

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/9841 –**

Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind grundlegende Änderungen des Krankenversicherungssystems beschlossen worden, die dazu führen können, dass die Versicherungs- und Versorgungslandschaft in den nächsten Jahren einen grundsätzlichen Wandel erleben wird. Das in der Begründung zum GKV-WSG als modern und leistungsfähig bezeichnete Gesundheitswesen, „das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbstständigen Arbeitsplätze bietet“ sowie „eine Patientenversorgung auf hohem Niveau“, das „mit seiner Innovationskraft ... zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland“ ist und „im internationalen Vergleich ... leistungsfähig, und“ in der „Qualität der Gesundheitsversorgung ... als hoch eingeschätzt“ wird, wird nicht nur in Teilen z. B. im Hinblick auf Effizienz und Qualität verbessert, sondern es erfolgt eine deutliche Abkehr vom Gedanken einer föderalen und regionalen Optimierung der Prozesse hin zu einem zentralistischen Ansatz eines nationalen Gesundheitssystems, das der Idee des Wettbewerbs zuwider läuft. Verstärkt wird dies noch dadurch, dass dort, wo Konkurrenz zugelassen wird, keine eindeutigen kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen geschaffen worden sind, so dass sich marktbeherrschende Stellungen manifestieren können. Die Kombination aus Gesundheitsfonds, einheitlichem bundesweiten Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen, dem limitierten Zusatzbeitrag und der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs zwischen den Krankenkassen greift ganz entscheidend in die Marktstrukturen ein und zieht Unsicherheiten im Bereich der Vergütungen der Leistungserbringer nach sich, die im Einzelnen in ihrer Wirkung auf eine Vereinheitlichung hinauslaufen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sorgt mit seinen Reformen in den Strukturen, in der Organisation und in der Finanzierung der gesetz-

lichen Krankenversicherung sowie mit den Veränderungen in der privaten Krankenversicherung dafür, dass das Gesundheitssystem auch in Zukunft leistungsfähig, solidarisch und finanzierbar bleibt. Es bedeutet für die Menschen mehr sozialen Schutz, verbesserte Leistungen, mehr Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Tarif- und Versorgungsangeboten.

Das GKV-WSG sichert zugleich die Verlässlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für den Gesundheitsstandort Deutschland. Es stehen auch in Zukunft die Mittel zur Verfügung, die diesen Wachstumsmarkt unterstützen und beleben. Zudem wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass in der Bundesrepublik Deutschland niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz oder andere Absicherung im Krankheitsfall sein muss.

Auf allen Ebenen wird das Gesundheitssystem neu strukturiert, wettbewerblicher ausgerichtet und transparenter gestaltet. Gleichzeitig werden die 2004 eingeleiteten Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung zur Förderung der Hausarztversorgung, der integrierten Versorgung, der besseren Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung fortgesetzt.

Das GKV-WSG ist zugleich die erste Reform seit vielen Jahren, die aus Kostendämpfungsgründen keine Zuzahlungserhöhungen und keine Leistungskürzungen vorsieht. Vielmehr werden dort, wo es notwendig ist, bestehende Lücken in der medizinischen Versorgung geschlossen und Leistungen zielgerichtet erweitert. Hierzu gehören insbesondere der Ausbau der Palliativmedizin, die Verbesserung der Hospizversorgung und der Rahmenbedingungen für Kinderhospize, die Erweiterung der häuslichen Krankenpflege sowie die Umwandlung von bisher freiwilligen Leistungen in Pflichtleistungen, beispielsweise Leistungen der medizinischen Rehabilitation, medizinisch erforderliche Impfungen und Mutter-/Vater-/Kind-Kuren. Gezielte Maßnahmen tragen dazu bei, Probleme an den Schnittstellen der Versorgungssektoren zu überwinden sowie Patientinnen und Patienten einen reibungslosen Behandlungsverlauf zu sichern. Netzwerke, Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen werden gefördert. Die Vertragsfreiheiten der gesetzlichen Krankenkassen – aber auch der Leistungserbringer – im Bereich der besonderen Versorgungsformen, der Integrationsversorgung und der hausarztzentrierten Versorgung werden ausgedehnt.

Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds wird der Wettbewerb um qualitativ hochwertige und effiziente Versorgungsangebote befördert. Gleichzeitig erhalten die Krankenkassen deutlich mehr Möglichkeiten zur Gestaltung eines auf ihre Versicherten ausgerichteten Versorgungsangebots. Hierzu gehören insbesondere Einzelverträge mit Ärztinnen und Ärzten oder Apotheken, Ausschreibungen für Arznei- und Hilfsmittel, Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen und die Möglichkeit, besondere Tarife für besondere Versorgungsformen anzubieten. Die Neuorganisation der Kassen und Verbände strafft Entscheidungsstrukturen und bietet das nötige Rüstzeug für den erweiterten Wettbewerb. Der neu errichtete Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt künftig die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und vertritt die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Die Krankenkassen nutzen autonom die neuen Wettbewerbsinstrumente für eine effizientere, qualitativ hochwertigere und den Bedürfnissen der Menschen besser entsprechende medizinische Versorgung. Dies stärkt die föderalen und regionalen Besonderheiten unseres Gesundheitssystems, trägt der Pluralität unseres Gesundheitswesens Rechnung und erhöht die Vielfalt von Versorgungsmöglichkeiten. Die Bilanz gut ein Jahr nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform zeigt bereits, dass der Wettbewerb um eine am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete medizinische Versorgung Früchte trägt. Dieser Wettbewerb wird sich weiter verstärken und mit Inkrafttreten der weiteren Reformschritte in der Finanzie-

ungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung sowie durch die Verbesserung der Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung noch deutlich an Fahrt gewinnen. Mit dem GKV-WSG sind die §§ 19 bis 21 GWB auf die einzelvertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern entsprechend anzuwenden. Dies schützt Vertragspartner von Krankenkassen ausdrücklich vor einem Missbrauch von Marktmacht durch Krankenkassen.

1. Wann ist mit einer Regelung zu rechnen, wie häufig und zu welchen Terminen die Zuweisung vom Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen erfolgen soll, und wie soll sichergestellt werden, dass es nicht zu Liquiditätseingüssen kommt?

Das Nähere zum Verfahren für die monatlichen Zuweisungen einschließlich der Termine für die Zuweisungen der Mittel an die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) ist nach der im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) vorgesehenen Regelung (§ 39 der Risikostrukturausgleichsverordnung – RSAV) i. d. F. des GKV-OrgWG – Entwurf) in einer gesonderten Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Ein Entwurf dieser Rechtsverordnung wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der zweiten Jahreshälfte 2008 vorgelegt werden. Dabei wird auch der Liquiditätssituation der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds Rechnung getragen werden.

2. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass es in den letzten fünf Jahren Ungenauigkeiten bei der Prognose der Finanzentwicklung durch den Schätzerkreis in Höhe von 0,4 bis 0,5 Beitragssatzpunkte und damit ca. 4 bis 5 Mrd. Euro gegeben hat?
3. Welche anderen Erkenntnisse stehen dem beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreis zur Verfügung, die vermuten lassen, dass die Prognosegenauigkeit höher als beim alten Schätzerkreis ist?
4. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen ungenauer Prognosen und daraus resultierender zu geringer Mittelverteilungen an die Krankenkassen im Hinblick auf die Gefahr von Insolvenzen?
5. Wer haftet dafür, wenn Prognoseungenauigkeiten dazu führen, dass Krankenkassen in Finanzierungsschwierigkeiten geraten?
6. Reicht das Volumen der im Gesundheitsfonds aufzubauenden Liquiditätsreserve aus, um auch im Fall von Fehlprognosen auf der Einnahmeseite die Finanzierbarkeit auf Dauer zu sichern, und wo sollen die Mittel für die vorgeschriebene, noch im selben Jahr zu erfolgende Rückzahlung herkommen?

Die Fragen 2 bis 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der gemeinsame Schätzerkreis von BVA und Spitzenverbänden der Krankenkassen schätzt für Zwecke der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) u. a. den so genannten Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz der zur Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben erwarteten Beitragssatzanteil wiedergibt, hat in den letzten Jahren eine hohe Prognosequalität erkennen lassen. Abweichungen in der von den Fragestellern angenommenen Größenordnung hat es nicht gegeben. Im Übrigen sind Schätzabweichungen prognoseimmanent, da in den seltensten Fällen die tatsächliche

Entwicklung punktgenau vorhergesagt werden kann. Der beim BVA zu bildende neue Schätzerkreis wird für die Bewertung und Prognose der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Schätzung des Beitragssatzes zuständig sein. Ihm gehören Fachleute des BVA, des BMG und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an. Außerdem kann der Schätzerkreis weitere Expertinnen und Experten hinzuziehen. Vor diesem Hintergrund sind Zweifel an der Prognosegüte des alten oder des neuen Schätzerkreises nicht angezeigt; die in den Fragen 4, 5 und auch in 9 angedeuteten Konsequenzen vermeintlicher Fehleinschätzungen sind daher nicht zu befürchten.

Die Liquiditätsreserve, die gemäß § 272 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) im Gesundheitsfonds aufzubauen ist, soll sicherstellen, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen unabhängig von unterjährigen Einnahmeschwankungen sowie nicht vorhersehbaren konjunkturell bedingten Einnahmeschwankungen ausgezahlt werden können.

7. Wie kann die Bundesregierung garantieren, dass die Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen in der geplanten Weise ausgezahlt werden und ab 2009 um jährlich 1,5 Mrd. Euro bis auf insgesamt 14 Mrd. Euro anwachsen?
8. Welche Konsequenzen hätten haushaltspolitisch bedingte Kürzungen beim Zufluss der jährlichen Bundeszuschüsse auf die Notwendigkeit, Zusatzbeiträge zu erheben?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro bis zu einer Gesamthöhe von 14 Mrd. Euro steigenden pauschalen Bundesmittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind in § 221 Abs. 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung geregelt.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung die Notwendigkeit einer Erhebung von Zusatzbeiträgen aufgrund von Fehleinschätzungen bei der Beitragssatzfestsetzung?

Siehe hierzu die Antwort auf die Fragen 2 bis 6.

10. Welche vorbereitenden Arbeiten der Krankenkassen sind notwendig, um eine Zusatzprämie erheben oder eine Prämienausschüttung leisten zu können?
11. Mit welchem Verwaltungsaufwand und welchen Kosten je Versicherten rechnet die Bundesregierung im Hinblick auf die Notwendigkeit der Einrichtung von Beitragskonten, das Anschreiben von Mitgliedern, die Veranlassung und Überprüfung von Zahlungseingängen, Mahnverfahren, Anforderung von Einkommensnachweisen etc. bei der Erhebung eines Zusatzbeitrages und bei einer Auszahlung eines Zusatzbeitrages?
12. Wie beurteilt die Bundesregierung den Zeitverzug bis zum ersten Mal eine Erhebung des Zusatzbeitrages erfolgen kann im Hinblick auf die Notwendigkeit eines schnellen Ausweges aus einer finanziell angespannten Situation, und wie wirkt sich in diesem Zusammenhang das Sonderkündigungsrecht aus, das bewirkt, dass der Zusatzbeitrag nach Ausübung dieses Kündigungsrechts bei Ersterhebung gar nicht erhoben oder anderenfalls nicht erhöht werden darf?

Die Fragen 10, 11 und 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Soweit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um den Finanzbedarf einer Krankenkasse zu decken und Effizienzsteigerungen nicht mehr möglich sind, muss die Krankenkasse von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Die Ermittlung des Finanzbedarfs erfordert eine seriöse Prognose. Erlaubt die finanzielle Lage der Krankenkasse ein Abwarten der satzungsmäßigen Regelung nicht, kann der Zusatzbeitrag auf der Grundlage eines Vorstandsbeschlusses erhoben werden. Kommt ein Vorstandsbeschluss nicht zustande, kann die Erhebung des Zusatzbeitrags auch von der Aufsichtsbehörde angeordnet werden. Diese Verfahrensweise ist – bezogen auf die bisherige Festlegung der kassenindividuellen Beitragssätze – seit Jahrzehnten gängige Praxis bei den Krankenkassen und wird künftig zur Bestimmung eines wesentlich kleineren Teils des nicht durch entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckten Ausgabenvolumens übernommen.

Die technischen Abläufe bei der Erhebung des Zusatzbeitrags bzw. Auszahlung der Prämie sind von den einzelnen Krankenkassen in eigener Zuständigkeit zu regeln. Sie sind derzeit Gegenstand von Überlegungen bei Krankenkassen und Verbänden. Allgemeingültige Aussagen zum Verwaltungsaufwand sind deshalb nicht möglich.

13. Wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung, dass eine Krankenkasse, die Zusatzbeiträge erhebt, unwirtschaftlich arbeitet, da es in der Begründung zum GKV-WSG heißt: „Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sind in der Lage, ihren Finanzbedarf aus den Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen und diesen an ihre Mitglieder auszuschütten“?

Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wird der Finanzkraftausgleich der Krankenkassen vervollständigt. Durch den morbiditätsorientierten RSA werden unterschiedlich hohe Belastungen der Krankenkassen durch kranke Versicherte, die hohe Leistungsausgaben verursachen, zielgerichteter als in der Vergangenheit ausgeglichen. Dadurch werden die wirtschaftlichen Ausgangsbedingungen der Krankenkassen deutlich angeglichen. Weicht der Finanzbedarf einer Krankenkasse also künftig von dem anderer Krankenkassen ab, so kann dies nicht mehr allein auf eine ungünstige Versichertenstruktur oder eine niedrige Grundlohnsumme der betroffenen Krankenkasse zurückgeführt werden.

14. Wann rechnet die Bundesregierung damit, dass den Krankenkassen alle relevanten Informationen zur Erstellung der Haushaltspläne für das Jahr 2009 zur Verfügung stehen (Höhe des Einheitsbeitrages, Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Ausgestaltung des neuen Insolvenzrechts, Auswirkungen der Vergütungsreform im ambulanten Bereich)?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass den Krankenkassen die für ihre Haushaltsplanungen relevanten Informationen spätestens bis zum 15. November 2008 in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass die durch das Bundesversicherungsamt festgelegten Anforderungen, ab wann eine Diagnose als validiert gewertet wird, sehr niedrig sind im Hinblick auf Manipulationsgefahr und Tendenzen zum Upcoding, um die Finanzsituation der jeweiligen Krankenkasse zu verbessern?

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zu den beabsichtigten Festlegungen des BVA Stellung genommen. Mehrheitlich sehen sie das vom BVA gewählte und an die Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung angepasste Klassifikationsmodell als geeignet und die Versorgungsneutralität während an, insbesondere auch in Bezug auf das Erfordernis der Validierung der ambulanten Diagnosen. Durch die erforderliche Validierung der ambulanten Diagnosen wird einer Missbrauchsgefahr begegnet.

16. Mit welchen Veränderungen rechnet die Bundesregierung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf Diagnostik und Therapie der Ärzte sowie die medizinischen Versorgungsstrukturen?

Die vom BVA ausgewählte Versichertenklassifikation gewährleistet nach Auffassung der Mehrheit der angehörten Spitzenverbände der Krankenkassen eine Versorgungsneutralität. Das Klassifikationsmodell ordnet die im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigenden 80 Krankheiten anhand der dokumentierten stationären und ambulanten Diagnosen den Versicherten zu. Damit ist es unabhängig von der gewählten Behandlungsform, so dass Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie der Ärzte nicht zu erwarten sind.

17. Wann wird die Bundesregierung konkretisieren wie die Konvergenzklausel umgesetzt werden soll, und wie wird die Regelung ausgestaltet sein?

Die Zielsetzung der so genannten Konvergenzklausel in § 272 SGB V ist es, Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen zu vermeiden. Die Bundesregierung prüft Optionen zur Umsetzung dieser Regelung.

18. Wie beurteilt die Bundesregierung im Hinblick auf die weitreichenden Folgen einer eventuellen Falschkalkulation und der Unsicherheit darüber wie Gesundheitsfonds, Einheitsbeitragssatz, Zusatzbeiträge und neue Vergütungsstrukturen zusammenwirken und um einen aufgrund dessen auftretenden Dominoeffekt von Krankenkasseninsolvenzen zu vermeiden, den Vorschlag, in einer Testphase auf die Installierung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes und den damit zusammenhängenden Zusatzbeitrag zunächst zu verzichten und damit erst einmal die Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, des neuen Vergütungssystems bei den Ärzten und des neuen Insolvenzrechts sorgfältig zu analysieren, um einen Zusammenbruch des gegliederten Krankenversicherungssystems ausschließen zu können?

Der Vorschlag wird von der Bundesregierung abgelehnt. Die Notwendigkeit einer Testphase besteht nicht. Die geeigneten Rahmenbedingungen für eine valide Prognose der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch künftig mit der Einrichtung des neuen Schätzerkreises beim BVA sichergestellt (vgl. Antwort zu den Fragen 2 bis 6 und zu der Frage 9).

19. Ist sich die Bundesregierung völlig sicher, dass sie eine Unterdeckung bereits in der Startphase ausschließen kann, und wie begründet sie ihre Auffassung?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der einheitliche allgemeine Beitragssatz zum Start des Gesundheitsfonds so bemessen wird, dass – nach Auswertung der Ergebnisse des neu zu bildenden Schätzerkreises – die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit den pauschalen Bundesmitteln ausreichen, um eine hundertprozentige Deckung der voraussichtlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 zu gewährleisten. Die dafür erforderliche Expertise ist – wie in den Antworten zu den Fragen 2 bis 6 verdeutlicht wurde – vorhanden.

20. Werden zum 31. Dezember 2008 alle gesetzlichen Krankenkassen vollständig schuldenfrei sein, und wenn nein, welche Auswirkungen hat das im Hinblick darauf, dass für alle Krankenkassen die Insolvenzfähigkeit geschaffen wird?

Der Gesetzgeber hat mit den im § 265a SGB V getroffenen Regelungen über kassenarteninterne Finanzhilfen zur Entschuldung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle Krankenkassen spätestens zum Start des Gesundheitsfonds schuldenfrei sein können. Entsprechende Regelungen zur Entschuldung in den Satzungen der Spitzenverbände der Krankenkassen, die vom BMG genehmigt wurden, bieten die Voraussetzungen dafür, dass bei den Krankenkassen, deren Entschuldung bis Ende 2007 noch nicht vollständig abgeschlossen war, eine bilanzielle Entschuldung bis zum 31. Dezember 2008 erfolgen kann.

21. Wie beurteilt die Bundesregierung die Standardisierung und Aufteilung der Verwaltungskosten zu 50 Prozent nach Versicherten und 50 Prozent nach Morbiditätskriterien, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Notwendigkeiten, Pensionsrückstellungen zu bilden?

Die Aufteilung der Verwaltungskosten zu 50 Prozent nach Versicherten und 50 Prozent nach Morbiditätskriterien berücksichtigt, dass das Verwaltungshandeln der Krankenkassen auch durch die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflusst wird.

Nach dem Entwurf des GKV-OrgWG steht den Krankenkassen für die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals für ihre Pensionsverpflichtungen ein Zeitraum von 40 Jahren zur Verfügung. Durch die Wahl dieses langen Zeitraums ist sichergestellt, dass auch die Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Pensionsverpflichtungen nicht in ihrer Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden.

22. Mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitgeber in Regionen mit günstigen Regionalkassen oder Betriebskrankenkassen durch einen hohen GKV-einheitlichen Beitragssatz rechnet die Bundesregierung, und mit welchen Folgen für ihre Wettbewerbsfähigkeit?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2009 auf der Arbeitgeberseite je nach derzeitiger Zugehörigkeit der jeweiligen Beschäftigten zu bestimmten Krankenkassen sowohl Be- als auch Entlastungseffekte entstehen können.

23. Nach welchen Kriterien werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Krankengeld erfolgen?

Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) sieht vor, dass die im bisherigen RSA für das Krankengeld geltenden Kriterien auch weiterhin maßgeblich sind (Bundesratsdrucksache 342/08, zu § 35 Abs. 1 RSAV).

24. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die im GKV-WSG beschlossenen 50 bis 80 Krankheiten ausreichen, um eine Krankenkasse vor einer nicht durch unwirtschaftliches Handeln verursachten Schließung bzw. Insolvenz ausreichend zu schützen, oder sieht sie im Hinblick auf die nicht funktionierende Finanzierungsmöglichkeit über den Zusatzbeitrag weiteren Handlungsbedarf z. B. bei Auftreten zahlreicher sehr teurer Akuterkrankungen bei einer Krankenkasse in einem Jahr?

Durch die Einführung des morbiditätsorientierten RSA mit der besonderen Berücksichtigung von 80 ausgewählten Krankheiten erhalten die Krankenkassen künftig Zuweisungen, die die Morbidität ihrer Versicherten direkt erfassen. Künftig verbessert sich die Zielgerechtigkeit des RSA daher im Vergleich zum Status Quo. Diese Weiterentwicklung ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Gesundheitsfonds zu einem verstärkten, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb der Krankenkassen führt.

Im Startjahr des Gesundheitsfonds werden die standardisierten Ausgaben der Krankenkassen insgesamt zu 100 Prozent durch entsprechende Zuweisungen gedeckt werden. Kann eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Zuweisungen ihre Ausgaben nicht decken, muss sie ggf. Zusatzbeiträge erheben. Die Zusatzbeiträge werden im Gesundheitsfonds als zusätzliches Wettbewerbsinstrument dienen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Finanzierungsmöglichkeit über den Zusatzbeitrag geeignet ist, Finanzierungslücken bei einzelnen Kassen zu schließen.

25. Hält die Bundesregierung eine generelle Vereinheitlichung der Honorarsysteme im Hinblick auf die Systematik des Gesundheitsfonds für erforderlich, und wie begründet sie ihre Auffassung?
26. Ist eine generelle Vereinheitlichung der Honorarsysteme aus versorgungspolitischen Gründen überhaupt wünschenswert, und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung?

Die Fragen 25 und 26 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im gegenwärtigen Vergütungssystem gibt es eine Reihe von Vergütungsunterschieden zwischen Regionen, Arztgruppen und Krankenkassenarten, die allenfalls historisch erklärbar ist, für die es jedoch keine sachlich nachvollziehbaren Begründungen gibt. Die in den einzelnen Regionen oftmals völlig unterschiedlichen Vergütungsregelungen führen zudem dazu, dass das Vergütungssystem insgesamt als intransparent empfunden wird. Deshalb zielt die im GKV-WSG enthaltene Vergütungsreform darauf ab, die Vergütungen soweit wie möglich zu vereinheitlichen und dadurch transparenter zu machen. Diese Vereinheitlichung soll dann ihre Grenzen haben, wenn es sachliche Gründe für die Vergütungsunterschiede gibt. Deshalb ist beispielsweise vorgesehen, dass die regional zuständigen Vertragspartner Zu- und Abschläge vom bundesdurchschnittlichen Punktwert, dem so genannten Orientierungswert, vereinbaren können, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu

berücksichtigen. In jedem Fall haben die regionalen Vertragspartner bei der Vereinbarung der Punktwerte zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Ab dem Jahr 2010 soll es zudem eine Differenzierung der Punktwerte nach Versorgungsaspekten geben: Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten erhalten höhere Vergütungen und damit einen Anreiz, sich dort niederzulassen; umgekehrt sinkt der Anreiz, sich in überversorgten Gebieten niederzulassen, da sie dort niedrigere Vergütungen als im Regelfall erhalten werden. Diese Preisdifferenzierung kann dazu beitragen, regional bestehende Versorgungsengpässe abzubauen. Zu beachten ist, dass die zuständigen regionalen Vertragspartner in den Honorarvereinbarungen neben den Punktwerten auch die Leistungsmengen festlegen, die zur gesamten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten erforderlich sind (morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf). Dieser Behandlungsbedarf ist nach im Gesetz vorgegebenen Kriterien jährlich anzupassen. Insgesamt wird somit sichergestellt, dass in jeder Region die zur Versorgung der Versicherten erforderlichen Honorarsummen bereitgestellt werden.

27. Wie hoch sind die Einnahmeausfälle, die den gesetzlichen Krankenkassen dadurch entstehen, dass Personen, die ab 1. Januar 2007 verpflichtet sind, sich zu versichern, laufende und rückwirkend erhobene Beiträge nicht bezahlt haben, und wie viele Neuversicherte betrifft das?

Statistische Angaben über Beitragsrückstände bei einem Teil der mittlerweile mehr als 130 000 in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zurückgekehrten ehemals Nicht-Versicherten liegen der Bundesregierung nicht vor. Nach Berechnungen der Spitzenverbände der Krankenkassen beliefen sich die Beitragsrückstände von Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V im Zeitraum vom 1. April 2007 bis 30. April 2008 auf insgesamt 97 Mio. Euro.

28. Wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung, dass die bisher schon zwangsweise GKV-Versicherten Kosten zusätzlich übernehmen müssen, die dadurch entstehen, dass aus Kulanzgründen auf das Eintreiben von Beitragsmitteln der Neuversicherten auf ausdrücklichen Wunsch des Bundesgesundheitsministeriums verzichtet werden soll, wenn Versicherte sich nicht in der Lage sehen, diese Beträge aufzubringen?

Die Bundesregierung hat die Krankenkassen aufgefordert, gemäß der Regelung des § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V von der rückwirkenden Beitragserhebung abzusehen oder den nachzuzahlenden Betrag angemessen zu ermäßigen oder zu stunden. Dies betrifft sozial schwache Personen, die der neuen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen und die das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, zu spät anzeigen. Nur auf diese Weise kann eine dauerhafte finanzielle Überforderung der Betroffenen vermieden werden. Die damit notwendigerweise einhergehende Belastung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten ist angesichts der Tatsache vertretbar, dass ein großer Teil der in Frage stehenden Forderungen ohnehin uneinbringlich sein dürfte.

29. Wie begründet die Bundesregierung, dass die Versichertengemeinschaft sowohl der GKV als auch der PKV damit belastet werden soll, wenn ein vermögender Bundesbürger nach langjährigem Auslandsaufenthalt mit einer schweren eventuell chronischen Erkrankung in die Bundesrepublik Deutschland zurückkommt und dann, trotz seiner erheblichen Finanzmittel, ohne in der Vergangenheit geleisteten eigenen Beitrag den vollen Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat?

Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel der Bundesregierung ist es, dass alle Bürgerinnen und Bürger mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland über eine angemessene Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Deshalb gilt für die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnenden Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall seit 1. April 2007 Versicherungspflicht; für der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnende Personen gilt eine Versicherungspflicht im Mindestumfang von ambulanter und stationärer Heilbehandlung (bei einem maximalen Selbstbehalt von 5 000 Euro pro Jahr) und Kontrahierungszwang seitens der Versicherungsunternehmen für den Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetz ab dem 1. Januar 2009. Diese Regelungen gelten auch für Auslandsrückkehrer; und zwar unabhängig von ihrem Einkommen.

Reisen Personen allerdings mit dem alleinigen Ziel nach Deutschland ein, sich hier zu Lasten der GKV oder PKV behandeln zu lassen, sind Leistungen ausgeschlossen: § 52a SGB V stellt klar, dass auf Leistungen der GKV dann kein Anspruch besteht, wenn sich Personen nur deshalb in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben, um in der GKV missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Eine vergleichbare Regelung ist im Entwurf der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PKV für den ab 1. Januar 2009 anzubietenden Basistarif möglich (in allen anderen Tarifen der PKV gibt es keinen Kontrahierungszwang, so dass die Unternehmen einen Antrag auf Versicherungsschutz ablehnen können).

Dessen ungeachtet, haben EU-Bürger nach der VO 1408/71 Anspruch auf Notfallbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland oder Anspruch auf eine geplante Behandlung; nur bei einer geplanten stationären Behandlung ist eine vorherige Genehmigung durch den eigenen Versicherungsträger erforderlich. Hier werden die Kosten jedoch nicht von der GKV, sondern von dem jeweiligen Träger übernommen.

30. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die PKV den Basistarif finanzieren kann, obwohl sie nicht die Bedingungen dafür geschaffen hat, dass die PKV in diesem Bereich die gleichen Vertragsgestaltungsmöglichkeiten wie die gesetzliche Krankenversicherung hat?
31. Wie stellt sich die Bundesregierung vor, dass die PKV von ihrem Recht Gebrauch machen kann, Rabattverträge für Arzneimittel abzuschließen, sie aber keine Kompetenz hat, mit den Ärzten entsprechende Vereinbarungen zu treffen, dass diese Arzneimittel dann auch verordnet werden?

Die Fragen 31 und 32 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat bereits weitreichende Möglichkeiten für die PKV geschaffen, um auf dem Vereinbarungsweg Einfluss auf die Ausgabenentwicklung zu nehmen. So kann die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte für im Standard- bzw. Basistarif Versicherte in Verträgen zwischen dem Verband der PKV und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen abweichend von den gesetzlich vorgegebenen Gebührensätzen geregelt werden (§ 75 Abs. 3a bis 3c SGB V). Für die Vielzahl der übrigen Leistungs-

bereiche (beispielsweise Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgung, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Versorgung mit Zahnersatz) hat der Gesetzgeber im Rahmen des § 75 Abs. 3a bis 3c SGB V keine Regelung der Vergütung vorgesehen. Art und Umfang der Erstattung werden hier von der PKV in den Versicherungsbedingungen der Basistarife festgelegt. Dabei muss lediglich dem Grundsatz Rechnung getragen werden, dass die in diesen Tarifen versicherten Leistungen den Leistungen der GKV in Art, Umfang und Höhe jeweils vergleichbar sein müssen. Bei den Vereinbarungen zur Vergütung im Bereich der stationären Versorgung ist die PKV zudem regelmäßig beteiligt. Hinsichtlich der privaten Krankenversicherer hat die Bundesregierung bereits in der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts ausgeführt, dass sich die PKV zukünftig für neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität öffnen müsse. Vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern („managed care“) sind daher im Versicherungsvertragsgesetz ausdrücklich als mögliche Zusatzleistung des Versicherers benannt (Bundestagsdrucksache 16/3945 S. 55).

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 33 verwiesen.

32. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass der der PKV zuzurechnende Versicherte, der sich erst zum 1. Januar 2009 versichern muss, in der Zwischenzeit von den Sozialhilfeträgern nicht erst dann zur PKV geschickt wird, wenn eine teure Behandlung, z. B. eine größere Operation, ansteht?

Die Frage stellt sich nicht für die Personen, die eine der folgenden Leistungen der Sozialhilfe beziehen, sofern der Bezug dieser Leistungen vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sechstes Kapitel SGB XII) und
- Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel SGB XII).

Wird der Bezug dieser Sozialhilfeleistungen nicht für mindestens einen Monat unterbrochen oder verfügen die Bezieher dieser Leistungen nicht bereits über eine private Krankenversicherung, dann besteht weder eine Verpflichtung noch eine Berechtigung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Es kann also kein Versicherungsschutz im Standardtarif nach § 315 Abs. 1 Nr. 5 SGB V beansprucht werden. Die Absicherung im Krankheitsfall muss für die genannten Personen – wie vor Inkrafttreten des GKV-WSG – von den Trägern der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII gewährleistet werden.

Anders stellt sich die Situation bei Personen dar, die dem der PKV zuzuordnenden Personenkreis angehören, aber nicht in der PKV versichert sind und keine der oben genannten Sozialhilfeleistungen beziehen. Tritt bei diesen Personen ein Bedarf an Gesundheitsleistungen ein und ist ihnen nicht zumutbar, diesen aus ihren eigenen Mitteln zu finanzieren, dann haben die Träger der Sozialhilfe bis zum Jahresende 2008 grundsätzlich die Möglichkeit, auf den Abschluss einer Krankenversicherung im modifizierten Standardtarif der PKV hinzuwirken. Eine private Krankenversicherung im Standardtarif stellt eine der Sozialhilfe und damit auch den Hilfen zur Gesundheit vorrangige Absicherung dar. Mit dem Abschluss eines entsprechenden Versicherungsvertrags wird folglich der Nachrangigkeitsgrundsatz und somit ein elementarer Grundsatz der Sozialhilfe umgesetzt.

33. Wie ist nach Auffassung der Bundesregierung sichergestellt, dass der Basistarif und die damit verbundenen Quersubventionen durch die anderen Tarife der PKV nicht zu einer übermäßigen zusätzlichen Belastung der PKV-Versicherten führt?

Mehraufwendungen, die im Basistarif durch Vorerkrankungen entstehen, werden gemäß § 12g Abs. 1 VAG innerhalb des Versichertenkollektivs des Basistarifs ausgeglichen; Versicherte anderer Tarife werden dadurch also nicht belastet. Auf alle privat Versicherten werden nur jene Mehraufwendungen umgelegt, die durch die Beitragsbegrenzung im Basistarif entstehen. Hier zeigen die vergleichbaren Erfahrungen mit dem Standardtarif, dass sich mögliche Belastungen für Versicherte anderer Tarife in engen Grenzen halten: Die gesetzlich vorgegebene Kappung des Beitrags auf der Höhe des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags muss aktuell nur von 3 316 Personen bzw. knapp 10 Prozent der in diesem Tarif Versicherten in Anspruch genommen werden. Von den bis zum Jahresende 2007 über § 315 SGB V in den Standardtarif aufgenommenen 2 861 ehemals Nichtversicherten wiederum sind nur 369 bzw. knapp 13 Prozent aus Gründen finanzieller Hilfebedürftigkeit auf die in solchen Fällen vorgesehene Beitragshalbierung angewiesen. Die Belastung, die durch die Aufnahme ehemals Nichtversicherter im Basistarif auf die übrigen PKV-Versicherten maximal zukommt, hat das Wissenschaftliche Institut der PKV selbst in einer Studie aus dem Herbst 2006 auf 0,02 Prozent der Beiträge beziffert.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass PKV-Versicherte, die ab 2009 aus anderen Tarifen in den Basistarif wechseln, ihre Alterungsrückstellungen mitnehmen – was den dann noch zu zahlenden Beitrag und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme der im Basistarif geltenden Sozialregelungen deutlich reduziert. Schließlich stellt sich die Einkommenssituation bei PKV-Versicherten durchschnittlich besser dar als bei GKV-Versicherten. Ein hohes Einkommen begrenzt naturgemäß die Gefahr, im Sinne von ALG II oder Sozialhilfe hilfebedürftig zu werden und deshalb auf die Beitragshalbierung im Basistarif angewiesen zu sein. Vor diesem Hintergrund rechnet die Bundesregierung unverändert nicht damit, dass die Versicherten anderer Tarife durch die Einführung des Basistarifs übermäßig belastet werden. Jüngste Äußerungen aus der PKV-Branche bestätigen diese Einschätzung.

34. Welche Regelungen trifft die Bundesregierung, um sicherzustellen, dass die bei den Beratungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum Ausdruck gebrachte Zusicherung so eingehalten wird, dass sich mit der Wechselmöglichkeit der Bestandsversicherten in der PKV in den Basistarif eines anderen Unternehmens im ersten Halbjahr 2009 nur geringe Belastungen für die bisherigen Tarife in der PKV aus der Portabilität der damit verbundenen Alterungsrückstellungen ergibt, und mit welchen Auswirkungen rechnet sie nach dem neuesten Erkenntnisstand tatsächlich?

Durch das GKV-WSG wird mit Wirkung ab 1. Januar 2009 in der PKV die Portabilität der Alterungsrückstellungen eingeführt, um auch dort den Wettbewerb zu intensivieren. Künftig kann ein PKV-Versicherter seine Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs beim Wechsel in ein anderes Unternehmen mitnehmen. Für PKV-Versicherte, die nach dem 31. Dezember 2008 einen Krankenversicherungsvertrag abschließen, gilt diese Portabilität uneingeschränkt. Für Versicherte, die ihren Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, ist eine befristete Wechselmöglichkeit vorgesehen. Sie können unter Mitnahme der Alterungsrückstellung nur in einem Zeitraum von sechs Monaten ab 1. Januar 2009 zu einem anderen Unternehmen in den Basistarif wechseln. Die Bundesregierung steht derzeit in Gesprächen mit der Branche über die praktische Umsetzung dieser und anderer mit dem GKV-WSG für die PKV beschlossenen Maßnahmen.

35. Wie begründet und bewertet die Bundesregierung, dass auch diejenigen, die als Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene PKV-versichert waren, bei Aufnahme einer Berufstätigkeit als Arbeiter oder Angestellte keine Möglichkeit haben, PKV-versichert zu bleiben?

Der Gesetzgeber hat sich bei der Abgrenzung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen von zwei wesentlichen Grundgedanken leiten lassen: zum einen der Schutzbedürftigkeit der betroffenen Personen und zum anderen der Sicherstellung einer funktionsfähigen Solidargemeinschaft. Denn in der gesetzlichen Krankenversicherung findet ein umfassender Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Versicherten mit niedrigen Einkommen und solchen mit höheren Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien mit Kindern statt. Da die zur Finanzierung dieses sozialen Ausgleichs erforderlichen Mittel ersichtlich nicht allein von den typischerweise Begünstigten des Ausgleichs aufgebracht werden können, kann der Gesetzgeber nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts den Kreis der Versicherungspflichtigen so abgrenzen, wie dies für die Begründung und den Erhalt einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist. Er hat dies mit den geltenden Regelungen zur Versicherungspflicht in der GKV umgesetzt. Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind alle Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten versicherungspflichtig, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind und ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) haben. Die Möglichkeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht sind vom Gesetzgeber eng begrenzt worden, weil jedes Befreiungsrecht tendenziell zu einer negativen Risikoselektion zu Lasten der GKV führt. Die bloße Tatsache, dass eine Person vor Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung in der PKV versichert war, begründet allein keine Anwendung einer solchen Ausnahmeregelung.

36. Wie stellt die Bundesregierung, ggf. auch mit aufsichtsrechtlichen Mitteln sicher, dass keine Quersubventionierung bei den Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet und damit eine Belastung der anderen Versicherten?

Nach § 53 Abs. 9 SGB V müssen die Aufwendungen für jeden Wahlтарif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die durch diese Maßnahmen erzielt werden. Eine Quersubventionierung der Wahlтарife aus Beitragsmitteln der Solidargemeinschaft ist damit gesetzlich ausgeschlossen. Die Sicherstellung der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben obliegt den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder.

37. Ist für die Vorstände der Krankenkassen eine Haftung vorgesehen, wenn es doch zu Quersubventionierungen kommt?

Es ist davon auszugehen, dass durch das Erfordernis der Genehmigung der Wahlтарife durch die Aufsichtsbehörden und durch die Berichtspflicht der Krankenkassen gegenüber den Aufsichtsbehörden in Bezug auf Einsparungen durch Wahlтарife sichergestellt ist, dass die Aufwendungen für einen Wahlтарif ausschließlich durch die hierdurch erzielten Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Eine besondere Haftung des Vorstands einer Krankenkasse ist daher im GKV-WSG nicht vorgesehen worden. Kommt es dennoch zu einer Quersubventionierung von Wahlтарifen und erleidet die Krankenkasse hierdurch einen Schaden, sind daher die allgemeinen, für die Vorstandsmitglieder geltenden vertraglichen und gesetzlichen Haftungsregelungen heranzuziehen.

38. Wie beurteilt die Bundesregierung die eingeschränkte Anwendbarkeit des Wettbewerbs- und Kartellrechtes im Rahmen der GKV im Hinblick auf:
 - Rabattverträge bei Arzneimitteln,
 - Ausschreibungen im Hilfsmittelsektor,
 - den Abschluss von Einzelverträgen mit Ärzten oder Arztgruppen,
 - die Fusion von Krankenkassen?
39. Wie beurteilt die Bundesregierung das Fehlen von Regelungen zur Anwendbarkeit des Vergaberechtes?
40. Sind Krankenkassen nach Auffassung der Bundesregierung öffentliche Auftraggeber nach § 98 Nr. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB), und wenn nein, warum nicht?
41. Sind Rabattverträge nach Auffassung der Bundesregierung öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB, und wenn nein, warum nicht?
42. Sind die Krankenkassen verpflichtet, Rabattverträge öffentlich nach Maßgabe des Vergaberechtes auszuschreiben?
43. Ist die Bundesregierung bereit, die Unklarheiten bzgl. der Anwendung des Vergaberechtes der § 97 ff. GWB zu beseitigen und eine Anpassung an die europäischen Richtlinien vorzunehmen?
44. Ist die Bundesregierung bereit, klarzustellen, dass die Kartellbehörden auch in vertraglichen und Fusionsangelegenheiten gesetzlicher Krankenkassen zuständig sind?
45. Wie steht die Bundesregierung zu der These, dass es bereits heute gesetzliche Krankenkassen gibt, die ihre marktbeherrschende Stellung dahingehend missbrauchen, dass die Preise z. B. im Hilfsmittelbereich so stark abgesenkt werden müssen, dass eine qualitativ gute Versorgung nicht mehr möglich ist?

Die Fragen 38 bis 45 zielen auf die Kernfrage ab, welche wettbewerbs- und kartellrechtlichen Konsequenzen aus der Etablierung wettbewerblicher Elemente in das soziale System der GKV zu ziehen sind und werden deshalb gemeinsam beantwortet.

Mit dem GKV-WSG wurde geregelt, dass die §§ 19 bis 21 GWB auf die einzelvertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern entsprechend anzuwenden sind. Dadurch ist ausdrücklich ausgeschlossen, dass gesetzliche Krankenversicherungen ihre Marktmacht missbräuchlich einsetzen.

In ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-WSG hat die Bundesregierung zugesagt, eingehend zu prüfen, ob über diese Missbrauchsvorschriften hinaus weitere Regelungen des Wettbewerbsrechts in der GKV Geltung verschafft werden soll und wie ein effizientes Verfahren für ihre Anwendung sichergestellt werden kann. Dies umfasst alle wettbewerbsrechtlichen Aspekte, also auch das materielle Kartell- und Vergaberecht sowie Fragen der Gewährung eines effektiven Rechtsschutzes einschließlich des Rechtsweges. Von der Bundesregierung wird derzeit ein wettbewerbliches Rahmenkonzept für die Vertragsbeziehungen zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und Leistungserbringern erarbeitet. Ziel dabei muss sein, zum einen den differenzierten Bedürfnissen von Krankenkassen und Versorgungseinrichtungen bei ihren sozialpolitischen Aufgaben einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten gerecht zu werden, zum anderen aber auch dem berechtigten Interesse der Gesundheitswirtschaft an wirksamen wettbewerbs- und vergaberechtlichen Rahmenbedingungen zu genügen. Die Arbeitsergebnisse sollen möglichst rasch in gesetzliche Regelungen einfließen.

46. Wie beurteilt die Bundesregierung die Gefahr, dass mittelständische Unternehmen vom Markt verdrängt werden und nach Marktberreinigung die Preise wegen einer Monopolstellung des verbliebenen Anbieters deutlich steigen?

Eine ausreichende Vielfalt der Leistungserbringer muss im Interesse eines funktionierenden Wettbewerbs gewahrt bleiben. Hierauf haben die Krankenkassen auch bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln durch eine sachgerechte Aufteilung in Lose zu achten.

47. Welche Erfahrungen liegen der Bundesregierung mit der Umsetzung des Versorgungsmanagements gemäß § 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor?

Die Umsetzung des Versorgungsmanagements ist Aufgabe der Leistungserbringer im Zusammenwirken mit den Krankenkassen. Hauptanwendungsgebiet für ein Versorgungsmanagement ist das Entlassungsmanagement nach stationärer Versorgung, damit ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege oder Langzeitpflege erfolgt. Mit dem GKV-WSG ist deshalb ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Entlassungsmanagement eingeführt worden, mit dem die Leistungserbringer verpflichtet wurden, zusammen mit den Krankenkassen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen. Im Rahmen der Pflegereform ist eine Klarstellung der Regelung dahingehend erfolgt, dass in das Versorgungsmanagement die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen sind. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen. Diese Regelung ist erst seit kurzer Zeit in Kraft, so dass der Bundesregierung derzeit noch keine Erkenntnisse zur Umsetzung vorliegen.

48. Welche Art von Leistungen zur primären Prävention finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 20 SGB V, und welcher Teil davon ist im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert?

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren im Rahmen des § 20 SGB V folgende Leistungsarten:

1. Settings: Hierbei handelt es sich um Leistungen in Lebenswelten (wie beispielsweise Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen/Kommunen, Senioreneinrichtungen), durch die insbesondere sozial Benachteiligte in ihrer Umwelt erreicht werden sollen. Ziel ist es, dass die Betroffenen ihre Gesundheitsrisiken erkennen und vermeiden lernen.
2. Individueller Ansatz: In diesem Bereich bieten die Krankenkassen Kurse für den Einzelnen entweder selbst an oder bezuschussen Kurse Dritter (wie Sportvereine, Volkshochschulen) in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung sowie Vermeidung des Suchtmittelkonsums. Die Kurse sollten acht bis zwölf Kurseinheiten umfassen. Ausnahmsweise sind auch Kompaktkurse für besondere Zielgruppen (insbesondere Schichtarbeiter, die an keinen regelmäßigen wöchentlichen Kurs teilnehmen können) zulässig. Die Kursleiterinnen und Kursleiter müssen über eine einschlägige berufliche Qualifikation verfügen, im Bereich Ernährung beispielsweise Diplom-Ernährungswissenschaftler sein.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Leistungen ist entsprechend der Leistungsart auf den mit ihr angestrebten Erfolg abzustellen. Um die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen evaluieren zu können, haben die Spitzen-

verbände der Krankenkassen seit dem Jahr 2006 zusätzlich zu den Daten zur Struktur- und Prozessqualität auch Daten zur Ergebnisqualität erhoben. Dies geschieht in Form der Abfrage des Feedbacks der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Dokumentationsbögen, beispielsweise zum Lernerfolg oder zur Kursqualität. Qualitätssicherung und Evaluation sind bislang nicht gesetzlich verankert, sondern geschehen auf freiwilliger Basis durch die Weiterentwicklung des Leitfadens.

49. Welche Art von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20a SGB V finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen, und welcher Teil davon ist im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert?

Die Krankenkassen erbringen in Kooperation mit den Trägern der Unfallversicherung, den Unternehmen/Betrieben und gewerblichen Anbietern Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), die den Arbeitsschutz ergänzen. Sie ermitteln hierzu Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten (beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeits-Analysen und Befragungen) und bieten darauf basierend Maßnahmen zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Vermeidung von Suchtmittelkonsum an.

Auch diese Maßnahmen sowie die Anbieterqualifikation sind in dem Leitfaden Prävention näher spezifiziert.

Für die Evaluierung im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gelten die Ausführungen zu Frage 48 entsprechend.

50. Welche Maßnahmen haben die Krankenkassen getroffen, um einen Missbrauch der Krankenversichertenkarten wie in § 15 Abs. 6 SGB V vorgesehen, entgegenzuwirken?

Nach Auskunft der Spitzenverbände der Krankenkassen gehen die Kostenträger davon aus, dass bestehende Missbrauchspotentiale im Zusammenhang mit der Nutzung der Krankenversichertenkarte durch deren Erweiterung zu einer elektronischen Gesundheitskarte entsprechend § 291a SGB V erheblich eingeschränkt werden. Mit den Anwendungen dieser Karte wird eine Telematikinfrastruktur geschaffen, deren Bestandteil auch eine Online-Prüfung der Versichertendaten in der Arztpraxis sowie eine Sperrung von als verloren oder gestohlen gemeldeten Versichertenkarten ist. Ferner wird die Karte ein Lichtbild enthalten, mit dem die Patientin bzw. der Patient in der Arztpraxis eindeutig identifiziert werden kann.

Derzeit laufen in der Bundesrepublik Deutschland erste Feldtests, in denen mehrere Tausend elektronische Gesundheitskarten an Versicherte ausgegeben wurden. Diese Karten enthalten bereits ein Lichtbild, das zur Vermeidung des Missbrauchsrisikos beitragen soll. Die weiteren Anwendungen wie die Online-Prüfung der Versichertendaten in der Arztpraxis sowie die Sperrung von als verloren oder gestohlen gemeldeten Karten werden zurzeit in Anwendertests mit Testdaten in der gematik und in den Testregionen getestet und sukzessiv in den Feldtestregionen eingeführt. Ebenfalls haben verschiedene Krankenkassen für diese Anwendungen das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Pro Online-VSDD“ gestartet, um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur zu beschleunigen.

51. Wie viele Fälle gibt es, in denen Krankenkassen Versicherte in angemessener Höhe an den Kosten einer Krankheit beteiligt haben, die sie sich durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme zugezogen haben, und in wel-

chem Umfang ist Krankengeld ganz bzw. teilweise versagt oder zurückgefordert worden?

Gesonderte statistische Daten zu der Frage, in welcher Zahl und in welchem Umfang Krankenkassen ihre von den entsprechenden Regelungen des § 52 Abs. 2 SGB V betroffenen Versicherten an den medizinischen Kosten beteiligt haben oder Krankengeld ganz bzw. teilweise versagt oder zurückgefordert wurde, liegen der Bundesregierung nicht vor.

52. Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, die adäquate Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern der in Gesellschaften bürgerlichen Rechts überführten Spitzenverbände der Krankenkassen zu sichern insbesondere im Hinblick darauf, dass z. B. beim IKK-Bundesverband nach wie vor der Wille des Bundesgesundheitsministeriums nicht umgesetzt ist, den Mitarbeitern eine verlässliche Perspektive zu bieten?

Mit den Regelungen des GKV-WSG ist grundsätzlich ein ausreichender Schutz der Beschäftigten der Bundesverbände der Krankenkassen für den gesetzlich vorgesehenen Rechtsformwandel der Bundesverbände von Körperschaften des öffentlichen Rechts in BGB-Gesellschaften und für den Fall einer möglichen Auflösung dieser Gesellschaften durch die Gesellschafter sichergestellt. Das BMG wird darauf achten, dass diese gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Wie in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommt, ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass sich für die Dienst- und Arbeitsverhältnisse der bei den Bundesverbänden beschäftigten Personen auch die Gemeinschaft der Versicherungsträger und ihrer Verbände in der Verantwortung sehen sollen, für eine Weiterbeschäftigung zu angemessenen Bedingungen Sorge zu tragen.

53. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem 101. Deutschen Ärztetag gemachte Aussage, dass die Vertragsärzte ab 1. Januar 2009 mit mehr Geld rechnen können, tatsächlich umgesetzt wird?
54. Sieht sie im Hinblick auf die Realisierung dieser Zusage die Notwendigkeit einer gesetzlichen Anpassung, und wenn ja, wann soll diese erfolgen?

Die Fragen 53 und 54 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütungsreform sind im Jahr 2009 und auch in den Folgejahren Mehrausgaben der Krankenkassen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen angelegt. Verlässliche Prognosen zur Höhe der Honorarzuwächse und zu den Auswirkungen für einzelne Regionen und Arztgruppen sind derzeit nicht möglich. Solche Prognosen wären spekulativ, da die dafür maßgeblichen Parameter erst in den vom zuständigen Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 zu treffenden Beschlüssen festgelegt werden und der Bewertungsausschuss derzeit noch keine Vorfestlegungen dazu getroffen hat. Die Bundesregierung geht aber davon aus, dass der Bewertungsausschuss – oder im Konfliktfall der Erweiterte Bewertungsausschuss – seine Beschlüsse entsprechend den gesetzlichen Vorgaben fasst und die ihm im Gesetz eingeräumten Spielräume entsprechend der Zielsetzungen der Vergütungsreform ausnutzen wird. Das BMG begleitet diesen Prozess intensiv und wirkt auf eine fristgerechte und der Zielsetzung des GKV-WSG entsprechende Beschlussfassung hin. So hat das BMG in einem Schreiben des Staatssekretärs inzwischen ausführlich zu den zwischenzeitlich aufgetretenen Rechtsfragen Stellung genommen und dabei insbesondere die Spielräume des Bewertungsausschusses aufgezeigt. Wenn der Bewertungsausschuss Ende August die

Beschlüsse treffen und dem BMG zur Prüfung vorlegen wird, wird das BMG zeitnah die Rechtmäßigkeit der Beschlüsse überprüfen. Zudem wird das BMG bewerten, welche Auswirkungen von den Beschlüssen zu erwarten sind und ob auf dieser Grundlage ggf. ein weiterer Handlungsbedarf besteht.

55. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass mit der Vorgabe arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina bei der Vergütung der Ärzte tatsächlich die Budgetierung aufgehoben wird und es sich nicht vielmehr um eine modifizierte Budgetierung handelt, die es für den einzelnen Arzt nach wie vor attraktiv macht, nach Ausschöpfung seines Praxisbudgets seine Zeit statt in der Praxis mit Fortbildungen oder Urlaub zu verbringen?

Die Ablösung der geltenden Budgetierung ab dem Jahr 2009 ist ein zentraler Teil der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Damit geht das so genannte Morbiditätsrisiko – Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankenhäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten – auf die Krankenkassen über. Zukünftig müssen die Krankenkassen mehr Geld zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bereitstellen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt, wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden oder es im Zeitablauf einen Kostenanstieg gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann. Die erforderlichen Honorarsteigerungen werden dabei nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzt. Nicht vorgesehen ist, dass die Krankenkassen alle zusätzlichen Mengen zu finanzieren haben, die die Vertragsärzte erbringen. Zusätzliche Mengen, die medizinisch nicht erforderlich sind, sollen also nicht finanziert werden. Auch das Arztlisikorisiko soll bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben. Das Instrument der arztbezogenen Regelleistungsvolumina dient der dafür erforderlichen Mengensteuerung. Bei der Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina hat die zuständige Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen einen großen Spielraum, der es ihnen erlaubt, die Regelungen so auszugestalten, dass negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten vermieden werden. Andererseits würde ein Verzicht auf eine solche Mengensteuerung faktisch bedeuten, dass die Krankenkassen alle vertragsärztlichen Leistungen finanzieren müssten, unabhängig davon, ob diese medizinisch erforderlich sind oder nicht. Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass ein solcher Ansatz Fehlanreize für eine Überversorgung mit vertragsärztlichen Leistungen setzen würde und mit sehr hohen finanziellen Risiken für Krankenkassen und Beitragszahler verbunden wäre.

56. Ist die Bundesregierung bereit, einen festgestellten erhöhten Vergütungsbedarf z. B. aufgrund demografischer oder morbiditätsbedingter Entwicklungen über eine entsprechend höhere Beitragsfestsetzung adäquat zu berücksichtigen, und was geschieht, wenn das nicht der Fall ist?

Ab 1. Januar 2009 gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz. Diesen Beitragssatz legt die Bundesregierung per Rechtsverordnung zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 fest. Der Beitragssatz ist zum Start des Gesundheitsfonds so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss ausreichen, um 100 Prozent der voraussichtlichen Ausgaben der GKV sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve zu decken. Aufgrund der Regelungen des § 241 Abs. 2 und 3 SGB V wird ein Schätzerkreis eingerichtet, dem Experten des BVA, des BMG und des neuen Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen angehören. Dieser Schätzerkreis erstellt eine Prognose über die voraussichtliche Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV im

Jahr 2009. Hierbei sind neben den aktuellsten Daten alle weiteren Entwicklungen des Versorgungsgeschehens zu berücksichtigen, die Einfluss auf den Beitragsbedarf und die Beitragssatzschätzung haben können. Dies schließt die zu erwartenden Ausgaben der GKV für die ambulante vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2009 mit ein.

57. Wie wird sich die Umstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystem auf einen bundesweit einheitlichen Punktwert, auf dessen Basis regionale Punktwerte zu bilden sind, unter Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Mittelab- bzw. -zuflüsse in den einzelnen Bundesländern auf die jeweiligen Krankenkassen auswirken?

Verlässliche Prognosen zu den Auswirkungen für einzelne Krankenkassen sind derzeit nicht möglich. In der Tendenz ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen, deren Versicherte einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aufweisen, ab dem Jahr 2009 höhere Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen aufweisen werden als im heute geltenden Vergütungssystem. Auf der anderen Seite werden diese Krankenkassen aber auch durch den ebenfalls 2009 in Kraft tretenden direkt über die Berücksichtigung der 80 Krankheiten im morbiditätsorientierten RSA tendenziell entlastet.

58. Sieht die Bundesregierung im Hinblick auf die Finanzsituation der Krankenhäuser Handlungsbedarf, und wenn ja, welchen, und wird sie die dafür benötigten Finanzmittel in voller Höhe bei der Kalkulation des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes berücksichtigen?

Im Hinblick auf die sich verschlechternde finanzielle Situation der Krankenhäuser zum Beispiel in Folge der Tariflohnerhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 und der gestiegenen Energiekosten sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf. Derzeit wird geprüft, wie die Beschlüsse der 81. Gesundheitsministerkonferenz umgesetzt werden können. Im Rahmen der Vorbereitung von gesetzlichen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 wird – neben technisch notwendigen Änderungen zur Fortführung des DRG-Vergütungssystems über das Jahr 2008 hinaus – auch über Entlastungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser diskutiert. Die finanziellen Auswirkungen solcher Entscheidungen werden bei der Festlegung des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes berücksichtigt.

59. Wie beurteilt die Bundesregierung den den Krankenhäusern auferlegten Sanierungsbeitrag gemäß § 8 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, das Entfallen des Anspruchs auf eventuelle Rückzahlungen aus der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V für die Jahre 2004 bis 2006 und die Absenkung des Anspruchs auf Mindererlösausgleich von 40 Prozent auf 20 Prozent bei gleichzeitiger Anhebung der Mehrwertsteuer um 3 Prozentpunkte und weitere Mehrkosten in diversen Bereichen wie Energie, Personal usw. im Hinblick auf die derzeitige finanzielle Situation der Krankenhäuser, die sich nach Aussagen der Bundesgesundheitsministerin so verschlechtert hat, dass den Krankenhäusern mehr Geld zur Verfügung gestellt werden soll?

Die genannten Regelungen, die mit dem GKV-WSG vom 26. März 2007 eingeführt wurden, waren in der damaligen Entscheidungssituation erforderlich, um die Beitragssatzstabilität in der GKV abzusichern. Dies wurde auch von einer deutlichen Mehrheit im Bundestag und Bundesrat so gesehen. Es ist aber beabsichtigt, den Rechnungsabschluss bei gesetzlich Versicherten, der Teil des Sanierungsbeitrags ist, zum Jahresende 2008 auslaufen zu lassen. Darüber hinaus soll die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ebenfalls zum Jahres-

62. Wie beurteilt die Bundesregierung unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die im zahnärztlichen Bereich bestehenden unterschiedlichen Punktwerte, und plant sie, eine Angleichung vorzuschreiben, und wenn ja, wird dabei dafür gesorgt, dass das für die zahnärztliche Behandlung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen insgesamt konstant bleibt?

Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung bestehenden unterschiedlichen Punktwerte für die Vergütung beruhen nicht auf Vorgaben des Gesetzgebers, sondern darauf, dass die Ersatzkassen in der Vergangenheit auf Selbstverwaltungsebene höhere Punktwerte als die übrigen Krankenkassen vereinbart hatten. Die mit den höheren Punktwerten verbundenen höheren Belastungen der Ersatzkassen gegenüber den übrigen Krankenkassen rechtfertigen kein regulierendes Eingreifen des Gesetzgebers. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Ersatzkassen mit den höheren Vergütungen in der Vergangenheit auch Wettbewerbsvorteile verschafft haben, indem sie den Versicherten gegenüber auf den „Einkauf einer besseren Versorgung“ hinweisen konnten.

Die gesetzliche Einführung eines einheitlichen Punktwertes wäre mit erheblichen Umverteilungswirkungen sowohl innerhalb der Krankenkassen als auch für die Zahnärzteschaft verbunden und wird deshalb von der Bundesregierung derzeit nicht geplant.

63. Plant die Bundesregierung, die Budgets in der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf den Gesundheitsfonds abzuschaffen, und wenn ja, wann, und wenn nein, mit welcher Begründung?

Siehe Antwort zu Frage 55.

64. Ist die Bundesregierung bereit, die in den Jahren seit Beschluss der Budgetierung, die auf Abrechnungsergebnissen des Jahres 1997 basiert, entstandenen Verwerfungen z. B. aufgrund der Veränderung der Mitgliederzusammensetzung, der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und der Mitgliederverschiebung zwischen den einzelnen Krankenkassen umgehend zu beheben, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt, und wenn nein, mit welcher Begründung?

Mit Inkrafttreten der Vergütungsreform zum 1. Januar 2009 werden die Verwerfungen zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, da im Bereich jeder Kassenärztlichen Vereinigung ein einheitlicher Punktwert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zu vereinbaren ist. Für jede Krankenkasse ist nach einheitlichen Kriterien zudem der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für die Versicherten dieser Krankenkassen festzulegen. Die sich aus dem einheitlichen Punktwert der Region und dem jeweiligen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf ergebenden morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen stellen sicher, dass die finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen leistungsgerecht aufgeteilt werden.

65. Hält die Bundesregierung alle im Arzneimittelbereich gesetzlich vorgesehenen Instrumente:
- Festbetragsregelung gemäß § 35 ff. SGB V,
 - Ausschluss von Arzneimitteln gemäß § 34 SGB V,
 - Importverpflichtung gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,
 - Rabattverträge gemäß § 130a Abs. 8 in Verbindung mit § 129 SGB V,
 - Vereinbarungen nach § 31 Abs. 2 SGB V,

- Preismoratorium gemäß § 130a SGB V,
- Bonus-Malus-Regelung gemäß § 84 SGB V,
- Verbot von Naturalrabatten,
- Ersetzen von Arzneimitteln durch die Apotheker gemäß § 129 SGB V,
- Kosten-Nutzen-Bewertung gemäß § 35b Abs. 1 und 2 SGB V,
- Wahltarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen gemäß § 53 Abs. 5 SGB V,
- Zweitmeinungsverfahren bei besonderen Arzneimitteln gemäß § 73d SGB V,
- Festsetzung von Richtgrößen für Arzneimittel gemäß § 84 SGB V,
- Aut-Idem-Regelung gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V,
- Höchstbeträge gemäß § 31 Abs. 2a SGB V,
- Freistellung von Zuzahlungen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
- Arzneimittelrichtlinien gemäß § 92 Abs. 1 SGB V,

für miteinander kompatibel, notwendig und zielführend, und will die Bundesregierung an dieser Vielzahl der Instrumente festhalten?

Die genannten gesetzlichen Vorschriften sind durch das AVWG (Inkrafttreten: 1. Mai 2006) sowie durch das GKV-WSG (Inkrafttreten: 1. April 2007) nach eingehenden Beratungen in den gesetzgebenden Körperschaften eingeführt oder geändert worden. Damit wird insbesondere die Perspektive für eine wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens eröffnet. Eine Entscheidung über die Weiterentwicklung der Vorschriften wäre verfrüht, da noch keine ausreichenden Erfahrungen mit den Neuregelungen vorliegen. Näheres ergibt sich aus den Berichten der Bundesregierung vom 5. Juli 2007 (Bundestagsdrucksache 16/6045) und vom 27. Mai 2008 (Bundestagsdrucksache 16/9284). Ob Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung vereinfacht und ihre Wirksamkeit verbessert werden können, bleibt einer künftigen Diskussion vorbehalten.

Die Bundesregierung sieht im Hinblick auf die aktuelle Ausgabenentwicklung bei Festbetragsarzneimitteln keinen aktuellen Handlungsbedarf bezüglich der Regelungen mit Wirkung auf diesen Teil der Arzneimittelversorgung. Die Umsätze der Festbetragsarzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Jahre 2007 um ca. vier Prozent gesunken und in den ersten fünf Monaten des Jahres 2008 um weitere ca. ein Prozent. Hinzu kommen Einsparungen aus Rabattverträgen, deren Höhe für das Jahr 2008 noch nicht bekannt ist. Zur Höhe der Einsparungen aus Rabattverträgen im Jahr 2007 siehe Bundestagsdrucksache 16/9284 vom 27. Mai 2008. Problematisch ist die Kostenentwicklung bei Arzneimitteln ohne Festbetrag. Die Umsätze dieser Arzneimittel stiegen im Jahr 2007 um ca. 15 Prozent und von Januar bis Mai 2008 um weitere ca. 14 Prozent jeweils gegenüber dem Vorjahreszeitraum (Quelle: Insight Health).

Der Ausgabenanstieg für Arzneimittel in der GKV wurde in den genannten Zeiträumen ausschließlich durch Arzneimittel ohne Festbetrag verursacht. Die neuen Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung für diese Arzneimittel werden derzeit umgesetzt und sind noch nicht für die Versorgung wirksam.

66. Hält die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Festsetzung bzw. Anpassung der Festbeträge und die damit verbundene Festsetzung von Zuzahlungsbefreiungsgrenzen überhaupt noch für aufrechterhaltbar, wenn die Listenpreise, auf denen diese Festsetzungen basieren, nichts mehr mit den tatsächlichen, durch Rabattverträge bestimmten Preisen zu tun haben?

Die Festbeträge wurden aktuell zum 1. Juni 2008 angepasst. Gleichzeitig bestehende Rabattvereinbarungen hatten keine Auswirkung auf die Festbetragsanpassung.

67. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass Arzneimittelpreise wegen der durch Rabatte ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr auf das Festbetragsniveau abgesenkt werden können und Versicherte deshalb mit dem Differenzbetrag belastet werden?

Nein, diese Gefahr sieht die Bundesregierung nicht (siehe dazu auch den Bericht der Bundesregierung vom 27. Mai 2008 auf Bundestagsdrucksache 16/9284).

Nach Mitteilung des GKV-Spitzenverbands haben pharmazeutische Unternehmen bereits im ersten Monat nach der Anpassung der Festbeträge zum 1. Juni 2008 die Preise für 321 Packungen auf den Festbetrag abgesenkt. Zum Stichtag 1. Juli 2008 waren demnach noch 2 779 Packungen teurer als der Festbetrag, davon aber nur 73 Packungen mit patentgeschützten Wirkstoffen. Weiterhin entfielen 1 290 Packungen auf nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel, 305 Packungen auf Importe und 1 111 Packungen auf Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen.

68. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Krankenhäuser ihrer Verpflichtung bei der Entlassung von Patienten Arzneimittel anzuwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, im Hinblick auf die Vielzahl der getroffenen Vereinbarungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen, Apotheken und Ärzten ohne unverhältnismäßigen Aufwand nachkommen können, und wie begründet sie ihre Auffassung?

Ja. Zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung ist es erforderlich, dass die Krankenhäuser bei der Entlassmedikation die Vorschriften zur Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit für die vertragsärztliche Versorgung beachten. Dies sind insbesondere die Leistungsausschlüsse durch Gesetz oder Richtlinien sowie die sonstigen Regelungen zu Arzneimittelverordnungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Soweit darüber hinaus Vereinbarungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen, Apotheken und Ärzten bestehen, ist deren Umsetzung die Aufgabe der jeweiligen Vertragspartner. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Krankenhäuser in diese Verträge einzubeziehen.

69. Wie bewertet die Bundesregierung die nach wie vor nicht erfolgte Erstellung einer Fertigarzneimittelliste der ordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 34 Abs. 1 SGB V im Hinblick auf die in der Begründung zum GKV-WSG für notwendig erachtete Transparenz für die verordnenden Ärzte?

Der Gemeinsame Bundesausschuss bereitet die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorschrift vor, die durch das GKV-WSG zum 1. April 2007 eingeführt worden ist. Bis dahin bleiben Ärztinnen und Ärzte wie bisher verpflichtet, im Rahmen ihrer Fachkunde in eigener Verantwortung festzustellen, welche nicht verschrei-

bungspflichtigen Fertigarzneimittel aufgrund der Übersicht in den Arzneimittelrichtlinien ausnahmsweise verordnungsfähig sind.

70. Wie bewertet die Bundesregierung die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen an die Anträge zur Aufnahme auf die so genannte OTC-Ausnahmeliste und die Höhe der festgesetzten Gebühren pro Antrag im Hinblick auf das Ziel, den Ärzten und ihren Patienten den Zugriff auf alle notwendigen Arzneimittel, die als Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen gelten, zu ermöglichen?

Das Antragsverfahren sichert eine flexible und zeitnahe Entscheidung über die ausnahmsweise Einbeziehung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in die Leistungspflicht der GKV. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss Gebühren festgesetzt, welche die Kosten des Verfahrens decken und damit rechtmäßig sind. Für Prüfungen von Anträgen können umfangreiche Recherchen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis erforderlich sein. Es kann von den Beitragszahlern nicht erwartet werden, dass sie diese Kosten zugunsten von Antragstellern ganz oder teilweise übernehmen.

71. Wie beurteilt die Bundesregierung die Einbeziehung von Orphan Drugs in das Zweitmeinungsverfahren im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel, die Therapiequalität bei der Anwendung von Spezialpräparaten zu verbessern, und wie beurteilt sie unter diesem Gesichtspunkt die Forderung, Orphan Drugs von dem Verfahren auszunehmen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist befugt, Richtlinien zur Verordnung besonderer Arzneimittel zu beschließen, die zur Behandlung seltener Erkrankungen bestimmt sind, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen der Vorschrift des § 73d SGB V erfüllt sind. Die Bundesregierung hält die bestehende gesetzliche Regelung für sachgerecht.

72. Ist die Auswahl der in das Zweitmeinungsverfahren einzubeziehenden Arzneimittel anhand der gesetzlichen Kriterien „Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder erheblichem Risikopotenzial, bei deren Anwendung besondere Fachkenntnisse erforderlich sind“ erfolgt, und wenn nein, wird die Bundesregierung dafür sorgen, dass dies geschieht?
73. Wie beurteilt die Bundesregierung die Erweiterung der Definition des besonderen Arzneimittels um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit in Nummer 49 der Arzneimittelrichtlinien?
74. Hält die Bundesregierung die vorgesehenen Abstimmungsfristen von mindestens 7 Tagen bei den besonderen Arzneimitteln für angemessen im Sinne des Gesetzes, und welche Auswirkungen auf den Leistungsanspruch der Versicherten durch diese Regelung sieht sie?

Die Fragen 72, 73 und 74 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BMG prüft die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien nach § 94 Abs. 1 SGB V. Ein Beschluss dazu liegt noch nicht vor.

75. Hält die Bundesregierung die Regelung in § 305a SGB V für verhältnismäßig, dass Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel auch dann nur solchen Stellen übermitteln dürfen, die sich verpflichten, die Daten nur in aggregierter Form zu verarbeiten, wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt, die grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV erstattungsfähig sind?

Die gesetzliche Regelung gilt für alle Arzneiverordnungen von Vertragsärzten nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V auf den für Verordnungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V vereinbarten Vordrucken („Muster 16“). Für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Selbstmedikation findet § 305a SGB V keine Anwendung. Dies gilt auch für die arztunterstützte Selbstmedikation bzw. für entsprechende Verordnungen auf Privatrezept.

76. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass für bestimmte Patienten bzw. bei bestimmten Indikationen, die Ersetzung eines Arzneimittels durch ein anderes durch den Apotheker gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 4 SGB V problematisch sein kann, und sieht sie diesbezüglich ggf. Handlungsbedarf?

Die Ersetzung eines Arzneimittels mit einem anderen Arzneimittel ist den Apothekerinnen und Apothekern nur gestattet, wenn das Arzneimittel mit dem verordneten in Wirkstoff, Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Es ist originäre Aufgabe der Selbstverwaltung zu prüfen, ob regelhaft Fälle auftreten, bei denen eine Ersetzung eines Arzneimittels mit einem anderen problematisch und daher grundsätzlich von der Ersetzung auszunehmen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, in seinen Richtlinien Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen zu erstellen (§ 129 Abs. 1a SGB V).

Das Nähere zur Austauschverpflichtung der Apothekerinnen und Apotheker regelt der Rahmenvertrag (§ 129 Abs. 2 SGB V).

Die behandelnde Ärztin/Der behandelnde Arzt kann bei der Verordnung im Einzelfall ausschließen, dass die Apotheken ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben (§ 73 Abs. 5 Satz 2 SGB V), insbesondere wenn dies medizinisch begründet ist (§ 12 SGB V).

Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung derzeit keinen Handlungsbedarf.

77. Sieht die Bundesregierung die Wahlfreiheit der Versicherten bei medizinischen Hilfsmitteln als gewährleistet an, wenn Krankenkassen im Extremfall nur noch mit einem Vertragspartner zusammenarbeiten?

Die Interessen der Versicherten sind bei den Neuregelungen der Wahlmöglichkeiten durch das GKV-WSG angemessen berücksichtigt worden. Versicherte können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Im Falle von Ausschreibungen hat die Versorgung grundsätzlich durch die Ausschreibungsgewinner zu erfolgen, damit das Instrument der Ausschreibung wirksam genutzt werden kann. Die Versorgung muss jedoch in jedem Fall zumutbar sein. Die gesetzlichen Bestimmungen sehen darüber hinaus vor, dass Versicherte bei Ausschreibungen ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, wenn im Einzelfall ein berechtigtes Interesse besteht.

