

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll

38. Sitzung

Berlin, den 13.04.2011, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen - Patientinnen und Patienten entlasten

BT-Drucksache 17/241

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Flach, Ulrike
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver
Molitor, Gabriele

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	10
Abg. Bärbel Bas (SPD)	12
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	20, 21, 22, 23
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	8
Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)	13, 15, 16
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	10
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	11
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	19
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	5, 9
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	17, 18
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	6
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	24
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	12
Die Vorsitzende	5, 25
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
SV Alexander Korthus (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	16
SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität Bundesverband e. V. (VS))	12, 19
SV Dr. Dr. Jens Holst	17, 18
SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	8, 16, 23
SV Dr. Timm Genett (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	5, 14, 16, 17
SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	6, 10, 14, 16
SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	20
SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	11, 20, 23
SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband)	5, 9, 10, 15, 21, 22, 24
SV Prof. Dr. Raimund Geene (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG))	11, 13, 20, 24
SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	6, 9, 13, 14, 15, 23
SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE))	11, 12, 20, 21, 25
SVe Siglinde Hasse (dbb beamtenbund und tarifunion)	7, 17

Sitzungsbeginn: 14:00 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, herzlich willkommen zu unserer öffentlichen Anhörung. Beratungsgegenstand ist heute der Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/241 mit dem Titel „Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten“. Ich möchte Sie alle recht herzlich begrüßen – als Vertreter der Bundesregierung Herrn Staatssekretär Bahr, ferner die geladenen Sachverständigen, die Vertreter der Medien und nicht zuletzt die interessierten Zuschauer. Für alle, die zum ersten Mal an einer solchen Anhörung teilnehmen, möchte ich kurz das Verfahren erläutern. Die insgesamt zur Verfügung stehende Zeit von zwei Stunden wird in Zeitkontingente entsprechend der Stärke der Fraktionen aufgeteilt. Angesichts der vielen Einzelfragen, die heute behandelt werden sollen, und um möglichst einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, möchte ich Sie bitten, die Mikrophone zu nutzen und ihre Mobiltelefone auszuschalten. Außerdem bitte ich die Sachverständigen, wenn Sie gefragt werden, ihren Namen und ihren Verband zu nennen, damit diese für das Protokoll aufgezeichnet werden, und ihre Antworten möglichst kurz zu fassen. Wir beginnen mit dem Zeitkontingent der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und die PKV. Die Fraktion DIE LINKE. fordert in ihrem Antrag zum Zweck der Refinanzierung der entfallenden Zuzahlungen eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung. Bitte führen Sie aus, welche Auswirkungen eine Realisierung dieser Maßnahme auf Ihre Versicherten hätte. Ferner richte ich eine Frage an die BDA: Welche Auswirkungen wären für die Arbeitgeberseite mit einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung verbunden?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wenn die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben würde, hätte dies eine Steigerung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von 3.712,50 Euro auf 5.500,00 Euro zur Folge. Wenn man den derzeit geltenden allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent zugrunde legt, dann würde sich der Höchstbeitrag von heute 575 Euro auf dann 852 Euro erhöhen. Es kommt hinzu, dass die Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung folgt. Das heißt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV angehoben wird, gilt dies zugleich auch für die Pflegeversicherung. Wie hoch die Zahl der Betroffenen insgesamt wäre, ist uns nicht bekannt, weil wir keine Informationen über die Einkommensverteilung unter unseren Mitglieder und auch nicht über die Zahl der Mitglieder mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben.

SV **Dr. Timm Genett** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Zunächst wären von einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze alle Versicherten betroffen, die am Standort Deutschland ihre berufliche Zukunft gestalten wollen. Durch den massiven Beitragsanstieg von bis zu 43 Prozent, der anteilig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu tragen wäre, würde der Faktor Arbeit immens belastet. Unmittelbar wären von dieser Beitragsanhebung zunächst die GKV-Versicherten betroffen. Denn dadurch würde der Preis, den man für die gesetzliche Krankenversicherung zu zahlen hat, von dem Sicherungszweck der Krankenversicherung völlig entkoppelt. Dies hätte ein Akzeptanzproblem für die gesetzliche Krankenversicherung zur Folge, welches wiederum den Wunsch auslösen würde, das System zu wechseln. Um dem entgegenzuwirken, wird in dem Antrag – ebenso wie in anderen Bürgerversicherungskonzepten – die Forderung nach einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze logischerweise mit der For-

derung nach einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verknüpft. Wenn beide Grenzwerte proportional angehoben würden, dann ergäbe sich eine Versicherungspflichtgrenze von 73.000 Euro Jahreseinkommen. Damit wäre de facto die Angestelltenbürgerversicherung eingeführt. Dies käme einem Verbot für die gesetzlich Versicherten, zwischen den Systemen zu wählen, gleich. Die Wahlfreiheit wäre aufgehoben, und der Systemwettbewerb im Angestelltenbereich wäre beendet. Dies hätte mittelbar auch Auswirkungen auf die Versicherten der PKV. Weder die Politik noch die betroffenen Unternehmen würden noch viel Energie darauf verwenden, den Versicherungsschutz in einem Segment des Versicherungsmarktes, das aufgrund eines gesetzlichen Verbots nicht mehr wachsen dürfte, zu verbessern bzw. kreativ fortzuentwickeln. Eine weitere Folge wäre, dass die einzige kapitalgedeckte Säule der Krankenversicherung, die es in Deutschland gibt, geschwächt oder sogar abgewickelt würde. Dies wäre angesichts der demographischen Entwicklung hoch problematisch.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Vieles ist schon von meinen beiden Vorrednern gesagt worden. Ich möchte dies ergänzen. Jede Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bewirkt eine Erhöhung der Lohnnebenkosten und damit auch der Arbeitskosten. Ich kann mir schwer vorstellen, dass eine Verteuerung der Arbeit in der heutigen Zeit ein Ziel der Politik sein kann. Was wir vielmehr brauchen, ist eine Verbilligung der Arbeit. Die Arbeitskosten müssen sinken, damit noch mehr Menschen Arbeit finden. Ferner wird durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um über 40 Prozent auf einen Betrag von maximal 850 Euro monatlich das Solidarprinzip überstrapaziert. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung alle Versicherten die gleichen Leistungen bekommen, würde der Beitrag dann zwischen null und 850 Euro variieren. Dies stünde dann in kei-

nem ausgewogenen Verhältnis mehr. Deswegen sollten wir – das ist unsere Auffassung als BDA – das Gegenteil anstreben, das heißt, nicht die Lohnbezogenheit der Beiträge weiter verstärken, sondern das System auf einkommensunabhängige Beiträge umstellen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die KBV. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme vor, die derzeit vorgesehenen Zuzahlungen durch eine für alle geltende prozentuale Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu ersetzen. Sie regen an, diese Eigenbeteiligung insbesondere für einkommensschwache und kranke Menschen sozial abzufedern. Bitte führen Sie diesen Gedanken aus, insbesondere dahingehend, wer die Umsetzung zu verantworten hätte. Meine zweite Frage richtet sich an den Deutschen Beamtenbund und die Tarifunion. Wie bewerten Sie den Vorschlag zur Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung und welche Auswirkungen hätte dies? Meine dritte Frage richtet sich an die KZBV: Welche Auswirkungen haben Zuzahlungen sowie Mehrkostenregelungen im Bereich der Zahnmedizin?

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir schlagen eine prozentuale Eigenbeteiligung der Versicherten vor, um die Bürokratie in den Praxen zu vereinfachen und weil nach unseren Erfahrungen der Steuerungseffekt der Praxisgebühr, sofern er überhaupt einmal bestanden hat, im Laufe der Jahre völlig verschwunden ist. Wie hoch die Eigenbeteiligung sein sollte, darüber müsste politisch entschieden werden. Mit dieser Frage haben wir uns nicht auseinandergesetzt. Die Chance besteht jedoch, wenn man wirklich will, und es gibt auch eine ganze Reihe von denkbaren Optionen. Eine davon wäre das Modell einer reinen Kostenerstattung, auch wenn diese derzeit politisch kaum durchsetzbar wäre. Dieses Modell wäre relativ einfach zu operatio-

nalisieren. Es ist sicherlich kein Geheimnis, dass ein großer Teil der Vertragsärzteschaft die Einführung dieses Modells fordert. Daher plädieren wir dafür, zumindest die Optionen für die Einführung eines solche Modells zu erweitern, möglicherweise im Rahmen eines Modellversuchs, der vorsieht, dass entweder der Versicherte oder der Arzt sich für die Kostenerstattung entscheiden kann. Es ist aber auch denkbar, eine bürokratiearme Form der Eigenbeteiligung im Rahmen des Sachleistungssystems zu etablieren. Wir brauchen dafür aber eine geeignete IT-Technik, die etwa auf einer intelligenten Chipkarte gespeichert ist. Denkbar wäre zum Beispiel ein Modell – das politisch allerdings kaum durchsetzbar sein dürfte –, wonach eine intelligente Chipkarte mit Geldfunktion aufgeladen und im Falle der Leistungsanspruchnahme vom Arzt in Höhe des entsprechenden prozentualen Anteils belastet werden könnte. Dieses Modell müsste sicherlich noch fortentwickelt und erprobt werden. Eine weitere Möglichkeit – und diese ist eigentlich nicht neu – stellt das Modell der Wahltarife dar, die zwar derzeit nach dem Prinzip der Kostenerstattung funktionieren, aber unserer Ansicht nach grundsätzlich auch im Rahmen Sachleistungssystems angeboten werden könnten. Dafür müsste für jeden Versicherten bei seiner Krankenkasse ein Zuzahlungskonto eingerichtet werden. Dieses Konto könnte, je nach Wahl des Versicherten, im Rahmen des Sachleistungssystems vom Versicherten selbst aufgefüllt und von der Krankenkasse bei Inanspruchnahme von Leistungen mit dem entsprechenden Satz belastet werden. Das Konto könnte aber auch von der Kasse aufgefüllt und mit Mitteln gespeist werden, die sich aus Einsparungen durch einen im Sachleistungssystem gewählten Tarif ergeben. Diese Mittel könnten vom Versicherten zum Ende des Quartals oder zum Jahresende angefordert werden. Es gibt also eine ganze Reihe von Modellen, die grundsätzlich denkbar und auch technisch möglich wären.

Sve **Siglinde Hasse** (dbb beamtenbund und tarifunion): Wir bewerten den Vorschlag, eine Abschaffung des geltenden Zuzahlungssystems durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau zu kompensieren, sehr kritisch, und zwar aus den Gründen, derentwegen wir uns auch schon generell gegen Zuzahlungen, insbesondere in Form der Praxisgebühr, ausgesprochen haben. Wir sehen hier das Solidarprinzip, das wir als ein Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ansehen und nachhaltig unterstützen, beeinträchtigt. Unserer Ansicht nach beinhaltet das Solidarprinzip unter anderem, dass gesunde und kranke, junge und alte, einkommensstarke und einkommensschwache Menschen für einander einstehen. Wenn jetzt ein Kompensationsvorschlag gemacht wird, der wiederum nur einen bestimmten Ausschnitt aus der Gesamtheit der Krankenversicherungsfälle betrifft, dann würde auch dies einen Verstoß gegen das Solidarprinzips beinhalten. Unabhängig davon stellt sich für uns, ebenso wie für die Vorredner, die Frage, ob hier die Beitragshöhe noch in einem angemessenen Verhältnis zu den im Wege des Sachleistungsprinzips bereitgestellten Leistungen stehen würde. Da in unserem Verband unterschiedliche Statusgruppen unter einem Dach vereint und zum Teil in unterschiedlichen Systemen versichert sind, gebe ich zu bedenken, ob nicht durch die vorgeschlagene Maßnahme auch der aus unserer Sicht durchaus positiv zu bewertende Wettbewerb zwischen den beiden Sicherungssystemen abgeschwächt würde, was wiederum nachteilige Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur und die Wirtschaftlichkeit haben könnte. In der öffentlichen Diskussion wird häufig darauf hingewiesen, dass die PKV durch ihre höheren Abrechnungssätze mittelbar zur Finanzierung der Leistungen der GKV beiträgt. Wenn der Kreis der Privatversicherten kleiner würde, hätte dies demnach auch Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheitssystems insgesamt.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Aus unserer Sicht hat es keinen Sinn, Zuzahlungen pauschal zu betrachten. Wir müssen mit diesem Begriff differenzierter umgehen. Zuzahlung im Sinne einer Praxisgebühr stellt nur einen Aspekt dar. Es gibt andere Zuzahlungsverfahren, bei denen die Patienten für bestimmte Therapieformen eine Eigenbeteiligung leisten müssen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung erkennt durchaus an, dass eine Praxisgebühr steuerungswirksam sein kann. Wir denken jedoch, dass es für das originäre Ziel der Gebühr, das sogenannte Doktor-Hopping zu vermeiden, im zahnärztlichen Bereich keinen Ansatzpunkt gibt. Nachweislich kommt im zahnärztlichen Bereich ein Doktor-Hopping nicht vor. Die Zahnärzte weisen gemeinsam mit den Gynäkologen die intensivste Arzt-Patienten-Bindung auf. Das liegt an den besonderen Gegebenheiten. Wenn man sich klar macht, wie ungern jeder von uns zum Zahnarzt geht – mit Ausnahme vielleicht bei präventionsorientierten Untersuchungen –, dann liegt die Ursache für diese Bindung auf der Hand. Sie ist im Übrigen gerade im Hinblick auf die Prävention von eminent großer Bedeutung. Die Präventionserfolge, die die Zahnmedizin aufweisen kann und die auch eine volkswirtschaftliche Bedeutung haben, sind nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass wir viele, aber keine überzogen häufigen Patientenkontakte haben. Da es im zahnärztlichen Bereich keine Anreize für eine Mengenausweitung gibt, besteht hier auch nicht die Notwendigkeit für die Erhebung einer Praxisgebühr. Anders verhält es sich mit den Zuzahlungselementen bei verschiedenen Therapieformen. In der Zahnmedizin gibt es mittlerweile in den meisten Leistungsbereichen bei gegebener anerkannter Therapienotwendigkeit eine Vielzahl von wissenschaftlich anerkannten Therapiealternativen – angefangen vom Zahnersatz über die Füllungstherapie bis hin zu besonderen Formen der Wurzel- und der Parodontalbehandlung. Hier müssen wir zum Einen den Patienten ausdrücklich in die Entscheidung über die Therapieform einbeziehen. Zum Anderen

können wir auf diese Weise eine Teilhabe am therapeutischen und wissenschaftlichen Fortschritt gewährleisten, wie dies allein auf Basis des engen und wenig flexiblen GKV-Leistungskatalogs nicht möglich wäre. Auf diese Weise hat das System der Festzuschüsse für Zahnersatz gesellschaftlich an Akzeptanz gewonnen. Ich denke, mittlerweile erkennen breite Kreise der Bevölkerung und auch der Politik die positiven Effekte, die von einem Festzuschussystem im Bereich des Zahnersatzes ausgehen, an. Das gleiche System haben wir aufgrund einer gesetzlichen Regelung seit vielen Jahren auch im Bereich der Füllungstherapie. Patienten, die – aus welchen Gründen auch immer – im Seitenzahnbereich oder – volkstümlich gesprochen – im Backenzahnbereich keine Amalgamfüllungen wollen, haben so die Möglichkeit, sich für eine aufwendigere und kostenträchtigere Versorgungsform zu entscheiden, ohne damit den Anspruch auf die notwendige, wissenschaftlich basierte Grundversorgung zu verlieren. Als drittes Beispiel kommt die Zuzahlung im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung, die in der Regel bei Kindern vorgenommen wird, hinzu. Diese Zuzahlung, die in erster Linie dazu dient, die Compliance des Patienten und seiner Eltern zu fördern, werden jedoch nach Abschluss einer erfolgreichen Behandlung zurückgezahlt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Ich möchte Sie um eine Einschätzung zu den derzeit geltenden Belastungsgrenzen bei der Zuzahlung bitten. Meine zweite Frage richtet sich ebenfalls an den GKV-Spitzenverband sowie an die KBV. Die Zahl der Zuzahlungsbefreiungen aufgrund der Ein- und Zweiprozentregelung liegt seit Jahren relativ konstant bei rund 7 Mio. Versicherten. Zusätzlich sind rund 13,4 Mio. Kinder und Jugendliche prinzipiell von Zuzahlungen befreit. Die Befreiung gilt somit insgesamt für rund 30 Prozent aller GKV-Versicherten. Gibt es valide Daten über die Anzahl der Versicherten, die

aufgrund anderer Ausnahmeregelungen, wie z. B. der Teilnahme an DMPs oder an einer besonderen Versorgungsform, von Zuzahlungen befreit sind? Inwieweit beeinflussen diese Ausnahmeregelungen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der Sonderprogramme?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Es ist bekannt, dass es die beiden Belastungsgrenzen in Höhe von einem und von zwei Prozent gibt. Beide Grenzen beziehen sich auf die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Unseres Erachtens wird durch diese Regelung die Schwelle für die Inanspruchnahme der Sonderprogramme erheblich gesenkt. Wir haben auch Zahlen über die Aufteilung. Wir wissen, dass die Belastungsgrenzen überwiegend von Chronikern geltend gemacht werden. Etwa 93 Prozent der von der Zuzahlung Befreiten fallen unter die Einprozentregelung und ungefähr sieben Prozent unter die Zweiprozentregelung. Das Verfahren zur Ermittlung der Belastungsgrenze ist relativ aufwendig. Wir unterscheiden zwei Fallgestaltungen. Im ersten Fall reicht der Versicherte seine Quittungen ein und bekommt den überzahlten Betrag erstattet. Im zweiten Fall, der insbesondere bei Chronikern oder bei Heimbewohnern zur Anwendung kommt, wird zu Beginn des Jahres ein Betrag gezahlt, der der individuellen Belastungsgrenze entspricht. Der betreffende Patient ist dann für den Rest des Jahres von der Zuzahlung befreit. Dadurch wird der Bürokratieaufwand für die Versicherten reduziert.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich bin danach gefragt worden, wie hoch die Zahl der Versicherten ist, die an DMPs oder an anderen besonderen Versorgungsformen teilnehmen. Wir verfügen über Daten zur Zahl der teilnehmenden Ärzte, aber nicht zur Zahl der Versicherten.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband und die BDA. Wie bewerten Sie die Höhe der Zuzahlungen im deutschen Krankenversicherungssystem im internationalen Vergleich und wie hoch sind die jährlichen Minderausgaben der GKV aufgrund von Praxisgebühren und Zuzahlungen? Um wie viele Prozentpunkte müsste der allgemeine Beitragssatz rechnerisch angehoben werden, wenn man auf diese Finanzierungsquellen verzichten würde?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Ich beginne mit der letzten Frage, weil diese einfacher zu beantworten ist. Das Volumen der Minderausgaben durch die Zuzahlungen beträgt auf der Basis des Jahres 2010 ca. 5 Mrd. Euro. Seit dem Jahre 2005, seit wir die Daten zur Verfügung haben, hat sich das Volumen verringert. Im Jahre 2005 lag das Gesamtvolumen noch bei 5,4 Mrd. Euro. Von den derzeit 5 Mrd. Euro entfallen relativ konstant rund 2 Mrd. Euro auf die Praxisgebühr bei Ärzten und Zahnärzten; zum Vergleich: 2005 waren es 2 Mrd. und 2010 1,9 Mrd. Euro. Die Summe von 5 Mrd. Euro entspricht, überschlägig gerechnet, ungefähr 0,5 Beitragssatzpunkten. Wenn die Zuzahlungen und die Praxisgebühr gestrichen würden, müsste der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen um etwa acht Euro angehoben werden, vorausgesetzt, der Beitragssatz würde nicht angehoben und der Bundeszuschuss nicht erhöht. Die zweite Frage bezog sich auf den internationalen Vergleich. Hierauf gibt es keine einfache Antwort, weil die Staaten sehr unterschiedliche Gesundheitssysteme und damit auch sehr verschiedene Leistungskataloge und Zuzahlungsregelungen haben. Je nachdem, was man als Selbstzahlung definiert, fällt der Vergleich ganz unterschiedlich aus. Insofern ist es relativ schwierig, hierzu eine Aussage zu machen. Wenn man die Daten der OECD zum Anteil der Zuzahlungen zu den Gesundheitsdienstleistungen an den Konsumausgaben der privaten Haushalte heranzieht, dann liegt

Deutschland mit einem Wert von 2,5 Prozent unter dem OECD-Durchschnitt von 3 Prozent. Länder wie die Schweiz oder Griechenland haben laut OECD-Studie einen Wert von 5,9 Prozent, in den Niederlanden hingegen, die häufig zum Vergleich herangezogen werden, beträgt der Anteil nur 1,2 Prozent des Gesamtkonsums.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Herr Weller hat das meiste beantwortet, so dass ich nur noch Einiges ergänzen kann. Die Zahlen, die er genannt hat, entsprechen den von uns ermittelten Zahlen. Bei einer Abschaffung der Zuzahlungen würde sich der Beitragssatz von 15,5 auf 16 Prozent erhöhen. Dies entspricht 5 Mrd. Euro. Ferner haben auch wir ermittelt, dass die Zuzahlungen, insbesondere beim Arztbesuch, in den meisten anderen europäischen Ländern höher sind als in Deutschland. Ergänzend möchte ich darauf hinweisen, dass nach unserer Kenntnis der Gesundheitszustand der Menschen in den Ländern, in denen die Zuzahlungen höher als in Deutschland sind, keinesfalls schlechter, sondern eher besser als hierzulande ist. Das heißt, Zuzahlungen führen nicht dazu, dass Krankheiten verschleppt und Kosten zeitlich verschoben werden.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. In den meisten Industrieländern werden die Versicherten im Leistungsfall mit Eigenanteilen, Zuzahlungen oder auch vollständigen Direktzahlungen für bestimmte Arzneimittel belastet. Wie hoch ist der Anteil der gesamten Eigenanteile in Deutschland im internationalen Vergleich? Wie beurteilen Sie die in Deutschland geltenden Regelungen in Bezug auf Selbstzahlungen, Zuzahlungen und Selbstbehalte im Vergleich zu den entsprechenden Regelungen in anderen Ländern?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Ich habe vorhin schon einmal darauf hingewiesen, dass es kaum international vergleichende Studien gibt, weil die Gesundheitssysteme sehr unterschiedlich sind. Nach den Erkenntnissen der OECD liegt Deutschland im Hinblick auf den Anteil der Selbstzahlungen an den Konsumausgaben mit 2,5 Prozent unter dem OECD-Durchschnitt von 3 Prozent. Der Anteil der Selbstzahlungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit liegt in Deutschland mit rd. 13 Prozent ebenfalls unter dem OECD-Durchschnitt. Wir können somit als GKV-Spitzenverband feststellen, dass der Umfang der Zuzahlungen in Deutschland geringer ist als im europäischen Ausland oder in anderen vergleichbaren Gesundheitssystemen. Im Übrigen sind die Ausgaben der privaten Krankenversicherung in dem OECD-Vergleich nicht mitberücksichtigt worden.

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den DGB: Was würde die Abschaffung aller Zuzahlungen für das geltende Finanzierungssystem der GKV – mit einem gesetzlich fixierten Beitragssatz und bei der gegenwärtigen Höhe des Bundeszuschusses – bedeuten?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Eine ähnliche Frage wurde schon gestellt. Das Volumen der Zuzahlungen bzw. Selbstbehalte beträgt insgesamt von 5 Mrd. Euro. Bei einer Abschaffung der Eigenanteile müssten diese 5 Mrd. Euro durch Bundeszuschuss, durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes oder durch Zusatzbeiträge aufgebracht werden. Einzelne Instrumente wie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sind schon diskutiert worden. Es müsste dann allerdings gleichzeitig auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze – das muss ich sagen, auch wenn der Vertreter des PKV-Verbandes neben mir sitzt – angehoben werden. Eine Alternative dazu wäre, dass jede Krankenkasse ab sofort einen

Zusatzbeitrag von durchschnittlich acht Euro erhebt.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ein Abschaffung der Eigenanteile würde, grob gerechnet, bedeuten, dass jeder der 70 Mio. gesetzlich Versicherten eine Zuzahlung von etwa 6 Euro monatlich zu leisten hätte. Dabei muss man berücksichtigen, dass ein Großteil der Versicherten erwerbstätig ist, was zu Einsparungen führen würde. Unter der Voraussetzung einer paritätischen Finanzierung müsste – so habe ich auch Herrn Dr. Hansen verstanden – bei einer Anhebung des Beitragssatzes von 15,5 auf 16 Prozent ein Erwerbstätiger mit einem durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst von 2.311,00 Euro etwa 5,70 Euro zusätzlich an Beitrag zahlen. Das heißt, man würde die abhängig Beschäftigten deutlich entlasten.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage richtet sich an den DGB, die BAG SELBSTHILFE und die DAG SELBSTHILFE. Mich würde interessieren, wie Sie die Mehrkostenregelung der Bundesregierung beurteilen, wonach Patientinnen und Patienten bei Arzneimitteln zusätzliche Zahlungen leisten können, um andere, zum Teil auch teurere Arzneimittel zu bekommen?

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir stehen den Zuzahlungen oder auch Aufzahlungen generell kritisch gegenüber, zum einen, weil sie im Widerspruch zu dem Prinzip der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung stehen, und zum anderen, weil es durch sie leicht zur finanziellen Überforderung von Versicherten kommen kann.

SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.

(BAG SELBSTHILFE)): Wir beurteilen dies ähnlich. Dem Patienten ist nicht klar, was er dazu zahlen muss, wenn er ein verschriebenes Arzneimittel in der Apotheke abholt. Einzelne Krankenkassen haben bereits vorgeschlagen, eine Hotline einzurichten, damit die Versicherten sich informieren können, welche Zuzahlungen sie zu leisten haben. Denn die Rabattverträge werden nicht veröffentlicht. Der Patient bezahlt im Rahmen der Mehrkostenregelung zunächst für das Medikament und kann dann die Rechnung bei seiner Krankenkasse einreichen. Er weiß aber nicht, welchen Anteil er erstattet bekommt. Nach unseren Erfahrungen wird daher von der Mehrkostenregelung kaum Gebrauch gemacht. Wir gehen auch davon aus, dass bei den Versicherten nur ein geringes Interesse an solchen Mehrkostenregelungen besteht.

SV Prof. Dr. Raimund Geene (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)): Mit der Mehrkostenregelung wird die Reihe von Maßnahmen, die zu einem Prozess der Entsolidarisierung geführt haben, fortgeführt. Es ist problematisch, wenn schon der Eintritt in die Praxis mit einer Zahlung, nämlich mit der Entrichtung einer pauschalen Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro, verbunden ist. Gemäß den Prinzipien, denen wir uns verpflichtet fühlen, würde man zunächst immer der kleineren Versorgungseinheit den Vorrang einräumen, also etwa der Selbsthilfe vor der Fremdhilfe oder der hausärztlichen vor der fachärztlichen Versorgung. Dies würde beispielsweise bedeuten, grundsätzlich einen kostenfreien Zugang zum Hausarzt, auch als Voraussetzung für eine spätere fachärztliche Versorgung, zu gewährleisten. Mit der Verpflichtung der Patienten, 10 Euro an Praxisgebühr zu entrichten, ist der Einstieg in ein System von IGeL-Leistungen vollzogen worden. Diese Entwicklung wird mit der Einführung einer Mehrkostenregelung fortgeführt. Dem Patienten kann aber nicht zugemutet werden zu unterscheiden, welche Gesundheitsleistung therapeutisch sinn-

voll ist und welche ihm möglicherweise nur deshalb angeboten wird, weil der Arzt ein ökonomisches Interesse daran hat. Genau darum geht es auch bei der Mehrkostenregelung. Daher rate ich dem Bundestag dringend, diese falsche Weichenstellung zu korrigieren.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Volkssolidarität. Sie sind ein großer Wohlfahrtsverband, aber auch ein Mitgliederverband. Daher würde mich interessieren, wie Sie das System der Zuzahlungen beurteilen?

SV **Dr. Alfred Spieler** (Volkssolidarität Bundesverband e. V. (VS)): Aus den Reihen der Mitglieder unseres Verbandes kommen seit Jahren Beschwerden über die Praxisgebühr und die Zuzahlungen, aber auch über die Intransparenz des gesamten Systems der Eigenbeteiligungen. Jüngstes Beispiel sind die gerade erwähnten Mehrkostenregelungen. Eigenbeteiligungen werden subjektiv als ungerecht empfunden, weil niemand ohne Grund zum Arzt geht, sondern in der Regel nur dann, wenn ein Krankheitsfall eingetreten ist. Dann fallen aber in jedem Fall die Praxisgebühr und – soweit der Arzt etwas verordnet hat – gegebenenfalls weitere Zuzahlungen an. Somit werden durch die sogenannten Eigenbeteiligungen kranke Menschen belastet. Dies ist auch objektiv ungerecht, weil dem Einzelnen etwas aufgebürdet wird, was normalerweise von allen gemeinsam getragen werden müsste. Daher lehnen viele unserer Mitglieder Eigenbeteiligungen ab, auch weil sie erkennen, dass sie keinerlei Steuerungswirkungen haben. Dies entspricht nicht nur wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern dies zeigt sich auch in der Lebenswirklichkeit. Daher lehnen wir solche Eigenbeteiligungen ab.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich habe eine Frage zum Prinzip der Kostenerstattung, die sich an die BAG SELBSTHILFE und die DAG

SHG richtet. Plädieren Sie wie die KBV dafür, dieses Instrument auszuweiten oder halten Sie eine verpflichtende Patientenquittung für ausreichend, um – wie auch von vielen Patienten gefordert – die Transparenz zu erhöhen?

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Die Patienten machen von der bereits bestehenden Möglichkeit, sich für die Kostenerstattung zu entscheiden, kaum Gebrauch. Unserer Einschätzung nach haben die Patienten daher kein Interesse daran, dass solche Optionen in Bezug auf einzelne oder auch auf alle Arzneimitteln ausgeweitet werden. Kostenerstattungslösungen sind in hohem Maße intransparent. Patienten haben im Falle einer Erkrankung eben nicht die gleiche Art von Wahlfreiheit wie im Falle eines Autokaufs. Unter anderem erfolgt die Entscheidung unter einem viel höheren Zeitdruck. Im Übrigen haben wir die Erfahrung gemacht, dass Kostenerstattungslösungen die Menschen in einer konkreten Situation überfordern können. Wir halten sie insbesondere mit Blick auf chronisch kranke und behinderte Menschen für ungeeignet.

SV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)): In der Frage der Kostenerstattung kann ich mich den Ausführungen von Frau Dr. Doka generell anschließen. Kostenerstattung stellt insbesondere für chronisch Erkrankte ein großes Problem dar, weil sich hier die Lasten addieren und zum Teil zu sehr hohen Beträgen aufsummieren. Internationale Studien, die diese Fragen untersuchen, haben zu dem Ergebnis geführt, dass die Kostenerstattung paradoxerweise oft einen nicht intendierten Effekt hat, weil insbesondere ambulant behandelte Patienten, die selten zum Arzt gehen, den Eindruck gewinnen, viel weniger Kosten zu verursachen, als sie an Beitrag bezahlen. Ihnen

ist nicht bekannt, dass sie mindestens die Hälfte ihrer durchschnittlichen Gesundheitskosten erst in ihrem letzten Lebensjahr verursachen. Daher sind sie geneigt, sich vom behandelnden Arzt ein wenig mehr als nötig aufschreiben zu lassen, um ihren Nutzen aus der Krankenversicherung zu erhöhen. Kostenerstattung führt also nicht zu dem gewünschten, sondern zum gegenteiligen Effekt, das heißt zu einer Ausweitung der Leistungsmenge. Dies mag im Interesse der Leistungsanbieter liegen, in Bezug auf das Interesse dieses Hauses und der Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung erweist sich das Kostenerstattungsprinzip jedoch als geradezu kontraproduktiv. Positiv stehen wir hingegen dem Vorschlag zur Einführung einer verpflichtenden Patientenquittung gegenüber. Nach geltender Rechtslage kann eine Patientenquittung zwar eingefordert werden, faktisch wird dies aber, wie wir feststellen mussten, selten getan, weil dies von den Beteiligten als Ausdruck des Misstrauens des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt gewertet wird. Es wäre daher anzustreben, dass die Patientenquittung zu einer Selbstverständlichkeit wird, das heißt, dass jeder Arzt seinem Patienten schriftlich per Quittung mitteilt, welche Leistungen er erbracht hat. Eine solche Regelung wäre sinnvoll, weil die Patienten stark an dieser Information interessiert sind, sich aber nicht aktiv danach zu fragen trauen, weil sie eine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses befürchten.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Da die bisher gestellten Fragen sich in einem sehr weiten Sinne auf das Thema der Anhörung bezogen haben, möchte ich den Vertreter der KBV nun fragen, wie er die bis jetzt getroffenen Aussagen bewertet.

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte zunächst eine kurze Bemerkung zu der Frage der Abg. Bas machen. Ich habe nicht die Forderung nach einer generellen Einführung der Kostenerstattung erhoben. Ich habe

lediglich auf ein paar Möglichkeiten hingewiesen und festgestellt, dass ein großer Teil der Ärzte die Einführung dieses Systems fordert. Die KBV hat sich dafür ausgesprochen, Wahlfreiheit herzustellen bzw. die Entscheidung für die Kostenerstattung zu erleichtern. Die Frage nach dem Für und Wider führt, wie dies auch andere Sachverständige geäußert haben, leicht in eine ideologische Debatte. Die Frage, welche Steuerungswirkung die Kostenerstattung hat, lässt sich nur schwer beantworten, jedenfalls in einem System mit einer nur geringen Eigenbeteiligung in Form von Zuzahlungen. Nach unseren Daten zu urteilen, bewegen sich viele der hierzu gemachten Aussagen im Bereich der Spekulation. Die ganze Diskussion über dieses Instrument entzündet sich an einem besonderen Problem des Gesundheitswesens, das in keinem anderen Bereich der Sozialversicherung auftritt. Während die Versicherten faktisch einen unbegrenzten Leistungsanspruch haben, steht für dessen Finanzierung nur ein begrenztes Budget zur Verfügung. Wenn dies politisch so gewollt ist, dann sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu gezwungen, steuerungswirksame Maßnahmen zu ergreifen. Da das gewaltige System ständig aus dem Gleichgewicht zu geraten droht, sind wir genötigt, sukzessive Zuzahlungen verschiedenster Art einzuführen. Das ist das Hauptproblem. Ich will nicht falsch verstanden werden und etwa fordern, dass das Finanzvolumen einfach dem unbegrenzten Leistungsanspruch angepasst werden soll. Das stünde mir gar nicht zu. Aber in irgendeiner Form müsste die Politik sicherstellen, dass dem Leistungsanspruch auch ein adäquates Finanzvolumen gegenübersteht. Jedenfalls darf diese Frage nicht den am Gesundheitswesen Betroffenen allein überlassen bleiben. Dies ist das Hauptproblem in dieser Debatte.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die KBV, die PKV und die BDA. Wie bewerten Sie die Eigenverantwortung von Patientinnen und

Patienten? Sind sie der Auffassung, dass hierzu auch ein gewisses Maß an finanzieller Beteiligung gehört?

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir befürworten ein gewisses Maß an finanzieller Eigenbeteiligung. Das habe ich schon mehrfach betont. Es kommt aber auf die Höhe an. Deren Festlegung ist allein eine Aufgabe der Politik. Um diese zu lösen, müsste man zunächst mit Hilfe von Studien festzustellen versuchen, ab welcher Höhe Eigenbeteiligungen steuerungswirksam sind. Von der Antwort auf diese Frage würde ich die Entscheidung abhängig machen.

SV Dr. Timm Genett (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): In der privaten Krankenversicherung ist die Eigenverantwortung Teil des Systems, und zwar erstens in kollektiver, zweitens in individueller und drittens in tariflicher Hinsicht. Erstens betreibt jede Generation durch die Bildung von Alterungsrückstellungen für sich selbst eine Demografievorsorge und vermeidet so eine implizierte Verschuldung gegenüber nachfolgenden Generationen. Dem liegt das Prinzip der kollektiven Eigenverantwortung zugrunde. Zweitens haben wir das Prinzip der Eigenverantwortung dadurch realisiert, dass jeder Versicherte entscheiden kann, welchen Leistungskatalog er in Anspruch nehmen will. Die Palette reicht von einem Grundschutz bis zum höherwertigen Schutz. In jedem Fall zahlt der Patient für das, was er ausgewählt hat, einen realen, kostenbezogenen Preis. Dieser Preis oder die Prämie ist in der PKV nicht einkommensabhängig. Das heißt, sie ist nicht subventioniert. Diese Art der Eigenverantwortung wird zudem in einem System praktiziert, in dem 50 Prozent der Versicherten ein unterdurchschnittliches Einkommen beziehen. Dies beweist, dass man Eigenverantwortung einer größeren Zahl von Menschen zumuten kann, als dies heute oft angenommen wird. Drittens bieten wir tarifliche Möglichkeiten zur Übernahme von Ei-

genverantwortung an. Privatversicherte können Selbstbehalttarife wählen und sich somit selbst in die finanzielle Mitverantwortung nehmen. Dies funktioniert so, dass man einen bestimmten Betrag pro Jahr selbst bezahlt und damit die Versicherungsgemeinschaft entlastet. Man reduziert auf diese Weise nicht nur den individuellen Leistungsanspruch, sondern zugleich die Prämie. Anhand des PKV-Zahlenberichts lässt sich überprüfen, wie Selbstbehalte wirken. Wenn man zum Beispiel einen Selbstbehalt in Höhe von 1.500 Euro pro Jahr wählt, dann reduziert sich die Prämie um 30 Prozent. Die Wirkung dieses Systems einer finanziellen Mitverantwortung lässt sich auch durch Tarifvergleiche zwischen den Mitgliedsunternehmen überprüfen. Ferner haben wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, dass Selbstbehalttarife ein echtes Managed Care-Instrument sind. Sie fördern sowohl das Kostenbewusstsein als auch das Bemühen um Eigenprävention. Insofern stellen Selbstbehalttarife in der PKV ein bewährtes System dar, das mit Erfolg praktiziert wird und auch gern von den Versicherten in Anspruch genommen wird.

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich kann mich diesen Ausführungen weitgehend anschließen, möchte aber auf einen Punkt näher eingehen: Wir leben in einer Welt knapper Ressourcen. Vor die Wahl gestellt, wofür ich die knappen Mittel verwende, entscheide ich mich dafür, sie auf die schweren Fälle zu konzentrieren, deren Bewältigung den Einzelnen überfordern würde. Daraus folgt auf der anderen Seite, dass ich in den Fällen, in denen dies möglich ist, das heißt bei kleineren Risiken, den Einzelnen auch finanziell in die Verantwortung nehme. Ich erinnere daran, dass 20 Mio. und mehr Versicherte entweder überhaupt keine oder nur eine geringe Zuzahlung in Höhe von einem oder zwei Prozent ihres Jahreseinkommens leisten. Das sind keine Größenordnungen, die die Betroffenen überfordern würden.

Das Solidarprinzip verlangt eine beiderseitige Solidarität, von den Starken ebenso wie von den Schwachen. Daher halte ich das Maß an Eigenverantwortung, das wir im deutschen Gesundheitswesen in Form von Zuzahlungen realisiert haben, für ausgewogen. Wenn man hier eine Änderung vornehmen will, dann sollten die Zuzahlungen eher erhöht als gesenkt werden. Erlauben Sie mir ferner noch eine Anmerkung zu den Aussagen von Herrn Lambertin. Wenn ich vorhin sagte, dass die Summe von fünf Mrd. Euro an Zuzahlungen rechnerisch zu einer Erhöhung des Beitragssatzes von 15,5 auf 16,0 Prozent führen würde, dann war damit nicht eine paritätische Anhebung um jeweils 0,25 Prozentpunkte gemeint. Denn die Zuzahlungen werden auch von den Versicherten allein und nicht zur Hälfte von den Arbeitgeber getragen. Erlauben Sie mir zum Schluss noch eine etwas allgemeinere Anmerkung. Die Frage nach dem wünschenswerten Ausmaß von Kostenerstattungs- oder Sachleistungsprinzip ist leicht lösbar. Ich plädiere dafür, die Menschen zwischen verschiedenen Optionen wählen zu lassen. Die Krankenkassen sollten selbst darüber entscheiden können, inwieweit sie Kostenerstattung anbieten wollen. Der Erfolg wird sich dann nach der Nachfrage richten. Auf jeden Fall sollte es mehr Spielräume, mehr Handlungsfreiheiten und mehr Vielfalt geben. Ich halte es für anmaßend zu behaupten, eine Ausweitung von Wahlmöglichkeiten sei für die Versicherten zu kompliziert oder überfordere die Menschen. Die Menschen sind klüger, als viele denken. Jedenfalls sollte man von radikalen Aussagen, die den Menschen Beschränktheit unterstellen, Abstand nehmen.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die KBV und die KZBV. Gibt es Erkenntnisse, wonach Zuzahlungen die Inanspruchnahme unnötiger Leistungen verhindern? Und eine weitere Frage an die DKG: Gibt es Anzeichen dafür bzw. belastbare Daten, dass Krankenhausleistungen auf Grund von

Zuzahlungen nicht in Anspruch genommen werden oder sogar auf Operationen verzichtet wird?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Das ist eine schwierige Frage. Es gibt im System der gesetzlichen Krankenversicherung keine empirische Datengrundlage, um darauf eine verlässliche Antwort geben zu können. Wir wissen nicht, ob von den Zuzahlungen eine negative oder positive Steuerungswirkung ausgeht. In unserer schriftlichen Stellungnahme haben wir dargelegt, dass es in der ökonomischen Theorie sowohl Ansätze gibt, die von negativen, als auch solche, die von positiven Steuerungswirkungen ausgehen. Ferner gibt es ein Urteil des BSG aus dem Jahre 2009, in dem die Richter sich so weit vorwagen zu behaupten, dass Zuzahlungen geeignet sind, Versicherte von der Inanspruchnahme nicht erforderlicher ärztlicher Behandlungen abzuhalten. Auf welcher Grundlage das BSG zu dieser Aussage kommt, weiß ich nicht. Um es auf den Punkt zu bringen: Von einer positiven Steuerungswirkung könnte man nur dann sprechen, wenn durch die Zuzahlungen auf der einen Seite die unnötigen Leistungsfälle vermieden, auf der anderen Seite aber die notwendige Inanspruchnahme von Leistungen, also Arztkontakte, nicht verhindert würden. Aber noch einmal: Hierzu kann der GKV-Spitzenverband für das deutsche Gesundheitssystem keine empirisch abgesicherte Aussage machen.

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte eine Bemerkung zu der Frage nach den möglicherweise unnötigen Leistungen machen. Ob eine Leistung unnötig war, weiß man vielfach erst nach der Abklärung. Wenn ich mit einem Husten zum Arzt gehe, dann weiß ich erst nach der Abklärung, ob die Ursache eine leichte Erkältung, eine schwere Bronchitis oder ein Bronchialkarzinom ist. Im Übrigen haben wir dazu ebenso wie die Krankenkassen keine Daten oder Unterlagen.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Im zahnärztlichen Bereich gibt es keine unnötigen Leistungen. Diese Aussage haben Sie sicherlich von mir erwartet. Wir haben im Bereich der Kinder- und Jugendprophylaxe einen zuzahlungsfreien Grundstein für Motivation und Mitverantwortung gelegt. Dies wiederum ist die Grundlage für die spätere Eigenverantwortlichkeit als Erwachsener. Doch auch in der zuzahlungsfreien Jugendprophylaxe gibt es bei allen Präventionserfolgen für bestimmte Patientengruppen noch mehr zu tun. Hier kommt noch einiges auf uns zu. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass der Gesetzgeber schon vor Jahren im Bereich Zahnersatz mit der Einführung des Bonusheftes bestimmte Anreizstrukturen, nämlich ein anerkanntes Belohnungsprinzip und damit ein Element der Eigenbeteiligung des Patienten, geschaffen hat. Auf diese Weise ist deutlich geworden, dass es gesundheitspolitisch von Nutzen ist, mit solchen Steuerungsinstrumenten zu arbeiten. Daran sollte man weiterhin festhalten. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass wir eine stark ausdifferenzierte Härtefallregelung haben, aufgrund derer auch der darunter fallende Patientenkreis eine adäquate, am neuesten wissenschaftlichen Stand orientierte Versorgung erhält.

SV Alexander Korthus (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Ich kann mich meinen Vorrednern insofern anschließen, als auch wir keine Daten zu dem Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und den von den Patienten zu zahlenden Zuzahlungen erheben. Ich lege aber Wert auf die Feststellung, dass wir, wenn wir von einer Krankenhausbehandlung sprechen, in der Regel die vollstationäre Krankenhausbehandlung meinen, bei der ebenfalls Zuzahlungen zu leisten sind. Im Gegensatz zur Praxisgebühr erfolgt die Zuzahlung zu einer Krankenhausbehandlung nicht auf Basis einer letztlich freiwilligen Entscheidung, sondern ergibt sich aus Sicht des Patienten quasi fremdbestimmt eher

zwangsläufig aus der Überweisung in die stationäre Einrichtung. Dies ist etwas anderes als die freie Entscheidung, zu einem niedergelassenen Arzt zu gehen, weil man sich krank fühlt. Insofern treten auch bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung die betreffenden Steuerungswirkungen von Zuzahlungen letztlich nicht ein.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Meine Frage richtet sich an die PKV. Gibt es in der PKV Hinweise, dass Versicherte notwendige Leistungen auf Grund von Selbstbehalten nicht in Anspruch nehmen?

SV Dr. Timm Genett (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Nein, dafür gibt es keine Anhaltspunkte.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Ich habe eine weitere Frage an die BDA, die PKV sowie an den dbb Beamtenbund und Tarifunion. Wie bewerten Sie die in dem Antrag enthaltene Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich kann meine Antwort ganz kurz fassen. Dieses Vorhaben sollte auf keinen Fall umgesetzt werden, weil es unmodern ist, die Arbeitskosten nach oben treibt und den Wettbewerb verhindert. Das Vorhaben ist unmodern, weil wir in Deutschland eine Entkoppelung der Finanzierung der Krankheitskosten vom Arbeitsverhältnis brauchen. Es ist schädlich für den Wettbewerb, weil es die Konkurrenz zwischen den Systemen zugunsten eines Monopols eliminiert. Eine Bürgerversicherung, in der es dann nur noch eine GKV gibt, ist auch nicht zukunftssicher. Deswegen lehnen wir den Vorschlag rundherum ab.

SV Dr. Timm Genett (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Positiv an einer Bürgerversicherung ist allein die Semantik. Man assoziiert den Begriff mit bürgerlichen Freiheiten, Bürgerrechten, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Der Zweck der Bürgerversicherung ist aber das genaue Gegenteil, nämlich mehr staatliche Bevormundung. Alle Menschen sollen Zwangsbeiträge in ein einheitliches Versicherungssystem abführen. Es gibt keinen Systemwettbewerb mehr zwischen PKV und GKV. Damit geben wir den Grundsatz der Dualität auf, nämlich die Koexistenz zweier sehr unterschiedlicher Finanzierungssäulen für ein gemeinsames Versorgungssystem. Wie sich dadurch die Versorgungssituation verbessern soll, ist mir ein Rätsel. Auch die langfristigen Finanzierungsprobleme wird man dadurch nicht lösen. Vielmehr wird man eines der größten Probleme des Gesundheitswesens in Deutschland, nämlich die demografische Entwicklung, durch die Abschaffung der einzig existierenden kapitalgedeckten Säule noch verschärfen.

Sve Siglinde Hasse (dbb beamtenbund und tarifunion): Meine Vorredner haben die wesentlichen Gesichtspunkte bereits genannt. Wir sind davon überzeugt, dass mit der Einführung einer Bürgerversicherung die grundlegenden Probleme der Finanzierung der Gesundheitskosten in unserem Land nicht gelöst würden. Wir halten den bestehenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Sicherungssystemen für gut geeignet, die Kostenentwicklung in Grenzen zu halten. Hingegen würde die Einführung einer Bürgerversicherung die Pluralität beseitigen, ohne dass die Kostensteigerungen begrenzt würden.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Holst. Wir haben bisher über die Argumente, die sich für oder gegen eine Steuerungswirksamkeit von Eigenbeteiligungen anführen lassen, aber auch

über die finanziellen Auswirkungen von Zuzahlungen gesprochen. Ich möchte von Ihnen zum einen wissen, welche Auswirkungen Selbstbeteiligungen auf die Versorgungsqualität haben und wie sich dadurch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, auch in Abhängigkeit vom sozialen Status, verändert. Zum anderen wurde vorhin darauf hingewiesen, dass die Eigenbeteiligungen insgesamt 5 Mrd. Euro an zusätzlichen Einnahmen bzw. an Kosteneinsparungen einbringen sollen. Ich möchte erfahren, wie hoch umgekehrt die Kosten für die gesundheitlichen Folgen nicht in Anspruch genommener Leistungen sind. Anders gefragt: Ist überhaupt sicher, dass Zuzahlungen die Krankenkassen in der Summe finanziell entlasten?

SV Dr. Dr. Jens Holst: Ich bin Arzt und Gesundheitswissenschaftler. Wir haben bis jetzt einiges über Auffassungen und Glaubenssätze zur Wirksamkeit von Zuzahlungen erfahren. Davon ist, das möchte ich einleitend sagen, das Wenigste empirisch abgesichert. Ich stimme meinen Vorrednern in dem Punkt zu, dass die Datenlage in Deutschland dazu nur wenig aussagt. Es gibt nur einzelne Hinweise, die man im Zusammenhang interpretieren kann. Es gibt aber eine Vielzahl von Beobachtungen und empirischen Untersuchungen zur Wirkung von Zuzahlungen in anderen Ländern. Internationale Vergleiche zeigen, dass Zuzahlungen nicht die Wirkung erzielen, die man sich von ihnen erhofft. Dies lässt sich alles in allem über verschiedene Systemtypen hinweg und in Industrie- ebenso wie in Entwicklungsländern nachweisen. Im Übrigen lässt sich regelmäßig beobachten, dass Zuzahlungen nach ihrer Einführung vorübergehend die Inanspruchnahme senken. Das ist auch nicht überraschend. Wenn man neue oder alternative Zuzahlungsformen einführt, wie die KBV dies vorschlägt, dann wird dieser Effekt ebenfalls eintreten. So ausgefeilt eine Regelung auch sein mag, nach spätestens zwei Jahren ist ihre Wirkung verpufft. Dies lässt sich weltweit beobachten. Die unerwünschten Wirkungen

von Zuzahlungen, die hier zum Teil angezweifelt wurden, sind ebenfalls international vielfach belegt. Es gibt immer einen gewissen Anteil von Patienten, die durch Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen von der Inanspruchnahme von Leistungen abgehalten wird und die auf eine Behandlung verzichten, die unter gesundheitlichen Aspekten geboten gewesen wäre. Dafür gibt es eine ganze Menge von Belegen aus europäischen Ländern. Dies führt – auch wenn dies gerade bezweifelt wurde – im Ergebnis dazu, dass Krankheitsverläufe komplizierter werden, mehr stationäre Einweisungen nötig werden oder Arzneimittelzuzahlungen erfolgen müssen. Zudem haben Zuzahlungen Nebenfolgen, deren Auswirkungen weit über das Gesundheitssystem hinaus reichen. So kann man etwa beobachten, dass die Heimeinweisungsrate bei alten Menschen steigt, wenn die Medikamentenzuzahlungen steigen. Dies sind Zusammenhänge, die vielfach nicht in Betracht gezogen werden. Ich habe mir gerade heute noch eine Untersuchung aus Deutschland angeschaut, in der es um Selbstbehalteffekte bei ambulanten Leistungen für PKV-Versicherte geht. Der Autor der Studie hat lediglich untersucht, inwieweit sich dadurch das Volumen der ambulanten Leistungen verringert. Er hat zwar erstaunliche Werte ermittelt, seine Studie verzichtet aber darauf, alle anderen Effekte zu berücksichtigen, die nach der internationalen Studienlage damit im Zusammenhang stehen. Es gibt hier auch einen engen Zusammenhang mit Fragen der Adherence oder Therapietreue, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. So nehmen die chronischen Erkrankungen stetig zu. Chronisch kranke Menschen benötigen aber eine Dauertherapie. Darüber sind sich, denke ich, alle einig. Für die großen Volkskrankheiten gibt es heute Therapien, deren Wirksamkeit weitgehend wissenschaftlich belegt ist. Bei diesen überwiegend medikamentösen Therapien führen Zuzahlungen zu einer Verringerung der Adherence, der Therapietreue. Auch das lässt sich nachweisen, auch auf der Grundlage von Studien, die unabhängig von der Pharmain-

dustrie durchgeführt worden sind. Ich habe selbst eine umfangreiche Metaanalyse dazu durchgeführt. Bei den von der Pharmaindustrie finanzierten Studien könnte man unterstellen, dass die Hersteller daran interessiert sind nachzuweisen, wie wirksam ihre Medikamente oder Produkte sind. Es lässt sich aber auch bei pharma-unabhängigen Untersuchungen feststellen, dass die Adherence sinkt, der klinische Verlauf komplizierter wird und letztlich erhebliche Mehrkosten entstehen. Die Annahme, dass Zuzahlungen zu Kosteneinsparungen führen, hat sich empirisch als Irrglaube erwiesen. Bezeichnenderweise hat der Vertreter der BDA in diesem Zusammenhang mehrfach das Wort „glauben“ benutzt, das auch in der Sprache der Ökonomen häufig zu finden ist. Er glaubt nicht daran, dass Krankheiten durch Zuzahlungen verschleppt würden. Dieser Glaube deckt sich jedoch nicht mit den empirischen Befunden. Deshalb sollte man darauf auch keine politischen Bewertungen stützen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Dr. Holst. Welche Verteilungseffekte haben Praxisgebühren und andere Zuzahlungen, welche Bevölkerungsgruppen werden dadurch besonders stark belastet und wie beurteilen Sie die derzeit geltenden Befreiungsgrenzen? Ferner gibt es den Vorschlag der BDA, für jeden Arztbesuch eine Eigenbeteiligung vorzusehen? Welche Auswirkungen hätte dies Ihrer Meinung nach?

SV **Dr. Dr. Jens Holst**: Die Antworten auf ihre Fragen habe ich teilweise schon angedeutet. Die sozialen Effekte von Zuzahlungsregelungen sind zwar auch in Deutschland zu erkennen, sie treten aber in anderen Ländern noch viel deutlicher zutage. Dies ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass es sich bei Zuzahlungen meist um Festbeträge handelt, die nicht nach der Kaufkraft der Patienten bzw. der Versicherten gestaffelt sind. Der Effekt ist ökonomisch auch zu erwarten,

weil Zuzahlungen prinzipiell regressiv ausgestaltet sind, also bei Menschen mit niedrigerem Einkommen einen stärkeren Effekt haben als bei Menschen mit höherem Einkommen. Dies lässt sich überall nachweisen und kann daher als gegeben angenommen werden. Die Frage ist, ob man diesen Effekt durch prozentuale Zuzahlungen, wie sie die KBV vorschlägt, beseitigen könnte. Dies ist nicht der Fall. Vielmehr würde sich dadurch die Situation noch verschlechtern. Die internationale wissenschaftliche Diskussion kommt heute in Bezug auf optimale Zuzahlungsregelungen zu ganz anderen Schlüssen. Auch wenn ich solchen Regelungen weiterhin kritisch gegenüberstehe, weil sie einen Aufbau von zusätzlicher Bürokratie bewirken, führt doch kein Weg an der Frage vorbei, welche Auswirkungen eine Zuzahlung auf eine Medikation oder eine andere Behandlung hat und wie man einen sozialen Ausgleich schaffen kann. Wenn man beidem bei den Zuzahlungsmodalitäten Rechnung tragen will, dann wird das entsprechende Instrument sehr kompliziert. Daher halte ich ein solches Instrument für nicht praxistauglich. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass sich die wissenschaftliche Debatte in anderen Ländern diesem Thema stellt und Fragen aufwirft, denen man hierzulande zum Teil immer noch ausweicht.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich richte meine Frage an die Volkssolidarität. Herr Dr. Spieler, Sie sind vorhin schon gefragt worden, welche Auswirkungen Selbstbeteiligungen aus Ihrer Sicht haben. Sie üben seit langem eine Beratungstätigkeit aus. Vielleicht ist Ihnen in der Zwischenzeit zu dieser Frage noch etwas eingefallen. Im Übrigen unterstellt man Ihren Mitgliedern nicht, dass sie dumm sind – wie Herr Dr. Hansen dies behauptet hat –, wenn man ihnen nicht zutraut, sich in dem System zurecht finden. Könnten Sie einmal schildern, mit welchen Anforderungen oder auch Schwierigkeiten Ihre Mitglieder konfrontiert sind, wenn sie eine Befreiung von den Zuzahlungen erlangen wollen?

SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität Bundesverband e. V. (VS)): Ich glaube, man muss hier ein wenig differenzieren. Vor allem älteren und hilfebedürftigen Menschen ist nicht so ohne Weiteres klar zu machen, wie sie mit diesen Dingen umgehen sollen. Das gilt vielleicht weniger für die Praxisgebühr als vielmehr für das komplizierte System der Zuzahlungen in den unterschiedlichen Bereichen. Besonders problematisch ist die Lage dann, wenn der Pflegefall eingetreten ist. Viele pflegebedürftige Menschen benötigen die Unterstützung von Angehörigen oder von Pflegediensten bei der Sammlung und Aufbewahrung von Belegen und Quittungen, vor allem aber bei der Beantragung der Befreiung. Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Leistungen von den Pflegekassen nicht bezahlt werden, das heißt, dass es sich um zusätzliche Leistungen handelt. Ebenfalls kompliziert wird es im Falle der Pflegebedürftigkeit in stationären Einrichtungen. Hier muss die Praxisgebühr faktisch schon zu Beginn des Quartals entrichtet bzw. verwahrt werden, es müssen Quittungen ausgestellt werden usw. In einem Notfall – wenn jemand zum Beispiel abends um 23.00 Uhr aus einer Pflegeeinrichtung ins Krankenhaus eingeliefert wird – müssen auch die entsprechenden Dokumentationen und Nachweise vorgelegt werden. Dies alles ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Daher wäre meine Bitte, die Probleme nicht nur aus der Perspektive des Arztes, sondern auch aus Sicht der Betroffenen und derjenigen, die die pflegerischen Leistungen erbringen, zu betrachten. Vor diesem Hintergrund plädiert die Volkssolidarität dafür, wieder zu der Härtefallregelung zurückzukehren, die bis zum 31. Dezember 2003 gegolten hat. Dies würde die Dinge wesentlich vereinfachen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich richte an die BAG SELBSTHILFE, den SoVD, den DGB und die DAG SHG die Frage, ob sie noch ergänzende Aussagen zu den Wirkungen von Zuzahlungen auf die Versicherten machen können.

SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich kann die Aussagen von Herrn Dr. Holst nur unterstreichen. Nach den Ergebnissen von Studien des Helmholtz-Zentrums und der Bertelsmann-Stiftung zu urteilen, werden in manchen Fällen tatsächlich Arztbesuche verschoben, weil Patienten trotz der Chroniker-Regelung nicht in der Lage sind, die Praxisgebühr zu bezahlen. Somit löst selbst die Chroniker-Regelung, die wir für sehr wichtig halten, vor allem bei einem sehr niedrigen Einkommen nicht alle Probleme.

SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Ich kann mich im Wesentlichen meinen Vorrednern anschließen, möchte aber auch noch ein konkretes Beispiel dafür anführen, wie wenig transparent die Regelungen sind. Sie führen nämlich nicht zu mehr Wahlfreiheit, sondern zu Intransparenz und zur Desorientierung der Betroffenen. Die Patienten werden nämlich nicht aufgeklärt. Ein Beispiel bildet die Mehrkostenregelung für Arzneimittel. Wenn einem Patienten ein Arzneimittel verordnet wird, das in der Apotheke 100 Euro kostet, entscheidet er sich möglicherweise für ein anderes Produkt, das günstiger ist und vielleicht nur 80 Euro kostet, weil er annimmt, von der Krankenkasse die 80 Euro erstattet zu bekommen. Möglicherweise hat die Krankenkasse aber einen Rabattvertrag abgeschlossen, aufgrund dessen das Medikament nur noch 40 Euro kostet. So sieht die hochgelobte Wahlfreiheit in der Praxis aus. Vor diesem Hintergrund ist es wohl kaum angemessen anzunehmen, dass die Patienten dies so wollen und dass man ihnen ihre Freiheit lassen sollte. Denn man sieht an dem Beispiel, wohin dies führt, nämlich zu einer Mehrbelastung der Patienten.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Zu den Aussagen

über die Ergebnisse der genannten wissenschaftlichen Untersuchungen kann ich nichts hinzufügen.

SV Prof. Dr. Raimund Geene (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)): Ich kann nur nachdrücklich unterstreichen, was der Kollege Dr. Dr. Holst zu diesen Fragen ausgeführt hat. Dies gilt insbesondere für die Studien von Andreas Mielck (Helmholtz-Gemeinschaft) und Jan Böcken (Bertelsmann-Stiftung), die genau diesen Effekt nachgewiesen haben. Ich möchte hinzufügen, dass durch die Zuzahlungen insgesamt eine Verlagerung der Verantwortung von der Versichertengemeinschaft hin zur Patientengemeinschaft stattfindet. Das ist aus unserer Sicht ein unerwünschter Effekt, weil damit ein Interessengegensatz zwischen Patienten und Versicherten geschaffen wird. Herr Weller hat berichtet, zu welchen Problemen es führt, wenn er die Patienten in diesen Fragen nicht mehr angemessen begleiten kann. Ferner möchte ich darauf hinweisen, dass insbesondere die Einführung der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro dazu beigetragen hat, dem Arzt-Patienten-Verhältnis einer stärker gewerblichen Charakter zu geben. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Zusatzangebote in Form von IGeL-Leistungen gemacht werden. Obwohl es sich dabei um Angebote handelt, die unter dem Gesichtspunkt der Evidenzbasierung nicht sinnvoll sind, werden sie immer mehr ausgeweitet. Dies ist eine ausgesprochen unerwünschte Tendenz, weil die IGeL-Leistungen zwar mehr Geld ins System bringen und damit die Leistungserbringer begünstigen, nach den Kriterien von Public Health aber nicht zu einer besseren Versorgung führen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe drei Fragen an den GKV-Spitzenverband. Erstens: Im Gegensatz zu den meisten Sachverständigen gehen Sie von einer positiven Steuerungswirkung der Zuzahlungen aus. Könnten Sie das bitte erläutern? Zweitens:

Was würde die Abschaffung der gesamten Zuzahlungen im geltenden Finanzierungssystem der GKV mit gesetzlich fixiertem Beitragssatz bedeuten? Drittens: Das Konzept der Bürgerversicherung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht eine Ausweitung des Versichertenkreises, die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlagen und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze vor. Dadurch würde ein Beitragssatzspielraum von 2,4 Prozentpunkten entstehen. Sehen Sie in einem solchen Konzept eine tragfähige Finanzierungsgrundlage für die Abschaffung der Zuzahlungen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass uns keine empirischen Daten vorliegen, die einen positiven oder negativen Effekt des deutschen Zuzahlungssystems belegen würden. Wir haben allerdings auch dargelegt, dass nach der ökonomischen Theorie von einer solchen Steuerungswirkung auszugehen ist. Ich hatte eingangs darauf hingewiesen, dass auch das BSG in dem einschlägigen Urteil davon ausgeht, dass eine solche Steuerungswirkung gegeben ist. Uns fehlt, wie gesagt, die Datengrundlage, um diese Annahme zu bestätigen. Es ist aber aus meiner Sicht plausibel, dass diese Steuerungswirkung existiert und um so höher ausfällt, je höher die Zuzahlung ist. Noch einmal zum Volumen: Die Zuzahlungen addieren sich zu einer Summe von 5 Mrd. Euro. Bei einer Abschaffung der Zuzahlungen müsste man diese Summe im Rahmen des bestehenden Systems aus anderen Quellen finanzieren. Beispielsweise entsprächen die 5 Mrd. Euro einem Zusatzbeitrag in Höhe von 8 Euro. Wenn aber das Modell von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Bürgerversicherung umgesetzt und die Versicherungspflichtgrenze angehoben würde, was der Gesetzgeber zu entscheiden hätte, dann käme man nach dem Gutachten, das dafür angefertigt worden ist, ebenfalls exakt auf die Summe von 5 Mrd. Euro.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Die Zuzahlungsregelung bei Fahrtkosten bezieht sich auf jede einzelne Fahrt. Welche Auswirkungen hat dies für chronisch Kranke und behinderte Menschen im ländlichen Raum? Eine weitere Frage: Gibt es Beispiele, wonach aufgrund der Festbetragsregelung der Bedarf von behinderten Menschen und chronisch Kranken nicht adäquat abgedeckt wird? Drittens: Bei welchen Hilfsmitteln ist die finanzielle Belastung von chronisch Kranken bzw. behinderten Menschen besonders hoch?

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Bei den Fahrtkosten machen wir die Erfahrung, dass vor allem in Notfällen Schwierigkeiten auftreten. Normalerweise werden Fahrtkosten vorab von der Krankenkasse genehmigt. Dafür gibt es auch ein geordnetes Verfahren, das seit 2004 in einer entsprechenden Verordnung geregelt ist. Gerade bei Notfällen kommt es jedoch oft im Nachhinein zu Streitigkeiten. Weiterhin kommt es häufig vor, dass Patienten die Chroniker-Regelung nicht kennen und daher permanent durch die Fahrtkosten belastet sind. Die zweite Frage lautete, bei welchen Hilfsmitteln die finanzielle Belastung von chronisch kranken und behinderten Menschen besonders hoch ist? Besonders gravierend ist das Problem bei den Hörgeräten. Einerseits gibt es nur verhältnismäßig niedrige Festbeträge, andererseits sind gerade die digitalen Hörgeräte sehr teuer. Zu dieser Frage gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von Gerichtsurteilen, sowohl unterinstanzliche als auch das BSG-Urteil zu den fast Ertaubten. Die Krankenkassen stehen aber auf dem Standpunkt, das es sich hier um Einzelfallentscheidungen handelt und weisen entsprechende Ansprüche der Patienten zurück. Somit sind die Patienten auf den Rechtsweg verwiesen, und das ist sehr belastend. Es gibt zum Beispiel eine in

einem der uns angeschlossenen Verbände durchgeführte Patientenumfrage, der zufolge rund ein Drittel der Anträge zur Hilfsmittelversorgung abgelehnt wird. Das ist ein hoher Prozentsatz, wenn man die Hilfsmittel unbedingt benötigt.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Aussage im Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER-GEK, wonach eine steuernde Wirkung von Zuzahlungen bei Menschen, die auf Grund ihrer Erkrankung oder Behinderung auf diese Leistungen angewiesen sind, nicht erkennbar sei, und wie bewerten Sie die Aussage, dass diese Gruppe in besonderer Weise zur Finanzierung der GKV-Leistungen herangezogen werde, weil sie den Hauptteil der Zuzahlungen trage und damit alle Versicherten entlaste.

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Ich kenne den Report der BARMER-GEK nicht im Einzelnen, aber die Aussage, wonach keine Steuerungswirkung erzielt wird und ein Hauptteil der Zuzahlungen nur der allgemeinen Finanzierung von Leistungen dient, kann man wohl bestätigen. Wenn ich an die Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten denke, dann ist damit wohl in der Regel keine nennenswerte Steuerungswirkung verbunden, weil Behandlungen wie Blinddarmoperationen keinen Aufschub dulden. In solchen Fällen muss man eben die zehn Euro pro Tag, längstens 28 Tage lang, bezahlen. Wenn ich mich richtig erinnere, besteht die gesetzliche Pflicht zu dieser Form der Zuzahlung schon ziemlich lange. Bereits damals wurde darüber diskutiert – und dies könnte man in der Begründung zu dem betreffenden Gesetzentwurf nachlesen –, ob mögliche häusliche Kostenersparnisse der Patienten, die im Krankenhaus auch mit Essen und Trinken versorgt werden, ein Grund sein könnten, die Eigenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten einzuführen. Inso-

fern kommt der Report der BARMER-GEK zu einem richtigen Ergebnis.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband: Welche Konsequenzen werden aus dem Hörgeräteurteil des BSG für die Festsetzung eines Festbetrages bei anderen Hilfsmitteln für behinderte Menschen und chronisch Kranke gezogen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wenn ich das BSG-Urteil richtig interpretiere, dann ist entschieden worden, dass bei der Festlegung des Festbetrages für eine Hörhilfe zu berücksichtigen ist, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, das heißt seine Behinderung ausgleichende Versorgung hat. Das Hilfsmittel, in diesem Falle also das Hörgerät, muss die Ausübung der fehlenden Körperfunktion ermöglichen oder ersetzen, das heißt, den Hörverlust, soweit es nach dem medizinisch-technischen Stand möglich ist, ausgleichen. Dieser Anforderung muss auch der Festbetrag genügen. Vor diesem Hintergrund sind die Auswirkungen des BSG-Urteils auf andere Hilfsmittel zu bewerten. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Hilfsmittel für unterschiedliche Funktionen eingesetzt werden. So wird das Urteil bei der Versorgung mit Hilfsmitteln beim Ausgleich eines Hörverlustes eine andere Kostenwirkung erzeugen als beim Ausgleich einer Minderung der Sehfähigkeit. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das BSG-Urteil auf die entsprechende Bewilligungspraxis weitreichende Auswirkungen hat, weil der medizinisch-technische Fortschritt bei den Sehhilfen nicht sehr groß ist. Jedenfalls ist in diesem Bereich – anders als bei Hörgeräten – nicht mit so vielen weiteren technischen Innovationen zu rechnen, wie dies bei der Hörmittelversorgung der Fall sein könnte. Andere Hilfsmittel dienen in der Regel nicht dazu, den Verlust von Körperfunktionen zu ersetzen, sondern nur die Beeinträchtigung durch diesen

Verlust abzumildern. Dies gilt beispielsweise für Stomaartikel oder Inkontinenzhilfsmittel. Die GKV nimmt an, dass das Urteil diese Fälle nicht betrifft, eben weil die Körperbeeinträchtigung lediglich abgemildert, aber nicht kompensiert werden soll.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die KBV. Aus Ihrer Sicht besteht bei der möglichen Abschaffung von Zuzahlungen ein wichtiger Nebeneffekt im Bürokratieabbau. Sie plädieren aber gleichzeitig für eine prozentuale Eigenbeteiligung bei jeder Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Woraus resultiert die Verminderung des bürokratischen Aufwandes bei einem solchen Wechsel von der einen zur einer anderen Selbstbeteiligungsregelung und welche Steuerungswirkung erhoffen Sie sich davon?

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir erwarten, dass die Abschaffung der Praxisgebühr zu einer Verwaltungsvereinfachung führen würde, einfach weil sie wegfiel und durch eine intelligente – ich habe dies gerade schon einmal ausgeführt – Chipkartentechnik oder entsprechende Einrichtungen bei den Krankenkassen ersetzt würde. Man kann die Bürokratie zwar nicht völlig abschaffen, aber zumindest auf ein geringes Maß reduzieren. Das ist unser Argument. Die Frage, ab welchem Ausmaß Zuzahlungen eine Steuerungswirkung entfalten, müsste mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen beantwortet werden. Letztlich stehen die Zuzahlungen ebenso wie unsere Forderung nach Eigenbeteiligung im Zusammenhang mit der Tatsache, dass einem unbegrenzten Leistungsanspruch der Versicherten nur ein begrenztes Finanzvolumen gegenübersteht. Vor diesem Hintergrund plädieren wir dafür, die Zuzahlungen in der bestehenden Form abzuschaffen und durch eine prozentuale Eigenbeteiligung als Finanzierungsmittel zu ersetzen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den DGB. In der schriftlichen Stellungnahme von ver.di wird davon gesprochen, dass eine gute und effiziente, durch bevölkerungsbezogene Angebote charakterisierte Versorgung eine bessere Steuerungswirkung als Zuzahlungen hätte und dass es entsprechender Anreize auf Seiten der Gesundheitsdienstleister bedürfte. Welche Anreize sind damit gemeint?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich habe mit dem Kollegen von ver.di keine Rücksprache mehr halten können. Leider habe ich gerade kein Beispiel parat.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte von der KZBV erfahren, wie sich durch die Einführung des Festzuschusses und die damit verbundene Eigenbeteiligung die zahnmedizinische Versorgung sozial schwacher Bevölkerungsgruppen entwickelt hat.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich habe die Härtefallregelung bereits erwähnt. Sie garantiert nach wie vor eine effiziente, am neuesten Stand der Wissenschaft orientierte Versorgung. Ich will in diesem Zusammenhang aber auf etwas anderes hinweisen: Wir haben uns seinerzeit bei den Beratungen über eine Zuschussregelung für den Zahnersatz für den Wechsel von einer prozentualen Bezuschussung zu einem Festzuschuss ausgesprochen, weil dies die sozial gerechtere Lösung ist. Früher war es so, dass bei einem Patienten, der eine sehr aufwendige, kostenintensive Versorgung erhielt, auch ein hoher Eigenanteil verblieben ist. Dies bedeutete, dass er einen hohen Zuschuss erhielt, sofern er sich den Eigenanteil leisten konnte. Somit konnten sich die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit höherem Einkommen auch eine vergleichsweise aufwendigere Versorgung leisten. Diese Regelung ist ge-

rechter Weise abgeschafft worden. Wir gehen heute von einer befundorientierten Leistungspflicht aus, die in einem solidarisch finanzierten System für alle gleich ist. Eine Verschlechterung der Versorgungssituation der einkommensschwächeren Mitbürger kann somit nicht in Zusammenhang mit der Einführung des Festzuschusssystem gebracht werden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich habe eine Frage an die DAG-Selbsthilfe und den GKV-Spitzenverband. Wir haben vielfach gehört, dass Zuzahlungen, in welcher Form auch immer, kaum Steuerungswirkungen entfalten. Nun hat der Verbraucherzentrale Bundesverband auf eine weitere Form der Zuzahlung, die heute auch schon Gegenstand der Diskussion war, hingewiesen, nämlich auf die individuellen Gesundheitsdienstleistungen. Da der Markt für diese IGeL-Leistungen sich mittlerweile sprunghaft auf ein Volumen von 1,5 Mrd. Euro ausgedehnt hat, lohnt es sich, ihn einmal näher zu betrachten. Meine Frage lautet: Sollten diese IGeL-Leistungen noch einmal dezidiert einer kritischen Prüfung unterzogen werden? Haben Sie Vorschläge zu einer besseren Regulierung dieser Leistungsart? Ferner habe ich eine Frage an die BAG-SELBSTHILFE: Wir haben vorhin über den Heil- und Hilfsmittelreport gesprochen. Wie wir alle wissen, muss künftig vieles, quasi das gesamte Gesundheitssystem, mit Blick auf die UN-Behindertenrechtsreform auf den Prüfstand gestellt werden. Gibt es auch IGeL-Leistungen im Kontext der medizinischen Versorgung für Behinderte oder für Menschen mit chronischen Erkrankungen?

SV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)): In der Tat lässt sich beobachten, dass Zuzahlungen insgesamt kaum eine Steuerungswirkung entfalten. Vielmehr ist umgekehrt schon durch die Einführung der Option auf die Kostenerstattung ein Prozess der Ökonomisierung

ausgelöst worden, der durch die Einführung der IGeL-Leistungen auf eine kuriose Art und Weise weiter an Dynamik gewonnen hat. Es gibt Bereiche wie beispielsweise die Gynäkologie, in der ohnehin schon eine starke Überversorgung besteht – immerhin werden über 75 Prozent der Schwangeren in Deutschland, also ein unsinnig hoher Anteil, als Risikoschwangere geführt –, und in der obendrein ein Großteil der Ärzteneinkommen durch IGeL-Leistungen erwirtschaftet wird. Es ist auch moralisch zu verurteilen, dass beispielsweise jungen Schwangeren auf diese Weise eine hohe finanzielle Belastung aufgebürdet wird, die sich durch die Möglichkeit, IGeL-Leistungen anzubieten, weiter verstärkt. Derzeit wird im Gemeinsamen Bundesausschuss intensiv darüber diskutiert, wie man den umgekehrten Prozess in Gang setzen und von dieser medizinischen Überversorgung wegkommen könnte, zumal sie in einem deutlichen Kontrast zu der Unterversorgung nach der Geburt steht. Paradoxerweise bewirken die IGeL-Leistungen hier das Gegenteil von dem, was letztlich intendiert ist, nämlich eine immer stärkere Medikalisierung. Dies zeigt, dass sich durch IGeL-Leistungen keine Steuerungswirkung in der gewünschten Richtung erzielen lässt, ganz im Gegenteil. Ich bin daher ein bisschen ratlos, wenn ich gefragt werde, wie man diese Wirkung erzielen kann. Im Prinzip bedarf es in einem solidarischen Gesundheitssystem keiner IGeL-Leistungen. Man täte besser daran, wenn man dafür sorgen würde, dass die Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss schneller getroffen werden, damit echte therapeutische Innovationen rascher in der Versorgung umgesetzt werden können. Die Entscheidung, diesen Umsetzungsprozess zu privatisieren und damit das Arzt-Patienten-Verhältnis zu ökonomisieren, halte ich von einem gesundheitswissenschaftlichen Standpunkt aus für kontraproduktiv.

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass die

am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt ist und daher keine Notwendigkeit besteht, darüber hinaus gehende Leistungen anzubieten. Wir betrachten die Entwicklung bei den IGeL-Leistungen auch deshalb mit Skepsis, weil der Patient, wenn er mit einem Gesundheitsproblem zum Arzt kommt und eine am Bedarf orientierte Behandlung haben möchte, oft auch eine möglicherweise wünschenswerte, aber medizinisch nicht notwendige Leistung angeboten bekommt. Er ist mit der Entscheidung, ob er dieses Angebot wahrnehmen soll, oft überfordert. Dies begründet unsere Skepsis gegenüber den IGeL-Leistungen und unsere Sorge über die Zunahme der finanziellen Belastungen für die Patienten, die dadurch generiert werden. Wir haben deshalb das Geschäft mit den IGeL-Leistungen mit einem Haustürgeschäft verglichen. Auch hier wird man plötzlich mit einem Angebot konfrontiert, etwas zu kaufen, das man vielleicht gar nicht kaufen wollte. Daher fordern wir für die IGeL-Leistungen ein Rücktrittsrecht, wie es auch für die Haustürgeschäfte gilt. Außerdem wollen wir mit dem Beispiel deutlich machen, dass der Patient in einer solchen Situation überfordert sein kann. Abschließend erlaube ich mir noch eine Bemerkung. Die Ärzte bzw. die KBV behaupten, dass der Einzug der Praxisgebühr einen großen bürokratischen Aufwand verursacht. Erstaunlicherweise scheint dies bei den IGeL-Leistungen nicht der Fall zu sein.

Sve Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Er-

krankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Die Frage, ob es IGeL-Leistungen gibt, die speziell auf behinderte und chronisch kranke Menschen zugeschnitten sind, lässt sich nicht so einfach beantworten. Die Probleme rühren im Wesentlichen daher, dass die Festbeträge entweder zu niedrig oder nicht zielgenau sind. Letzteres bedeutet, dass Patienten bestimmte, individuell angepasste Hilfsmittel brauchen, die vom Festbetragssystem nicht erfasst werden. Insofern plädieren wir nicht dafür, IGeL-Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Vielmehr sprechen wir uns dafür aus, dass medizinisch notwendige Hilfsmittel auch ersetzt werden. Dazu ist es unter Umständen erforderlich, die Festbeträge noch einmal anzupassen, das System der Festsetzung der Festbeträge transparent zu machen bzw. es weiterzuentwickeln oder auch ganz neue Lösungen zu finden. Ferner sind wir der Ansicht, dass das System der IGeL-Leistungen, bei dem es sich wirklich um ein Kuriosum handelt, insgesamt einer Prüfung, auch einer Evidenzprüfung, unterzogen werden muss. Auch IGeL-Leistungen sollten zumindest in einem gewissen Maße evidenzbasiert sein, wenn sie angeboten werden.

Die Vorsitzende: Es liegen keine weiteren Fragen vor. Daher möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen allen für Ihre Antworten bedanken und wünsche ihnen einen guten Heimweg.

Die Vorsitzende schließt die Sitzung um 15:38 Uhr