

# Deutscher Bundestag

## Stenografischer Bericht

### 85. Sitzung

Berlin, Mittwoch, den 14. Januar 2004

#### Tagesordnungspunkt 3:

##### Fragestunde

(Drucksache 15/2317) .....

7456 :

#### **Durchschnittliche monatliche finanzielle Belastung eines Krebspatienten; Kriterien für die Einstufung eines Krebspatienten als chronisch krank**

MdlAnfr 12 **Dr. Gesine Löttsch** fraktionslos

Antw PStSekr'in Marion Caspers-Merk BMGS

7467 :

ZusFr Dr. Gesine Löttsch fraktionslos .....

7467 :

ZusFr Jens Spahn CDU/CSU .....

7468 :

ZusFr Petra Pau fraktionslos .....

7468 :

#### **Private Abrechnung der Verschreibung einer Sehhilfe durch Augenärzte**

MdlAnfr 13 **Dr. Gesine Löttsch** fraktionslos

Antw PStSekr'in Marion Caspers-Merk BMGS

7469 :

ZusFr Dr. Gesine Löttsch fraktionslos .....

7469 :

#### **Zahl der bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung eingegangenen Anfragen und Beschwerden bezüglich des GKV-Modernisierungsgesetzes**

MdlAnfr 14 **Petra Pau** fraktionslos

Antw PStSekr'in Marion Caspers-Merk BMGS

7470 :

ZusFr Petra Pau fraktionslos .....

7470 :

ZusFr Jens Spahn CDU/CSU .....

7471 :

ZusFr Dr. Gesine Löttsch fraktionslos .....

7471 :

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Wir kommen jetzt zur Frage 12 der Kollegin Dr. Gesine Löttsch:

Wie hoch ist die durchschnittliche monatliche finanzielle Belastung eines Krebspatienten, der sich einer ambulanten Chemotherapie unterziehen muss und der nicht als chronisch krank gilt, und welches Krankheitsstadium muss ein Krebspatient erreichen, damit er als chronisch krank eingestuft wird?

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

Frau Kollegin, Sie haben nach den finanziellen Belastungen eines Krebspatienten unter ambulanter Chemotherapie und nach den Bedingungen gefragt, unter denen ein Krebspatient als chronisch krank eingestuft wird.

Auch dafür gilt – das will ich grundsätzlich festhalten –, dass der Selbstverwaltung auferlegt wurde, klar zu definieren, wer chronisch krank ist. Denn die im GKV-Modernisierungsgesetz enthaltenen Zuzahlungsregelungen setzen mit der Deckelung in Höhe von 1 Prozent für chronisch Kranke und 2 Prozent für alle anderen voraus, dass hinsichtlich der chronisch Kranken eine klare Regelung besteht.

Die Selbstverwaltung hat uns einen Richtlinienvorschlag für chronisch Kranke vorgelegt, den wir in der Tat ablehnen mussten. Er muss überarbeitet werden, weil nach dem in der Richtlinie vorgesehenen Krankheitsbegriff nur diejenigen als chronisch krank gelten würden, die in die Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft sind und für die mindestens zweimal im Jahr ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war. Das bildet meines Erachtens die tatsächliche Situation von chronisch Kranken nicht ab.

Wir haben im Fachausschuss über dieses Thema gesprochen. Der neue Gemeinsame Bundesausschuss ist aufgefordert, uns bis zum 31. Januar verbindliche Richtlinien vorzulegen, in denen definiert wird, wer als chronisch krank gilt.

Generell verschlechtert sich für die Versicherten die Situation bis dahin nicht, weil zu hohe Zuzahlungen von den Kassen zurückzuerstatten sind. Das heißt, dass zu viel gezahltes Geld auf keinen Fall verloren ist. Die gemeinsamen Organe der Selbstverwaltung wissen, was auf sie zukommt. Für uns ist wichtig, dass Klarheit herrscht.

Aber auch hier gilt: In Deutschland gibt es kein staatliches Gesundheitssystem – wenn es das gäbe, dann könnten wir alles selbst regeln –, sondern Selbstverwaltungsorgane, in denen die Vertreter der fachlichen Seite, also der Ärzte, der Krankenkassen, die alles finanzieren, und der Patientenverbände – das ist eine Neuerung; diese sind seit dem 1. Januar 2004 mit einer vollen dritten Bank in den Selbstverwaltungsorganen vertreten – gemeinsam definieren, wer als chronisch krank zu gelten hat. Ich bin mir sicher, dass es hier zu einer Klarstellung im Interesse der Patientinnen und Patienten kommen wird. Auch mir gefällt die Verunsicherung nicht, die dadurch entstanden ist, dass die Selbstverwaltung nicht umfassend und rechtzeitig gehandelt hat.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Erste Zusatzfrage der Kollegin Löttsch.

**Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Frau Staatssekretärin, das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist ja nicht erst gestern, sondern – im Gegensatz zu den anderen Gesetzen, die auf der von Ihnen hochgelobten und von uns stark kritisierten Agenda 2010 basieren – bereits kurz nach der Sommerpause beschlossen worden. Wieso tauchen jetzt so viele Probleme auf? Wieso ist das Ministerium nicht seiner Pflicht nachgekommen, zu kontrollieren, ob die Gesetze, insbesondere das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, so umgesetzt werden, dass keine Verunsicherung und Probleme für die Patienten auftreten?

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

Hierzu sage ich ganz klar: Unmittelbar nachdem das GKV-Modernisierungsgesetz im Deutschen Bundestag am 17. Oktober letzten Jahres verabschiedet worden ist, haben wir die gemeinsamen Gremien der Selbstverwaltung aufgefordert, die Richtlinien zu erarbeiten. Wenn man genau hinschaut, dann stellt man fest, dass es im Moment zwei Richtlinien gibt, die zu den meisten Nachfragen Anlass geben, weil hier vieles noch nicht geklärt ist. Die eine betrifft die Fahrtkosten – auch das haben Sie in Ihrer Frage angesprochen – und die andere betrifft die Frage, wer als chronisch krank zu gelten hat. Die Gremien der Selbstverwaltung haben gewusst, was sie zu tun haben. Wir haben immer auf eine zügige und rechtzeitige Umsetzung der Richtlinien im Jahr 2003 hingewirkt.

Beide Richtlinienentwürfe sind dem BMGS erst Mitte Dezember letzten Jahres zugeleitet worden. Wir haben dann im Interesse der Patientinnen und Patienten Verbesserungen und Klarstellungen gefordert. Wenn wir also gehandelt haben, dann im Interesse der Patientinnen und Patienten. Verzögerungen haben wir nicht zu vertreten und zu verantworten. Wir drücken sehr stark auf das Tempo. Aber auch hier weise ich noch einmal darauf hin, dass es in Deutschland kein staatliches Gesundheitssystem gibt. Wir mussten uns aber immer vor der Opposition rechtfertigen. Wenn wir gesagt haben, dass wir das gesetzlich regeln wollten, dann hieß es immer, dass es ein föderales System und eine Selbstverwaltung gebe. Wenn dem so ist, dann muss man auch die jetzigen Probleme in Kauf nehmen und die Kritik dort anbringen, wohin sie gehört. Die Gremien der Selbstverwaltung, in denen die Ärzte und die Krankenkassen vertreten sind, haben nicht, wie von Ihnen gefordert, die Richtlinien rechtzeitig und umfassend vorgelegt. Die Selbstverwaltung steht vor der Bewährung. Wir gehen davon aus, dass bis Ende Januar dieses Jahres die beiden Richtlinien vorliegen werden, dass sie nachvollziehbar sind und Rechtsklarheit bringen.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Zweite Zusatzfrage der Kollegin Löttsch.

**Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Frau Staatssekretärin, ich habe in meiner schriftlich eingereichten Frage konkret nach den Kosten für eine ambulante Krebstherapie gefragt. Bei einer solchen Therapie wird ein ganzer Cocktail an Medikamenten benötigt, der zum einen aus verschreibungspflichtigen Medikamenten, die von der Kasse erstattet werden, und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten besteht, die nach dem neuen Gesetz nicht mehr erstattet werden. Ist die Bundesregierung der Meinung, dass Patienten, die sich einer ambulanten Chemotherapie unterziehen, einzelne Bestandteile des Medikamentencocktails extra bezahlen müssen oder nicht?

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

Generell gilt, dass niemand durch Zuzahlungen überfordert werden soll. Dem dient die Regelung, dass höchstens 2 Prozent des Jahresbruttohaushaltseinkommens an Zuzahlungen zu leisten sind und nicht mehr. Deswegen ist die Frage, wie viel im Einzelfall zu entrichten ist, nicht entscheidend. Entscheidend ist vielmehr – das ist schon jetzt klar –, dass die Summe des Ganzen bei nicht mehr als 2 Prozent liegen darf. Wenn jemand nach der neuen Richtlinie als chronisch krank eingestuft wird, dann liegt die Obergrenze bei 1 Prozent.

Zusätzlich will ich noch zu dem Bereich „OTC, nicht verschreibungspflichtige Medikamente“ – Sie haben dies hier angesprochen – Stellung nehmen. Frau Kollegin, das Gesetz enthält in der Tat eine klare Übergangsregelung: Bis zum 31. März dürfen OTC-Präparate zulasten der GKV verschrieben werden, wenn sie Bestandteil einer Behandlung sind. Für die Zeit danach erwarten wir – auch das ist dem Bundesausschuss bekannt – eine klare Vorgabe. Wenn OTC-Präparate für eine leitliniengerechte Behandlung einer schweren Erkrankung notwendig sind – das sind sie in Ihrem Beispiel –, dann können sie nach wie vor verschrieben werden. Hierbei sind wir allerdings auf eine Liste der Krankheiten und der zu deren Heilung notwendigen Medikamente angewiesen.

Ich fasse zusammen: Bis zum 31. März gibt es im Prinzip keine Änderung; danach gibt es eine Änderung im Hinblick darauf, was als schwerwiegende Krankheit eingestuft wird. Generell gilt die Überforderungsklausel von 2 Prozent.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Jetzt stellt der Kollege Jens Spahn eine weitere Frage.

**Jens Spahn (CDU/CSU):**

Frau Staatssekretärin, darf ich feststellen, dass zwischen Ihrer eben auf die Frage der Kollegin Löttsch gegebenen Antwort, dass Sie in die Selbstverwaltung eingegriffen haben bzw. etwas beanstandet haben, weil es Ergebnisse gab, die Sie nicht zufrieden gestellt haben, und der mir gegebenen Antwort, dass das die Selbstverwaltung macht und dass die Ergebnisse am Ende egal sind, eine Diskrepanz besteht?

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

Herr Kollege Spahn, im Protokoll werden Sie keine Formulierung von mir finden, die besagt, dass uns das egal ist. Ich habe vielmehr gesagt: Man braucht gute Gründe, um eine Richtlinie, die die Selbstverwaltung vorlegt, zu beanstanden. Wenn die Ärzte, die von dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab unmittelbar betroffen

sind, den Gremien angehören und einen Katalog vorlegen, der plausibel erscheint, dann sehen wir keinen Grund zur Beanstandung.

Wir haben aber Grund, eine Richtlinie zu beanstanden, die von einem Bundesausschuss alten Rechts, in dem auf der einen Seite nur die Kassen und auf der anderen nur die Ärzte vertreten waren, vorgelegt wurde, wenn, wie wir meinen, im Sinne der Patienten nicht ausreichend definiert wird, wer chronisch krank ist. Hierbei müssen wir als Treuhänder der Patienten handeln. – Wenn eine Leistungserbringergruppe betroffen ist, dann hat sie über ein Engagement in der Selbstverwaltung selbst die Chance, auf die Besserung ihrer Lage hinzuwirken. Das ist ein fundamentaler Unterschied.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Eine weitere Frage stellt die Kollegin Petra Pau.

**Petra Pau (fraktionslos):**

Frau Staatssekretärin, Sie haben auf die Möglichkeit der Erstattung nach Überschreiten der 1- oder 2-Prozent-Grenze mehrfach hingewiesen. Was soll aber beispielsweise ein Sozialhilfeempfänger machen, der, wie wir inzwischen hinreichend wissen, genau diese Grenze mit der Zuzahlung von 71 Euro schon überschritten hat, der aufgrund einer bisher als chronisch eingestuften Erkrankung und einer entsprechenden Behandlung vielleicht schon jetzt, also in der ersten Hälfte des Januars, 50 Euro bezahlen musste, ohne die er für den Rest des Monats seinen Lebensunterhalt bestreiten muss?

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

Frau Kollegin, wir sind der Auffassung, dass Sozialhilfeempfänger in doppeltem Sinne gleichgestellt sind. Sie erinnern sich an die Diskussion in diesem Hause, in der beklagt wurde, dass Sozialhilfeempfänger anders als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden.

(Jörg Tauss [SPD]: Besser behandelt sogar!)

– Der Vorwurf lautete: Sie werden besser behandelt.

Wir haben mittlerweile dafür gesorgt, dass Sozialhilfeempfänger gleichgestellt werden; sie werden jetzt wie alle anderen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Das heißt, die Struktur ihrer Behandlung ist gleich. Angesichts dessen kann man erwarten, dass Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit Behandlungskosten übernehmen, wie es alle anderen auch tun müssen.

Wir haben festgelegt – ich halte das für eine faire Regelung –, dass dabei nicht das Gesamtfamilieneinkommen, sondern das Einkommen des Haushaltsvorstands, also die Transferleistungen, die ein Sozialhilfeempfänger bekommt, zugrunde gelegt wird. Bei chronisch Kranken handelt es sich um eine Größenordnung von 3,50 Euro pro Monat. Wenn die reguläre Zuzahlungsregelung gilt, dann sind es 7 Euro pro Monat. Ich glaube, dass das niemanden überfordert; schließlich stehen damit sämtliche Leistungen, die allen anderen gesetzlich Versicherten angeboten werden, zur Verfügung.

Die Aufsummierung in einem Monat ist ein Problem, das die Träger der Sozialhilfe und die Kassen lösen müssen. Wir haben Vorschläge dazu erarbeitet. Der Bund ist aber, wie Sie wissen, nicht der Träger der Sozialhilfe. In einzelnen Fällen gibt es pragmatische Lösungen, bei denen auch auf die Überforderungsgrenze Rücksicht genommen wird, sodass nicht in einem Monat alles auf einmal anfällt.

Die kommunalen Spitzenverbände und die Spitzengremien der Kassen sind in einem Schreiben von uns ausdrücklich auf diese Problematik hingewiesen worden. Beide Seiten müssen praxisnahe Lösungen vorsehen.

Angesichts dessen, dass man die Sozialhilfeempfänger mit den anderen gesetzlich Versicherten gleich behandelt, sowohl was die Rechte als auch was die Pflichten angeht, halte ich das nicht für eine Überforderung.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Vielen Dank.

Ich rufe die Frage 13 der Kollegin Dr. Gesine Löttsch auf:

Wie beurteilt die Bundesregierung die Rechtsposition von Augenärzten, die die Verschreibung einer Sehhilfe – Brille oder Kontaktlinsen – privat abrechnen wollen?

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

Frau Kollegin Löttsch, Sie wissen, dass sich dazu auch Ministerin Ulla Schmidt öffentlich geäußert hat. Wir haben klargestellt, dass dies eine rechtswidrige Praxis der Augenärzte ist, dass die Ermittlung der Sehschärfe weiterhin Kassenleistung bleibt, dass es also ein Vorgehen der Augenärzte ist, das weder durch das Gesetz gedeckt noch ethisch zu verantworten ist.

Gerade weil wir in dieser Woche eine Aktuelle Stunde unter anderem zum Thema Praxisgebühr haben werden, möchte ich dazu noch eine Bemerkung machen. Eine Argumentation in diesem Zusammenhang finde ich merkwürdig: Ärztevertreter sagen uns, dass es das Arzt-Patient-Verhältnis negativ beeinflusst, wenn man eine Praxisgebühr von 10 Euro verlangt. Gleichzeitig werden ungeniert 25 Euro verlangt, auf die kein Anspruch besteht. Da muss man bitte schön doch bei einer Linie bleiben. Es war meines Erachtens unververtretbar, dass versucht wurde, auf kaltem Weg ein Zusatzentgelt für eine Arztgruppe zu erschleichen. Das war gesetzlich nicht gedeckt. Das ist von uns auch klargestellt worden.

(Wilhelm Schmidt [Salzgitter] [SPD]: Völlig richtig! – Peter Dreßen [SPD]: Sehr gut!)

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Zusatzfrage, Kollegin Löttsch.

**Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Frau Staatssekretärin, gestern ist bekannt geworden, dass die Kassen im Gegensatz zu den früheren Gepflogenheiten künftig nur noch die Sechstärkenbestimmung beim Augenarzt, aber nicht mehr beim Augenoptiker übernehmen wollen. Wie steht die Bundesregierung zu dieser Haltung der Kassen, und ist die Bundesregierung mit mir der Auffassung, dass eine derartige Praxis eher zur Kostenerhöhung als zur Kostensenkung im Gesundheitswesen führen würde?

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

Ich kann dies nicht erkennen. Für uns war entscheidend, dass die ärztliche Leistung nach wie vor erbracht wird. Bislang ist das Vorgehen der Optiker sehr uneinheitlich. Manche verlangen eine Gebühr, manche verlangen keine. Es gibt keine einheitliche Praxis.

Die Optiker haben diese Leistung früher erbracht, um Kunden an sich zu binden. Insofern ist jeder Versicherte aufgefordert, bei seinem Optiker nachzufragen, unter welchen Bedingungen er diese Leistung erbringt. Uns liegen keine Erkenntnisse darüber, dass es einen einheitlichen Satz gibt, den die Optiker fordern. Der Markt wird entscheiden, ob sich eine Gebühr überhaupt durchsetzt.

Für uns ist wichtig, dass es dabei bleibt: Bei der Leistung durch den Arzt handelt es sich um eine Kassenleistung. – Vielfach ist es auch notwendig, dass der Arzt diese Leistung erbringt. Wenn Optiker eine solche Leistung zusätzlich anbieten, gehört das zum Marktgeschehen. Da muss jeder selbst entscheiden, ob er bereit ist, dafür etwas auszugeben. Der Wettbewerb wird dazu führen, dass von überzogenen Forderungen, von denen auch ich gehört habe, Abstand genommen wird.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Zweite Zusatzfrage, bitte schön.

**Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Frau Staatssekretärin, die Fragestellung war eigentlich ein bisschen anders. Ich habe auf Folgendes hingewiesen: Die Krankenkassen haben bekannt gegeben, dass sie anders als früher, vor Inkraft-Treten der Neuregelung, die Kosten für die Sechstärkenbestimmung beim Optiker nicht mehr übernehmen wollen, also nur noch für eine entsprechende augenärztliche Leistung zahlen wollen. Meine Frage war, wie Sie diese neue Praxis, die sich von der vorhergehenden Praxis eben unterscheidet, einschätzen.

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

Frau Kollegin, ich kann Ihnen nur sagen: Es war so nicht. Es gibt eine neue Rechtssituation. Früher ist für die Sehhilfe von der Kasse ein Anteil erstattet worden. Von den Optikern wird jetzt gesagt: Darin war auch ein Teil für die Ermittlung der Sehschärfe enthalten. – Die Kassen sehen dies anders. Die Optiker versuchen, eine Zusatzleistung anzubieten und dafür von den Patientinnen und Patienten eine Gebühr zu erhalten.

Ich kann nur noch einmal sagen: Die Bestimmung der Sehschärfe durch den Arzt gehört zu den Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte Anspruch haben. Niemand muss eine Gebühr für eine Leistung entrichten, die er gar nicht will. Die Optiker fordern eine Gebühr für eine Leistung, die früher schon keine Kassenleistung gewesen ist; diese Leistung wird auch zukünftig nicht von den Kassen übernommen werden. Noch einmal: Der Markt wird mit Sicherheit zu einer Änderung dieser Praxis führen.

**Vizepräsident Dr. Hermann Otto Solms:**

Damit kommen wir Frage 14 der Kollegin Petra Pau:

Wie viele Anfragen und Beschwerden sind bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, bezüglich des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingegangen und auf welche konkreten Problemstellungen bezogen sich diese?

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

Frau Kollegin Pau, Sie fragen nach der Zahl der Anfragen und Beschwerden bei der Patientenbeauftragten und danach, auf welche Bereiche sich diese Beschwerden konzentrieren.

(Vorsitz: Vizepräsident Dr. Norbert Lammert)

Als Vorbemerkung möchte ich dazu sagen, dass das Gesundheits- und Sozialministerium schon vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes reagiert hat, indem es beispielsweise im Internet die wichtigsten Neuregelungen dargestellt hat. Dieses Internetangebot wurde täglich aktualisiert. Hier wurden auch Fragen und Antworten auf der Basis von Anfragen der Patientinnen und Patienten wiedergegeben. Diese Internetseite wurde täglich 30 000-mal aufgerufen, also sehr rege genutzt. Darüber hinaus haben wir eine Hotline mit einer einheitlichen kostenlosen Telefonnummer eingerichtet, unter der das BMGS Auskünfte erteilt hat.

Die Einsetzung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung hat selbstverständlich dazu geführt, dass zusätzlich auch bei ihr eine Vielzahl von Beschwerden und Anfragen einging. Die Patientenbeauftragte ist seit dem 2. Januar im Amt. Es gab täglich mehrere hundert Anrufe und Faxanfragen; ebenso gingen unzählige E-Mails ein. All diese werden jetzt von zehn Mitarbeitern – wir haben die Zahl hausintern aufgestockt, damit die Fragen schnell bearbeitet werden – beantwortet.

Insgesamt summiert sich das auf einige tausend verschiedene Fragestellungen. Es ist also klar, dass all das nicht von heute auf morgen abgearbeitet werden kann; die Anfragen werden vielmehr in der Reihenfolge des Eingangs beantwortet. Mein Eindruck ist, dass derzeit die Anzahl der Anfragen tendenziell geringer wird, unter anderem deswegen, weil jetzt endlich auch die Krankenkassen ihrer Pflicht nachkommen, ihre Versicherten ordnungsgemäß zu informieren.

Es gab im Vorfeld große Probleme, weil einige Kassen falsch, unvollständig oder gar nicht informiert haben. Für uns ist interessant, dass die Spitzenverbände offensichtlich nicht dafür gesorgt haben, dass die Informationen, wie uns ursprünglich zugesagt, an jede Geschäftsstelle weitergeleitet wurden. Nur so ist die Diskussion zu erklären, wie wir sie beispielsweise über die Feiertage erlebten, dass die Barmer Ersatzkasse keine Sozialhilfeempfänger mehr aufnehme. Es hat sich ja hinterher herausgestellt, dass das so nicht zutrifft und es sich dabei um eine Einzelmeinung handelte, die rechtlich nicht gedeckt war.

Ich habe die Patientenbeauftragte gefragt, zu welchen Komplexen die meisten Fragen kommen. Es kristallisieren sich dabei – das sehen wir auch an unserer Hotline – drei große Fragenkomplexe heraus: erstens die Chronikerregelungen – ich habe eben noch einmal darauf hingewiesen, dass wir diesbezüglich vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis 31. Januar Klarstellungen einfordern –, zweitens die Fahrtkostenregelungen und drittens die Praxisgebühr. Bezüglich der Fahrtkostenregelung wird ebenfalls bis 31. Januar eine Richtlinie vorgelegt. Bei der Praxisgebühr hat die KBV, die für die Umsetzung ja auch Verantwortung trägt, reagiert, indem sie die Detailregelungen auf ihrer Homepage veröffentlicht hat, sodass auch hier die Zahl der Anfragen abnimmt.

Wenn uns eine rechtswidrige Praxis gemeldet wird – so haben zum Beispiel einzelne Ärzte statt 10 Euro 12 Euro Praxisgebühr verlangt und das mit internen Verwaltungskosten gerechtfertigt –, gehen wir jedem Einzelfall nach.

**Vizepräsident Dr. Norbert Lammert:**

Zusatzfrage, Frau Kollegin Pau.

**Petra Pau (fraktionslos):**

Frau Staatssekretärin, Sie haben schon dargestellt, wo die Schwerpunkte der Anfragen lagen und in welchen Bereichen das Informationsbedürfnis am höchsten war. Zeichnet sich ab, dass die Patientenbeauftragte der Bundesregierung eventuell zum Monatsende Vorschläge unterbreiten wird, wo Nachbesserungs- oder Regelungsbedarf besteht? Wir hören ja im Moment, dass die Frau Bundesministerin ankündigt, zum Beispiel im Bereich der gynäkologischen Versorgung, beim Nachfolgerezept für die Pille, eine Klarstellung vorzunehmen. Zeichnen sich im Zuge der Tätigkeit der Patientenbeauftragten weitere Komplexe ab, bei denen dringend nachgebessert oder etwas klargestellt werden muss?

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

Frau Kollegin, ich will noch einmal ausdrücklich sagen, dass wir keinen Nachbesserungsbedarf sehen. Solcher ist auch von der Ministerin nicht angekündigt worden. Hier hat sich ein Duktus eingeschlichen, der den Eindruck erweckt, dass der Gesetzgeber nicht in der Lage sei, ordnungsgemäß Gesetze zu machen. Dabei ist es doch so, dass Aufgaben, die wir untergesetzlich an die Selbstverwaltung delegieren, von dieser nicht wahrgenommen werden. Es gibt keinen Nachbesserungsbedarf, es gibt einen Umsetzungs- und Klarstellungsbedarf; die Selbstverwaltung muss endlich ihre Arbeit tun. Dies haben wir eingefordert.

Die Klarstellungen wird es geben. Wo zum Beispiel Dinge rechtswidrig passieren, muss jemand sagen: Das ist rechtswidrig! Das haben wir bei den Augenärzten getan, ebenso dort, wo Praxisgebühren ungerechtfertigt erhoben wurden. Dort werden wir tätig und weisen klar auf die Gesetzeslage hin. Mir ist nicht bekannt, dass die Patientenbeauftragte die Forderung nach einer Nachbesserung erhoben hätte. Ich halte diese Begrifflichkeit nicht für angemessen.

Unser Problem liegt darin, dass in einem Gesundheitswesen, das so komplex ist wie das unsere – mit der Verantwortung für die Fachaufsicht teilweise bei den Ländern, mit der Verantwortung der Beteiligten in der Selbstverwaltung –, die Umsetzungsprobleme enorm sind. Ich bin zwar neu im Feld der Gesundheitspolitik. Aber ich habe mir von Erfahrenen wie zum Beispiel Herrn Seehofer, der sich dazu ja heute Morgen im „Morgenmagazin“ auch öffentlich äußerte, sagen lassen: Diese Umsetzungsprobleme gab es jedes Mal. Sie sind ärgerlich; aber man muss die Verantwortung dort ansiedeln, wohin sie gehört.

**Vizepräsident Dr. Norbert Lammert:**

Weitere Zusatzfrage, Frau Pau?

**Petra Pau (fraktionslos):**

Frau Staatssekretärin, jenseits unserer offensichtlichen Meinungsverschiedenheiten zum Inhalt des Gesetzes komme ich auf den Komplex der Zuzahlungen und Härteregelnungen zurück. Welchen Rat würde die Patientenbeauftragte oder würden auch Sie einem Rat suchenden Patienten geben, der in folgender konkreter Lebenssituation ist: Er bezieht Arbeitslosenhilfe, hat nach Abzug aller feststehenden Kosten für den Lebensunterhalt noch 100 Euro übrig, hat bis zum heutigen Tag schon 50 Euro für Medikamente ausgegeben, die er zur Versorgung seiner chronischen Krankheit braucht, zahlt für weitere Hilfsmittel und entrichtet die Praxisgebühr. Wovon soll er den Rest des Monats und bis zur eventuellen Erstattung am Ende des Quartals leben?

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

Frau Kollegin, ich habe eben schon einmal darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der Befreiung schon jetzt besteht, wenn jemand überfordert ist. Hier ist natürlich jeweils der Träger der Arbeitslosenhilfe oder der Sozialhilfe aufgefordert, an Lösungen mitzuarbeiten. Das ist jederzeit bereits möglich; man muss nicht ein ganzes Jahr Zuzahlungen leisten – das suggerieren Sie ja –, bevor man etwas einreichen und zurückbekommen kann. Sobald man in die Größenordnung der Überforderung – 2 Prozent des Bruttoeinkommens – kommt, kann man sofort zur Kasse gehen und wird für den Rest des Jahres befreit.

**Vizepräsident Dr. Norbert Lammert:**

Zusatzfrage, Herr Kollege Spahn.

**Jens Spahn (CDU/CSU):**

Frau Staatssekretärin, Sie haben gerade schon angedeutet, wie viele Mitarbeiter zurzeit im Ministerium für die Patientenbeauftragte arbeiten; das resultiert ja jetzt eher vorübergehend aus dem großen Bauch an Anfragen, der sich mit dem Jahreswechsel ergeben hat. Wie soll die Personalausstattung der Patientenbeauftragten in Zukunft aussehen, wie die sachliche Ausstattung? Insbesondere höre ich immer etwas munkeln von Dienstwagen und Chauffeur. Gehört das tatsächlich zur Ausstattung?

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

Herr Kollege Spahn, für uns ist entscheidend, dass wir eine arbeitsfähige Struktur herstellen. Insofern – das finde ich wichtig – braucht die Patientenbeauftragte qualifizierte Mitarbeiter. Sie stimmen mir sicher zu, dass die Patientenbeauftragte eine tragfähige Ausstattung braucht. Wenn ich mich richtig erinnere, ist ausweislich des Haushaltsplans vorgesehen, dass die Patientenbeauftragte – wie im Übrigen andere Beauftragte auch; ich als Drogenbeauftragte habe ebenfalls einen solchen Mitarbeiterstab – sechs Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zur Verfügung hat. Klar ist, dass in solchen Leistungsspitzen wie jetzt ausgeholfen wird und man sich im Interesse der Patientinnen und Patienten flexibel zeigt.

Ich halte es für ein Riesenproblem, wenn man auf der einen Seite vorgibt die Funktion solle mit Leben erfüllt werden, und auf der anderen Seite kritisiert, wenn entsprechende Sachmittel und Personalmittel zu etatisieren sind. Es ist doch klar: Wenn eine solche Funktion geschaffen wird, muss sie arbeitsfähig sein. Die Erwartung der Menschen ist: Wenn ich dort anrufe, nimmt jemand meinen Anruf an und beantwortet kompetent meine Fragen. Deswegen halte ich es für vertretbar, dass die Patientenbeauftragte einen Mitarbeiterstab im Ministerium hat.

**Vizepräsident Dr. Norbert Lammert:**

Frau Kollegin Löttsch.

**Dr. Gesine Löttsch (fraktionslos):**

Frau Staatssekretärin, ich möchte an die Fragen meiner Kollegin Petra Pau und an die Fragen nach den sozialen Härten anknüpfen.

Sie haben bereits vorhin gesagt, Sie erwarten, dass zwischen den Kassen und den Trägern der Sozialhilfe Vereinbarungen getroffen werden. Vom Standpunkt der Regierung ist das eine naheliegende Erwartung. Aber der betroffene Bürger oder Sozialhilfeempfänger, der nur wenig Geld hat, ist in den ersten Wochen dieses Monats mit der Tatsache konfrontiert, dass in vielen Fällen diese Vereinbarung zwischen den Kassen und den Trägern der Sozialhilfe offenbar nicht getroffen worden ist. Können Sie sagen, ob es entsprechende Vereinbarungen zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Kassen gibt?

Ich möchte ferner wissen, ob diese Vereinbarungen dazu beitragen, dass es erstens nicht zu sozialen Härten für die Bürger kommt und dass zweitens die Bürger von den zuständigen Stellen informiert werden und dieses Durcheinander aufhört.



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

Frau Kollegin, ich erinnere mich an einen Dankesbrief Ihrer Kollegin Frau Pau für das Zusenden des Informationspakets zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, das die Bundesregierung allen Abgeordneten zukommen ließ, um sie rechtzeitig und umfassend zu informieren. Unser Ministerium hat darüber hinaus – auch das habe ich vorhin gesagt – eine aktuelle Seite ins Internet gestellt und eine Hotline eingerichtet. Ich glaube daher, dass wir unserer Informationspflicht umfassend nachgekommen sind.

Die Ministerin, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses und auch ich selbst als Parlamentarische Staatssekretärin haben mehrere öffentliche Veranstaltungen zu diesem Thema durchgeführt. Ich stand mindestens drei Zeitungen für die Beantwortung von Bürgerfragen mehrere Stunden lang zur Verfügung. Wir haben also versucht, umfassend zu informieren. Aber diese Information kann nicht nur vonseiten der Bundesregierung erfolgen. Auch die Kassen, die Ärzte und die Leistungserbringer haben eine Informationspflicht. Das gilt auch für die Länder, die an diesem Gesetz mitgewirkt haben. Ich meine, dass die notwendigen Informationen geflossen sind. Zur Verunsicherung hat teilweise beigetragen, dass sie nicht rechtzeitig geflossen sind. Ich habe vorhin schon das genannt, was noch zu verbessern ist.

Darüber hinaus bin ich der Auffassung, dass jede Ebene ihre Aufgabe zu erfüllen hat. Es kann nicht angehen, dass einzelne Teile der Selbstverwaltung bestimmte Aufgaben nicht erledigen oder Maßnahmen blockieren. Wir haben jetzt zum Beispiel die unbefriedigende Situation, dass es noch einen Streit zwischen den Sozialhilfeträgern und den Kassen gibt. Wir haben die Beteiligten aufgefordert, die offenen Punkte im Sinne der Patientinnen und Patienten zu regeln. Wir gehen davon aus, dass dies geschehen wird.

Abschließend will ich sagen: Diese Operation fällt niemandem leicht, auch uns nicht. Denn wir wissen, dass die Patientinnen und Patienten belastet werden. Es ist ebenfalls klar, dass diese Regelungen für viel Unmut sorgen. Aber man muss sich einmal anschauen, was die Alternative gewesen wäre. Angesichts der Verschuldungssituation der Kassen wären die Alternative Beitragssatzanhebungen gewesen. Das hätte eine Flucht derjenigen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt, die zu einer privaten Krankenversicherung wechseln können.

Wer die Entsolidarisierung und einen Anstieg der Lohnnebenkosten nicht will, muss den Mut zu Ausgabenbegrenzungen haben. Auch wenn es unbequem ist, müssen diese Maßnahmen vertreten werden. Natürlich haben Sie es einfacher, jedem alles zu versprechen, weil Sie nicht sagen müssen, woher die gesetzlichen Krankenkassen das Geld nehmen sollen.