

Stellungnahme

der Spitzenverbände der Krankenkassen

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(25)
vom 14.03.05**

15. Wahlperiode

**ZUR
Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und
Soziale Sicherung im Deutschen Bundestag
am 16. März 2005**

- **Anträge der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
und Abgeordneter**
- **BT-Drucksachen 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

Stand: 9. März 2005

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

**Zu den Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU nehmen die Spitzenverbände
der Krankenkassen wie folgt Stellung:**

**Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen
– BT-Drs. 15/940 –**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen teilen nicht die Auffassung der Antragsteller, ein Grund für die Beibehaltung der Altersgrenze von 68 Jahren für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung liege nicht mehr vor. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ist die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland weiterhin durch eine Überversorgung in vielen Arztgruppen gekennzeichnet. Nur in einzelnen Arztgruppen und in einigen wenigen Regionen in den neuen Bundesländern gibt es Anzeichen für eine (drohende) Unterversorgung im Bereich der Allgemein-/Hausärzte. Im Unterschied hierzu ist für die fachärztliche Versorgung – gerade auch im internationalen Vergleich – nach wie vor in Deutschland eine z. T. erhebliche Überversorgung zu konstatieren.

Soweit eine Unterversorgung tatsächlich besteht oder droht, sieht das SGB V bereits verschiedene Maßnahmen zur Beseitigung vor, z. B. Förderung der Anstellung von Ärzten und neue Kooperationsformen (medizinische Versorgungszentren oder die institutionelle Ermächtigung von Krankenhäusern, vgl. 116a SGB V). Darüber hinaus sind die kassenärztlichen Vereinigungen gehalten, entsprechende Fördermaßnahmen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zu ergreifen. Diese Instrumente sind auszuschöpfen.

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

**Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung
– BT-Drs. 15/3511 –**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen den Antrag auf Erweiterung der Option der Kostenerstattung für die Versicherten ausdrücklich ab. Die Spitzenverbände haben die mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 vollzogene Ausdehnung der Wahlmöglichkeit zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung auf alle Versicherten mit der zusätzlichen Eröffnung der Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Nicht-Vertragsleistungserbringers nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse seinerzeit ausdrücklich begrüßt. Es wurde hierin ein Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität und zur Steigerung der Attraktivität der gesetzlichen im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung gesehen. Die mit einem solchen Schritt verbundenen Risiken für die im Sachleistungssystem vorherrschenden Qualitäts- und Steuerungsmechanismen wurden bei dieser Bewertung zurückgestellt, weil die Krankenkassen zugleich verpflichtet wurden, die Versicherten vor ihrer Wahl zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung zu beraten. Auch mit Blick auf die Risiken zusätzlicher finanzieller Belastung der Versicherten aufgrund der höheren Vergütungssätze bei privater Liquidation halten die Spitzenverbände der Krankenkassen diese Pflichtberatung im Unterschied zu den Antragstellern für ein wichtiges und unverzichtbares Instrument des Verbraucherschutzes.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten die bestehenden Möglichkeiten der Kostenerstattung – entweder für alle Leistungsbereiche oder nur für den gesamten Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung – für hinreichend und sachgerecht. Im Rahmen der Kostenerstattung Leistungserbringer generell – und nicht nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse – unabhängig von einer Zulassung zur Erstattung zu akzeptieren, würde aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen das Sachleistungssystem mit seinen Sicherungs- und Steuerungsfunktionen für die Qualität und Effizienz der Versorgung nachhaltig unterminieren. Insofern wird auch die mit dem GMG eingeführte großzügigere Öffnung der Kostenerstattung bei Leistungsanspruchnahme im Ausland als Ausnahme betrachtet, die die Regel zugunsten von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem bestätigt.

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können sich nach Abwägung der Begründungen des GMG für die Ausgliederung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (OTC) aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gegenargumente des Antrags letztere nicht zu Eigen machen. Die Ausgliederung von OTC-Präparaten aus dem GKV-Leistungskatalog ist fiskalisch motiviert und ordnungspolitisch begründet. Im Hinblick auf die Versorgung ist das Abgrenzungskriterium „Verschreibungspflicht“ zwar nicht optimal, jedoch pragmatisch und umsetzbar. Dem Erfordernis, notwendige Therapieoptionen zu erhalten, wird die Ausnahmeliste nach § 34 Abs. 1 SGB V gerecht.

Die Vertragsärzte sind der gesetzlichen Ausgrenzung gefolgt; eine Substitution von OTC-Verordnungen durch verschreibungspflichtige Arzneimittel findet bis auf wenige Ausnahmen nicht statt (Antiallergika, insbesondere bei Jugendlichen). Die Ausgliederung fördert eine Konzentration des Leistungsspektrums in der GKV auf das therapeutisch Notwendige, stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten und gleicht das deutsche Gesundheitswesen an Versorgungsbedingungen auf EU-Ebene an. Für eine behauptete Unterversorgung gibt es keine Erkenntnisse.

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

**Wirkungen und Nebenwirkungen der GKV-Modernisierungsgesetzes –
Kritische Bestandsaufnahme
– BT-Drs. 15/4135 –**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen erachten eine kritische Bestandsaufnahme zu Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GKV) wie auch anderer Gesundheitsreformen grundsätzlich als sinnvoll. Korrekturbedarf zum GMG haben die Spitzenverbände selbst bereits im Rahmen der parlamentarischen Beratungen vor Inkrafttreten des Gesetzes wie auch danach – zuletzt beispielsweise zum Komplex Telematik – vorgetragen. Nachfolgend nehmen sie lediglich kurz zu den aus Sicht der Krankenkassen besonders wichtig erscheinenden Detailpunkten Stellung:

Zu II.1:

- **Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln hat durch die Erweiterung der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Errichtung eines wissenschaftlich unabhängigen Institutes nach § 139a SGB V einen neuen Stellenwert erhalten. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist inzwischen gegründet, noch in der Aufbauphase und hat seine Arbeit bereits aufgenommen. Erste Aufträge zu einzelnen Indikationen bzw. Arzneimitteln sind erteilt. Zur Verfahrensordnung wird derzeit mit den Beteiligten das Benehmen hergestellt.

Das Institut wird im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses tätig. Seine ausschließlich wissenschaftlichen Bewertungen sind Empfehlungen zur Richtlinien-Gestaltung des Bundesausschusses. Die in öffentlicher Diskussion reklamierte Beteiligung (z. B. von Industriekreisen) wird über die Verfahrensordnung gewährleistet. Zudem finden die Belange von Patientenorganisationen unmittelbar Gehör. Im Hinblick auf die personelle Ausstattung sollte das Institut in der Lage sein, kurzfristigem Bewertungsbedarf selbst nachzukommen. Für mittelfristige Aufgaben ist ohnehin eine Unterbeauftragung vorgesehen.

- **Festbetragsregelung**

Die Konsequenzen der geänderten Festbetragsregelung unter Einbeziehung der Gruppenbildung für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie des Preisverhaltens der Generikahersteller wurde in einem Branchengespräch auf Kanzlerebene am 06.07.2004 diskutiert. Unmittelbar danach hatte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit den Herstellerverbänden und dem Gemeinsamen Bundesausschuss am 08. und 21.07.2004 die Festbetragsregelung fachlich erörtert und die finanziellen Wirkungen analysiert. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass sich die Konsequenzen der Festbetragsregelung mit der Intention des GMG decken, nach Ablauf des Preismoratoriums (§ 130a Abs. 1a und Abs. 2 SGB V) ein Einsparpotential von rund 880 Millionen Euro zu realisieren. Die volle Kompensation durch Festbeträge wird aufgrund der schrittweisen Umsetzung jedoch erst ab dem Jahr 2007 voll erreicht.

Die Bildung kombinierter Festbetragsgruppen, irreführend als „Jumbogruppen“ bezeichnet, ist nicht neu. Den gesetzlichen Vorgaben folgend (§ 35 Abs. 1 SGB V) werden seit Einführung durch das GRG 1989 Festbetragsgruppen im Regelfall aus patentgeschützten und patentfreien Wirkstoffen gebildet. Die Neuregelung des GMG ermöglicht darüber hinaus eine frühzeitige Gruppenbildung auch mit ausschließlich patentgeschützten Wirkstoffen (mindestens drei Wirkstoffe, § 35 Abs. 1a

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

SGB V). Erklärtes Ziel ist es, das Wirtschaftlichkeitspotential im Bereich der Analogpräparate zu erschließen.

Zur Preisbildung bei Generika sind die Anbieter inzwischen dazu übergegangen, Neueinführungen selbst auf hohem und einheitlichem Preisniveau in den Markt zu bringen. Preisanpassungen wie in den übrigen Märkten finden kaum noch statt. Statt Wettbewerb bilden sich kartellartige Strukturen, begleitet von Unternehmenskonzentrationen (z. B. Hexal und Sandoz unter dem Dach von Novartis). Die Generikahersteller nutzen ihre Spielräume vielmehr zur Bildung von Liquiditätsreserven, um den Verbrauchern die Marke bekannt zu machen, den Ärzten über den Außendienst und Produktbindungsprogramme die Verordnung nahe zu legen, in Apotheken die Abgabe unter der Bedingung der regelmäßigen Substitution (aut-idem) abzusichern und Rabattverträge mit Krankenkassen zu bedienen. Dieses Marktverhalten stützt sich maßgeblich auf das regelmäßige Substitutionsgebot an die Apotheke. Wirtschaftlichkeitsvorteile aus dem Preiswettbewerb werden der GKV entzogen und versickern in den Handelsstufen. Mit Herstellern vereinbarte Rabatte an die Krankenkassen müssen zudem in der Regel zur Motivation mit den beteiligten Leistungserbringern geteilt werden. Auf die wirtschaftliche Abgabe kann der Vertragsarzt nur noch durch Ausschluss der Substitution Einfluss nehmen. Egalisierte Generikapreise vermindern die Einspareffekte der Festbetragsregelung. Die bei der Stufe 1 geforderte Festbetragshöhe auf dem unteren Preisdrittel wird unterlaufen. Unter konkurrierenden gesetzlichen Regelungen (Festbeträge, aut-idem, Mindestbetrag der Zuzahlung, Rabattverträge) setzen die Generikahersteller auf Rabattwettbewerb zugunsten einzelner Marktbeteiligter statt auf Preiswettbewerb zugunsten der GKV.

Die Gruppenbildung zu Festbeträgen erfolgt auf der Basis von Wirkstoffen. Hinsichtlich der Innovationschutzklausel gelten seit 1989 die Ausnahmekriterien „therapeutische Verbesserung auch wegen geringerer Nebenwirkungen“. Zur Operationalisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe hat der Gemeinsame Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen entwickelt, die auf seiner Website veröffentlicht sind und regelmäßig bei der genehmigungspflichtigen Gruppenbildung angewendet werden. So bestätigen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.02.2005, dass einzelne Wirkstoffe aufgrund dieser Kriterien von der Bildung einer Festbetragsgruppe ausgenommen wurden (Antibiotika). Im Vergleich zu anderen Staaten mit Festbetragsregelung ist das deutsche System aufgrund seiner differenzierten Regelungen überlegen.

- **Entwicklung der Arzneimittelausgaben**

Im Arzneimittelbereich hat das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004 zu einem deutlichen Ausgabenrückgang geführt. Nach Hochrechnungen der Krankenkassen betragen die Minderausgaben minus 2,4 Milliarden Euro, die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Pressemitteilung vom 02.03.2005 bestätigt. Maßgeblich ist die Entlastung auf die Ausgliederung der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV, den höheren Herstellerrabatt für das Jahr 2004 (16 % gegenüber 6 %) sowie die höheren Zuzahlungen durch die Versicherten zurückzuführen. Hinzu trat der Vorzieheffekt aufgrund einer Bevorratung im Dezember 2003 in Höhe von über 600 Millionen Euro, was sich nachweislich auf das erste Quartal 2004 auswirkte. Auch nach und weitgehend unabhängig von der Ausgliederung der verschreibungsfreien Medikamente bestimmt der Ordnungswechsel zu teureren Arzneimitteln (Strukturkomponente) mit über 9 % die weitere Ausgabenentwicklung.

Im Jahre 2004 endete das zweijährige Preismoratorium nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz. Preisanhebungen der Hersteller werden nun nicht mehr durch höhere Abschläge der Krankenkassen kompensiert. Sogleich wurde der Herstellerabschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

wieder auf 6 % zurückgeführt. Das Ausgabenvolumen für Januar 2005 in Höhe von 1,7 Milliarden Euro bundesweit liegt bereits leicht über dem Jahresmittel 2004. Zunehmende Verordnungszahlen und eine anhaltende kräftige Strukturverschiebung hin zu teureren Arzneimitteln kommen hinzu.

Die Politik ist von den Krankenkassen mit Schreiben vom 05.10.2004 auf die Ausgabenrisiken hingewiesen worden. Eine Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Entwicklung fortlaufend begleitet. Auf der Grundlage einer Fachkonferenz hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung noch im Dezember 2004 eine Gemeinsame Agenda zum Ausgabenmanagement für das Jahr 2005 formuliert. Diese richtet sich insbesondere an die Vertragspartner auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen. Bezweckt wird über Vertragsgestaltungen, Informationsprogramme und Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine nachhaltigere Einwirkung auf die Vertragsärzte und Krankenkassen hinsichtlich der wirtschaftlichen Verordnung und Erstattung von Arzneimitteln, um dem kostentreibenden Struktureffekt zu begegnen.

Zu II.2:

- **Altersgrenze 12. Lebensjahr für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 21.09.2004 über eine Anhebung der freistellenden Altersgrenze auf das 18. Lebensjahr beraten und festgehalten, dass sich seine Trägerverbände dieser sozialpolitisch wichtigen Frage annehmen sollten. Die Versichertenvertreter der GKV-Spitzenverbände haben sich in diesem Sinne mit Schreiben vom 19.11.2004 an die Bundesgesundheitsministerin und die gesundheitspolitischen Sprecher der Fraktionen gewandt. Die Bundesgesundheitsministerin lehnt mit Schreiben vom 23.12.2004 eine generelle Anhebung ab. Dies „würde den Kreis der Anspruchsberechtigten erheblich ausweiten, auch erwachsenen-typische Mittel einbeziehen, Mitnahmeeffekte ermöglichen und insgesamt die Einsparwirkung des grundsätzlichen Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel substanziell gefährden“. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu dem Antrag der FDP (Drucksache 15/3995) verwiesen.

- **Sicherstellung des Mehrbesitzverbotes**

Mit dem GMG wird Apothekern der Besitz von bis zu drei Filialapotheken eingeräumt. Der Inhaber der Hauptapotheke erhält nur eine Betriebserlaubnis. Die Gesetzesgrundlage ist damit klar und ausreichend geregelt. Die willkürliche Begrenzung auf drei Filialapotheken ist zurzeit europa- und verfassungsrechtlich nicht weiter hinterfragt.

Zu II.3

- **Bereinigung der Gesamtvergütung gemäß § 140d SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung**

In der Tat ist bereits nach geltendem Recht den Vertragspartnern der Gesamtverträge vorgegeben, die Gesamtvergütung zu bereinigen, soweit die Anschubfinanzierung für die Aufwendungen im Rahmen der integrierten Versorgung nicht hinreichend ist. Diese Umsetzung fällt den Vertragsparteien jedoch wegen fehlender Klarheit des Gesetzes schwer. Entweder müssen die Bereinigungsvorschriften klarer gefasst werden (Risikostruktur und ergänzende Morbiditätskriterien der teilnehmenden Versicherten) oder eine **pauschalierende Regelung zur Bereinigung der Gesamtvergü-**

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

tung inkl. der Voraussetzungen hierfür geschaffen werden. Darüber hinaus ist für die Umsetzung der Bereinigungsvorschrift nach § 140d SGB V und auch für die Bereitschaft der Krankenkassen, Initiative von integrierten Versorgungsverträgen über die Anschubfinanzierung hinaus zu ergreifen, eine **Entfristung der Bereinigungsmöglichkeit der Gesamtvergütung nach § 140d SGB V dringend geboten.**

- **Mit den einbehaltenen bzw. bereinigten Gesamtvergütungsanteilen sämtliche im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen vergüten und Mischformen der Abrechnung ausschließen**

§ 140c SGB V gibt eindeutig vor, dass alle Leistungen von dem Vertrag zur integrierten Versorgung erfasst sind. Dies gilt auch für Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern; unklar bleibt jedoch, dass Letzteres sich nur auf Leistungen beziehen kann, die auch Gegenstand der integrierten Versorgung sind. Es besteht gesetzlicher **Klarstellungsbedarf, dass sich die Regelung nach § 140c Abs. 1 Satz 3 ausschließlich auf die von den Integrationsverträgen erfassten Leistungen bezieht.**

- **Keine Vergütung anderer Leistungserbringer durch einbehaltene bzw. bereinigte Mittel aus Integrationsverträgen**

Dass die Mittel aus der Anschubfinanzierung oder aus der Bereinigung der Gesamtvergütung ausschließlich für die Finanzierung von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung zu verwenden sind, ist klare gesetzliche Vorgabe. Insoweit bedarf es keiner gesetzlichen Klarstellung. Im Übrigen ist es (erklärtes) Ziel der integrierten Versorgung, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu stärken. Konkret bedeutet dies, dass Leistungserbringer bzw. Sektoren um Integrationsverträge und die damit verbundenen Vergütungsaussichten konkurrieren. Vor diesem Hintergrund würde die Zielsetzung des Gesetzgebers insbesondere dann ad absurdum geführt, wenn gesetzlich geregelt würde, dass etwa die Mittel aus der Anschubfinanzierung oder der Bereinigung der Gesamtvergütung zwingend wieder in die Sektoren zurückfließen müssten, aus denen sie stammen.

- **Abschluss von Verträgen über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, u. a. durch die Krankenhäuser ermöglichen**

Die mangelnde Umsetzung liegt im Wesentlichen darin begründet, dass es an korrespondierenden **gesetzlichen Vorgaben zur Berücksichtigung von Verträgen nach § 116b SGB V bei der Krankenhausplanung und Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich sowie zur Bereinigung der Gesamtvergütungen und Krankenhauserlösbudgets** fehlt. Eine Verringerung der Krankenhausbudgets stellt aus der Logik der einzelnen Kasse heraus keine wirkliche Refinanzierungsoption dar. Anders sieht die Refinanzierungsbilanz der Kasse aus, wenn ein Abzug vom Rechnungsbetrag ermöglicht wird. Das Verfahren „Rechnungsabzug“ wird bereits im Bereich der integrierten Versorgung praktiziert. Bei einer breiter angelegten Neuordnung der Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung sollte das Konfliktpotential so weit wie möglich reduziert werden.

Im Übrigen obliegt es in einem dann „gängigen“ Vertragswettbewerb den Leistungserbringern, die Vertragspartner (Krankenkassenseite) von der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall zu überzeugen. Darüber hinaus wird sich die Krankenkassenseite auf der Landes- und Ortsebene bei nachgewiesenen Versorgungsdefiziten einer vertraglichen Lösung (kassenartenindividuelle und/oder -übergreifend) nicht verschließen.

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zu diversen Anträgen der Fraktionen der FDP und CDU/CSU
BT-Drs. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

**Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag am 16. März 2005**

Mit Blick auf die in der derzeitigen Diskussion befindlichen Vorschläge sei nochmals betont: **Es geht nicht an, dass eine gesetzliche Zulassung für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen unabhängig von der Bedarfsplanung und außerhalb der Budgets im stationären und vertragsärztlichen Bereich implementiert wird.** Dies würde zu einem zusätzlichen, unkontrollierbaren Kapazitätsaufbau führen und die Beitragssatzstabilität massiv gefährden. Ein gesetzlicher Zulassungsanspruch entspricht nicht dem Wettbewerbsgedanken; die bisher vorgesehene Vertragslösung dagegen schon.

- **Transparenz des Festbetragsverfahrens**

Die Festsetzung von Festbeträgen erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Sowohl bei der Gruppenbildung als auch bei der späteren Festsetzung von Festbeträgen für die jeweiligen Gruppen werden die Entscheidungsgrundlagen im Wege von Anhörungsverfahren offen gelegt. Das Verfahren ist durch die engmaschigen Regelungsvorgaben nach § 35 SGB V bestimmt. Zur Operationalisierung unbestimmter Rechtsbegriffe hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine Entscheidungsgrundlagen im Internet veröffentlicht. Für die preisliche Festsetzung des Festbetrages ist der Kriterienkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen bekannt. Das Bundesverfassungsgericht hat bestätigt, dass Festbeträge auch für unternehmerische Entscheidungen zur Preisgestaltung Markttransparenz schaffen und notwendig sind, um das Wirtschaftlichkeitsgebot nach dem Sozialgesetzbuch durchzusetzen.

- **Preiskorridor Zahntechnik**

Der Bundesmittelpreis für zahntechnische prothetische Leistungen ist auf der Basis der in den Ländern vereinbarten Höchstpreise der gewerblichen Laboratorien ermittelt worden. Nach der gesetzlichen Vorgabe dürfen die Preise für eben diese Leistungen im Jahr 2005 den beschriebenen Korridor um 5 v.H. über- bzw. unterschreiten. Diese Maßnahme soll u. a. dazu dienen, das Preisniveau bundesweit anzugleichen und ein für alle Bundesbürger vergleichbares Kostengefüge zu schaffen. Die Festzuschüsse für prothetische Leistungen beinhalten die Kosten für zahntechnische Leistungen bezogen auf eine Regelversorgung.

Während man im zahnärztlichen Bereich sogar einen bundesweit einheitlichen Punktwert festgelegt hat, den der Zahnarzt auch im Verhältnis zum Versicherten abrechnen muss, wurde die den Interessen aller Zahntechniker besonders entgegen kommende gesetzliche Korridorregelung geschaffen, also bereits schon ein Entgegenkommen im Interesse des Zahntechnikerhandwerks manifestiert. Eine Öffnung des Korridors, der den Zahntechnikern in den neuen Bundesländern einen beachtlichen Vergütungsanstieg - sicherlich zu Lasten der Zahntechniker in den alten Bundesländern - beschert hat, würde zu einer Mehrbelastung der Beitragszahler führen, da sie unweigerlich eine Erhöhung der Festzuschüsse mit sich bringen würde. Viel schwerwiegender dürfte aber die Mehrbelastung der Versicherten in den „Hochpreisländern“ zu werten sein, die für die zahntechnischen Leistungen ohnehin schon einen höheren Preis als im Bundesdurchschnitt zu zahlen haben. Eine Auftragsvergabe zahntechnischer Leistungen in „Niedrigpreisländern“ könnte die Folge sein, was sicherlich nicht von den Zahntechnikern beabsichtigt sein dürfte. Außerdem würde das politische Ziel, die Preise für zahntechnische Leistungen bundesweit anzugleichen, konterkariert.