

Deutscher Bundestag

Stenografischer Bericht

104. Sitzung

Berlin, Mittwoch, den 28. April 2004

Tagesordnungspunkt 2:

Fragestunde

(Drucksachen 15/2953, 15/2965)

9384 D

Mündliche Frage 14 **Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos)**

Ausstehende Zahlungen von Praxisgebühren und Verhalten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf Mahngebühren

Antwort

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin BMGS
9391 C

Zusatzfragen

Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos)

Petra Pau (fraktionslos)

9391 D

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Wir kommen zu Frage 14 der Kollegin Dr. Gesine Löttsch:

Trifft es zu – vergleiche „Süddeutsche Zeitung“ vom 20. April 2004 –, dass im ersten Quartal über 200 000 Patienten ihre Praxisgebühren nicht bezahlt haben und die Kassenärztlichen Vereinigungen sich weigern, Mahnverfahren einzuleiten?

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Frau Kollegin Löttsch, Sie haben die Frage gestellt, ob es zutrifft, dass im ersten Quartal dieses Jahres über 200 000 Patienten keine Praxisgebühr bezahlt haben und die Kassenärztlichen Vereinigungen sich weigern, Mahnverfahren einzuleiten. Die Zusammenhänge, die hier dargestellt wurden, sind spekulativ; denn man muss die entsprechenden Zahlen im Zusammenhang mit der Anzahl der Arztbesuche betrachten. Dann ergibt sich ein deutlich verändertes Bild.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Zahl, die Sie genannt haben, ermittelt, indem sie in drei Kassenärztlichen Vereinigungen die Zahl der Fälle, in denen die Praxisgebühr nicht gezahlt wurde, ermittelt und diese Zahl auf das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet hat. Angesichts der Tatsache, dass es bundesweit insgesamt 23 Kassenärztliche Vereinigungen mit unterschiedlichen Strukturen gibt, ist die Bezugnahme auf lediglich drei Kassenärztliche Vereinigungen als Datengrundlage nicht ausreichend, um eine valide Zahl von Nichtzahlern zu ermitteln.

Selbst wenn wir davon ausgehen, dass der angesprochene Trend stimmt – faktisch wurden nur 38 000 Fälle in drei Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt; diese Zahl wurde dann hochgerechnet – , beträgt die Nichtzahlerquote bezogen auf 25 Millionen zuzahlungsrelevante Fälle lediglich 0,15 Prozent. Diese Zahl zeigt, dass die Patientinnen und Patienten die Praxisgebühr ganz überwiegend entrichtet haben. Ich glaube, viele andere Berufsgruppen, die auf Zuzahlungen in anderer Form angewiesen sind, wären über eine Nichtzahlerquote von – aufgerundet – 0,2 Prozent sehr froh.

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Eine Zusatzfrage, Frau Löttsch? – Bitte.

Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):

Vielen Dank, Herr Präsident. – Frau Staatssekretärin, einige Krankenkassen haben sich ja entschlossen, keine Praxisgebühr mehr zu erheben und das Hausarztprinzip durchzusetzen. Wie viele Krankenkassen werden dieses Verfahren nach Ihrer Kenntnis wählen und wie viele Versicherte werden davon betroffen sein?

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Der von Ihnen beschriebene Weg wurde im GKV-Modernisierungsgesetz ausdrücklich eröffnet. Ein Ziel der Bundesregierung war es, den Kassen größere Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich ihres Angebots an die Versicherten einzuräumen. Dazu können Bonusmodelle gehören, durch die zum Beispiel jemandem, der an einem Diabetikerprogramm teilnimmt oder zunächst zu seinem Hausarzt geht, die Praxisgebühr erlassen werden kann.

Wir haben keine vollständige Kenntnis über die einzelnen Programme der Kassen, verfolgen ihre Ankündigungen aber sehr aufmerksam. Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich – in diesem Haus gab es zum GKV-Modernisierungsgesetz ja große Zustimmung –, dass die Kassen größere Gestaltungsspielräume bekommen. Aus Untersuchungen, die beispielsweise in der Schweiz durchgeführt wurden, wissen wir, dass Hausarztmodelle mit qualifizierten Hausärzten Steuerungsfunktionen im System erfüllen und zu deutlichen Einsparungen führen können. Deswegen ist es sachgerecht, dass diejenigen Krankenkassen, die freiwillig das Hausarztmodell anbieten – sodass der Hausarzt seine Aufgabe als Lotse im Gesundheitssystem erfüllen kann –, von der Erhebung der Praxisgebühr absehen können, um den Patientinnen und Patienten einen Anreiz zu geben, sich im System vernünftig zu verhalten.

Wir kennen die Presseankündigungen: Es gibt zum Beispiel in Mannheim einen Modellversuch, den die AOK Baden-Württemberg zum Hausarztmodell durchführt. Wir haben darüber hinaus Kenntnis, dass große Ersatzkassen im Moment Nachlässe bei der Teilnahme an Diabetikerprogrammen anbieten. Ich kann Ihnen aber nicht abschließend sagen, wie viele es im Einzelnen sind. Wir wollten auf jeden Fall gewährleisten, dass es nicht zu einer Umfinanzierung dergestalt kommt, dass ein Bonus gezahlt wird, während sich gleichzeitig die wirtschaftliche Situation der Kassen verschlechtert. Im Gesetzgebungsverfahren ist abgesichert worden, dass diese Bonusstrukturen nicht zulasten der allgemeinen Leistungen der Kassen verrechnet werden dürfen. Die Modelle müssen sich unter dem Strich rechnen.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass zum Beispiel gut eingestellte Chroniker, Menschen, die freiwillig den Hausarzt als Lotsen wahrnehmen, zu Einsparungen im System beitragen. Damit ist der Erlass der Praxisgebühr in diesem Fall gerechtfertigt und aus diesem Grund haben wir diese Option ausdrücklich eröffnet.

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Zweite Zusatzfrage, bitte schön.

Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):

Vielen Dank, Herr Präsident. – Ich will zunächst noch darauf hinweisen, dass wir von der PDS zu denen gehört haben, die dem in Rede stehenden Gesetz nicht zugestimmt haben.

Frau Staatssekretärin, darf ich Ihrer Antwort entnehmen, dass die Bundesregierung eigentlich der Auffassung ist, dass die bei jedem Arztbesuch zu entrichtende Praxisgebühr überhaupt nicht sachgerecht ist?

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Liebe Kollegin, Sie haben offensichtlich nicht sorgfältig genug zugehört: Genau dies habe ich nicht gesagt. Wir haben in Deutschland im europäischen Vergleich die meisten Arztbesuche und sehr kurze Verweildauern in der Arztpraxis. Teilweise hatten wir ein Ärzte-Hopping, das nicht gerechtfertigt war, teilweise sind durch Doppeluntersuchungen Zusatzkosten im System angefallen. Hier kann die Praxisgebühr steuernde Wirkung entfallen.

Sie ist natürlich auch ein Finanzierungsinstrument, um das hohe Defizit der Krankenkassen abzubauen. Es kann schließlich nicht angehen, dass die Krankenkassenbeiträge tendenziell immer weiter steigen. Dieser Trend konnte gestoppt und umgekehrt werden. Die Alternative zum GKV-Modernisierungsgesetz wären steigende Krankenkassenbeiträge gewesen; das muss man immer wieder sagen. Wir haben uns für das Instrument der Praxisgebühr entschieden, weil dieses Instrument zu deutlichen Einsparungen führt und es den Kassen ermöglicht, im Wettbewerb miteinander finanzielle Anreize für die Versicherten zu schaffen, sich im System vernünftig zu verhalten. Wir sind für Vielfalt bei den Angeboten der Kassen und wir sind für mündige Versicherte und mündige Patientinnen und Patienten, die sich die für sie passende Struktur selbst auswählen.

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Eine weitere Frage der Kollegin Pau.

Petra Pau (fraktionslos):

Frau Staatssekretärin, Sie haben eben als Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes und insbesondere der Einführung der Praxisgebühr eine Senkung der Krankenkassenbeiträge genannt. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Krankenkassen tatsächlich mit dem Prozess der Senkung begonnen haben?

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Frau Kollegin, zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Kassen Ende letzten Jahres in einer Größenordnung von gut 5 Milliarden Euro verschuldet waren. Das heißt, wenn wir nichts getan hätten, lägen die Krankenkassenbeiträge mittlerweile erheblich höher. Zu zwei Zeitpunkten sind Senkungen erfolgt: Die erste Senkungswelle – zum 1. Januar dieses Jahres – hat Kassen mit ungefähr 13 Millionen Versicherten erfasst, eine zweite, die Kassen mit weiteren 12 Millionen Versicherten betroffen hat, war zum 1. April dieses Jahres zu verzeichnen. Große Versorgerkassen haben ihre Beiträge gesenkt: unter anderem die DAK, die BEK und zwei AOKs. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Alternative zum GKV-Modernisierungsgesetz steigende Krankenkassenbeiträge gewesen wären, ist das ein Erfolg.

Ich darf Sie korrigieren: Die Ausgabenstruktur der Krankenkassen in Ordnung zu bringen war ein Element des GKV-Modernisierungsgesetzes. Es ging aber auch darum, Strukturen aufzubrechen, mehr Transparenz ins System zu bringen und die Patientenrechte zu stärken; das waren die anderen Elemente, über die wir hier in der Fragestunde gar nicht ausführlich gesprochen haben.

Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:

Vielen Dank, Frau Staatssekretärin.