

Deutscher Bundestag
14. Wahlperiode
Ausschuss für Gesundheit
- 14. Ausschuss -

Protokoll- Nr.: 156

1) 0611 228
Rede

2) 0611 228

3) 0611 228 - 24802

Kurzprotokoll

(Bandabschrift)

31/10

der 156. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am

Donnerstag, dem 12. September 2002, 9.00 - 10.00 Uhr
Berlin, Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal 4.200

Vorsitz: Abg. Klaus Kirschner (SPD)

Einzig er Punkt der Tagesordnung

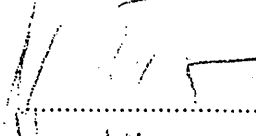
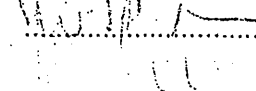
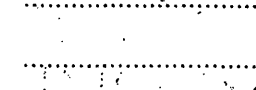
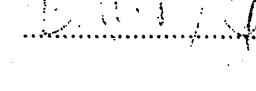
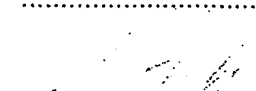
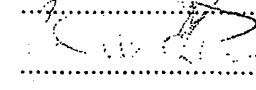
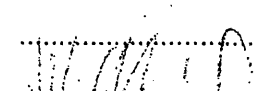
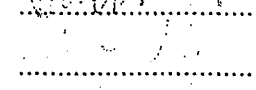
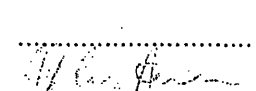
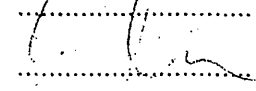
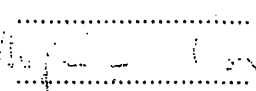
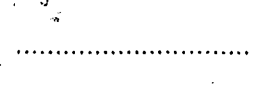
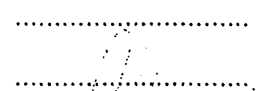
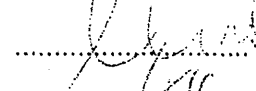
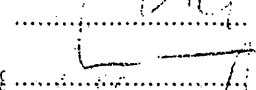
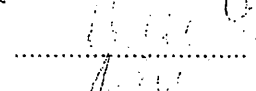
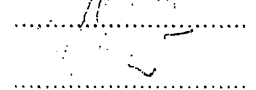
Bericht der Bundesministerin für Gesundheit über die aktuelle Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

156. Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuß für Gesundheit)

- 156/II

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
Abgeordnete(r)		Abgeordnete(r)	
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Elser, Marga		Becker- Inglau, Ingrid	
Hovermann, Eike		Dreßen, Peter	
Kirschner, Klaus		Gradistanac, Renate	
Kühn- Mengel, Helga		Haack (Extertal), Karl Hermann	
Lewering, Eckhart		Heil, Hubertus	
Neumann (Neubrandenburg), Stz- Peter		Lehn, Waltraud	
Pfaff Dr., Martin		Nahles, Andrea	
Reimann Dr., Carola		Neumann (Gotha), Gerhard	
Schäfer Dr., Hansjörg		Schmidt (Eisleben), Silvia	
Schmidbauer (Nürnberg), Horst		Schöler, Walter	
Schmidt- Zadel, Regina		Schurer, Ewald	
Schösser, Fritz		Steen, Antje- Marie	
Spielmann Dr., Margrit		Stöckel, Rolf	
Wodarg Dr., Wolfgang		Wester, Hildegard	
<u>CDU/ CSU</u>		<u>CDU/ CSU</u>	
...er Dr., Wolf		Barthle, Norbert	
Bergmann- Pohl Dr., Sabine		Laumann, Karl- Josef	
Faust Dr., Hans Georg		Louven, Julius	
Fink, Ulf		Philipp, Beatrix	
Hüppe, Hubert		Reiche, Katherina	
Kahl Dr., Harald		Scheu Dr., Gerhard	
Kors, Eva- Maria		Seehofer, Horst	
Lohmann (Lüdenscheid), Wolfgang		Seib, Marion	
Widmann- Mauz, Annette		Sothmann, Bärbel	
Wolf, Aribert		Storm, Andreas	
Zöller, Wolfgang		Weiß (Groß- Gerau), Gerald	

000362

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuß für Gesundheit)

- 156/III -

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
Abgeordnete(r)		Abgeordnete(r)	
<u>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</u>		<u>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</u>	
Göring- Eckardt, Katrin		Dietert-Scheuer, Amke	
Knöche, Monika		Höfken, Ulrike	
<u>FDP</u>		<u>FDP</u>	
Parr, Detlef		Albowitz, Ina	
Thomae.Dr., Dieter		Leutheusser- Schnarrenberger, Sabine	
<u>SPS</u>		<u>PDS</u>	
Fuchs Dr., Ruth		Balt, Monika	
Seifert Dr., Ilja		Jüttemann, Gerhard	

000363

- 1561 IV -

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

SPD

CDU/ CSU

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

FDP

PDS

Fraktionsmitarbeiter:

Fraktion:

Unterschrift:

(Name bitte in Druckschrift)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SPD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	3,9,11	Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt	3,10
Abg Detlef Parr (FDP)	7		
Abg. Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid) (CDU/CSU)	8		
Abg. Regina Schmidt-Zadel (SPD)	9		

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie zur letzten Sitzung vor der Bundestagswahl begrüßen. Es ist unsere 156. Sitzung. Als einzigen Tagesordnungspunkt haben wir den Bericht der Ministerin für Gesundheit über die aktuelle Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich darf dazu die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die Staatssekretärin Frau Kollegin Schaich-Walch herzlich begrüßen.

Bevor ich das Wort erteile, darf ich Herrn Kollegen Dr. Bauer und Herrn Kollegen Dr. Faust entschuldigen. Sie haben andere Termine. Dann habe ich eine Bitte von Frau Kollegin Dr. Reimann. Es ist ein Praktikant angemeldet, Herr Stoffregen. Sind Sie damit einverstanden, dass er an der Sitzung teilnimmt? ... Ja.

Es ist darum gebeten worden, dass wir um 9.45 Uhr aufhören. Jetzt darf ich der Frau Ministerin das Wort erteilen.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Nach den seit Anfang September 2002 vorliegenden vorläufigen Finanzergebnissen im ersten Halbjahr 2002 haben die gesetzlichen Krankenkassen bei einem Ausgabenvolumen von rund 70,2 Mrd. Euro rund 2,4 Mrd. Euro mehr ausgegeben als eingenommen. In Westdeutschland lag der Ausgabenüberhang bei rund 2,4 Mrd. Euro, während die GKV-Ost mit einem Minus von ca. 30 Mio. Euro bereits in den Monaten Januar bis Juni ein weitgehend ausgeglichenes Finanzergebnis erzielt hat.

Wenn man den Anstieg der Leistungsausgaben betrachtet, dann lag er je Mitglied bundesweit bei rund 3%, im Westen bei 2,7%, im Osten bei 4,5%. Die beitragspflichtigen Einnahmen wiesen demgegenüber bundesweit einen Zuwachs von rund 0,7% auf, im

Westen 0,6%, im Osten 1%. Ursachen des geringen Grundlohnzuwachses sind die zum größten Teil erst mit zeitlicher Verzögerung ab dem zweiten Halbjahr wirksam gewordenen Tarifabschlüsse des Jahres 2002 und die Beitragsentlastung für ehemals freiwillig versicherte Rentner und Rentnerinnen, die aus der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes ab dem 01.04.2002 resultiert.

Im Unterschied zu 2001 sind allerdings in diesem Jahr in der zweiten Jahreshälfte zusätzlich positive Effekte auf der Einnahmenseite zu erwarten. Fast sämtliche größeren bisherigen Tarifabschlüsse im Jahr 2002 für ca. 12 Mio. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit durchschnittlichen Steigerungsraten von 3,4% im Westen und 3,3% im Osten greifen ab der zweiten Jahreshälfte und sind in den Beitragseinnahmen des ersten Halbjahres kaum enthalten. Bei weiteren rund acht Mio. Beschäftigten laufen die Tarifverträge in den verbleibenden Monaten des Jahres 2002 aus, u.a. im öffentlichen Dienst mit rund 3½ Mio. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Die Rentensteigerungen sind in diesem Jahr so hoch wie lange nicht mehr. Sie betragen rund 2,16% im Westen und rund 2,89% im Osten und führen ab dem 01.07.2002 zu Mehreinnahmen von ca. 0,3 Mrd. Euro.

Ebenso können die Beitragssatzsteigerungen der Krankenkassen zur Jahreswende 2001/2002 in der Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner mit Anpassungen von rund 0,4 Beitragssatzpunkten erst zeitverzögert ab 01.07.2002 wirksam werden. Hierdurch ergeben sich für die Kassen Mehreinnahmen von rund 0,35 Mrd. Euro. Außerdem werden wie in den vergangenen Jahren auch in diesem Jahr die Einmalzahlungen, insbesondere das Weihnachtsgeld, die Einnahmeseite spürbar verbessern. Allein in den letzten beiden Jahren lagen die

Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung im zweiten Halbjahr jeweils um knapp 4 Mrd. Euro über den entsprechenden Beitragseinnahmen im ersten Halbjahr.

Trotzdem sind Einsparungen auf der Ausgabenseite notwendig. In der zweiten Jahreshälfte wird es vor allen Dingen darauf ankommen, dass sich die Zuwächse bei den Arznei- und Heilmittelausgaben sowie im Krankenhausbereich weiter abflachen. Die Veränderungsraten bei Ärzten, bei Zahnärzten einschließlich Zahnersatz sowie beim Krankengeld verliefen sehr moderat. Bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung hat die Einführung des Wohnortprinzips die Honorarsituation für Ärztinnen und Ärzte in Ostdeutschland deutlich verbessert. Hier liegt der Anstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung im Osten mit 4,2% deutlich über dem Anstieg in der GKV-West, der 1,9% beträgt.

Die Zuwachsrate bei den Arzneimittelausgaben war mit 3,9% je Mitglied weniger als halb so hoch wie im Vorjahreszeitraum. Die Dämpfung dieses Ausgabenzuwachses ist vor allem Ergebnis des Sparpaketes der Bundesregierung. Die Einführung der neuen Regelung zum Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel (Aut-idem) und die Neufestsetzung der Festbeträge durch das Bundesministerium für Gesundheit haben im Verlauf des ersten Halbjahres 2002 zu Preissenkungen von durchschnittlich 3% bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln geführt. Durch den Solidarbeitrag der pharmazeutischen Industrie und die Erhöhung des Apothekenrabattes von 5% auf 6% sind die Krankenkassen ebenfalls bereits in der ersten Jahreshälfte finanzwirksam entlastet worden.

Trotz insgesamt sinkender Arzneimittelpreise ist der Anstieg der Arzneimittelausgaben immer noch zu hoch. Vor allen Dingen werden zu viele hochpreisige Medikamente ein-

gesetzt, ohne dass der therapeutische Nutzen gesichert ist. Die Selbstverwaltung hat Vereinbarungen zu Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungen auf Bundesebene und regionaler Ebene getroffen. Die Ergebnisse bleiben jedoch weit hinter dem zurück, was die Selbstverwaltung vertraglich vereinbart hat. Sie hat für das Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr ein Minus von 4,6% vereinbart, tatsächlich stellen wir im 1. Halbjahr 2002 ein Plus von 3,9% fest. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ist deshalb gefordert, ihre Anstrengungen zu verstärken, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.

Zu den Ausgabenbegrenzungen durch das Arzneimittelsparpaket kommen strukturverändernde Maßnahmen hinzu. Mit den qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen – (Disease-Management-Programme) – kommen nur solche Arzneimittel zum Einsatz, deren Nutzen und Sicherheit durch entsprechende Studien belegt sind. Nach Expertenschätzung können allein durch konsequente qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie in den Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus II rund 200 Euro pro Patient und Jahr eingespart und gleichzeitig die Qualität der Versorgung der Patienten und Patientinnen verbessert werden.

Auch mit der Gesundheitskarte werden die Arzneimittelsicherheit und die Qualität der Arzneimitteltherapie erhöht und überflüssige doppelte und dreifache Verschreibungen vermieden. Hierzu hat ein erster Modellversuch in Flensburg begonnen, ein weiterer wird in der kommenden Woche in Düren starten. Auch die Positivliste, die wir baldmöglichst dem Bundesrat zuleiten werden, wird zur Qualitätsverbesserung beitragen. Mit dem von uns angeregten und unterstützten Aktionsprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Bewertung insbeson-

dere umsatzträchtiger hochpreisiger Arzneimittel und Analogprodukte, werden noch in diesem Jahr weitere Einsparpotenziale erschlossen. Diese Strukturveränderungen müssen in der nächsten Legislaturperiode fortgesetzt werden. Wir brauchen eine konsequente Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels im Verhältnis zum Preis durch unabhängige Sachverständige.

Auch der Krankenhausbereich weist in diesem ersten Halbjahr einen unerwartet hohen Anstieg auf. Die Ausgabenzuwächse im Krankenhausbereich in Höhe von 3,6% müssen jedoch vor dem Hintergrund eines minimalen Zuwachses von 0,3% im 1. Halbjahr 2001 relativiert werden. Die bislang vorliegenden moderaten Budgetabschlüsse mit durchschnittlichen Zuwächsen von rund 1,6% weisen auf eine deutliche Abflachung der Ausgabensteigerung im weiteren Jahresverlauf hin.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Budgets in diesem Jahr vielfach früher vereinbart wurden als im Vorjahr und Steigerungen deshalb zu einem früheren Zeitpunkt bei den Kassen finanzwirksam wurden. Das hat zwangsläufig zu höheren Zuwachsraten in der 1. Jahreshälfte 2002 geführt.

Noch vorhandene Unwirtschaftlichkeiten im stationären Bereich müssen im Rahmen des neuen Finanzierungssystems mit Fallpauschalen abgebaut werden. Unabhängig von der Verweildauer wird mit den Fallpauschalen die Leistung vergütet. Die Patientinnen und Patienten profitieren von besser abgestimmten Behandlungen und von mehr Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung in einem Krankenhaus. Krankenhäuser, die qualitativ gut und wirtschaftlich arbeiten, werden durch die Reform gestärkt. Wir werden rechtzeitig die Rechtsverordnung vorlegen, damit die Kranken-

häuser, die bereits 2003 nach Fallpauschalen abrechnen wollen, damit beginnen können.

Die Fokussierung auf die großen Ausgabenblöcke darf nicht den Blick auf kleinere Leistungsbereiche verstellen, bei denen wir in dieser Legislaturperiode wichtige gesundheitspolitische Weichenstellungen vorgenommen haben. Ausgabenrückgänge von 5% bei Mütter-Kuren und 23% bei den ambulanten Vorsorgekuren belegen, dass die vom Gesetzgeber in diesem Sommer beschlossenen Leistungsverbesserungen in diesem Bereich dringend erforderlich waren. Bei gesundheitspolitisch wichtigen Leistungen, die der Gesetzgeber ab dem Jahr 2000 neu in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen hat, sind die hohen Zuwachsraten ausdrücklich erwünscht. Zuwachsraten von rund 40% bei den qualitätsgesicherten Präventionsleistungen der Krankenkassen und rund 55% bei der Förderung der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen dokumentieren zugleich einen Nachholbedarf. Die gesetzlich vorgesehenen Sollwerte von 2,55 Euro je Versicherten für Präventionsleistungen bzw. 51 Cent je Versicherten für die Selbsthilfeförderung wurden bislang bei weitem noch nicht erreicht.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragsatz lag zum 1. August 2002 bundesweit bei 13,99%. Damit haben sich Spekulationen, der durchschnittliche allgemeine Beitragsatz hätte zur Jahresmitte die 14%-Grenze bereits übersprungen, nicht bewahrheitet. Im Laufe des Jahres 2002 durchgeführte Beitragssatzanhebungen bei einer Reihe der rund 300 Betriebskrankenkassen wurden oftmals deshalb notwendig, weil geöffnete BKK'en zuvor mit Niedrigbeitragssätzen um die Gunst der Versicherten geworben hatten. Es ist unbedingt erforderlich, dass derartige Dumping verhindert wird. Auf den Durchschnittsbeitragssatz haben sich diese Veränderungen allerdings kaum ausgewirkt.

Für diese Legislaturperiode bleibt festzuhalten, dass es im Zeitraum der letzten vier Jahre einen insgesamt moderaten Beitragssatzanstieg gegeben hat um rund 0,35 Beitragssatzpunkte, während der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Zeitraum von 1991 bis 1998 von 12,3% auf 13,64% gestiegen ist. Die größeren Kassenverbände haben zudem dementiert, dass es konkrete Pläne für Beitragssatzanhebungen zur Jahreswende 2002/2003 gibt.

Zur Situation in Ostdeutschland muss man feststellen, dass ohne Risikostrukturausgleich die Versorgung gefährdet wäre. Wir haben im Gesundheitswesen und in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits ein hohes Maß an Ost-West-Angleichung erreicht. Im ersten Halbjahr 2002 haben die Leistungsausgaben in Ostdeutschland 98,7% der entsprechenden Westwerte erreicht. Das ist weit mehr, als in anderen Lebensbereichen erreicht werden konnte. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz liegt seit dem 1. April 2002 sogar geringfügig unterhalb der Durchschnittswerte in den alten Bundesländern.

Dieses annähernd ausgeglichene Finanzergebnis und der nahezu vollständige Abbau der 1998 noch vorhandenen Altschulden von 800 Mio. Euro bedeuten jedoch nicht, dass alle ostdeutschen Kassen, vor allem große Regionalkassen in besonders strukturschwachen Regionen, bereits entschuldet sind. Durch den West-Ost-Transfer fließen in diesem Jahr rund 2,5 Mrd. Euro, d.h. ca. 1,25 Mrd. Euro in den ersten sechs Monaten des Jahres 2002, von den alten in die neuen Länder.

Die Solidarität mit Ostdeutschland ist auch vor dem Hintergrund der Hochwasserkatastrophe nach wie vor notwendig. Auch deshalb habe ich den bayerischen Ministerpräsidenten und Kanzlerkandidaten der Union, Edmund Stoiber, ebenso wie seine Kollegen

Teufel und Koch, aufgefordert, die Klage der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den Risikostrukturausgleich zurückzuziehen. Wenn die Klage der Landesregierungen von Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den Risikostrukturausgleich beim Bundesverfassungsgericht Erfolg hätte, würde sich die Finanzsituation der ostdeutschen Krankenkassen massiv verschlechtern. Damit wäre die gleichmäßige Versorgung gefährdet und die Beitragssätze in den neuen Bundesländern würden in die Höhe schnellen.

Wir haben in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Qualitätsproblem - das belegen nicht zuletzt die umfangreichen Analysen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Im Unterschied zur Opposition kommen für uns die Streichung von Leistungen und die Erhöhung der finanziellen Lasten für die Patientinnen und Patienten nicht in Frage. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen vielmehr die eingeleiteten strukturellen Reformen fortgesetzt und ausgeweitet werden. Von den qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen und von der Umsetzung des leistungsorientierten Vergütungssystems im Krankenhaus wird ein Qualitätsschub auch in die anderen Versorgungsbereiche ausgehen. Das ist notwendig, damit wir langfristig weniger Ressourcen vergeuden und die vorhandenen Mittel dorthin lenken, wo sie benötigt werden und auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse wirksam sind.

Bei der Opposition lassen weder der Blick auf die Vergangenheit noch auf die Konzepte der Zukunft erkennen, dass sie in der Lage ist, Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden und das Beitragsniveau zu stabilisieren. Herr Seehofer verspricht, er werde alles Menschenmögliche tun, um Beitragssatzerhöhungen zu verhindern. Was hat er aber bewirkt? Allein im

ersten Amtsjahr hatte er einen Beitragsanstieg von 12,5 % auf 13,2 % zu verzeichnen und dann einen weiteren Anstieg auf 13,64%. Trotz vieler Gesetze - immer verbunden mit zusätzlichen Belastungen für die Patientinnen und Patienten - gelangen keine wirksamen Einsparungen. Wir haben die Belastungen zurückgenommen, die Zuzahlungen zu den Arzneimitteln reduziert, das Krankenhausnotopfer abgeschafft, chronisch kranke Menschen entlastet. Dennoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stabiler geblieben, als in den Zeiten reiner Kostendämpfungspolitik.

Wie können wir das Auseinanderklaffen von Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Zukunft verändern? Wir wollen weder eine reine Kostendämpfungspolitik noch die Privatisierung von Krankheitsrisiken. Wir haben in der gesetzlichen Krankenversicherung vor allen Dingen ein Qualitätsproblem bei der Erbringung der Leistungen. Dagegen setzen wir das Sparpaket im Arzneimittelbereich, das deutliche Einsparungen im ersten Halbjahr erbracht hat, sowie Maßnahmen, die die Versorgung der Menschen verbessern.

Statt auf reine Kostendämpfung setzen wir auf Qualitätsverbesserungen. In der medizinischen Behandlung darf zielgenau nur das zum Zuge kommen, was wirklich nutzt, um eine Krankheit zu bekämpfen, Schmerzen zu lindern oder auch in den letzten Monaten des Lebens noch etwas Lebensqualität zu geben. Ich habe darauf hingewiesen, dass allein durch einen konsequenten Einsatz geeigneter Arzneimittel wirksame Einsparungen erzielt und die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden können.

Für die zweite Hälfte 2002 gehen wir insgesamt von einer positiveren Entwicklung aus als in der ersten Hälfte 2002. Langfristig wollen wir durch eine qualitativ hochstehen-

dere Versorgung, besser abgestimmte Versorgungsabläufe und mehr Transparenz die Ausgabenentwicklung stabilisieren. Wir lehnen es ab, die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Rücken der Versicherten oder auf dem Rücken der Kranken zu lösen. Vielen Dank.

Abg. **Detlef Parr** (FDP): Wenn wir etwas ungehalten sind, ist das darin begründet, dass wir eigentlich wissen wollten, welche Auswirkungen die Finanzentwicklung auf den Arbeitsmarkt und auf die wirtschaftliche Entwicklung hat, und welche Gegenmaßnahmen Sie zu ergreifen beabsichtigen. Die Situation spitzt sich aus unserer Sicht so sehr zu, dass wir eben nicht sagen können, es wäre alles halb so schlimm und das werde sich im Laufe des Jahres schon richten. Das sind ungedeckte Schecks, die Sie hier beschreiben.

Wir hätten gerne ganz konkret gewusst, wie das z.B. mit den Einnahmeausfällen ist. Wie wollen Sie diese im Hinblick auf die Flutkatastrophe kompensieren? Da haben wir Kurzarbeit, Arbeitsmarktprobleme und Stundungen von Beiträgen zu erwarten. Des Weiteren besteht die Frage, ob Sie festhalten wollen an ausgaben trächtigen Maßnahmen, wie sie z.B. die gut begründeten Präventionsbemühungen beinhalten. Wie können wir uns diese Dinge zukünftig in dieser Weise leisten? Wie stehen Sie dazu? Wollen Sie festhalten an der Kombination und Kopplung der Disease-Management-Programme mit dem Risikostrukturausgleich? Welche Konsequenzen sind daraus zu ziehen? Wie sieht es mit Strukturveränderungen aus? Sie haben wieder nur von weiteren Einsparungsnotwendigkeiten gesprochen und Strukturveränderungen nur am Rande gestreift.

Es ist eben so, dass die Experten, bei einem Fortfahren dieser Politik, bis 2030 einen Beitragssatz von 25% prognostizieren. Des-

wegen müssen wir uns schon einmal konkret damit auseinandersetzen. Auch der Wähler hat einen Anspruch darauf, zu erfahren, wie Sie die Situation verändern wollen.

Sie sprechen von der Gefahr der Versorgung im Osten. Sie erwähnen mit keinem Wort, was Sie gegen den wachsenden Ärztemangel tun wollen. Über ein Drittel der Medizinstudenten gehen nicht mehr in den Beruf. Sie wissen genau warum. Im Osten stehen die Praxen leer. Kein Mensch findet mehr Nachfolger. Das sind die aktuellen Probleme, zu denen Sie Stellung nehmen sollten und worauf wir Antworten erwarten – wir hier im Ausschuss und die Wählerinnen und Wähler draußen.

Abg. Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid) (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Frau Ministerin. Ich möchte Ihnen zunächst dafür ein Kompliment machen, wie Sie immer noch katastrophale Realitäten in einem Bereich, in dem Sie Verantwortung tragen, mit einer Soße von Charme, Halbwahrheiten und dem Prinzip Hoffnung übergießen und dann glauben, über den entscheidenden Tag hinwegkommen zu können.

Sie haben so viel Zeit in Anspruch genommen, deswegen nur ganz kurz. Das Defizit ist bekannt. Sie haben eine fast wortgleiche Erklärung abgegeben wie im Vorjahr, wo Sie auch die Hoffnung hatten, im zweiten Halbjahr würde das Defizit ausgeglichen werden können. Das war nicht der Fall und das wird jetzt genauso sein. Das Disease-Management-Programm ist ein Flop. Die Einführung des Vergütungssystems Fallpauschalen steht in den Sternen, auch wenn Sie noch kurzfristige Einführungen vor der Wahl – man kann nur sagen – „angedroht“ haben.

Ich zitiere einmal aus einer gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände von Kassen

und Ärzten, hier heißt es: Wir üben vernichtende Kritik an dem vom Ministerium vorgelegten Optionsmodell, [...] völlig indiskutabel, völlig unzulänglich, [...]. Kassen und Ärzte warnen Schmidt, aus Prestigegründen die Rechtsverordnung bis zur Bundestagswahl noch in Kraft zu setzen.

Sie erwähnen die RSA-Klage und versuchen, damit Wahlkampf zu machen; Sie fordern Rücknahme und sagen, wenn die Klage Erfolg hätte, dann hätten Sie eine Bescheinigung, dass ein Verfassungsbruch begangen worden ist. Das wollen Sie doch wohl nicht kritisieren? Insofern kann man doch nicht sagen, wenn die Klage Erfolg hätte, dann würde das erhebliche Folgen für das System haben, sondern das wäre eine Bescheinigung dafür, dass an der Verfassung vorbei gearbeitet worden ist.

Dann kommt tendenziell noch die Erschwerung der Einnahmen hinzu – die hohe Arbeitslosigkeit ist heute schon genannt worden. Im ersten Halbjahr ist die Arbeitslosigkeit weiterhin gestiegen, wie wir wissen, und die Grundlohnsumme ist um 0,3% angewachsen.

Schließlich möchte ich Sie darum bitten, etwas zu sagen zu der uns vorliegenden Antwort auf eine Kleine Anfrage, in der wir u.a. auch nach dem Defizit der gesetzlichen Krankenkassen gefragt haben und wo dann u.a. festgestellt werden musste, dass die Grundlage des Jahresrechnungsergebnisses zum Stichtag 31.12.2001 lediglich Betriebsmittel und Rücklagen in einer Gesamthöhe von 0,87 Mrd. Euro aufweist. Die Frage ist also, inwieweit überhaupt noch Aufsicht darüber ausgeübt wird, dass die entsprechend notwendigen Reserven wenigstens gehalten werden.

Die Regierung hat in einem anderen Zusammenhang im Rentenbereich – so wissen wir – auch schon durch Gesetzesvorgabe die

Mindestreserve herunter gesetzt, um damit Möglichkeiten und Notwendigkeiten der weiteren Beitragssteigerungen zu verhindern. Das sind Fragen ganz klar dazu, wie sich das weiter entwickeln wird.

Wir haben im Frühjahr darum gebeten – Sie haben Herrn Seehofer zitiert –, schnell die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einzuberufen und dort gemeinsam über Maßnahmen zu beraten, mit denen das Defizit hätte vermieden werden können. Es geht aber schließlich nicht allein um das Defizit – das ist schlimm genug –, sondern um die Folgen des Defizits. Sie kommen hierher und sagen zweimal, die Kostendämpfungs-politik, die Teile – Sie meinen offensichtlich uns –

[Zwischenruf]

Ja, wer hält sie denn für richtig? Sie doch. Sie betreiben doch permanent Kostendämpfungs-politik, was dazu führt, dass es heute keine Familie, keine Gruppierung, keine Senioren mehr gibt, die nicht selbst oder in ihrer Familie die Erfahrung gemacht haben, dass ihnen Leistungen vorenthalten werden. Wenn das keine brutale Kostendämpfungs-politik ist, die an den Strukturen nur eines ändert, dass nämlich in der Landschaft dem-nächst flächendeckende Konkurse eintreten werden bzw. schon eingetreten sind, dann weiß ich nicht mehr, wie man mit den Beg-riffen umzugehen hat.

Insofern sind wir enttäuscht darüber, dass Sie bisher die lange Zeit nicht genutzt haben, zu diesen Negativseiten der Entwicklung Stellung zu nehmen, sondern immer nur auf Zukunft, auf Hoffnung und auf Maßnahmen gesetzt haben, die irgendwann in der Zu-kunft vielleicht Wirkung entfalten könnten.

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Ich möchte darauf hinweisen, dass Begriffe wie

„Soße von Halbwahrheiten“ hier unterblei-ben sollten.

Abg. **Regina Schmidt-Zadel** (SPD): Ich will zunächst einmal etwas zum Sitzungs-verlauf sagen, Herr Parr, und mit aller Deut-lichkeit zurückweisen, dass Sie dem Aus-schussvorsitzenden heute hier Parteilichkeit vorgeworfen haben.

[Zwischenruf]

Dann hätten Sie einen Antrag auf Änderung der Tagesordnung stellen sollen. Sie wollten, dass die Ministerin heute hier vorträgt und dann muss man ihr auch gestatten, dass sie das wirklich sehr ausführlich macht. Ich muss ausdrücklich den Vorsitzenden in Schutz nehmen und ich denke, man kann im Wahlkampf vieles entschuldigen, aber Herr Parr, das war eine Sache zu viel.

Frau Ministerin, ich danke Ihnen ganz herz-lich für Ihren ausführlichen Bericht und Herr Lohmann hat Ihnen ja Charme attestiert. Ich kann sagen, dass wir Ihnen wirklich sehr gute Ergebnisse bescheinigen können. Ich denke, das ist eine wichtige Sache. Das ha-ben Sie heute hier vorgetragen. Zu zwei, drei Dingen will ich Stellung nehmen. Ich will den Kolleginnen und Kollegen auch noch etwas überlassen.

Herr Lohmann, dass die Disease-Management-Programme ein Flop sind, das hätten Sie gern. Sie sind es aber nicht. Sie laufen gut, und wenn bestimmte Gruppen – ich will sie hier nicht nennen; Sie wissen, welche Gruppen ich meine –, die angeblich parteipolitisch neutral sind, jetzt versuchen, das zu verhindern, dann wissen wir, woher es kommt. Ich denke, das muss auch Konse- quenzen haben.

Herr Lohmann, dass Leistungen vorenthalten werden, haben Sie gestern auch schon ein-

mal in der Podiumsdiskussion gesagt. Das stimmt nicht. Das sind bestimmte Situationen, die in den Praxen laufen, die gesteuert sind. Wir wissen alle, dass in den Praxen Wahlkampf betrieben wird. Das ist nicht in Ordnung.

Frau Ministerin, ich versuche jetzt sachlich zu bleiben. Ich würde Ihnen gerne einige Fragen stellen. Sie haben gesagt, dass die Ausgaben im Arzneimittelbereich weniger als halb so hoch sind wie im vergangenen Jahr. Ich denke, das ist ein sehr erfreuliches Ergebnis. Es reicht nicht aus. Aber ich will auf eine Sache hinweisen: Das WIdO-Institut hat in seiner druckfrischen Ausgabe jetzt auch gesagt, dass im Arzneimittelbereich durch die neuen Gesetze mehr als 4 Mrd. Euro eingespart werden können. Ich finde, das ist ein hervorragendes Ergebnis. Vielleicht können Sie dazu etwas sagen.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Zunächst zu den Fragen im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen und Prävention, die auch Herr Kollege Parr angesprochen hatte. Wir müssen auf der einen Seite einen Weg finden - und den will ich auch konsequent gehen - auch künftig den Anspruch jedes Versicherten auf ausreichende, angemessene und notwendige Leistungen, die wirtschaftlich zu erbringen sind, einzulösen. Ich halte das für die eigentliche Herausforderung im Gesundheitssystem.

Wir werden künftig sehr viel genauer auf den Nutzen der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen zu achten haben. Das gilt z.B. für neue Arzneimittel. Zuviel Hochpreisiges wird verschrieben, ohne dass es medizinisch indiziert wäre. Hier liegen die eigentlichen Strukturprobleme in der Arzneimittelversorgung. Wenn wir wollen, dass auch künftig echte Innovationen, die einen erhöhten therapeutischen Nutzen haben, allen Versicherten zur Verfügung ste-

hen, müssen wir dafür sorgen, dass bei Wirkstoff- und Wirkungsgleichheit die kostengünstigere Alternative abgegeben wird.

Dazu haben wir in einem ersten Schritt die Aut-idem-Regelung und die „Untere-Drittel-Regelung“ eingeführt. Wir müssen in der nächsten Legislaturperiode dahinkommen, dass neben die Bewertung, ob ein Arzneimittel wirkt und sicher ist, auch die Bewertung des Verhältnisses von therapeutischem Nutzen zum nachgefragten Preis tritt. Innovationen, die nicht mit einer Erhöhung des therapeutischen Nutzens einhergehen und deren Einsatz nicht medizinisch indiziert ist, können nicht außerhalb jeder Steuerung bleiben.

Über die besondere Bedeutung der Prävention waren wir uns in diesem Ausschuss alle einig. Wir müssen sie zur eigenständigen Säule im Gesundheitswesen machen. Der konsequente Ausbau der Prävention ist die einzig richtige Antwort auf eine älter werdende Gesellschaft. Wir müssen mehr in Prävention investieren - vor allen Dingen bei jungen Menschen. Deshalb wird auch durch das RKI das Kinder- und Jugendsurvey durchgeführt.

Die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit muss in Deutschland einen größeren Stellenwert bekommen. Was kann der Einzelne tun, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern? Wie können wir vom Kindergarten bis zum Seniorenheim die Angebote stärken? Die Antwort darauf ist das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsvorsorge, dem derzeit bereits 40 Spitzenorganisationen aus allen gesellschaftlichen Bereichen, insbesondere dem Gesundheitswesen, angehören.

In diesem Zusammenhang sind auch die Disease-Management-Programme zu sehen. Sie werden nur dann anlaufen, wenn Kran-

kenkassen, die ihren Versicherten entsprechende Angebote machen, keinen Wettbewerbsnachteil erleiden. Die Koppelung an den Risikostrukturausgleich stärkt die Solidarität zwischen den Kassen.

Am Dienstag fand eine Anhörung mit 23 nordrhein-westfälischen Kliniken, die die Qualitätsvoraussetzungen für Brustkrebszentren erfüllen, und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein statt. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen in Westfalen-Lippe wollen zeitverzögert dazustoßen. Alle haben dieses Programm und seine Umsetzung befürwortet. Der dort vorgelegte Vertrag bindet insbesondere die Selbsthilfeorganisationen in die Schulung der Patientinnen und die psychosoziale Betreuung ein. Hier sehe ich eine große Chance, denn Untersuchungen belegen, dass die Schulung der Patientinnen nicht nur zu einer Erhöhung der Lebensqualität, sondern auch zu erheblichen Einsparungen führt.

Zur Frage der langfristigen Entwicklung: In der Rentenpolitik ist die demografische Entwicklung der entscheidende Faktor. Hier sind verlässliche Prognosen möglich. Anders als in der Gesundheitspolitik, die dem medizinischen Fortschritt und den daraus resultierenden Herausforderungen Rechnung tragen muss. Langfristige Voraussagen, die einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten umfassen, werden hierdurch erschwert. Es liegt jedoch auf der Hand, dass angesichts einer älter werdenden Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nicht abnehmen wird.

Im Gesundheitswesen brauchen wir eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung. Wir müssen das vorhandene Geld besser einsetzen, damit das Entstehen von Krankheiten verhindert wird und eine ggf. erforderliche Behandlung auf der Basis evidenzbasierter

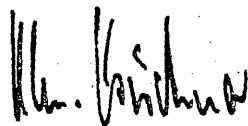
Medizin erfolgt. Patientinnen und Patienten müssen besser einbezogen werden, daher wollen wir eine Stärkung der Patientenrechte. Wir müssen die vorhandenen Mittel effizienter einsetzen. Hierzu sind qualitätsgesicherte Prävention und DMP unverzichtbar.

Zu den Einsparpotenzialen im Arzneimittelbereich möchte ich hier nur auf eine Studie zum Schlaganfall hinweisen, die demnächst veröffentlicht wird. Sie stellt fest, dass durch eine konsequente Schulung der Patientinnen und Patienten und Behandlung der Hypertonie nach einem Jahr das Schlaganfallrisiko um 40% gesenkt werden kann. Nach Angaben der Kassen und der Fachverbände verursacht ein Schlaganfallpatient im Schnitt Kosten von 35.000 Euro im Jahr. Dies zeigt, dass es nicht nur um die Erhöhung der Lebensqualität, sondern auch die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung geht.

Ich wage zu behaupten, dass die Kassen genügend Geld haben, um die beste Qualität zu bezahlen. Unabgestimmte Leistungen, Doppeluntersuchungen und Parallelbehandlungen, die zu Folgeerkrankungen führen, können wir uns jedoch nicht erlauben. Die Behandlung der großen Volkskrankheiten darf nicht der Beliebigkeit anheim fallen, anstatt strukturiert durchgeführt zu werden.

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Ich bedanke mich bei Ihnen allen. Die Sitzung ist geschlossen.

Ende der Sitzung um 09.45 Uhr



Klaus Kirschner
(Vorsitzender)