drittel der Verträge ausschließlich von Krankenhausträgern im Bereich des stationären Versorgungssektors abgeschlossen werden, ein Drittel sektorenübergreifend und der Rest in Mischstrukturen. Die Charakteristik dieser Verträge lässt die Frage nach der Entwicklung durchaus kritisch erscheinen. Die meisten Verträge sind Umwandlungen bestehender Altstrukturverträge, Zusatzverträge und häufig auch indikationspezifische Verträge zu einzelnen Operationsarten, dies erklärt die Vielzahl der Verträge. Klassische sektorenübergreifende Verträge gibt es derzeit nur sehr wenige.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich kann nahtlos an die Ausführungen meines Vorredners anknüpfen. Die Zahl der vorliegenden Verträge mit ca. 400 ist auf den ersten Blick beeindruckend. Wenn man sich die Verträge genauer anschaut, sind dies praktisch teilweise Aufgüsse vorhandener Zusammenarbeitsformen. Das heißt, dass ein echter Durchbruch einer sektorübergreifenden Versorgung nicht festzustellen ist. Nach unserem Verständnis sollte die Integrationsversorgung ein Wettbewerbsinstrument sein. Wir sind für den Ausbau der Integrationsverträge. Wir halten dies für eine Versorgungsform der Zukunft. Wir hatten allerdings den Glauben, dass diese Versorgungsform tatsächlich sektorübergreifend ist, dass im Wege von Einkaufsmodellen Leistungen gebündelt werden, die im Interesse des Patienten sinnvoll sind und dass die Leistungserbringer transparent werden. Nach Aussagen des BMGS dürfen Krankenhäuser im Zuge der Integration nicht ambulant behandeln, es sei denn, dass ein Vertragsarzt zustimmt. Da komme ich wieder an die Schranke, die man plakativ mit „Sicherstellungsauftrag“ beschreibt. Wir wünschen uns, dass im Rahmen der Integration alle Hemmnisse abgebaut werden, damit es zu echten Wettbewerbsmodellen kommt.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Frage an Pro Generika und den Deutschen Generikaverband: Hat sich mit der Einführung der ersten Jumbo-Gruppen die Befürchtung bewahrheitet, dass diese zu einem Anstieg der Generikapreise führt?

SV Peter Schmidt (Pro Generika): Auf den ersten Blick gibt die Jumbo-Gruppen-Bildung den Generika-Herstellern Spielräume zu Preiserhöhungen, denn die Festbeträge der Jumbo-Gruppen setzen sich zusammen aus den Preisen für die noch patentgeschützten Arzneimittel und den Preisen für die Generika, für die bereits eine Festbetragsgruppe der Stufe 1 bestand. Der neue Festbetrag der Jumbo-Gruppe, der immer einer der Stufe 2 ist, liegt mehr oder minder deutlich über dem Festbetrag der Stufe 1. Die Generika-Hersteller haben diese mögliche Preisdifferenz nicht nur nicht ausgeschöpft, sondern sie haben ihre Preise weiter gesenkt. Die Preise für Generika lagen bereits zum Ende des vergangenen Jahres mehr oder minder deutlich unter den Festbeträgen der Stufe 1 und sind jetzt weiter zurückgenommen worden. Die theoretische Möglichkeit eines Preisanstiegs bestand und besteht, aber sie wird nicht zuletzt wegen des gnadenlosen Wettbewerbs im Generika-Segment mit Sicherheit nicht ausgeschöpft werden.

SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generika-Verband): Es ist nicht richtig, dass die Befürchtungen, durch die Jumbo-Gruppen würden die Generika-Preise steigen, sich bewahrheitet haben. Tatsächlich gab es Preiserhöhungen von Original-Herstellern, die in den Jumbo-Gruppen unter dem Festbetrag lagen. Diese haben ihre Preise teilweise auf Festbetragsniveau erhöht. Es ist nicht überraschend, dass es keine Preiserhöhungen gegeben hat, weil der Generika-Markt in Deutschland noch von einer ausreichenden Anzahl unabhängiger Wettbewerber und von einem funktionsfähigen Wettbewerb geprägt ist. Dieser Wettbewerb bewirkt, dass schon seit Jahrzehnten und nicht erst seit kurzem Generika-Preise sinken. Die These steigender Generika-Preise durch Jumbo-Gruppen basiert deshalb schlicht auf einer Unkenntnis der Funktion des Generika-Marktes. Gleiches gilt für zurzeit stattfindende Versuche, die Preisstabilität nach Einführung von Jumbo-Gruppen als Ergebnis freiwilliger Selbstverpflichtungen darzustellen. Einzig der funktionsfähige Wettbewerb einer Vielzahl unabhängiger Anbieter und nicht freiwillige Selbstverpflichtungen sichern sinkende Generika-Preise. Diese Funktion des funktionsfähigen Wettbewerbs ist zurzeit durch eine starke Anbieterkonzentration gefährdet. Es zeigt sich, dass in Wirkstoffmärkten, wo die Konzentration

schon sehr hoch ist, die Preisvorteile der Generika nicht so hoch sind wie in wirklichen Wettbewerbs-Märkten. Ein Hauptgrund dafür ist die Verschärfung von Aut-idem. Ich würde mir wünschen, dass bei dem Thema „Bilanzierung-GMG“ mehr auf die Wirkung der Aut-idem-Regelung auf den Generika-Wettbewerb eingegangen wird.

Abg. Karsten Schönfeld (SPD): Ich habe eine Frage zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Frage richtet sich an Dr. Hess und an den Bundesverband der Verbraucherzentralen: Wie beurteilen Sie das vorgelegte Methodenpapier im internationalen Vergleich ähnlicher Institutionen?

SV Dr. Rainer Hess: Das Institut hat das Methodenpapier einer sehr breiten Diskussion unterzogen und in einer Veranstaltung mit internationalen Wissenschaftlern erarbeitet, an der ich auch persönlich teilgenommen habe. Es ist dann nochmal neu gefasst worden. Von daher kann man sagen, dass dieses Papier mit Sicherheit dem internationalen Standard der Methodenbewertung entspricht und mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmt ist.

SV Dr. Stefan Etgeton (vzbv): Ich kann das unterstreichen, was Herr Dr. Hess gesagt hat. Ich möchte auf einen Punkt besonders hinweisen: Wir haben uns sehr gefreut, dass in dem Methodenpapier insbesondere die Bedeutung patientenrelevanter Endpunkte zur Bewertung von Studien eine hohe Rolle spielt, dabei auch Aspekte der Lebensqualität berücksichtigt werden und gleichzeitig die patientenrelevanten Endpunkte schon im Vorfeld einer Untersuchung durch das Institut mit den entsprechenden Patienten, Betroffenen, betroffenen Organisationen definiert und abgestimmt werden sollen. So ist es im Ablauf des Methodenpapiers vorgesehen. Wir halten das für sachgerecht und sinnvoll. Es entspricht auch den internationalen Vorbildern, etwa England und Wales.

Was den Bereich der Patienteninformation angeht, gibt es dort auch einen eigenen Abschnitt zur evidenzbasierten Patienteninformation, wozu es bereits eine Anhörung im Rahmen des Instituts gegeben hat. Wir sehen dort durchaus noch weiteren Diskussionsbedarf.

Uns ist signalisiert worden, dass die Diskussion auch weitergehen wird. Insofern ist dieses Papier zwar erstmal auf einen bestimmten Stand, aber nach Auskunft von Herrn Prof. Sawitzki als „work in progress“ zu verstehen, also der weiteren Verbesserung fähig und an einigen Stellen auch durchaus bedürftig.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Die heutige Anhörung bietet unserem Ausschuss zum ersten Mal nach gut einem Jahr die Gelegenheit, die Wirkung der Gesundheitsreform auf den Prüfstand zu stellen und zu analysieren. Es hat sich gezeigt, dass die Einsparziele weitgehend erreicht und Überschüsse erwirtschaftet worden sind, Beitragssenkungen auf breiter Front aber bislang ausgeblieben sind. Deshalb meine Frage zunächst an die Deutsche Bundesbank: Sie haben sich in der schriftlichen Stellungnahme – und auch gestern und heute – bereits öffentlich gegen rasche Beitragssenkungen ausgesprochen und eine Priorität für den Schuldenabbau gesetzt: Wie hoch war der Bruttoverschuldungsstand der Krankenkassen vor In-Kraft-Treten der Reform, also zum Jahreswechsel 2003/2004? Wie hoch waren die Rücklagen der nicht verschuldeten Krankenkassen und wie groß ist damit das finanzielle Konsolidierungspotential, das im Zeitraum bis 2007 erreicht werden muss?

Sie haben erklärt: „In der Tat ist vor allem unter dem Aspekt der Vorsicht ein möglichst schneller Schuldenabbau geboten“. Wie beurteilen Sie den Überschuss des vergangenen Jahres im Hinblick auf die von Ihnen gesehene Notwendigkeit eines schnellen Schuldenabbaus? Welches Potential für Beitragssenkungen sehen Sie in diesem Jahr, wenn Sie den Zusammenhang mit Schuldenabbau auf der einen Seite und möglichen Ausgabenrisiken sowie vor allen Dingen der problematischen Entwicklung der Einnahmenbasis auf der anderen Seite gegenüberstellen?

SV Johannes Clemens (Deutsche Bundesbank): Die Verschuldungen der Krankenkassen, die wir im Monatsbericht Juli genannt haben, haben wir den Antworten der Bundesregierung auf zwei Anfragen von Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion und der FDP-Fraktion entnommen. Dort wurden Zahlen genannt, die eine Nettoverschuldung von 6,0 Mrd. Euro auswiesen. Wenn man dort nur die negativen Vermögen zusammengezählt hat,

kam man auf 8,3 Mrd. Euro negative Vermögenswerte. Daraus haben wir geschlossen, dass eine Bruttoverschuldung von 8,3 Mrd. Euro zum Ende 2003 bestanden hat.

Die Bundesbank selber verfügt über andere Statistiken, die für diese Fragestellung weniger geeignet sind. Die Bankenstatistik weist nur Zahlen von den Sozialversicherungen insgesamt aus, also nicht differenziert nach Sozialversicherungszweigen, und auch nur die Verschuldungswerte bei den Banken. Ende 2003 war dies ein Wert von 5,25 Mrd. Euro. Daraus lässt sich aber nicht unmittelbar auf die Verschuldungssituation der Krankenkassen selber schließen.

Zu der Mahnung zur Vorsicht, was die Beitragssatzsenkungen in diesem Jahr angeht: Wir haben uns nicht gegen Beitragssatzsenkungen ausgesprochen, das möchte ich betonen. Wir haben nur gesagt, dass die Frage von Beitragssatzsenkungen eine zeitliche ist. Die Krankenkassen müssen laut gesetzlicher Vorgabe ihre Schulden bis Ende 2007 abgebaut haben. Es stellt sich die Frage, wie schnell sie diese Schulden abbauen. Angesichts der Erfahrungen mit vergangenen Gesundheitsreformen, in denen sich die finanziellen Verbesserungen in der Regel nur als vorübergehend erwiesen haben, haben wir die Notwendigkeit gesehen, dort zur Vorsicht zu mahnen und im Zweifel zunächst abzuwarten, wie sich die finanzielle Entwicklung in diesem Jahr darstellen wird. Dies erfolgte auch vor dem Hintergrund, dass sich im vierten Quartal des Jahres 2004 nochmals eine deutliche Verbesserung der Finanzlage ergeben hat, diese aber wiederum auf einen Basiseffekt zurückzuführen ist, der auf Vorzieheffekten Ende 2003 beruht. Insofern herrscht einiges an Unklarheit über die aktuelle finanzielle Entwicklung. Unsere Stellungnahme war so gemeint, dass es uns sinnvoll erscheint, die aktuelle Finanzentwicklung in diesem Jahr abzuwarten und dann zu schauen, ob sich ein Beitragssatzsenkungspotential ergibt. Es geht bei dem Beitragssatzsenkungspotential nur um die Frage der zeitlichen Verteilung von Beitragssatzsenkungen, also darum, ob wir die Beitragssätze heute, in diesem Jahr oder vielleicht erst später, wenn wir eine genauere Übersicht haben, senken.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wenn wir von einer

Bruttoverschuldung von 8,3 Mrd. Euro ausgehen, die Ende 2003 bestand, bis Ende 2007 die Verschuldung vollständig abgebaut haben müssen, und die Rücklagen aufzufüllen sind, dann würde das bedeuten, dass wir in jedem Jahr 2,25 Mrd. Euro in die Entschuldung stecken müssen. Von den 4 Mrd. Euro Überschuss, die im vergangenen Jahr erzielt wurden, bleiben rechnerisch 1,7 Mrd. Euro übrig, um sie für Beitragssatzsenkungen zu verwenden. Stimmen Sie dieser Auffassung grundsätzlich zu? Warum wird dieses Potential von 1,75 Mrd. Euro nicht für Beitragssenkungen ausgeschöpft? Welche Risiken sehen Sie für die finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Jahr, insbesondere auch nachdem gestern der Schätzerkreis getagt hat? Vielleicht können Sie uns über die Ergebnisse informieren. Welche Auswirkungen hat dies auf Entscheidungen über Beitragssatzsenkungen?

Im Jahr 2004 sind die Beitragseinnahmen der Kassen um fast 1 % gesunken, wenn man die höheren Beiträge auf Betriebsrenten jetzt herausrechnet. Zugleich sind allerdings die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten nach Angaben der Bundesregierung um 1,3 % gestiegen. Wie erklären Sie sich diese deutlich gegenläufige Entwicklung von Beitragsbasis und Beitragseinnahmen? Welche Rolle spielen dabei die schon erfolgten Beitragssenkungen?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Die erste Frage ist einfach zu beantworten, aber nur in ihrem ersten Teil. Ich stimme Ihrer Auffassung zu.

Der zweite Teil der Frage, warum das Potential in der Größenordnung von 1,75 Mrd. Euro nicht sofort in Beitragssatzsenkungen umgesetzt werde, ist schwieriger zu beantworten. Man muss die Lage differenziert betrachten, weil die Situation bei jeder Krankenkasse anders ist. Die 8,3 Mrd. Euro verteilen sich ziemlich unterschiedlich auf die einzelnen Kassen. Es gibt auch einzelne Kassen, die noch vorhandene Rücklagen haben. Insoweit stellt sich für jede Kasse die Lage etwas anders dar. Allerdings muss hier, auch wenn es nicht so gerne gehört wird, nochmals eine generelle Skepsis deutlich gemacht werden. Wir haben mit den jetzt vorliegenden Daten eine statistische Basis von eingeschränkter Validität. Wir haben hier die vierte KV 45, d. h. die vierte Vierteljahresstatistik des Jahres 2004. Wenn man

diese kumuliert, kann das durchaus von den validen Jahresergebnissen der KJ 1 abweichen, die wir erst Ende Mai/Anfang Juni vorliegen haben. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass es dabei durchaus zu Abweichungen in der Größenordnung von einer halben bis sogar zu 1 Mrd. Euro kommen kann. Insoweit sind wir durch die gegenwärtig vorliegenden Daten mit den 4 Mrd. Euro optimistisch gestimmt, aber das ist noch keine sichere Bank.

Zweiter Unsicherheitsfaktor sind die Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben im Moment keinen genauen Überblick darüber, wie unsere Mitgliederzahlen tatsächlich aussehen. Die Statistik muss wiederholt bzw. nachgearbeitet werden. Das ist Konsens mit dem Ministerium und wird im April geschehen. Wir haben Probleme durch unterschiedliche Meldeschwierigkeiten durch die Hartz-IV-Empfänger. Außerdem ist die Situation zwischen den beiden Jahren nicht ganz vergleichbar, weil wir nach unserer Statistik auch Hinweise darauf haben, dass die Mitgliederzahl der gesetzlichen Krankenversicherung sinkt, und, um es vollständig zu machen, auch die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gesunken ist. Das sind Probleme, die Kalkulationsunsicherheiten auslösen. Im Übrigen haben wir gerade im Laufe des letzten Jahres im Zusammenhang mit dem Schuldenmanagement sehr intensive Diskussionen gehabt, in denen uns bei jeder Art von Beitragssatzveränderung das so genannte „Vorsichtsprinzip“ nahe gelegt wurde. Dies bedeutet, dass bei Beitragssatzanhebungen aber auch bei Beitragssatzabsenkungen im Auge zu behalten ist, dass den Versicherten kein „Jojo-Spiel“ zugemutet wird. Das würde das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung noch mehr strapazieren, als dies ohnehin schon der Fall ist. Wir halten nichts davon, dass wir jetzt vielleicht 0,1 bis 0,2 Beitragssatzprozentpunkte an Absenkung an die Versicherten weitergeben, die wir dann möglicherweise im Oktober wieder zurücknehmen müssten. Hinzu kommt das Risiko von Sonderkündigungsrechten, das für einzelne Kassen im Wettbewerb auftauchen würde.

Die Risiken in diesem Jahr liegen zunächst in der Ausgabenentwicklung. Der wesentliche Teil sind dabei die Arzneimittel. Wir haben eine Strukturkomponente, die mindestens 9 % Steigerungen im letzten Jahr ausgemacht hat. In diesem Jahr haben wir nicht mehr den Sonderrabatt von 10 %. Unsere Festbetragsbemü-

hungen konnten dieses Einsparvolumen nicht voll kompensieren, weil das alles einem bestimmten Zeittakt folgt, da bleibt ein Delta von mindestens einer halben Mrd. Euro übrig. Die Arzneimittellentwicklung hat weiterhin eine starke Dynamik. Wir müssen dort mit Ausgabensteigerungen rechnen. Auf der anderen Seite sind unsere Beitragseinnahmen nicht besonders günstig. Es ist bekannt, dass die Wirtschaftsforschungsinstitute ihre Prognosen wieder herunter gesetzt haben. In dieser Situation wäre es von einer Selbstverwaltung nicht verantwortungsvoll, die Beitragssätze auf der Basis unsicherer statistischer Daten abzusenken oder schon jetzt abzusenken. Man kann auf der Basis der KJ 1, also der abgeschlossenen Jahresstatistik Ende Mai, in den Verwaltungsratssitzungen im Juni vernünftig darüber reden, ob man in den genannten Größenordnungen zu der Zwangsabsenkung um 0,9 % noch etwas dazugibt. Das ist der Zeitpunkt, zu dem man auf einer validen Basis steht und es wirklich Sinn macht, darüber zu reden.

Zu dem dritten Teil ihrer Frage hinsichtlich der Steigerung der beitragspflichtigen Einkommen übergebe ich an Dr. Leber.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband): Hier handelt es sich um einen Scheinwiderspruch, weil in bestimmten Bereichen die beitragspflichtigen Einnahmen rekursiv berechnet werden, d. h. in den 1,3 %, die Sie hier richtigerweise nennen, ist die höhere Beitragsbelastung für die sonstigen Versorgungsbezüge mit enthalten. Deswegen widersprechen sich die beiden Aussagen nicht.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Zum gleichen Sachverhalt an den Sachverständigen Prof. Dr. Eberhard Wille die Frage: Wie sieht es mit der von allen gewünschten Beitragssenkung aus? Wie beurteilen Sie die Entwicklung in diesem Jahr im Hinblick auf Ausgabenrisiken, insbesondere im Arzneimittelbereich, und auf die Einnahmenseite bezogen? Bei der Einnahmenseite bitte ich Sie, folgendes zu berücksichtigen: Wir haben für die Rentenversicherung etwas früher aussagekräftige Daten, die besagen, dass wir im Januar und Februar nicht nur keinen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen haben, sondern einen deutlichen Rückgang wegen der Arbeitsmarktkrise. Deshalb die zusätzliche Frage: Halten Sie eine über die bisherige hinausgehende Reform der

Finanzierungsgrundlagen für erforderlich oder ist das bisherige System mit seiner überwiegend auf die Löhne und auf die gesetzlichen Renten basierenden Beitragsbasis mittel- und langfristig zukunftsfähig?

SV Prof. Dr. Eberhard Wille: Der Wunsch der Politik nach Beitragssatzsenkungen ist verständlich. Die Schuldentilgung, da schließe ich mich dem Vertreter der Bundesbank an, ist aber nicht weniger wichtig, da sie späteren Beitragssatzerhöhungen vorbeugt oder spätere Beitragssatzsenkungen möglich macht. Ich kann mich Herrn Paquet anschließen, was das Verhalten der Kassen angeht. Wenn eine Kasse heute absenken würde und befürchten müsste, in einem halben Jahr die Beiträge wegen des schwachen Wachstums der Finanzierungsbasis wieder erhöhen zu müssen, würde dies in der Wahrnehmung der Versicherten stärker zu Buche schlagen als die Absenkung. Zudem bestünde die Möglichkeit zum Kassenwechsel, so dass ich die Vorsicht der Kassen verstehen kann. Das Gesetz enthält auch eine sich teilweise ausschließende Forderung, was ich an einem ganz einfachen Zahlenbeispiel klar machen kann. Wir unterstellen einmal: Eine Kasse hat 100 Mio. Euro Überschuss gemacht, aber 600 Mio. Euro Defizit. Sie müsste nach der einen Vorschrift von den 100 Mio. Euro eigentlich etwa 2/3 in die Beitragssatzsenkung fließen lassen und etwa 1/3 in die Entschuldung. Nach der anderen gesetzlichen Vorschrift müsste sie von 600 Mio. Euro eigentlich 150 Mio. Euro tilgen, d. h. beides zugleich. Dies ist schlecht möglich. Da müsste man schon erheblich höhere Überschüsse haben.

Ich befürchte in diesem Jahr stärker von der Einnahmenseite als von der Arzneimittelseite her finanzielle Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung, weil sich die Beitragsbemessungsgrundlage in der heutigen Form doch als zu schwach erweist.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Ich frage zunächst die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Verbraucherzentrale Bundesverband zur Neuregelung der Beitragspflicht bei Betriebsrenten und Direktversicherungen. Dieser Sachverhalt hat häufig zu Klagen geführt, die unter anderem auf die Verletzung des Vertrauensschutzes gestützt worden sind: Wie beurteilen Sie diese Neuregelungen unter rechtlichen Aspekten?

Ich schließe zum gleichen Sachverhalt die Frage an den Sozialverband Deutschlands und den VdK Deutschland an: Welche Auswirkungen hat die Neuregelung der Beitragspflicht bei Betriebsrenten auf die Rentnerhaushalte, wenn man sie im Kontext mit dem Übergang zur nachgelagerten Besteuerung der Renten, der Beitragsverdopplung bei der Pflege und der anstehenden bzw. bereits vollzogenen Nullrunde bei den Renten sieht?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Wir halten die Regelungen im GMG für vertretbar. Wir glauben, dass dem Vertrauensschutz ausreichend Rechnung getragen worden ist. Die Beitragseinnahmen, die dadurch zusätzlich generiert worden sind, entsprechen unseres Erachtens der Generationengerechtigkeit. Rechtliche Probleme in diesem Zusammenhang sind uns zumindest nicht bekannt. Auf der anderen Seite ist es sicher legitim, dass einzelne, die davon betroffen sind, ihr Glück versuchen, dies gerichtlich klären zu lassen. Das ist jedem Bürger in einem Rechtsstaat unbenommen.

SV Dr. Stefan Etgeton (vzvb): In der Tat ist es sinnvoll, wenn die Frage der Besitzstände und des Vertrauensschutzes gerichtlich geklärt wird. Man muss bei der Frage allerdings auch bedenken, dass wir, in der Vergangenheit und auch nach der Neuregelung, eine gewisse Mehrbelastung der jüngeren Versicherten haben und die älteren Versicherten, die über zum Teil noch erhebliche Vermögen verfügen, die vorher nicht verbeitragt werden konnten, zu sehr geringen Anteilen an den Gesundheitskosten beteiligt werden. Wir sind jetzt, so weit ich weiß, nach der Regelung bei einem Prozentsatz von 42 %. Das muss man im Rahmen der schon angesprochenen Generationengerechtigkeit mit bedenken. Insofern hielten auch wir diese Regelung für vertretbar, zumal in einem gesetzlichen System ein Vertrauensschutz, das erleben wir an vielen anderen Punkten auch, anders funktioniert als in einem privatrechtlichen System, in dem Verträge für bestimmte Leistungen nach bestimmten Bedingungen abgeschlossen werden und dann nur unter sehr schweren Umständen zu ändern sind.

SVe Gabriele Hesseken (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Die Auswirkungen der

Verdoppelung des Beitrages auf Versorgungsbezüge bei Rentnern halten wir für verheerend. Diese Maßnahme hat zu erheblicher Verärgerung bei den Betroffenen geführt, insbesondere aus Vertrauensschutzwägungen. Schließlich haben in jüngeren Jahren viele auf Lohnerhöhungen zu Gunsten von Betriebsrenten verzichtet. Mit einer Verdoppelung der Krankenversicherungsbeiträge auf diese Bezüge war damals nicht zu rechnen. Angesichts der weiteren Maßnahmen der Bundesregierung, die Renten zu mindern, kann man davon ausgehen, dass die Lebensstandardsicherungsfunktion der Renten derzeit nicht mehr gewährleistet ist.

SV Achim Backendorf (Sozialverband VdK Deutschland): Die Mehrbelastung der Betriebsrente mit Krankenversicherungsbeiträgen findet bei den Betroffenen überhaupt keine Akzeptanz. Wir waren selbst über das Ausmaß überrascht. Tausende von Anrufen haben uns erreicht. Es war überhaupt kein Vertrauensschutz gewährleistet. Zum 1. Januar 2004 sind von heute auf morgen zum Teil auch sehr alte Menschen mit 100 Euro pro Monat und mehr belastet worden. Sie fühlten sich absolut ungerecht behandelt. Es betrifft aber nicht nur die älteren Menschen. Auch jüngere Menschen sind betroffen, weil das Vertrauen bei den Betriebsrenten und Direktversicherungen in die betriebliche Altersversorgung absolut enttäuscht worden ist. Die Leute haben darauf vertraut, dass sie die Einmalzahlung in Anspruch nehmen können und sind von dem Krankenversicherungsbeitrag überrascht worden. Sehr viele jüngere Menschen werden sich sehr stark überlegen müssen, ob sich Vorsorge überhaupt lohnt, wenn nachher eine gesetzliche Änderung kommt, von der sie überrascht werden und bei der das ganze wieder aus einem anderen Bereich abgeschöpft wird. Wir sehen darin einen Verstoß gegen den Vertrauensschutz, gegen das Solidarprinzip im Sinne der Generationengerechtigkeit und gegen das Versicherungsprinzip. Wenn es normal ist, dass man als Erwerbstätiger in die Krankenversicherung einzahlt und im Alter, wenn das Risiko, krank zu werden, größer ist, auch zu einem vorhersehbaren Beitrag versichert ist, kann ein Rentner nicht mit dem doppelten Betrag belastet werden.

Hinzu kommen erhebliche Kumulierungseffekte bei den Betriebsrenten: voller Pflegeversicherungsbeitrag, Alterseinkünftegesetz sowie die Versteuerung zum 1. Juli 2005. Es wird

wieder erheblichen Ärger geben, dass Rentner einen Sonderbeitrag für Krankengeld entrichten müssen, obwohl sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Die Verärgerung und Enttäuschung ist sehr groß, und die Bevölkerung, hier die Rentnerinnen und Rentner, haben keinerlei Akzeptanz für solche Regelungen.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine Frage betrifft gemeinsame Haushalte von GKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten und geht an den Deutschen Beamtenbund und Tarifunion sowie an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie beurteilen Sie die in § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgesehene Anrechnung der Bruttoeinnahmen von Beihilfeberechtigten bei der Ermittlung der Belastungsgrenze des gesetzlich Versicherten? Welche Unterschiede ergeben sich im Hinblick auf die Zuzahlungen allgemein? Wie verhält es sich im Hinblick auf die Belastungsgrenze von 1 % oder 2 %, wenn der Beihilfeberechtigte chronisch krank ist, also der 1 %-Grenze unterliegt? Gibt es ggf. Konfliktlösungsmöglichkeiten?

SV Stefan Czogalla (Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb)): Es ist in der Tat problematisch, dass bei Fällen, in denen eine Person beihilfeberechtigt und die andere gesetzlich krankenversichert ist, mal wieder ein klassischer Konflikt auftritt, weil mit derartigen Konstellationen anscheinend selten gerechnet wird. Es ist so, dass die Belastungsgrenze bei dem gesetzlich Krankenversicherten so ermittelt wird, dass das gesamte Familieneinkommen zugrunde gelegt wird, während das bei dem Beihilfeanspruch nicht der Fall ist. Wir haben in unserer Stellungnahme ein Beispiel gebildet, in dem einer in der GKV versichert und der andere beihilfeberechtigt ist. Wenn tatsächlich jeder ein Einkommen von 25.000 Euro hat, so führt das dazu, dass dies im Bereich der Krankenversicherung mit zwei Prozent von 50.000, d. h. 1.000 Euro berücksichtigt wird. Bei der Beihilfe gibt es ähnliche Regelungen im Rahmen der wirkungsgleichen Übertragung der Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da haben wir nochmal zwei Prozent von 25.000, so dass wir eine Belastung von höchstens 1.500 Euro haben. Wenn beide in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben wir hingegen nur zwei Prozent bezogen auf 50.000 Euro Gesamteinkommen, also 1.000 Euro, so dass wir eine

Mehrbelastung von 500 Euro im Höchstfall haben, für die wir keinen Grund sehen.

Wir haben einen Lösungsvorschlag vorgesehen, wonach bei den gesetzlich Krankenversicherten die Einnahmen desjenigen, der beihilfeberechtigt ist, nicht mehr berücksichtigt werden, so dass wir eine klare Trennung der Systeme haben. Auf der einen Seite werden Belastungsgrenze aus der gesetzlichen Krankenversicherung und Einkommen des gesetzlich Krankenversicherten zugrunde gelegt. Bei der Beihilfe wird das genauso geregelt, d. h. die Einkünfte und die Belastung mit den entsprechenden Selbstbehalten werden zugrunde gelegt.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Ich möchte nicht bestreiten, dass man hier ein Gerechtigkeitsproblem sehen kann. Auf der anderen Seite muss man berücksichtigen, dass es um eine Ausnahmeregelung geht. Ein Konfliktlösungsmechanismus, der versucht, perfekt zu sein, würde uns wahrscheinlich alle überstrapazieren. Das ganze ginge nicht ohne eine gesetzliche Regelung. Es müsste die Auskunftspflicht geregelt werden, auch der Beihilfestellen, ein Nachweisverfahren über die Selbstbeteiligung im Bereich der Beihilfe usw. Die Regelung wäre ziemlich kompliziert: Um das Problem, dass man analoge Situationen auch bei Leuten hat, die im Bereich der privaten Krankenversicherung versichert sind, käme man zudem überhaupt nicht herum.

Außerdem haben wir bei den Beamten das Phänomen, dass jenseits der Beihilfe der verbleibende Risikoanteil von den Beamten normalerweise privat versichert wird und dieses Versicherungsrisiko gestaltbar ist. Das würde bei denjenigen, die privat voll versichert sind, noch viel stärker zum Tragen kommen. Dort sind ganz unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligungen zu beachten, wobei man allerdings davon ausgehen muss, dass diejenigen, die diese Selbstbeteiligung bezahlen, sich dieses Risiko selbst gewählt haben. Wie will man das zu einem bestimmten Zeitpunkt wirklich berücksichtigen?

Den Lösungsvorschlag finde ich ungeeignet. Bei dieser Logik müsste das Familieneinkommen ganz konsequent getrennt werden. Man müsste dann auch bei zwei Ehepartnern trennen, die beide in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung versichert sind und einen unterschiedlichen Beitrag zahlen. Ich halte das für nicht zielführend.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Ich hatte ganz bewusst nach der 1 %-Belastungsgrenze gefragt: Wer gesetzlich krankenversichert ist, für den gilt, dass 1 % des Familienbruttoeinkommens an Zuzahlungen zu leisten sind. Wenn jemand beihilfeberechtigt und chronisch krank ist, welche Auswirkungen hat dies für denjenigen, der in der GKV versichert ist? Das hat weniger mit dem Gesamteinkommen der Familie zu tun, sondern es geht darum, ob das gleichbehandelt wird oder nicht.

SV Stefan Czogalla (dbb): Da stellt sich dieselbe Problematik, die aber durch unseren Lösungsvorschlag gelöst werden könnte. In der Tat ist es ein Problem, dass unabhängig davon, was mit dem gesetzlich Krankenversicherten ist, eine eventuelle chronische Erkrankung des Beihilfeberechtigten nicht berücksichtigt wird.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Ich kann dem nichts hinzufügen und keinen konstruktiven Lösungsvorschlag machen. Es ist zu kompliziert.

Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Ich möchte nochmal den Gesamtkomplex „OTC-Präparate“ aufgreifen bzw. „Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog“. Die erste Frage geht an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: Könnten Sie uns bitte nochmal auf die Probleme hinweisen, die durch diese Regelung bei der Versorgung chronisch kranker Jugendlicher entstehen? Ich bitte Sie, anschließend auch noch einmal allgemein auf die Frage einzugehen, wie Sie zu der CDU/CSU-Forderung nach einer allgemeinen Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre stehen. Schließen Sie sich der Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums an, dass es hier zu Mitnahmeeffekten kommen könnte bzw. dass auch erwachsenentypische Mittel mit einbezogen würden?

Die zweite Frage geht an den Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren: Gibt es nach Ihren Vorstellungen Möglichkeiten, alternative und gesetzeskonforme Vorschläge hinsichtlich

der Berücksichtigung der besonderen Therapierichtungen in den Arzneimittelrichtlinien gemäß § 34 SGB V vorzulegen?

Die dritte Frage geht an den Bundesverband der Dermatologen: Wir haben heute schon einiges über Harnstoffpräparate gehört. Ich glaube, Sie sollten sich dazu noch einmal äußern und hierzu Stellung nehmen.

SV Dr. Wolfram Hartmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte): Wir können den Äußerungen in Ihrem Antrag voll und ganz zustimmen. Die Auffassung des Ministeriums ist für uns nicht nachvollziehbar, denn die Regelung, wonach ab zwölf Jahren die OTC-Präparate plötzlich nicht mehr übernommen werden, hat in sich keine Logik. Wenn Jugendliche und Kinder von Zuzahlungen befreit sind, dann ist nicht nachzuvollziehen, warum sie plötzlich ab zwölf Jahren die OTC-Präparate aus eigener Tasche bezahlen sollen. Betroffen sind besonders chronisch kranke Jugendliche, insbesondere die mit Allergien. Hinzu kommt, dass wir einen hohen Anteil an sozial schwachen Familien haben. Etwa 15 % aller betroffenen Familien sind nicht in der Lage, diese OTC-Präparate aus eigener Tasche zu bezahlen. Es handelt sich insbesondere um Loratadin-, Cetirizin- und Chromoglycinsäure-Präparate, die Standard in der Behandlung von Jugendlichen mit Inhalationsallergien sind. Wir beobachten aber auch bei der derzeitigen Infektionswelle, dass Eltern nicht in der Lage sind, Präparate zur symptomatischen Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen. Es spielen sich in den Praxen von Kindern- und Jugendärzten teilweise dramatische Szenen ab. Wir sind nicht in der Lage, diesen Bedarf aus unserem Arzneimittelmusterbestand zu decken. Wir sehen hier Versorgungsengpässe, die die Gefahr in sich bergen, dass sich Krankheiten, die an sich gut behandelbar sind, zu chronischen Verlaufsformen entwickeln und diese Jugendlichen dann später in Disease-Management-Programme integriert werden müssen, was eigentlich zu vermeiden gewesen wäre.

Wir erwarten, dass diese Regelung zurückgenommen wird und Familien, bis die Kinder volljährig sind, keine Zuzahlungen bei OTC-Präparaten leisten müssen. Dass diese Regelung bei der Belastungsgrenze nicht angerechnet wird, ist dabei ein ganz wesentlicher Punkt. Die Familien müssen das voll und ganz aus

eigener Tasche bezahlen und können es in keiner Weise geltend machen.

SV Dr. Martin Adler (Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren (ZÄN)): Wir sehen als Ärzteverband für Naturheilverfahren nicht die therapeutische Vielfalt bei schwerwiegenden Erkrankungen in § 34 SBG V gewahrt und verwirklicht. Es gibt viele chronische Erkrankungen, bei denen gerade die Besonderheiten der Naturheilverfahren andere Therapiestrategien beinhalten und die in der Folgemedikation auch kostensparend sind. Diese sind nicht berücksichtigt. Ich erinnere z. B. an den Herz-Kreislauf-Bereich. Gerade beim Bewegungsapparat, wenn Sie die Problematik der Coxibe gegenüber der Teufelskralle ansprechen, sind phytotherapeutische oder homöopathische Gesichtspunkte nicht berücksichtigt. Man kann als Grundlage für die Wirksamkeit dieser Indikationsgruppen durchaus die Wirknachweise der Kommissionen D und E übersetzen. Ich bin selbst drei Legislaturperioden Mitglied der Kommission D gewesen, von daher kann man diese Strategien hier einplanen. Da ist Sachverstand vorhanden, um dieses dann gesetzesmäßig zu verwirklichen.

Darüber hinaus haben wir die Problematik, dass 50 % aller grünen Rezepte nicht eingelöst werden, d. h., wir haben eine schlechtere Versorgung der Bevölkerung zu erwarten. Das zeigt sich nicht sofort, sondern erst in zwei, drei oder vier Jahren. Wir haben ein enormes Problem, weil Patienten in Supermärkte abwandern und sich dort pflanzliche Arzneimittel minderwertiger Qualität holen werden, die nicht den therapeutischen Standards entsprechen. Von daher fordern wir, dass besondere Therapierichtlinien, die vorhanden sind und bei denen es wissenschaftliche Ergebnisse gibt, verankert werden und die Therapievietfalt besonders berücksichtigt wird.

SV Ralf Blumenthal (Berufsverband der Deutschen Dermatologen): Der entscheidende Punkt ist nach unserer Auffassung, dass es – wie vom Gesetzgeber bei der Einführung der OTC-Regelung ursprünglich vorgesehen – für Schwerkranke eine Ausnahmeregelung geben muss, die sicherstellt, dass diese wie bisher weiter behandelt werden können. Diese Ausnahmeregelung besteht aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses

nicht für Ichthyosekranke, Psoriatiker und Neurodermitiskranke. Da wird ein Anspruch an den Harnstoff gestellt, der praktisch auf eine zweite Zulassung hinausläuft. Das ist völlig unsystematisch, denn für die Salicylsäure, die als Ausnahmeregelung möglich ist, ist die Evidenz und die Studienlage keineswegs besser.

Es gibt einen weiteren Widerspruch, der vielleicht noch deutlicher macht, in welche abstruse Situation wir kommen. Wir haben nach den heutigen gesetzlichen Grundlagen die Situation, dass Kinder bis zwölf Jahre weiterhin die begleitende Therapie mit Harnstoff – wenn die Schübe nicht so häufig und nicht so stark kommen – weiterhin bekommen können. In dem Moment, in dem sie älter als zwölf Jahre werden, fällt diese Möglichkeit für viele dieser Patienten weg, weil die Behandlung zu teuer wird und nicht bezahlt werden kann.

In der Dermatologie findet auch die Substitution statt. Wir haben zwei neue Präparate für die Neurodermitisbehandlung, die sehr teuer sind, Tacrolimus und Pimecrolimus. Diese Substanzen haben in einem Jahr einen Anstieg in der Verordnung von 84 %. Das sind so kleine Beträge für die großen Pharmaverbände, dass ich mir gut vorstellen kann, dass das in der Statistik nicht signifikant aussieht; aber die Substitution findet an dieser Stelle statt.

Ein zweiter Punkt, an dem Substitution in der Dermatologie stattfindet, sind die magistralen Rezepturen. Es gibt ein Ausweichverhalten der Patienten. Ich würde mir wünschen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung das sehr viel genauer in den Blick nimmt. Das Ausweichverhalten der schwer chronischen Hautkranken besteht darin, dass sie gar nicht mehr zum Arzt gehen, die Therapie lange Zeit verschleppen und dann nach einer sehr langen therapiefreien Zeit oder einer Zeit der Selbstbehandlung mit noch schwereren Krankheitsbildern wiederkommen, die dann sehr viel aufwendiger in der Behandlung sind. Wir erwarten an diesem Punkt, dass in der Dermatologie der Zustand wieder hergestellt wird, wie er vor dem 1. Januar 2004 war, und zwar für die Schwerkranken.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Da wir gerade bei der OTC-Liste sind, möchte ich gleich Herrn Dr. Hess danach fragen, wie sich aus Ihrer Sicht das Instrument der Ausnahmeliste bewährt hat und welche

Weiterentwicklungen Sie sich ggf. wünschen oder vorstellen können, auch im Hinblick auf das gerade diskutierte Problem der Altersgrenze bzw. betreffend den Bedarf von Jugendlichen.

SV Dr. Rainer Hess: Wir haben insbesondere bei den allergischen Erkrankungen – Herr Hartmann hat darauf hingewiesen – das Problem, dass wir diese Erkrankungen und die Therapien nicht auf der Liste haben. Auf der anderen Seite wurde im Bundesausschuss das Problem der Jugendlichen diskutiert. Wir haben hier einen höheren Substitutionseffekt als bei anderen Arzneimitteln. Wenn überhaupt Substitutionseffekte signifikant sind, dann hier. Wir sind keine politische Einrichtung in dem Sinne, dass wir politische Forderungen aus dem Ausschuss herausstellen. Wir haben das aber mit den Trägerorganisationen im Bundesausschuss diskutiert. Sie waren an sich alle der Meinung, dass es sinnvoll wäre, die Altersgrenze auf 18 Jahre anzuheben. Eine Lösung auf diesem Wege würde uns nicht dazu zwingen, Entscheidungen in der OTC-Liste zu treffen, die dann Ihrerseits auch wieder präjudizierende Effekte auf andere Arzneimittel haben. Wenn wir die OTC-Liste stringent handhaben sollen – was politischer Wille ist – und prüfen, ob eine schwerwiegende Erkrankung gegeben ist, ein anerkannter Therapiestandard vorliegt und das Arzneimittel entsprechend zugelassen ist, dann kommen wir bei Jugendlichen in eine Härtesituation oder in die Substitutionssituation. Man könnte das dadurch lösen, dass man die Altersgrenze anhebt.

Das Problem der finanziellen Belastung haben wir insbesondere bei Behinderten in Heimen, die Arzneimittel von ihrem Taschengeld bezahlen müssen. Das ist auch ein Härtefall. Da kommen wir mit der Liste nicht weiter. Wir können nicht eine Liste für derartige Versichertengruppen machen. Da muss man sich andere Regelungen ausdenken. Über diese Liste haben wir immerhin 1,6 Mrd. Euro an Einsparungen erzielt. Wenn die Liste konsequent umgesetzt werden soll, müssen bestimmte Gruppen unter Umständen anders vor sozialen Überforderungen geschützt werden. Der Grund hierfür ist, dass alles, was nicht auf der Liste steht, nicht unter die Härtefallregelung fällt und zu Dauerbelastungen führt, die bestimmte Versichertengruppen extrem belasten.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Es war gerade das Stichwort „Substitution“ gefallen: Inwieweit lässt sich eine Substitution verschreibungsfreier Arzneimittel durch verschreibungspflichtige Medikamente nachweisen und welchen Umfang nimmt die ein?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Im Großen und Ganzen ist die Substitution kaum nennenswert, außer bei der Inhalationstherapie, Heuschnupfen und Allergien. Da gibt es allerdings in dem verschreibungspflichtigen Bereich vernünftige therapiegerechte Alternativen. Insoweit ist eine Substitution sachgerecht. Wir sehen keinen zusätzlichen Regelungsbedarf für diesen Bereich.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Weiter an die Spitzenverbände der Krankenkassen: In einigen Stellungnahmen wird gefordert, die Kosten verschreibungsfreier Arzneimittel bei der Berechnung der Belastungsgrenze nach § 65 SGB V zu berücksichtigen. Was halten Sie von dieser Forderung und was wären die voraussichtlichen Einnahmeausfälle?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Das kann ich im Moment schwer beurteilen. Es müsste ein klares Verfahren definiert werden, wie die Verschreibung der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel vor sich gehen und auf welcher Basis eine solche Registrierung überhaupt stattfinden sollte. Wenn man das einfach offen lässt, wäre es nicht sachgerecht. Man könnte das vielleicht an ein grünes Rezept binden oder ähnlichem. Das wäre denkbar. Auf das Nachweisproblem möchte ich zumindest hinweisen.

Es ist sehr schwer festzustellen, welche Einnahmeausfälle das hätte. Wir haben bei der Belastungsgrenze nur eine Feststellung der Fallzahlen. Die funktioniert, muss ich im Moment gestehen, für unsere Kassenart gar nicht. Wir sind dabei, das nachzuarbeiten. Ich weiß auch nicht, wie das in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt ist. Auch darüber, welche verlorenen Zuzahlungsbereiche daraus in der Summe entstehen würden, lässt sich nur

spekulieren, auf der gegenwärtigen Informationsbasis aber nicht vernünftig schätzen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Es wird bisweilen behauptet, dass die Anhebung der Zuzahlungen dazu führe, dass vor allem sozial schwache Personen auf Arztbesuche und damit auch auf medizinisch indizierte Arztbesuche verzichten: Können Sie diese Behauptungen bestätigen? Was liegen Ihnen dazu für Daten vor?

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir können derzeit im Hinblick auf die Praxisgebühr feststellen, dass bei 511 Mio. Arzt-Patientenkontakten 977 Mio. Euro an Zuzahlungen fällig wurden. Das zeigt, dass die Ausnahmeregelungen des § 28 SGB V und der Bundesmantelverträge ausreichen. Wir sehen darüber hinaus aufgrund einer Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, dass bei der Behandlung von Lebensälteren kein Fallzahlrückgang zu bemerken ist. Dieser liegt bei den über 60-Jährigen nur bei 3 %. Da mögen auch die OTC-Präparate etc. eine Rolle spielen. Der Fallzahlrückgang, der einen Gradmesser für die Inanspruchnahme in der ambulanten Versorgung darstellen mag, lag bei den 20- bis 59-Jährigen bei über 17 %. Insofern haben wir hier weniger Sorge. Wir haben im Hinblick auf Berlin, wo Sie die Frage des sozialen Status auch regional den Stadtteilen zuordnen können, erste Auswertungen, die zeigen, dass in Stadtteilen, die eher Einwohner mit einem sozial schwächeren Status vorweisen, weniger Patientenkontakte stattfinden als in anderen Stadtteilen mit sozial höherem Status. Diese Auswertungen sind aber nicht ausreichend valide. Valide Erhebungen werden wir frühestens Mitte dieses Jahres oder im dritten Quartal vorstellen können.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Ich kann mich dem anschließen. Wir können im Moment dazu keine ernsthaften Aussagen machen. Wir glauben außerdem, dass die Regelungen zumindest bis zum Beweis des Gegenteils hinsichtlich der Belastungsgrenze ausreichend sind. Ich denke, die einzelnen Kassen haben da zum Teil für die Versicherten verwaltungsfreundliche Lösungen gefunden.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Anschlussfrage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Die AOK Niedersachsen erlässt wohnungslosen Menschen die Praxisgebühr. Halten Sie ähnliche Erleichterungen für andere Personengruppen mit besonderen Schwierigkeiten für notwendig bzw. inwieweit werden diese bereits angewendet?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband): Da habe ich im Augenblick keinen Überblick.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte: Seit dem vergangenen Jahr sind Patienten und Selbsthilfeorganisationen an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt. Wie sehen Ihre Erfahrungen mit diesem neuen Beteiligungsrecht aus und welche zusätzlichen Regelungen halten Sie gegebenenfalls für erforderlich?

SV Dr. Stefan Etgeton (vzbv): Die Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss hat schon zu Beginn sehr gut funktioniert. Ich erinnere noch einmal daran, dass die Rechtsverordnung Ende Dezember verabschiedet wurde und am 13. Januar 2005 die Konstituierung war. Unsere Erfahrungen im Gemeinsamen Bundesausschuss gehen dahin, dass die Argumente der Patientinnen und Patienten ernst genommen werden und auf gleicher Augenhöhe diskutiert und gesprochen wird.

Allerdings verfügen Patientinnen- und Patientenvertreter nicht über ein Stimmrecht. Abgestimmt wird unter den Bänken, und hier gibt es gelegentlich Abstimmungsniederlagen. Wir können Anträge stellen. Ich habe dies beim Thema „Harnstoff“ erwähnt. Es gibt durchaus Fälle, wie z. B. die Regelung zur Chronikerentlastung im Januar 2004, die einen Erfolg darstellen.

Die Probleme bewegen sich im Augenblick vor allem auf der Ebene der Ressourcen der Patientenbeteiligung. Wir erleben sehr stark, dass sachkundige Personen, aber auch die entsen-

denden Organisationen, nicht mit „gleich langen Spießen“ argumentieren können, weil die Ausstattung der jeweiligen Organisationen und der Personen nicht dem entspricht, was die anderen Bänke vorzuweisen haben. Deswegen fordern wir, dass eine Erstattung nicht nur von Reisekosten, wie es im § 140g SGB V festgelegt ist, vorgesehen wird, sondern auch eine Aufwandsentschädigung für die sachkundigen Personen. Ich rufe in Erinnerung, dass viele der sachkundigen Personen diese Arbeit in ihrer Freizeit machen, dass manche sich sogar Urlaub dafür nehmen, ohne dass irgendeine Art der Entschädigung dafür vorgesehen ist. Das ist Menschen aufgrund des hohen persönlichen Engagements vielleicht ein Jahr zuzumuten, aber nachhaltige Beteiligungsstrukturen lassen sich auf dieser Basis nicht gründen. Insofern wäre hier eine Klarstellung im Gesetz sehr hilfreich, weil dort im Moment nur Reisekosten erwähnt sind. Man kann zwar eine Aufwandsentschädigung unter dem Begriff der Reisekosten fassen, eine Klarstellung im Gesetz wäre jedoch hilfreich.

Der zweite Aspekt betrifft die entsendenden Organisationen. Der Gesetzgeber hat die Organisationen zur Einvernehmlichkeit verpflichtet. Das Herstellen dieses Einvernehmens sowohl bei der Benennung der Organisation als auch bei der Abstimmung der Inhalte kostet die beteiligten Organisationen allerdings einen erheblichen zusätzlichen Aufwand. Ich habe mir einmal die Freude gemacht, dieses für meine eigene Person zu berechnen. Meine persönliche Arbeitszeit wird durch die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss bis zu 30 % in Anspruch genommen. Der Aufwand, der dort betrieben wird, der auch sinnvoll ist und zum Auftrag der Organisation gehört, ist etwas, was zusätzlich hinzukommt und sollte auch entsprechend mit Ressourcen ausgestattet werden. Wir haben dazu dem Ministerium bereits einen Vorschlag vorgelegt.

SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH), Deutscher Behindertenrat): Ich kann mich den Ausführungen meines Vorredners anschließen. Insgesamt ist das Jahr der Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss aus Sicht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen positiv zu bewerten. Es ist uns gelungen, innerhalb kürzester Zeit eine sehr aufwendige Organisation aufzubauen, die es vielen ehrenamtlich tätigen

Patientenvertretern ermöglicht, in der Vielzahl der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses inhaltlich mitzuwirken und die dort getroffenen Entscheidungen mit zu bestimmen. In vielen Fällen waren es gerade die Hinweise der Betroffenen, die auf bestimmte Problemlagen hingewiesen haben, die von anderer Seite so nicht erkannt wurden.

Aus unserer Sicht besteht dennoch ein großer Bedarf, auch die Ressourcen auf der Patientenseite zu stärken. Dies betrifft einerseits die bereits angesprochene Aufwandsentschädigung, die dringend erforderlich ist. Da gibt es viele Personen, die in ihrer Freizeit aufwendige Vorbereitungen für Sitzungen durchzuführen haben. Nicht selten werden mehrere CD-ROM's an Datensätzen vor den Sitzungen verschickt, die durchgearbeitet werden müssen. Die Gesamtheit der Stellungnahmen für die heutige Anhörung ist nur ein Bruchteil dessen, was von den Patientenvertretern für eine Sitzung durchgearbeitet werden muss. Dies muss natürlich von Ehrenamtlichen genauso geleistet werden, wie es die Professionellen bei den Kassen tun. Deswegen ist hier durchaus großer Bedarf vorhanden.

Des Weiteren ist es so, dass der Gesetzgeber nicht ohne Grund ein sehr aufwendiges Benennungsverfahren vorgesehen hat, um sicherzustellen, dass die legitimierten Personen die Patientenseite beim Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten. Dieses Benennungsverfahren muss für jede einzelne Sitzung durchgeführt werden und ruft einen erheblichen Koordinierungsaufwand bei den entsendenden Organisationen hervor. Auch ich konnte entsprechende Rechnungen aufstellen, wie es der Kollege Dr. Etgeton getan hat. Es betrifft alle, die sich intensiv darum bemühen, die Patientenbeteiligung auf die Beine zu stellen.

Ein weiterer Punkt, den ich hier ansprechen möchte, ist die Möglichkeit, sich im Verfahren einzubringen. Wir kein Mitentscheidungsrecht, sondern nur ein Beratungsrecht. Daher ist es geboten, dass hier mittelfristig auch hier eine Stärkung der Beteiligung erfolgt und zwar im ersten Schritt dahingehend, dass auch Verfahrensanträge mit entschieden werden können. Nicht selten werden beim Gemeinsamen Bundesausschuss Fristen nicht beachtet. Vertagungsanträge können zwar gestellt, von den Patientenvertretern aber nicht mitentschieden werden. Letztendlich kann lediglich der Unmut zu Protokoll gegeben werden. Hier ist sicher-

lich ein erster Ansatzpunkt, um die Stellung der Patientenvertreter zu stärken.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hess: Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie kritisiert in seiner schriftlichen Stellungnahme, dass der Gemeinsame Bundesausschuss es bei der Erstellung der OTC-Liste an der notwendigen Verfahrens- und Entscheidungs-transparenz habe fehlen lassen. Es waren den Unternehmen, deren Produkte nicht auf die Liste genommen wurden, keine Begründungen gegeben worden. Was sagen Sie zu dieser Kritik? Sind Änderungen des Verfahrens vorgesehen?

SV Dr. Rainer Hess: Das ist eine leidige Angelegenheit, die in der Tat ein Problem darstellt. Wenn Sie eine Liste bearbeiten und eine Vielzahl von Anträgen von Herstellern haben, auf diese Liste gesetzt zu werden, dann müssen Sie sich mit einer Vielzahl von Anträgen beschäftigen und sie bewerten. Alle Anträge sind von Einzelgutachtern bewertet worden. Da jeder eine sehr unterschiedliche Art der Darstellung hat, erhalten Sie bei sechs Gutachtern auch sechs verschiedene Formen der Darstellung. Der eine kann das mit fünf Sätzen zum Ausdruck bringen, der andere benötigt möglicherweise drei Seiten. Das können Sie so nicht veröffentlichen. Das haben wir auch nicht getan.

Wir werden allerdings in den strittigen Verfahren den Herstellern eine Begründung dafür geben, warum wir das Produkt nicht auf die Liste genommen haben. Das ist mit unserer Geschäftsstelle – wir haben zeitweilig nur eine Apothekerin – etwas schwierig zu gestalten. Da besteht in der Tat ein Zeitproblem. Daher ist diese Zusage bisher nicht erfüllt. Aber im Grundsatz haben sie Recht, man muss natürlich dem Hersteller, der auf diese Liste will, zumindest mitteilen, warum seinem Antrag nicht stattgegeben wurde. Es ist bedauerlich, dass das aus den genannten Gründen bisher nicht geschehen konnte.

Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP): Ich will vielleicht ganz aktuell mit einer Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen anfangen. Mir liegen Berechnungen vor, nach denen der Schätzerkreis am 8. März festgestellt hat, dass

der Ausgleichsbedarfssatz um 0,1 % steigt. Die FAZ berichtet heute auch aktuell darüber. Können Sie das bestätigen? Inwieweit schlägt das nach Ihrer Auffassung auf den Spielraum für mögliche Beitragssatzsenkungen durch? Gibt es Möglichkeiten, bei den darin nicht enthaltenen Verwaltungskosten oder sonstigen kasseninternen Ausgaben gegenzusteuern?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Das kann ich bestätigen. Ich beantworte damit zugleich die Frage von Abg. Widmann-Mauz, die vorhin noch offen geblieben ist. Der Ausgleichsbedarfssatz ist um 0,1 % – die weiteren Stellen hinter dem Komma erwähne ich nicht – gestiegen. Die Verhältnisse hinsichtlich der Kostenvolumen, die einzurechnen sind, um zu einer Beitragssatzsenkungsperspektive nichts hinzuzufügen. Es ist bestenfalls ein Finanzierungsvolumen in der Größenordnung 0,1 bis 0,2 % vorhanden. Dies in Beitragssatzsenkungen umzusetzen, wäre fahrlässig. Ich glaube, es wäre sinnvoll, den Juni abzuwarten und dann auf der Basis der validen KJ 1 entsprechende Entscheidungen zu treffen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich möchte eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen: Im Finanztableau des GMG steht, dass im letzten Jahr 1,5 Mrd. Euro durch Struktureffekte eingespart werden sollten. In diesem Jahr sollen es 2 Mrd. Euro durch Struktureffekte sein. Meine Frage lautet: Sind diese Erwartungen erfüllt worden? Wenn ja, wo hat es diese Struktureffekte gegeben?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): In diesen Struktureffekten sind etwa 880 Mio. Euro enthalten, die auf den 10 %igen Zusatzrabatt für Arzneimittel im Jahr 2004 zurückzuführen sind. Das ist aufgelistet worden. Hinzu kommen die Effekte durch die Herausnahme der Lifestyle-Präparate und einige andere Kleinigkeiten. Insoweit glauben wir, dass die Struktureffekte in der Größenordnung von 1 Mrd. Euro tatsächlich in diesem Jahr erreicht worden sind. Die weiteren 0,5 Mrd. Euro haben zum Teil etwas mit den Verwaltungskosten zu tun. Da ist es nicht ganz so glücklich gelaufen. Bezüglich der Struktureff-

fekte, wie sie für dieses Jahr geplant sind, gibt es, glaube ich, zu große Hoffnungen im Hinblick auf die Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Ich würde davor warnen, dem optimistisch zu trauen. Bis die Nutzenbewertung soweit durchgeführt worden ist, dass sie tatsächlich in die Versorgungspraxis umgesetzt wird und dort zu Einspareffekten führt – was wir alle hoffen –, wird es länger dauern.

Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP): Ich möchte jetzt zu dem von uns eingebrachten Antrag „Altersgrenze 68 Jahre wieder abschaffen“ kommen. Das Verfassungsgerichtsurteil, um das es hier geht, stammt aus einer Zeit, zu der es noch einen Ärzteüberschuss gab. Wie stehen Sie vor diesem Hintergrund heute zu der Forderung, die Altersgrenze wieder abzuschaffen? Ich richte meine Frage an den Hartmannbund, die KBV, die KZBV, den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer.

SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.): Zunächst kann man die Frage stellen, inwieweit eine Altersreglementierung für einen freien Beruf überhaupt angemessen ist. Dann ist die Altersgrenze der obere Rand. Die eigentliche Problematik spielt sich aber am unteren Ende ab, so lange 40 % der Studentinnen und Studenten nicht dort ankommen, wo sie hin wollen und sollen. Im Bereich der kurativen Medizin werden wir mittel- und langfristig ein ganz massives Problem bekommen. In der Tat ist dann die Aufhebung der Altersgrenze die zweitbeste Lösung. Wir haben, das ist ein ganz einfaches Rechenbeispiel, im Osten zurzeit nach den letzten Zahlen der KBV ca. 18 % Ärzte über 60 Jahre. Wenn es mit einer Aufhebung gelingen sollte, ein Drittel oder ein Viertel zu einem Weitermachen über die Grenze hinaus zu bewegen, wäre eine erhebliche Unterstützung kurzfristig möglich. Da stellt sich auch hier die Frage nach der Motivation, denn auch dort hören immer mehr ältere Kollegen und Kolleginnen weit vor der Altersgrenze auf, weil sie resigniert und frustriert sind.

SV Ulrich Weigeldt (KBV): Ich kann mich dem Vorredner anschließen. Die prinzipielle Frage, ob man mit 68 Jahren in diesen Berufen grundsätzlich nicht mehr arbeitsfähig ist, will ich hier gar nicht ansprechen. In der Tat ist es

so, dass dort, wo überhaupt über 68-Jährige tätig sein können, weil sie noch nicht 20 Jahre niedergelassen sind, nur wenige Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Dies zeigt, dass das Problem eher darin liegt, dass diejenigen, die die Möglichkeit haben aus der Praxis auszusteigen, eher früher – also in der Regel vor dem 64. Lebensjahr – aus dem Beruf ausscheiden. Dies geschieht insbesondere dort, wo der Ärztemangel besonders groß ist wegen der enormen Arbeitsbelastung, die man sich nicht unbedingt zumuten muss, zum Beispiel bei den Hausärzten. Das Problem ist nur durch die Förderung des Nachwuchses und der Attraktivität des Arztberufes zu lösen. Das bezieht sich insbesondere auch auf die Arbeitsbedingungen. Es ist nicht nur eine Vergütungsfrage, auch das Stichwort Bürokratie darf hier erwähnt werden. Insofern glaube ich, dass die Aufhebung der Altersgrenze von uns nicht zu beanstanden wäre, auch wenn wir eigentlich keine besonderen Effekte für die Verbesserung der Versorgungsdichte erwarten.

SV Dr. Thomas Muschalik (KZBV): Das dem zugrunde liegende Theorem der so genannten angebotsnotierten Nachfrage mag in der deutschen Gesundheitspolitik weitgehend unbestritten sein, in der internationalen Wissenschaft wird es inzwischen als so genannte Lehrbuchweisheit bezeichnet. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung lässt sich ein solcher Effekt nicht nachweisen. Unter dem Gesichtspunkt einer Entlastung der Finanzen der GKV ist die Altersgrenze sogar kontraproduktiv, denn Alte erbringen weniger Leistungen als Neue. Angesprochen worden ist auch schon die veränderte Lage auf dem Arbeitsmarkt. Der Gesetzgeber hat zum zweiten Mal souverän die selbst gesetzte Frist zur Einführung einer Bedarfsplanung nach festen Verhältniszahlen in § 102 SGB V verstreichen lassen. Dies wohl auch vor der Erkenntnis, dass die Lage nicht mehr so ist, dass auf Dauer mit einer Überversorgung zu rechnen ist. Deswegen votieren wir aus unserer Sicht klar für die Abschaffung der Altersgrenze und notabene auch für die Abschaffung der Altersgrenze von 55 Jahren für die Zulassung.

SV Dr. Wilfried Beckmann (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ)): Wir haben im zahnärztlichen Bereich eine besonders lange Bindung zwischen Patient und Zahnarzt. Viele Patienten werden mit ihren Zahnärzten

alt. Für diese Patienten stellt es eine unbillige Härte dar, wenn mit 68 Jahren die Behandlung beendet wird. Gleichzeitig stellen wir fest, dass die Übergabe zahnärztlicher Praxen dadurch erschwert wird, dass vorzeitig mit 68 Jahren, manchmal mit sehr knappen Übergangsfristen, die Praxis geschlossen wird oder in andere Hände geht. Grundsätzlich befürworten wir die Abschaffung der Altersgrenze von 68 Jahren und die damit verbundene Überreglementierung, auch wenn damit die Probleme der GKV sicher nicht gelöst werden. Für viele Patienten und viele Zahnärzte stellen diese Regelungen eine unbillige Härte dar, die ihr Verständnis von Eigenverantwortung sehr in Frage stellen und mit einem freien Beruf nicht zu vereinbaren sind.

SV Dr. Andreas Crusius (Bundesärztekammer (BÄK)): Grundsätzlich kann ich mich dem anschließen. Der Arztberuf ist – wie auch der Zahnarztberuf – ein freier Beruf. Wenn wir „oben“ öffnen, dann müssen wir auch „unten“ öffnen. Besonders dramatisch ist die Situation für Hausärzte in einem Flächenland wie Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern, aus dem ich komme. Da bettelt die Bevölkerung, dass die Ärzte länger arbeiten. Wenn nur noch ein Arzt da ist, dann wird es schwierig, diesen zu substituieren. Insgesamt ist der Arztberuf so schlecht geredet worden, dass 40 % der Studenten nicht ankommen. Deswegen müssen wir dort ansetzen, bei den Bürgermeistern und den Banken. Der junge Arzt, der sich in der Fläche niederlassen will, ist nicht mehr kreditwürdig. Da muss angesetzt werden.

SV Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Wie heißt es so schön: Alt bist du dann, wenn deine Ärzte jünger sind als du selbst. Dieses möchten wir für unsere Patienten nicht zutreffen lassen. Im zahnärztlichen Berufsstand gab es nie eine Problematik zwischen jüngeren und älteren Zahnärzten. Wir haben das kürzlich durch eine Hochrechnung unseres wissenschaftlichen Institutes feststellen können. Bis zum Jahr 2020 gibt es weder ein Problem der Überversorgung noch der Unterversorgung. Die Altersgrenze von 68 Jahren ist eine völlig willkürliche, dem zahnärztlichen und damit in seiner ambulanten Behandlung freien Beruf absolut abträgliche Grenze. Den jüngeren Zahnärzten wird der Zugang nicht versperrt. Der kontinuierliche Übergang von jung zu alt wird erschwert und

jeder von uns weiß, dass derjenige, der seine Zulassung mit 68 Jahren verliert, weiterhin privatärztlich tätig sein darf. Warum die privaten Patienten schlechter gestellt werden als die GKV-Versicherten, ist ohnehin nicht einzusehen. Es gibt, das weiß jeder von uns, junge 68-jährige und alte 68-jährige. Das heißt, die Leistungsfähigkeit ist nicht an eine Altersgrenze gekoppelt. Der erste Bundeskanzler dieses Landes und der heutige Innenminister würden sich verbitten, so beurteilt zu werden.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich möchte zum Antrag „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel“ kommen und frage den Deutschen Generika Verband, Pro Generika und BAH: Es wird von Seiten der Bundesregierung bestritten, dass es Substitutionseffekte bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln gibt. Stimmen Sie dieser These zu?

SV Peter Schmidt (Pro Generika e.V.): Wir haben nur begrenzte Erkenntnisse darüber, dass es zu den viel beschworenen Substitutionseffekten gekommen ist. Wir können nur bestätigen, dass dies bei einigen Produkten gegen Allergien der Fall ist. Ansonsten gibt es nach unserem Erkenntnisstand zumindest keine nennenswerten Substitutionseffekte.

SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generika Verband e.V.): Aus unserer Sicht ist die Behauptung falsch, dass es keine Substitutionseffekte gibt. Die Gegenthese von uns geht weit über die Antihistaminika hinaus, die bereits angesprochen worden sind. Wer häufig mit Statistiken umgeht, weiß, dass oft ein schwieriges Problem drin besteht, dass der untersuchte Zusammenhang auch anderen Einflüssen unterliegt. Wo eine Korrelation ist, ist noch lange keine Kausalität. So konnte beispielsweise in Schweden für einen bestimmten Zeitraum eine Korrelation zwischen der Geburtenrate und der Anzahl der Störche ermittelt werden. Umgekehrt kann eine Kausalität vorliegen, obwohl keine Korrelation hergestellt werden kann. Ein solches Problem haben wir hier. Die Tatsache, dass in vielen Indikationsgebieten sowohl die Verordnung von OTC-Präparaten als auch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln abgenommen hat, beweist nicht, dass es keine Substitutionseffekte von OTC-Präparaten zur Verschreibungspflicht gegeben hat. Durch das GMG gibt es nicht viele Ein-

flussfaktoren, die auf die Zahl der Verordnungen gewirkt haben.

Ich nenne zwei Beispiele: Die Praxisgebühr hat zu weniger Arztbesuchen und Verordnungen geführt. Die neue Zuzahlungsregelung, die wir ohnehin für verfehlt halten, hat zu einer Zunahme von „N3-Verordnungen“ geführt. Dies reduziert ebenfalls die Zahl der Verordnungen. Es müsste demnach, wenn man sauber argumentieren wollte, zunächst eine Bereinigung dieser Zahlen um genau diese Einflüsse geben. Dies ist aber seitens der Bundesregierung nicht erfolgt. Vor allem darf auch nicht statisch gedacht werden. Fakt ist nämlich, dass der OTC-Ausschluss falsche Anreize für die Patienten und für die Verordnenden setzt, die über kurz oder lang zu Fehlsteuerungen führen werden. Es ist einfach eine alte Erfahrung: Im Gesundheitsbereich werden falsche Anreize gesetzt, und diese führen über kurz oder lang zu Fehlentwicklungen.

SV Dr. Mark Seidscheck (BAH): Ich kann feststellen, dass die Aussage meines Vorredners von Pro Generika im Kern zutreffend ist. Was wir allerdings aus Gesprächen mit Ärzten wissen, ist, dass gerade bei Kinderärzten eine erhöhte Anzahl von Verordnungen bei Jugendlichen mit so genannten Entwicklungsstörungen vorgenommen worden ist. Das heißt, die Entwicklungsstörungen nehmen sprunghaft zu, obwohl sie bisher als Indikation keine Rolle gespielt haben.

Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP): Ich würde gern zur Kostenerstattung fragen, ob die Auffassung geteilt wird, dass mündige Bürger die Möglichkeit haben sollten, sich auch ohne Zwangsberatungen für die Kostenerstattung zu entscheiden? Die Frage richtet sich an die KBV und Bundeszahnärztekammer.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): Wir haben dieses Verfahren der Entscheidung begrüßt. Die gesetzliche Vorgabe dieser Beratung ist sehr kritisch.

SV Dr. Jürgen Weitkamp (BZÄK): Wir sind vehemente Verfechter der Kostenerstattung, nicht aus theoretischen Gründen, sondern aus der Praxis heraus. Wir wissen, dass ausschließlich durch Kostenerstattung eine sehr hohe

Transparenz erreicht wird. Der Patient ist immer noch mein bester Kontrolleur. In dem Augenblick, in dem er Leistung und Honorar miteinander vergleichen kann, weiß er, von wem und wie er behandelt wird. Eine Pseudokostenerstattung, wie ich sie nennen möchte, mit langen Beratungen oder nicht sektoral, wie sie jetzt eingeführt worden ist, all diese eingeschränkten Kostenerstattungen führen genau zu den Effekten, die eine Kostenerstattung ad absurdum führen. Würde sie in der korrekten und richtigen Form, wie sie jeder europäische Bürger in diesem Lande nach dem Europäischen Gerichtshof in Anspruch nehmen kann, angewendet werden, wäre ich ganz sicher, dass in sehr kurzer Zeit der Segen einer solchen Kostenerstattung erkannt würde.

*Die stellvertretende Vorsitzende, Abg. **Barbara Lanzinger (CDU/CSU)**, übernimmt den Ausschussvorsitz.*

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. und den Deutschen Behindertenrat. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme zur freien Wahl der Kostenerstattung, dass das Prinzip der Sachleistungen zu den wichtigsten Errungenschaften gehört und es aus Ihrer Sicht es nicht angezeigt sei, die Wahlmöglichkeiten noch zu erweitern. Bitte begründen Sie dies.

SV Dr. Martin Danner (BAGH): Zur Kostenerstattung ist Folgendes zu sagen: Viele wichtige Errungenschaften in unserem Gesundheitssystem werden in heutiger Zeit leider all zu schnell in Frage gestellt. So ist es aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine große Errungenschaft, dass wir das Sachleistungsprinzip in der GKV haben. Das Sachleistungsprinzip hat mehrere Vorteile, die das einfache Kostenerstattungsprinzip für die Patientinnen und Patienten nicht hat. Bei der Sachleistung muss der Patient keine Vorauszahlungen oder Vorfinanzierungen erbringen. Das Zweite ist, dass die finanzielle Abwicklung der Behandlung nicht über den Patienten zu laufen hat. Das Dritte und Wichtigste ist, dass der Patient nicht im Einzelfall die Aufgabe hat, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Einzelnen zu beurteilen und die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen.

Es ist so, dass es Patientinnen und Patienten geben mag, die sich in der Lage fühlen, dies alles zu leisten. Viele, gerade ältere, chronisch kranke und behinderte Menschen sind nicht in der Lage, dies zu leisten. Deswegen steht die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte dem Kostenerstattungsprinzip kritisch gegenüber. Es ist noch ein Weiteres zu berücksichtigen, wenn man sich darüber unterhält, ob die Kostenerstattung in größerem Umfang als Wahlmöglichkeit eingeführt werden soll. Es ist dann in jedem Fall erforderlich, die entsprechende Informationsgrundlage für die Patientinnen und Patienten zu schaffen, damit diese sich im Einzelfall über die Qualität der Leistungen, die Wirtschaftlichkeit und die Verfügbarkeit einen Überblick verschaffen können. Wir sind in Deutschland weit davon entfernt, diese Transparenz zu haben, so dass auch alle Bevölkerungsgruppen sich einen Überblick verschaffen können. Dies ist auch einer der Gründe, warum die im GKV-Modernisierungsgesetz geschaffene Wahlmöglichkeit von den Patientinnen und Patienten nur sehr zurückhaltend genutzt wurde.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dellling und bezieht sich auf die OTC-Regelung: Mich würde Ihre Meinung dazu interessieren, ob es den angeführten Substitutionseffekt von den verschreibungsfreien zu den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in der Praxis in nennenswertem Ausmaß gegeben hat?

Zweitens: Ist denn der Ausschluss von OTC-Präparaten eine Ausnahme im europäischen Vergleich? Wie regeln andere EU-Staaten die Erstattung von OTC-Arzneimitteln?

SV Bernd Dellling: Die erste Frage bezüglich der Substitution kann ich nur beantworten, wie dies schon mehrere Vorredner getan haben. Nach unseren Daten hat es nur im Bereich der Antihistaminika größere Substitutionseffekte gegeben. Ansonsten spielt sich das hin und wieder mal innerhalb eines Produktes unterschiedlicher Wirkstärke ab. Prinzipiell kann man nicht von einem größeren Substitutionseffekt sprechen.

Die zweite Frage, ob die Nichterstattung von OTC-Arzneimitteln in der Bundesrepublik im europäischen Vergleich eine Ausnahme ist,

kann ich nicht bejahen. In fast allen größeren bedeutenden europäischen Ländern gibt es Regelungen für die Erstattung. Bei diesen so genannten Erstattungslisten – seien es Positiv- oder Negativlisten – sind in den meisten Fällen – bis auf wenige Ausnahmen – OTC-Präparate von der Erstattung ausgeschlossen. Es gibt Länder, in denen es – ähnlich wie hier – eine Ausnahmeliste gibt. So wird z. B. in Griechenland verglichen, ob es das Produkt in sechs vergleichbaren europäischen Ländern gibt. Dann ist es rezeptfrei und dennoch erstattungsfähig. In Österreich ist so gut wie überhaupt keine Erstattung gegeben, höchstens in Ausnahmefällen. Prinzipiell ist die Regelung, die wir jetzt in Deutschland haben, keine Ausnahme.

Abg. Klaus Kirschner (SPD): Ich möchte gern noch einmal auf den Antrag der FDP zurückkommen, in dem es um die Altersgrenze für Vertragsärzte geht. Diese „68-Jahresgrenze“ für Vertragszahnärzte bedeutet doch, dass jeder als Vertragszahnarzt bis zum 68. Lebensjahr oder über dieses hinaus außerhalb der entsprechenden KZV tätig sein kann. Meine Frage möchte ich an Herrn Dr. Paquet richten und an den DGB: Können Sie sich erinnern, wer die Beteiligten waren, als die Altersgrenze 1992 bei den Verhandlungen vom 1. bis 4. Oktober in Lahnstein beschlossen wurde bzw. die verhandelt haben, was am 1.1.1993 ins Gesetz kam?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Einige der Beteiligten sind hier: Wenn ich das richtig sehe, beispielsweise Herr Abg. Seehofer; Sie, Herr Kirschner, waren meines Wissens auch dabei. Ansonsten war auf Seiten der SPD Rudolf Dressler der Federführer. Auch die FDP war damals als Regierungspartei mit vertreten, u. a. mit Dr. Thomae und Herrn Kronenberg, wenn ich mich richtig entsinne. Vielleicht zielte darauf Ihre Frage.

In der Sache selbst bestand damals ein breiter Konsens über die Problematik der Überversorgung mit ärztlichen Leistungen. An dieser Problematik hat sich im Grundsatz nicht sehr viel geändert. Ich verweise auf eine Unterlage über den Stand der Fragebedarfszulassung im Zusammenhang mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die die Organisationsreformen von RSA und Bedarfsentwicklung betrachten sollte. Die Unterlage ist im Ministerium erar-

beitet worden und hat bei den Spitzenverbänden und den Bundesländern weitgehend Konsens gefunden. In dieser Unterlage wird – jedenfalls in Übereinstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenversicherung – festgestellt, dass eigentlich in allen Planungsregionen noch eine Überversorgung existiert.

Ausgenommen hiervon sind einige Bereiche in den neuen Ländern. In einigen Fällen, z. B. in der Uckermark in Mecklenburg-Vorpommern oder in Brandenburg, besteht eine gewisse Gefahr, dass die hausärztliche Versorgung zwar noch nicht akut, aber in einigen Jahren zu einem Problem werden könnte. Zur Lösung dieser Probleme sind allerdings im GMG zusätzliche Maßregeln vorgesehen, die in absehbarer Zeit, in den nächsten fünf oder sechs Jahren, das Problem lösen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können an dieser Stelle einiges für ihren Sicherstellungsauftrag tun, im Übrigen können Krankenhäuser herangezogen werden. Es können medizinische Versorgungszentren gegründet werden. Die Möglichkeiten bzw. die Instrumente zur Bewältigung der Probleme sind vorhanden.

SV Jürgen Sandler (DGB): Auch wenn ich rein lebensaltersmäßig dazu etwas beitragen könnte, so kann ich es nicht, weil ich alles, was damals verhandelt worden ist, nur aus der Literatur kenne. Wenn es tatsächlich neben der Überversorgung, die es immer noch gibt, da stimme ich Herrn Paquet zu, Schwierigkeiten in der Versorgung gibt, dann sollte dies im Einzelfall, z. B. wenn eine Stelle wieder zu besetzen oder weiter zu besetzen ist, nachgewiesen werden. In dem Fall, wo es nachgewiesen werden kann, könnte dann von der bestehenden Regel, die aber gesetzlich beibehalten werden sollte, abgewichen werden. So könnte ich mir eine Ergänzung vorstellen.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Eine Frage an Dr. Paquet, Dr. Leber und Dr. Köhler: Können Sie erste Ergebnisse und perspektivische Entwicklungen zum Abschluss von Verträgen nach § 140 schildern und dabei echte Vernetzungen zwischen ambulanten und stationären Strukturen mit mehreren Fachrichtungen sowie Abschlüsse von möglichen integrationsähnlichen Verträgen nach § 73b etwa zwischen Hausärzten und Hausapotheken berücksichtigen? Da mag der Aspekt „add on- Strukturen“

zur Erlangung der „1%-1 %-Finanzierung“ möglicherweise eine Rolle spielen.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Aus meiner Sicht hat Herr Dr. Köhler dazu das Wesentliche gesagt. Um es noch einmal zu pointieren: Wir kommen in dem Bereich grundsätzlich nicht weiter, wenn wir bereits bestehende Verträge zwischen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken bei der Endoprothetik, den Knieoperationen, umetikettieren und sie als Integrationsverträge firmieren, möglicherweise mit aufgestockter Finanzierung. Das ist nicht das Problem. Wir müssten zusehen, tatsächlich mehr sektorübergreifend zu arbeiten und da bessere Entwicklungen zu erreichen. Das dauert aber seine Zeit und lässt sich nicht über das Knie brechen. Herr Leber kann das ergänzen.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (AOK-Bundesverband): Der Name „Integration“ ist zweifelsohne der attraktivste unter all den Paragraphen. Aber am innovativsten können vielleicht andere Bereiche sein, die Medizinischen Versorgungszentren oder die Öffnung der Krankenhäuser nach § 116b. Dort könnten wirklich Entwicklungen eintreten, die unter der Voraussetzung, dass man die Strukturen optimiert, zu einer besseren Versorgung führen. Der § 116b verlangt im Augenblick von den Krankenkassen eine Doppelfinanzierung. Alles, was sie über diesen Vertrag finanzieren, muss noch mal als Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung im kassenärztlichen Bereich oder als Krankenhausbudget bezahlt werden. Deshalb gibt es bislang keine Abschlüsse, obwohl die Politik dies erwartet hat. Dem könnte abgeholfen werden, indem im Gesetz entsprechende Refinanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden. So könnte eine Kürzung entweder im kassenärztlichen Bereich erfolgen, wenn das vorher als Ermächtigung gemacht worden ist, oder als Berücksichtigung im Krankenhausbudget, wenn die entsprechende Leistung bisher z. B. teilstationär erfolgt ist. Dieses sollte nicht als Kürzungen der Budgets erfolgen. Denn von Budgetkürzungen profitieren alle Kranken gleichermaßen, unabhängig davon, ob sie den „§ 116b-Vertrag“ als kassenspezifischen Vertrag abschließen. Wenn jedoch die Kasse die Möglichkeit hat, einen entsprechenden Rechnungsabzug für sich zu ermöglichen, dann könnte der § 116b doch noch zu einem

Erfolgsmodell werden. Er könnte helfen, die Sektorengrenze zu überwinden.

SV Dr. Andreas Köhler (KBV): In Bezug auf die Inhalte integrierter Verträge tun wir uns sehr schwer, weil die Dokumentation dieser Verträge bei der registrierten Stelle einzigartig ist. Es werden nur das oberste Blatt und das Unterschriftenblatt hinterlegt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann deshalb die Frage nach der Qualität der Inhalte nicht beantworten. Wir kritisieren das nachhaltig, weil dabei auch unsere Gesamtvergütungen gekürzt werden. Im Hinblick auf § 73b-Verträge gibt es nur sehr wenige klassische § 73b-Verträge. Wir sehen eher hausarztorientierte Verträge über den § 140. Dort gibt es einen bundesweiten Vertrag zwischen der Barmer Ersatzkasse, dem Hausärzteverband und dem Apothekerverband. Nach rechtlicher Prüfung ist das ein Vertrag nach § 140 und insofern zulässig. Der Vorteil dieses Vertrages ist, dass ausnahmsweise die Finanzvolumina zu den Vertragsärzten fließen.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an den Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband e.V.: Bei dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken, stellt sich die Frage, ob die Rahmenbedingungen des GMG diesen Prozess verstärkt oder belastet haben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung?

SV Robert Festersen (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Wir glauben, dass die Regelungen im GMG verbesserungsfähig sind. Wir sehen, dass die Zahlen der Weiterbildungsassistenten bzw. der Facharztanerkennungen sehr viel höher sind als die Zahlen der tatsächlichen Niederlassungen in der hausärztlichen Versorgung. Das führt uns zu der Erkenntnis, dass in etwa nur 60 % derjenigen, die es könnten, tatsächlich in der Versorgung als Hausärzte tätig werden. Wir glauben deswegen, dass die Attraktivität insbesondere der Niederlassung sehr stark gefördert werden muss.

Wenn wir die Daten weiter analysieren, sehen wir, dass insbesondere junge Frauen bei dem Übergang von der Weiterbildung in die Versorgung offensichtlich keine Entscheidung für eine Praxisübernahme treffen können. Das heißt, dass die Entscheidung zu diesem Zeit-

punkt nicht in die Lebensplanung und in die Berufsplanung der Betroffenen hineinpasst, so dass wir glauben, dass wir stärkere Möglichkeiten schaffen müssen, Angestelltenverhältnisse im SGB V zu schaffen. Wir möchten deshalb vorschlagen, dass im § 101 die Möglichkeit der Anstellungen verbessert wird. Sie wissen, dass hier ein Angestelltenverhältnis nicht zu einer Ausweitung der Praxistätigkeit führen kann. Praxisinhaber haben keine wirtschaftlichen Anreize, um Angestelltenverhältnisse zu schaffen. Wir glauben, dass wir in der nächsten Novellierung des GMG eine Auflockerung erreichen müssen.

Zum Zweiten glauben wir, dass die Schaffung der Medizinischen Versorgungszentren ein guter Ansatzpunkt ist, um Angestelltenverhältnisse für die zukünftigen Hausärzte zu schaffen. Hierdurch könnte ein gleitender Berufseinstieg möglich und nach fünf Jahren auch eine Niederlassung angestrebt werden. Wir glauben allerdings, dass hier eine Änderung herbeigeführt werden muss, da der Vorbehalt, dass die Versorgungszentren fachübergreifend sein müssen, nach unserer Auffassung einer nennenswerten Gründung dieser Einrichtungen entgegensteht. Wir glauben, dass Hausärzte hier die Möglichkeit haben müssen, Versorgungszentren zu gründen, ohne die fachübergreifende Organisation sicherstellen zu müssen. Schließlich finden wir, dass die IV-Verträge nach § 140 auch Anreize bieten können, die Nachwuchsproblematik der Hausärzte zu verbessern, sofern sie hausarztzentriert sind. Die Hausarztzentrierung weist den Hausärzten in Deutschland eine stärkere Funktion zu. Die Attraktivität wird damit steigen. Wir glauben, dass damit Anreize geschaffen werden, den Beruf des Hausarztes zu übernehmen. In dem Zusammenhang würden wir bitten, darüber nachzudenken, das Auslaufen der 1 %igen Anschubfinanzierung zu überdenken und diese Förderung auch über das Jahr 2006 hinaus aufrechtzuerhalten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte noch eine Frage zu den Festbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel stellen. Ich frage den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und Herrn Dr. Hess: Inwieweit wurde bei der Anpassung der Entscheidungsgrundlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses die Kritik der Pharmaindustrie an der Ausgestaltung des Innovationssschutzes aufgegriffen?

Höhlt die Bildung von Jumbogruppen den Patentschutz aus?

SV Christine Lietz (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Der BPI vertritt den Standpunkt, dass die Kriterien für die Definition einer Innovation im Rahmen der Ausnahmeregelungen für die Festbetragsregelungen nicht angehört und auch nicht veröffentlicht wurden. Darüber hinaus ist das Kriterium der therapeutischen Verbesserung nicht gesetzeskonform definiert worden. Außerdem ist das Kriterium der geringen Nebenwirkungen unzulässig eingeschränkt worden. Der BPI vertritt den Standpunkt, dass hinsichtlich der therapeutischen Verbesserungen eine Einbeziehung nicht interventioneller Studien notwendig ist, da therapeutische Verbesserungen häufig nicht zum Zeitpunkt der klinischen Prüfung, sondern erst in der Praxis festgestellt werden können. Hinsichtlich der geringen Nebenwirkungen wurde eine Einschränkung auf schwerwiegende Nebenwirkungen gemacht. Dies ist aber nicht gesetzeskonform, vielmehr sollte hier eine Verringerung jeglicher Nebenwirkungen mit einbezogen werden.

SV Dr. Rainer Hess: Wir haben die Entscheidungsgrundlagen laufend überarbeitet und sie mit der Industrie erörtert. Sie sind Bestandteil jeder Einzelentscheidung. Von daher weiß die Industrie, dass diese Entscheidungsgrundlage die Basis ist, wenn eine Festbetragsgruppe ansteht. Ich kann mich in ihren Stellungnahmen jeweils damit auseinandersetzen und brauche dafür keine gesonderte Anhörung, weil das eine Regelbegründung für alle Festbetragsgruppenbildungen ist. Dies dient der Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes und der Kalkulationssicherheit. Es ist ganz bewusst so gemacht worden. Die allgemeinen Entscheidungsgründe haben wir fest formuliert, damit jeder Hersteller weiß, dass der Ausschuss nach diesen Kriterien entscheidet. Wenn wir diese Kriterien ändern, müssen wir auch die schon beschlossenen Festbetragsgruppen überprüfen, ob sie dem noch Rechnung tragen. Im Interesse der Industrie und zur Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes ist das so geschehen. Im Übrigen gab es in Bezug auf den Begriff der Nebenwirkungen eine Änderung, das ist vielleicht bei Ihnen noch nicht angekommen. Es gab ein Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 12. August 2004, in dem dies moniert worden ist, so dass wir es geändert haben.

Aber eines muss klar sein: Wenn es hier darum geht, Innovationen zu schützen, müssen dies Innovationen sein, die für den Arzt in der Therapie etwas bringen. Es dürfen nicht nur chemische Variationen oder gewisse Veränderungen bei den Nebenwirkungen sein. Es muss für den Arzt erkennbar ein Vorteil in der Versorgung der Patienten bestehen, für die der Hersteller die Indikation in Anspruch nimmt. Die „Therapierelevanz“ ist der entscheidende Begriff, über den wir uns dann gerichtlich streiten werden. Darauf können wir verzichten. Es geht nicht um Nebenwirkungen, sondern um die therapierelevante Verringerung von Nebenwirkungen. Es geht nicht nur um Verbesserungen, sondern es geht um die therapierelevante Verbesserung im Einsatz solcher Präparate.

Innovation ist nicht gleich Patentschutz. Patentschutz ist dort zu fördern, wo er für den Arzt wirklich mit Innovationen in der Therapie verbunden ist. Dem trägt das Gesetz Rechnung. Ob jede Entscheidung dem gerecht wird, werden letzten Endes die Gerichte entscheiden müssen. Wir bemühen uns, auch durch Weiterentwicklung unserer Entscheidungsgrundlagen, gerade dem Innovationsschutz gerecht zu werden. Wir sehen den Sinn dieser Gruppen darin, Analogpräparate, die keine Innovation beinhalten, aber patentgeschützt sind, in einen Preiswettbewerb mit den Präparaten zu stellen, die in dieser Richtung schon auf dem Markt vorhanden sind, weil das dazu dient, dass die Industrie sich wirklich um Innovationen kümmert und sich nicht, wie in Deutschland leider lange Jahre üblich, auf Analogpräparate beschränkt.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage beschäftigt sich mit dem FDP-Antrag „Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Herr Kollege Dr. Kolb hat in seinem Beitrag von „Zwangsberatung“ gesprochen. Ich möchte meine Frage in diesem Zusammenhang an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den Bundesverband der Verbraucherzentralen richten: Sie reden von „Zwangsberatungen“, die im § 13 SGB V so vorgesehen sind und bitten um ersatzlose Streichung. Handelt es sich hierbei tatsächlich um eine „Zwangsberatung“, oder ist es nicht eher ein Angebot an die Versicherten, sich vor einer Wahl der Kostenerstattung über die möglichen Risiken und Konsequenzen dieser Wahl zu informieren? Wie hoch schätzen Sie den

Verwaltungsmehraufwand für den Fall ein, dass man es gänzlich den Versicherten überließe zu entscheiden, welche Bereiche im Rahmen der Kostenerstattung und welche Bereiche im Rahmen der Sachleistungen in Anspruch genommen werden?

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Die Frage beinhaltet eigentlich zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist von der Seite des Versicherten aus zu sehen, der andere ist grundsätzlicher Art für das System der Vertragsgestaltung im Sachleistungsprinzip. Zuerst zu der Seite des Versicherten: Natürlich ist bereits vorgeschrieben, dass eine solche Beratung durchzuführen ist. Das gesamte Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und eine private Abrechnung auf der anderen Seite, in die ein Versicherter zwangsläufig hineinkommt, wenn er die Kostenerstattung wählt, halte ich für so kompliziert und wenig vergleichbar für den normalen Bürger, dass es schon erforderlich ist, ihm am konkreten Fall und an seiner konkreten medizinischen Behandlungsbedarfslage klar zu machen, was die Wahl der Kostenerstattung finanziell für ihn bedeuten würde. Im Allgemeinen würde es bedeuten, dass es zu erheblichen Mehraufwendungen kommt, die der Versicherte vorzustrecken hat, bis er überhaupt einen Teil von der Krankenkasse wiederbekommt. Insoweit ist es völlig richtig, den Versicherten zu schützen. Die Solidargemeinschaft hat diese Aufgabe auch.

Vom Grundsatz des Sachleistungssystems her gesehen muss man sagen, dass die bisherigen Regelungen tolerabel sind, wenn man das Sachleistungssystem nicht „durchlöchern“ will. Eine Einzelfallentscheidung über Kostenerstattung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Vergütung ist zum Beispiel – solange es Kopfpauschalen gibt – völlig abwegig. Wie will man die Kopfpauschale überhaupt managen? Das Vertragssystem mit seinen Elementen würde ad absurdum geführt. Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Integrationsversorgung wären danach eigentlich gar nicht mehr möglich. Die Mengengerüste für diese Regelungen, die wir gegenwärtig in den Verträgen haben, wären nicht mehr kalkulierbar.

Etwas anderes wäre es, wenn man einen generellen Umstieg auf ein Kostenerstattungssystem und andere Finanzierungsregelungen treffen würde. Ich halte das nicht für völlig ausge-

schlossen. Das wäre zumindest etwas anderes als dem Versicherten im bisherigen Regelungsrahmen alle Ausstiegsmöglichkeiten zu geben.

Den Verwaltungsmehraufwand kann ich nicht nach Stunden pro Fall bemessen. Auf jeden Fall würde eine große Unübersichtlichkeit entstehen. Der Verwaltungsmehraufwand wäre erheblich, weil jeder Einzelfall bearbeitet werden muss, während beispielsweise in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Einzelfall als Bearbeitungsfall nicht auftaucht, sondern kollektiv und pauschal abgerechnet wird.

Der Vorsitzende, Klaus Kirschner (SPD), übernimmt wieder den Ausschussvorsitz.

SV Dr. Stefan Etgeton (vzbv): Wenn ich § 13 Abs. 2 richtig lese, so sehe ich darin eher eine Beratungspflicht der Krankenkasse formuliert und nicht eine Beratungspflicht für den Versicherten. Insofern kann ich dem auch zustimmen. Weil die Kostenerstattung mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden ist, ist die Verpflichtung der Krankenkassen, eine solche Beratung anzubieten, in Ordnung. Ich kann mir allerdings durchaus vorstellen, dass ein Versicherter sich in dieser Entscheidung nicht gerade von der Krankenkasse beraten lassen möchte, sondern von einer unabhängigen Beratungsstelle. Wir haben die Möglichkeit, dieses in Modellen im Rahmen des § 65b zu fördern. Das ist sicher ausbaufähig.

Was das Kostenerstattungsprinzip und das Sachleistungsprinzip insgesamt betrifft, kann ich mich den Ausführungen der BAGH anschließen. Ich möchte allerdings einen Aspekt ergänzen. Es macht relativ wenig Sinn, im Gemeinsamen Bundesausschuss Patientenbeteiligungen zu veranstalten, die auf dem Sachleistungsprinzip basieren und mit dem Ziel gesetzt werden, die Sachleistungen adäquater und patientenrelevanter zu machen und dann der Beteiligung den Boden unter den Füßen wegzuziehen, indem man das Sachleistungsprinzip aushöhlt und letztlich zum Kostenerstattungsprinzip übergeht. Insofern würde ich dafür plädieren, im Rahmen des Sachleistungsprinzips die Patienten- und Nutzerrelevanz durch Beteiligung zu erhöhen. Dann wird man sehen, dass die Attraktivität der Kostenerstattung wahrscheinlich noch weiter abnimmt, als dies ohnehin schon der Fall ist.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe noch eine ganz kurze Frage zur Bedeutung der Altersgrenze von 68 Jahren für den Arzt und die Versorgung der Patienten. Ich frage die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Wie viele Ärzte in den neuen Bundesländern machen von der Regelung des § 95 Abs. 7 SGB V Gebrauch, nach der Ärztinnen und Ärzte, die die Praxis noch keine 20 Jahre haben, nicht unter die Altersgrenze fallen?

SV Ulrich Weigeldt (KBV): Soweit mir die Zahlen unserer statistischen Abteilung aus dem Bundesärzteregeister vorliegen, sind es insgesamt 55 Ärztinnen und Ärzte.

Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU): Meine Frage geht an den VdK und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Es wird nach wie vor festgestellt, dass vor allem alte Menschen und sozial Schwache bedingt durch die Praxisgebühr vielfach von Arztbesuchen absehen. Lassen sich positiv gewünschte Steuerungseffekte und evtl. nicht gewünschte negative Effekte weiter belegen? Welche Maßnahmen könnten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, um unerwünschte Effekte zu vermeiden?

Eine zweite Frage an die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie hat sich die Zahl der künstlichen Befruchtung seit Inkrafttreten des GMG entwickelt? Wie sehen Sie das familienpolitisch, auch aus der Sicht der GKV?

SV Achim Backendorf (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Die Praxisgebühr findet bei den Patienten überhaupt keine Akzeptanz. Steuerungseffekte, die dahin gehen, dass jetzt nicht notwendige Arztbesuche unterbleiben, sehen wir überhaupt nicht.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Wir sehen das anders. Uns sind keine wesentlichen Probleme bekannt. Eine gewisse Reduktion der Arztbesuche war ausdrücklich gewünscht, und dieser Effekt ist – wahrscheinlich bedingt durch die Praxisgebühr – eingetreten. Eine ernsthafte Aussage darüber, wie weit die Praxisgebühr sich selektiv auf unterschiedliche Versichertengruppen und erst

recht sozial Schwache auswirkt, kann man nicht machen. Herr Dr. Köhler hat dazu bereits einen Hinweis gegeben. Sollte sich wirklich herausstellen, dass es solche Probleme gibt, müsste stärker darüber informiert werden, dass diejenigen, die sozial schwach sind, auch durch die Belastungsobergrenze sowie über die Praxisgebühr geschützt sind. Wir glauben, dass die Belastungsgrenze ausreichend ist.

In Bezug auf die künstliche Befruchtung kennen wir nur die Umfrage beim Verband der Reproduktionsmedizin, laut der sich die Anzahl der Fälle in etwa halbiert hat auf 10.000. Will man die Frage unter ethischen Gesichtspunkten betrachten, müsste man sie eigentlich in einen größeren Kontext stellen. Die Grundfrage ist, ob es überhaupt Aufgabe einer Krankenversicherung ist, künstliche Befruchtung zu finanzieren. Wir halten es für einen der weniger glücklichen Kompromisse innerhalb des GMG, dass man bei einer doch verhältnismäßig teuren Leistung den Finanzierungssatz der GKV halbiert hat. Hierdurch werden diejenigen benachteiligt, die sich abschrecken lassen, die Leistung in Anspruch zu nehmen. Für die anderen ergibt sich ein Mitnahmeeffekt. Man sollte eher überlegen, eine grundsätzliche Entscheidung in der Frage zu treffen, ob die künstliche Befruchtung überhaupt Aufgabe der Krankenversicherung ist. Sollte man zu der Auffassung kommen, dass dies nicht der Fall ist, müsste man grundsätzlich einen anderen Finanzierungsweg finden. Solange es aber GKV-Aufgabe ist, wäre eine vollständige Finanzierung durchaus denkbar oder erwägenswert.

SV Dr. Andreas Crusius (BÄK): Wenn wir von der Gesundheitsdefinition der WHO ausgehen, ist nicht nur das körperliche, sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden gemeint. Damit ist die Reproduktionsmedizin eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Argument, es handele sich um relativ teure Leistungen, ist für uns nicht stichhaltig. Dann müssten wir auch die Transplantationsmedizin, Dialyse und ähnliches weglassen, weil es zu teuer ist. Die Zahl künstlicher Befruchtungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr halbiert. Es sind 10.000 Geburten weniger. Das entspricht der gesamten Geburtenrate in Mecklenburg-Vorpommern für ein Jahr. Wir hatten im Jahr 2004 nur noch 60.000 Behandlungszyklen gegenüber 105.000 Behandlungszyklen im Vorjahr. Das bedeutet, dass nicht

jeder Behandlungszyklus zu einem Kind führt, weil nicht jede Eizelle angeht. Das ist auch vom Zyklus der Frau, von der Stimulation und ähnlichem abhängig.

Familienpolitisch bedeutet dies ein Extrema, denn es kommt zu einer sozialen Doppelbelastung. Wenn es nicht zu einem gewünschten Kind kommt, muss man als kinderloses Paar in der Pflegeversicherung höhere Beiträge zahlen, und für die Zyklen die Hälfte der Kosten – zwischen 500 und 1.800 Euro pro Behandlungseinheit – selbst zahlen. Diese Familie wird doppelt belastet, und das führt zu einer besonderen psychischen Situation. Das psychische Wohlbefinden ist Bestandteil der Gesundheitsdefinition. Deutschland kann die WHO-Definition nicht missachten. Das würde ich nicht für gut befinden und ärztlich nicht mittragen. Insofern muss hier etwas geschehen. Diejenigen, die sich nicht selbst beteiligen können, sind die von Herrn Dr. Köhler vorhin in der Berliner Analyse erfassten Menschen, die an den unteren sozialen Schichten leben. Diese Ungleichbehandlung ist nicht hinnehmbar.

SVe **Sabine Mundolf** (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen): Ich spreche hier als Vertreterin der evangelischen Aktionsgemeinschaft für Familienfragen. Wir haben die Federführung innerhalb der Arbeitsgemeinschaft, konnten uns aber in der Kürze der Zeit nicht mehr mit den anderen Verbänden abstimmen. Zu den familienpolitischen Bewertungen: Die Zahlen sind gesunken, das wurde eben schon zutreffend dargestellt. Allerdings möchten wir keine Bewertung unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten abgeben. Wir sehen nicht, dass es aufgrund einer psychischen Konstellation einen Anspruch auf eine bestimmte oder höhere Anzahl von Versuchen durch IVF gibt. Es gibt keine Erkenntnisse, ob sich durch das Gelingen – sprich eine Lebendgeburt – die Psyche der betroffenen Elternpaare verbessert oder sogar die Partnerschaft besser gelingt. Im Gegenteil, man hat Erkenntnisse, dass auf diesem Wege zustande gekommene Kinder und Partnerschaften eher höheren Belastungen und Problemen gegenüberstehen.

Insgesamt sehen wir es als sehr wichtig an, einen ganzheitlichen Blick auf die Reproduktionsmedizin zu werfen, auf die IVF und andere Verfahren, weil es neben der Belastung durch

die Umwelt usw. sehr viele psychische Komponenten dafür gibt, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege nicht zustande kommt. Da fehlt es noch immer an hinreichender Forschung. Das allein auf medizinisch-technischem Wege lösen zu wollen, erscheint nicht immer in diesem Maße angebracht. Einen Anspruch auf ein Kind kann es nicht geben, also kann die Anzahl der Versuche auch weiterhin eingeschränkt bleiben. Es spricht nichts dafür, dass die Kostentragung jetzt voll von der Krankenversicherungsgemeinschaft übernommen wird.

Es ist noch einmal anzumerken, dass aufgrund der psychischen Probleme, die damit einhergehen, eine gute Beratung stattzufinden hat: Oft wählen Paare den reproduktionsmedizinischen Weg, weil sie aus bevölkerungspolitischen Gründen immer häufiger instrumentalisiert werden. Das heißt, dass Paare sich einem sehr hohen Druck aussetzen, der sich gesellschaftlich gegenüber Kinderlosen immer weiter erhöht. Einen Hinweis möchte ich noch geben: Wenn die Geburten auf dem technischen Wege gesunken sind, so ist die Geburtenanzahl bei natürlich zustande gekommenen Schwangerschaften ebenfalls gesunken. Es ist nicht gesagt, dass das Paar die IVF aus Kostengründen nicht wählt, sondern es kann auch durchaus aus Gründen der Familienunfreundlichkeit in dieser Gesellschaft sein, dass das Paar keine weiteren Versuche unternimmt.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe mehrere Fragen an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Wie beurteilen Sie die Möglichkeit einer privatrechtlichen Absicherung des Zahnersatzrisikos im § 58 Abs. 2 SGB V in der Fassung des GMG? Zum 1. Januar 2005 ist die neue Festzuschussregelung beim Zahnersatz in Kraft getreten. Welche ersten Erfahrungen haben Sie mit der Neuregelung gemacht? Welche praktischen Konsequenzen sind mit der Bestimmung des § 57 Abs. 2 SGB V zur Vereinbarung unterschiedlicher Höchstpreise für zahntechnische Leistungen im Bundesgebiet im Zusammenhang mit dem Festzuschussystem bei Zahnersatz verbunden?

Ich habe noch eine weitere Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Vorhin wurde schon einmal über die Zahntechnikerinnungen debattiert, die wegen der Umsatzrück-

gänge klagen. Dazu bitte ich nochmals um Stellungnahme. Können Sie die Angaben über die Quote der genehmigten Heil- und Kostenpläne bestätigen? Wie lange dauert derzeit die Entscheidung über die Genehmigung von Heil- und Kostenplänen?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (KZBV): Wir hatten heute am frühen Nachmittag eine etwas einseitige Wahrnehmung der Problematik. Die Bundesgesundheitsministerin hat bei ihrer Bilanz vor zwei Tagen festgestellt, dass es das Ziel war, die Gelder der GKV zielgerichtet einzusetzen. Ich kann dazu – im Gegensatz zu Herrn Wolf – sagen, dass dieses Ziel erreicht worden ist. Ich bin dankbar für die Bemerkungen der Krankenkassen, dass es noch zu früh ist, ein abschließendes Urteil zu fällen. Dem schließe ich mich gerne an und möchte die Gelegenheit wahrnehmen, einiges zurechtzurücken.

Es heißt, dass das allgemeine Festzuschussniveau gesunken ist. Dazu ist zu bemerken, dass dieses Niveau das Abbild des Versorgungsalltags in deutschen Praxen ist und eine 1:1-Umsetzung der ehemaligen Kosten, die die GKV für die prothetische Versorgung aufgebracht hat, nach sich gezogen hat.

Ich gebe gerne zu, dass der Patient im Rahmen der Regelversorgung wie auch in der gleichartigen und andersartigen Versorgung jetzt etwas mehr zahlen muss, wenn er eine Krone bekommt. Bei der Regelversorgung ist der Eigenanteil im letzten Jahr auf der Basis eines bundesdurchschnittlichen Punktwertes, den wir per Gesetz einzuführen hatten, 165 Euro gewesen; der Patient zahlt jetzt 174 Euro. Bekommt er zwei Kronen, ist der Eigenanteil in der Regelversorgung von 307 auf 300 Euro gesunken. Bei drei Zähnen – drei Einzelkronen keramisch voll verblendet, auch das ist der Alltag in unseren Praxen – ist der Eigenanteil des Patienten von 706 auf 684 Euro gesunken. Nehmen wir ein aufwendiges Beispiel, weil es immer heißt, die Brücken seien herausgenommen worden und Brücken zu 98 % die Regelleistung in deutschen Zahnarztpraxen abbilden. Ich will ein Beispiel bringen mit zwei Brücken, um deutlich zu machen, dass es hier keine Schiefelage gegeben hat: Der Eigenanteil ist von 762 auf 737 Euro gesunken. Wenn ein Patient auf diese zwei Brücken verzichtet und ein Modellgussgerüst, also eine herausnehmbare Prothese wählt, bekommt er denselben Zuschuss. Der

Eigenanteil, der früher 262 Euro betrug, beträgt jetzt Null. Er bekommt eine Vollfinanzierung. Der VDZI hat die Versorgung mit Kombinationsversorgungen, das sind die Teleskopkronen, angemahnt und gesagt, dass sie finanziell diskriminiert werden. In den Fällen, wo es eine Regelversorgung ist, ist bei einer so genannten Cover-Denture-Prothese der Eigenanteil des Patienten von 890 Euro auf 828 Euro gesunken. Bei zwei Kronen im Unterkiefer ist der Eigenanteil von 696 auf 660 Euro gesunken.

Ich wollte mit diesen Beispielen nur deutlich machen, dass das, was Versorgungsalltag ist, zum Wohl des Patienten geregelt worden ist. Ich weiß aber auch, dass es einige Fälle gibt, in denen es für den Patienten deutlich teurer geworden ist. Die Zahl dieser Patienten hat aber eine Null vor dem Komma. Sie kommen in meiner Praxis nur ein einziges Mal im Jahr vor, oder ich muss sie mir morgens unter der Dusche ausdenken, um die Zuzahlung deutlich zu machen.

Es ist so, dass wir eine Strukturreform haben. Strukturreformen bringen manche Ecken und Kanten, Kommentierungen und auch verschiedene Auslegungen mit sich. Wir sind deshalb sehr daran interessiert, mit der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer Clearingstelle diese Absurditäten des Systems geradezubiegen. Ich würde mir von einigen Krankenkassen eine größere Mitarbeit wünschen. Manches, was beispielsweise von der Gmünder Ersatzkasse dieser Tage kommt, ist da wenig hilfreich. Wir können nur sagen: Wer vom Schiedsamt nicht dabei war, wird vieles feststellen können. Wer dabei war, wird feststellen, dass die Regelungen vom Schiedsamt sich in keiner Weise auf die Festzuschussregelungen bzw. den Alltag der Umsetzung niederschlagen. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass wesentliche Teile herausgenommen worden sind.

Bei der Kombinationsversorgung handelt es sich im Wesentlichen auch um die Begriffe der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ich habe ihnen eben Beispiele genannt, wo der Patient deutlich besser fährt. In anderen Beispielen, die mehr der Fehl- oder der Überversorgung zuzuordnen sind, hat er in der Tat mehr zu zahlen. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass in der Schweiz, wo es bei Leibe keine „Barfußzahnarztversorgung“ gibt, Teleskopkronen überhaupt nicht bekannt sind und im therapeu-

tischen Alltag nicht vorkommen. Deshalb ist festzuhalten: Das Ziel ist erreicht, das Versorgungsniveau ist erhalten geblieben. Es gibt in der Tat einen Einbruch, das ist aber ein Neubeginn in einer Struktur. Das hatten wir 1998 auch.

§ 57 zur Vereinbarung unterschiedlicher Höchstpreise für zahntechnische Leistungen stellt eine Benachteiligung der Zahnärzte dar, denn die Zahnärzte mussten sich per Gesetz auf einen bundesdurchschnittlichen Punktwert einstimmen. Die Regelung bei den Zahntechnikern mit einem 5 %igen Korridor nach oben und unten ist eine Sonderregelung, ein Geschenk, wenn Sie so wollen, und sicherlich im Rahmen von Wettbewerb und Marktordnungen nicht unbedingt das, was man sich wünscht.

Hinsichtlich der privatrechtlichen Absicherung des Zahnersatzrisikos hätten wir uns gewünscht, dass dieser Bereich komplett in die private Absicherung mit hinein genommen worden wäre. Auch hier hätte man innovativ wesentliche Bereiche für die zukünftige Entwicklung der GKV schon in einer Art Modellversuch steuern können. Gerade der Zahnersatzbereich bietet sich an, um es auszuprobieren.

Hinsichtlich der Kostenpläne gibt es bei uns in der KZBV keine Hinweise, dass es hier lange Bearbeitungszeiten gibt. Es ist schwierig, über die Zahl der Heil- und Kostenpläne zu diesem Zeitpunkt etwas zu sagen, weil der behandelnde Zahnarzt zunächst einen Antrag stellt und dieser genehmigt werden muss. Anschließend wird die Arbeit gemacht, in der Regel etwa vier Wochen später. Wiederum vier bis sechs Wochen später wird abgerechnet. Ich kann nicht sagen, wie viele Anträge derzeit „auf Halde“ liegen. Es gibt aber Vorzieheffekte, so dass es verständlich wäre, dass es im Moment keinen „Bauch“, sondern eher eine Delle in der Zahl der Versorgungsfälle gibt.

SV **Dr. Robert Paquet** (BKK-Bundesverband): Ich kann nur noch einmal wiederholen: Uns ist keine Veränderung der Fallzahlen bekannt. Der einzige und mit aller Vorsicht zu genießende Hinweis ist, dass es mehr Reparaturfälle gibt und weniger Neukonstruktionen. Das könnte eine Auswirkung auf den Umsatz haben. Aber es ist wirklich zu früh, dies nach neun Wochen zu bewerten. Die Bearbeitungszeiten haben sich nicht verändert.

Ich sagte vorhin schon, dass es im Durchschnitt fünf Tage sind, obwohl der Aufwand etwas größer geworden ist. Die Ablehnungsquote hat sich auch nicht geändert. Insoweit sehen wir Meldungen, die die Katastrophe an die Wand malen, als nicht begründet an.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf sektorenübergreifende bzw. steuernde Versorgung. Meine Frage an die DKG zu § 116b Abs. 2: Warum ist es so schwierig damit und warum kommt das nicht zum Laufen?

Eine weitere Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und den deutschen Hausärzterverband und betrifft § 73b Abs. 2, die hausarztzentrierte Versorgung: Warum ist es so schwierig damit und warum kommt das nicht zum Laufen?

An Prof. Wille und den BMC habe ich eine Frage betreffend § 140a-d: Warum gibt es nur sektorenübergreifende indikationsbezogene Verträge? Warum ist das so schwierig damit und warum kommt das nicht zum Laufen?

SV **Jörg Robbers** (DKG): Warum § 116b nicht läuft, hat Herr Dr. Leber dargelegt. Das Schlimme ist, dass § 116b nie laufen wird, sollte es nicht zu einer gesetzlichen Korrektur kommen. Der Konstruktionsfehler liegt darin, dass keinerlei Anreiz besteht, Zusatzleistungen zu erbringen, weil alle ambulanten Leistungen in der Gesamtvergütung abgegolten sind. Eine Gesamtvergütungsvereinbarung, das Heraushalten von teilstationären Leistungen und das Umfunktionieren von sonstigen Leistungen ist keine Lösung. Daher halten wir es für dringend erforderlich, § 116b gesetzlich anders auszugestalten. Wir haben das vorgeschlagen. Wir halten es für sinnvoll, zumindest Teilbereiche dieser Norm so zu konstruieren, wie wir dies parallel im § 115b finden, d. h., dass dreiseitige Verträge geschlossen werden und festgelegt wird, welche Leistungen abrechenbar sind. Das ist dann auch gleichzeitig die Auseinandersetzung mit dem ambulanten Sichersteller. Dieser Weg ist der weit bessere als eine Norm zu haben, die als politischer Durchbruch bezeichnet worden ist, die aber nichts weiter ist als eine Sackgasse.

SV Dr. Robert Paquet (BKK-Bundesverband): Hinsichtlich § 116b ist sachlich richtig, was Herr Robbers angesprochen hat. Bei den Hausarztverträgen liegt das Problem in der institutionellen organisatorischen Aufstellung möglicher Vertragspartner. Es sollen wettbewerbliche Verträge sein, die jenseits der Kollektivverträge stattfinden. Diejenigen, die uns als Vertragspartner zur Verfügung stehen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Hausärzteverband. Beide potentiellen Vertragspartner – andere Gruppierungen gibt es im Moment nicht – haben dabei das Problem, dass sie darauf bestehen, dass alle von ihnen vertretenen Mitglieder in solche Verträge aufgenommen werden. Das konfliktiert mit den Qualitätsanforderungen. Insoweit hat man ein Balanceproblem in der Frage, was man an zusätzlicher Finanzierung für mehr Qualität einsetzen kann und wie man diese Qualität auch tatsächlich vernünftig auswählen kann. Es war der Sinn der Regelung, dass man hier besondere Qualitätsanforderungen honorieren sollte. Meines Wissens ist auch der Vertrag, den die Barmer Ersatzkasse gemacht hat, in diesem Bereich so, dass alle Mitglieder des Vertragspartners in den Genuss des Vertrages kommen. Das ist etwas, was die anderen Krankenkassen bzw. Verbände, die sich um dieses Problem kümmern, bisher so nicht akzeptieren möchten. Diese Balance ist schwierig, und wir bitten, dass Sie uns noch etwas Zeit lassen, da zu pokern.

SV Robert Festersen (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Das Problem mit den § 73b-Verträgen ist, dass hier ein Flaschenhals aufgemacht wird durch die Formulierung des besonders qualifizierten Hausarztes. Wir hatten bereits heute Nachmittag über die enormen Schwierigkeiten gesprochen, die wir im Bereich der Nachwuchsgewinnung der Hausärzte haben. Wie man hier die wenigen nachwachsenden Hausärzte, die wir noch haben, auch noch selektieren will, um die Verträge zum Laufen zu bringen, ist nur schwer nachvollziehbar. Die IV-Verträge nach § 140 sind in die Lücke hineingestoßen. Wir haben einen flächendeckenden Vertrag geschlossen mit einer Hausarztzentrierung, d.h., hier substituiert in gewisser Weise der § 140 den § 73b, jedenfalls im Moment. Wir glauben, dass wir mit dem § 140-Vertrag eine strukturierte und koordinierte Versorgung hinbekommen in Kooperation mit den Apothekern und der Barmer Ersatzkasse. Genau das war die Absicht

des § 73b-Vertrages, und solange wir Nachwuchsmangel haben, glauben wir, dass wir keine weiteren Flaschenhälse einführen dürfen. Meines Erachtens wird es auch zu § 73b-Verträgen kommen. Sie werden in gewisser Weise im Wettbewerb stehen zu § 140b-Verträgen. Aber im Wesentlichen haben wir den Weg bestritten bei der strukturierten Versorgung über die IV-Verträge.

SV Prof. Dr. Eberhard Wille: Es wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die Zwischenbilanz in Bezug auf die integrierte Versorgung etwas mager ausfällt. Ich möchte dafür noch einen möglichen Grund anführen. Angesichts der knappen Verwaltungskapazitäten auf Kassenseite und ärztlicher Seite steht die integrierte Versorgung in Konkurrenz zu dem DRG-Managementprogramm bzw. den strukturierten Behandlungsprogrammen. Wegen deren Anbindung an einen Risikostrukturausgleich geht von den DRG-Managementprogrammen eine hohe finanzielle Attraktivität aus. In deren Kontext müssen die Ärzte sehr viel dokumentieren. Dies belastet aus meiner Sicht den Aufbau der integrierten Versorgung. Ich kann das auch empirisch bestätigen anhand eines integrierten Versorgungsprojekts, was ich selbst betreue. Gleichwohl halte ich die Vorschriften der integrierten Versorgung oder die Reform des § 140a ff für ein positives Kernstück des Gesetzes und würde mir wünschen, dass es damit weiter aufwärts geht. Ich hielte ein langsames Voranschreiten immer noch für besser, als jetzt schnell in relativ schlechte Projekte zu gehen.

Die Schweiz hat vor knapp zehn Jahren mit Managed Care begonnen, besitzt heute einen Anteil von 7,5 %. Vielleicht schaffen wir das in zehn Jahren auch.

SV Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care (BMC)): Wir sehen einerseits, dass hier durch die Neufassung der §§ 140a ff Bewegung in das System hineingekommen ist. Wir bedauern, dass die integrationsbezogenen „Schmalspurverträge“ im Vordergrund stehen, und die eigentlich sinnvollen, die populationsbezogenen und sektorübergreifenden Versorgungsmodelle noch etwas nachhinken. Es gibt natürlich etliche Gründe dafür. Einerseits ist es so, dass die sektorübergreifende Integrationsversorgung noch eine sehr starke professionelle Herausforderung darstellt, die letztendlich

unternehmensartige Strukturen und Management-Voraussetzungen erfordert. Dies bedingt natürlich eine gewisse Langsamkeit beim Aufbau. Andererseits werden dadurch die so genannten „Quick-Dirty-Verträge“ bevorzugt, bei denen man die 1 %-Regelung mitnimmt. Die Regelungen insgesamt sind so, dass sie letztendlich auch zum Missbrauch herausfordern. Dies sollte man mit einkalkulieren, wenn Veränderungen anstehen. Der Missbrauch sollte nicht zu weit gehen. Wir sehen auch eine gewisse Problematik in der Kombination, wenn man sämtliche Mitnahmeeffekte bei Finanzflusssteuerung in einen Vertrag mit hineinbringt. Grundsätzlich halte ich es für eine Entwicklung, der man auch etwas Zeit lassen muss.

Die § 73b-Regelung sehen wir nicht so, dass der Hausarzt medizinisch besser sein muss. Er muss zusätzliche Qualifikationen für eine Aufgabe in einer sektorübergreifenden Versorgungssteuerung haben. Insofern unterstützen wir auch eher die Verträge nach § 73b und bedauern, wenn dieser Paragraph quasi durch andere Argumente in Misskredit gebracht wird.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Von hohem Interesse ist die Aussage von Herrn Festersen, dass der § 140a-d verwandt wird, um einen vom Gesetzgeber nicht optimal gestalteten § 73b zu substituieren. Ist das ein echter Integrationsvertrag, wo mit Hausärzten keine sektorenübergreifende Versorgung im Sinne einer Vernetzung mit Fachärzten, Krankenhäusern usw. vertraglich vereinbart wird, dagegen auf der anderen Seite die Apotheker mit hinein genommen werden? Dagegen ist natürlich nichts zu sagen. Es stellt sich aber folgende Frage, die ich an den Hausärzteverband und die ABDA richten möchte: Wenn Vertragsinhalt z. B. ist, dass der Apotheker finanziell vergütet wird, wenn er einmal im Quartal Beratungen durchführt, wie ist dann sichergestellt, dass Mittel aus der 1 %-Finanzierung nicht in andere Bereiche hinein fließen?

SV **Robert Festersen** (Deutscher Hausärzteverband e.V.): Man muss dazu sagen, dass der momentan existierende bundesweite Vertrag zu § 140 alle Öffnungsmöglichkeiten beinhaltet, die Sie ansprechen und wünschen. Es ist natürlich auch daran gedacht – und es wird auch dazu kommen –, dass andere Fachgruppen in diesen Vertrag mit eingebunden werden.

Die Kooperation mit den Apothekern hat sich so entwickelt, dass man bei einem sensiblen Bereich wie den der Arzneimitteltherapie eine bessere Abstimmung für bestimmte Regelungen herbeiführen kann, und dass die Vergütung der Apotheker in Bezug auf die Beratung der Hausärzte und der Patienten, Stichwort Medikationskonto, in der Tat wichtig ist. Es ist aber vertraglich sichergestellt, dass hier keine Gelder der Gesamtvergütung – beispielsweise die, die für die ärztliche Versorgung vorgesehen sind – in die Apotheker-Richtung fließen.

SVe **Monika Koch** (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Die vertragliche Feststellung, dass die Gelder nicht aus dem ärztlichen Sektor genommen werden können, ist der Grund dafür gewesen, dass die Vergütung der Apotheker so marginal ausfällt. Die Apotheker bekommen nicht das vergütet, was sie tun. Das ist begrenzt auf 10 % der eingeschriebenen Patienten und wurde mit dieser Extravergütung aus dem normalen Haushalt der Barmer Ersatzkasse begründet. Wir werden natürlich, wenn Interesse besteht, unsererseits alles tun, was dort Transparenz herstellt.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Damit wären wir am Schluss unserer öffentlichen Anhörung. Ich darf mich bei den Damen und Herren Sachverständigen herzlich bedanken, dass Sie uns so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben, und ich wünsche Ihnen ein gutes Nachhausekommen.

Ende der Sitzung: 17.06 Uhr.