

Mandantenbrief

Was bringt die Gesundheitsreform 2006?

Kurzübersicht über die Eckpunkte von A-Z

Die Situation

Selten zuvor in der deutschen Geschichte standen das Gesundheitssystem bzw. deren Reformen so sehr in der öffentlichen Diskussion wie heute – erfreulicherweise! Es zeigt sich, dass Ärztestreiks in der öffentlichen Wahrnehmung etwas bewirkt und die Menschen verstanden haben, dass es so nicht weitergehen kann. Mit der Wahrnehmung wächst die Bereitschaft aller, sich auf Veränderungen einzustellen, ob als Patient in der Arztpraxis oder Nutznießer des guten, aber wenig effizienten und dadurch zu teuren Gesundheitssystems.

Hat die Gesundheitsreform 2004 (GMG) die Richtung für die Neustrukturierung vorgegeben, kann die Gesundheitsreform 2006 als Ergänzung und Weiterentwicklung verstanden werden. Dabei geben die Reformen auf Bundesebene nur den Rahmen vor, der im Anschluss von den Ländern, Kammern, KVen, Kassen detailliert zu gestalten und umzusetzen ist. Dass die Mühlen dabei z. T. sehr langsam

mahlen, dürfte der eine oder andere Mediziner z.B. bei der Zulassung von Kooperationsmodellen wie MVZ oder Integrierten Versorgungsverträgen leidvoll erfahren haben.

Die folgende Übersicht über die Veränderungen ist daher zunächst tendenziell zu sehen, eine konkrete Ausgestaltung der Reform obliegt in der Folge den Interessensvertretungen.

Welche wissenswerten Eckpunkte gibt es?

Ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus

Zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird eine eigene Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen von 1 % bereitgestellt, die sich zur Hälfte aus Krankenhausbudgets und zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen in gleicher Höhe finanziert.

Ambulante Leistungen, die sowohl im Krankenhaus als auch in der niedergelassenen Praxis erbracht werden können, sollen mit vergleichbaren Honoraren vergütet werden.

Ambulante zahnärztliche Versorgung

Auf die Bedarfszulassung soll in der zahnärztlichen Versorgung verzichtet werden.

Ärztliches Vergütungssystem

Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst. Die für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils nach unterschiedlichen Systematiken ausgestaltete Pauschalvergütung wird in überschaubarer Zahl mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen kombiniert werden sowie Abstufungsregelungen vorsehen (vergleichbar mit den Fallpauschalen im stationären Bereich). Dadurch gewinnt das Vergütungssystem erheblich an Transparenz und die Ärzte erhalten weitgehende Kalkulationssicherheit.

Früherkennung und Vorsorge

Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen soll für die Gruppe der 45- bis 55-jährigen durch eine Bonus-Malus-Regelung nach dem Vorbild der Vorsorgescheckhefte beim Zahnersatz gesteigert werden. Nur wer die wichtigsten evidenzbasierten Untersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen hat und chronisch krank wird, soll in den Genuss der Überforderungs-

klausel mit der Begrenzung der Zuzahlungen auf 1 % des Einkommens kommen, es sei denn, er oder sie beteiligt sich hinreichend an einer adäquaten Therapie.

Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)

Ziel ist, für vergleichbare Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Privaten Krankenversicherung (PKV) ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist. Abweichungen vom Umfang dieses Leistungsverzeichnisses und Abweichungen innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) bleiben weiterhin möglich. Die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) werden präzisiert.

Geriatrische Rehabilitation

Der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation wird für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt. Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.

Gesundheitsfonds

Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, und sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein.

In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzreserven gestartet; bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden. Ab dann erhalten die Kassen für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fond. Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt.

Hausarzttarife

Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig. Ein verpflichtendes Hausarztmodell ist damit nicht verbunden.

Höchstpreise (in der Arzneimittelpreisverordnung)

Die Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise umgestellt. Damit wird es möglich, dass auch die Apotheker niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind in angemessener Höhe an die Versicherten beziehungsweise Krankenkassen weiterzugeben.

Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken im Jahr 2007 nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Millionen Euro erreicht, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt.

Honorarzuschläge für Qualität

Bei besonderer Qualität der ärztlichen Leistung können künftig auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung besondere Honorarzuschläge vereinbart werden.

Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt. Die Anschubfinanzierung wird bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems (2009) verlängert.

Auch nichtärztliche Heilberufe können in die zugrunde liegenden Versorgungskonzepte einbezogen werden. Ebenso wird künftig die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung eingebunden.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Um eine angemessene Grundlage für Preisverhandlungen und Erstattungshöhen zu erhalten, wird die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert (Positivliste). Dabei sind auch andere Behandlungsformen zu berücksichtigen. Diese Bewertung ist keine zusätzliche Zulassungsvoraussetzung.

Kostenerstattung

Vor Einführung des neuen Vergütungssystems für ambulante Vertragsärzte soll geprüft werden, inwieweit das Abrechnungssystem bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für die Versicherten transparenter gemacht werden kann und verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Versicherten, Vertragsärzten, Vertragszahnärzten und Krankenkassen geschaffen werden können.

Leistungskatalog

Der Umfang des Leistungskataloges bleibt im Wesentlichen unverändert. In den Leistungskatalog werden zusätzliche Leistungen (zum Beispiel geriatrische Rehabilitation und Palliativversorgung) aufgenommen. Impfungen, sofern von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt. Bei selbstverschuldeten Be-

handlungsbedürftigkeiten – zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen – muss in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.

Nichtversicherte

Nichtversicherte beziehungsweise nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen beziehungsweise dem sie zugeordnet sind (Nichtversicherte). Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur Privaten Krankenversicherung (PKV) in einen Basistarif.

Private Krankenversicherung (PKV) und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Privaten Krankenversicherungen bleiben auch zukünftig als Vollversicherer im Markt. Um die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten, wird der PKV-Basistarif auch für alle freiwillig Versicherten geöffnet. Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention in Deutschland beteiligt. Damit leistet sie in diesem für alle Bürger wichtigen Bereich einen erforderlichen solidarischen Beitrag.

Qualitätssicherung

Bestehende Regelungen zur Qualitätssicherung sind zu entbürokratisieren und auf das Wesentliche zu konzentrieren. Dabei stehen auch Aufgaben und Funktionen der vielen für Qualitätssicherung zuständigen Institutionen auf dem Prüfstand. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hier eine bedeutende Rolle einnehmen.

Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel

Gemeinschaftseinrichtungen wie zum Beispiel Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel zentral bevorraten können, dürfen nicht genutzte Produkte an andere Patienten abgeben.

Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser

Um die Krankenhäuser als größter Ausgabenfaktor der Gesetzlichen Krankenversicherung angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 % der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen.

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sollen einen einheitlichen und entbürokratisierten Rahmen erhalten.

Über- und Unterversorgung

Mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz (wir berichteten: Mandantenbrief Juni 06) soll eine Fülle von Maßnahmen ermöglicht werden, die eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit bewirken. Das neue Vergütungssystem wird diese Entwicklung nachhaltig unterstützen. Bei existierender oder drohender Unterversorgung soll die Bedarfszulassung im Sinne von Zulassungssperren aufgehoben und die Bedarfsplanung auf eine Versorgungsplanung, die auch sektorübergreifend sein soll, umgestellt werden.

Verordnung mit Zweitmeinung

Die Verordnung von kostenintensiven beziehungsweise speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die näheren Bestimmungen zu den Verfahren und die Auswahl der zu konsultierenden Ärzte erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten.

Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen

Die Möglichkeiten der Krankenkassen werden erweitert, Vereinbarungen mit Ärzten zu treffen, die von den einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinausgehen können. Für beide Seiten gelten hierbei gleiche Rahmenbedingungen. Auf Kassenseite können dabei Kassen einzeln handeln oder sich in Gruppen zusammenschließen. Auf Ärzteseite können neben einzelnen oder Gruppen von Ärzten auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Vertragspartner sein. Alle Vertragsärzte bleiben auch bei abweichenden Vereinbarungen Mitglieder der KV. Der Sicherstellungsauftrag der KVen einschließlich des Notdienstes wird der Versorgungsplanung entsprechend angepasst.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Die Ärzte werden von bürokratischen Auflagen entlastet. Das Prüfungsverfahren wird gestrafft und auf höchstens zwei Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.

Zuzahlungen

Die Ausnahmeregelungen bei Zuzahlungen, insbesondere bei der Praxisgebühr, werden hinsichtlich

ihrer Steuerungswirkung im Jahre 2006 evaluiert und inhaltlich überprüft. Die Überförderungsregelung von 1 % gilt nicht für chronisch Kranke, die bei einer adäquaten Therapie nicht hinreichend mitwirken. Die Definition für den Begriff "chronisch Kranke" wird enger und zielgenauer gefasst.

Fazit

Ein weiterer Schritt auf dem Weg der Modernisierung des Gesundheitssystems zu einem Gesundheitsmarkt. Generell ist festzuhalten, dass die niedergelassenen Ärzte von den Veränderungen stark profitieren können, wenn sie sich zeitnah auf die neuen Strukturen einstellen. Die „Reformgegner“ werden spätestens bei der Einführung der Einheitspreise zu spüren bekommen, was viele Krankenhäuser von den Fallpauschalen schon kennen: So zu arbeiten wie früher kann man sich nicht mehr leisten.