

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht über die Erfahrungen mit den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht sowie über Zuzahlungen bei Krankenhauspflege und Kuren

Inhaltsübersicht

	Seite
A. Berichtsgegenstand	4
I. Berichtsauftrag	4
II. Thematische Gliederung	4
III. Grundlagen des Berichts	4
B. Zusammenfassende Bewertung	5
I. Vorbemerkung zu den Zuzahlungs- und Ausschlußregelungen als Beispiele für Formen der Selbstbeteiligung in der GKV	5
II. Erfahrungen mit der Regelung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht („Negativliste“)	5
III. Erfahrungen mit der Regelung über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege	6
IV. Erfahrungen mit der Regelung über die Zuzahlung bei Behandlungen in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren	7
1. Gesetzliche Krankenversicherung	7
2. Gesetzliche Rentenversicherung	8
3. Altershilfe für Landwirte	8
4. Ergebnis	8

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 20. Dezember 1984 gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 16. Dezember 1982 — Drucksache 9/2283.

Dem weiteren Punkt der EntschlieÙung, im Laufe der Jahre 1983/84 einen Gesetzentwurf vorzulegen, der eine sozial gerechtere Verteilung der Bundesmittel in der Altershilfe für Landwirte unter Berücksichtigung der Einkommenssituation vorsieht, konnte bisher noch nicht Rechnung getragen werden, weil sich die Grundlagen der EntschlieÙung durch Entscheidungen des Ministerrats der EG wesentlich geändert haben. Nach Klärung der hiermit im Zusammenhang stehenden Fragen wird die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorlegen.

	Seite
C. Teilbericht: Erfahrungen mit der Regelung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht („Negativliste“)	9
I. Bemerkungen zur Regelung und ihrer Entstehungsgeschichte	9
1. Grundzüge der Regelung	9
2. Die Bedeutung der Regelung für die ärztliche Versorgung und die ärztliche Therapiefreiheit	10
3. Die sozialpolitische Begründung	10
4. Die Änderung im Gesetzgebungsverfahren	10
5. Finanzielle Einschätzung der Regelung im Regierungsentwurf	10
II. Erfahrungsbericht	11
1. Erfahrung mit der Umsetzung der Regelung in die Praxis	11
2. Einschätzung der Regelung und weitere Erfahrungen mit der Anwendungspraxis	11
3. Finanzielle Auswirkungen	13
a) Unmittelbare Entlastungen	13
b) Weitere Entwicklungsfaktoren	13
c) Zusätzliche nicht quantifizierbare Effekte	14
4. Gesundheitliche Wirkungen	14
5. Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt	16
D. Teilbericht: Zuzahlungen bei Krankenhauspflege, Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren	18
I. Erfahrungen mit der Zuzahlung bei Krankenhauspflege	18
1. Regelungen	18
2. Auswirkungen auf Ausgaben und Inanspruchnahme	18
a) Ausgabenentwicklung	18
b) Ausnahmen von der Zuzahlungspflicht	19
3. Einzugsverfahren	19
a) Unterschiedliche Rechtsauffassungen der Krankenhäuser und Krankenkassen	19
b) Rechtsprechung	19
c) Praktizierte Verfahrensweisen	20
4. Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung	20
a) Einzug und Abrechnung	20
b) Härtefälle	21
5. Verwaltungskosten	21
6. Reaktion der Versicherten	21
II. Erfahrungen mit der Zuzahlung bei Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren	22
1. Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung	22
2. Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung	22
3. Regelungen in der Altershilfe für Landwirte	23

	Seite
4. Auswirkung auf Inanspruchnahme und Ausgaben	23
a) Gesetzliche Krankenversicherung	23
aa) Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen (§ 184 a RVO)	23
bb) Vorbeugungskuren (§ 187 Abs. 1 Nr. 1 RVO)	24
cc) Genesungskuren (§ 187 Abs. 1 Nr. 3 RVO)	24
b) Gesetzliche Rentenversicherung	24
c) Altershilfe für Landwirte	25
5. Verfahren zum Einzug der Zuzahlung und Schwierigkeiten bei der Durchführung	25
a) Gesetzliche Krankenversicherung	25
b) Gesetzliche Rentenversicherung	26
aa) Verfahren zum Einzug der Zuzahlung	26
bb) Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung im Hinblick auf das Zahlungsverhalten und die verwaltungsmäßige Umsetzung	26
c) Altershilfe für Landwirte	27
aa) Verfahren zum Einzug der Zuzahlung	27
bb) Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung	27
6. Verwaltungsaufwand	27
a) In der gesetzlichen Krankenversicherung	27
b) In der gesetzlichen Rentenversicherung	27
c) In der Altershilfe für Landwirte	28
7. Akzeptanz bei der Bevölkerung	28

A. Berichtsgegenstand

I. Berichtsauftrag

Bei der Beschlußfassung über das Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983) vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) hat der Deutsche Bundestag der Bundesregierung u. a. folgende Berichtsaufträge erteilt:

„... bis zum 31. Dezember 1984 dem Deutschen Bundestag über die Erfahrungen zu berichten,

- a) die aus der Zuzahlung der Versicherten während der Krankenhauspflege und bei Kuren vorliegen; dabei ist insbesondere darüber zu berichten, wie sich die Zuzahlung auf die Inanspruchnahme der Leistungen und auf die Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung ausgewirkt hat und ob sich das Verfahren zum Einzug der Zuzahlung bewährt hat;
- b) die über die Regelung vorliegen, daß die in § 182 f Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Arzneimittel in der Regel nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfen; dabei ist insbesondere über die gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen sowie über die Auswirkungen auf dem Arzneimittelmarkt zu berichten ...“

Die Aufträge betreffen die mit dem vorgenannten Gesetz beschlossenen Regelungen über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sowie über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege und bei Kuren.

Auf die maßgeblichen Vorschriften wird im Berichtsteil näher eingegangen.

II. Thematische Gliederung

Der nachstehende Bericht ist in zwei Teilberichte aufgeteilt:

- Bericht über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht Teil C
- Bericht über die Zuzahlungen bei Krankenhauspflege und Kuren Teil D

Als Berichtsteil B ist eine zusammenfassende Bewertung vorangestellt.

III. Grundlagen des Berichts

Grundlage des ersten Teilberichts über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung sind Stellungnahmen, die anhand eines Fragenkatalogs (Anlage 3.1) des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aus der Sicht der Krankenkassen (gemeinsamer Bericht der Spitzenverbände der Krankenversicherungsträger), der Ärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Bundesvereinigung der deutschen Ärztenverbände [BDÄ]), der Kassenzahnärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KZBV]), der pharmazeutischen Industrie (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie [BPI], Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller [BHI]), der Apotheker (Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen deutscher Apotheker [ABDA]), sowie der Arbeitgeber (Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände [BDA]) und der Gewerkschaften (Deutscher Gewerkschaftsbund [DGB]) abgegeben worden sind.

Die diesen Stellungnahmen beigegebenen zusammenfassenden Bewertungen sind in der Anlage wiedergegeben (Anlage 3.2).

Zum zweiten Teilbericht über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege und Kuren hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter Deutscher Krankenanstalten e. V., den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und den Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen gebeten, ihm ihre Erfahrungen mit den Zuzahlungsregelungen mitzuteilen. Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. hat ebenfalls einen Erfahrungsbericht abgegeben. Die Stellungnahmen dieser Verbände sind in dem Bericht verwertet worden.

In den Bericht eingegangen sind auch Mitteilungen aus dem Bereich des Bundesversicherungsamtes, des Bundesgesundheitsamtes sowie der Obersten Landesbehörden.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat darüber hinaus die Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung e. V. mit einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zum Thema „Selbstbeteiligungsregelungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Urteil der Bevölkerung“ beauftragt. Ergebnisse der im Juli und August 1984 durchgeführten Umfrage sind in dem Bericht berücksichtigt (vgl. die Zusammenfassung des Untersuchungsergebnisses in Anlage 4).

B. Zusammenfassende Bewertung

I. Vorbemerkung zu den Zuzahlungs- und Ausschlußregelungen als Beispiele für Formen der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Die Zuzahlungs- und Ausschlußregelungen sind zwei unterschiedliche Formen der Selbstbeteiligung. Die Bundesregierung beschränkt sich entsprechend dem Berichtsauftrag auf die Darstellung der Erfahrungen mit den Zuzahlungsregelungen bei Krankenhauspflege und Kuren sowie der Ausschlußregelung bei Arzneimitteln. Nicht Gegenstand des Berichts sind die weiteren in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Selbstbeteiligungsformen, z. B. die Rezeptblattgebühr bei Arzneimitteln, Heilmitteln und Brillen, beim Zahnersatz, bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei den Fahrkosten.

Der Bericht enthält deshalb keine umfassende Darstellung über den Wert oder Unwert, die Tauglichkeit oder Untauglichkeit aller denkbaren Selbstbeteiligungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Die zur Zeit geltenden vielfältigen Formen der Selbstbeteiligung sind zu unterschiedlichen Zeiten eingeführt worden; ihnen liegt kein einheitliches Konzept zugrunde. Ein gemeinsames Ziel kann allenfalls darin gesehen werden, daß alle Selbstbeteiligungsregelungen u. a. den Zweck verfolgten, die gesetzliche Krankenversicherung finanziell zu entlasten.

Nach Auffassung der Bundesregierung sind Selbstbeteiligungsregelungen nur sinnvoll und politisch vertretbar, wenn sie zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben insgesamt und damit zu einer Entlastung der Beitragszahler führen. Dies kann nur durch Selbstbeteiligungsregelungen erreicht werden,

- die Einfluß auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten haben,
- sozial verträglich und gesundheitspolitisch unbedenklich sind, und
- bei denen zugleich sichergestellt ist, daß die erstrebte Entlastungswirkung nicht durch mengenmäßige, strukturelle oder preisliche Dispositionen der Leistungserbringer überlagert werden kann.

3. Die beiden im Bericht dargestellten Selbstbeteiligungsregelungen (Arzneimittel und Krankenhauspflege) haben die gesetzliche Krankenversicherung in einem Jahr um rund 590 Mio. DM entlastet. Dieses Ergebnis entspricht weitgehend den Erwartungen, die bei der Einführung mit den Selbstbeteiligungsregelungen verbunden waren. Ein Vergleich mit dem gesamten Ausgabenvolumen für Arzneimittel und Kran-

kenhäuser in Höhe von 45 Mrd. DM im Jahre 1983 macht deutlich, daß die beiden Regelungen von vornherein nicht darauf angelegt sein konnten, das Problem der Kostendämpfung in diesen beiden Bereichen insgesamt zu lösen. Sie sollten und konnten nur einen begrenzten Beitrag zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung leisten.

Insgesamt lagen die Zuwachsraten bei den Ausgaben der Krankenkassen sowohl bei den Arzneimitteln als auch bei der Krankenhauspflege — ebenso wie in anderen Gebieten — im Jahre 1983 und im bisherigen Verlauf des Jahres 1984 erheblich über der Grundlohnentwicklung.

4. Die Gesamtentwicklung deutet darauf hin, daß Selbstbeteiligung allein kein ausreichendes Mittel gegen eine überdurchschnittliche Kostenentwicklung sein kann; genauso wenig kann umgekehrt Selbstbeteiligung in jedem Fall als sozial bedenklich und gesundheitspolitisch nachteilig eingestuft werden. Vielmehr ist eine differenzierte Betrachtungsweise erforderlich, die auch die übrigen, von den Versicherten nicht beeinflussbaren ausgabenwirksamen Faktoren, insbesondere die Preis- und Strukturentwicklung, in ein Stabilitätskonzept einbezieht.

Die Bundesregierung hält es deshalb für vorrangig, ein Gesamtkonzept zur dauerhaften Stabilisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln, das alle Ursachen der Ausgabenentwicklung einbezieht.

II. Erfahrungen mit der Regelung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht („Negativliste“)

1. Die Ausschlußregelung ist ein sinnvolles Konzept für eine Politik der Leistungskonzentration in der gesetzlichen Krankenversicherung. Versorgungsschwierigkeiten und belegbare gesundheitliche Nachteile sind der Bundesregierung im allgemeinen nicht bekannt geworden. Die mitgeteilten Erfahrungen machen es allerdings erforderlich, daß die Regelung hinsichtlich der Auswirkungen in den einzelnen Anwendungsgebieten differenziert bewertet wird.
2. Die unmittelbare finanzielle Entlastung zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt nach den Berechnungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ca. 380 Mio. DM für ein Jahr. Nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens hat die Bundesregierung die Entlastungswirkung mit 350 bis 400 Mio. DM im Jahre 1983 (1. April bis 31. Dezember 1983) beziffert. Die an die Regelung geknüpften finanziellen Erwartungen sind somit zu einem großen Teil ein-

getreten. Unter diesem Aspekt hat sie sich bewährt.

Wenn die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel gleichwohl im Jahre 1983 mit 4,9 v. H. im Vergleich stärker anstiegen sind als die Leistungsausgaben im Durchschnitt (3,5 v. H. je Mitglied), so spricht das nicht gegen diesen Erfolg. Die Ursachen für den überproportionalen Anstieg der Arzneimittelausgaben lagen außerhalb des Einflußbereiches der Ausschlußregelung. Die Entwicklung ist nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen durch folgende Faktoren beeinflusst worden:

- Anstieg der Arzneimittelpreise + 5,8 v. H.
- Rückgang der Zahl der Verordnungen – 10,4 v. H.
- Zunahme durch Strukturveränderungen + 11,6 v. H.
(darunter sind Verschiebungen innerhalb einzelner Fertigarzneimittel, also zwischen den unterschiedlichen Packungsgrößen, Darreichungsformen und Stärken dieser Arzneimittel sowie strukturelle Verschiebungen zwischen den Fertigarzneimitteln zu verstehen).

3. Die Regelung hat insgesamt zur Folge gehabt, daß in den Anwendungsgebieten der ausgeschlossenen Arzneimittel der Anteil der Selbstmedikation in der Bevölkerung gestiegen ist. Belegbare gesundheitliche Nachteile waren damit nicht verbunden. Ob die Regelung zu einer Verringerung der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung beigetragen hat, ist nicht eindeutig feststellbar. Selbst wenn es zuträfe, daß Versicherte in bestimmten Fällen den Arzt nicht mehr aufgesucht haben, wäre dies solange unbedenklich, als Krankheiten dadurch nicht verschleppt werden und es nicht zu Komplikationen kommt, die mit einem erhöhten medizinischen Aufwand behandelt werden müssen. Diese Gefahr wird zwar behauptet; die Bundesregierung hält die darüber mitgeteilten Zahlen jedoch für nicht überzeugend.
4. Soweit es die Gruppe der Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten angeht, gibt es begründete Anzeichen dafür, daß wegen dieser Ausschlußregelung die Kassenärzte vermehrt Arzneimittel verordnet haben, deren Schwerpunkt bei gravierenderen Indikationsgebieten liegt. Dies ist sowohl in finanzieller als auch gesundheitspolitischer Hinsicht nicht unbedenklich. Soweit es den Anwendungsbereich der Abführmittel angeht, ist hier das Fehlen einer medizinischen Ausnahmeklausel kritisiert worden. Die Bundesregierung hält eine Überprüfung in dieser Hinsicht für erwägenswert.
5. Die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die pharmazeutische Industrie sind entsprechend der unterschiedlichen Produktpalette auf nur einen Teil der Unternehmen beschränkt. Für diese Unternehmen kam es im Einzelfall zu Umsatz-

rückgängen und Ertragseinbußen. Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung der gesamten Branche sind nicht erkennbar. Die Zahl der in der pharmazeutischen Industrie Beschäftigten ist 1983 sogar leicht gestiegen, obwohl die Zahl der Beschäftigten insgesamt gesunken ist. Für die betroffenen Unternehmen liegen die Probleme auch in der rechtzeitigen Erkennbarkeit entsprechender gesetzlicher Maßnahmen.

6. Die Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich im Jahre 1982 auf insgesamt 13,8 Mrd. DM, im Jahre 1983 auf insgesamt 14,4 Mrd. DM. Sie verteilten sich auf über 80 Arzneimittelindikationsgruppen. Die Ausschlußregelung betrifft Arzneimittel in nur sechs Indikationsgruppen. Sie ist deshalb von vornherein nur als begrenzt wirkendes Instrument zur Beeinflussung der Arzneimittelausgaben angelegt. Sie kann Preis-, Mengen- und Strukturentwicklungen in den nicht einbezogenen Indikationsgruppen nicht maßgebend beeinflussen.

Für die finanzielle Entlastung im Arzneimittelbereich bedarf es deshalb weiterer Maßnahmen, die neben der Mengen- insbesondere die Preis- und Strukturentwicklung beeinflussen und die wirtschaftliche Verordnung durch die Kassenärzte sicherstellen. Im Rahmen eines solchen Gesamtkonzepts prüft die Bundesregierung die Ergänzung der bestehenden Regelungen. Aufgrund der hier gewonnenen Erfahrungen sollte allerdings maßgebliche Leitlinie sein, daß eine Ausschlußregelung

- hinsichtlich der Anwendungsgebiete der Arzneimittel eindeutig bestimmbar ist,
- sich als medizinisch im Hinblick auf die Vermeidbarkeit ungewollter Morbiditätssteigerungen und gesundheitspolitisch nicht gewollte Ausweitung von Selbstmedikation als zumutbar erweist,
- Spielraum für medizinische Ausnahmefälle einräumt und
- auch für die Arzneimittelhersteller in ihren Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt frühzeitig berechenbar ist.

III. Erfahrungen mit der Regelung über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege

1. Aufgrund der Zuzahlungsregelung errechnen sich nach Abzug der Verwaltungskosten Minderungen der Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1983 von rd. 210 Mio. DM.
2. Eine Aussage darüber, ob die Regelung über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege die Inanspruchnahme dieser Leistung beeinflusst hat, ist auf der Grundlage der von den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Zahlen und Unterlagen nicht möglich. Die Falldauer hat im Krankenhaus im Jahr 1983 um 1 v. H. abgenom-

men und ist damit wie in den vergangenen Jahren weiterhin rückläufig. Die Zahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus ist aber im gleichen Zeitraum je 100 Mitglieder um 0,7 v. H. gestiegen.

3. Das Verfahren des Einzugs der Zuzahlung durch die Krankenhäuser wurde durch unterschiedliche Rechtsauffassungen von Krankenhäusern und Krankenkassen über Stellung und Aufgabe des Krankenhauses als Einzugsstelle erheblich belastet. Soweit es — wie in Berlin, Bremen, Hamburg und Niedersachsen — zu den gesetzlich vorgeschriebenen überregionalen Vereinbarungen über die Abrechnung der Zuzahlung gekommen ist, läuft das Einzugsverfahren nach anfänglichen Schwierigkeiten jetzt im großen und ganzen reibungslos. Erhebliche Schwierigkeiten bestehen allerdings noch dort, wo auf Landesebene keine Vereinbarungen getroffen worden sind. Wenn die zuständigen Aufsichtsbehörden nicht dafür sorgen, daß entsprechende Verträge geschlossen werden, wird die Bundesregierung prüfen müssen, ob bundeseinheitliche Regelungen zu treffen sind.
4. Alle Beteiligten beklagen den im Verhältnis zu den Zuzahlungsbeträgen hohen Verwaltungsaufwand. Außerdem wird eine Härtefallregelung vermißt, zumal ein Teil der Sozialhilfeträger sich geweigert hat, die Kosten der Zuzahlung bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und bei Heimbewohnern zu übernehmen. Nach Auffassung der Bundesregierung müßte, wenn die Zuzahlung beibehalten werden sollte, eine Härteregelung in das Gesetz aufgenommen werden.
5. Die Versicherten haben auf die Zuzahlung bei Krankenhauspflege überwiegend negativ reagiert. Nach einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebenen Meinungsumfrage unter Versicherten schneidet diese Maßnahme bei allen Selbstbeteiligungsformen am schlechtesten ab. Der Anteil der Personen, die die geschuldete Zuzahlung nicht geleistet haben, ist verhältnismäßig hoch. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft beträgt der Anteil ca. 16 v. H.
6. Die Inanspruchnahme von Krankenhauspflege wird durch die Zuzahlung von täglich 5 DM für die ersten 14 Tage — eine ähnliche Regelung enthielt übrigens der von der sozial-liberalen Koalition beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Änderung sozialrechtlicher Vorschriften (Drucksache 9/1997) — nicht beeinflusst. Krankenhauspflege wird in der Regel durch den einweisenden Arzt verordnet, so daß dem Patienten für eine eigene Abwägung unter finanziellen Aspekten kaum Spielraum bleibt. Die Ausgestaltung der Zuzahlungsregelung enthält kaum Anreize für ein anderes Entlassungsverhalten der Patienten. Die Zuzahlungsregelung begegnet deshalb im Hinblick auf die Anforderungen, die die Bundesregierung ganz allgemein an Selbstbeteiligungen stellt, Bedenken. Der Gesichtspunkt der häuslichen Ersparnis, unter dem eine

Zuzahlung insbesondere nach einer gewissen Verweildauer im Krankenhaus allenfalls noch gerechtfertigt werden könnte, spielte für die Konzeption der Regelung keine Rolle. Die Zuzahlung sollte nach der Begründung des Regierungsentwurfs (Drucksache 9/2140 S. 99) dazu beitragen, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren.

Selbst wenn die Zuzahlungsregelung lediglich eine Kostenverlagerung auf die Versicherten bewirkte, sollte wegen der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und angesichts drohender weiterer Beitragssatzerhöhungen derzeit auf die Zuzahlung nicht verzichtet werden. Ihr Wegfall würde nämlich einen Ausfall von 210 Mio. DM zur Folge haben. Gleichwohl wird die Bundesregierung prüfen, ob an Stelle der gegenwärtigen Ausgestaltung der Zuzahlung nicht eine andere Form der Selbstbeteiligung eingeführt werden kann, die einen Steuerungseffekt hat.

IV. Erfahrungen mit der Regelung über die Zuzahlung bei Behandlungen in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Eine Auswirkung der Zuzahlung auf die Inanspruchnahme von Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und von Kuren ist ebenfalls nicht nachweisbar. Zwar ist die Zahl der vollfinanzierten Vorbeugungs- und Genesungskuren zurückgegangen, die Zahl der nur bezuschußten Kuren hat sich aber 1983 wesentlich erhöht. Aufgrund der Zuzahlung errechnen sich Minderausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 13 Mio. DM. Schwierigkeiten beim Einzug der Zuzahlung wurden nicht beobachtet, auch nicht in den Fällen, in denen der Einzug der Zuzahlung nicht der Krankenkasse, sondern einer anderen Stelle oblag. Die im Gegensatz zu der Zuzahlung bei Krankenhauspflege vorgesehene Härtefallregelung hat die Durchführung der Zuzahlungsvorschrift wesentlich erleichtert. Die von jeder Kasse individuell vorgenommene Feststellung der Härtefälle bereitete ebenfalls keine Probleme.

Die Reaktion der Versicherten auf die Zuzahlung bei Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen oder bei Kuren ist nach einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebenen Meinungsumfrage bedeutend positiver als auf die Zuzahlung bei Krankenhauspflege. Dabei spielt der Gesichtspunkt der häuslichen Ersparnis und der Erziehungseffekt gegenüber solchen Personen, die regelmäßig Kuren in Anspruch nehmen, eine wichtige Rolle. Der Anteil der Personen, die ihrer Zuzahlungspflicht nicht nachgekommen sind, an der Gesamtzahl der Zuzahlungspflichtigen ist wesentlich geringer als bei der Zuzahlung bei Krankenhauspflege. Dies hängt neben der größeren Akzeptanz der Regelung in der Bevölkerung insbesondere damit zusammen, daß die Zuzahlung in den

meisten Fällen an die Krankenkasse zu zahlen war.

2. Gesetzliche Rentenversicherung

Die Rentenversicherungsträger haben mit der Zuzahlung zu den Aufwendungen für stationäre Heilbehandlungen folgende Erfahrungen gemacht:

- In der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen rund ein Drittel aller Teilnehmer an stationären Heilbehandlungen die Voraussetzungen für eine Ausnahme oder Befreiung von der Zuzahlungspflicht.
- Die Vorschriften über die Zuzahlung werden von den Betroffenen nunmehr grundsätzlich akzeptiert.
- Auswirkungen der Zuzahlungsregelung auf das Antragsverhalten sind nicht quantifizierbar; das gleiche gilt — von einer erkennbaren anfänglichen Zurückhaltung abgesehen — auch für die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen.
- Die von den Rentenversicherungsträgern einheitlich ausgestalteten Richtlinien über eine sozial abgestufte Befreiung von der Zuzahlung bei unzumutbarer Belastung haben sich bewährt.
- Größere Schwierigkeiten beim Zusammenwirken der Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger sind durch die Einführung der Vorschriften über die Zuzahlung nicht aufgetreten.
- Die Zahlungsbereitschaft der verpflichteten Versicherten kann durchweg als gut bezeichnet werden. Schwierigkeiten sind weitgehend nur in den Fällen aufgetreten, in denen eine Befreiung von der Zuzahlung nicht möglich ist, weil die stationäre Heilbehandlung der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend

anschließt. Die Rentenversicherungsträger halten diese Regelung deshalb für überprüfungsbedürftig.

- Die Einnahmen der Rentenversicherungsträger aus der Zuzahlung liegen bei etwa 1,9 v. H. der Ausgaben für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Auf die Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen hat die Zuzahlung keinen erkennbaren Einfluß gehabt.
- Das von den Leistungsträgern praktizierte Verfahren zum Einzug der Zuzahlungsbeträge hat sich bewährt.
- Das Verfahren zur Feststellung und Einziehung der Zuzahlungsbeträge ist mit einem nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand für die Rentenversicherungsträger verbunden.

3. Altershilfe für Landwirte

Bei den landwirtschaftlichen Alterskassen liegt der Anteil der Teilnehmer an stationären Heilbehandlungen, die die Voraussetzungen für eine Ausnahme oder Befreiung von der Zuzahlungspflicht erfüllen, bei rd. 17 v. H. Im übrigen bestätigen diese Leistungsträger grundsätzlich die Erfahrungen der Rentenversicherungsträger mit der Zuzahlung. Dabei sind in ihrem Bereich mit der Zahlungsbereitschaft auch bei bestimmten Fallgruppen Schwierigkeiten nicht aufgetreten. Das Verfahren zur Feststellung und Einziehung der Zuzahlungsbeträge hat sich bewährt und auch zu keinem nennenswerten Verwaltungsmehraufwand geführt.

4. Ergebnis

Die Bundesregierung sieht hiernach keine Veranlassung, eine Aufhebung der Regelung über die Zuzahlung bei Kuren vorzuschlagen.

C. Teilbericht:**Erfahrungen mit der Regelung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht („Negativliste“)****I. Bemerkungen zur Regelung und ihrer Entstehungsgeschichte****1. Die Grundzüge der Regelung *)**

Aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen werden Arzneimittel aus vier Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

***) § 182 f**

(1) Für Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, umfaßt die Versorgung mit Arzneimitteln nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b die in Absatz 2 und aufgrund der Rechtsverordnung nach Absatz 3 bestimmten Arzneimittel nur, wenn dies nach Satz 3 oder aufgrund von § 368 g Abs. 5 und § 525 c Abs. 2 a zugelassen ist. Die ärztliche Verordnung der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel gehört zur ärztlichen Behandlung. § 182 a Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt für folgende Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b Arzneimittel auszunehmen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Hierbei ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Absatz 1 Satz 3 ist anzuwenden.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

Von dieser Regelung ausgenommen sind Leistungsberechtigte, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Versicherte und anspruchsberechtigte Familienangehörige bis zu dieser Altersgrenze können wie bisher die genannten Arzneimittel zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden.

Werden die von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel ausnahmsweise über einen längeren Zeitraum benötigt und würde der Versicherte dadurch unzumutbar belastet, so kann auch in diesen Fällen die Krankenkasse ihn von der Zahlung befreien. Diese Ausnahmeregelung entspricht der Befreiungsregelung bei der Verordnungsblattgebühr. Die Entscheidung über die Ausnahme ist in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkasse gestellt.

Wenn die Anwendung der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel in der Sprechstunde des Arztes zur Vorbereitung auf einen diagnostischen oder einen therapeutischen Eingriff oder im zeitlich begrenzten Anschluß an einen derartigen Eingriff notwendig ist, so ist die Anwendung dieses Arzneimittels zu Lasten der Krankenversicherung ebenfalls nicht ausgeschlossen. Das Gesetz (§ 368 g Abs. 5 RVO) sieht vor, daß die Ausnahmefälle im Bundesmantelvertrag — dem maßgeblichen Regelungswerk für die kassenärztliche Versorgung auf Bundesebene zwischen den Spitzenorganisationen der Kassenärzte und Krankenkassen — zu regeln sind.

Die genannte Vorschrift sieht ferner vor, daß die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrages auch die von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel und Heilmittel in einem Verzeichnis zusammenstellen können. Ein derartiges Verzeichnis sollte es den Kassenärzten erleichtern, die von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel und Heilmittel zu identifizieren.

Das Gesetz enthält ferner eine Rechtsverordnungsermächtigung an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, mit der weitere Arzneimittel von der Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgenommen werden können. Von dieser Verordnungsermächtigung ist jedoch nicht Gebrauch gemacht worden.

Die Regelung erstreckt sich auch auf Heilmittel im Sinne des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Maßnahmen der physikalischen Therapie, wie Bestrahlungen u. ä.), wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

2. Die Bedeutung der Regelung für die ärztliche Versorgung und die ärztliche Therapiefreiheit

Im Hinblick auf die auch in den Einzelberichten vorgenommene Bewertung der Regelung ist hervorzuheben, daß sie von ihren rechtlichen Bedingungen her weder die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung noch die Therapiefreiheit des Arztes einschränkt. Denn die Regelung schließt ausschließlich die Versorgung mit Arzneimitteln aus der Leistungspflicht aus, nicht hingegen die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung, auch nicht in den Fällen, in denen eine von der Indikation der ausgeschlossenen Arzneimittel her behandelbare Krankheit Anlaß zur Inanspruchnahme des Arztes sein könnte. Ebensovienig ist der Arzt gehindert, ein Arzneimittel der in der Regelung genannten Art dem Versicherten zu empfehlen oder auf Privatrezept zu verschreiben. Mit der Regelung soll ausschließlich die Folge verbunden sein, daß der Versicherte in solchen Fällen, in denen der Arzt Arzneimittel der genannten Art für notwendig erachtet, die Kosten des Arzneimittels selbst trägt.

3. Die sozialpolitische Begründung

Die Regelung war ein Bestandteil der durch das Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983) vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) für die gesetzliche Krankenversicherung durchgeführten finanziellen Entlastungsmaßnahmen. Über den unmittelbaren Zweck der Entlastung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus steht aber die Regelung in einem übergeordneten sozialpolitischen Zusammenhang, der auf ein strukturelles Merkmal hinweist. Wie sich bereits aus der Begründung zum Regierungsentwurf des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 ergibt (Drucksache 9/2140, Seite 94), soll die Maßnahme auch dazu beitragen, „das Leistungsspektrum der Krankenversicherung stärker auf den Bereich der für die Gesundheitssicherung notwendigen Leistungen auszurichten“. In der Begründung ist darüber hinaus folgendes ausgeführt:

Das soll für den Bereich der Arznei- und Heilmittelversorgung dadurch erreicht werden, daß die Kosten für bestimmte Arznei- und Heilmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. Diese Ausgrenzung von im allgemeinen medizinisch nicht unbedingt notwendigen Leistungen aus der Leistungspflicht der Versichertengemeinschaft trägt zugleich dazu bei, das gesundheitspolitisch wichtige Ziel zu erreichen, einem gerade im Bereich von „Befindlichkeitsstörungen“ auftretenden Arzneimittelverbrauch bedenklichen Ausmaßes entgegenzuwirken.

Als Grundgedanke der Regelung kann mithin festgehalten werden, die Kosten einer medikamentösen Therapie bei bestimmten geringfügigen Gesundheitsstörungen aus der Finanzierung durch die Ver-

sichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung auszunehmen, und sie der Finanzierung durch den einzelnen zuzumuten. Hinsichtlich dieser Zielsetzung ist die Regelung nicht neu. Erstmals wurde diese Überlegung im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) in einer Vorschrift aufgegriffen, die vorsah, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen als gesetzlich gebildetes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen durch Richtlinien Arzneimittel und Heilmittel näher bestimmen sollte, „die wegen ihrer allgemeinen Anwendung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen“ nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen. Das Inkrafttreten solcher Richtlinien unterblieb. Auch die durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) an die Stelle dieser Regelung gesetzte Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung wurde nicht ausgeführt. Bevor eine solche Verordnung erlassen wurde, erging die durch das vorstehend erwähnte Haushaltsbegleitgesetz 1983 beschlossene gesetzliche Regelung.

4. Die Änderung im Gesetzgebungsverfahren

Während der Beratungen im Gesetzgebungsverfahren wurden gegenüber dem Regelungsvorschlag des Regierungsentwurfs insbesondere die beiden folgenden wesentlichen Änderungen beschlossen:

Von der Ausschlußregelung für die Kostentragung der Arzneimittel wurden Versicherte, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ausgenommen. Ferner wurde eine medizinische Ausnahmeklausel, die die Verordnung der Arzneimittel durch den verordnenden Kassenarzt unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen hätte, gestrichen. Der entsprechende Regelungsvorschlag im Regierungsentwurf lautete:

„Ein ausgeschlossenes Arzneimittel darf zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden, wenn das Arzneimittel notwendig ist, um Beschwerden zu behandeln, die im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen auftreten, und damit die Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung zu unterstützen.“

Die Regelung war vor allem von Ärzteseite kritisiert worden. Ihre Erwähnung erscheint im Hinblick auf die im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Bedenken gegen die jetzige Regelung vorgetragenen Hinweise von Bedeutung, wonach insbesondere bei Abführmitteln bei bestimmten Erkrankungen Schwierigkeiten aufgetreten sein sollen.

5. Finanzielle Einschätzung der Regelung im Regierungsentwurf

Im Regierungsentwurf wurde die finanzielle Entlastung infolge der Leistungsausgrenzung für die Zeit

vom 1. April bis 31. Dezember 1983 mit 500 Mio. DM eingeschätzt (Drucksache 9/2140, Teil III, Seite 119). In diesem Betrag konnten die im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Änderungen nicht berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Ausnahme zugunsten der Kinder unter 16 Jahren. Die Bundesregierung hat deshalb nach Inkrafttreten des Haushaltsbegleitgesetzes eine neue Schätzung vorgenommen, die in einer Informationsbrochure des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung („Das müssen Sie 1983 wissen zum Stichwort Sozialversicherung“) veröffentlicht worden ist. Danach wurde die finanzielle Entlastung der Leistungsausgrenzung für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 1983 mit 350 bis 400 Mio. DM angegeben.

II. Erfahrungsbericht

1. Erfahrung mit der Umsetzung der Regelung in die Praxis

Die Neuartigkeit des Konzepts ebenso wie die notwendigerweise abstrakte Regelung medizinischer Tatbestände haben in verschiedener Hinsicht Fragen aufgeworfen, die die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten zu lösen hatte. Dies gilt insbesondere für den Regelungstatbestand des Ausschlusses von Arzneimitteln bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten. Die Bundesregierung erkennt deshalb das Bemühen der Selbstverwaltung um die Anwendung der Regelung in der Praxis besonders an. Hervorzuheben ist insoweit die für die inhaltlichen Abgrenzungsfragen maßgebliche Anwendungsempfehlung der Spitzenorganisationen der Kassenärzte und Krankenkassen vom 3. März 1983 (Anlage 3.3). Auf die auf der Grundlage des Gesetzestextes möglichen inhaltlichen Fragen soll hier nicht näher eingegangen werden. Festzustellen ist aber, daß die zu § 182f Abs. 2 Nr. 1 RVO gefundene Abgrenzung im Bereich der Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten eine „Minimallösung“ darstellt, die unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten vertretbar ist, weil sie der medizinischen Problematik der notwendigen Abgrenzung im Bereich sogenannter banaler Infekte gegenüber qualifizierten Erkrankungen der Atmungsorgane Rechnung trägt. Andererseits muß aber auch festgehalten werden, daß diese Abgrenzung auf unterem Niveau die finanzielle Auswirkung der Regelung maßgeblich beeinflußt haben dürfte, zumal es sich bei der in Rede stehenden Arzneimittelgruppe um ein relativ hohes finanzielles Potential innerhalb der Regelung des § 182f RVO handelt.

Zur Anwendung der in der Regelung vorgesehenen Härteklausele haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung ihren Mitgliedern empfohlen, die Kosten der betroffenen Arzneimittel dann zu übernehmen, wenn mit der notwendigen, längerfristigen Einnahme von solchen Arzneimitteln eine unzumutbare ökonomische Belastung verbunden ist.

Hinsichtlich der von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge zu treffenden Regelungen über Ausnahmen bei der Anwendung solcher Arzneimittel in der Sprechstunde haben die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie im Arzt-Ersatzkassen-Vertrag die Übernahme der gesetzlichen Regelung vereinbart. Die KBV weist darauf hin, daß die praktische Anwendung der Vorschrift umstritten ist. Insbesondere von seiten der Apothekerschaft wird in der Mitgabe beispielsweise einzelner Abführtabletten zur Vorbereitung eines Patienten auf eine röntgendiagnostische Maßnahme ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz gesehen. Die KBV weist auf ihre Auffassung hin, wonach die Mitgabe solcher Tabletten aus einer Arzneipackung zur Vorbereitung eines vom Arzt angeordneten diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs nicht das Kriterium der Abgabe im Sinne der arzneimittelrechtlichen Regelungen erfülle und daher im Rahmen der Vorschrift des § 368g Abs. 5 RVO zulässig sei. Diese Auffassung teilt die Bundesregierung.

Listen für die aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Arzneimittel haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV nach eingehender Prüfung nicht aufgestellt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt dazu insbesondere an, daß die betroffenen Indikationsgruppen bei Abführmitteln, Mund- und Rachentherapeutika, Schnupfenmitteln, Hustenmitteln, Grippemitteln in den gängigen Nachschlagewerken (z. B. Rote Liste) klar abgegrenzt seien, zum anderen es aber Arzneimittelgruppen gebe, die vom Leistungsausschluß nur teilweise betroffen sind (wie z. B. Schmerzmittel, Antiemetika). Die Aufstellung einer Liste hätte in diesem Falle beim Kassenarzt den Eindruck eines „totalen Ausschlusses dieser Arzneigruppen aus der Verordnungsfähigkeit“ erwecken können.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die KBV und die ABDA weisen darauf hin, daß sie in verschiedener Weise die Kassen, die Kassenärzte und die Apotheken über die Neuregelung sowie über die damit verbundenen Fragen frühzeitig unterrichtet haben. Die Versicherten sind von seiten der Kassen in den Mitgliederzeitschriften ebenso wie durch Handzettel, die in den jeweiligen Geschäftsstellen ausgelegt worden sind sowie durch Plakate unterrichtet worden. Die ABDA weist darauf hin, daß sie eine „Informationskampagne“ in den Apotheken und den Medien durchgeführt habe, um die Versicherten über wesentliche Inhalte der Regelung zu verständigen.

2. Einschätzung der Regelung und weitere Erfahrungen mit der Anwendungspraxis

Die Einzelberichte der Spitzenorganisationen der Kassen und der Kassenärzte weisen auf anfängliche Unsicherheiten mit der Anwendung der Regelung hin.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen teilen aber mit, daß „sowohl von Versicherten als auch von

Ärzten die Regelungen inzwischen akzeptiert scheinen und die Interpretation des Gesetzestextes anscheinend keine größeren Probleme mehr bereitet“. Die grundsätzliche Akzeptanz der Vorschriften bei Versicherten wird auch von Länderseite deutlich, wobei allerdings — folgt man Eindrücken der Obersten Landessozialbehörden — Sozialhilfeempfänger auf die Regelung mit „Unverständnis“ und „Verärgerung“ reagiert haben sollen. Auch die erwähnte Meinungsumfrage läßt auf eine insgesamt differenzierte, mehrheitlich aber positive Einstellung schließen. Nach dem Bericht des Meinungsforschungsinstituts hat die Meinungsumfrage insoweit folgende Ergebnisse gebracht:

„82 v. H. der Befragten kennen die Ausgrenzungsregelung bei Medikamenten. Wenn diese Befragten die Regelung als ein Mittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen mit Schulnoten bewerten, so kommt eine Durchschnittsnote von 3,6 heraus. 31 v. H. dieser Befragten beurteilen die Maßnahme mit ‚sehr gut oder gut‘.

Die Benotung fällt wiederum um so besser aus,

- je besser sich die Befragten von Bildung und Beruf her stehen und
- je geringer der bisherige Bedarf an ausgegrenzten Arzneimitteln war.

Befragte mit mehrfacher Belastung dadurch*) tendieren eher zu Noten im Bereich 4. 45 v. H. dieser Teilgruppe benoten die Maßnahmen mit ‚mangelhaft oder ungenügend‘.

Befragte, die häufig Laxantien (Abführmittel) verwenden, fallen durch ihr kritisches Urteil besonders auf (Note 4,1).

Die Gründe für die Notenvergabe fallen je nach Befürwortung oder Ablehnung entsprechend verschieden aus.

Zunächst zu den 51 v. H. der Befürworter*): Das häufigste Argument für die Ausgrenzung liegt in der Annahme, daß ‚die Leute zu viel Medikamente nehmen‘ (76 v. H. Zustimmung bei den Befürwortern der Regelung). Einen Kostenbewußtseinseffekt erhoffen sich 55 v. H. dieser Befürworter, eine tatsächliche Einsparung unnötiger Kosten sehen 51 v. H. und 47 v. H. erhoffen sich eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte von offenbar eher unnötigen Arztbesuchen. Das Lager der Skeptiker und Kritiker der Maßnahme machen 47 v. H. der Teilgruppe aus, die die Regelung zumindest kennen oder diese schon einmal selbst zu spüren bekommen haben. Deren üblichstes Argument geht wieder auf den bereits bekannten Aspekt der sozialen Ungerechtigkeit ein (64 v. H.).

Daneben kommen zwei Argumente zum Tragen, die die therapeutische Wirkung der unkontrollierten

Selbstmedikation anzweifeln: ‚Es ist gefährlich, Medikamente ohne ärztliche Kontrolle zu kaufen...‘ (51 v. H.), und ‚Es ist gefährlich, alte verschreibungspflichtige Medikamente aufzubrauchen‘ (39 v. H.).

Die durch die Ausgrenzungsregelung bewirkte finanzielle Belastung kommt bei den Kritikern erst an letzter Stelle (28 v. H.: ‚das kommt mich teuer zu stehen...‘).

Die KBV weist auf anfängliche „vielfache“ Auseinandersetzungen in den Arztpraxen hin, die aber nach einer Umfrage inzwischen abgenommen zu haben scheinen („noch heute haben bei über 37 v. H. der Allgemeinen-/praktischen Ärzte die Auseinandersetzungen nicht abgenommen“). Aus dem Erfahrungsbericht der KBV ebenso wie aus der Einschätzung der Bundesvereinigung der deutschen Ärzteverbände ergibt sich zudem, daß sich insbesondere die Gruppe der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte von der Regelung betroffen und ihrer Selbsteinschätzung zufolge zum großen Teil dadurch „behindert“ sieht.

Während die Regelung bei den Versicherten im Grundsatz auf Verständnis gestoßen zu sein scheint, ist es andererseits bei der Anwendung der „Härteklause“, die allerdings finanziell nicht ins Gewicht fällt, insbesondere bei der Verordnung von Abführmitteln zu Problemen gekommen, die auch den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages zu einer Äußerung veranlaßt haben (vgl. Anlage 3.4). Es geht hierbei um die grundsätzliche Frage, ob die Bewertung der Unzumutbarkeit der Belastung, die für die Anwendung der Härteklause eine Rolle spielt, vom Einkommen oder auch von der medizinischen Problematik abhängig gemacht werden sollte. Während grundsätzlich die Krankenkassen sich nach der für die Verordnungsblattgebühr geltenden Regelung richten und für die Kostenübernahme eine entsprechende Einkommensprüfung vorsehen, haben in der Praxis einzelne Kassen die Kosten auch bei Vorliegen bestimmter medizinischer Indikationen übernommen. Es handelt sich hier insbesondere um bestimmte schwere Erkrankungen, wie Querschnittslähmungen, multiple Sklerose, Krebs. Aufgrund einer Nachfrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung bestätigt diese Praxis auch das Bundesversicherungsamt (BVA) als Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Kassen für diesen Anwendungsbereich. Das BVA teilt darüber hinaus mit, daß nach Äußerungen aus Kreisen der bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger im allgemeinen der Eindruck vorherrsche, daß die Einschränkung der Versorgung mit Arzneimitteln nach einer gewissen Übergangszeit, in der die Kassen aufklärend gewirkt haben, von den Versicherten angenommen worden ist.

Im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes können die ausgeschlossenen Arzneimittel aus entschädigungsrechtlichen Gründen nicht versagt werden, wenn sie im Rahmen der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen nach § 10 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes notwendig sind. Der Verordnung solcher Arzneimittel ist deshalb durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Wege des

*) Anmerkung BMA:

D. h. Personen mit hohem Bedarf an ausgegrenzten Arzneimitteln.

*) Anmerkung BMA:

Befürworter sind diejenigen, die die Regelung kennen und mit den Noten 1 bis 3 benennen.

Härteausgleichs (§ 89 Abs. 2 des Bundesversorgungsgesetzes) zugestimmt worden.

Nach Mitteilungen der Obersten Landessozialbehörden wird die Härteregelung allgemein als unzureichend empfunden. Es wird eine Härteklausel als wünschenswert erachtet, die generell für Sozialhilfeeempfänger gelten sollte. Da teilweise die Sozialhilfeträger die Kosten für ausgeschlossene Arzneimittel übernehmen, ist nach Mitteilung der Obersten Landessozialbehörde insoweit ein geringer, nicht quantifizierbarer Kostenanstieg zu verzeichnen.

3. Finanzielle Auswirkungen

a) Unmittelbare Entlastungen

Für die Einschätzung der Regelung auf dem Hintergrund ihrer finanziellen Auswirkungen kommt es im wesentlichen auf den Entlastungseffekt für die gesetzliche Krankenversicherung an. Er ist von Bedeutung, da darin auch eine der Zielsetzungen der Regelung gelegen hat. Dabei spielen zwei Fragen eine Rolle:

Welcher unmittelbare Entlastungseffekt ist für das Jahr 1983 erzielt worden?

Ist der unmittelbare Entlastungseffekt durch Verlagerungen bei der Arzneimitteltherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen beeinflusst worden, und sind diese Einflüsse durch die gesetzliche Regelung veranlaßt?

Soweit es den unmittelbaren Entlastungseffekt angeht, gehen die Einzelberichte von der Schlußfolgerung aus, daß die Erwartungen des Gesetzgebers deutlich verfehlt worden seien. Dem kann indessen nicht gefolgt werden.

Die Berichte geben das Entlastungsziel der Regelung mit 580 Mio. DM (Bericht der Kassen) bzw. — wie in den Gesetzentwürfen angegeben — mit 500 Mio. DM an. Dies ist, wie bereits ausgeführt worden ist, unzutreffend. Die Bundesregierung hat nach Abschluß der Gesetzesberatungen, insbesondere im Hinblick auf die beschlossene Ausnahmeregelung bei Kindern den Entlastungseffekt mit 350 bis 400 Mio. DM quantifiziert.

Die berichtenden Organisationen berechnen den unmittelbaren Entlastungseffekt zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedlich. Die unterschiedliche Berechnungsweise ist durch unterschiedliche Abgrenzungen der in Frage kommenden Arzneimittelgruppen, unterschiedliche zeitliche Vorgaben sowie unterschiedliche Berechnungsmethoden begründet. Die KBV und die ABDA gehen auf der Berechnungsgrundlage der Umsatzrückgänge in der GKV von einer bei der dreivierteljährigen Geltung errechneten Entlastung von 192,3 Mio. (ABDA: 200 Mio. DM) aus.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben den unmittelbaren Entlastungseffekt zugunsten der GKV wie folgt berechnet: Verglichen wird der Zeitraum vom 1. April 1983 bis 31. März 1984 (Gleitjahr

1983/84) mit dem Jahr 1982. Insoweit wird in sechs Arzneimittelgruppen ein Umsatzrückgang bei den zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimitteln in Höhe von 316 Mio. DM festgestellt. Schmerzmittel bei Erkältungskrankheiten sind in dieser Feststellung nicht berücksichtigt. Für diesen Zeitraum errechnen die Spitzenverbände den gesamten rechnerischen Einspareffekt unter Einschluß einer Schätzung für die Analgetika bei Erkältungen mit 381,4 Mio. DM (vgl. Anlage 3.5.1).

Bei der Berechnung dieses Einspareffektes zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung wird ebenfalls von den Umsatzrückgängen hinsichtlich der zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel ausgegangen. Für die Berechnung des Einspareffektes vertreten die Spitzenverbände aber die Auffassung, daß seit dem als Vergleichszeitraum gewählten Jahre 1982 die in Rede stehenden Arzneimittel im Preis gestiegen sind und für den betrachteten Zeitraum zu den gestiegenen Preisen berechnet werden müßten. Bei einer solchen Berechnung kommen sie zu dem Ergebnis, daß sich ein Einspareffekt von insgesamt 381,4 Mio. DM ergeben habe, der sich, wie aus der Anlage ersichtlich, auf die einzelnen Gruppen unterschiedlich verteilt.

Entsprechend den von den Vertragspartnern auf Bundesebene gemeinsam abgegebenen Anwendungsempfehlungen sind die Einsparungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung in den einzelnen Arzneimittelgruppen unterschiedlich ausgefallen.

Deutlich sind sie bei Abführmitteln sowie bei Mund- und Rachentherapeutika. Bei Hustenmitteln ist nur ein geringer, bei Antiemetika gar kein Einspareffekt erzielt worden. Der Anteil der Mittel gegen Reisekrankheit an der Gruppe der Antiemetika ist allerdings gering.

b) Weitere Entwicklungsfaktoren

Die erfolgte unmittelbare Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung in den genannten Größenordnungen muß allerdings auch auf dem Hintergrund der Gesamtentwicklung im Arzneimittelbereich im Jahre 1983 beurteilt werden.

Die Ausgaben für Arzneimittel in der GKV sind im Jahre 1983 um insgesamt 4,9 v. H. je Mitglied überproportional gestiegen. Berücksichtigt man die Entlastung der Krankenkassen aus der von 1,50 DM auf 2,00 DM erhöhten Verordnungsblattgebühr mit einer Größenordnung von etwa einem Prozentpunkt, so liegt der um diesen Effekt bereinigte Ausgabenanstieg für Arzneimittel im Jahre 1983 bei rd. 6 v. H.

Die Entlastung der Krankenkassen aufgrund der Leistungsausgrenzung von Arzneimitteln (§ 182 f RVO) beläuft sich im Jahre 1983 auf rd. 1,9 Prozentpunkte. Ohne diese Entlastung hätte der Ausgabenanstieg für Arzneimittel im Jahre 1983 bei statistischer Betrachtung rechnerisch rd. 8 v. H. betragen.

Der Ausgabenanstieg von 4,9 v. H. ist nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskranken-

kassen durch folgende Faktoren beeinflusst worden:

GKV-Arzneimittelmarkt

	insgesamt	ohne Bagatell-arzneimittelgruppen
— Anstieg der Arzneimittelpreise:	+ 5,8 v. H.	+ 5,8 v. H.
— Rückgang der Zahl der Verordnungen:	— 10,4 v. H.	— 6,9 v. H.
— Zunahme der Strukturkomponente:	+ 11,6 v. H.	+ 9,4 v. H.

Dies zeigt, darauf weist insbesondere der Bericht der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hin, daß die zentralen ausgabensteigernden Ursachen im Arzneimittelbereich im Jahre 1983 bei der Preis- und Strukturentwicklung lagen. Kostendämpfung muß in diesen Bereichen einsetzen. Die Ausgrenzung von Arzneimitteln aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ist allein kein ausreichendes Mittel, um die Probleme der Kostendämpfung zu lösen.

c) Zusätzliche nicht quantifizierbare Effekte

Zusätzlich stellt sich die Frage nach „Substitutionen“ bei der Verordnung von Arzneimitteln auf dem Hintergrund der von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Arzneimittelgruppen. Ein solcher Substitutionseffekt kann anhand der Zahlen, die den Bundesverbänden der Krankenkassen im Rahmen des Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen zur Verfügung stehen, nicht quantifiziert werden. Gleichwohl bejahen aber die Beteiligten einen solchen Effekt in einem gewissen Umfang. So weist beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf hin, daß nach ihren Feststellungen billigere Arzneimittel nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet worden sind. So sind beispielsweise bei Hustenmitteln die Verordnungszahlen in der Untergruppe Hustenblocker um 33 v. H., dagegen in der Untergruppe hustenlösende Mittel nur um 4 v. H. zurückgegangen. Der durchschnittliche Packungspreis der Hustenblocker liegt ca. 50 v. H. unter dem der hustenlösenden Mittel. Wenn auch pharmakologisch und medizinisch gesehen der Rückgang des Anteils der Hustenblocker an der Zahl der verordneten Hustenmittel begrüßt wird, wirkt sich dies gleichwohl finanziell zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Übereinstimmend weisen die Bundesverbände der Krankenkassen und die KBV auch auf einen Anstieg der Verordnungshäufigkeit von Antibiotika und Sulfonamiden/Chemotherapeutika um jeweils 2,8 v. H. hin. Diese Entwicklung wird als auffällig bezeichnet. Sie steht im Gegensatz zur allgemeinen Rückläufigkeit der Verordnungshäufigkeit im Gesamtmarkt der Fertigarzneimittel. Auch insoweit wird

von den Beteiligten die Vermutung geäußert, daß hier Verlagerungen im Bereich der Behandlung von Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten stattgefunden haben, die mit der Regelung des § 182f RVO in Zusammenhang stehen. Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie hat den Versuch unternommen, am Beispiel der Behandlung der Bronchitis nachzuweisen, daß die Kosten der Arzneibehandlung aller Bronchitiserkrankungen gestiegen sind. Die dazu getroffenen Feststellungen sind zur näheren Information in der Anlage 3.6 wiedergegeben.

Die KBV, die BDÄ und die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen auch darauf hin, daß die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung zurückgegangen sei. Nach Meinung der KBV hat die Regelung „das Ausmaß des Rückgangs zweifellos erhöht“. Aus der Sicht der Bundesregierung ist dazu anzumerken, daß die Regelung selbst eine Einflußnahme auf die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen nicht intendiert, ja im Gegenteil durch die Beibehaltung der Leistungspflicht der ärztlichen Behandlung auch in solchen Fällen die Inanspruchnahme des Arztes dem Versicherten nach eigener Einschätzung weiterhin freistellt. Die Ursächlichkeit oder Mitwirkung der Neuregelung des § 182f RVO daran ist nach Auffassung der Bundesregierung nicht eindeutig zu belegen. Die Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung durch die Versicherten wird von insgesamt mehreren Faktoren bestimmt. Auch die Lage auf dem Arbeitsmarkt kann dabei eine Rolle spielen. Welche Entwicklung im Arzneimittelbereich sich ohne die Regelung ergeben hätte, ist nicht eindeutig feststellbar.

4. Gesundheitliche Wirkungen

Wie sich aus den vorstehenden Hinweisen zu finanziellen Wirkungen der Regelung ergibt, zeigen die Verlagerungen in der Arzneimitteltherapie ebenso wie Veränderungen in der Inanspruchnahme der Ärzte eine gesundheitspolitische Dimension. Darauf machen auch alle Einzelberichte aufmerksam. Im wesentlichen betreffen die damit zusammenhängenden Gesichtspunkte zwei Fragestellungen:

- Hat die Regelung dazu geführt, daß insbesondere im Bereich der Erkältungskrankheiten und grippalen Infekte Komplikationen aufgetreten sind, die Spätbehandlungen hervorrufen haben mit entsprechendem erhöhten Aufwand bei ärztlicher Behandlung (Diagnostik) und medikamentöser Therapie („wirksamere“ Arzneimittel)?
- Wie ist die feststellbare erhöhte Verordnung von „wirksameren“ und damit häufig teureren Arzneimitteln im Bereich der Erkältungskrankheiten und vergleichbarer Krankheiten der Atmungsorgane und Atemwege einzuschätzen?

Aus der Sicht der Bundesregierung ist dazu folgendes zu bemerken:

Insbesondere die Darstellung des BPI am Beispiel der „Bronchitis“ sowie die Angaben der KBV und

der Spitzenverbände der Krankenkassen zum festgestellten Anstieg von Verordnungen im Bereich der Antibiotika und Chemotherapeutika lassen die Folgerung zu, daß eine allerdings nicht quantifizierbare Verlagerung der Arzneimittelverordnungen stattgefunden hat. Diese kann auf dem Hintergrund allgemeiner Erfahrungen in der Entwicklung der Krankheitsstruktur nur mit einem Zusammenhang mit der Regelung des § 182f RVO erklärt werden. Die Bundesregierung hält diese Verlagerungstendenzen auch unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten für bedenklich. Auf dem Hintergrund der Regelung des § 182f RVO sind aber die unmittelbaren Ursachen dafür offengeblieben.

Es kommen dafür als mögliche Ursachen Komplikationen oder „Rechtfertigungsdiagnosen“ wegen einer von den Ärzten unternommenen Substitution der ausgeschlossenen Arzneimittel durch andersartige Arzneimittel in Betracht, d. h.

- die Ärzte haben sich veranlaßt gesehen, anstelle unmittelbar von der Regelung betroffener Arzneimittel weiterhin erstattungsfähige und in der Regel auch teurere, weil „wirksamere“ Arzneimittel, zu verschreiben, und zur „Rechtfertigung“ eine Diagnoseänderung in Richtung der schwereren Form der Erkrankung vorgenommen oder
- durch eine verspätete Inanspruchnahme sind Krankheitsverschleppungen mit anschließenden erschwerten Krankheitsbildern aufgetreten, die zu einer anderweitigen medikamentösen Therapie Veranlassung gegeben haben.

Die KBV neigt der Auffassung zu, daß Komplikationen in erhöhtem Umfang aufgetreten sind und die Ärzte deshalb zu einer aufwendigeren medikamentösen Therapie ebenso wie zu einer Erhöhung diagnostischer Leistungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung veranlaßt haben. Sie stützt sich auf eine Umfrage, derzufolge es „in einer hohen Zahl von Fällen“ durch verspäteten Arztkontakt zur Krankheitsverschleppung gekommen sei. Nach Überprüfung der Diagnosen handele es sich in erster Linie um verschleppte Erkältungskrankheiten, die vielfach mit einer akuten Bronchitis, einer akuten Sinusitis und/oder Otitis media verbunden waren. Dies bedeute, daß im Zusammenhang mit der Diagnoseabklärung ein erhöhter Aufwand notwendig gewesen sei ebenso wie im Bereich der Therapie verschärft habe vorgegangen werden müssen. Die KBV stützt ihre Schlußfolgerung auf eine Umfrage unter 1 720 Ärzten mit einer Rücklaufquote von 50 v. H. Die Auffassung der KBV, daß in einer Zahl von 2 Mio. Fällen Krankheitsverschleppungen aufgetreten seien, beruht auf einer Hochrechnung aus dieser Umfrage auf die Gesamtbevölkerung. Dazu ist zunächst anzumerken, daß Vergleichszahlen zu „Krankheitsverschleppungen“ in Vorjahren fehlen. Schon die banale Feststellung, daß zu allen Zeiten Krankheiten verschleppt worden sind und verspätet diagnostiziert worden sind, läßt die Zweifel an der Überzeugungskraft dieser Auffassung wachsen. Die vom BPI am Beispiel der Bronchitis festgestellten Diagnoseverschiebungen, die in dieser Größenordnung mit der Krankheits-

häufigkeitsstruktur kaum angemessen erklärt werden können, lassen auch die Ursache der Rechtfertigungsdiagnosen plausibel erscheinen. Auch auf diesem Hintergrund muß die Umfrage bei den vorerwähnten Ärzten in ihrer Objektivität in Frage gestellt werden, da sie sich gerade auf die als zweifelhaft empfundenen Diagnosen stützt.

Es kann indessen nicht ausgeschlossen werden, daß sich Versicherte als Folge der Regelung erst später in Behandlung begeben haben. Auch die Meinungsumfrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung bestätigt als eine der möglichen Reaktionen ein „Abwarten“, was bei entsprechender Fehleinschätzung des Betroffenen selbst gegebenenfalls zu Komplikationen gesundheitlicher Art führen kann.

Die immerhin signifikanten Veränderungen in diesem Bereich lassen eher darauf deuten, daß Ärzte sich in diesem Indikationsgebiet entweder häufiger in einem ärztlichen Konflikt befunden haben, den sie zugunsten des Patienten gelöst haben, oder gerade durch die in der Regelung und den Anwendungsempfehlungen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Kassenärzte aufgezwungene Abgrenzungsnotwendigkeit von „einfachen“ und „qualifizierten“ Gesundheitsstörungen eher geneigt waren, die Morbiditätsschwelle der Gesundheitsstörung anzuheben und dementsprechend Arzneimittel zu therapieren.

Im Zusammenhang mit der Regelung werden als nachteilige gesundheitliche Wirkungen der Rückgang der Zahl der Arztkontakte und ein Anstieg der Selbstmedikation bewertet. Diese Auffassung wird insbesondere von Ärzteseite vertreten. Die BDÄ vertritt dazu folgende Auffassung: Die Regelung veranlasse die Versicherten, bei entsprechenden Symptomen auf die ärztliche Untersuchung und Beratung zu verzichten. Dadurch werde die Diagnose einer möglicherweise ernsthaften Erkrankung unmöglich gemacht oder zum Schaden der Versicherten verzögert. Die Regelung wirke sich zum Nachteil der ärztlichen Primärversorgung aus. Sie fördere demgegenüber den Trend zur Spezialversorgung. Viele Versicherte suchten nicht mehr ihren Hausarzt auf, während gleichzeitig die Inanspruchnahme spezialärztlicher Behandlung ansteige. Für den Anstieg sei die Ursache, daß die Versicherten vom Spezialarzt eher eine Arzneimittelversorgung zu Lasten der Krankenkasse erwarteten, oder, daß der durch Verschleppung eingetretene Schweregrad der Erkrankung die direkte Inanspruchnahme des Spezialisten angeraten erscheinen läßt. Durch die Regelung verlagere sich ein wesentlicher Anteil des Risikopotentials aus dem Bereich der professionellen Betreuung in den Laienbereich. Die Ausweitung der Selbstbehandlung und Selbstmedikation unter weitgehendem Ausschluß ärztlicher Mitwirkung berge erhebliche Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Möglichkeiten einer professionellen Vorsorge und Prävention würden durch die Regelung in unverantwortbarem Maße beeinträchtigt.

Auch wenn die den vorstehenden Schlußfolgerungen zugrundeliegenden zahlenmäßigen Feststellun-

gen über den Rückgang der Arztkontakte und den Anstieg der Selbstmedikation nicht in Zweifel gezogen werden können, so beruhen die Schlußfolgerungen selbst nach Auffassung der Bundesregierung auf Vermutungen. Der Rückgang der Inanspruchnahme der Ärzte ist nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen schon vor Inkrafttreten der Regelung festzustellen gewesen. Der Einfluß der Regelung hierauf ist nicht eindeutig feststellbar.

Selbst wenn die Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuträfe, daß die Regelung einen Anteil am weiteren Rückgang der Arztkontakte habe, kann daraus allein jedoch noch keine belegbare negative gesundheitliche Wirkung abgeleitet werden. Vergleichbar verhält es sich mit der Feststellung des Anstiegs der Selbstmedikation.

Nach Einschätzung der Spitzenverbände der Krankenkassen hat die Regelung dazu geführt, daß grundsätzlich ca. 30 v. H. der von der Regelung erfaßten Arzneimittel nicht mehr gekauft worden sind, ca. 30 v. H. der Arzneimittel in den Selbstmedikationsmarkt gewandert sind und ca. 40 v. H. der in der Regelung bestimmten Arzneimittel weiterhin zu Lasten der Krankenkassen verordnet worden sind. Bei diesen Feststellungen ist zunächst auch darauf hinzuweisen, daß in einzelnen Berichten die durchaus positive gesundheitliche Wirkung eines Rückgangs der Arzneimittelanwendung in bestimmten Bereichen festgestellt wird. Allein aus dem Anstieg der Selbstmedikation in den auch von der Regelung betroffenen Indikationsbereichen kann noch kein Beleg für eine gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung abgeleitet werden. Tendenziell enthalten die Argumente der Ärzteschaft Gesichtspunkte, die generell gegen die Selbstmedikation sprechen und undifferenziert auf die in Rede stehende Regelung übertragen werden.

Die Bundesregierung hat ihre grundsätzliche Einstellung zur Selbstmedikation in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN (Drucksache 10/1987) zum Ausdruck gebracht. Sie hat dort ausgeführt, daß sie die Selbstmedikation befürworte, wenn es sich um leichte Beschwerden handelt, die nur von kurzer Dauer sind. Bei diesen geringfügigen und vorübergehenden Gesundheitsstörungen wird eine Inanspruchnahme des Arztes nicht für erforderlich gehalten. Eine Gefahr der Selbstmedikation für den Verbraucher mit frei verkäuflichen oder apothekenpflichtigen, aber nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sieht die Bundesregierung dort, wo die zunächst leichten Beschwerden nicht nach kurzer Zeit behoben werden können und durch weitere Selbstbehandlung ein erforderlicher Arztbesuch hinausgeschoben würde. Dadurch können ernste Krankheitsbilder verschleppt werden.

Belegbare Anzeichen dafür, daß im Anwendungsreich der Regelung des § 182f RVO durch die damit verbundene Selbstmedikation ernste Gesundheitsgefahren entstehen könnten, liegen der Bundesregierung nicht vor. Dagegen spricht auch, daß die in der Regelung betroffenen Bereiche der Erkältungs-

krankheiten, Verstopfungen, Halsschmerzen und ähnlichen traditionell zu den Selbstmedikationsbereichen gehören und auch in der Bevölkerung eine entsprechende Einschätzung erfahren.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß es auch Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ist, die Versicherten über die Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen einer Selbstmedikation aufzuklären. Im Zusammenhang mit der Regelung des § 182f RVO haben sie hierbei auch deutlich zu machen, daß trotz des Ausschlusses der Arzneimittel die Inanspruchnahme des Arztes von der Leistungspflicht umfaßt ist.

5. Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt

Im Gesetzgebungsverfahren ist insbesondere von der pharmazeutischen Industrie gegen die Regelung eingewandt worden, daß sie zu marktstrukturellen Veränderungen führe, die auch zu Gefährdungen unternehmerischer Existenz und zu Arbeitsplatzabbau führen würde.

Auszugehen ist hierbei zunächst von der allgemein übereinstimmend getroffenen Feststellung, daß den Umsatzrückgängen in den einzelnen Indikationsgebieten, die Gegenstand der Regelung sind, Umsatzausweitungen im Arzneimittelbereich insgesamt gegenüberstehen.

Für die Hersteller ergab sich nach deren Angaben in den von der Regelung unmittelbar betroffenen Arzneimittelgruppen ein Umsatzverlust zu Herstellerpreisen von ca. 110 Mio. DM. Auf die strukturellen und verteuernden Veränderungen durch mögliche Verlagerungen auf wirksamere in der Regel teurere Arzneimittel wurde bereits hingewiesen.

Dennoch hat sich die Regelung auf die einzelnen Unternehmen unterschiedlich ausgewirkt. Dabei gibt es unterschiedliche Einschätzungen für die im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) und für die im Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BHI) zusammengeschlossenen Unternehmen. Der BPI führt dazu folgendes aus:

„Eine Analyse der Umsätze der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie ergab, daß 137 Firmen beträchtlich betroffen waren, vor allem die mittelständischen. Die kleinen und mittleren Unternehmen (unter 15 Millionen DM Jahresumsatz) verloren 7,3 Prozent des Umsatzes als Folge der Negativliste, die größeren nur 2,6 Prozent.

Einer Umfrage des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie zufolge verzeichneten 64 Prozent der von der Negativliste betroffenen Firmen Ertragsrückgänge von über 10 Prozent. Etwa 23 Prozent der Unternehmen verzeichneten Ertragsseinbußen von bis zu 10 Prozent. Insbesondere kleinere und mittlere Unternehmen weisen deutliche Rückgänge auf. Bei etwa 13 Prozent der Firmen blieb die Ertragssituation weitgehend unverändert. Dies sind im wesentlichen Unter-

nehmen, die nur mit geringen Umsatzanteilen von der Herausnahmeregelung betroffen sind. Gewinneutral wirkte sich die Negativliste lediglich bei 18 Unternehmen aus, im wesentlichen solchen, bei denen nur ein geringer Umsatzanteil von der Herausnahmeregelung betroffen ist.“

Der BHI, bei dem aber aufgrund der Mitgliederstruktur ein Großteil der Unternehmen von der Regelung nicht betroffen ist, hat für die Frage der wirtschaftlichen Auswirkungen auf seine Mitgliedsunternehmen anhand eines anonymisierten Fragebogens eine Umfrage durchgeführt, deren Ergebnisse er für repräsentativ hält. Danach haben 25 Unternehmen, die zwei Drittel des Gesamtumsatzes der Mitgliedsunternehmen aufbringen, zur Frage der Auswirkungen auf Ertragslage und Umsätze Stellung genommen. 16 Unternehmen (rd. $\frac{2}{3}$ der befragten Unternehmen) verzeichneten im Vergleichsjahr 1983 zu 1982 im Gesamtumsatz einen Zuwachs; neun (rd. $\frac{1}{3}$) Unternehmen im gleichen Zeitraum einen Rückgang. In dem von der Regelung unmittelbar betroffenen Produktbereich sieht die Umsatzentwicklung nach den Feststellungen des BHI bei den genannten Mitgliedsunternehmen wie folgt aus: vier Unternehmen Zuwachs, zwei Unternehmen Stagnation, 17 Unternehmen Rückgang.

Der BPI nimmt auch zur Frage der Auswirkungen auf Arbeitsplätze Stellung. Er hat dazu die allgemeine Einschätzung abgegeben, daß die Auswirkungen „weniger gravierend als ursprünglich befürchtet“ waren. Nach seinen Feststellungen sind knapp 1 000 Arbeitsplätze in den betroffenen Unternehmen nach Ausscheiden der entsprechenden Mitarbeiter nicht wieder besetzt worden. Entlassungen habe es bisher kaum gegeben. Andererseits ist aber aufgrund der Daten des Statistischen Bundesamtes davon auszugehen, daß die Zahl der Beschäftigten in der gesamten pharmazeutischen Industrie 1983

gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen ist, obwohl die Zahl der Beschäftigten in der Wirtschaft insgesamt gesunken ist. Bedeutung auch unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten mißt die Bundesregierung der Frage bei, ob die Regelung zu Änderungen der Angebotsstruktur und zu Auswirkungen auf Forschung und Entwicklung geführt habe.

Der BPI hat dazu aus Befragungen der betroffenen Unternehmen die Schlußfolgerung gezogen, daß im Bereich der von der Regelung betroffenen Arzneimittel „mit Innovationen kaum noch zu rechnen ist“. Die Unternehmensleitungen hätten erklärt, daß sie in diesen Bereichen die Forschung und Entwicklung ganz aufgeben oder einschränken werden. Es sei auch ferner kaum zu erwarten, daß Lizenzen für im Ausland entwickelte Innovationen im Anwendungsbereich der Regelung für den deutschen Markt erworben würden. Kaum ein Hersteller dürfte das hohe finanzielle Risiko eingehen, daß damit verbunden ist, dem Arzt ein neuentwickeltes, relativ teures Präparat vorzustellen, welches nur auf Privatrezept verordnet werden darf.

Auch insoweit geben allerdings die Aussagen des BHI, bei dem ein Großteil der Mitgliedsfirmen von der Regelung nicht betroffen ist, ein unterschiedliches Bild. Aufgrund der Auswertung seiner Umfrage kommt er zu der Schlußfolgerung, daß die weitaus überwiegende Mehrzahl seiner Mitgliedsfirmen nicht die Forschung und Entwicklung von den in der Regelung betroffenen Präparaten eingestellt habe. Er zieht als Schlußfolgerung aus seiner Umfrage ferner folgendes: Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Unternehmen habe keine Produkte aus dem Programm oder Veränderungen am Produkt vorgenommen, keine neuen Produkte (Lizenzen) gekauft, verkauft oder Alternativpräparate eingesetzt, kein Personal abgebaut.

D. Teilbericht:**Zuzahlungen bei Krankenhauspflege, Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren****I. Erfahrungen mit der Zuzahlung bei Krankenhauspflege****1. Regelungen**

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 vom 20. Dezember 1982 ist folgende Zuzahlungsregelung bei Krankenhausaufenthalt (§ 184 Abs. 3 RVO, § 17 Abs. 3 KVLG) eingeführt worden:

„Der Versicherte zahlt vom Beginn der Krankenhauspflege an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage fünf Deutsche Mark pro Kalendertag an das Krankenhaus. Dies gilt nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären Krankenhauspflege. Die an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu leistenden Zahlungen von fünf Deutsche Mark täglich sind anzurechnen.“

Dieselbe Regelung gilt entsprechend für Versicherte, denen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gewährt wird, wenn diese Leistung der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt (§ 184a Abs. 2 Satz 5 RVO, § 17a Abs. 2 Satz 5 KVLG).

Die Zuzahlung der Versicherten zu den Kosten der Krankenhauspflege oder der Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen sollte nach der Begründung des Regierungsentwurfs dazu beitragen, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren (vgl. Drucksache 9/2140 S. 99). Der Deutsche Bundestag hat die Regelung des Regierungsentwurfs über die Zuzahlung bei Krankenhauspflege dahin geändert, daß die Zuzahlung statt an die Krankenkasse an das Krankenhaus zu leisten ist. Er ließ sich dabei von der Überlegung leiten, daß die Zuzahlung bereits bei der Inanspruchnahme von Krankenhauspflege und deshalb an das Krankenhaus gezahlt werden solle (vgl. Drucksache 9/2290 S. 20f). Zugleich hat er in § 372 Abs. 2 Nr. 1a RVO bestimmt, daß die Verträge, die die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern nach § 372 RVO zu schließen haben, Regelungen über die Abrechnung der Zuzahlung der Versicherten nach § 184 Abs. 3 RVO enthalten müssen.

2. Auswirkungen auf Ausgaben und Inanspruchnahme**a) Ausgabenentwicklung**

Bei der Auswertung des vorliegenden Zahlenmaterials muß berücksichtigt werden, daß die Erfassung

der Zuzahlungsfälle und -tage durch die Krankenkassen im Wege einer Sondererhebung für den Zeitraum 1. April 1983 bis 31. März 1984 erfolgt ist, während alle finanzstatistischen und sonstigen Leistungsinformationen auf das Gesamtjahr 1983 bezogen sind.

Aus den Daten der Sondererhebung ergeben sich für die Berechnungen der Minderausgaben der Krankenkassen aufgrund der Zuzahlungen von 5 DM je Behandlungstag folgende Werte:

- Fälle mit Zuzahlung: rd. 4,8 Mio.
(Gesamtzahl der Fälle rd. 7,9 Mio.)
- Behandlungstage mit Zuzahlung: rd. 49,2 Mio.
(Gesamtzahl der Tage 136,3 Mio.)

Ob sich die Zuzahlungsregelung auf die Ausgabenentwicklung für Krankenhauspflege in irgendeiner Form ausgewirkt hat, läßt sich nicht abschließend beantworten. Dies bedürfte einer Untersuchung, die alle übrigen Einflußfaktoren im Angebots- und Nachfragebereich (z. B. Morbiditätsentwicklung, Zahl der Krankenhausbetten) eliminieren müßte.

Bei Zugrundelegung der Zahl von 49,2 Mio. Behandlungstagen mit Zuzahlung errechnet sich eine Minderausgabe für die Krankenkassen von rd. 246 Mio. DM für den Zeitraum eines Jahres. Die gebuchten Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege (1983 insgesamt rd. 30,5 Mrd. DM) sind gegenüber dem Jahr 1982 um 36,23 DM auf 851,18 DM je Mitglied (+ 4,5 v. H.) gestiegen. Hätte der Betrag von 246 Mio. DM von den Krankenkassen zusätzlich geleistet werden müssen, wären die Ausgaben für Krankenhauspflege um 42,27 DM auf 857,22 DM je Mitglied (+ 5,2 v. H.) gewachsen. Dieser Entlastung steht allerdings gegenüber, daß Hauptbestimmungsfaktor für die Zunahme der Krankenhauspflegeausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1983 die Steigerung der Ausgaben je Behandlungstag um 4,8 v. H. gewesen ist. Allein dieser Effekt hat die Ausgabenentwicklung mit rd. 1,4 Mrd. DM belastet. Der Anteil der Behandlungsfälle mit Zuzahlung an der Gesamtzahl der Fälle stationärer Behandlung lag bei rd. 61 v. H. Nach den Berichten der Spitzenverbände der Krankenkassen ist davon auszugehen, daß die rd. 39 v. H. Behandlungsfälle, in denen keine Zuzahlung geleistet wurde, überwiegend auf Krankenhaussfälle entfallen, in denen eine gesetzliche Zuzahlungsverpflichtung nicht bestand. Der Anteil der Fälle, in denen eine Zuzahlung trotz bestehender Verpflichtung nicht durchgesetzt werden konnte, ist dennoch beachtlich.

Inwieweit die Zuzahlungsregelung Einfluß auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlung (Verän-

derung der Fallzahl oder der durchschnittlichen Dauer eines Behandlungsfalles) ausgeübt hat, läßt sich auf der Basis der vorhandenen Informationen nicht beantworten. Insbesondere liegen Informationen über Veränderungen bei Kurzzeitfällen im Krankenhaus nicht vor, obwohl noch am ehesten in diesem Bereich in der Zuzahlungsregelung steuernde Wirkungen erwartet werden. Statistisch ausgewiesen ist, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung die Krankenhaussfälle je 100 Mitglieder von 1982 auf 1983 um 0,7 v. H. zugenommen haben. Die durchschnittliche Dauer je Krankenhausfall hat um 1 v. H. abgenommen und ist damit wie in den vergangenen Jahren rückläufig. Auch diese Veränderungsraten haben im Vergleich zur Zunahme der Ausgaben je Pfl egetag ein recht geringes Gewicht. Welche Zahlen sich im Falle einer fehlenden Zuzahlungsregelung ergeben hätten, ist nicht feststellbar.

Die errechneten Minderausgaben der Krankenkassen in Höhe von 246 Mio. DM berücksichtigen nicht, daß bei Krankenhäusern und Krankenkassen für den Einzug der Zuzahlungsbeträge Verwaltungskosten entstanden sind. Die Kostenschätzungen sind nicht einheitlich. Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen konnten hierzu keine allgemein gültigen und präzisen Angaben machen. Legt man die Aussage der Deutschen Krankenhausgesellschaft zugrunde, wonach der absolute zusätzliche durchschnittliche Verwaltungsaufwand im Krankenhaus je zuzahlungspflichtiger Patient im gewichteten Durchschnitt bei 7,50 DM gelegen hat, dürften Verwaltungskosten in Höhe von rd. 36 Mio. DM entstanden sein. Diese Kosten haben die Einsparungen bei den Krankenkassen entweder indirekt über die Pflegesätze oder direkt — unterstellt, daß auch bei Einzug der Zuzahlungsbeträge durch die Krankenkassen ebenfalls ein Verwaltungskostenaufwand von 7,50 DM angesetzt werden kann — gemindert, so daß die Nettoeinsparungen bei etwa 210 Mio. DM liegen dürften.

Dieser Betrag liegt um 70 Mio. DM unter der ursprünglichen Schätzung (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts — Haushaltsbegleitgesetz 1983 — Drucksache 9/2140, finanzieller Teil S. 119).

b) Ausnahmen von der Zuzahlungspflicht

Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind nicht zuzahlungspflichtig. Auch Versicherte, die teilstationäre Krankenhauspflege in Anspruch nehmen, haben keine Zuzahlung zu leisten. Schließlich besteht dann keine Zuzahlungspflicht mehr, wenn bereits im laufenden Jahr für 14 Tage die Zuzahlung geleistet worden ist.

Frauen, denen Entbindungsanstaltspflege gewährt wird, fallen nicht unter die Zuzahlungsregelung, da es sich bei dieser Leistung nicht um Krankenhauspflege handelt. Muß eine Frau aus medizinischen Gründen mehr als sechs Tage, d. h. nach Ablauf des Anspruchs auf Entbindungsanstaltspflege, im Krankenhaus verbringen, ist sie ab dem siebten

Tag nach der Entbindung zur Zahlung verpflichtet, da nunmehr Krankenhauspflege in Anspruch genommen wird.

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergibt sich als gewichteter Bundesdurchschnitt des Anteils nicht zuzahlungspflichtiger Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung an der Gesamtzahl der in ihr versicherten Patienten ein prozentualer Wert in Höhe von 25,9 v. H. (vgl. Anlage 1.1).

Häufigste Gründe für die Ausnahme von der Zuzahlung waren die Nicht-Vollendung des 18. Lebensjahres mit 57,1 v. H. und die Fälle, in denen die Patienten angaben, daß bereits 70 DM im Kalenderjahr gezahlt worden seien, mit 19,8 v. H. (vgl. Anlage 1.2).

3. Einzugsverfahren

a) Unterschiedliche Rechtsauffassungen der Krankenhäuser und Krankenkassen

Der Regierungsentwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 1983 sah die Zuzahlung an die Krankenkasse vor. Auf Vorschlag des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages hat das Parlament beschlossen, daß die Zuzahlung „an das Krankenhaus“ zu zahlen ist. Nach Inkrafttreten der Regelung erhob sich die Frage, welche rechtlichen Folgerungen mit dieser im Gesetzgebungsverfahren erfolgten Änderung verbunden sind. Daraus ergeben sich nämlich Konsequenzen für die Durchsetzung der Forderungen.

Diese grundsätzlichen Meinungsunterschiede über die rechtlichen Auswirkungen des § 184 Abs. 3 RVO verhinderten das Zustandekommen einer bundesweiten Vereinbarung über die Abrechnung der Zuzahlungen, wie sie § 372 Abs. 2 Nr. 1a RVO vorschreibt.

b) Rechtsprechung

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 12. September 1984 (8 RK 35/84) entschieden, daß eine Krankenkasse nicht berechtigt sei, den Pflegesatz eines Krankenhauses um den für die Krankenhauspflege einzubehaltenden Zuzahlungsbetrag zu kürzen. Nach Auffassung des BSG handelt es sich bei der Zuzahlungsregelung weder um eine „bloße Inkassovollmacht“ für das Krankenhaus noch um die Begründung eines gesetzlichen Schuldverhältnisses zwischen Versicherten und Krankenhaus mit befreiender Wirkung für die Krankenkasse hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Kostenanteils. Geregelt werde vielmehr allein die Verpflichtung des Versicherten, unter bestimmten Voraussetzungen einen bestimmten Teil der Kosten selbst aufzubringen und diesen bei Beginn der Krankenhauspflege an das Krankenhaus zu zahlen, das zur Annahme verpflichtet sei. Die Vorschrift enthalte hingegen keine Regelung über die Rechtsbeziehung zwischen dem Krankenhausträger und der Krankenkasse bezüglich der Auswirkungen der Zahlung oder Nichtzahlung des Versichertenkostenanteils.

Die Ausgestaltung dieser Rechtsbeziehungen habe vielmehr gemäß § 372 Abs. 2 Nr. 1 a RVO in dem zwingend vorgeschriebenen Rahmenvertrag im Sinne des § 372 RVO zu erfolgen.

Diese Vorschrift eröffnet den Vertragspartnern nach Meinung des Gerichts die Möglichkeit der freien Gestaltung des Abrechnungsverfahrens, wobei allerdings die Pflicht des Versicherten zur Leistung an das Krankenhaus nicht geändert werden dürfe. Da im anhängigen Verfahren eine solche Vereinbarung noch nicht geschlossen worden war, hat das BSG den Rechtsstreit an die Vorinstanz zurückverwiesen.

c) Praktizierte Verfahrensweisen

Ungeachtet der in 3.a) dargelegten Rechtsstandpunkte haben sich die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 22. Dezember 1982 auf eine „Gemeinsame Empfehlung für eine Übergangsregelung zur Durchführung des § 184 Abs. 3 RVO bzw. 17 Abs. 3 KVLG“ geeinigt (vgl. Anlage 1.3). Dagegen führten die Bemühungen derselben Vertragspartner im Frühjahr 1983 um eine gemeinsame Bundesempfehlung über eine Regelung für die Zuzahlung der Versicherten zu den Kosten der Krankenhauspflge nicht zum Erfolg.

In der Folgezeit haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaften versucht, entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Dies ist in Berlin, Bremen, Hamburg und Niedersachsen gelungen. In diesen auf Landesebene getroffenen Empfehlungsvereinbarungen haben sich die Krankenhäuser verpflichtet, die Versicherten mit einem Merkblatt über die Zuzahlungsverpflichtung aufzuklären, die Zuzahlungsbeträge während des Krankenhausaufenthaltes einzuziehen und erforderlichenfalls über schriftliche Zahlungserinnerungen nichtbeglichene Zuzahlungsbeträge anzufordern. Die Abrechnung der Zuzahlungsbeträge erfolgt in der Weise, daß das Krankenhaus die vereinnahmten Zuzahlungen patientenbezogen von den Pflegesatzrechnungen absetzt bzw. nachträglich eingegangene Beträge monatlich in einer Summe unter Beifügung von Einzelbelegen oder Listen an die Krankenkasse überweist. Die den Krankenhäusern für die Einziehung und Abrechnung der Zuzahlungsbeträge entstehenden Verwaltungskosten werden den Selbstkosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung zugerechnet. Führen die schriftlichen Mahnungen der Krankenhäuser zu keinem Erfolg, ist es Sache der Krankenkassen, den Zuzahlungsbetrag einzuziehen.

Nach Angaben der Mehrzahl der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die anfänglichen Schwierigkeiten mit der Umsetzung der überregionalen Vereinbarungen zur Abrechnung der Zuzahlung inzwischen behoben, so daß das Verfahren praktisch reibungslos läuft. Schwierigkeiten in größerem Umfang tauchen aber immer noch dort auf, wo auf Landesebene keine Vereinbarungen zustande kamen. Hier mußten die einzelnen Krankenkassen auf örtlicher Ebene mit

den einzelnen Krankenhausträgern Vereinbarungen und Absprachen treffen. Die Bundesregierung erwartet, — nicht zuletzt aufgrund des vorgenannten Urteils des Bundessozialgerichts — daß nunmehr die Aufsichtsbehörden darauf hinwirken, daß Verträge auf Landesebene geschlossen werden.

4. Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung

a) Einzug und Abrechnung

Da sich Krankenkassen und Krankenhäuser über die rechtlichen Auswirkungen der Zuzahlungsregelung nicht einigen konnten, kam es neben den überregionalen Vereinbarungen zu einer Fülle von Abmachungen auf örtlicher Ebene, die zum Teil mit einzelnen Krankenhäusern am selben Ort unterschiedlich getroffen wurden.

Diese unterschiedlichen Einzugs- und Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser bereiten den Krankenkassen — insbesondere wenn Kassenbereich und Einzugsgebiet des Krankenhauses sich nicht decken — erhebliche Schwierigkeiten. Bei Krankenhausbehandlung von Versicherten außerhalb des Kassenbezirks ist der Krankenkasse überhaupt nicht bekannt, welches Verfahren das betreffende Krankenhaus anwendet. Rückfragen bei Krankenhaus oder bei Krankenkassen der Region werden erforderlich.

Die Krankenkassen werden nach Angaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vom Krankenhaus oftmals verspätet oder gar nicht darüber informiert, welche Versicherten keine Zuzahlung geleistet haben. Teilweise seien auch die Meldungen der Krankenhäuser unvollständig oder unrichtig. Die Krankenkassen könnten die fehlende Zuzahlung oft erst Wochen oder sogar Monate nach Ablauf des Leistungsfalles feststellen, da sie die Mitteilungen des Krankenhauses abwarten müßten. Wenn Versicherte der Krankenkasse inzwischen nicht mehr angehörten, sei der Einzug der Zuzahlung von aufwendigen Ermittlungen abhängig oder nahezu unmöglich.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft weist darauf hin, daß trotz der regionalen Vereinbarungen bis heute teilweise noch erhebliche Probleme und Schwierigkeiten in den Krankenhäusern bei der Abrechnung der Zuzahlungsbeträge mit den Krankenkassen bestünden. 62,3 v. H. der von der DKG befragten Krankenhäuser gaben an, daß auch nach Beseitigung der anfänglichen Anlaufschwierigkeiten diese Probleme bei der Abrechnung mit den Sozialleistungsträgern fortbestünden. Als häufigstes Problem wird angegeben, daß eine Kürzung der Pflegekostenrechnung insbesondere durch die Betriebs- und Innungskrankenkassen trotz nicht geleisteter Zuzahlungen der Patienten erfolge. Die Krankenkassen außerhalb der Geltungsbereiche der verschiedenen regionalen Vereinbarungen hielten sich nicht an die dort getroffenen Vereinbarungen und versuchten ihre Abrechnungsmodalitäten durchzusetzen; dies führe zu erheblichen Pro-

blemen und zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Viele Patienten könnten keine zuverlässigen Angaben über die im laufenden Kalenderjahr bereits geleisteten Zuzahlungsbeträge an ein Krankenhaus machen. Hieraus resultierten dann Forderungen, die entsprechende Rückerstattungen oder Nachforderungen gegenüber Patienten bzw. Kostenträgern nach sich zögen.

Um diese abrechnungstechnischen Probleme mit den Krankenkassen, die umfangreichen Schriftwechsel und häufige Nachfragen erfordern, zu vermeiden, plädiert eine große Zahl der von der DKG befragten Krankenhäuser dafür, die Krankenhäuser von dieser „Inkassofunktion“ zu befreien, und den Einzug der Zuzahlungsbeträge direkt durch die Krankenkassen vornehmen zu lassen. Von daher ist es verständlich, wenn verschiedene Spitzenverbände darüber Klage führen, daß insbesondere in der ersten Zeit nach Einführung der Regelung Krankenhäuser den Einzug der Zuzahlungsbeträge nicht mit der erforderlichen Intensität betrieben hätten und ihre Bemühungen oft nur auf die Zeit des Krankenhausaufenthalts beschränkten. Inzwischen wird ein solches Verhalten nur noch vereinzelt beobachtet.

b) Härtefälle

Schwierigkeiten bei der Durchführung der Zuzahlungsregelung ergeben sich auch wegen des Fehlens einer Härteklauseel. Insbesondere bei Sozialhilfeempfängern und anderen einkommensschwachen Personen gibt es hier erhebliche Probleme.

Die Zuzahlung bei Krankenhauspflege wird nur in einigen Ländern von den Trägern der Sozialhilfe übernommen. Überwiegend werden nämlich die Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen bei Weitergewährung der regelsatzmäßigen Hilfe während des Krankenhausaufenthalts auf eine entsprechende Ersparnis im häuslichen Bereich verwiesen.

Bei Heimbewohnern, denen nur ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung gemäß § 21 Abs. 3 BSHG gewährt wird, übernimmt die Mehrzahl der Sozialhilfeträger jedoch den Zuzahlungsbetrag und zwar im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt, da der Barbetrag zur persönlichen Verfügung für andere Zwecke und nicht für die Zuzahlung bestimmt ist. Einige Träger der Sozialhilfe, vor allem überörtliche Träger, stehen allerdings generell auf dem Standpunkt, das BSHG enthalte keine Rechtsgrundlage für eine Übernahme derartiger Kosten. Im Bereich dieser Träger verzichten die Krankenkassen häufig von vornherein auf ihren Anspruch gegen Hilfeempfänger oder verfolgen ihn im Wege der Zwangsvollstreckung — die in der Regel auch keine Aussicht auf Erfolg haben dürfte — nicht weiter.

Schwierigkeiten beim Einzug der Zuzahlung werden auch in den Fällen berichtet, in denen Bewohner von Altenheimen, Pflegeheimen u. a. zuzahlungspflichtig sind. Sind diese Personen von der Verordnungsblattgebühr befreit, so wenden sie dem

Krankenhaus oder der Krankenkasse gegenüber zumeist ein, sie müßten auch von der Zuzahlung zur Krankenhauspflege befreit werden. Es ist ihnen nach Angaben der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung schwer begreiflich zu machen, daß es für diese Zuzahlung keine Härteregelung gibt. Ferner weisen die Spitzenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf den erschwerten Einzug bei zwangsweise eingewiesenen Patienten von Landeskrankenhäusern hin.

5. Verwaltungskosten

Eine allgemeingültige Aussage über die anfallenden Verwaltungskosten läßt sich nicht machen. Alle Befragten einschließlich der Obersten Landessozialbehörden haben auf den erheblichen Verwaltungsaufwand bei der Durchführung der Zuzahlungsregelung hingewiesen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mitgeteilt, daß sich aus der Durchführung der Zuzahlungsregelung für alle Krankenhäuser ein erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand ergebe. Er betrage im gewichteten Bundesdurchschnitt 7,50 DM je zuzahlungspflichtiger Patient oder 18 v. H. des eingezogenen Zuzahlungsbetrages. Wie aus Anlage 1.4 hervorgeht, nimmt der Verwaltungsaufwand mit der Größe des Krankenhauses zu. Dies gilt sowohl im Hinblick auf den zuzahlungspflichtigen Patienten wie auch auf den eingezogenen Zuzahlungsbetrag (vgl. auch Anlage 1.5). Die Mehrzahl der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich wegen der unterschiedlichen Abrechnungsverfahren nicht in der Lage gesehen, Angaben zum Verwaltungsaufwand zu machen. Soweit sie dazu Stellung genommen haben, weisen sie darauf hin, daß der Verwaltungsaufwand je Zuzahlungsfall im Verhältnis zu den durch die Zuzahlungsregelung bedingten Minderausgaben zu hoch sei bzw. sogar zum Teil im krassen Mißverhältnis dazu stehe. Allerdings ließen diese Angaben keine exakte Quantifizierung des Verwaltungsaufwands zu.

6. Reaktion der Versicherten

In einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebenen Meinungsumfrage zu Selbstbeteiligungsregelungen wird die Zuzahlung bei Krankenhauspflege am schlechtesten beurteilt. Wenn die Befragten die Regelung mit Schulnoten bewerten, halten 18 v. H. die Regelung für „sehr gut oder gut“. Die Befragten kritisieren insbesondere, daß die Maßnahme sozial ungerecht sei, keinen Sinn erkennen lasse, weil der Patient keinen Einfluß auf einen Krankenhausaufenthalt habe und der Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen der Maßnahme stehe.

Über ähnliche Reaktionen berichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Nach ihren Angaben haben sich mehr als $\frac{1}{3}$ aller Patienten (35,8 v. H.) ablehnend, verärgert oder empört gegenüber der Zu-

zahlungsverpflichtung verhalten. Es überrascht deshalb nicht, daß der Anteil der Versicherten, die eine Zuzahlung trotz bestehender Verpflichtung nicht geleistet haben, nicht unbeträchtlich ist. Dabei läßt sich feststellen, daß die Zahl der Nichtzahler in kleineren Krankenhäusern sehr niedrig ist, während sie mit der Größe der Klinik steigt. Im gewichteten Durchschnitt aller Krankenhaus-Größenklassen liegt der Anteil der Nichtzahler an der Zahl der zuzahlungspflichtigen Patienten bei 15,8 v. H. (vgl. Anlage 1.6).

II. Erfahrungen mit der Zuzahlung bei Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren

1. Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 ist auch eine Zuzahlung bei Kuren eingeführt worden. Die Regelung gilt sowohl für die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gemäß § 184a Abs. 1 RVO, § 17a Abs. 1 KVLG als auch für Kuren, zu deren Kosten die Krankenkasse aufgrund ihrer Satzung Zuschüsse zahlt oder deren Kosten sie voll übernimmt (§ 187 Abs. 1 RVO, § 11 Abs. 1 KVLG).

§ 184a Abs. 2 RVO lautet wie folgt:

„(2) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 erhalten, zahlen 10 Deutsche Mark je Kalendertag an die leistungspflichtige Krankenkasse. Die Leistung der Krankenkasse gilt auch bei einer Zuzahlung des Versicherten als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften. Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Krankenkasse kann von der Zuzahlung nach Satz 1 befreien, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Satz 1 gilt auch nicht, wenn die Leistung nach Absatz 1 der Krankenhauspflge (§ 184) vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt; in diesen Fällen gilt § 184 Abs. 3 entsprechend.“

§ 187 Abs. 3 bis 5 RVO lautet wie folgt:

„(3) Die Satzung bestimmt, daß bei Kuren, zu deren Kosten die Krankenkasse Zuschüsse zahlt, der Versicherte mindestens 10 Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen hat.

(4) Übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten der Kur, hat der Versicherte 10 Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen. Die Leistung der Krankenkasse gilt in diesen Vorschriften als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(5) Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Krankenkasse kann von der Zuzahlung nach Absatz 4 befreien, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde.“

Die Zuzahlung der Versicherten zu den Kosten der Kur sollte nach der Begründung des Regierungsentwurfs dazu beitragen, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren (vgl. Drucksache 9/2140 S. 99).

2. Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Eine Zuzahlung bei stationären Heilbehandlungen ist durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 auch in der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt worden. Die Regelung lautet wie folgt:

§ 1243 RVO, § 20 AVG, § 42 RKG

„(1) Zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung zahlt der Versicherte oder der Rentner für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung 10 Deutsche Mark zu, wenn der Träger der Rentenversicherung die Heilbehandlung für ihn oder für einen seiner Angehörigen durchführt. Satz 1 gilt nicht bei einer Heilbehandlung von Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Befindet sich der Betreute in einer stationären Heilbehandlung, die der Krankenhauspflge vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt, gilt § 184 Abs. 3 entsprechend.

(3) Die stationäre Heilbehandlung des Trägers der Rentenversicherung gilt auch bei einer Zuzahlung als Übernahme der vollen Kosten im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(4) Bezieht ein Betreuter Übergangsgeld, das nach § 1241 b begrenzt ist, hat er für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld eine Zuzahlung nicht zu leisten.

(5) Der Träger der Rentenversicherung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Absatz 1 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde.“

Danach hat grundsätzlich jeder Teilnehmer an einer solchen Maßnahme eine Zuzahlung zu leisten. Ausgenommen sind lediglich Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (§ 1243 Abs. 1 Satz 2 RVO) und die Versicherten, die von der Herabsetzung des Übergangsgeldes zum 1. Januar 1982 durch das Arbeitsförderungs-Konsolidierungsgesetz um 25 v. H. bzw. 10 v. H. betroffen sind (§ 1243 Abs. 4 RVO). Die Höhe und Dauer der Zuzahlung ist abhängig von

- der Art der stationären Heilbehandlung und
- den finanziellen und sozialen Verhältnissen des Rehabilitanden.

Bei Heilbehandlungen, die der Krankenhauspflge vergleichbar sind oder sich an diese ergänzend anschließen, ist — wie in der gesetzlichen Krankenversicherung — bei Krankenhausaufenthalt die Zuzahlung in Höhe von 5 DM täglich für längstens 14 Tage im Kalenderjahr zu leisten. Im gleichen Kalenderjahr vorausgegangene Zuzahlungen an das

Krankenhaus werden angerechnet (§ 1243 Abs. 2 RVO). Der Gesamtbetrag ist somit in diesen Fällen auf höchstens 70 DM im Kalenderjahr begrenzt. Eine Härteregelung besteht nicht. Bei den Heilbehandlungen, die der Krankenhauspflege vergleichbar sind oder diese ergänzen, handelt es sich u. a. um

- Behandlungen wegen aktiver Tuberkulose,
- Nachbehandlungen wegen Krebserkrankungen,
- Entwöhnungsbehandlungen bei Suchtkranken,
- Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen,
- schwere neurologische Krankheiten und
- Anschlußheilbehandlungen, z. B. nach stationärer Krankenhausbehandlung wegen Herzinfarkt.

Bei der stationären Heilbehandlung, für die dem Grunde nach eine Zuzahlungsverpflichtung von 10 DM je Kalendertag der Kur besteht, sieht das Gesetz eine Regelung vor, die die Selbstverwaltungsorgane der Rentenversicherungsträger ermächtigt, durch Härteregelungen unzumutbare Belastungen zu vermeiden (§ 1243 Abs. 5 RVO). Die Rentenversicherungsträger haben von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht und Mitte 1983 Richtlinien verabschiedet, die mit Wirkung vom 1. Juli 1983 die einheitliche Anwendung der Härteklausel regeln sollen (vgl. Anlage 2.1).

Die Richtlinien nehmen über die gesetzlichen Regelungen hinaus diejenigen Personen von der Zuzahlung aus, die

- Übergangsgeld in Höhe der Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,
- Übergangsgeld in Höhe der Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erhalten oder
- Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen.

Reicht der Zuzahlungszeitraum über sechs Wochen im Kalenderjahr oder bei Maßnahmen, die sich über das Ende eines Kalenderjahres erstrecken, über sechs Wochen insgesamt hinaus, wird vom Beginn der siebten Woche an von der Zuzahlung abgesehen. Der Gesamtbetrag der Zuzahlung beläuft sich damit auf bis zu 420 DM je Maßnahme.

Von der Zuzahlung können befreit werden:

- Versicherte, deren monatliches Nettoarbeitsentgelt, Nettoarbeitseinkommen oder vergleichbare Lohnersatzleistungen 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (1983 = 1 032 DM, 1984 = 1 092 DM) nicht übersteigt.
- Versicherte ohne eigenes Erwerbseinkommen oder vergleichbare Lohnersatzleistungen, wenn die verfügbaren eigenen Einnahmen zum Lebensunterhalt sowie die Einnahmen des Ehegatten und der zu berücksichtigenden Angehörigen zusammen 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen. Dieser

Betrag erhöht sich für den Ehegatten bzw. für den ersten Angehörigen um 15 v. H. und für jeden weiteren Angehörigen um 10 v. H. Mit Ausnahme des Ehegatten werden Angehörige nur berücksichtigt, wenn sie von dem Versicherten oder seinem Ehegatten überwiegend unterhalten werden.

Teilweise können von der Zuzahlung Versicherte befreit werden, bei denen der Unterschiedsbetrag zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, Nettoarbeitseinkommen und vergleichbaren Lohnersatzleistungen und einem fiktiv nach § 1241 b Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a RVO berechneten Übergangsgeld den Zuzahlungsbetrag von 10 DM täglich nicht erreicht. In diesen Fällen ist täglich der Differenzbetrag zuzuzahlen (vgl. Anlage 2.2).

Die Befreiung erfolgt auf Antrag. Der Antrag auf Befreiung soll unter Beifügung einer Lohnbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung (z. B. Rentenbescheid) mit dem Antrag auf die stationäre Heilbehandlung eingereicht werden.

3. Regelungen in der Altershilfe für Landwirte

Auch in der Altershilfe für Landwirte ist durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 eine Zuzahlung bei stationären Heilbehandlungen eingeführt worden. Die Vorschrift der Altershilfe für Landwirte (§ 7 Abs. 2 Satz 2 GAL) nimmt durch Verweisung auf § 1243 RVO in vollem Umfang auf die Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung Bezug. Insoweit gelten für diesen Bereich die Ausführungen zu den Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend. Auch die Härteregelungen der landwirtschaftlichen Alterskassen (vgl. Anlage 2.3), die ab 1. Januar 1983 gelten und die besondere Situation des landwirtschaftlichen Unternehmers berücksichtigen, sind inhaltlich an die entsprechenden Richtlinien der Rentenversicherungsträger angelehnt.

4. Auswirkung auf Inanspruchnahme und Ausgaben

a) Gesetzliche Krankenversicherung

aa) Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen (§ 184a RVO)

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Kurmaßnahmen, die voll finanziert werden, bei weitem nicht die Bedeutung wie in der gesetzlichen Rentenversicherung. Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen wird nur dann gewährt, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger — in erster Linie die gesetzliche Rentenversicherung — leistungsverpflichtet ist. Zu Kuren nach § 187 RVO (Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen) werden in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle Zuschüsse gezahlt. Deshalb hatten die Versicherten auch schon vor Einführung der Zuzahlungspflicht von diesen Kosten einen Teil selbst zu tragen. Die vollen Kurkosten können nach § 187

Abs. 1 Satz 2 RVO nur bei Arbeitnehmern übernommen werden.

Außerdem ist zu beachten, daß für „Kurmaßnahmen“ zur Behandlung bereits eingetretener Krankheiten keine Zuzahlungspflicht besteht. Die Zuzahlung ist nur zu leisten, wenn es sich um Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen handelt.

Im Bereich der Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen sind die Zuzahlungsfälle und -tage von den Krankenkassen ebenfalls in der bereits erwähnten Sondererhebung (1. April 1983 bis 31. März 1984) ermittelt worden, und zwar:

- Fälle mit Zuzahlung: rd. 54 000
(Gesamtzahl der Fälle rd. 89 000)
- Behandlungstage mit Zuzahlung: rd. 1,22 Mio.
(Gesamtzahl der Tage rd. 3,08 Mio.)

Die Aufteilung der Behandlungsfälle in Kur- und Spezialeinrichtungen in Fälle, die der Krankenhauspflege vergleichbar sind und deshalb unter die Regelung des § 184 Abs. 3 RVO (Zuzahlungspflicht 5 DM täglich für längstens 14 Tage) fallen, sowie in die Fälle, für die eine Zuzahlungspflicht von 10 DM täglich für die gesamte Behandlungsdauer besteht, ist nicht bekannt. Geht man davon aus, daß für die Hälfte der Fälle 5 DM täglich für längstens 14 Tage und in der anderen Hälfte 10 DM täglich für durchschnittlich rd. 30 Tage zu zahlen waren, ergeben sich Einsparungen in Höhe von rd. 10,4 Mio. DM. Setzt man auch hier wiederum die Verwaltungskosten mit 7,50 DM pro Behandlungsfall an, ermäßigen sich die Minderausgaben auf rd. 10 Mio. DM.

Insgesamt sind rd. 89 000 Fälle von Behandlungen in Kur- und Spezialeinrichtungen gezählt worden. Das Verhältnis von Zuzahlungsfällen zur Gesamtzahl beträgt rd. 60 v. H. und liegt damit gleichhoch wie bei der stationären Behandlung. Der Anteil der Fälle, in denen trotz Zuzahlungspflicht keine Zuzahlung erfolgte, dürfte nach den Berichten der Spitzenverbände der Krankenkassen geringer ausgefallen sein, als bei Fällen von stationärer Behandlung.

Die Inanspruchnahme in Kur- und Spezialeinrichtungen nahm im Jahre 1983 im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei den Fällen als auch bei den Behandlungstagen um rd. 15 v. H. zu.

Ob die Steigerungsrate ohne die Zuzahlungsregelung höher gewesen wäre, läßt sich anhand des vorliegenden Materials nicht klären.

bb) Vorbeugungskuren (§ 187 Abs. 1 Nr. 1 RVO)

Im Jahre 1983 wurden rd. 3 900 Vorbeugungskuren mit voller Kostenübernahme durchgeführt, davon rd. 3 400 (87 v. H.) mit Zuzahlung. Die restlichen 13 v. H. entfallen auf Kurfälle, in denen eine Zuzahlungsverpflichtung nicht bestand. Die Gesamtzahl der Vorbeugungskuren mit voller Kostenübernahme im Jahre 1983 ist gegenüber dem Vorjahr (rd. 5 400 Fälle) um rd. 28 v. H. zurückgegangen.

Im Gegensatz zu den Vorbeugungskuren mit voller Kostenübernahme ist die Zahl der von den Kran-

kenkassen im Jahre 1983 rd. 221 200 bezuschußten Vorbeugungskuren gegenüber dem Jahre 1982 (rd. 206 000 Fälle) um rd. 7,4 v. H. gestiegen. In diesem Leistungsbereich betrug der von den Versicherten aufzubringende Anteil im Durchschnitt auch vor der Neuregelung des § 187 Abs. 4 RVO mindestens 10 DM pro Kurtag.

Insgesamt gesehen wurden im Jahre 1983 rd. 6,5 v. H. mehr Vorbeugungskuren durchgeführt als im Jahre 1982.

Ob und inwieweit ohne die Zuzahlungsregelung mehr Vorbeugungskuren durchgeführt worden wären, läßt sich anhand des vorliegenden Materials nicht klären.

Unterstellt man eine Kurdauer von mindestens 21 Tagen, so ergeben sich bei rd. 3 400 Vorbeugungskuren mit voller Kostenübernahme und Zuzahlungsverpflichtung Minderausgaben der Krankenkassen von rd. 0,7 Mio. DM. Die hierbei angefallenen Verwaltungskosten können vernachlässigt werden.

cc) Genesungskuren (§ 187 Abs. 1 Nr. 3 RVO)

Von den im Jahre 1983 durchgeführten rd. 24 800 Genesungskuren mit voller Kostenübernahme entfielen rd. 11 600 (rd. 47 v. H.) auf Fälle mit Zuzahlung. Die übrigen 53 v. H. betreffen Kurmaßnahmen, bei denen eine Zuzahlungsverpflichtung nicht bestand. Im Jahre 1982 wurden rd. 29 700 Genesungskuren mit voller Kostenübernahme bewilligt; im Jahre 1983 ist folglich ein Rückgang von rd. 16 v. H. eingetreten.

Dem stehen allerdings im Jahre 1983 rd. 220 100 bezuschußte Genesungskuren gegenüber, was einer Zunahme gegenüber dem Jahre 1982 (rd. 152 400 Fälle) von rd. 44 v. H. entspricht. Auch hier ist davon auszugehen, daß vor der Neuregelung des § 187 Abs. 4 RVO der von den Versicherten zu leistende Anteil im Durchschnitt bei mindestens 10 DM pro Kurtag gelegen hat.

Im Jahre 1983 stieg die Anzahl der Genesungskuren insgesamt auf rd. 245 000 (Vorjahr: rd. 182 000); dies entspricht einer Zunahme um rd. 35 v. H.

Ob und inwieweit ohne die Zuzahlungsregelung mehr Genesungskuren durchgeführt worden wären, läßt sich anhand des vorliegenden Materials nicht klären.

Bei einer unterstellten Kurdauer von mindestens 21 Tagen ergibt sich bei den Genesungskuren mit voller Kostenübernahme und Zuzahlungsverpflichtung eine Minderausgabe der Krankenkassen von rd. 2,4 Mio. DM. Auch hier können die angefallenen Verwaltungskosten vernachlässigt werden.

b) Gesetzliche Rentenversicherung

Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden von den Trägern der Rentenversicherung als Sachleistungen in vollem Umfang erbracht. Die Ausgaben dieser Leistungsträger werden deshalb

durch die Zuzahlung nicht unmittelbar beeinflußt. Mittelbar können wegen der Zuzahlung unterlassene Heilbehandlungen ausgabewirksam sein. Gesicherte Erkenntnisse hierüber liegen nicht vor. Darüber hinaus erscheint zweifelhaft, ob mögliche, durch Verzicht auf eine Kur kurzfristig entstehende Minderausgaben auch längerfristig wirksam bleiben, weil das Nachholen einer verschleppten Heilbehandlung häufig mit Mehrkosten verbunden ist.

Die Regelung über die Zuzahlung sollte in der Rentenversicherung zu Einsparungen in Höhe von 130 Mio. DM jährlich (Stand 1983) führen (vgl. Drucksache 9/2074 S. 118).

Die Berechnung war an der absehbaren Entwicklung in dem Jahre 1982 ausgerichtet, in dem in der Rentenversicherung 771 625 für eine Zuzahlung in Betracht kommende Heilbehandlungen abgeschlossen wurden. Im Jahre 1983 ging die Anzahl dieser Maßnahmen um 31,5 v. H. auf 528 802 abgeschlossene Heilbehandlungen zurück. Nicht zuletzt deshalb, aber auch wegen der am 1. Juli 1983 in Kraft getretenen Härteregelnungen der Rentenversicherungsträger wurden die Einnahmeerwartungen aus der Zuzahlung im Jahre 1983 nicht erfüllt. Allerdings wurde das Einsparungsvolumen aufgrund des Rückgangs der Anzahl der Heilbehandlungen erzielt.

Aus der Zuzahlung haben die Träger der Rentenversicherung im Jahre 1983 rd. 63,16 Mio. DM eingenommen. In Relation zu den Ausgaben für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen — ohne Sozialversicherungsbeiträge — entsprach dies im Jahre 1983 einem Anteil von 1,83 v. H. Der Einnahmean teil aus Zuzahlungen der Versicherten schwankt bei den einzelnen Versicherungsanstalten — gemessen an den Reinausgaben für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen — zwischen 1,1 und 2,5 v. H. Vom 1. Januar 1983 bis 30. Juni 1984 ergaben sich nach den bisher vorliegenden Rechnungsergebnissen der Rentenversicherungsträger aus der Zuzahlung Einnahmen von rd. 1,9 v. H. (= 91,60 Mio. DM) bezogen auf die Ausgaben für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Umfang der Kuren hängt in der gesetzlichen Rentenversicherung von der Anzahl der Anträge ab. Deren Entwicklung ab 1. Januar 1983 fiel in eine Zeit, in der sich die Konjunkturerholung als für die Antragsentwicklung bestimmender Faktor in den ersten Monaten noch zögernd, im weiteren Verlauf jedoch laufend stärker bemerkbar machte. In der Rentenversicherung zeigt dies insbesondere der Verlauf des ersten Halbjahres 1983, in dem die Anträge auf Heilbehandlungen wegen allgemeiner Erkrankungen nochmals um rd. 17,4 v. H. zurückgegangen sind. Mit zunehmender Konjunkturerholung wird unterjährig eine deutliche Abschwächung des Antragsrückgangs von rd. 25 v. H. im ersten Quartal, über rd. 17,4 v. H. im ersten Halbjahr auf rd. 9,9 v. H. im Jahresergebnis sichtbar. Die Rentenversicherungsträger nehmen an, daß die Zuzahlung den Antragsrückgang in den ersten Monaten des Jahres 1983 im Vergleich zu 1982 zu einem nicht quantifizierbaren Teil beeinflußt hat. Sie stützen

sich für diese Beurteilung auf Befragungen von Versicherten, die die Zuzahlung als Belastung und Verschlechterung der Leistungen der Rentenversicherung empfunden hatten. Die ab 1. Juli 1983 geltenden Härteregelnungen hätten jedoch zu einer gewissen Entspannung der Situation beigetragen. Die Entwicklung bei allen stationären Heilbehandlungen ist in der Anlage 2.4 dargestellt.

c) Altershilfe für Landwirte

Auch die landwirtschaftlichen Alterskassen erbringen die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation als Sachleistungen in vollem Umfang. Grundsätzlich gelten deshalb für den Bereich der Altershilfe für Landwirte die Ausführungen zur gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend.

Die Regelung über die Zuzahlung sollte hier zu Einsparungen in Höhe von 35 Mio. DM jährlich (Stand 1983) führen (vgl. Drucksache 9/2074 S. 118). Zwar beläuft sich der Gesamtbetrag der von den landwirtschaftlichen Alterskassen im Rechnungsjahr 1983 eingenommenen Zuzahlungsbeträge nur auf rd. 2,8 Mio. DM, jedoch wurde das Einsparungsvolumen erreicht. Der Umfang der Inanspruchnahme von Kuren wird durch die Anzahl der Anträge bestimmt. Diese haben im ersten Halbjahr 1983 gegenüber den Vergleichswerten des Jahres 1982 nur um rd. 3,4 v. H. abgenommen. Im zweiten Halbjahr erhöhte sich die Antragszahl wieder um 11,9 v. H. Eine quartalsweise Auswertung zeigt auf, daß der Rückgang im zweiten Quartal 1983 mit 2 v. H. unter dem Durchschnitt des gesamten ersten Halbjahres 1983 lag, während ab dem dritten Quartal 1983 ständig mehr Anträge gestellt wurden als in 1982. Die landwirtschaftlichen Alterskassen leiten hieraus ab, daß die Zuzahlungsregelung das Antragsverhalten nur anfangs beeinflußte. Sie führen dies auf zunächst noch bestehende Unsicherheiten über die Auswirkungen der Härteregelnungen zurück, die in diesem Bereich am 1. Januar 1983 in Kraft getreten sind und damit das Antragsverhalten im Jahresverlauf nicht beeinflussen konnten. Die Entwicklung im einzelnen ist in der Anlage 2.5 dargestellt.

5. Verfahren zum Einzug der Zuzahlung und Schwierigkeiten bei der Durchführung

a) Gesetzliche Krankenversicherung

Ein besonderes Einzugsverfahren ist in der Regel schon deshalb entbehrlich, weil die Krankenkasse nur einen Zuschuß zu den Kosten zahlt und der Versicherte mit seinem Kostenanteil belastet bleibt. Soweit aber — wie bei Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei vollfinanzierten Kuren — ein Zuzahlungsbetrag zu leisten ist, hat jede Krankenkasse ihr Einzugsverfahren selbst festgelegt.

Das Problem, welche Rechtsstellung und Befugnisse die Einzugsstelle hat, taucht hier nicht auf; in Fällen der vollfinanzierten Kur sind von keiner Seite Schwierigkeiten genannt worden.

Zu gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung zur Feststellung der Härtefälle ist es entgegen einer ursprünglichen Absicht nicht gekommen. Die Spitzenverbände haben im gemeinsamen Rundschreiben vom 16. Dezember 1982 empfohlen, sich bei der Befreiung von der Zuzahlung an vergleichbaren Härtefallregelungen zu orientieren. Probleme bei der Feststellung von Härtefällen sind nicht berichtet worden.

b) Gesetzliche Rentenversicherung

aa) Verfahren zum Einzug der Zuzahlung

Die Träger der Rentenversicherung wenden zum Einzug des Zuzahlungsbetrages zwei unterschiedliche Verfahren an. Die Art des Verfahrens hängt davon ab, ob bereits zum Zeitpunkt der Bewilligung eine Entscheidung über die Zuzahlungspflicht, die Höhe des zu leistenden Zuzahlungsbetrages und über eine teilweise oder vollständige Befreiung von der Zuzahlung möglich ist. Um hierüber Aufschluß zu erlangen, haben die Träger der Rentenversicherung die nach dem 31. Dezember 1982 begonnenen und bis zum 30. Juni 1984 durchgeführten Maßnahmen mit Zuzahlungsinformation statistisch ausgewertet.

Die Auswertung hat zu folgenden wesentlichen Ergebnissen geführt: In der gesetzlichen Rentenversicherung wurden im Zeitraum vom 1. Januar 1983 bis 30. Juni 1984 insgesamt 615 427 Teilnehmer an stationären Heilbehandlungen mit Zuzahlungsinformation erfaßt. Davon waren 220 957 Personen (= rd. 35,9 v. H.) aufgrund der gesetzlichen Ausnahmen oder der Härteregelungen ohne Zuzahlungspflicht. Diese wiederum gliedern sich in 162 001 Personen (= rd. 73,3 v. H.) aufgrund gesetzlicher Ausnahmeregelungen und 58 956 Personen (= rd. 26,7 v. H.) wegen Anerkennung als Härtefall, wobei die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Befreiung von Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht gesondert erfaßt hatte.

Zur Zuzahlung verpflichtet waren insgesamt 368 998 Maßnahmeteilnehmer (= rd. 59,9 v. H.). Davon zur Zuzahlung von 5 DM täglich wegen der Teilnahme an einer der Krankenhauspflege vergleichbaren oder sich an diese ergänzend anschließenden Maßnahme 121 899 Personen (= rd. 33 v. H.) und zur Zuzahlung von 10 DM täglich generell 247 098 Personen (= rd. 67 v. H.).

25 472 Fälle (= rd. 4,2 v. H.) konnten nicht ausgewertet oder entschieden werden.

Die Einzelheiten enthält die Anlage 2.6.

Der Einzug des Zuzahlungsbetrages durch die Behandlungsstätte kommt in Betracht, wenn dem Träger der Rentenversicherung bei Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme die Entscheidung über eine Zuzahlung möglich und der Versicherte sowie die Behandlungsstätte rechtzeitig über die Höhe des täglich zu leistenden Betrag informiert werden können. Dieses Verfahren praktizieren die Bundes-

versicherungsanstalt für Angestellte und einige Träger der Rentenversicherung der Arbeiter.

Dabei wird die Höhe der täglichen Zuzahlung dem Versicherten mit dem Bewilligungsbescheid mitgeteilt, was auch für eine teilweise bzw. volle Befreiung von der Zuzahlung gilt, sofern hierüber zum Zeitpunkt der Bewilligung eine Aussage gemacht werden kann. Diese Information erhält auch die Behandlungsstätte und zwar zusammen mit den Einweisungsunterlagen. Sie wird auf diese Weise in die Lage versetzt, den Gesamtbetrag der Zuzahlung zu ermitteln und vom Versicherten während der Rehabilitationsmaßnahme einzuziehen.

Unterbleibt eine Zuzahlung durch den Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung oder ist ein von der tatsächlich geleisteten Zahlung abweichender Betrag zu leisten, erteilt der Rentenversicherungsträger nach Abschluß der Maßnahme einen abschließenden Bescheid und zieht die ausstehenden Zuzahlungsbeträge ein.

Die Abwicklung des Zuzahlungsverfahrens allein durch den Rentenversicherungsträger erfolgt zur Zeit durch 14 Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und die Bundesknappschaft. Dies geschieht in der Weise, daß der Zuzahlungsbescheid nach Beendigung der Heilbehandlung und Feststellung aller rechtserheblichen Tatsachen (z. B. Befreiung, vorzunehmende Anrechnungen vorangegangener Zahlungen in demselben Kalenderjahr) maschinell durch den Versicherungsträger erstellt wird. Dabei werden ggf. noch ausstehende Übergangsgeldbeträge — insbesondere für die Schonungszeit — verrechnet. Auch das weitere Einzugsverfahren führt der Versicherungsträger unmittelbar durch.

bb) Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung im Hinblick auf das Zahlungsverhalten und die verwaltungsmäßige Umsetzung

Die Versicherten haben in ihrer Gesamtheit die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen geleistet, ohne daß es zu schwerwiegenden Problemen gekommen ist. Schwierigkeiten in einzelnen Fällen sind vor allem deshalb entstanden, weil für Teilnehmer an einer stationären Heilbehandlung, die der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt, eine Härteregelung für die Befreiung von der Zuzahlungspflicht in Höhe von 5 DM täglich nicht besteht, was hauptsächlich bei Versicherten mit einem nur geringen Einkommen und aus sozial schwachen Verhältnissen, die zu meist an einer Entwöhnungsbehandlung oder an einer Behandlung wegen aktiver Tuberkulose teilgenommen haben, zur Verweigerung der Zuzahlung geführt hat. Gelegentlich wurde die Bereitschaft zur Zuzahlung auch davon abhängig gemacht, daß bestimmte Wünsche über die Art der Durchführung der Heilbehandlung oder die an die Maßnahme geknüpften Erwartungen des Versicherten erfüllt werden.

Verwaltungsmäßige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Abwicklung des Zuzahlungsverfahrens ergeben sich nach den bisherigen Erfah-

rungen der Rentenversicherungsträger, insbesondere bei der Feststellung vorangegangener Zuzahlungen, die auf den Betrag anzurechnen sind, der bei einer der Krankenhauspflege vergleichbaren oder sich an diese ergänzend anschließenden stationären Heilbehandlung zu leisten ist. Darüber hinaus wird von den Rentenversicherungsträgern darauf gelegt, daß

- über die Anrechnungsbeträge vielfach ungenaue Angaben vorliegen, so daß langwierige Ermittlungen anzustellen sind. Oftmals werden diese Beträge auch erst nachträglich bekannt, so daß eine erneute Prüfung der Tatbestände und die Erteilung eines neuen Zuzahlungsbescheides erforderlich wird;
- eine erneute Prüfung der Tatbestände sowie Ermittlungen auch aufgrund eines nachträglich eingereichten Befreiungsantrages durchzuführen ist, insbesondere in den Fällen, in denen die Einziehung der Zuzahlungsbeträge über die Rehabilitationseinrichtung erfolgt oder ein Zuzahlungsbescheid nach Abschluß der Maßnahmen ergangen ist;
- auch bei nachträglicher Gewährung von Übergangsgeld während des Lohnfortzahlungszeitraumes infolge Kurzarbeit im Betrieb oder Schlechtwettergeldzeiten ein erneuter Eintritt in das Verfahren erforderlich ist mit der Folge, daß unter Umständen bereits eingezogene Forderungen teilweise zu erstatten sind;
- bei einigen Versicherungsträgern Schwierigkeiten insoweit aufgetreten sind, als Arbeitgeber sich mitunter weigerten, eine zusätzliche Bescheinigung über das Arbeitsentgelt und das Ende des Lohnfortzahlungsanspruchs bzw. bei Notwendigkeit einer Prüfung des Familieneinkommens, Verdienstbescheinigungen für Angehörige auszustellen;
- die Realisierung der Zuzahlungsforderungen im Wege des Zwangsbeitreibungsverfahrens nach erfolgloser Mahnung im allgemeinen erhebliche Schwierigkeiten bei hohem Verwaltungsaufwand bereitet. Oftmals wird eine Stundung bzw. Niederschlagung der Forderung vorgenommen. Dies gilt insbesondere bei Sozialhilfeempfängern, die von der Zuzahlung in Höhe von 5 DM täglich nicht befreit werden können. In den meisten dieser Fälle weigern sich die Träger der Sozialhilfe, die Forderungen des Rentenversicherungsträgers — höchstens 70 DM — zu begleichen.

c) Altershilfe für Landwirte

aa) Verfahren zum Einzug der Zuzahlung

Die landwirtschaftlichen Alterskassen führen überwiegend die Abrechnung der Zuzahlung nach Beendigung der Heilbehandlung durch. Dabei erfolgt in vielen Fällen der Einzug der Zuzahlungsbeträge durch Abbuchungsermächtigung, die sich die landwirtschaftlichen Alterskassen vom Zuzahlungs-

pflichtigen ausstellen lassen. In zahlreichen Fällen wird der Zuzahlungsbetrag auch dadurch eingezogen, daß die Forderung der landwirtschaftlichen Alterskasse einvernehmlich mit Ansprüchen des Zahlungspflichtigen, z. B. auf Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Ersatzkräfte, aufgerechnet wird.

Beide Einzugsverfahren werden gleichermaßen sowohl für stationäre Heilbehandlungen mit einer Zuzahlung von 5 DM täglich wie für solche mit einer Zuzahlung von 10 DM täglich angewandt.

Es wurden in der Zeit vom 1. April 1983 bis 31. März 1984 14 189 stationäre Heilbehandlungen abgeschlossen und statistisch ausgewertet. Davon waren 2 387 Personen (= rd. 16,8 v. H.) aufgrund der gesetzlichen Ausnahmen oder der Härteregeleungen ganz oder teilweise ohne Zuzahlungspflicht. Diese wiederum gliedern sich in 1 854 Personen (= rd. 13,1 v. H.) aufgrund gesetzlicher Ausnahmeregelungen und 533 Personen (= rd. 3,7 v. H.) wegen Anerkennung als Härtefall. Von der Zuzahlung von 5 DM täglich waren 873 Teilnehmer an einer entsprechenden Maßnahme (= rd. 51 v. H.) ganz oder teilweise ausgenommen.

Zur Zuzahlung verpflichtet waren insgesamt 11 802 Maßnahmeteilnehmer (= rd. 83,2 v. H.). Davon zur Zuzahlung von 5 DM täglich wegen Teilnahme an einer der Krankenhauspflege vergleichbaren oder sich an diese ergänzend anschließenden Maßnahme 839 Personen (= rd. 7,1 v. H.) und zur Zuzahlung von 10 DM täglich 10 963 Personen (= rd. 92,9 v. H.).

Die Einzelheiten enthält die Anlage 2.7.

bb) Schwierigkeiten bei der Durchführung der Regelung

In der Altershilfe für Landwirte sind Schwierigkeiten mit dem Zahlungsverhalten nur ganz vereinzelt und mit der verwaltungsmäßigen Umsetzung nicht bekanntgeworden.

6. Verwaltungsaufwand

a) In der gesetzlichen Krankenversicherung

Hierzu haben die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung keine Angaben gemacht.

b) In der gesetzlichen Rentenversicherung

Für die Feststellung und den Einzug der Zahlungsbeträge ist nach Angaben der Rentenversicherungsträger ein nicht unerheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand erforderlich. Der durch das Zuzahlungsverfahren verursachte zusätzliche Aufwand könne jedoch nicht ohne weiteres quantifiziert werden, weil die anfallenden Arbeiten organisatorisch in den allgemeinen Arbeitsablauf integriert und deshalb oft zeitlich nicht isoliert erfaßbar seien.

c) In der Altershilfe für Landwirte

Bei den landwirtschaftlichen Alterskassen ist wegen des dort praktizierten Einzugsverfahrens ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand in nennenswertem Umfang nicht entstanden.

7. Akzeptanz bei der Bevölkerung

Eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebene Meinungsumfrage zu Selbstbeteiligungsregelungen zeigt, daß die Beurteilung der Zuzahlung bei Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen und bei Kuren bedeutend positiver ausfällt als bei Krankenhauspflege. Rund 52

v. H. der Befragten befürworteten die Maßnahme. 63 v. H. würden die Zuzahlung einer Anrechnung eines Teils des Urlaubs auf die Kur vorziehen.

Auch in Stellungnahmen der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung kommt zum Ausdruck, daß die Zuzahlungsverpflichtung bei Kuren als sozial vertretbar angesehen wird.

Nach der vorgenannten Meinungsumfrage hat die Zuzahlungsverpflichtung auf die Entscheidung von 58 v. H. der Befragten, die alle drei Jahre eine Kur machen, keinen Einfluß gehabt. 34 v. H. vertraten die Auffassung, daß sie bei Bestehen einer Zuzahlungsverpflichtung das für die Zuzahlung benötigte Geld woanders einsparen müßten.

Anlagen

Anlage 1: Anlagen zum Berichtsteil:
„Zuzahlung bei Krankenhauspflege“

Anlage 2: Anlagen zum Berichtsteil:
„Zuzahlung bei Kuren“

Anlage 3: Anlagen zum Berichtsteil:
„Negativliste“

Anlage 4: Meinungsumfrage

Anlage 1.1

**Durchschnittliche Zahl der Patienten der GKV und der Patienten ohne Zuzahlungspflicht
je Krankenhaus nach Krankenhausgrößenklasse**

Krankenhausgrößenklassen	Durchschnittliche Zahl der Patienten der GKV je Krankenhaus	Durchschnittliche Zahl der Patienten der GKV je Krankenhaus, für die keine Zuzahlungspflicht bestand	Prozentualer Anteil von 2 an 1
	1	2	3
bis zu 100 Betten	290	55	19,0
101 bis 250 Betten	705	169	24,0
251 bis 350 Betten	1 519	361	23,8
351 bis 650 Betten	2 099	585	27,9
651 und mehr Betten	6 001	1 778	29,6
gewichteter Durchschnitt*)	1 065	276	25,9

Repräsentative DKG-Erhebung im Zeitraum 1. Januar 1984 bis 31. März 1984

*) gewichtet mit dem jeweiligen Anteil der Krankenhausgrößenklassen an der Grundgesamtheit der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

Anlage 1.2

**Einzelne Gründe für die nicht bestehende
Zuzahlungspflicht**

Keine Zuzahlungspflicht, weil	Prozentualer Anteil an der Zahl der GKV- Patienten, für die keine Zuzahlungs- pflicht bestand
Patient hat bei Beginn der Krankenhauspflege das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet	57,1
teilstationäre Krankenhaus- pflege	0,9
Patient hat lt. eigener Aus- sage im Kalenderjahr be- reits für 14 Tage (70 DM) ge- zahlt	19,8
bewußtlos eingeliefert und alsbald verstorben	2,3
Fällt nicht unter die Zuzah- lung, weil keine Kranken- hauspflege, sondern Entbin- dungsanstaltspflege bis zum 6. Tag nach der Entbindung	14,5
Fällt nicht unter die Zuzah- lung, weil Krankenhausbe- handlung nach versorgungs- rechtlichen Vorschriften ...	5,3

Repräsentative DKG-Erhebung im Zeitraum 1. Januar
1984 bis 31. März 1984

Gemeinsame Empfehlung für eine Übergangsregelung zur Durchführung des § 184 Abs. 3 RVO bzw. § 17 Abs. 3 KVLG

der Deutschen Krankenhausgesellschaft
und
des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen
des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen
des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen
der Bundesknappschaft
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen
des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen
vom 22. Dezember 1982

Das Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983) ergänzt den § 184 RVO um einen neuen Absatz 3 (§ 17 Abs. 3 KVLG) dahingehend, daß der Versicherte vom Beginn der Krankenhauspflege an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 5 DM je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen hat. Von der Zuzahlungspflicht sind bestimmte Personen ausgenommen.

1. Diese Empfehlung für eine Übergangsregelung dient der Durchführung des § 184 Abs. 3 RVO (§ 17 Abs. 3 KVLG) für den Zeitraum vom 1. Januar 1983 bis zum 31. März 1983. Eine Präjudizierung der gemäß § 372 Abs. 2 Nr. 1 a RVO (§ 76 Abs. 1 KVLG) noch zu schließenden Verträge erfolgt damit nicht.
2. Das Krankenhaus händigt dem Patienten bei der Aufnahme ein Merkblatt aus, das ihn auf die

gesetzliche Verpflichtung der Zuzahlung an das Krankenhaus hinweist (s. Anlage).

3. Das Krankenhaus zieht von dem Versicherten während dessen Krankenhausaufenthalts den anfallenden Zuzahlungsbetrag ein.
4. Das Krankenhaus rechnet die eingezogenen Zuzahlungsbeträge mit der zuständigen Krankenkasse ab; der Abrechnungsmodus wird auf örtlicher Ebene vereinbart. Mit der Abrechnung benennt das Krankenhaus die betreffenden Einzelfälle (namentliche Angabe des Zuzahlungspflichtigen und des Zuzahlungszeitraumes). Soweit der Einzug im Ausnahmefall nicht möglich war, gibt das Krankenhaus den Grund dafür an.
5. Stellt die Krankenkasse fest, daß Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so erstattet sie dem Versicherten die überzahlten Beträge.

Merkblatt für gesetzlich Krankenversicherte

Mit Wirkung vom 1. Januar 1983 wurden die gesetzlichen Vorschriften dahingehend ergänzt, daß der Versicherte vom Beginn der Krankenhauspflege an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage 5 DM je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen hat. Das Krankenhaus leitet diesen Betrag an die Krankenkasse weiter.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht:

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

- bei teilstationärer Krankenhauspflege,
- bei Wöchnerinnen (Entbindungsanstaltspflege),

Wir bitten Sie, den Zuzahlungsbetrag spätestens am Tage Ihrer Entlassung zu entrichten.

Stellt die Krankenkasse fest, daß Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so werden die überzahlten Beträge von der Krankenkasse erstattet.

Anlage 1.4

**Absoluter zusätzlicher durchschnittlicher Verwaltungsaufwand
je Krankenhaus und zuzahlungspflichtiger Patient**

Krankenhausgrößenklassen	Absoluter zusätzlicher durchschnittlicher Verwaltungsaufwand in DM	
	je Krankenhaus	je zuzahlungs- pflichtiger Patient
bis zu 100 Betten	1 564,—	6,65
101 bis 250 Betten	3 522,—	6,57
251 bis 350 Betten	7 214,—	6,22
351 bis 650 Betten	13 273,—	8,76
651 und mehr Betten	35 192,—	8,33
gewichteter Durchschnitt*) ...	5 920,—	7,50

Repräsentative DKG-Erhebung im Zeitraum 1. Januar 1984 bis 31. März 1984

*) gewichtet mit dem jeweiligen Anteil der Krankenhausgrößenklassen an der Grundgesamtheit der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

Anlage 1.5

**Anteil des zusätzlichen durchschnittlichen Verwaltungsaufwands an dem durchschnittlich eingezogenen
Zahlungsbetrag je zuzahlungspflichtiger Patient nach Krankenhausgrößenklassen**

Krankenhausgrößenklassen	Durchschnittlich eingezogener Zahlungsbetrag in DM je zuzahlungspflichtiger Patient	Zusätzlicher durchschnittlicher Verwaltungsaufwand in DM je zuzahlungspflichtiger Patient	Prozentualer Anteil von 2 an 1
	1	2	3
bis zu 100 Betten	43,71	6,65	15,2
101 bis 250 Betten	47,28	6,57	13,9
251 bis 350 Betten	35,50	6,22	17,5
351 bis 650 Betten	41,52	8,76	21,1
651 und mehr Betten	39,19	8,33	21,3
gewichteter Durchschnitt*)	41,64	7,50	18,0

Repräsentative DKG-Erhebung im Zeitraum 1. Januar 1984 bis 31. März 1984

*) gewichtet mit dem jeweiligen Anteil der Krankenhausgrößenklassen an der Grundgesamtheit der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

Anlage 1.6

Patienten, die ihrer Zuzahlungspflicht nicht nachgekommen sind, nach Krankenhausgrößenklassen

Krankenhausgrößenklassen	Durchschnittliche Zahl der zuzahlungspflichtigen Patienten je Krankenhaus	Durchschnittliche Zahl der Patienten je Krankenhaus, die ihrer Zuzahlungspflicht nicht nachgekommen sind	Prozentualer Anteil von 2 an 1
	1	2	3
bis zu 100 Betten	235	9	3,8
101 bis 250 Betten	536	66	12,3
251 bis 350 Betten	1 158	178	15,4
351 bis 650 Betten	1 514	319	21,1
651 und mehr Betten	4 223	838	19,8
gewichteter Durchschnitt*)	789	125	15,8

Repräsentative DKG-Erhebung im Zeitraum 1. Januar 1984 bis 31. März 1984

*) gewichtet mit dem jeweiligen Anteil der Krankenhausgrößenklassen an der Grundgesamtheit der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland

Anlage 2.1

Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung

Nach § 1243 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 RVO (§ 20 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 AVG, § 42 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 RKG) entfällt eine Zuzahlung zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung

- bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie
- bei Betreuten, die Übergangsgeld beziehen, das nach § 1241 b RVO (§ 18 b AVG, § 40 b RKG) begrenzt ist.

Nach § 1243 Abs. 5 RVO (§ 20 Abs. 5 AVG, § 42 Abs. 5 RKG) ist darüber hinaus eine Zuzahlung nicht zu leisten, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde. Für die Befreiung von der Zuzahlung zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung gemäß § 1243 Abs. 1 RVO (§ 20 Abs. 1 AVG, § 42 Abs. 1 RKG) gelten die folgenden

RICHTLINIEN

1. Eine Zuzahlung kommt nicht in Betracht für Betreute,
 - 1.1 die Übergangsgeld in Höhe der Leistungen nach dem AFG erhalten (vgl. § 1241 Abs. 3 RVO/§ 18 Abs. 3 AVG/§ 40 Abs. 3 RKG);
 - 1.2 die Übergangsgeld in Höhe der Rente erhalten (vgl. § 1241 d Abs. 4 und 5 RVO/§ 18 d Abs. 4 und 5 AVG/§ 40 d Abs. 4 und 5 RKG);
 - 1.3 die Leistungen der Sozialhilfe beziehen, unabhängig von Art und Höhe dieser Leistungen.
2. Reicht der Zuzahlungszeitraum über sechs Wochen im Kalenderjahr oder bei Maßnahmen, die sich über das Ende eines Kalenderjahres erstrecken, über sechs Wochen insgesamt hinaus, so wird vom Beginn der siebten Woche an von der Zuzahlung abgesehen.
3. Betreute, deren monatliches Netto-Arbeitsentgelt, Netto-Arbeitseinkommen oder vergleich-

bare Lohnersatzleistungen 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigt, werden auf Antrag von der Zuzahlung ganz ausgenommen.

4. Betreute, die Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbare Lohnersatzleistungen beziehen, werden auf Antrag von der Zuzahlung teilweise befreit, wenn der Unterschiedsbetrag zwischen den tatsächlichen Nettoeinnahmen und einem fiktiv errechneten Übergangsgeld (§ 1241 b Abs. 1 Nr. 1 a RVO, § 18 b Abs. 1 Nr. 1 a AVG, § 40 b Abs. 1 Nr. 1 a RKG) den gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungsbetrag in Höhe von 10,— DM täglich nicht erreicht. In diesen Fällen ist der tägliche Differenzbetrag — gerundet auf volle DM — als Zuzahlung zu leisten.
5. Betreute, die weder Arbeitsentgelt noch Arbeitseinkommen noch vergleichbare Lohnersatzleistungen beziehen (z. B. latent Versicherte) werden auf Antrag von der Zuzahlung befreit, wenn die verfügbaren Einnahmen zum Lebensunterhalt monatlich 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nicht übersteigen.
Dieser Betrag erhöht sich für den Ehegatten bzw. für den ersten Angehörigen des Betreuten um 15 v. H. sowie für jeden weiteren Angehörigen um 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Angehörige — mit Ausnahme des Ehegatten — werden nur berücksichtigt, wenn sie von dem Betreuten oder seinem Ehegatten überwiegend unterhalten werden. Die Einnahmen des Ehegatten sowie der zu berücksichtigenden Angehörigen sind den Einnahmen zum Lebensunterhalt des Betreuten hinzuzurechnen.
6. Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung ist unter Beifügung einer Lohnbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung (z. B. Rentenbescheid) mit dem Antrag auf die stationäre Heilbehandlung einzureichen.

Anlage 2.2

Zuzahlungstabelle für 1983/1984
Versicherte und Rentner mit Kind oder bei Pflegebedürftigkeit
(§ 1241 b Abs. 1 Nr. 1 a RVO)

1983		1984	
Monatliches Nettoeinkommen DM	Tägliche Zuzahlung DM	Monatliches Nettoeinkommen DM	Tägliche Zuzahlung DM
bis 1 032,00	keine Zuzahlung	bis 1 092,00	keine Zuzahlung
1 033,00 bis 1 048,00	3,00	1 093,00 bis 1 348,00	4,00
1 049,00 bis 1 348,00	4,00	1 349,00 bis 1 648,00	5,00
1 349,00 bis 1 648,00	5,00	1 649,00 bis 1 948,00	6,00
1 649,00 bis 1 948,00	6,00	1 949,00 bis 2 248,00	7,00
1 949,00 bis 2 248,00	7,00	2 249,00 bis 2 548,00	8,00
2 249,00 bis 2 548,00	8,00	2 549,00 bis 2 848,00	9,00
2 549,00 bis 2 848,00	9,00	ab 2 849,00	10,00
ab 2 849,00	10,00		

Anlage 2.3

§ 4a

Zuzahlung

(1) Zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung zahlt der Berechtigte (§ 2 Abs. 1) an die Alterskasse für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung 10 DM zu, wenn die Alterskasse die Heilbehandlung für ihn durchführt. Dies gilt nicht bei einer stationären Heilbehandlung von Betreuten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Befindet sich der Betreute in einer stationären Heilbehandlung wegen Tuberkulose, als Abhängigkeitskranker, in stationärer psychiatrischer Behandlung, in einer Anschlußheilbehandlung oder einer Ca-Nachbehandlung, zahlt er vom Beginn dieser Heilbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 5 DM je Kalendertag. Das gleiche gilt für eine von Amts wegen durchgeführte stationäre Heilbehandlung sowie für Berechtigte nach § 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1 Buchstabe e.

(3) Im Falle des Absatzes 2 wird die an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu leistende Zuzahlung von täglich 5 DM angerechnet.

(4) Die stationäre Heilbehandlung der Alterskasse gilt bei einer Zuzahlung als Übernahme der vollen Kosten im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(5) Eine Zuzahlung nach Absatz 1 entfällt ab Beginn der siebten Woche einer stationären Heilbehandlung, wenn der Zuzahlungszeitraum für die

stationäre Heilbehandlung (§ 4) im Kalenderjahr über sechs Wochen reicht. Dies gilt auch bei Maßnahmen, die sich über das Ende eines Kalenderjahres erstrecken und insgesamt mehr als sechs Wochen dauern.

(6) Die Alterskasse sieht auf Antrag von der Zuzahlung nach Absatz 1 ab, wenn das Unternehmen eines landwirtschaftlichen Unternehmers / ein vom Vorstand der Alterskasse zu bestimmendes Mehrfaches der Mindesthöhe i. S. d. § 1 Abs. 4 GAL, / einen vom Vorstand der Alterskasse zu bestimmenden Flächenwert i. S. d. § ... der Satzung des LKK ... / das / der 40 v. H. der Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV entspricht, nicht überschreitet. Das Mehrfache der Mindesthöhe / Dieser Wert / erhöht sich für den ersten Angehörigen um 37,5 v. H. und für jeden weiteren Angehörigen um 25 v. H. Außerlandwirtschaftliche Einnahmen zum Lebensunterhalt sind entsprechend zu berücksichtigen.

(7) Im übrigen findet auf Antrag im Einzelfall eine Befreiung von der Zuzahlung nach Absatz 1 statt, wenn die Zuzahlung den Berechtigten aus anderen Gründen unzumutbar belasten würde.

(8) Die Alterskasse entscheidet über die Zuzahlung und über die Befreiung von der Zuzahlung nach Maßgabe des § 24 Abs. 2. Die stationäre Heilbehandlung wird nicht von der Zuzahlung abhängig gemacht.

Anlage 2.4

Rehabilitationsmaßnahmen wegen allgemeiner Erkrankungen, wegen Tbc und zusätzlicher Leistungen,
Rentenversicherung insgesamt

Zeitraum	Zahl der Anträge	Veränderungen zum Vorjahr in v. H.	Zahl der Bewilligungen	Veränderungen zum Vorjahr in v. H.	Zahl der abgeschlossenen HB'en	Veränderungen zum Vorjahr in v. H.
1	2	3	4	5	6	7
1981	1 048 458		903 020		838 900	
1982	781 884	– 25,4	636 506	– 29,5	771 625	– 8,0
1. Januar bis 30. Juni	385 431		294 515			
1983 1. Juli bis 31. Dezember	325 277		294 154			
gesamt	710 708	– 9,1	588 669	– 7,5	528 802	– 31,5
1984 1. Januar bis 30. Juni	479 664	+ 24,4	359 764	+ 22,2		

Anlage 2.5

Anträge auf stationäre Heilbehandlungen bei den landwirtschaftlichen Alterskassen

Zeile	Beurteilte Zeiträume		Anträge auf stationäre Heilbehandlungen		Veränderung in v. H.
1	1. Halbjahr 1981	1. Halbjahr 1982	11 071	3 014	– 27,6
2	2. Halbjahr 1981	2. Halbjahr 1982	10 864	7 498	– 31,0
3	1. Halbjahr 1982	1. Halbjahr 1983	8 014	7 739	– 3,4
4	2. Halbjahr 1982	2. Halbjahr 1983	7 498	8 392	+ 11,9
5	Zeile 3 und 4	Zeile 3 und 4	15 512	16 130	+ 4,0
6	2. Halbjahr 1982	1. Halbjahr 1983	7 498	7 738	+ 3,2
7	2. Halbjahr 1983	1. Halbjahr 1984	8 392	8 861	+ 5,6
8	Zeilen 6 und 7	Zeilen 6 und 7	15 890	16 599	+ 4,5
9	2. Quartal 1982	2. Quartal 1983	3 337	3 271	– 2,0
10	3. Quartal 1982	3. Quartal 1983	3 232	3 361	+ 4,0
11	4. Quartal 1982	4. Quartal 1983	4 266	5 031	+ 17,9
12	1. Quartal 1983	1. Quartal 1984	4 467	5 155	+ 15,4
13	2. Quartal 1983	2. Quartal 1984	3 271	3 706	+ 13,3
14	Zeilen 9, 10, 11 und 12	Zeilen 9, 10, 11 und 12	15 302	16 318	+ 9,9
15	Zeilen 12 und 13	Zeilen 12 und 13	7 738	8 861	+ 14,5

**Teilnehmer an stationären Heilbehandlungen
vom 1. Januar 1983 bis 30. Juni 1984**

1983	ArV	AnV	KnV	RV
Fälle mit Zuzahlungsinformationen	236 884	184 780	8 269	429 933
<i>davon:</i>				
mit Zuzahlungspflicht insgesamt	125 457	141 257	3 751	270 465
davon mit 5,— DM täglich	43 340	49 231	1 305	93 876
(in % der erfaßten Fälle)	(34,5 %)	(34,8 %)	(34,8 %)	(34,7 %)
davon mit 10,— DM täglich	82 117	92 026	2 446	176 589
(in % der erfaßten Fälle)	(65,5 %)	(65,2 %)	(65,2 %)	(65,3 %)
ohne Zuzahlungspflicht insgesamt	101 815	40 385	3 776	145 976
(in % der erfaßten Fälle)	(43,0 %)	(21,9 %)	(45,7 %)	(34,0 %)
<i>davon befreit:</i>				
wegen Alter unter 18 Jahren	8 384	4*)	118	8 506*)
	(8,3 %)		(3,1 %)	(5,8 %)
wegen Übergangsgeldbezug	72 269	25 989	1 836	100 094
	(71 %)	(64,4 %)	(48,7 %)	(68,6 %)
wegen Anrechnung vorheriger Zuzahlungen	12 317	13 151	355	25 823
	(12 %)	(32,6 %)	(9,4 %)	(17,7 %)
aufgrund Einkommenslage	6 473	—*)	35	6 508*)
	(6,4 %)		(0,9 %)	(4,4 %)
sonstige Gründe	2 372	1 241	1 432	5 045
	(2,3 %)	(3,0 %)	(37,9 %)	(3,5 %)
Fälle ohne Entscheidung und nicht auswertbare Fälle	9 612	3 138	742	13 492

*) wird von der BfA nicht erfaßt; 4 Fälle = Seekasse AV

1984 (1. Halbjahr)	ArV	AnV	KnV	RV
Fälle mit Zuzahlungsinformationen	130 575	49 592	5 327	185 494
<i>davon:</i>				
mit Zuzahlungspflicht insgesamt	59 321	36 683	2 529	98 533
davon mit 5,— DM täglich	17 321	9 866	836	28 023
(in % der erfaßten Fälle)	(29,2 %)	(24,4 %)	(33,1 %)	(28,4 %)
davon mit 10,— DM täglich	42 000	26 817	1 693	70 510
(in % der erfaßten Fälle)	(70,8 %)	(75,6 %)	(66,9 %)	(71,6 %)
ohne Zuzahlungspflicht insgesamt	59 873	12 909	2 199	74 981
(in % der erfaßten Fälle)	(45,9 %)	(26,0 %)	(41,3 %)	(40,4 %)
<i>davon befreit:</i>				
wegen Alter unter 18 Jahren	3 260	*)	108	3 368
	(5,4 %)		(4,9 %)	(4,5 %)
wegen Übergangsgeldbezug	41 851	7 370	812	50 033
	(69,9 %)	(57,1 %)	(36,9 %)	(66,7 %)
wegen Anrechnung vorheriger Zuzahlungen	8 252	3 312	316	12 380
	(13,8 %)	(29,5 %)	(14,4 %)	(16,5 %)
aufgrund Einkommenslage	4 936	1 708	19	6 663
	(8,2 %)	(13,2 %)	(0,9 %)	(8,9 %)
sonstige Gründe	1 574	19	944	2 537
	(2,6 %)	(0,2 %)	(42,9 %)	(3,4 %)
Fälle ohne Entscheidung und nicht auswertbare Fälle	11 381	—	599	11 980

*) wird von der BfA nicht erfaßt

Anlage 2.7

Übersicht über die Zuzahlungsfälle nach § 1243 RVO in der LAH

— Berichtszeitraum 1. April 1983 bis 31. März 1984 —

LAK in	Stationäre Heilbehandlungen insgesamt	davon				von den 5 DM Zuzahlungsfällen (Sp. 2) sind			
		5 DM Zuzahlungsfälle		10 DM Zuzahlungsfälle		zuzahlungspflichtig für 14 Tage		nicht zuzahlungspflichtig wegen Minderjährigkeit des Betreuten	
		absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kiel	1 244	197	15,84	1 047	84,16	67	34,01	0	0,00
Oldenburg	513	31	6,04	482	93,96	4	12,90	0	0,00
Hannover	2 904	286	9,85	2 618	90,15	162	56,64	0	0,00
Braunschweig	155	12	7,74	143	92,26	0	0,00	0	0,00
Detmold	133	6	4,51	127	95,49	1	16,67	0	0,00
Düsseldorf	1 074	115	10,71	959	89,29	39	33,91	0	0,00
Münster	1 784	167	9,36	1 617	90,64	124	74,25	1	0,60
Kassel	805	100	12,42	705	87,58	55	55,00	3	3,00
Darmstadt	314	17	5,41	297	94,59	5	29,41	0	0,00
Speyer	621	64	10,31	557	89,69	60	93,75	0	0,00
Saarbrücken	36	9	25,00	27	75,00	6	66,67	0	0,00
Bayreuth	613	87	14,19	526	85,81	50	57,47	0	0,00
Landshut	584	92	15,75	492	84,25	54	58,70	0	0,00
Würzburg	487	50	10,27	437	89,73	46	92,00	0	0,00
Augsburg	481	96	19,96	385	80,04	46	47,92	0	0,00
München	524	86	16,41	438	83,59	26	30,23	0	0,00
Karlsruhe	488	76	15,57	412	84,43	24	31,58	0	0,00
Stuttgart	771	123	15,95	648	84,05	31	25,20	3	2,44
Gartenbau	658	98	14,89	560	85,11	39	39,80	0	0,00
Zusammen	14 189	1 712	12,07	12 477	87,93	839	49,01	7	0,41

noch Anlage 2.7

von den 5 DM Zuzahlungsfällen (Sp. 2) sind				von den 10 DM Zuzahlungsfällen (Sp. 4) sind							
nicht oder für weniger als 14 Tage zuzahlungspflichtig wegen Anrechnung der Zuzahlungen an Krankenhäuser		nicht oder für weniger als 14 Tage zuzahlungspflichtig wegen sonstiger Gründe		zuzahlungspflichtig für die Dauer der stationären Heilbehandlung		nicht zuzahlungspflichtig wegen Minderjährigkeit des Betreuten		nicht zuzahlungspflichtig ab der 6. Woche		nicht oder nur teilweise zuzahlungspflichtig wegen Anerkennung als Härtefall	
absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 1 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 4 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 4 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 4 in v. H.	absolut	Anteil zu Sp. 4 in v. H.
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
129	65,48	1	0,51	874	83,48	134	12,80	0	0,00	39	3,72
27	87,10	0	0,00	414	85,89	30	6,22	1	0,21	37	7,68
124	43,36	0	0,00	2 352	89,84	229	8,75	2	0,08	35	1,34
12	100,00	0	0,00	137	95,80	5	3,50	0	0,00	1	0,70
5	83,33	0	0,00	109	85,83	13	10,24	0	0,00	5	3,94
76	66,09	0	0,00	873	91,03	74	7,72	5	0,52	7	0,73
42	25,15	0	0,00	1 475	91,22	132	8,16	0	0,00	10	0,62
40	40,00	2	2,00	630	89,36	53	7,52	0	0,00	22	3,12
9	52,94	3	17,65	264	88,89	25	8,42	2	0,67	6	2,02
3	4,69	1	1,56	506	90,84	46	8,26	2	0,36	3	0,54
3	33,33	0	0,00	22	81,48	4	14,81	0	0,00	1	3,70
35	40,23	2	2,30	429	81,56	18	3,42	3	0,57	76	14,45
38	41,30	0	0,00	369	75,00	23	4,67	2	0,41	98	19,92
4	8,00	0	0,00	368	84,21	47	10,76	2	0,46	20	4,58
50	52,08	0	0,00	352	91,43	22	5,71	0	0,00	11	2,86
59	68,60	1	1,17	376	85,84	20	4,57	2	0,46	40	9,13
52	68,42	0	0,00	357	86,65	28	6,80	4	0,97	23	5,58
84	68,20	5	1,0	530	81,79	53	8,18	2	0,31	63	9,72
58	59,18	1	1,02	526	93,93	25	4,46	2	0,36	7	1,25
850	49,65	16	0,93	10 963	87,87	981	7,86	29	0,23	504	4,04

Anlage 3.1

Berichtsschema des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung

A. Berichtsauftrag

Bericht über die Erfahrungen, „die über die Regelung vorliegen, daß die in § 182f Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Arzneimittel in der Regel nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfen; dabei ist insbesondere über die gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen sowie über die Auswirkungen auf dem Arzneimittelmarkt zu berichten“.

B. Zusammenfassende Bewertung und
Schlußfolgerungen

(aus der Sicht des Berichtenden)

C. Einzelfeststellungen

(— die Gliederungspunkte sind thematische Schwerpunkte, zu denen Erfahrungen aus der Sicht des Berichtenden mitgeteilt werden sollen, soweit er betroffen ist)

1. Die Umsetzung der Neuregelung

- a) Anwendungsempfehlungen für die Krankenkassen und Kassenärzte
 - aa) zu den ausgeschlossenen Arzneimitteln
 - bb) zur „Härteklausel“
- b) Regelungen nach § 388g Abs. 5 RVO:
 - aa) Ausnahmen für die Anwendung der Arzneimittel in der Sprechstunde
 - bb) Aufstellung von „Listen“
- c) Unterrichtung der Kassenärzte und Versicherten

2. Erfahrungen mit der Anwendungspraxis der Regelung aus der Sicht der

- a) Krankenkassen (auch zu Fragen der Inanspruchnahme der „Härteklausel“)
- b) Kassenärzte
- c) Apotheken
- d) Versicherten
- e) sind Gerichtsentscheidungen bekannt?

3. Finanzielle Auswirkungen

- a) Feststellungen zur finanziellen Entlastung der GKV hinsichtlich der ausgeschlossenen Arzneimittelgruppen

- b) Feststellungen zum verbliebenen Umfang der Ausgaben hinsichtlich der ausgeschlossenen Arzneimittelgruppen

- c) sind Substitutionspräparate in signifikant höherem Umfang zu Lasten der GKV verordnet worden?

- d) Sind im Zusammenhang mit der Regelung des § 182f RVO in anderen Leistungsbereichen Ausgabenkürzungen oder Ausgabensteigerungen festzustellen (z. B. eine Vermehrung bestimmter ärztlicher Leistungen an Stelle von bisher üblicher medikamentöser Therapie)?

4. Gesundheitliche Auswirkungen

- a) Änderungen der Versorgungsweise der Ärzte?

- aa) Arzneimittelsubstitutionen?

- bb) Verzicht auf medikamentöse Therapie in bestimmten Fällen?

- cc) Empfehlungen zu nicht-medikamentöser Therapie, Hausmittel?

- b) Haben sich durch die Ausschlußregelung für bestimmte Patienten bei bestimmten Krankheitsbildern erhebliche oder unzumutbare Versorgungsschwierigkeiten ergeben?

- c) Verhaltensänderungen der Versicherten (z. B. Rückgang der Arztbesuche bei bestimmten Krankheitsbildern? Mehr Selbstmedikation)?

5. Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt (pharmazeutische Industrie/Apotheken)

- a) Angaben zu wirtschaftlichen Auswirkungen (Ertragslage/Umsätze)

- aa) für die ausgenommenen Arzneimittel nach § 182f Abs. 2 RVO

- bb) für den Selbstmedikationsmarkt

- b) Auswirkungen der Regelung auf die Struktur des Arzneimittelangebots?

- c) Reaktionen der pharmazeutischen Unternehmen auf die Regelung

- aa) in Produkt- und Vertriebsstrategien?

- bb) in der Forschung?

- d) Reaktionen der Apotheken (z. B. vermehrte Beratung durch Apotheker)?

Anlage 3.2

Zusammenfassende Bewertungen aus den Einzelberichten der Spitzenorganisationen

Anlage 3.2.1

Bundesverbände der Krankenkassen

1. Der von der Bundesregierung in der Beratung des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 erwartete Entlastungseffekt ist zu etwa 60 v. H. eingetreten (ca. 381,4 Mio. DM).
2. Trotz des o. g. Entlastungseffektes sind die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1983 um ca. 760 Mio. DM gestiegen.
3. Die entstehenden finanziellen Spielräume der Krankenkassen sind durch die Preis- und Produktpolitik sowie durch ein offensives Marketing in der pharmazeutischen Industrie wieder verlorengegangen. Dieser Trend setzt sich im übrigen noch verstärkt im ersten Halbjahr 1984 fort.
4. Kostendämpfende Effekte durch geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung sind für die Krankenkassen nicht zu erkennen. Einzelne Indizien sprechen für solche Effekte, jedoch hat die Struktur der ärztlichen Versorgung diese Effekte wieder kompensiert. Auch dieser Trend setzt sich in den Ergebnissen des ersten Halbjahres 1984 verstärkt fort.
5. Aus der Entwicklung einzelner Indikationsgruppen (Antibiotika, Chemotherapeutika) ist partiell ein gesundheitspolitisch bedenklicher Trend zur Substitution in stark wirksame Pharmaka erkennbar.

Anlage 3.2.2

Kassenärztliche Bundesvereinigung

1. Die Einsparung für die gesetzliche Krankenversicherung durch die Neuregelung des § 182 f Abs. 2 RVO liegt mit rund 255 Mio. DM deutlich unter der Erwartung. Ausgabenzuwächse bei anderen Indikationsgruppen bleiben dabei unberücksichtigt.
 2. Der Einschränkung der Verordnungsfähigkeit gewisser Arzneimittelgruppen auf Kassenrezept begegnen die Kassenärzte in erster Linie durch Verordnung auf Privatrezept, Abgabe von Ärztemustern oder Empfehlung von Hausmitteln.
Eine Substitution durch Arzneimittel anderer Indikationsgruppen spielt eine untergeordnete Rolle.
 3. Bei Einführung der Neuregelung hatten 80 v. H. der Allgemein-/Praktischen Ärzte Auseinandersetzungen mit ihren Patienten. Noch heute haben nahezu 40 v. H. der Allgemein-/Praktischen Ärzte Schwierigkeiten. 90 v. H. fühlen sich durch die „Negativliste“ behindert.
 4. Einem starken Rückgang der Zahl der Verordnungen der von der Neuregelung betroffenen Indikationsgruppen steht ein wesentlich geringerer Umsatzverlust der Hersteller gegenüber. Entsprechend hat die Selbstmedikation deutlich zugenommen. Letzteres gilt vor allem für die Abführ- und Schnupfenmittel.
 5. Die Notwendigkeit, Arzneimittel selber bezahlen zu müssen, betrifft insbesondere ältere Personen (Rentner) und ist daher sozial fraglich.
 6. Die Neuregelung hat zwar bei den Allgemein-/Praktischen Ärzten zu einem Fallzahlrückgang um ca. 1,5 Prozentpunkte (1,5 Mio. Fälle pro Jahr) geführt, gleichzeitig traten aber in ca. 2 Mio. Behandlungsfällen Zeichen einer Krankheitsverschleppung durch zu späten Arztkontakt auf.
In 60 v. H. dieser Fälle stellten sich Komplikationen ein (Nasennebenhöhlenentzündung, Bronchitis, Mittelohrentzündung).
Als Folge der Komplikationen mußte nicht nur eine den Patienten belastendere Diagnostik (Röntgen), sondern auch eine „schärfere“ Therapie (Einsatz von Antibiotika) vorgenommen werden.
- Zusammenfassend muß die Neuregelung aus medizinischer Sicht als bedenklich bezeichnet werden.

Anlage 3.2.3**Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände**

Nach übereinstimmender Auffassung aller in der Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände zusammengeschlossenen Ärzteverbände hat sich erwiesen, daß die von der Ärzteschaft bereits vor der gesetzlichen Einführung der Ausschlußregelung geäußerten Bedenken gerechtfertigt waren. Die Regelung des § 182f RVO hat sich auf die medizinische

Versorgung der Bevölkerung, auf die ärztliche Praxis und in sozialer Hinsicht nachteilig ausgewirkt.

Die aufgetretenen Probleme werden ausführlich in der Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 4. Oktober 1984 dargestellt. Die Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände schließt sich insoweit dieser Stellungnahme an.

Anlage 3.2.4**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**

Hinsichtlich der privaten Verordnung von „Bagatellarzneimitteln“ bezüglich der die Zahnärzte interessierenden Mund- und Rachentherapeutika (§ 182f Abs. 2 Nr. 2 RVO) sind keine Schwierigkeiten bekannt. Die Versicherten haben sich offensichtlich mit der Regelung abgefunden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben eine gemeinsame Erklärung herausgegeben, um bei der Auslegung des § 182f Abs. 2 auftretende Schwierigkeiten zu beseitigen.

Der die Zahnärzte betreffende Teil über Mund- und Rachentherapeutika (§ 182f Abs. 2 Nr. 2 RVO) wurde sowohl allen Kassenzahnärztlichen Vereini-

gungen übermittelt, als auch in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (ZM 7/1983) veröffentlicht.

Schwierigkeiten bei der Anwendungspraxis der Regelung aus der Sicht der Kassenzahnärzte sind uns nicht bekannt.

Über finanzielle Auswirkungen liegen keine relevanten Erkenntnisse vor, da das Abrechnungsvolumen über Mund- und Rachentherapeutika gering sein dürfte und kein entsprechendes Zahlenmaterial existiert.

Gesundheitliche Auswirkungen sind nicht erkennbar; für Patienten haben sich bei Krankheitsbildern des zahnmedizinischen Sektors keine Versorgungsschwierigkeiten ergeben und es dürfte kein Rückgang der Zahnarztbesuche zu verzeichnen sein.

Anlage 3.2.5**Bundesverband der pharmazeutischen Industrie**

Die Negativliste in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatte in den 12 Monaten seit ihrem Inkrafttreten am 1. April 1983 bei allen Beteiligten erhebliche Auswirkungen, die insgesamt als eher unerwünscht zu bewerten sind. Allgemein läßt sich feststellen, daß

- mittelständische pharmazeutische Hersteller besonders hart betroffen worden sind,
- bei zunächst „geringfügigen“ Gesundheitsstörungen eine erhebliche Zunahme ernsthafterer Diagnosen zu beobachten ist,
- die Verordnung stark wirksamer Arzneimittel bei den durch die Negativliste berührten Krankheitsgruppen zunahm,
- eine gesamtkostendämpfende Wirkung zweifelhaft ist, weil an Stelle von Arzneimitteln, die aus

der Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung herausgenommen worden sind, andere Medikamente oder andere medizinische Behandlungsformen eingesetzt worden sind.

Es ist also genau die Fehlentwicklung eingetreten, vor der nicht nur der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, sondern auch Ärzteschaft und Vertreter der Krankenkassen gewarnt haben.

Berücksichtigt man, daß über den Arzneimittelbereich hinaus beträchtliche Substitutionskosten ausgelöst worden sind (erhöhte Kosten bei Diagnose, physikalischer Therapie, Heil- und Hilfsmitteln etc.), dann ist in Anlehnung an gesundheitsökonomische Studien, wie sie in den USA durchgeführt wurden (Louisiana, Texas), die Annahme gerechtfertigt, daß die Negativliste eher Mehrkosten als Einsparungen bewirkt haben dürfte.

Anlage 3.2.6

Bundeschfachverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BHI)

Aufgrund der Mitgliederstruktur des Verbandes, die primär OTC orientiert ist, mußte bereits vorab davon ausgegangen werden, daß ein Großteil der Firmen von der Negativliste nicht betroffen ist, da deren Präparate auch schon vor Inkrafttreten der Liste keinen, oder wenn, nur einen geringen Verordnungsanteil aufweisen konnten.

Auswirkungen der Regelung auf die Struktur des Arzneimittelangebotes sind anhand der ausgewerteten Fragebögen nicht zu erkennen. Reaktionen der pharmazeutischen Unternehmen auf die Regelung können aufgrund der Auswertungen wie folgt zusammengefaßt werden:

Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Unternehmen hat

- keine Produkte aus dem Programm oder Veränderungen am Produkt vorgenommen,
- keine neuen Produkte (Lizenzen) gekauft, verkauft oder Alternativpräparate eingesetzt,

- keine Vertriebsorganisation mit einem OTC-Außendienst oder eine Verlagerung in andere Vertriebskanäle vorgenommen,

- kein Personal abgebaut,

- nicht die Forschung und Entwicklung von den in der Negativliste betroffenen Präparaten eingestellt,

- etwa die Hälfte der Unternehmen haben

- die Publikumswerbung verstärkt eingesetzt,

- ca. zwei Drittel der Unternehmen erforschen weiter neue Produkte.

Die Unternehmen haben am Produkt selbst im Verhältnis zu Forschung und Entwicklung und im personellen Bereich die wenigsten Änderungen bzw. Abstriche vorgenommen. Im Bereich Vertrieb und Werbung wurden mehr Mittel eingesetzt.

Anlage 3.2.7

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

1. Die finanziellen Einsparungen, die von der Bundesregierung erwartet wurden, sind nur zum Teil eingetreten.

2. Versicherte, Krankenkassen, Ärzte und pharmazeutische Industrie haben auf die Ausgrenzung reagiert und verbliebene Freiräume genutzt (Selbstmedikation, Verzicht, Substitution durch Arzneimittelmuster oder Einsatz anderer Arzneimittel bei Verschleppung, Marketingmaßnah-

men, Absatzstrategien außerhalb der Apotheken).

3. Bei den Apotheken sind namhafte Verluste eingetreten.

4. Die Erfahrungen hinsichtlich der Möglichkeit, Ausgrenzungen über die Beschreibung von Indikationen vorzunehmen, fallen unterschiedlich aus je nachdem, ob es sich um wissenschaftlich einwandfreie und für die medizinische Praxis geläufige Definitionen handelt oder nicht.

Anlage 3.2.8

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Die in § 182f RVO vorgenommene Ausgliederung von Leistungen, die mehr dem allgemeinen Lebensbedarf zuzurechnen sind, aus dem Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich als richtig erwiesen. Die Versicherten haben diese Regelung inzwischen akzeptiert. Negative Auswirkungen auf deren Gesundheitszustand sind nicht eingetreten.

Feststellbaren Veränderungen im Verordnungsverhalten der Ärzte mit der Tendenz zur Verschreibung stärkerer Medikamente oder anderer medizinischer Leistungen, die zu Lasten der Krankenkassen gehen, ist mit verstärkten Aufklärungsmaßnah-

men seitens der ärztlichen Organisationen bzw. der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zu begegnen. Entsprechendes gilt für die Beratung der Versicherten in Apotheken.

Künftig kommt es darauf an, die Entlastungswirkung des § 182f RVO für die gesetzliche Krankenversicherung voll zu realisieren und diese Regelung schrittweise auszubauen. Die Konzentration auf das gesundheitspolitisch Notwendige ist angesichts der aktuellen Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung eine Aufgabe, die immer dringender wird.

Anlage 3.2.9

Deutscher Gewerkschaftsbund

Die vorliegenden Ergebnisse lassen eine eindeutige positive oder negative Bewertung nicht zu:

1. Der Rückgang des Konsums von, zum größten Teil therapeutisch sinnlosen Medikamenten, ist sicher positiv zu werten.
2. Die Zunahme der Selbstmedikation (mit Bagatellarzneimitteln) ist nicht eindeutig zu beurteilen; negative gesundheitliche Wirkungen sind nicht belegt und auch kaum plausibel. Außerdem müßte in eine solche Kritik der gesamte Selbstmedikationsmarkt einbezogen werden.
3. Negativ zu bewerten sind Substitutionen zugunsten stärker wirksamer Medikamente (Antibiotika, Sulfonamide).

Insgesamt gesehen lassen sich aber die, von verschiedenen Verbänden ausgesprochenen negativen Bewertungen nicht begründen.

Allerdings — und dies scheint uns ein wesentlicher Punkt zu sein — ist offenkundig, daß die Pharmaindustrie durch aggressivere Werbung und Absatzstrategie insgesamt erfolgreich versucht hat, erwartete Umsatzeinbußen bei Bagatellarzneimitteln in anderen Bereichen zu überkompensieren. Berechtigterweise kann daher behauptet werden, daß die Einsparungen bei den Krankenkassen aufgrund der Negativliste nur vordergründig sind. Als Fazit kann man daher ziehen, daß es sich aufgrund von Ausweich- und Kompensationsreaktionen durch die Leistungsanbieter nicht lohnen dürfte, das Konzept von Negativlisten weiter zu verfolgen. Sowohl unter gesundheitspolitischen wie auch unter Wirtschaftlichkeitserwägungen halten wir es für sinnvoller, künftig auf die Entwicklung einer möglichst verbindlichen, positiven Empfehlungsliste zu setzen.

Anlage 3.3

Gemeinsame Erklärung

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen
der Bundesverband der Innungskrankenkassen
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

der Verband der Angestellten-Krankenkassen eV
der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen eV
die Bundesknappschaft

einerseits

sowie

die Kassenärztliche Bundesvereinigung

andererseits

geben angesichts der erheblichen Auslegungsschwierigkeiten des § 182f Abs. 2 RVO bzw. des § 16 a Abs. 2 KVLG, wonach

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit

aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. April 1983 ausgeschlossen sind, folgende erste Erklärung zur Anwendung dieser Vorschriften in der ambulanten kassen-/vertragsärztlichen Versorgung ab:

Zu Abs. 2 Nr. 1

Die Begriffe „Erkältungskrankheit“ bzw. „grippaler Infekt“ sind wissenschaftlich nicht eindeutig definiert. Im allgemeinen versteht man darunter Lokalinfektionen der oberen und mittleren Luftwege, die mit Fieber, Kopfschmerzen, Rhinitis, Pharyngitis, trockenem Husten, Conjunctivitis o. a. einhergehen können. Dabei wird in Schweregrade nicht unterschieden.

Die Herausnahme der im Gesetz aufgeführten Arzneimittelgruppen in den genannten Anwendungsgebieten¹⁾ aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung soll in Anlehnung an die Begründung zum Gesetz der Tatbestand der „Befind-

¹⁾ Dies gilt für alle Arzneimittel, die den Indikationsanspruch erheben, bei „Erkältungskrankheiten“ bzw. bei „grippalen Infekten“ wirksam zu sein. Beispielhaft wird auf Arzneimittel verwiesen, die als Analgetika, Antitusiva/Expektorantien, Grippemittel und Rhinologika in entsprechenden Arzneimittelverzeichnissen (z. B. „Rote Liste“, Liste „Pharmindex“) aufgeführt sind.

lichkeitsstörung“ zugrunde liegen. Entsprechend dürfen bei „Erkältungskrankheiten“ bzw. „grippalen Infekten“, die sich als „Befindlichkeitsstörung“ darstellen, Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. In diesen Fällen soll — wenn überhaupt — auf bewährte Hausmittel verwiesen werden. Die Vertragspartner appellieren an die Kassen-/Vertragsärzte, diesem Gesichtspunkt verstärkt Rechnung zu tragen. Sollte dennoch im Einzelfall die Verordnung eines Arzneimittels gewünscht werden, so ist diese auf Privatrezept vorzunehmen.

Bei stärker ausgeprägter Symptomatik sowie Verdacht auf Komplikationen handelt es sich nach Auffassung der Vertragspartner nicht mehr nur um eine „Befindlichkeitsstörung“.

Zu Abs. 2 Nr. 2

Mund- und Rachentherapeutika sind grundsätzlich²⁾ bei Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Zur Linderung entsprechender Beschwerden sind lokal anzuwendende Mund- und Rachentherapeutika mit antiphlogistischer, antiseptischer, anästhesierender, adstringierender oder abschwellender Wirkung³⁾ auf Privatrezept zu verordnen.

²⁾ Von dem Ausschluß sind lokal anzuwendende Arzneimittel nicht betroffen, die bei ulcerierenden Erkrankungen, nach operativen Eingriffen und bei Pilzkrankungen im Mund-Rachenraum verordnet werden. Dies gilt auch für die Verordnung von künstlichem Speichel.

³⁾ Dies gilt für alle Arzneimittel mit entsprechender Wirkung. Beispielhaft wird auf Arzneimittel verwiesen, die als Mund- und Rachentherapeutika in entsprechenden Arzneimittelverzeichnissen (z. B. „Rote Liste“, Liste „Pharmindex“) aufgeführt sind.

Zu Abs. 2 Nr. 3

Abführmittel⁴⁾ sind aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Bei entsprechender Indikation ist die Verordnung eines Abführmittels nicht mehr auf Kassen-, sondern auf Privatrezept vorzunehmen.

Zu Abs. 2 Nr. 4

Arzneimittel gegen Reisekrankheiten⁵⁾ sind aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Bei der Indikation Reisekrankheit sind die entsprechenden Arzneimittel nicht mehr auf Kassen-, sondern auf Privatrezept zu verordnen.

Die Vertragspartner werden die Auswirkungen der Vorschriften des § 182f RVO/§ 16a KVLG insbesondere im Hinblick auf die von ihnen erklärte Anwendung des Absatzes 2 auf die ambulante kassen-/vertragsärztliche Versorgung an Hand der bis 31. März 1984 anfallenden Ergebnisse sorgfältig prüfen. Ihr Ziel wird es dabei auch sein, insbesondere diese Aussage für die Herausnahme der bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten anzuwendenden Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu präzisieren.

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Siegburg, Bochum, Köln, 3. März 1983

⁴⁾ Dies gilt für Arzneimittel, die als Laxantia in entsprechenden Arzneimittelverzeichnissen (z. B. „Rote Liste“, Liste „Pharmindex“) aufgeführt sind.

⁵⁾ Beispielhaft wird auf Arzneimittel verwiesen, die als Antivertiginosa in entsprechenden Arzneimittelverzeichnissen (z. B. „Rote Liste“, Liste „Pharmindex“) aufgeführt sind.

Anlage 3.4

Auszug aus dem Beschluß des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages

Der Petitionsausschuß vertritt die Auffassung, daß bei bestimmten schweren Erkrankungen, zu denen auch die Multiple Sklerose zählt, die die ständige Einnahme bestimmter Arzneimittel, hier von Abführmitteln, erfordern, die Krankenkassen durch Gesetz verpflichtet werden sollen, die Kosten hierfür auch ohne Prüfung der Einkünfte des Patienten zu übernehmen. So würde eine Angleichung der Voraussetzungen nach § 182f Abs. 1 Satz 3 zu denen nach § 182f Abs. 3 Satz 2 RVO erfolgen, wobei letz-

tere Bestimmung die Kostenübernahme durch die Krankenkasse von besonderen medizinischen Voraussetzungen, nicht aber von finanziellen Erwägungen abhängig macht. In diesem Sinne sollte der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Überlegungen für eine Gesetzesänderung anstellen sowie diese Erwägungen bei dem zu erstattenden Erfahrungsbericht an den Deutschen Bundestag miteinbeziehen.

Anlage 3.5

Tabellen zur finanziellen Auswirkung

Anlage 3.5.1

**Berechnung der Spitzenverbände der Krankenkassen
Vergleich 1982/Gleitjahr 1983/84 (1. April 1983 bis 31. März 1984)**

Umsatzentwicklung und Verordnungsentwicklung GKV

Präparatengruppe	Umsatzentwicklung		Verordnungs- entwicklung
	v. H.	Mio. DM	v. H.
Gesamtmarkt	+ 6,6		- 13,1
Gesamtmarkt ohne § 182 f RVO	+ 9,5		- 7,5
1. Mittel gegen Reisekrankheit	+ 3,5	+ 2,3	- 12,3
2. Hustenmittel	- 9,5	- 52,3	- 24,9
3. Grippemittel	- 55,3	- 39,3	- 61,6
4. Abführmittel	- 80,0	- 94,2	- 83,7
5. Mund- und Rachenmittel	- 59,4	- 94,4	- 65,5
6. Schnupfenmittel	- 23,6	- 38,1	- 35,7
7. „Bagatellarzneimittel“	- 28,1	- 316,0	- 42,4
8. Schmerz-/Rheumamittel	+ 0,8		- 17,3

**Tatsächlicher Einspareffekt
(in Mio. DM)**

Indikationsklasse	Einspareffekt 1. April 1983 bis 31. März 1984
(5) Analgetica für Erkältungen	(? 81,9)
13 Antiemetica	ca. 2,2
23 Hustenmittel	ca. 94,7
44 Grippemittel	ca. 45,0
55 Abführmittel	ca. 102,3
62 Mund- und Rachentherapeutica	ca. 107,7
71 Schnupfenmittel	ca. 50,8
Summe	ca. 484,9
Apothekenrabatt 5 v.H. .	24,2
Verordnungsblattgebühr	79,3
Ergebnis	ca. 381,4

Anlage 3.5.2

Umsatzentwicklung der von Negativlisten betroffenen Arzneimittelgruppen
 Gleitjahr 1. April 1983 bis 31. März 1984 gegenüber gleichem Vorjahreszeitraum

Zeitraum/Indikationsgruppen	Gleitjahr 82/83	Gleitjahr 83/84	Veränderung in v. H.
	Mio. DM	Mio. DM	
Apothekenmarkt insgesamt	10 418,537	10 919,962	+ 4,8
(Herstellerpreise)			(= 501,425 Mio. DM)
Mittel gegen Reisekrankheit	41,732	42,548	+ 2,0
Abführmittel	142,861	113,853	- 20,3
Schmerzmittel	415,665	406,273	- 2,3
Mittel gegen Schnupfen	125,980	116,784	- 7,3
Halsschmerzmittel	103,209	75,249	- 27,1
Einreibungsmittel und Inhalate gegen Erkältung ..	39,583	33,967	- 14,2
Husten- und Erkältungspräparate	418,281	379,663	- 9,2
Summe der Gruppen	1 287,311	1 168,337	- 9,2
Umsatzrückgang absolut zu Herstellerpreisen			- 118,974 Mio. DM
Umsatzrückgang zu Endverbraucherpreisen ..			ca. 238 Mio. DM

(Quelle: IMS)

Anlage 3.6

Auszug aus dem Bericht des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie**„Beispiel Bronchitis**

Bei verknüpfter Betrachtung von Diagnosen und Verordnungen zeigt sich am konkreten Beispiel der Bronchitiden, daß die Negativliste erhebliche Mehrkosten verursacht. In den zwölf Monaten seit Inkrafttreten der Negativliste haben die Ärzte im Vergleich zu den vorangegangenen zwölf Monaten bei einfacher Bronchitis um 26,5 Prozent weniger Medikamente verordnet. Dadurch sind Minderkosten von 20,6 Millionen DM zu Herstellerabgabepreisen

bzw. rund 41 Millionen DM zu Endverbraucherpreisen entstanden.

Gleichzeitig stieg jedoch die Verordnung von relativ teuren Medikamenten — Hustenblocker, Bronchodilatoren, Expektorantien und Chemotherapeutika — bei akuter Bronchitis um 61 Prozent und bei chronischer Bronchitis um 21 Prozent. Bei diesen beiden Indikationsgruppen stiegen die Kosten um 21,6 Millionen DM zu Herstellerpreisen oder knapp 43 Millionen DM zu Verbraucherpreisen.

Diagnose	Verordnungen 1982/83	in Mio. 1983/84	Veränderung in v. H.
einfache Bronchitis	16,033	10,188	- 26,5
chronische Bronchitis	4,197	5,067	+ 20,7
akute Bronchitis	1,230	1,981	+ 61,1
	21,460	17,236	- 19,7

Die Verschiebung der Diagnose zur „akuten“ und „chronischen“ Bronchitis beruht aller Wahrscheinlichkeit nicht nur auf einer Ausnutzung des Interpretationsspielraums des Arztes, sondern auch auf einer echten Krankheitsentwicklung aufgrund verschleppter Diagnosen. Dafür spricht auch, daß die Zahl der diagnostizierten Pneumonien im Jahr nach Inkrafttreten der Negativliste um 20,4 Prozent gestiegen ist.

Mit der Stellung der schwerwiegenden Diagnose verlagerte sich auch die Therapie hin zu wirksameren und teureren Präparategruppen. Die Verordnung von Antitussiva z. B. ging bei den GKV-versicherten Erwachsenen um 54 Prozent zurück, während die Expektorantien nahezu stabil blieben.

Therapieänderung bei Bronchitis:

Diagnosen	— 19,7 Prozent	
Verordnungen (VO)	— 20,3 Prozent	— 5 593 Tsd VO
darunter		
Expektorantien	— 1,4 Prozent	— 111 Tsd VO
Antitussiva	— 54,3 Prozent	— 4 909 Tsd VO

sonstige Husten- und Erkältungspräparate	— 52,1 Prozent	— 1 096 Tsd VO
Antibiotika	+ 25,9 Prozent	+ 322 Tsd VO
— Tetrazykline	+ 34,2 Prozent	+ 236 Tsd VO
— Trimethoprim	+ 24,2 Prozent	+ 71 Tsd VO
Percutane Einreibemittel	— 41,3 Prozent	— 629 Tsd VO
Antiasthmatika	— 5,2 Prozent	— 208 Tsd VO

Durch Therapieumschichtungen, aber auch durch Verordnung teurerer rezeptpflichtiger statt rezeptfreier Präparate, stiegen die durchschnittlichen Arzneimittelpreise bei der Bronchitis erheblich, weit höher, als durch die Preiserhöhung der Hersteller erklärbar ist.

Unbekannt sind die sonstigen Mehrkosten, die durch aufwendigere Diagnostik, Bestrahlungen und andere physikalische Maßnahmen bzw. durch Krankenhausaufenthalte entstanden sind.

Diagnose	Kosten einer Verordnung		Veränderung in Prozent
	1982/83	1983/84	
einfache Bronchitis	6,34 DM	7,96 DM	+ 25,6
chronische Bronchitis	9,26 DM	10,67 DM	+ 15,29
akute Bronchitis	6,22 DM	7,10 DM	+ 14,2
Bronchitis gesamt	6,93 DM	8,64 DM	+ 24,7

Die Verschiebung der Diagnosen und Verordnungen im Bereich der Bronchitis können im wesentlichen zwei Ursachen haben, deren Einfluß jedoch nicht quantifizierbar ist.

- 1) Die Patienten haben sich erst in Behandlung begeben, nachdem es zu Komplikationen gekommen ist. Es erfolgte eine Behandlung mit stärker wirksamen und damit teureren Präparaten.
- 2) An Stelle von unmittelbar Negativliste-betroffener Medikamente wurden Arzneimittel aus anderen Indikationsgruppen verordnet, die teurer sind; gleichzeitig wurden zur Rechtfertigung dieser Verordnungen schwerwiegendere Erkrankungen diagnostiziert. Durch die Anwendung wirksamerer Arzneimittel steigt auch das Risiko unerwünschter Wirkungen.

Der Trend zur Verteuerung der Therapie ergibt sich auch bei einem Vergleich des Durchschnittspreises (zu Herstellerabgabepreisen) der bei leichter Bronchitis minderverordneten Medikamente mit den

Durchschnittspreisen der bei akuter und chronischer Bronchitis mehrverordneten Arzneimittel:

Durchschnittlicher Herstellerabgabepreis der bei einfacher Bronchitis eingesparten Medikamente: 2,35 DM

Durchschnittlicher Herstellerabgabepreis der Mehrverordnungen

bei chronischer Bronchitis: 19,46 DM

bei akuter Bronchitis: 8,65 DM.

Es gibt gegenwärtig keine Datenbasis, von der aus ermittelt werden könnte, ob und in welchem Verhältnis Behandlungsverschleppung oder Diagnoseaufwertung für diese Entwicklung verantwortlich ist. Eine solche Ursachenklärung wäre nur nach — zumindest stichprobenartiger — Nachuntersuchung der Patienten durch eine ärztliche Gutachtergruppe möglich.

Beispiel Rachenentzündung/Entzündung der Nasennebenhöhle

Eine vergleichbare Entwicklung ergibt sich auch bei einer Verknüpfung der Therapie von Pharyngitis (Entzündungen der Rachenhöhle) mit Sinusitis (Entzündungen der Nasennebenhöhle). Beide Krankheitsgruppen sind aufgrund gleicher Erreger miteinander verwandt; die Pharyngitis verläuft im allgemeinen leichter als die Sinusitis, welche sich aus einer Pharyngitis entwickeln kann.

Im Gleitjahr 1983/84 nahm die Zahl der Pharyngitis-Diagnosen bei GKV-Patienten um 8,1 Millionen (– 60,8 Prozent) gegenüber dem gleichen Zeitraum 1982/83 ab. Bei Zugrundelegung des durchschnittlichen Verordnungswertes im Jahr vor der Negativliste hätten demzufolge 27,9 Millionen DM zu Herstellerabgabepreisen eingespart werden müssen.

Tatsächlich wurden jedoch nur 24,7 Millionen DM eingespart, weil auch bei Pharyngitis verstärkt teurere Medikamente verordnet wurden.

Die Zahl der Diagnosen von Sinusitis stieg gleichzeitig um 1,44 Mio. (+ 28 Prozent). Durch Verordnung entsprechend wirksamerer und teurerer Medikamente entstanden Mehrausgaben von 13,5 Mio. DM zu Herstellerabgabepreisen.

Bewertet man Pharyngitis und Sinusitis gemeinsam, so sind statt zu erwartender Einsparungen von 27,9 Mio. DM zu Herstellerabgabe- und rund 56 Millionen DM zu Apothekenabgabepreisen tatsächlich nur Minderausgaben von 11,3 Millionen DM zu Herstellerabgabe- und 23 Millionen DM zu Apothekenabgabepreisen entstanden.

Frankfurt, 5. Oktober 1984“

Anlage 4

Zusammenfassung der Umfrage im Auftrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung

(Text des Meinungsforschungsinstituts)

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beauftragte im Juli 1984 die Abteilung Gesundheitsforschung der GfK-Marktforschung GmbH & Co. KG mit der Durchführung einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zum Thema Selbstbeteiligungsregelungen in der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Urteil der Bevölkerung.

Die Erhebung erfolgte im Juli und August 1984. Sie umfaßt 2 463 mündliche standardisierte Interviews mit 29 Fragen, davon 4 offenen Fragen. 2 358 Interviews entstammen einer Mehrthemenumfrage, weitere 105 Interviews mit dem identischen Fragenprogramm einer Quotastichprobe unter Personen, die seit 1. Januar 1983 an einer mindestens vierwöchigen Kur teilgenommen hatten.

11 v. H. der Bevölkerung betrachten Kostendämpfung im Gesundheitswesen als eine aktuell dringende Aufgabe der Regierung. Am häufigsten (31 v. H.) wird eine Regulierung der Gewinne und Verdienste der am Gesundheitswesen beteiligten Anbieter als Kostendämpfungsmaßnahme spontan genannt.

Der Selbstbeteiligungsregelung als Kostendämpfungsmaßnahme stimmen 41 v. H. der Bevölkerung als „eher geeignet“ zu. Alle Selbstbeteiligungsregelungen sind über 50 v. H. der Bevölkerung bekannt. Am bekanntesten (82 v. H.) ist die Regelung zur Ausgrenzung bestimmter Arzneimittel. 30 v. H. der Befragten, die diese Regelung kennen, beurteilen diese als „sehr gut oder gut“ als Maßnahme zur Kostendämpfung.

Die Selbstbeteiligung im Krankenhaus findet am meisten Kritik (18 v. H. positive Zustimmung). Hauptkritikpunkte sind soziale Ungerechtigkeit, unrentabler Verwaltungsaufwand und Angst vor unadäquater Selbstbehandlung.

Von Verhaltensänderungen aufgrund der Ausgrenzung bestimmter Arzneimittel im Sinne von Selbstkauf berichten 42 v. H. oder teilweise Therapieverzicht 17 v. H. oder Therapieaufschub 25 v. H. der Befragten. Die Selbstbeteiligung bei Krankenhaus- und Kuraufenthalt wirkt sich nur selten nachfragehemmend aus.

