

**Eckpunktepapier der Großen Koalition zur Gesundheitsreform vom 04.07.2006 – Text mit Kommentierung  
Kommentierung abgeschlossen am 11.07.2006**

**Inhaltsübersicht**

<b>Allgemeine Vorbemerkungen</b> .....	<b>4</b>
<b>Informationen zur Lektüre der nachstehenden Kommentierung</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Zur grundsätzlichen Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Strukturelle Reformen im Ausgabenbereich</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Ambulante ärztliche Versorgung</b> .....	<b>14</b>
a) Optimierte Versorgung .....	14
b) Leistungsgerechte Honorierung .....	15
c) Abbau von Über- und Unterversorgung .....	16
d) Besondere Versorgungsformen.....	17
e) Vergütung bei gleichen Leistungen im ambulanten und stationären Sektor .....	17
<b>4. Ambulante zahnärztliche Versorgung</b> .....	<b>18</b>
<b>5. Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation</b> .....	<b>20</b>
<b>6. Arzneimittelversorgung</b> .....	<b>21</b>
a) Flexible Preisvereinbarungen .....	21
b) Auseinzelnung.....	22
c) Kosten-Nutzen-Bewertung.....	22
d) Verordnung mit Zweitmeinung.....	22
e) Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit.....	22
f) Wirtschaftlichkeitsprüfungen.....	22
g) Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel .....	23
<b>7. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln</b> .....	<b>23</b>
<b>8. Fahrtkosten</b> .....	<b>23</b>
<b>9. Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege</b> .....	<b>23</b>
<b>10. Transparenz und Bürokratieabbau</b> .....	<b>24</b>
<b>11. Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten</b> .....	<b>25</b>
<b>12. Prävention</b> .....	<b>26</b>
<b>13. Leistungskatalog und Zuzahlungen</b> .....	<b>26</b>
<b>14. Reform der Institutionen</b> .....	<b>27</b>
a) Öffnung und Gründung von Krankenkassen .....	27
b) Verbesserte Kooperation der Krankenkassen .....	27
c) Sondersysteme:.....	28

d) Kassenfusionen .....	28
e) Straffung der Entscheidungsstrukturen .....	29
f) Haftungsfragen .....	30
g) Gemeinsame Selbstverwaltung .....	30
h) Zusammensetzung der Verwaltungsräte .....	31
i) Zuständigkeiten der Aufsichtsbehörden .....	31
j) Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen .....	31
k) Medizinischer Dienst.....	31
<b>15. Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds .....</b>	<b>32</b>
a) Fondsmodell generell .....	32
b) Ausgleich der Einkommensunterschiede und der Risiken.....	32
c) Beiträge .....	32
d) Beitragseinzug.....	33
e) Ergänzende Steuerfinanzierung .....	33
f) Zusatzbeitrag, Zu- und Abschläge.....	33
<b>16. Verhältnis der PKV zur GKV .....</b>	<b>34</b>
<b>Anlage 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>Ergebnisse der AG Vergütungsfragen (Fachebene) am 17. Mai 2006 .....</b>	<b>35</b>
Schaffung einer neuen Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung .....	36
Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen .....	38
Nichtmorbiditätsbedingte Fallzahlausweitung bei den Leistungserbringern .....	39
Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten.....	39
Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung .....	41
Honorarzuschläge für besondere Qualität .....	41
Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize .....	42
Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform .....	43
Übergangsregelungen .....	43
<b>Anlage 2 .....</b>	<b>44</b>
<b>Maßnahmen zur Stärkung der integrierten Versorgung / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär im Falle seltener und hochspezieseller</b>	
<b>Versorgungsprobleme (§ 116 b SGB V) .....</b>	<b>44</b>
<b>I. Derzeitige Situation.....</b>	<b>44</b>
a) Integrierte Versorgung.....	44
b) Schnittstelle ambulant / stationär (§116 b SGB V) .....	44
<b>II. Beschlussvorschläge zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die IV / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär .....</b>	<b>44</b>
a) Verlängerung der sog. Anschubfinanzierung (Förderung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung) .....	44
b) Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen etc. (§116 b SGB V) als erweiterte integrierte Versorgung.....	45
c) Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe.....	45
d) Erhöhung der Transparenz.....	45
e) Einbeziehung der Pflegeversicherung in die IV .....	46
f) Abweichung von der Arzneimittelpreisverordnung .....	46

<b>Anlage 3</b> .....	46
Arzneimittelvertrieb: Öffnungsklauseln für Preisvereinbarungen (Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs) .....	46
I. Bestehende Öffnungsklauseln .....	46
II. Beschlussvorschlag .....	47
<b>Anlage 4</b> .....	48
Erleichterung der Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken (Auseinzelung) .....	48
I. Handlungsbedarf .....	48
II. Beschlussvorschlag .....	48
<b>Anlage 5</b> .....	49
Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel .....	49
I. Handlungsbedarf .....	49
II. Beschlussvorschlag .....	50
III. Exkurs: Vergleich zwischen IQWiG und NICE .....	51
<b>Anlage 6</b> .....	54
Verordnung spezieller Arzneimittel nur in Abstimmung mit besonders qualifizierten Ärzten .....	54
I. Handlungsbedarf .....	54
II. Beschlussvorschlag .....	54
<b>Anlage 7</b> .....	56
Schutz der Arzneverordnungsdaten .....	56
I. Handlungsbedarf .....	56
II. Beschlussvorschlag .....	56
<b>Anlage 8</b> .....	56
Anwendungsbeobachtungen bei Arzneimitteln .....	56
I. Handlungsbedarf .....	56
II. Beschlussvorschlag .....	57
<b>Anlage 9</b> .....	57
Wirtschaftlichkeitsprüfungen .....	57
I. Handlungsbedarf .....	57
II. Beschlussvorschlag .....	58
<b>Anlage 10</b> .....	59
Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittelreste .....	59
I. Handlungsbedarf .....	59
II. Beschlussvorschlag .....	59

<b>Anlage 11</b> .....	<b>60</b>
<b>Schnittstelle Rehabilitation und Pflege</b> .....	<b>60</b>
1. Geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit .....	60
2. Verbesserung des Entlassungsmanagements und der Kooperation .....	61
3. Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V .....	62
4. Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V – neue Wohnformen .....	62
5. Schnittstellenprobleme zwischen GKV und Pflege in der Hilfsmittelversorgung .....	63
<b>Anlage 12</b> .....	<b>63</b>
<b>Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)</b> .....	<b>63</b>

## Allgemeine Vorbemerkungen

Das vorliegende Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform vom 04.07.2006 ist eines der wichtigsten und in verschiedener Hinsicht bemerkenswertesten Dokumente, die in den letzten 20 Jahren von der Politik auf diesem Gebiet vorgelegt werden. Der Kanzleramtsminister Thomas de Maizere meint am 11.07.2006 in der WELT, diese Gesundheitsreform werde die nächsten 10 Jahre bestehen bleiben. Wir hatten in den vergangenen 18 Jahren bereits mehrere Jahrhundertreformen, die alle zu keinerlei nachhaltigen Sanierung oder auch nur Verbesserung der Situation führten, aber dennoch eine Reihe von nachhaltigen Auswirkungen haben, die sich mittlerweile im Gesundheitsmarkt bemerkbar machen.

Zur Erinnerung:

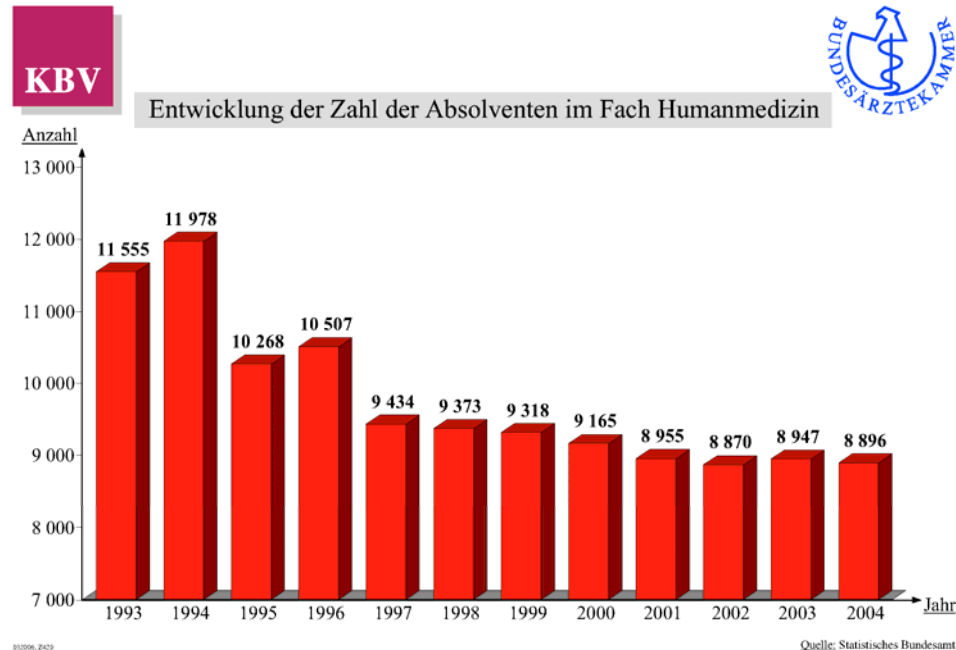
- 1988 Gesundheitsreformgesetz – **GRG** – verabschiedet in den letzten Tagen des Jahres nach heftigem Gefeilsche im Vermittlungsausschuss und in Kraft getreten am 01.01.1989. Mit ihm wurde die Reichsversicherung (RVO) – von wenigen Teilen abgesehen – durch das Sozialgesetzbuch 5. Buch (**SGB V**) abgelöst. Der damalige Arbeits- und Sozialminister Blüm feierte das Werk als Jahrhundertreform. Da die RVO 1911 in Kraft trat, mag man ihm die Bezeichnung durchgehen lassen. Zweifellos modernisierte das GRG die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung und normierte die wichtigsten Teile, darunter das gesamte damals noch Kassenarztrecht genannte Recht weitgehend neu und erstmals einigermaßen in sich kohärent.
- 1992 Gesundheitsstrukturgesetz – **GSG** – unter dem Gesundheitsminister Horst Seehofer. Es war die zweite Jahrhundertreform, nach nur drei Jahren Geltung der ersten. Die Neuregelungen des GSG traten am 01.01.1993 in Kraft und brachten in das System die Probleme erst hinein, unter denen es nun fast zusammen bricht. Stichworte sind Bedarfsplanung, Budgetierung, Degression, um nur einige zu nennen. Parallel zum Gesetzgebungsvorhaben hatten die Zahnärzte versucht, einen sog. Korb zu organisieren, waren damals aber am Desinteresse der anderen Heilberufe gescheitert.
- 1997 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (**GKV-NOG**) – erklärtermaßen die dritte Jahrhundertreform. Die Kostenerstattung wurde erweitert. Für Zahnersatz wurde ein Festzuschuss eingeführt und der Zahnersatz privatisiert mit der GOZ als Abrechnungsgrundlage (§ 87a SGB V idF des 2. GKV-NOG). Modellvorhaben und Strukturverträge (die Vorläufer der späteren Ideen zur integrierten Versorgung) wurden eingeführt, ebenso das Regelleistungsvolumen als ein wesentlicher Maßstab der Vergütungsverteilung. Die Bedarfsplanung wurde verfeinert und das Jobsharing geboren sowie die Sonderform der Belegarztzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V.
- 1998 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-SoIG**), in Kraft getreten am 01.01.1999. Zahlreiche Änderungen des GKV-NOG werden in einer Hauruck-Aktion der 1998 gewählten rot-grünen Bundesregierung kurz vor Jahresende rückgängig gemacht.
- 1999 **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000**, in Kraft getreten am 01.01.2000. Die bekannt gewordenen Arbeitsentwürfe des Gesetzes hatten eine bis dahin unbekannte Protestwelle unter den Ärzten ausgelöst, die sich vor allem am Globalbudget entzündete. Man erinnerte sich des 1992 gescheiterten Zahnärztekorb.

Aus dieser Protestwelle entstanden u.a. die MEDI-Organisation und DENTIMED. Die Proteste waren hinsichtlich des Globalbudgets erfolgreich. Das Gesetzesvorhaben musste so stark reduziert werden, dass es nicht mehr im Bundesrat zustimmungspflichtig war. Hauptpunkte blieben die Einführung der integrierten Versorgung und die Neupositionierung des Hausarztes in Richtung Gesundheitslotse sowie – im Krankenhausbereich – die Entscheidung zur Umstellung auf DRGs.

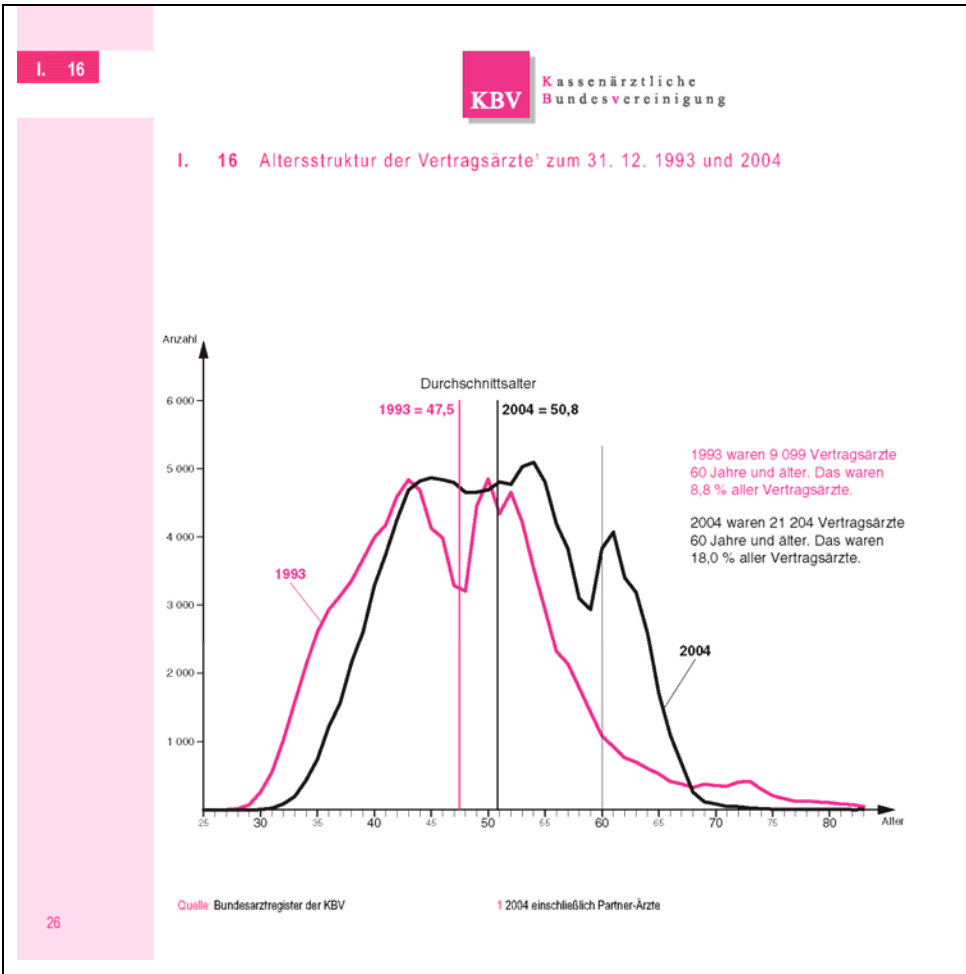
2003 GKV-Modernisierungsgesetz (**GMG**), in Kraft getreten am 01.01.2004. Es war die Hochzeit der Rürup- und Herzog-Kommissionen, die mit den Stichworten Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie die Diskussion der nächsten Jahre bestimmen sollte, Das Gesetz befasste sich mit Fragen der Patientensouveränität, brachte aber vor allem die Reform der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit notwendiger Organisationsreform in den Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz und Umstellung auf hauptamtliche Vorstände. Neu geordnet wurde auch der Zahnersatz, das dritte Mal innerhalb von 6 Jahren.

Die öffentliche Aufmerksamkeit, welche die Gesundheitsreformen seit 1988 erhielten, blieb nicht ohne Auswirkungen, deren Nachhaltigkeit und systemveränderte Kraft erst langsam sichtbar werden. Drei wichtige Auswirkungen betreffen unmittelbar den (zahn)ärztlichen **Nachwuchs**:

1. Es werden weniger Studenten fertig ausgebildet, als Bedarf an Medizinern vorhanden ist.



2. Viele von ihnen wollen nicht den Arztberuf als Niedergelassener ergreifen, sondern suchen sich Beschäftigungsmöglichkeiten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Das führte zu einer dramatischen **Altersverschiebung** bei den Arztberufen.



**KBV** **Tabelle 3**  
Bundesgebiet  
insgesamt  
Stand: 31. 12. 2005

### Altersstruktur der Vertragsärzte

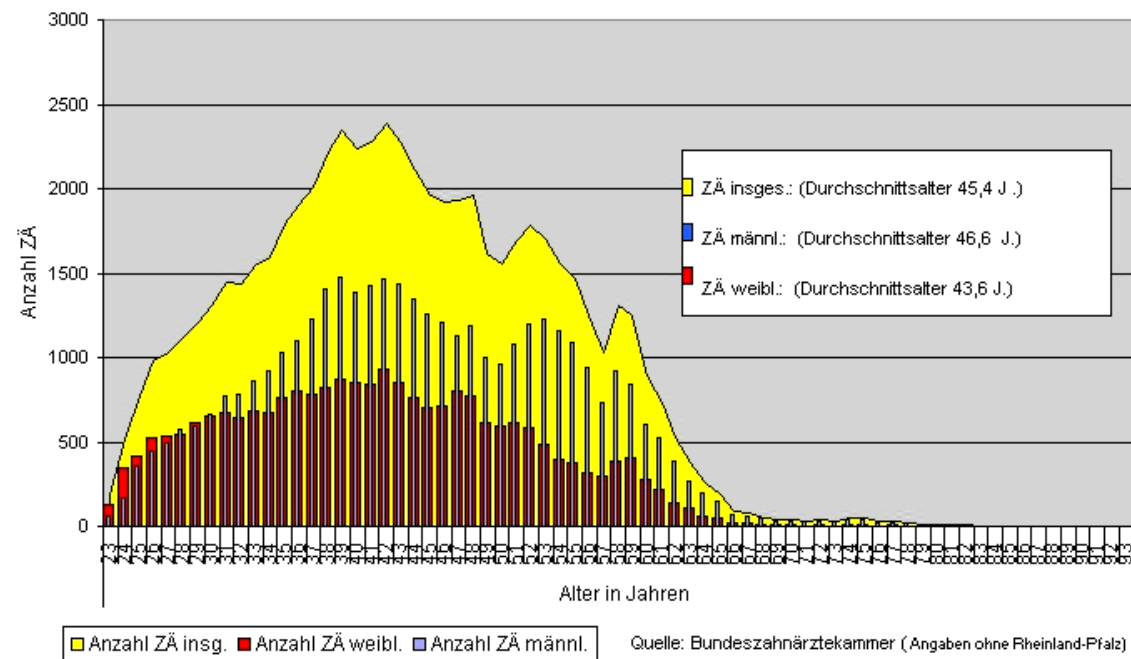
Lfd. Nr.	Arztgruppe	Bis 34		35 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 65		über 65	
		Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte	337	1,0	2 757	8,3	10 805	32,4	13 621	40,8	5 046	15,1	795	2,4
2	Praktische Ärzte / Ärzte	0	0,0	74	0,8	3 373	36,9	3 911	42,8	1 437	15,7	337	3,7
3	Anästhesisten	7	0,3	166	6,1	1 408	51,8	954	35,1	160	5,9	24	0,9
4	Augenärzte	70	1,3	537	10,2	2 021	38,4	1 709	32,5	785	14,9	137	2,6
5	Chirurgen	4	0,1	130	3,4	1 370	36,0	1 672	43,9	560	14,7	74	1,9
6	Frauenärzte	51	0,5	592	6,0	3 671	37,3	3 588	36,4	1 714	17,4	231	2,3
7	HNO-Ärzte	23	0,6	376	9,5	1 621	41,0	1 281	32,4	562	14,2	94	2,4
8	Hautärzte	36	1,1	343	10,2	1 447	43,1	1 061	31,6	421	12,5	50	1,5
9	Internisten	60	0,3	1 219	6,7	7 068	38,9	6 215	34,2	3 146	17,3	471	2,6
10	Kinderärzte	33	0,6	324	5,6	2 196	37,7	2 092	35,9	1 031	17,7	145	2,5
11	Kinder- und Jugendpsychiater	0	0,0	36	6,0	287	48,0	204	34,1	62	10,4	9	1,5
12	Laborärzte	2	0,3	60	9,4	266	41,5	190	29,6	100	15,6	23	3,6
13	Lungenärzte	0	0,0	0	0,0	51	21,6	129	54,7	51	21,6	5	2,1
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	2	0,2	84	9,1	462	49,8	291	31,4	78	8,4	10	1,1
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	10	0,2	209	4,2	1 828	36,4	2 066	41,2	793	15,8	112	2,2
16	Neurochirurgen	1	0,3	31	10,3	150	49,8	95	31,6	20	6,6	4	1,3
17	Nuklearmediziner	4	0,9	54	11,5	248	52,8	119	25,3	42	8,9	3	0,6
18	Orthopäden	14	0,3	419	8,2	2 268	44,2	1 758	34,3	601	11,7	70	1,4
19	Pathologen	1	0,2	23	4,1	249	44,1	189	33,5	92	16,3	11	1,9
20	Ärztliche Psychotherapeuten	5	0,1	93	2,4	1 363	35,2	1 707	44,1	586	15,2	113	2,9
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	6	0,2	151	5,8	1 214	46,7	908	34,9	289	11,1	34	1,3
22	Urologen	10	0,4	200	7,6	1 119	42,4	877	33,2	397	15,0	36	1,4
23	Übrige Arztgruppen <sup>1)</sup>	3	0,8	30	7,6	222	55,9	106	26,7	30	7,6	6	1,5
24	Summe Arztgruppen	679	0,6	7 908	6,7	44 707	37,6	44 743	37,7	18 003	15,1	2 794	2,4
25	Dar.: Hausärzte	418	0,7	4 025	6,8	20 100	34,0	23 158	39,2	9 742	16,5	1 633	2,8
26	Fachärztlich tätige Internisten	12	0,2	344	4,7	3 280	45,2	2 614	36,0	895	12,3	110	1,5

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

3. Die Heilberufe **feminisieren**, rund 75 % der Medizinstudenten und teilweise über 90 % der Zahnmedizinstudenten sind mittlerweile weiblich. Damit kommen Erwartungshaltungen und Lebensperspektiven, die mit der klassischen Selbstausschöpfungstendenz der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte kollidieren. Es ist sehr viel schwieriger, Frauen zu motivieren, sich als Selbständige niederzulassen, mit der damit verbundenen finanziellen Bindung, dem beruflichen Aufwand und not-

wendigen Verzicht auf Privatleben. Viele Frauen kommen auch mit der Situation, der „money maker“ in der Familie zu sein, nicht zurecht, u.a. weil ihre Lebenspartner damit nicht klar kommen. Fehlender Mut zum Risiko ist aber auch bei männlichen niederlassungsfähigen Ärzten eine zunehmend zu beobachtende Erscheinung.

Die nachfolgende aktuelle Altersstrukturstatistik der Bundeszahnärztekammer zeigt bereits den beginnenden Umschwung im Bereich weiblicher Zahnärzte und – ebenso wie bei den Ärzten – die Verschiebung beim Lebensalter.



Die sich daraus ergebenden Probleme sind bereits in den Praxen angekommen:

- Jeder Praxisinhaber, der qualifizierte neue Kollegen sucht, konnte noch vor wenigen Jahren aus einem großen Angebot guter Bewerber auswählen. Heute ist er froh, wenn er noch einen ausreichend qualifizierten Kandidaten findet.
- Viele Einzelpraxen finden keinen Nachfolger mehr, was in ländlichen wie dicht besiedelten städtischen Regionen mit von Jahr zu Jahr steigender Tendenz zu beobachten ist.
- Damit droht der bisher als wichtiger Teil der Altersvorsorge gedachte Erlös aus dem Praxisverkauf wegzufallen.



Die vorher in eher knappen Zügen beschriebenen Entwicklungen wirken sich – neben vielen anderen – bereits heute zu Lasten der Einzelpraxis aus. Diese Tendenz wird durch die im Eckpunktepapier vorgesehenen Reformen, allen voran die Honorarreform, massiv verschärft. Liest man die Anlage 1 sorgfältig durch, dann fällt einem fast nichts mehr ein. Die Honorierung der Standardpraxis (noch ist das die Einzelpraxis – Ende 2005 gab es in Deutschland 76.895 ärztliche Einzelpraxen und 17.704 ärztliche Gemeinschaftspraxen) soll an der Kosten- und Grenzkostendeckung austariert werden. Die Rede ist vom „Break-even-point“, wobei anzumerken ist, dass es mittlerweile im Gesundheitswesen en vogue ist, Begriffe aus der englischen Sprache nicht übersetzt in deutsche Gesetze zu schreiben. Dass ein Arzt nicht von den Kosten, sondern vom Gewinn lebt, kommt in der Argumentation gar nicht mehr vor.

Die Frage ist, ob man diesen Trend überhaupt aufhalten kann und – was entscheidender ist –, ob man ihn überhaupt aufhalten soll. Jede Teilsparte der Medizin, auch in der Zahnmedizin, hat mittlerweile hochspezialisierte Subsparten entwickelt. Diese Subsparten – etwa die Implantologie, die Endodontie und die Parodontologie in der Zahnheilkunde (alles keine Fachzahnarztbezeichnungen) oder die Schmerztherapie in der Humanmedizin – haben sich qualitativ so stark vom Mainstream wegentwickelt, dass heute schon z.B. die Frage aufgeworfen wird, wann eine Wurzelspitzenresektion (bisher ein Standardeingriff in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) sich als behandlungsfehlerhaft darstellt, weil durch ausgefeilte Maßnahmen der Endodontie vermeidbar. Die Abstimmung hin zu qualitativ hochwertigen und spezialisierten Leistungsangeboten erfolgt mit den Füßen. Die entsprechenden Fortbildungsangebote sind stets bestens besucht. Bei den Humanmedizinern besteht der ungebrochene Trend, jede Subsparte zur Facharztbezeichnung weiterzuentwickeln – mit der bekannten Explosion an Facharztbezeichnungen für immer kleinere Körpergebiete.

In dieser Entwicklung können sich Einzelpraxen nur behaupten, wenn sie hochspezialisiert sind, also ein minimales Behandlungsspektrum anbieten. Für die meisten Berufsträger scheidet eine solche Option aber aus strukturellen Gründen aus. Ihnen bleibt nur der Zusammenschluss zu größeren Einheiten.

Für die Fusion bestehender Praxen zu größeren Gebilden sprechen betriebswirtschaftlich sehr viele Gründe. Am besten vergegenwärtigt man sich, dass in einer Einzelpraxis 100 % der Betriebskosten vom Inhaber zu tragen sind. Werden zwei Einzelpraxen fusioniert, sinkt der Wert auf etwa 80 % pro Gesellschafter. Je größer die Einheiten werden, umso weiter sinkt der Wert ab, wobei es eine untere Grenze bei etwa 50 % pro Gesellschafter geben dürfte. Die mit zunehmender Größe entstehende Reduktion der Kosten pro Gesellschafter(zahn)arzt ist betriebswirtschaftlich betrachtet reiner Rationalisierungsgewinn.

Das Haupthindernis auf diesem Weg dürfte die Mentalität der Ärzte und Zahnärzte als Einzelkämpfer sein. Was dies veranlasst haben mag, wissen wir nicht. Unlängst wurde uns als Erklärung angeboten, dass man von Anbeginn des Medizinstudiums an auf die Zweierbeziehung Patient – Arzt konditioniert werde und Arztteamüberlegungen unterdrückt bzw. zumindest nicht gefördert würden.

Man sollte m.E. dennoch – auch seitens der ärztlichen und zahnärztlichen Institutionen und der Berater – diesen Weg aktiv bewerben. Das deutsche Gesundheitswesen wird sich in den nächsten Jahren der Globalisierung öffnen müssen. Dafür dürfte schon die EU mit der gerade in Vorbereitung befindlichen sektoralen Dienstleistungsrichtlinie für die Gesundheitsberufe sorgen. Diese Entwicklung bietet die Chance, sich neue Gesundheitsmärkte zu erschließen, sei es in Europa, sei es außerhalb, z.B. auf der Gesundheitsmesse in Dubai im Januar eines jeden Jahres. Solche Schritte bedürfen eines entsprechend qualifizierten fachlichen Angebots, entsprechender manpower und entsprechender finanzieller Potenz. Sie sind für Einzelpraxen nicht und für kleine Berufsausübungsgemeinschaften nur im Ausnahmefall gangbar.

Große Praxiseinheiten mit entsprechend hohen Honorarsummen werden zwangsläufig ihre eigenen Player im Gesundheitswesen, während die KVen/KZVen durch das Eckpunktepapier weitgehend ihrer bisherigen Machtbasis (Honorarverteilung) entkleidet werden. Sie sind auch Player im Grenzbereich ambulant-stationär, wo sich in den nächsten Jahren unter dem Stichwort „doppeltes Facharztwesen“ noch sehr viel bewegen wird.

Greift das Eckpunktepapier diese Entwicklung auf und versucht es, sie flankierend zu unterstützen?

Leider nein. Im Gegenteil, es stürzt die GKV mit der Einführung des Gesundheitsfonds in einen Restrukturierungsprozess, ohne dass eine klare Vision des daraus entstehen sollenden Gesundheitswesens auch nur in Ansätzen erkennbar ist. Es verwundert nicht, dass auch die Krankenkassen an dem Papier kein gutes Haar lassen. Wenn alle Akteure des Gesundheitswesens, ob Apotheker, Industrie, Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, am Eckpunktepapier praktisch kein gutes Haar finden, dann ist das entgegen der kürzlich vermeldeten Auffassung der Bundeskanzlerin kein gutes Zeichen für die Qualität des gefundenen Kompromisses, sondern dafür, dass dem Papier an allen Ecken und Enden die fehlende Kompetenz anzusehen ist. Es gibt im BMG gute Beamte, die einem fast schon Leid tun können bei dem, was die Politik ihnen an Regelungsnotwendigkeiten zumutet.

### Informationen zur Lektüre der nachstehenden Kommentierung

Der in Tabellenform gegliederte Text enthält in der linken Spalte das Eckpunktepapier, jeweils mit auf das Original bezogenen Seitenangaben. Das Original kann man unter der Webadresse [http://www.rpmed.de/php/aktuelles/Eckpunkte\\_Reform\\_040706.pdf](http://www.rpmed.de/php/aktuelles/Eckpunkte_Reform_040706.pdf) herunterladen. Sollte der Link im Einzelfall nicht funktionieren (liegt an der Browsereinstellung), können Sie sich entsprechend der Linkinhalte von Seite zu Seite unserer Homepage durchklicken.

Die **Seitenangaben** beziehen sich jeweils auf das Originaldokument zum Eckpunktepapier.

Alle kommentierten Passagen des Eckpunktepapiers sind **gelb** hervorgehoben. Die im Text des Eckpunktepapiers ab Seite 25 **fett** hervorgehobenen Passagen sind auch im Original fett hervorgehoben.

Bei der Lektüre des Papiers „viel Vergnügen“ zu wünschen wäre sarkastisch.

Sindelfingen, den 11.07.2006



Dr. Ratajczak  
Rechtsanwalt

Anwaltskanzlei  
RATAJCZAK WELLMANN & PARTNER  
Berlin • Sindelfingen • Köln  
Tel.: 07031-950518 (Frau Gayer)  
Fax.: 07031-950599  
[www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
Seite 1	
<b>1. Zur grundsätzlichen Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen</b>	
<p>Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist damit eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.</p>	
<p>Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen <b>wettbewerbsfähig</b>, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird hierzulande als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass</p>	<p>Von "Wettbewerb" ist im Eckpunktepapier insgesamt 27x die Rede, wobei der Blick im Folgenden nicht mehr auf den internationalen Vergleich gerichtet wird, sondern auf den Leistungserbringerwettbewerb. Man sollte eigentlich unterstellen dürfen, dass zumindest einer der beiden Parteien in der Großen Koalition die Grundbedingungen von Wettbewerb geläufig sind, zu denen vor allem die Freiheit der im Wettbewerb Agierenden gehört. Wettbewerb in unfreien Systemen ist ein Paradox. In wettbewerblich orientierten System wird die Allokation über den Preis reguliert – ein System, das Rot-Grün bei den UMTS-Lizenzen (100 Mrd. DM-Deal – man erinnert sich) und auch bei den Kohlendioxid-Ausstoß-Lizenzen mit Erfolg praktiziert hat.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt,</li> <li>○ die Qualität der Versorgung erheblich variiert und</li> <li>○ Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen suboptimal eingesetzt werden.</li> </ul>	
<p>Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, muss das Gesundheitswesen jedoch <b>ständig weiterentwickelt</b> werden. Das gilt sowohl für die Finanzierungs- wie für die Versorgungsseite In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland deutlich zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich.</p>	<p>Mit dieser Einschätzung liegt die Große Koalition richtig, weil sie das System nicht ändern will. Die Einschätzung ist zugleich die Ankündigung, dass die Große Koalition die Gesundheitsreform zur Dauerbaustelle machen will. Aus dem Eckpunktepapier ergibt sich schon, dass auf die Reform 2007 die Reform 2008 und die Reform 2009 folgen werden. Die Hauptprobleme des deutschen Gesundheitswesens und seiner Bürokratisierung liegen im Sachleistungsprinzip und der damit verbundenen Ausschaltung des Geldfaktors als Steuerungselement. Das ist allen in diesem Bereich Tätigen klar – Politiker gehören dazu naturgemäß nicht; Krankenkassenvertreter sehen zwar das Problem, fürchten aber – verständlicherweise – die Konsequenzen seiner Lösung für ihre Kassen. Solange die Politik glaubt, sie könne in die Selbststeuerungsfähigkeit der Patienten in Gesundheitsdingen nicht vertrauen, solange sie also sich nicht durchringen kann, das Kostenerstattungsprinzip zum Standard zu erheben, solange wird die-</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>ser permanente Reformbedarf anhalten. Die Gesundheit ist sicherlich ein hohes Gut. Aber um sie zu erhalten, braucht es primär keines staatlich organisierten Gesundheitswesens, sondern guter Lebensmittel, sauberen Trinkwassers, funktionierender Abwasseraufbereitung und gesundheitsbewusster Lebensweise. Dafür müssen die Bürger selbst aufkommen. Eigentlich doch ein Argument dafür, dass sie mit ihrer Gesundheit durchaus umgehen können.</p>
<p><b>2. Strukturelle Reformen im Ausgabenbereich</b></p>	
<p>Eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen muss verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das in einem parteiübergreifenden Konsens über die Grenzen von Bund und Ländern verabschiedet wurde, hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Es hat</p>	
<p><b>Seite 2</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht,</li> <li>o die Stellung der Patienten als Nutzer des Gesundheitssystems gestärkt,</li> <li>o die Zusammenarbeit der Sektoren im Gesundheitswesen verbessert und</li> <li>o den <b>Wettbewerb der Leistungserbringer</b> ausgeweitet.</li> </ul>	<p>Die Floskel vom Wettbewerb der Leistungserbringer taucht mehrfach im Eckpunktepapier auf. Was mit dem Wettbewerb der Leistungserbringer gemeint ist, weiß man nicht so recht. Der mögliche Wettbewerb der Krankenkassen wird durch den Gesundheitsfond uninteressant gemacht.</p>
<p>Die Praxisgebühr hat die erwünschten Steuerungsfunktionen entfaltet. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke können die Qualität der Versorgung verbessern. Mit <b>Medizinischen Versorgungszentren</b> wurden neue ambulante Betriebsformen bundesweit zugelassen</p>	<p>Die MVZ sind eine Krücke, für deren Notwendigkeit sich noch nie eine Begründung finden ließ, außer, um die Option zu eröffnen, die ganzen Scheinsozietäten in legale Verhältnisse zu überführen und die Option zu eröffnen, den bei Mitgliedern der Heilberufe latent vorhandenen Hang zur Selbstausschöpfung auszunutzen, und den Krankenhäusern die Option zu eröffnen, sich im ambulanten Bereich zu etablieren. Auch im Krankenhausbereich sind aber – bei der letzten Reform wie im aktuellen Eckpunktepapier – die vorgesehenen Maßnahmen des Gesetzgebers nichts Halbes und nichts Ganzes. Es fehlt ersichtlich an Konzepten. Warum einem Laborarzt 200.000 € bezahlen, wenn sich eine Laborärztin mit kleinen Kindern auch schon für weniger als die Hälfte anstellen lässt? Mit dem VÄndG werden bisher MVZ-spezifische Vorteile allen Berufsausübungsgemeinschaften zur Verfügung gestellt. Mal abwarten, wie sich das auf die bestehenden MVZ auswirken wird, die im Schnitt ausgesprochen klein sind.</p>
<p>Vor allem aber hat das GMG einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Nettoverschuldung, die Ende 2003 saldiert bei über 6 Mrd. € lag, konnte saldiert bis Ende 2005 vollständig abgebaut werden. Allerdings weisen noch immer 78 Kranken-</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>kassen Schulden auf. Mit dem Gesetz über die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) soll ein weiterer überproportionaler Anstieg der Arzneimittelausgaben gebremst werden.</p>	
<p>Die Zielsetzungen dieser Politik, also</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,</li> <li>o die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern,</li> <li>o die Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen,</li> <li>o die Verminderung des bürokratischen Aufwands</li> </ul> <p>müssen noch stringenter verfolgt werden.</p>	
<p>Deswegen haben sich die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung auf folgende Eckpunkte verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden</p>	
<p>⇒ Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und stärker wettbewerbsfähig ausgestaltet. Dies erreichen wir u.a. durch <b>Wahltarife</b>, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Analyse von neuen Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen. So können Versicherte und Patienten besser erkennen, welchen Nutzen sie für ihre Beiträge <b>[Seite 3]</b> erhalten. Alle Beteiligten im Gesundheitswesen müssen sich stärker darum bemühen, den Patienten die bestmögliche und individuell gewünschte Gesundheitsversorgung anzubieten. Leistung und Qualität werden besser und verlässlicher entlohnt</p>	<p>Hier darf man auf den ersten Wortlaut eines Gesetzentwurfs gespannt sein.</p>
<p>⇒ Mit der Einrichtung eines neuen <b>Gesundheitsfonds</b> schaffen wir die Voraussetzungen, ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote erhöht werden können. Zusammen mit der erheblichen Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird damit die Grundlage für einen scharfen, aber gleichzeitig fairen Wettbewerb zugunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten unternommen.</p>	<p>Es ist zu befürchten, dass der Gesundheitsfonds nur aus politischen Gründen kommt und weil sich keiner der an den Gesprächen beteiligten Politiker vorstellen kann, welche nachhaltigen Veränderungen dieser nach sich ziehen wird, vor allem in der Krankenkassenlandschaft. Ich werde dies an der entsprechenden Stelle noch kommentieren.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>⇒ Mit dem Einstieg in eine teilweise <b>Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben</b> der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig stellen wir sicher, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.</p>	<p>Die teilweise Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus dem Bundeshaushalt ist ein längst überfälliges Gebot, aber nicht nur teilweise, sondern ganz! Das jetzige System belastet Beitragszahler = Arbeitsmarkt ungeniert mit gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die aus Beiträgen gar nicht finanziert werden dürfen. Da die Dinge aber so hochkomplex verwoben sind und die obersten deutschen Gerichte große Angst davor haben, in diesem Bereich Verfassungsrecht zur Anwendung zu bringen, kann der Gesetzgeber ganz ungeniert denen in die Tasche greifen, die sich nicht so recht wehren können. Die fatalen Konsequenzen solcher Politik sieht man an der Arbeitsmarktsituation, am fehlenden Kindernachwuchs (es ist ja schon erstaunlich, dass mit der ersten Hochphase der sozialliberalen Koalition 1972 der Umschwung in der Geburten-Sterberate zusammen fällt; seitdem gibt es in Deutschland weniger Geburten als Todesfälle) und an der Auswanderungswelle hoch qualifizierter Arbeitskräfte.</p>
<p>⇒ Die <b>Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert</b>. Das spezifische Geschäftsmodell der PKV bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen und die Schaffung eines Basistarifs für alle freiwillig Versicherten wird der Wettbewerb innerhalb der PKV und mit der GKV intensiviert.</p>	<p>Das ist ein weit reichendes und – je nach Umsetzung – gefährliches Konzept, für das im Eckpunktepapier keinerlei Inhaltskonkretisierung angeboten wird.</p>
<p><b>3. Ambulante ärztliche Versorgung</b></p>	
<p>In Deutschland steht allen Bürgerinnen und Bürgern eine hochwertige und flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung. Im Vergleich zu anderen Ländern spielen Wartezeiten und Leistungseinschränkungen keine nennenswerte Rolle. Der freie Zugang der Patienten unabhängig vom Alter, Einkommen und Versicherungsstatus zu allen Versorgungsformen muss gewährleistet bleiben. Dabei soll sichergestellt sein, dass die Patienten dort versorgt werden, wo dies für ihre Behandlung am besten geeignet ist und die Ressourcen zielgenau eingesetzt werden.</p>	
<p><b>Seite 4</b></p>	
<p><b>a) Optimierte Versorgung</b></p>	
<p>Die ambulante ärztliche Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Hausärzte und Fachärzte sowie in <b>besonderen Fällen</b> auf die Behandlung am Krankenhaus. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten müssen die Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen und die Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität optimiert werden. Die Vergütungsregelungen sind deshalb so zu gestalten, dass diese Versorgungsziele erreicht werden. Damit Geld der Leistung folgen kann, müssen sektorale Budgets überwunden werden.</p>	<p>Während im 1. Absatz auf dieser Seite noch die Rede davon ist, dass sich die ärztliche Versorgung (nur) "in <b>besonderen</b> Fällen auf die Behandlung im Krankenhaus stützt", ist hier von "<b>neuen</b> Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus" die Rede. Die Diskussion um die doppelte Fachärztkultur in Deutschland geht also weiter.</p>



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>Bestehende und neue Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (z. B. hochspezialisierte Leistungen, ambulantes Operieren) müssen konsequenter umgesetzt werden. Dazu bedarf es eindeutiger Regelungen zur Zulassung und Vergütung. Eine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Tätigkeit ist nicht vorgesehen.</p>	<p>Das Erweiterte Bundesschiedsamt hat dieses Thema am 17.08.2006 auf seiner Agenda. Kaum vorstellbar, dass der Gesetzgeber zum 01.01.2007 darin eingreifen will.</p>
<p>Auch die Qualität der Versorgung muss kontinuierlich verbessert werden. 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 Instrumente zur Qualitätssicherung (z. B. Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement, Beachtung von Qualitätsstandards, Einholung von qualifizierten Zweitmeinungen) müssen effektiv genutzt und vergütet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hier eine bedeutende Rolle einnehmen.</p>	<p>Das könnte für einige Organisationen, die sich auf diesem Gebiet tummeln, das Aus bedeuten.</p>
<p><b>b) Leistungsgerechte Honorierung</b></p>	<p>Liest man sich diesen Abschnitt genau durch – zusammen mit der Anlage 1 zum Eckpunktepapier (u. ab S. 25), dann kommt man schon von der Wortwahl ins Grübeln. Wie kommt man mit einem System von im Wesentlichen Pauschalvergütungen zu einer leistungsgerechten Honorierung?</p>
<p>Das ärztliche Vergütungssystem wird vereinfacht und entbürokratisiert. 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 Pauschalvergütungen, die in überschaubarer Zahl mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen kombiniert werden, sowie Abstufungsregelungen vorsieht. Dadurch gewinnt das Vergütungssystem erheblich an Transparenz, und die Ärzte erhalten weitgehende Kalkulationssicherheit. Durch die Pauschalisierung wird zudem dem heute systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen [Seite 5] entgegengewirkt; die Leistungssteuerung wird dadurch verbessert. Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems sind:</p>	<p>Der systemimmanente Anreiz wird dadurch nicht minimiert, ganz im Gegenteil wird nun das Sammeln von Pauschalen zum Ziel gemacht. Der systemimmanente Anreiz zu solchem Allokationsfehlverhalten liegt im Sachleistungsprinzip begründet. Warum soll der Arzt dem Patienten einen Wunsch verweigern, wenn das Wünschen den Patienten nichts kostet?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung</li> <li>o Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung</li> </ul>	<p>Die Aufgabe der Gebührenordnung ist die leistungsgerechte Honorierung, nicht die Mengensteuerung. Praxen gehen meist aus 2 Gründen in die Menge:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sie sind besonders gut und generieren deshalb die entsprechende Nachfrage.</li> <li>2. Sie sind besonders permissiv, z.B. bei der AU-Schreibung oder der Arzneimittelverordnung.</li> </ol> <p>Durch eine Mengensteuerung trifft man beide Arten von Praxen unterschiedslos. Mit den unter 1. fallenden Praxen trifft man aber zugleich und unmittelbar deren Patienten. Die in der Anlage 1 zum Eckpunktepapier vorgesehene Abstufungs-</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	regelung (s. S. 26 und die dortige Kommentierung) soll dazu führen, dass die Standardpraxis nur noch ihre Grenzkosten ersetzt erlangt, an Mehrpatientenbetreuung also nichts verdient. Das treibt die guten Ärzte zur Verweigerung oder zur Privatbehandlung – die Leidtragenden sind in jedem Fall die Kassenpatienten.
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung</li> <li>o Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung</li> <li>o Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen</li> <li>o Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten</li> <li>o Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Honorarzuschläge für besondere Qualität</b></li> </ul>	Das ist eine Idee, die seit längerem Prof. Dr. Karl Lauterbach propagiert, der also nach wie vor Einfluss im Ministerium hat. Man darf gespannt sein, wie sich das Ministerium die Umsetzung vorstellt und welche Auswirkungen das auf die Neugestaltung der privaten Gebührenordnungen haben wird.
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize</li> <li>o Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform.</li> </ul> <p>Die genauen Vorgaben für die Vergütungsreform sind als Anlage 1 beigefügt.</p>	
<p><b>c) Abbau von Über- und Unterversorgung</b></p>	
<p>Mit dem <b>Vertragsrechtsänderungsgesetz</b> soll eine Fülle von Maßnahmen ermöglicht werden, die einen Abbau von Über- und Unterversorgung sowie eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit bewirken. Das neue Vergütungssystem wird diese Entwicklung nachhaltig unterstützen. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bleibt zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unternimmt eine Kassenärztliche Vereinigung innerhalb einer bestimmten Frist nichts gegen eine existierende oder drohende Unterversorgung, ordnet der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen entsprechende Maßnahmen an.</p>	Gemeint ist zweifellos das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), welcher derzeit in der Fassung des Entwurfs vom 24.05.2006 vorliegt.
<p>Das Zusammenwirken dieser Maßnahmen bietet die Perspektive, die <b>Bedarfszulassung</b></p>	Die Verwendung dieses Begriffs in diesem Zusammenhang überrascht, sieht doch das VÄndG die ersatzlose Streichung des § 102 SGB V (Bedarfszulassung) vor.
<p>im Sinne von Zulassungssperren <b>abzulösen</b> und die <b>Bedarfsplanung</b> auf eine <b>Versorgungsplanung</b>, die auch sektorenübergreifend sein sollte, zu konzentrieren.</p>	Im Bereich der Zahnärzte ist vorgesehen, die Bedarfszulassung (gemeint ist vermutlich die Bedarfsplanung) zum 01.01.2007 abzuschaffen (s. S. 7). Im Bereich der Ärzte ist der Übergang auf eine Versorgungsplanung angesichts teilweise dramatischer Situationen in manchen Gebieten der neuen Bundesländer nachvollziehbar. Vorbilder gibt es bereits im Bereich der Dialyseversorgung.



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>Seite 6</b>	
<b>d) Besondere Versorgungsformen</b>	
<p>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 Vertragspartner sein. Alle Vertragsärzte bleiben auch bei abweichenden Vereinbarungen Mitglieder der KV. Der Sicherstellungsauftrag der KVen einschließlich des Notdienstes wird der Versorgungsplanung entsprechend angepasst</p>	<p>Der Gesetzgeber will den Krankenkassen, ohne sie insoweit dem uneingeschränkten Anwendungsbereich des Kartellrechts zu unterwerfen, über den Bereich der integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) hinaus den Abschluss von Einzelverträgen zulassen. Im Klartext wird das bedeuten, dass kleine Arzt-/Zahnarztkollektive Leistungen, die sie bisher privat(zahn)ärztlich abgerechnet haben, für einen kleinen Aufschlag auf EBM bzw. BEMA im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung anbieten. Ran an die Fleischtöpfe der GKV. Ob wohl der Umstand, dass in diesem Absatz sowohl der (allgemeine) Begriff der Ärzte als auch der (spezielle) Begriff der Vertragsärzte verwendet wird, bedeutet, dass die Abschlussbefugnis auch sog. Privat(zahn)ärzte umfassen soll?</p>
<p>Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig. Ein verpflichtendes Primärarztmodell ist damit nicht verbunden.</p>	<p>Es gibt im Eckpunktepapier eine Reihe von Gesichtspunkten, die vor dem Hintergrund der Einführung eines Gesundheitsfonds nicht einleuchten wollen. Dazu gehört die Verpflichtung, Hausarzttarife anzubieten. Wenn die Krankenkassen aus einem zentralen Fonds Geld zugeteilt erhalten, wozu soll ein Hausarzttarif dann gut sein?</p>
<p>Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt. Die gesetzlichen Vorgaben werden mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versichertengruppen weiterentwickelt. Die Anschubfinanzierung wird bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems verlängert. Auch nichtärztliche Heilberufe können in die zugrunde liegenden Versorgungskonzepte einbezogen werden. Ebenso wird künftig die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung eingebunden.</p>	<p>Die integrierte Versorgung hält bisher kaum, was sie verspricht. Was hier alles schon an Konzepten und Verträgen anerkannt wurde, spottet teilweise jeder Beschreibung und hat sogar schon Gerichte auf den Plan gerufen. In der Anlage 2 findet sich dazu berechnete Kritik, die aber zu keinerlei vernünftigen und eigentlich ja nahe liegenden Konsequenzen führen soll. Offenbar berauscht man sich am Begriff der Integration.</p>
<p>Die näheren Einzelheiten werden in der Anlage 2 ausgeführt.</p>	
<p>Zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird eine eigene Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen bereitgestellt, die sich zur Hälfte aus 0,5 v.H. der Krankenhausbudgets und zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen in gleicher Höhe finanziert.</p>	
<b>Seite 7</b>	
<b>e) Vergütung bei gleichen Leistungen im ambulanten und stationären Sektor</b>	
<p>Ambulante Leistungen, die sowohl im Krankenhaus, aber auch in der niedergelassenen Praxis erbracht werden können, sollen mit vergleichbaren Honoraren</p>	<p>Darauf warten wir schon seit Jahren. Was sind wohl vergleichbare Honorare? Sind das gleiche = identische Honorare?</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
vergütet werden.	
<b>f) Vergütung bei vergleichbaren Leistungen in GKV und PKV</b>	
Die privatärztliche Gebührenordnung ist veraltet. Sie bedarf dringend der Novel- lierung. Ziel muss es aber schon jetzt sein, für vergleichbare Leistungen in GKV und PKV ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist. Abweichungen vom Umfang dieses Leistungsverzeichnisses und Abweichun- gen innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) blei- ben weiterhin möglich.	Der Weg über Steigerungssätze war in der Vergangenheit nicht sonderlich effek- tiv. Sinnvoller wäre, das Recht einzuräumen, von der Systematik der Gebühren- ordnungen vollständig abzuweichen und z.B. Zeithonorar zu vereinbaren.
Die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) werden präzisiert.	Es ist wohl nicht falsch, unter "präzisiert" <u>erschwert</u> zu verstehen.
Bei besonderer Qualität können auch innerhalb der GKV Zuschläge vereinbart werden.	
<b>4. Ambulante zahnärztliche Versorgung</b>	
Mit dem GMG wurde die Versorgung mit Zahnersatz auf ein völlig neues Sys- tem (befundorientierte Zuschüsse) umgestellt. Berichte über Erfahrungen in der Praxis zeigen keinen akuten gesetzgeberischen Handlungsbedarf, wohl aber einen Bedarf nach Klarstellungen für die intendierte Anwendung des Gesetzes. Dies gilt z. B. für die Korridorlösung zur Vergütung zahntechnischer Leistungen oder für die Regelungen zur Reparatur von Zahnersatz.	
Auf die Bedarfszulassung soll in der zahnärztlichen Versorgung verzichtet wer- den.	Dieser dürre Satz wird eine Reihe von Auswirkungen haben, wobei gegenläufige Trends dabei eine Rolle spielen. Um sich als Zahnarzt niederzulassen, bedarf es ab 01.01.2007 nach dem Willen des Eckpunktepapiers keiner Sitzübernahme und damit auch keiner Übernahme einer Praxis mehr. Andererseits ist die Neugrün- dung einer Praxis ohne Patientenstamm mit sehr großen Risiken verbunden. Vor- teile werden in dieser Situation künftig alle Praxen und deren Gesellschaf- ter(zahn)ärzte haben, die schon mindestens Gemeinschaftspraxis (künftig: Be- rufsausübungsgemeinschaft) sind. Für die anwaltliche Beratung, aber auch für die Beratung durch die Banken, erge- ben sich daraus neue Aufgaben, auf die wir erstmals im Jahre 2003 hingewiesen haben. Es läuft derzeit eine in mehrfacher Hinsicht kritische Entwicklung zusam- men:  1. Veränderungen in der <b>Demographie der Bevölkerung</b> mit Geburtenmangel und den damit verbundenen Folgen für das Gemeinwesen. 2. Veränderung der <b>Demographie der (Zahn)Arztpraxen</b> mit der Überalterung, die auch in diesen Berufen (parallel zu der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung)

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>zu bemerken ist.</p> <p>3. Zunehmender <b>Mangel an niederlassungswilligem Nachwuchs</b>. Ab 2007 wird sich auch statistisch die jetzt schon in vielen Bereichen zu beobachtende Situation ergeben, dass die Nachfrage nach Praxen das Angebot an Niederlassungswilligen übersteigen wird – mit zunehmender Tendenz und ohne Aussicht auf Besserung über einen langen Zeitraum.</p> <p>4. <b>Feminisierung der Heilberufe</b> – überwiegend Frauen studieren mittlerweile Medizin und Zahnmedizin. Beide Berufssparten sind im ambulanten Bereich auf die Lebenshistorien von Frauen, die Beruf, Familie und Haushalt miteinander zu vereinbaren haben und häufig wohl eher wenig risikobereit sind, nicht vorbereitet.</p> <p>Der sich in vielen Bereichen abzeichnende Mangel an qualifizierten Fachärzten und Zahnärzten führt mit der Beendigung der Bedarfsplanung bei den Zahnärzten vermutlich in den nächsten Jahren zu ebenso <b>irrationalen Marktreaktionen</b>, wie diese nach der Einführung der Bedarfsplanung zum 01.01.1993 zu beobachten gewesen waren. Ging seit 01.01.1993 die Niederlassung in den interessanten Bereichen nur über den Kauf einer Praxis, zeichnet sich bereits jetzt – wenige Tage nach Veröffentlichung des Eckpunktepapiers – ab, dass die eigentlich interessante betriebswirtschaftliche Komponente des Kaufs einer Praxis, nämlich die Übernahme des Patientenstamms, in Vergessenheit zu geraten droht und man nur die erleichterte Möglichkeit zur Erweiterung der eigenen Praxis sieht. Aufgabe der Berater wird es sein, auf die Kurzsichtigkeit dieser Betrachtungsweise hinzuweisen.</p> <p>1 + 1 = 2 gilt bei der Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft durch Aufnahme eines <u>neuen</u> Partners ohne eigenen Patientenstamm nur für die Zahl der Behandler, nicht für die Umsatz- und Gewinnerwartungen.</p> <p>1 + 1 &gt; 2 gilt aber grundsätzlich, wenn die Berufsausübungsgemeinschaft durch <b>Fusion bestehender Praxen</b> entsteht. Je größer die Einheiten sind, die fusionieren, umso besser wird das Ergebnis.</p> <p>Besonders einfach lassen sich die zugrunde liegenden Überlegungen an Zahnarztpraxen demonstrieren.</p> <p>Für die Neueinrichtung einer Einzelpraxis plant man idR 3 Behandlungseinheiten. Eine 2er Praxis rechnet meist mit 4 – 5, wenn sie gut organisiert ist, reichen aber ebenfalls 3.</p> <p>10 Einzelpraxen erfordern also den Erwerb und damit den entsprechenden Investitionsaufwand von 30 Behandlungseinheiten.</p> <p>Eine Praxis mit 10 Behandlern kommt dagegen mit ca. 12 Behandlungseinheiten</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>aus, so viel, wie für die Gründung von 4 Einzelpraxen erforderlich ist. Die betriebswirtschaftlichen Unterschiede bedürfen keiner weiteren Darlegung. Wer es schafft, seine Praxis in eine größere Einrichtung einzubringen, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass er auch künftig den bisher als Bestandteil der Altersversorgung kalkulierten Verkaufserlös wird erzielen können. Für die Inhaber von Einzelpraxen wird dies dagegen von Jahr zu Jahr schwieriger werden.</p>
<p><b>5. Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation</b></p>	
<p>Die Finanzierung stationärer Leistungen wird seit 2003 weitgehend auf Fallpauschalen (DRGs) umgestellt. Dieser Prozess wird erst Ende 2008 abgeschlossen sein und führt zu erheblichen Veränderungen der Krankenhausversorgung. So bewirken verkürzte Liegezeiten der Patienten eine zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich. Auch Zahl und Struktur der Krankenhäuser verändern sich.</p>	
<p><b>Seite 8</b></p>	
<p>Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Im Jahr 2007 werden dazu im Rahmen einer Sonder-GMK Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Anschluss an die im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase erarbeitet. Dabei sind Grundfragen, wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der <b>Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung</b> durchgeführt werden kann, zu klären. Dieser Umstieg <b>hätte</b> eine Übernahme der Investitionskosten durch die GKV zur Folge. Daraus resultierende Kostenbelastungen der Krankenkassen <b>müssten kompensiert werden</b>. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht bei diesen Fragen kein Handlungsbedarf.</p>	<p>Darauf darf man gespannt sein. Liest man die nächsten Sätze mit "hätte" und "müssten kompensiert werden", dann weiß man, dass die Verfasser auf diesen überfälligen Umstieg wenig Hoffnung setzen. Derzeit besteht wegen der dualen Finanzierung eine massive <b>Wettbewerbsverzerrung</b> im Bereich der ambulanten Operationen, der Polikliniken und in der Konkurrenz der öffentlich geförderten zu den nicht geförderten Krankenhäusern, also insbesondere den echten Privatkliniken.</p>
<p>Soweit Krankenhäuser durch bestehendes Recht für die ambulante Versorgung geöffnet sind, wird die Anwendung dieser Möglichkeiten erleichtert (siehe 3.a.)</p>	
<p>Um die <b>Krankenhäuser</b> als größter Ausgabenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie <b>pauschal</b> zu einem <b>Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 % der Budgets (Landesbasisfallwerte)</b> herangezogen.</p>	<p>Das wird die heute schon gut geführten Krankenhäuser wieder einmal <b>bestrafen</b> und diejenigen Verwaltungsdirektoren bestätigen, die darauf setzen, dass nachhaltige Verzögerung von Strukturänderungen sich angesichts der Tendenz des deutschen Gesetzgebers zu Gießkannenlösungen und deren Pendant, den Rasenmäherlösungen, meist auszahlt.</p>
<p>Die Qualität der stationären Rehabilitation soll für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden. Dazu sind <b>Rehabilitationseinrichtungen</b> regelmäßig unabhängig zu zertifizieren. Für die Zertifizierung sind gemeinsame Qualitätsstandards der GKV und der GRV zu Grunde zu legen. Beim Vertragsabschluss ist auf Träger-</p>	<p>An dieser Stelle kann man ein spezifisches Gedankengut erkennen. Die kleineren Reha-Einrichtungen sollen auf diese Weise vom Markt gedrängt oder zu Fusionen gezwungen werden.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
vielfalt zu achten	
<p><b>Versicherte</b> erhalten zukünftig das Recht, auch eine andere zertifizierte als die von seiner Kasse unter Vertrag stehende Reha-Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Fallen dabei Kosten an, die über die der Vertragseinrichtungen hinausgehen, sind diese Mehrkosten von den Versicherten zu tragen</p>	<p><b>Überfälliger Schritt.</b> Es ist aber kaum zu erwarten, dass die seit Jahren zu beobachtenden Austrocknungsversuche der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen zugunsten ihrer Eigeneinrichtungen dadurch gestoppt werden.</p>
<p><b>6. Arzneimittelversorgung</b></p>	<p>Es ist schon erstaunlich, mit wie viel Akribie Regelungen zur künftigen <b>Arzneimittelversorgung</b> und zum <b>Apothekenrecht</b> in das Eckpunktepapier aufgenommen worden sind, bis hin zur Anlage 10, die ja schon ihren Widerhall im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 gefunden hatte (dort nachzulesen auf S. 90, Rz. 4449 f.). Das ist eine in jeder Hinsicht inadäquat intensive Befassung mit einem Spezialbereich, auf dem die Politik bisher mit ihren Regelungen immer gescheitert ist, und zeugt deshalb wohl vor allem dafür, dass an dem Eckpunktepapier Personen mitgeschrieben haben, die in den Bereichen Arzneimittelversorgung und Apothekenwesen persönliche Interessen verfolgen.</p>
<p>Die Kosten für die Arzneimittelversorgung haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten dynamischer als die Einnahmen der GKV und die Kosten anderer Leistungsbereiche entwickelt. Trotz vielfältiger Steuerungsversuche, Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen konnte diese Dynamik nicht gebremst werden. Maßgeblich dafür ist unter anderem die zunehmende Zahl von Verordnungen teurer Arzneimittel, deren therapeutischer Zusatznutzen nicht für alle Patienten erwiesen ist. Reformen, die einen wirkungsvollen Mitteleinsatz sicherstellen, sollten verstärkt wettbewerbliche und verhaltenssteuernde Elemente beinhalten:</p>	
<p><b>Seite 9</b></p>	
<p><b>a) Flexible Preisvereinbarungen</b></p>	
<p>Das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz hat bereits abweichende Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern eröffnet. Nun wird die Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise umgestellt. Damit wird es möglich, dass auch die <b>Apotheker niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind in angemessener Höhe an die Versicherten bzw. Krankenkassen weiterzugeben</b></p>	<p>Das ist ein sehr interessanter Gesichtspunkt, der auch für Medizinprodukte (z.B. Implantate, Augenlinsen) nutzbar gemacht werden sollte. Wenn die Apotheker <b>Rabatte</b> "nur" in angemessener Höhe an die Patienten bzw. die Krankenkassen weitergeben müssen, warum sollen dann Augenärzte nicht doch an den Linsenimplantaten oder Zahnärzte an den Zahnimplantaten verdienen dürfen?</p>
<p>Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken im Jahr 2007 nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Mio. € erreicht, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt werden.</p>	
<p>Einzelheiten siehe Anlage 3.</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>b) Ausezelung</b>	
Die <b>Abgabe von einzelnen Tabletten</b> durch Apotheken wird erleichtert. Einzelheiten siehe Anlage 4.	Warum muss das in einem Eckpunktepapier stehen?
<b>c) Kosten-Nutzen-Bewertung</b>	
Um eine angemessene Grundlage für Preisverhandlungen und Erstattungshöhen zu erhalten, wird die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel zu einer <b>Kosten-Nutzen-Bewertung</b> erweitert. Dabei sind auch andere Behandlungsformen zu berücksichtigen. Diese Bewertung ist keine zusätzliche Zulassungsvoraussetzung. Einzelheiten siehe Anlage 5.	Das wird sicher eine hochinteressante Sache. Um Kosten-Nutzen abzuwägen, muss der Nutzen für das Projekt Gesundheit definiert werden können. Dazu wird man <b>Gesundheit in monetären Dimensionen</b> erfassen müssen. Davor hat sich die Politik bisher immer gedrückt.
<b>d) Verordnung mit Zweitmeinung</b>	
Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit <b>fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten</b> erfolgen. Die näheren Bestimmungen zu den <b>[Seite 10]</b> Verfahren und die Auswahl der zu konsultierenden Ärzte erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten. Einzelheiten siehe Anlage 6.	Das wird vor allem für die Patienten unangenehme Probleme mit sich bringen, namentlich Wartezeiten und doppelte Arztbesuche – und für die Ärzte neue Abhängigkeiten in <b>Seilschaften</b> mit den " <i>fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten</i> ".
<b>e) Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit</b>	
Zur Sicherung einer von ökonomischen Interessen der Hersteller freien Arzneimittelauswahl wird den Herstellern die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen <b>Arzneiverordnungsdaten</b> weitgehend untersagt.	Im Klartext bedeutet dies, dass Pharmaberater (ca. 15.000 Personen in Deutschland) künftig weitgehend überflüssig werden (s. dazu u. S. 43).
Außerdem werden besondere Anforderungen an durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen gestellt. Einzelheiten siehe Anlagen 7 und 8.	
<b>f) Wirtschaftlichkeitsprüfungen</b>	
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung</b> begrenzt. Die Ärzte werden von bürokratischen Auflagen entlastet.	Damit tritt meine schon vor einigen Jahren geäußerte Erwartung ein, dass die Bedeutung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zurückgehen wird. Allerdings kann man nach der Lektüre des Eckpunktepapiers auch den Eindruck gewinnen, dass die bisherigen Massenprüfungen durch Intensivprüfungen neuer Art abgelöst werden sollen. Die Mitarbeiter der Prüfeinrichtungen brauchen um ihre Stellen nicht zu fürchten.
Das Prüfungsverfahren wird gestrafft und auf <b>höchstens 2 Jahre</b> nach dem Ver-	Das ist eine Korrektur der Rechtsprechung des BSG, welches 16 Quartale prüfen



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
ordnungsquartal begrenzt.	lässt und darüber nachdenkt, ob nicht in Fällen mit Verdacht auf Abrechnungsmanipulation ein Zeitraum analog der Verjährung zur Steuerhinterziehung (10 Jahre = 40 Quartale) in die Prüfung einbezogen werden dürfte.
Zum Schutz der Solidargemeinschaft werden Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen verpflichtet, mittels geeigneter Maßnahmen (z. B. spezieller Software-Programme) einer missbräuchlichen Inanspruchnahme und Verordnung von Leistungen – insbesondere durch die Verwendung der Versichertenkarte – wirksam entgegen zu wirken. Einzelheiten siehe Anlage 9.	
<b>g) Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel</b>	Diese für das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland ganz offensichtlich hochbedeutende Regelung findet sich schon im Koalitionsvertrag und nun auch im Eckpunktepapier.
Gemeinschaftseinrichtungen, wie z. B. Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel zentral bevorraten können, dürfen nicht genutzte Produkte an andere Patienten abgeben. Einzelheiten siehe Anlage 10.	
<b>Seite 11</b>	
<b>7. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln</b>	
Die Wettbewerbs- und Regulierungsmechanismen im Heil- und Hilfsmittelbereich erzielen hinsichtlich der Preisgestaltungen nicht immer die gesetzlich intendierten Wirkungen. Daher müssen insbesondere das Festbetragskonzept für Hilfsmittel und die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel so umgestaltet werden, dass sie echten Preiswettbewerb ermöglichen. Dabei soll für Hilfsmittel der Preiswettbewerb über Ausschreibungen erfolgen.	
<b>8. Fahrtkosten</b>	
Um den überproportionalen Ausgabenanstieg bei Fahrtkosten zu kompensieren, werden <b>Ausgabenabschläge</b> in Höhe von <b>3 %</b> vorgenommen. In diese Abschläge sind <b>auch Rettungsfahrten</b> einzubeziehen.	Dieser pauschale Abschlag bei Rettungsfahrten wird das parlamentarische Verfahren wohl nicht überstehen.
<b>9. Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege</b>	
Die Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungsbereichen führen häufig dazu, dass Patienten keine optimale Versorgung erhalten, Behandlungsverläufe unterbrochen und Finanzmittel verschwendet werden. In folgenden Punkten besteht daher Handlungsbedarf:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei <b>Entlassung aus Krankenhäusern</b> ist eine <b>sachgerechte Anschlussversorgung</b> sicherzustellen. Dazu bedarf es einer besseren Vernetzung der Leistungsangebote und eines verbesserten Entlassungsmanagements</li> </ul>	Das ist vom Ansatz her richtig gedacht, kostet aber viel Geld, weil personalintensiv. Dazu schweigt das Eckpunktepapier.

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen</li> <li>o (z. B. Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.</li> <li>o Es muss sichergestellt werden, dass Patienten notwendige Präventions- und Rehaleistungen zur Vermeidung oder Verhinderung einer Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten. Der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation wird für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in [Seite 12] eine Pflichtleistung umgewandelt. Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.</li> <li>o Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei der Hilfsmittelversorgung werden gelöst.</li> </ul> <p>Einzelheiten siehe Anlage 11</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Der Leistungsanspruch auf und die Vergütung von Palliativversorgung müssen definiert und verbessert werden. Insbesondere müssen konkrete und unbürokratische Abrechnungsmodalitäten geschaffen werden, die auch die Schnittstellen zum stationären und ambulanten Bereich sowie anderen Kostenträgern berücksichtigen.</li> </ul>	<p>Gute Palliativversorgung ist nicht billig zu haben. Kommt dafür mehr Geld ins System?</p>
<p><b>10. Transparenz und Bürokratieabbau</b></p>	
<p>Die Beteiligten im Gesundheitswesen beklagen übereinstimmend mangelnde Transparenz und zunehmenden bürokratischen Aufwand. Bei allen gesetzlichen und administrativen Vorgaben und bei vertraglichen Vereinbarungen ist der berechtigten Kritik Rechnung zu tragen. Im Rahmen dieser Gesundheitsreform wird das u. a. an folgenden Stellen geschehen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung</li> <li>o vergleichbare Vergütung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen</li> </ul>	<p>Vergleichbar heißt nicht gleich. Die Frage nach den Investitionskostenanteilen und dgl. wird sich also weiterhin stellen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer</li> <li>o verbesserte Transparenz der Entscheidungen in Selbstverwaltungsgremien</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser</li> </ul>	<p>Man hört es gerne, allein es fehlt der Glaube; denn die Ausführungen dazu sind im Eckpunktepapier bestenfalls wolkig.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen</li> </ul>	<p>Das wäre eine sinnvolle Zielrichtung. Sinn ist aber primär, Verwaltungskosten einzusparen (s. u. S. 46). Vielleicht, aber nur ganz vielleicht, steckt dahinter die</p>



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	Erkenntnis, dass diese Prüfungen in der Ausprägung, wie das BSG sie ihnen mit der statistischen Regelprüfung gegeben hat, keinerlei Sinn mehr ergeben
o Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen	
<b>Seite 13</b>	
o einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs)	
o vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs	Solche Ankündigungen lesen wir schon seit Jahren. Der RSA ist das Problem. Mit einem verfeinerten RSA und dem Gesundheitsfonds trennt Deutschland von der Einheitskasse nur noch die mangelnde Fusionsbereitschaft der Krankenkassen. Würden sie alle fusionieren, könnte sie sich den bürokratischen Aufwand sparen. Vielfalt in der Krankenkassenlandschaft ist nach dem Eckpunktepapier politisch nicht mehr erwünscht.
<b>11. Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten</b>	
Die Verbesserung von Transparenz, der Ausbau wettbewerblicher Strukturen und der Abbau bürokratischer Hemmnisse sind Voraussetzungen für die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten. Dies gilt u. a. für die Wahl	
o des Arztes und der stationären Einrichtung	
o zwischen den Versicherungssystemen PKV und GKV (vgl. Punkt 16)	Diese vage Ankündigung wird auch aus den späteren Erläuterungen nicht viel besser (s. dazu u. S. 23 f.).
o der Krankenkasse bzw. der Krankenversicherung. Dabei ist in der PKV sicherzustellen, dass ein Wechsel zwischen Versicherungsunternehmen in einem vergleichbaren Tarif auch aus Bestandstarifen durch Kontrahierungszwang und Portabilität der Altersrückstellung erleichtert wird	
o der Kostenerstattung. Die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung muss entbürokratisiert und flexibler gestaltet werden. Krankenkassen können die Kostenerstattung auch als Wahltarif anbieten	Nein, die Kostenerstattung muss zum Grundprinzip der GKV erhoben werden. Alles andere perpetuiert die spezifischen Probleme.
Kostenerstattung darf im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der GKV führen. 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	Es stellt sich sehr die Frage, was damit wohl wirklich gemeint ist. Wenn die Krankenkassen sich an Recht und Gesetz halten, führt Kostenerstattung <u>nie</u> "zu einem Mittelabfluss aus der GKV"!
o von fakultativen Selbstbehalten in begrenzter Höhe. Selbstbehalte dürfen	Das sind Steuerungselemente aus der PKV, die hier in die GKV aufgenommen

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der GKV führen, sondern sich selbst tragend finanzieren. Die Mindestbindungsfrist beträgt drei Jahre. Bei besonderen Härten gilt ein Sonderkündigungsrecht.</p>	<p>werden sollen. Immerhin. Genaueres dazu erfährt man aber nicht.</p>
<p><b>Seite 14</b></p>	
<p>o der besonderen Versorgungsformen (z. B. hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Chronikerprogramme, Modellvorhaben)</p>	
<p>o <b>neuer Versorgungsformen</b> (z. B. <b>Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer einschließlich der veranlassten Leistungen</b>)</p>	<p>Das Eckpunktepapier lässt sich dazu überhaupt nicht näher aus. Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer bedeuten den Verzicht auf das Recht auf freie Arztwahl. Dieses Recht wird im Eckpunktepapier andererseits betont (s. S. 10).</p>
<p><b>12. Prävention</b></p>	
<p>Die Prävention wird zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut. Mit einem Präventionsgesetz soll die Kooperation und Koordination bei Maßnahmen der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und –zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Hierzu sind Aktionen an Präventionszielen auszurichten. Bereits vorab können die Krankenkassen unter dieser Maßgabe Boni an ihre Versicherten gewähren.</p>	
<p>Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen sollte 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, sollte in den Genuss der Überforderungsklausel mit der Begrenzung der Zuzahlungen auf 1 % des Einkommens kommen, es sei denn, sie beteiligen sich hinreichend an einer adäquaten Therapie.</p>	
<p>Darüber hinaus soll die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt, die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Selbsthilfeförderung verbessert werden.</p>	
<p><b>13. Leistungskatalog und Zuzahlungen</b></p>	
<p>Der Umfang des Leistungskataloges und die Zuzahlungen einschließlich der Überforderungsregelungen bleiben <b>im Wesentlichen unverändert</b>.</p>	<p>Nach der Lektüre des Eckpunktepapiers kann davon keine Rede sein.</p>
<p>In den Leistungskatalog werden <b>zusätzliche Leistungen</b> (z. B. geriatrische Reha und Palliativversorgung) aufgenommen.</p>	<p>Wer finanziert diese?</p>
<p>Impfungen, sofern von der STIKO empfohlen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt.</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>Seite 15</b>	
<p>Bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten – zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen – müssen in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.</p>	<p>Dass dieser Gesichtspunkt hier auftaucht, ist vielleicht wirklich weiterführend. Das Eckpunktepapier spricht von selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten im Unterschied zu selbstverschuldeten Krankheiten und erfasst damit einen potentiell großen Kreis. Es gibt zahlreiche selbstverschuldete Behandlungsbedürftigkeiten, sei es der Beinbruch beim Skifahren ohne Fremdeinwirkung, der Reitunfall, der Unfall mit dem Motorrad auf der Nordschleife des Nürburgrings. Schönheitsoperationen können bekanntlich zu entsetzlich entstellenden Narbenkonstellationen führen. Im Prinzip müsste die Forderung der Bundesregierung lauten, dass eine einmal durchgeführte Privatbehandlung Folgebehandlungen automatisch zu Privatbehandlungen macht. So weit scheint die Bundesregierung aber nicht gehen zu wollen.</p>
<p>Finanzwirksame Leistungen, die durch Entscheidungen oder Maßnahmen Dritter zu Lasten der GKV beschlossen werden, müssen künftig besonders ausgewiesen werden (z. B. in Gesetzentwürfen).</p>	<p>Richtige Vorgabe. Allerdings sollte man diese Vorgabe auch im Eckpunktepapier beherzigen.</p>
<p>Die Ausnahmeregelungen bei Zuzahlungen, insbesondere bei der Praxisgebühr werden hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung im Jahre 2006 evaluiert und inhaltlich überprüft. Die Überforderungsregelung von 1 % gilt nicht für solche chronisch Kranken, die bei einer adäquaten Therapie nicht hinreichend mitwirken. Die Definition für den Begriff "chronisch Kranke" wird enger und zielgenauer definiert.</p>	<p>Interessanter Ansatz, der auch zum Einstieg in den Ausschluss selbstverschuldeter Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV passt (s. S. 15 oben). Der Ansatz über die Compliance macht aber nur dann Sinn, wenn die Aufgabe der Selektion nicht dem behandelnden Arzt übertragen wird, sondern Chroniker regelmäßig von ihren Kassen evaluiert werden müssen.</p>
<p><b>14. Reform der Institutionen</b></p>	
<p>Die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens müssen so reformiert werden, dass sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen erfüllen können.</p>	
<p><b>a) Öffnung und Gründung von Krankenkassen</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Grundsätzlich sollten zu einem bestimmten Stichtag alle Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet werden. Für heute geschlossene BKKen sollte eine Ausnahmeregelung geschaffen werden.</li> </ul>	<p>Der Stichtag hängt mit der Einführung des Gesundheitsfonds zusammen (s. S. 18).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Bis zum Inkrafttreten eines weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs wird das bestehende Öffnungsmoratorium für heute geschlossene BKKen verlängert.</li> <li>o Es bleibt bei der Möglichkeit, unter den geltenden Bedingungen neue BKKen und IKKen zu gründen.</li> </ul>	
<p><b>b) Verbesserte Kooperation der Krankenkassen</b></p>	
<b>Seite 16</b>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Jede Kasse soll auch außerhalb ihres originären Erstreckungsgebietes in geeigneter Form (z. B. durch Kooperationen) sicherstellen, dass auch über die (kollektivvertragliche) Regelversorgung hinausgehende besondere Versorgungsangebote von ihren Versicherten im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden können.</li> </ul>	<p><b>In dieser Passage liegen erhebliche Gefahren.</b> Es gibt zunehmend Angebote auch von Leistungserbringerseite, eigentlich außervertragliche und damit privat(zahn)ärztlich abzurechnende Leistungen über eine Sondervereinbarung mit Krankenkassen von diesen bezahlt zu bekommen. Das ist für die Krankenkassen vor allem in den Bereichen interessant, in denen sie bisher für ihre Versicherten hohe Kostenerstattungsleistungen übernommen haben (Beispiel: Schmerztherapie in manchen Spezialkliniken). Aus der Sicht der Spezialisten kann darin kein Nutzen liegen. Sie erhalten im Ergebnis weniger bei mehr Arbeit. In den Köpfen vieler Ärzte ist aber nicht Raum für die Überlegung, dass sie für die <b>Fleischtöpfe</b> der Krankenkassen sehr lange Löffel brauchen, die sie nicht mehr haben, wenn sie sich vertraglich in dieser Form binden.</p>
<p><b>c) Sondersysteme:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Bundesknappschaft</b> und Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt.</li> </ul>	<p>Richtigerweise würde man beide zwangsweise in anderen Krankenkassen aufgehen lassen. Diese beiden Kassen zu erhalten, ist wahrscheinlich eine Konzession an die Bundesländer NRW und Hamburg.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler), ihren Sonderstatus bis zur Regelung dieser offenen Fragen</li> </ul>	
<p><b>d) Kassenfusionen</b></p>	<p>Man darf sich keinen Illusionen hingeben. Die Politik will die großen Kassen, die Global Player im Gesundheitswesen. Die Ärzteschaft und die Mehrzahl der Krankenhäuser sind noch nicht so aufgestellt, um diesem Kartelldruck standhalten zu können.</p>
<p>Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. Fusionen sollen aber weiterhin in einem geordneten Rahmen erfolgen.</p>	
<p>Das heißt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fusionen bedürfen weiterhin der Zustimmung der vor der Fusion zuständigen Aufsichtsbehörden</li> <li>o Fusionen müssen nach einheitlichen Kriterien beurteilt werden, die insbesondere eine Erfüllung von Haftungsverbindlichkeiten, ein tragfähiges Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur sowie die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch die neue Kasse gewährleisten.</li> <li>o Aus einer Neuordnung der Versorgungsaufsicht ist kein (erweitertes) Eingriffsrecht im Rahmen der Fusionen bisher nicht zuständiger Aufsichtsbehörden abzuleiten.</li> <li>o Ein Staatsvertrag ist nicht erforderlich.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Zur Vermeidung einer <b>Monopolstellung</b> und zur Verhinderung von <b>Miss-</b></li> </ul>	<p>Das Eckpunktepapier verwendet die richtigen Stichworte im falschen Zusammen-</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p><b>brauch</b> einer <b>marktbeherrschenden Stellung</b> bedarf es der [<b>Seite 17</b>] Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen unter Beachtung der spezifischen Anforderungen des Sondersystems GKV. Dazu gehört notwendigerweise eine Regelung für eventuell bestehende Verbindlichkeiten einer fusionierenden Kasse und deren Zuordnung zu einem Haftungsverbund. Damit sollen Kassen sich nicht missbräuchlich durch Fusionen von Schulden und Verbindlichkeiten befreien oder diese in einen anderen Haftungsverbund einbringen</p>	<p>hang. Die großen Krankenkassen haben eine marktbeherrschende Stellung. Sie müssten deshalb generell dem Kartellrecht unterworfen werden, statt sie auszunehmen. Ohne Anwendung des <b>Kartellrechts</b> braucht man über die Abschaffung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gar nicht weiter nachzudenken.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Bei Kassenfusionen sollen Kassen einen Verband wählen können. Der Verband der kleineren Krankenkassen kann die Mitgliedschaft der fusionierten Kasse ablehnen, wenn durch die Verbandszugehörigkeit der neuen Kasse die finanziellen Grundlagen des Verbands gefährdet werden.</li> </ul>	
<p><b>e) Straffung der Entscheidungsstrukturen</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Damit zeitliche und organisatorische Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden, bilden die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen <b>Spitzenverband</b>. Dies kann in Form eines Vereines geschehen. Die Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes für die Krankenkassen bzw. deren Verbände ist zu gewährleisten. Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen:</li> </ul>	<p>Dass der Gesetzgeber derart weit in die Kompetenz der Krankenkassen eingreift ist bemerkenswert. Aus der Sicht der Leistungserbringer wird die Krankenkassenlandschaft damit noch unflexibler. <u>Keine</u> gute Entwicklung!</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung.</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen).</li> </ol>	
<p><b>Seite 18</b></p>	
<p>Um die Entstehung einer kartell- oder monopolähnlichen Struktur zu vermeiden, umfassen die Aufgaben des Spitzenverbandes nicht Bereiche, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen oder deren Verbände bzw. Zusammenschlüsse geregelt werden (z. B. Hausarzttarife, Integrationsverträge, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken). Für diese Bereiche behalten die einzelnen Krankenkassen bzw. ihre Zusammenschlüsse volle Vertragsfreiheit. Auf Landesebene werden die Krankenkassen bei kollektiven Vertragsbeziehungen mit verbindlicher Wirkung für</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>alle Krankenkassen jeweils von einem entsprechenden gemeinsamen Landesverband vertreten.</p>	
<p>o Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden. <b>Kassen können sich Dritter</b> bedienen, um Aufgaben zu erledigen oder <b>wettbewerbsfähige Verhandlungspositionen</b> zu <b>erlangen</b>.</p>	<p>Ob damit wohl auch Anwaltskanzleien gemeint sind?</p>
<p>o Soweit die Krankenkassen bzw. ihre Verbände nicht bis zum 31.12.2007 den Spitzenverband bzw. die jeweiligen Landesverbände errichtet haben, führen die Aufsichtsbehörden die Errichtung durch.</p>	
<p><b>f) Haftungsfragen</b></p>	
<p>o Die Haftungsregelungen werden den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst. o Dabei ist sicherzustellen, dass bis zum Stichtag grundsätzlich alle Kassen schuldenfrei sind. Gegebenenfalls vorhandene Verbindlichkeiten werden innerhalb der heute geltenden Strukturen vertraglich abgesichert.</p>	
<p>o Zur Verbesserung von Transparenz und Effizienz soll die Rechnungslegung nach dem HGB eingeführt werden. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit das <b>Insolvenzrecht</b> in einer wettbewerblich orientierten GKV Anwendung finden sollte.</p>	<p>Das wäre ein Novum, öffentlich-rechtliche Körperschaften insolvent werden zu lassen. Bisher ist das rechtlich ausgeschlossen.</p>
<p><b>Seite 19</b></p>	
<p>o Um zu verhindern, dass Kassen sich mittels Fusionen bestehender Haftungsverpflichtungen entziehen, wird eine zeitlich zu begrenzende nachfolgende Haftung eingeführt.</p>	
<p><b>g) Gemeinsame Selbstverwaltung</b></p>	
<p>o Die <b>Entscheidungsgremien</b> im <b>GemBA</b> werden von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln <b>weisungsunabhängig</b> sind. Deren Amtszeiten sind auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt. An der Patientenbeteiligung wird in der bisherigen Form festgehalten.</p>	<p>Die sog. Professionalisierung der Selbstverwaltung schreitet fort. Wenn die Gremien des GBA – von den Patientenvertretern abgesehen – mit weisungsunabhängigen Hauptamtlichen besetzt werden, dann ist der GBA nur noch auf dem Papier Teil der Selbstverwaltung. Die einzige Sanktionsmöglichkeit ist die Nichtwiederwahl. Da aber die Wiederwahlmöglichkeit auf 2 Amtsperioden begrenzt ist, muss dies einen einmal Gewählten nur in seiner ersten Amtsperiode interessieren. Es wird sich also die gleiche Entwicklung einstellen, die wir schon im Bereich mancher Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen beobachten können.</p>
<p>o Die Gremienarbeit wird gestrafft und transparenter gestaltet. Die Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein. Sektorenübergreifende Entscheidungen auch zur Arzneimittelversorgung sind in einem Gremium zu fällen. Wer-</p>	



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>den Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten diese Methoden als zugelassen. Wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog. Die Möglichkeiten zur Konfliktlösung durch die unparteiischen Mitglieder werden erweitert. Die Möglichkeiten des BMG zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme werden präzisiert.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Um Doppelstrukturen (z. B. in der Qualitätssicherung) zu vermeiden, können Institutionen und Gremien außerhalb des GemBA in dessen Aufgaben- und Arbeitsstruktur integriert werden.</li> </ul>	<p>Im Ergebnis kann sich der GBA zur Superbehörde entwickeln (divide et impera).</p>
<p><b>h) Zusammensetzung der Verwaltungsräte</b></p>	
<p>Bei Fusionen und bei der Schaffung neuer Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in der Selbstverwaltung.</p>	
<p><b>Seite 20</b></p>	
<p><b>i) Zuständigkeiten der Aufsichtsbehörden</b></p>	
<p>An den bestehenden Aufsichtskompetenzen wird grundsätzlich festgehalten. Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung auch in einem durch Einzelverträge stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen erhalten die Länderaufsichtsbehörden die Aufsichtskompetenz über die Versorgungsvertragsgestaltung und damit über die Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich auch bei über die Landesgrenzen hinaus agierenden Kassen.</p>	
<p><b>j) Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen</b></p>	
<p>Die Aufgaben und Funktionen der KVen müssen den Veränderungen des Vergütungssystems, der Bedarfsplanung und der Steuerung veranlasster Leistungen (z.B. Arzneimittel), sowie der neuen Möglichkeiten, abweichende Verträge zu schließen, angepasst werden. Die <b>Hauptaufgaben</b> der KVen werden <b>künftig</b> beim <b>Qualitätsmanagement</b> und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen.</p>	<p>Eigentlich werden die KVen/KZVen ihren bisher wichtigsten Aufgabenbereich (Vereinbarung und Verteilung der Gesamtvergütung) verlieren. Honorarverteilungsverträge werden abgeschafft (s. S. 26). Es ist ab diesem Zeitpunkt nur ein kleiner Schritt bis zur völligen Abschaffung der KVen/KZVen. Diese Doppelstruktur neben den Kammern kennt in der EU nur Deutschland.</p>
<p>Sie werden darüber hinaus vermehrt als <b>Dienstleister</b> für ihre Mitglieder tätig werden können.</p>	<p>Um den KVen/KZVen Aufgabenbereiche zu erhalten, sollte man ihnen nicht gestatten, mit Zwangsbeiträgen privaten Anbieter Konkurrenz machen zu dürfen.</p>
<p><b>k) Medizinischer Dienst:</b></p>	
<p>In einem neuen wettbewerblichen Ordnungssystem müssen Organisation, Aufgaben und Finanzierung des Medizinischen Dienstes den aktuellen Herausforderungen angepasst werden. Insbesondere ist <b>sicherzustellen</b>, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes</p>	<p>Dass der Gesetzgeber erkennt, welchen Schindluder manche Krankenkassen mit dem MDK insbesondere im Krankenhausbereich treiben, überrascht. Positiv zu wertender Ansatz.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>tes respektieren und ihn nicht in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung einsetzen. Es sind auch neue Wege für die Nutzerfinanzierung (Finanzierung nach Inanspruchnahme) und die Wahl verschiedener Medizinischer Dienste und anderer medizinischer Gutachterdienste zu ermöglichen. Einzelheiten in Anlage 12</p>	
<p><b>Seite 21</b></p>	
<p><b>15. Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds</b></p>	
<p><b>a) Fondsmodell generell</b></p>	
<p>Das Modell eines Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. 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 sie für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fonds. Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt. Die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken der Versicherten wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen.</p>	<p>Nein, sondern für eine de facto Einheitskasse. Die Begründung für diese Einschätzung liefert das Eckpunktepapier auf dieser Seite unter b), insbesondere mit der Zielsetzung des Einkommensausgleichs zu 100 %. Als zweiten Effekt gibt es eine neue Art des Länderfinanzausgleichs, nur diesmal zwischen den reichen und den armen Kassen. Das wird den Süden der Republik massiv belasten und entsprechend auf die Arzthonorare drücken.</p>
<p>Jeder Versicherte erhält im letzten Quartal eine Mitteilung (für Kinder erfolgt die Mitteilung an das Kassenmitglied) über den einheitlichen Betrag, den seine Kasse für ihn aus dem Fonds erhält, zusammen mit Mitteilungen über einen eventuellen Zusatzbetrag oder ggf. Tarifangebote.</p>	
<p><b>b) Ausgleich der Einkommensunterschiede und der Risiken</b></p>	
<p>Die Kassen erhalten künftig für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Die Einführung des Fondsmodells erlaubt dadurch einen vereinfachten und zielgenauen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen mit</p>	
<p>o einem Einkommensausgleich zu 100 %,</p>	<p>Mit einem solchen Schritt ist der Weg zur Einheitskasse vorgezeichnet.</p>
<p>o einem zielgenaueren Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht sowie</p>	
<p>o der Abschaffung des Ausgleichs zwischen den Kassen durch Verlagerung in den Fonds. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfänger-Kassen.</p>	<p>Keine Differenzierung, dafür die absolute Nivellierung aller Krankenkassen. Will man das ernsthaft?</p>
<p><b>c) Beiträge</b></p>	
<p><b>Seite 22</b></p>	
<p>Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Bei-</p>	



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>tragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9%. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.</p>	
<p><b>d) Beitragseinzug</b></p>	
<p>Durch Verlagerung von den Einzelkassen auf <b>regional organisierte Einzugsstellen</b> wird der Beitragseinzug für alle Sozialversicherungsbeiträge stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen den Beitrag damit in Zukunft nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen, sondern nur noch an eine Stelle entrichten. Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen.</p>	<p>Das ist zu begrüßen. Bisher haben die Arbeitgeber für diese Aufgaben viel Geld aufwenden müssen. Dazu bedürfte es aber keines Gesundheitsfonds, sondern nur einer entsprechenden Sammelstelle.</p>
<p><b>e) Ergänzende Steuerfinanzierung</b></p>	
<p>Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig <b>stabilere</b>, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. € und im Jahr 2009 von 3 Mrd. € geleistet. Hierfür entstehen keine zusätzlichen Steuerbelastungen. Es wird in diesem Zusammenhang ausgeschlossen, Kürzungen im Leistungskatalog der GKV oder in anderen sozialen Sicherungssystemen vorzunehmen. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Seine Finanzierung ist in der kommenden Legislaturperiode sicherzustellen.</p>	<p>Bereiche, die vom Bundeshaushalt abhängig sind, haben alles, aber keine "stabile" Zukunftsaussicht.</p>
<p><b>Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen.</b> Dafür stehen ihnen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren, zur Verfügung. So können sie ihren Versicherten kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Wahltarife, besondere Versorgungsformen usw.) anbieten.</p>	<p>In der Praxis wird diese Regelung zu massivem Druck auf die Gesamtvertragspartner führen. Die Kassen werden massiven Druck auf die Senkung ihrer Ausgaben ausüben, ehe sie zu den auf S. 23 genannten, im Restminiwettbewerb unter den Kassen aber unpopulären Maßnahmen greifen werden.</p>
<p><b>Seite 23</b></p>	
<p><b>f) Zusatzbeitrag, Zu- und Abschläge</b></p>	
<p>Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Andererseits können Kassen, die Überschüsse erzielen, diese auch an ihre Versicherten ausschütten. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf ein Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden. Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags wird innerhalb dieses Rahmens der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit der Einziehung beauftragen.</p>	<p>Mal sehen, wie es dazu kommt. Der Gesundheitsfonds wird vermutlich dazu führen, dass die bisher reichen Kassen des Südens, allen voran die AOKen Baden-Württemberg und Bayern, zu den "armen" Kassen werden und Kassen aus den neuen Bundesländern in der Lage versetzt werden, Überschüsse zu erzielen und auszuschütten. <u>Kassenfinanzausgleich</u> als neue Variante des <u>Länderfinanzausgleichs</u>.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen. Durch die schrittweise Mitfinanzierung durch Haushaltsmittel (Kinder) werden die Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber stabilisiert. Mit einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess werden unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung zuerst über den vereinbarten, aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln, soweit darüber hinausgehend, <b>von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen.</b></p>	<p>Das System wird also permanent teurer.</p>
<p>Damit erhalten die Versicherten klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkasse. Das <b>Fondsmodell</b> zwingt damit das <b>Management der Kassen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven intensiv zu nutzen</b>, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Dies ist eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten durch erweiterte Wahlmöglichkeiten zugute kommt.</p>	<p>Das wird sich – wie überall – in Personalabbau niederschlagen.</p>
<p><b>16. Verhältnis der PKV zur GKV</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Das plurale System des deutschen Gesundheitswesens soll im Sinne eines fairen Wettbewerbs zwischen den privaten Krankenversicherungen (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen erhalten bleiben. Daher müssen die privaten Krankenversicherungen auch zukünftig als Vollversicherer im Markt bleiben.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Um den <b>Wettbewerb</b> sowohl innerhalb der privaten Krankenversicherung als auch <b>zwischen den Systemen GKV und PKV</b> zu ermöglichen, wird die <b>Portabilität [Seite 24] der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen gesetzlich geregelt.</b></li> </ul>	<p>Es ist schwer, vorherzusagen, was da kommt. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV ist eine berechtigte Forderung. Was aber ist wohl mit <b>"Portabilität der Alterungsrückstellungen beim Wechsel zwischen den Systemen</b> gemeint"? Sollen die Alterungsrückstellungen in den umlagefinanzierten Topf der gesetzlichen Krankenversicherung fließen und darin sofort versickern?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen bzw. dem sie zugeordnet sind (Nichtversicherte). Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein <b>Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif.</b></li> </ul>	<p>Das erscheint mir für diese Gruppe sinnvoll.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente: Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung.</li> <li>Um die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten, wird der PKV-Basistarif auch für alle</li> </ul>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
freiwillig Versicherten geöffnet.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die <b>PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention</b> in Deutschland beteiligt. Damit leistet sie in diesem für alle Bürger wichtigen Bereich einen erforderlichen solidarischen Beitrag.</li> </ul>	Die Primärprävention zielt nach den Ausführungen auf S. 14 auf die GKV-Patienten. Da mitzufinanzieren, kann nicht Sache der PKV-Mitglieder sein.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in <b>drei aufeinanderfolgenden Jahren</b> die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.</li> </ul>	Massive Verschlechterung gegenüber dem jetzigen Recht. Mit der Stichtagsregelung trifft es viele Arbeitnehmer unerwartet, die den Wechsel zum 31.12.2005 verschlafen haben.
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung</b> (mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze)). (s.3. f der Eckpunkte).</li> </ul>	Das ist ein ganz weit reichender Angriff auf die bisherigen (zahn)ärztlichen Vergütungssysteme. Details lassen sich aus dem Eckpunktepapier nicht entnehmen (im Gegensatz zur Detailliertheit im Arzneimittel- und Apothekenbereich).
<b>Seite 25</b>	
<b>Anlage 1</b>	
<b>Ergebnisse der AG Vergütungsfragen (Fachebene) am 17. Mai 2006</b>	Diese Ergebnisse der Arbeitsgemeinschaft Vergütungsfragen waren am 03.07.2006, der denkwürdigen Nachtsitzung der Spitzen der Großen Koalition, bereits 1 1/2 Monate alt.
Das ärztliche Vergütungssystem wird <b>vereinfacht und entbürokratisiert</b> . Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird durch eine <b>Euro-Gebührenordnung</b> abgelöst, die für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils nach unterschiedlichen Systematiken ausgestaltete <b>Pauschalvergütungen</b> in überschaubarer Zahl kombiniert <b>mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen</b> sowie <b>Abstufungsregelungen</b> vorsieht. Dadurch gewinnt das Vergütungssystem erheblich an <b>Transparenz</b> und die Ärzte erhalten weitgehende <b>Kalkulationssicherheit</b> . Durch die Komplexierung wird zudem dem heute systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entgegengewirkt; die <b>Leistungssteuerung</b> wird dadurch <b>verbessert</b> .	Im Klartext bedeutet dies vor allem, dass die bisherige Hauptaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vergütung mit den Krankenkassen zu vereinbaren und zu verteilen, auf rudimentäre Teile zusammengestrichen wird. Für die KVen gibt es künftig nach den Vorstellungen der Bundesregierung keinen überzeugenden Grund mehr, sie überhaupt noch am Leben zu erhalten. Die ihnen im Eckpunktepapier (s. S. 20) noch zugestandenen Restfunktionen könnten ohne weiteres durch die Ärztekammern erfüllt werden.
Budgetierung wird beendet Die <b>bisherige Budgetierung</b> durch Anknüpfung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an die Grundlohnsumme <b>wird beendet</b> , d.h. den Ärzten ist für zusätzliche Leistungen, die aus einem <b>Anstieg der Morbidität</b> der Versicherten herrühren, <b>mehr Honorar</b> zur Verfügung zu stellen.	Das ist ein löbliches Unterfangen. Nach der Lektüre des Eckpunktepapiers fragt man sich aber, ob man die Ankündigung im Eckpunktepapier nicht so lesen sollte, dass nur die <b>bisherige</b> Budgetierung beendet, aber von einem neuen Budgetierungssystem abgelöst werden soll.
Die <b>Kosten- und Mengensteuerung</b> erfolgt durch entsprechende <b>vertragliche Vereinbarungen im künftigen Vergütungssystem</b> .	Eine Kosten- (und Mengen-)steuerung durch vertragliche Vereinbarungen kann nur funktionieren, wenn in € ausdrückbare finanzielle Limits in die Verträge aufgenommen werden. Das wäre dann aber nichts anderes als die Ablösung quasi staatlich vorgegebener Budgets (wie derzeit üblich) durch vertraglich vereinbarte Budgets.

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>Schaffung einer neuen Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung</p>	
<p>Auf Bundesebene werden die Rahmenvorgaben für die Ausgestaltung einer <b>Euro-Gebührenordnung</b> festgesetzt: Dazu werden <b>auf Grundlage sachgerechter Stichproben bei Arztpraxen auf betriebswirtschaftlicher Basis</b> bundeseinheitliche Bewertungsgrundlagen für vertragsärztliche Leistungen sowie <b>bundeseinheitliche Orientierungswerte</b> (in Euro) ermittelt. Die Bewertungsgrundlagen sind in regelmäßigen Abständen, die bundeseinheitlichen Orientierungswerte sind jährlich unter Berücksichtigung bestimmter Indikatoren (z.B. allgemeine Kostenentwicklung) anzupassen. Aus den jeweils aktuellen Größen wird ein <b>Bundes-Preisniveau</b> (in Euro) ermittelt.</p>	<p>Das hatten wir (angeblich) auch schon beim EBM2000plus und beim neuen BEMA-Z.</p> <p>Es mag am ungewohnten Sprachgebrauch liegen, aber hier scheint mir ein gravierender Widerspruch im Denkgebäude der Verfasser der Anlage 1 zum Eckpunktepapier zu liegen: Entweder werden künftig die ärztlichen Leistungen (ob per Pauschale oder per Einzelleistungsvergütung) mit "<i>festen Preisen</i>" vergütet oder es gibt künftig "<i>bundeseinheitliche Orientierungswerte</i>" und ein "<i>aus den jeweils aktuellen Größen</i>" ermitteltes "<i>Bundespreisniveau (in Euro)</i>". Letzteres setzt gedanklich voraus, dass es keine einheitliche Bundesgebührenordnung in € gibt, sondern bundesweit wiederum nur – wie jetzt schon auch – Orientierungswerte = Rechnungsgrößen, aus denen man dann – wie bisher – im Wege der Multiplikation den €-Betrag ermitteln kann. Unterscheiden würde sich die neue von der alten Gebührenordnung wohl nur dadurch, dass zum Beginn des Abrechnungszeitraum die €-Beträge feststehen sollen. Absehbar ist bereits jetzt, dass die Krankenkassen auf <u>Ausgleichsvereinbarungen</u> drängen werden, um die Kostensteuerung hinzubekommen. Unter Umständen werden die KVen wieder auf die Idee der <u>Aus-schöpfungsvereinbarungen</u> verfallen. Dann spätestens hätte man alles wie gehabt, nur eben anders.</p>
<p><b>Die Vertragspartner auf der Landesebene (KVen, Krankenkassen) können</b> in jährlich stattfindenden kassenartenübergreifenden <b>Verhandlungen Zu- oder Abschläge</b> von diesem Preisniveau vereinbaren, um insbesondere landesbezogene Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen.</p>	<p>Ich hatte schon bei der Kommentierung des Gesundheitsfonds (o. S. 23) auf das Problem hingewiesen, dass die reichen Kassen die armen Kassen subventionieren und zu erwarten ist, dass sich daraus ähnlich groteske Ergebnisse wie im Länderfinanzausgleich ergeben, welcher z.B. Baden-Württemberg hinsichtlich des für die Landesregierung pro Kopf verfügbaren Steueraufkommens zu einem der ärmsten Länder der Republik macht. Immerhin sollten nach dem Wortlaut diejenigen KVen, in denen das Kostenniveau besonders hoch ist, Zuschläge vereinbaren können, während umgekehrt die Krankenkassen aus denselben Gründen Abschläge vornehmen können.</p> <p>Hoch ist in der Regel das Kosten- und Preisniveau in Großstädten wie insbesondere Hamburg und Berlin. Beide KVen haben aber mit ganz spezifischen Problemen zu kämpfen (ebenso deren lokale Verhandlungspartner auf Krankenkassen-seite). Landesbezogene Besonderheiten gibt es auch in den Flächenstaaten. Das Kosten- und Preisniveau in München, Frankfurt oder Stuttgart ist ein anderes als in Goslar, Heidenheim oder Günzburg. Die Planrichtung des Entwurfs geht in</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>Richtung Planwirtschaft. Mit Gewalt wird versucht, einen Ausgleich herbeizuführen, statt sich auf die einzig plausible und dauerhaft gangbare Lösung zu besinnen, Arzthonorare <u>sachgerecht</u> zu vergüten und sich auf die Frage zu konzentrieren, welche sachgerecht vergüteten Leistungen innerhalb der GKV (noch) angeboten werden sollen / können.</p>
<p>Diese Zu- und Abschläge dürfen <b>nicht nach Arztgruppen differenziert werden</b>, d.h. die o.a. bundeseinheitlichen Bewertungsgrundlagen können auf der Landesebene nicht unterlaufen werden. Das Ergebnis dieser regionalen [Seite 26] Vereinbarungen ist eine <b>Euro-Gebührenordnung</b>, die <b>den Ärzten vorab bekannt zu geben</b> ist und auf deren Grundlage die vertragsärztlichen <b>Leistungen</b> in der Region <b>grundsätzlich zu vergüten</b> sind.</p>	<p>Jeder KV-Vorstand, der Abschläge aushandelt, wird in der Vertreterversammlung "geköpft" werden. Bisher konnte er noch die Fachgruppen gegeneinander ausspielen. Das geht künftig nicht mehr. Die Zu- und Abschlagsregelung sollte man sich deshalb besser sparen – es sei denn, die Regierung beabsichtigt insgeheim, auf diese Art und Weise den Druck innerhalb der Ärzteschaft auf Abschaffung der KVen weiter erhöhen zu können.</p>
<p>Auf Bundesebene sind unter Berücksichtigung von <b>Grenzkostenaspekten</b> darüber hinaus Regelungen vorzugeben, nach denen die Leistungen einer Praxis ab einer bestimmten Leistungsmenge (<b>Break-even-point</b>), ab welcher die <b>Fixkosten einer Standardpraxis</b> gedeckt sind, mit <b>abgestaffelten Preisen</b> zu vergüten sind. D.h. die Leistungen, die ein Arzt nach diesem "break-even-point" erbringt, werden ihm also mit abgestaffelten Preisen vergütet, die seine <b>Grenzkosten</b> decken<sup>1</sup></p>	<p>Dieser Abschnitt muss wohl als der zentrale Abschnitt der Anlage 1 zur Vergütungsreform angesehen werden.</p> <p>Bemerkenswert sind die Vorgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aus den GKV-Honoraren soll die Standardpraxis (das wird wohl die Einzelpraxis sein) so viel an Honorar erhalten, dass ihre <b>Fixkosten</b> gedeckt werden ("<b>break-even-point</b>").</li> <li>2. Darüber hinausgehende Leistungsmengen sollen so vergütet werden, dass die mit der Mehrleistung verbundenen "<b>Grenzkosten</b>" abgedeckt sind.</li> </ol> <p>Mit keinem Wort ist in diesem und den folgenden Abschnitten davon die Rede, wovon der Arzt eigentlich leben soll, wenn nur jeweils seine mit dem Behandlungsangebot verbundenen Kosten abgedeckt werden sollen. Der Begriff <b>Gewinn</b> aus ärztlicher Tätigkeit spielt im Eckpunktepapier keine Rolle.</p> <p><u>Lösungsvariante 1:</u> Der Arzt muss künftig aus den Privaterlösen sein Einkommen bestreiten.</p> <p><u>Aber:</u> Die Privathonorare sollen grundsätzlich den GKV-Honoraren angepasst werden (für gleiche Leistungen gleiches Geld, s. S. 7). Das wird also kaum mehr möglich sein.</p> <p><u>Lösungsvariante 2:</u> Die Ist-Praxis muss gegenüber der Standardpraxis deutlich rationeller = betriebswirtschaftlich kostengünstiger arbeiten.</p> <p><u>Aber:</u> Das gelingt nur in großen Einheiten. Im Prinzip bedeutet die Beschreitung dieses Weges durch die Bundesregierung, dass Einzel- und selbst kleine Gemeinschaftspraxen (nicht mehr als 2 – 3 Behandler) auf Dauer am Markt des deutschen Gesundheitswesens keine reelle Chance mehr haben werden. Wer sich dieser Entwicklung stellen will, muss sehen, dass er rasch groß wird und</p>

<sup>1</sup> Bei dieser Regelung handelt es sich somit um kein Praxisbudget [amtliche Fußnote].



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>damit in den Genuss echten betriebswirtschaftlichen Rationalisierungspotentials kommt. Dass sich dies auf den Arbeitsmarkt Gesundheitswesen nachteilig auswirken wird, soll nicht verschwiegen werden.</p> <p><u>Lösungsvariante 3</u>: In die Fixkosten der Standardpraxis wird ein Arztgehalt eingerechnet.</p> <p><u>Folge</u>: Von der Freiberuflichkeit bleibt dann nichts mehr übrig. Wäre aber ein konsequenter Schritt in Anbetracht der von der KBV im Vorfeld des EBM2000plus angestoßenen Diskussion um das angemessene Arzteinkommen.</p>
<p>Diese Abstufungsregelungen beziehen sich auf das von einer Arztpraxis insgesamt erbrachte Leistungsvolumen. In jedem Fall sind sie <b>auf betriebswirtschaftlicher Grundlage</b> zu ermitteln <b>und auf regionaler Ebene zwingend umzusetzen</b>, d.h. die regionalen (sehr stark unterschiedlich ausgestalteten) <b>Honorarverteilungsregelungen (HVV) entfallen</b>. Zudem sind die Abstufungen Bestandteil der <b>dem Arzt vorab bekannt zu machenden Euro-Gebührenordnung</b></p>	<p>Die ganzen HVM-Prozesse sollen also künftig (für Abrechnungen ab voraussichtlich 01.01.2009 – s. S. 29) entfallen. Es wird spannend sein, abzuwarten, ob es dafür tatsächlich keine substitutiven Verfahren geben wird.</p>
<p><b>Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen</b></p>	<p>Nach der aktuellen Rechtslage hätten die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko schon ab 01.01.2007 tragen sollen (s. §§ 85a und 85b SGB V). Die Neuregelung verschiebt diesen Zeitpunkt also um weitere 2 Jahre (und dann sind Bundestagswahlen ...). Von einer Übertragung des Morbiditätsrisikos kann bei der Neuregelung aber kaum mehr die Rede sein; denn es wird zwingend eine Vereinbarung über eine landeseinheitliche Gesamtvergütung geben. Was damit in den Verhandlungen auf Landesebene passieren wird, kennen wir schon zur Genüge.</p>
<p>Das neue Vergütungssystem wird in ein <b>vorab</b> auf der Landesebene <b>zu vereinbarendes Finanzvolumen (Gesamtvergütung)</b> eingebettet. Es muss <b>grundsätzlich</b> gewährleistet bleiben, dass morbiditätsbedingter Mehrbedarf durch die Krankenkassen zu den vorab bekannten Preisen vergütet wird. Das vertraglich vereinbarte Finanzvolumen <b>müsste</b> dann sowohl die Leistungen, die zu Festpreisen vergütet werden als auch die Leistungen, die abgestuft vergütet werden, umfassen und morbiditätsbedingte Mehrleistungen <b>müssten</b> von den Kassen zusätzlich arztindividuell vergütet werden. <b>Wie dies im Einzelnen zu gewährleisten ist</b> (sich dadurch ergebende Preisabschläge etc.), ergibt sich durch die Konkretisierung der Systemausgestaltung.</p>	<p>Die nachfolgenden Sätze verdienen größte Aufmerksamkeit. Es wird wohl nicht Zufall sein, dass die Verfasser dieses Abschnitts der Anlage 1 vom sonst gewählten Indikativ in den Konjunktiv wechseln, also ausdrücken, was alles gemacht werden "<i>müsste</i>", damit das "<i>vorab auf der Landesebene zu vereinbarende Finanzvolumen</i>" nicht durch morbiditätsbedingten Mehrbedarf gesprengt wird. Hier werden unvereinbare Zielvorgaben gesetzt – den Verfassern ersichtlich bewusst, der Konjunktiv damit berechtigt.</p>
<p><b>Leistungen und Vergütungen bei Einzelverträgen sind mit der Gesamtvergütung zu verrechnen</b>. Zusätzliche Leistungen und Vergütungen sind außerhalb der Gesamtvergütung zu finanzieren.</p>	<p>Das Eckpunktepapier sieht Einzelverträge als ein probates Wettbewerbsmittel an. Dass Einzelverträge zu Lasten der Gesamtvergütung gehen sollen, ist dagegen ein Novum. An den Einzelvertragsabschlüssen sind die KVen nicht beteiligt, sollen also zusehen, wie sich interessierte Gruppen ein Stück aus allgemeinen Honorarkuchen herauschneiden. Ausgerechnet im öffentlichen Bereich soll damit</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>der ansonsten in allen Rechtsgebieten für unzulässig erachtete <u>Vertrag zu Lasten Dritter</u> (um nichts anderes handelt es sich hier) eingeführt und zugelassen werden. Verfassungsrechtliche Bedenken spielen in der Großen Koalition ersichtlich keine Rolle.</p>
<p>Unstrittig ist, dass das <b>Finanzvolumen</b> auf der Grundlage sachgerechter und mit dem RSA kompatibler Morbiditätskriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Anzahl der Versicherten) jährlich angemessen <b>fortentwickelt</b> werden muss.<sup>2</sup> Bei der Fortschreibung des Finanzvolumens sind auch die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor und die Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog hinreichend zu berücksichtigen.</p>	<p>Warum geißelt niemand in der Öffentlichkeit das Vorhaben als das, was es ist: Der Versuch, staatswirtschaftliche Aspekte im Gesundheitswesen fest zu verankern.</p>
<p><b>Seite 27</b></p>	
<p><u>Nichtmorbiditätsbedingte Fallzahlausweitung bei den Leistungserbringern</u></p>	
<p>Das künftige <b>Vergütungssystem enthält</b> auf verschiedenen Ebenen <b>Anreizmechanismen</b>, die einer über das medizinisch notwendige hinausgehenden <b>Mengenausweitung</b> der ärztlichen Leistungen <b>entgegenwirken</b>, z.B.: weitgehende <b>Komplexierung</b> der Leistungen, Überweisungsvorbehalte zur Vermeidung der Abrechnung von „Doppelpauschalen“, Abrechnungsausschlüsse,</p>	<p>Die Verfasser dieses Abschnitts des Eckpunktepapiers jonglieren mit den Begrifflichkeiten nach Gutdünken. Meinen sie nun Komplexgebühren, Fallpauschalen, Kopfpauschalen, patientenbezogene Pauschalen?</p>
<p>Regelungen zur Aufteilung der Pauschale bei <b>Überweisung</b> an einen anderen Arzt,</p>	<p>Das wird ein interessantes Streitfeld in der Praxis werden. Die durch das VÄndG vorgesehene Teilgemeinschaftspraxis wird mit einer solchen Regelung in ihren Grundzügen in das Vergütungsrecht übernommen.</p>
<p>Plausibilitätsprüfungen, <b>mengen- und/oder praxisbezogene Preisabstaffelungen</b>.</p>	<p>In der auf <b>Seite 26</b> enthaltenen Fußnote 1 ist noch die Rede davon, dass die Regelungen nicht das allgemeine Budget durch ein Praxisbudget ersetzen sollen. Nur eine knappe Seite später ist von <u>praxisbezogenen Preisabstaffelungen</u> die Rede. Aus dem Text ergibt sich, dass es sich dabei um etwas anderes als <u>mengenbezogene Preisabstaffelungen</u> handeln soll und dass beide Optionen für die Preissteuerung zur Verfügung stehen werden. Schon mengenbezogene Preisabstaffelungen treffen alle Ärzte, die fachlich so gut sind, dass sie entsprechende Behandlungsnachfrage durch neue Patienten generieren. Praxisbezogene Preisabstaffelungen treffen diese Gruppe der qualitativ hochwertigen Ärzte besonders hart. <b>Objektiver Sinn solcher Regelungen kann nur die Nivellierung des Leistungsniveaus sein.</b></p>
<p><u>Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten</u></p>	
<p>Wie unter 2. bereits ausgeführt, werden die regional unterschiedlich ausgestalteten Honorarverteilungsregelungen durch bundesweite Rahmenvorgaben (s.o.)</p>	<p>Während zu Beginn der Anlage 1 noch von festen €-Preisen und Vergütungserwartungssicherheit die Rede ist, spricht man hier hinsichtlich der bundesweiten €-</p>

<sup>2</sup> Sofern man sich auf andere RSA-Kriterien einigt, sind diese analog bei der Fortentwicklung des Finanzvolumens zu berücksichtigen [amtliche Fußnote].

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>ersetzt. D.h. alle für die Ärzte relevanten Vergütungsregelungen finden sich in der jeweils geltenden Euro-Gebührenordnung. Falls es <b>auf Landesebene Abweichungen</b> von den bundesweiten <b>Richtpreisen</b> gibt (zu vereinbarende Zu- und Abschläge s.o.), <b>gelten</b> diese Abweichungen mit Ausnahme der Zu- und Abschläge bei Über- und Unterversorgung <b>für alle Arztgruppen</b>. D.h. durch die Zu- und Abschläge ist keine unsachgemäße Bevorzugung einzelner Arztgruppen möglich.</p>	<p>Preise nur noch von Richtpreisen. Das kommt zum einen der KBV entgegen, die ohnehin schon an einer entsprechenden Honorarordnung arbeitet, zum anderen den Krankenkassen, die sich an den Richtpreisen orientieren und sicherlich keine Zuschläge vereinbaren werden. Vielleicht gibt es dann ja neue Vertragsärztestreiks, diesmal offen und ehrlich ums Geld.</p>
<p>Die auf Bundesebene zu entwickelnde grundlegende Systematik der Euro-Gebührenordnung (s.o.) ist so auszugestalten, dass die <b>ärztlichen Leistungen weitgehend</b> in einigen <b>wenigen Komplexgebühren getrennt nach Haus- und Fachärzten abgebildet</b> werden. Dabei sind jeweils die der Kalkulation zu Grunde gelegten <b>typischen</b> – soweit möglich qualitätsgesicherten – <b>Leistungsinhalte</b> offen zu legen.</p>	
<p>Für die <b>hausärztlichen Leistungen</b> sind ggf. nach Alter und Geschlecht differenzierte <b>Versichertenpauschalen</b> (pro Quartal) vorzusehen, ggfs. ergänzt um Einzelleistungen für besonders förderungswürdige Leistungen (z.B. Hausbesuche, Präventionsleistungen).</p>	<p>Die vom Hausärzterverband propagierte unselige Idee der Kopfpauschale wird hier aufgegriffen. In der Praxis wird dies bedeuten, dass die Hausärzte – wie schon einmal – um die Wette "Scheine" sammeln werden (heute in Form von Versichertenkartenabzügen). Was das mit Medizin zu tun haben soll, wissen die Götter. Wie gut die Medizin in solchen pauschalierten Systemen funktioniert, kann man in einer Reihe von Ländern erfahren.</p>
<p>Die fachärztlichen Leistungen werden <b>nach Arztgruppen differenziert</b> vergütet. Dies erfolgt auf der Grundlage von <b>Grund- und Zusatzpauschalen</b>,</p>	<p>Vermutlich wird es sich ebenso wie bei den hausärztlichen Leistungen um Versichertenpauschalen handeln.</p>
<p>wobei die <b>Zusatzpauschalen anhand besonderer Leistungs-, Struktur- und/oder Qualitätsmerkmale der Praxen</b> (Praxisbesonderheiten von einer Arztpraxis nachgewiesene besondere Zusatzqualifikation etc.) <b>differenziert werden können</b>. Ergänzt wird dies um <b>bis zu 20 diagnosebezogene Pauschalen je Facharztgruppe</b> bei Diagnosen, die einen <b>erheblichen therapeutischen Aufwand</b> [Seite 28]</p>	<p>Mit diesen Zusatzpauschalen soll weitgehend der gesamte spezialisierte Facharztbereich überzogen werden. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, zu welch dramatischen Verwerfungen solche Berechnungen am Grünen Tisch führen können (etwa im Bereich der ambulanten Chirurgie). In Verbindung mit den auf S. 28 enthaltenen Regelungen zur Bestrafung von Überweisungen innerhalb der eigenen Fachgruppe ist auch dieser Part auf maximale Rationalisierung der Praxen angelegt – und auf die Privatbehandlung jedes Kassenpatienten, der dafür Ansatzpunkte liefert. Der Kassenpatient wird mit diesen Regelungen – absichtlich oder nicht – zum richtig schlechten Patienten degradiert. So kann man natürlich auch Geld sparen, wenn Kassenpatienten generell nur noch ungern behandelt werden.</p>
<p>erfordern und damit <b>hohe Kosten</b> verursachen.</p>	<p>Auch an dieser Stelle wird nur auf den Kostenaspekt abgestellt.</p>
<p>Die Abrechnung der diagnosebezogenen Pauschalen ersetzt die Zusatzpauschale in diesen Fällen. Zusatzpauschalen und diagnosebezogene Pauschalen werden ab einer bestimmten gesamten Leistungsmenge einer Praxis abgestaffelt (siehe Punkt 2.)</p>	<p>Damit sollen die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte zusätzlich geschmälert werden.</p>



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>In jedem Falle sind sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich <b>Einzelleistungsvergütungen</b> nur noch in streng einzugrenzenden <b>Ausnahmefällen</b> (sehr seltene, auf jeden Fall zu fördernde und/oder sehr teure Leistungen) vorzusehen.</p>	<p>Die Einzelleistungsvergütung soll abgeschafft werden. Das ist die klare Botschaft. Das haben sich die Ärzte leider selbst zuzuschreiben, aus deren Reihen seit Monaten die Forderung nach Vergütungspauschalen schallt, allen voran dem Hausärzterverband. Dass das Gehör bei der Politik findet, darf nicht verwundern. Dass die Protagonisten solcher Schritte unter den Ärzten wissen, was sie damit anrichten, darf bezweifelt werden.</p>
<p>Bei der Ausgestaltung der <b>Komplexgebühren</b> sind auch Regelungen zu treffen, die einer <b>Abschiebung von „zu teuren“ Patienten entgegenwirken</b> (z.B. Honorarabschläge bei Überweisungen innerhalb der gleichen Arztgruppe).</p>	<p>Komplexgebühren und Pauschalen sind zweierlei Dinge. Ich hatte schon auf S. 27 angemerkt, dass nicht klar ist, was die Verfasser dieser Anlage 1 überhaupt meinen.</p>
<p><b>Für ambulante Leistungen</b> unabhängig vom Ort der Erbringung (niedergelassene Praxis oder Krankenhaus) <b>gelten gleiche Preise</b>.</p>	<p>Hier ist von <u>gleichen</u> Preisen für ambulante Leistungen die Rede. Auch ambulante-operative Leistungen sind ambulante Leistungen. In diesem Bereich lautet die Vorgabe aber nur "<u>vergleichbare Preise</u>" (s. S. 7). Ja, was denn nun?</p>
<p><u>Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung</u></p>	
<p>Im neuen Vergütungssystem <b>zahlt jede Krankenkasse</b> unabhängig von ihrer Kassenart <b>grundsätzlich den gleichen Preis</b> für die ärztliche Leistung. Dadurch wird sichergestellt, dass das Finanzvolumen, welches eine Krankenkasse zur Versorgung ihrer Versicherten aufwenden muss, umso höher ist, je mehr Leistungen anfallen bzw. je aufwendiger die einzelnen Leistungen sind. Die <b>Preisdifferenzierungen</b>, die bei den regionalen Vereinbarungen jeweils bestimmt werden können (s.o. unter Punkt 2.), <b>gelten jeweils gleichermaßen für alle Krankenkassen</b>, deren Versicherte von Ärzten in dieser Region betreut werden. Auch hier ist also die Gleichbehandlung der Kassen gewährleistet.</p>	
<p>Diese Bedingung muss grundsätzlich auch dann gewährleistet sein, wenn das neue Vergütungssystem mit einer Steuerung über ein vorab zu vereinbarendes regionales <b>Finanzvolumen</b> arbeitet (s. Punkt 3). In diesem Fall muss das jeweilige Finanzvolumen auf der Grundlage gleicher und sachgerechter Kriterien weiterentwickelt werden.</p>	<p>Den Verfassern ist immerhin klar, wie schwierig die Vorgaben in diesen beiden Absätzen umzusetzen sein werden.</p>
<p><u>Honorarzuschläge für besondere Qualität</u></p>	
<p>Die <b>Zuschläge bei besonderer Qualität</b> sind in den <b>bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben</b> der Euro-Gebührenordnung zu definieren, um auch hier eine einheitliche und transparente Vorgehensweise zu gewährleisten. Für die hausärztlichen Versicherten- bzw. fachärztlichen Komplexpauschalen könnten jeweils Grundpauschalen (z.B. Konsultationspauschalen) definiert werden, die in jedem Behandlungsfall zu zahlen sind und die bei Einhaltung bestimmter <b>[Seite 29]</b> Qualitätskriterien durch Zuschläge ergänzt werden.</p>	<p>Die Idee mit den Zuschlägen für besondere Qualität stammt von Prof. Lauterbach. Von welcher Qualität die Rede ist, ergibt sich nur indirekt aus dem letzten Satz dieses Absatzes (auf S. 29), wonach geprüft werden soll, "<i>ob im Vergütungssystem bei mangelhafter Ergebnisqualität Abschläge vorgesehen werden können.</i>" Die Diskussion um die Inhalte der Qualität (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität – alles Begriffe und Ideen aus der industriellen Fertigung, was man sich immer wieder vor Augen halten sollte) ist ebenso lang wie bisher weitgehend ergebnislos geblieben. Es steht der Beweis noch aus, dass die Qualität ärztlicher Behandlung</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
	<p>signifikant steigt, wenn die Praxis mit den neuesten Geräten ausgestattet ist und das Personal sie auch bedienen kann, und nicht nur die Messbarkeit verbessert wird. Die Krankenkassen beklagen sich darüber, dass dem im europäischen Vergleich hohen Ausmaß an Diagnostik z.B. beim Linksherzkatheter keine signifikant besseren Behandlungsergebnisse gegenüberstehen.</p> <p>An der Frage, was man unter Ergebnisqualität verstehen will, scheiden sich schon die Geister. Dass man von <u>treatment outcome</u> reden muss, ist dabei nicht das Problem, sondern die Frage, wie und woran man den treatment outcome misst. Patientenzufriedenheit gibt es auch bei objektiv ganz schlechten Behandlungsergebnissen, Patientenunzufriedenheit auch bei objektiv sehr guten Behandlungsergebnissen.</p>
<p>Die <b>Überprüfung</b>, ob eine Arztpraxis die Kriterien zur Abrechnung dieser Qualitätszuschläge im Einzelfall erfüllt, erfolgt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens durch die KV.</p>	<p>Wenn die Überprüfung im Rahmen des Abrechnungsverfahrens erfolgen soll, kommen nur strukturelle Kriterien in Betracht, wie z.B. Personalausstattung im Verhältnis zur Patientenzahl. Entsprechende Vorbilder gab es früher einmal im Bereich der Dialyse, wo es – unter wohl eher nur vorgeblichen Qualitätsgesichtspunkten – unterschiedliche Personalschlüssel für Zentrums- und LC-Dialyse gegeben hatte. Personalschlüssel – auch mit entsprechenden Facharztqualifikationsvorgaben – gibt es heute in der Dialyse im Verhältnis Facharzt – Anzahl der betreuten Patienten mit einem Schlüssel von 1:30, 2:31-100, 3:101:150, 4:151-200, 5:201-250 und so weiter in 50er-Schritten. Vermutlich wird man sich solche Dinge als Vorbild nehmen.</p>
<p>Prüfauftrag: Es soll geprüft werden, ob im Vergütungssystem bei <b>mangelhafter Ergebnisqualität Abschläge</b> vorgesehen werden können.</p>	<p>Jedermann wäre sehr gespannt auf Lösungen, dies es erlaubten, eine wie auch immer definierte Ergebnisqualität zeitnah zur laufenden Vergütungsperiode zu messen, zu bewerten und ggf. in Abschläge umzusetzen.</p> <p>Man kann, wenn man will, Ergebnisqualität im Rahmen von Einzelfallprüfungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V messen, die aber keine Reaktionen in der laufenden Vergütungsperiode erlaubt. Die vertragszahnärztlichen Prüfverfahren liefen in der Vergangenheit auf eine Prüfung der Einzelfallbehandlungsqualität hinaus, faktisch zunichte gemacht durch das BSG mit seinem Festhalten an der für den zahnärztlichen Bereich nicht passenden statistischen Prüfung, ohne je zu bedenken, welche Vorteile sich aus der nicht anonymen Einzelfallprüfung für die Verbesserung der Versorgungsqualität ergeben haben.</p>
<p><u>Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize</u></p>	
<p>In den <b>Rahmenvorgaben der Bundesebene</b> zur Ausgestaltung der Gebührenordnungen sind <b>nach Versorgungssituation differenzierte Zu- und Abschläge zum Abbau von Über- und Unterversorgung</b> vorzusehen. Über die Zu- und Abschläge ist von der Regionalebene im Rahmen der angepassten</p>	<p>Dieser Abschnitt versucht, der Ärzteschaft den schwarzen Peter in Sachen Bedarfsplanung zuzuschieben. Wenn sie sich nur zu vernünftigen Zu- und Abschlagsregelungen durchringen kann, dann kann man "ggf." auf die heutige Bedarfsplanung verzichten. Raffiniert.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
Bedarfsplanung zu entscheiden. Die in der heutigen Bedarfsplanung enthaltene Bedarfszulassung kann ggf. entfallen.	
<b>Zu- und Abschläge gelten für Alt- und Neufälle:</b> Bei Altfällen wird dazu eine Übergangsregelung mit angemessenen Zeiträumen vorgesehen.	
<u>Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform</u>	
Um die o.g. Aufgaben zu erfüllen, hat der Bewertungsausschuss <b>einen unabhängigen externen Berater</b>	Das BMG hat offenbar die Geduld mit der Arbeit des Bewertungsausschusses verloren, hätte aber besser prüfen sollen, ob der Bewertungsausschuss nicht systembedingt permanent überfordert ist, weil er Entscheidungen treffen soll, die zuallererst politische Entscheidungen sind und daher auch durch die Politik getroffen und parlamentarisch verantwortet werden müssten, welche die Politik zu treffen, sich aber nicht traut. Es kann eigentlich nicht sein, dass der Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung, also die Gegenleistung für die Zwangsmitgliedschaft, in demokratisch weder kontrollierten noch legitimierten Gremien festgelegt wird (s. § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der Vorschlag, Institute wie das InEK auszuwählen, denen man, alles aber keine Unabhängigkeit bestätigen kann, spricht für sich.
(z.B. <b>InEK</b> ) zu beauftragen. Dieser arbeitet die Beschlussentwürfe aus und legt sie der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene zur Beschlussfassung vor. Kommt ein Beschluss nicht zu Stande, greifen die entsprechenden Konfliktlösungsmechanismen (Erweiterter Bewertungsausschuss, Ersatzvornahme BMG).	InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, gegründet 2001 durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, den PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Finanziert wird das InEK über den sog. DRG-Systemzuschlag, der sich in 2006 auf 0,90 € je stationärem Krankenhausfall beläuft. (Das dürften ca. 15 Mio. € sein). Ca. 1/3 des Systemzuschlags werden für die Finanzierung des InEK verwendet.
<u>Übergangsregelungen</u>	
Die neuen Regelungen sollen spätestens bis zum <b>1. Januar 2009</b> in Kraft treten. Mit Inkrafttreten des neuen Vergütungssystems entfällt die bisherige Budgetierung.	Das gesamte neue Honorierungsrecht ist zeitlich auf die Einführung des Gesundheitsfonds ausgelegt.
Zu klären ist, wie das geltende Vergütungssystem bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems schon leistungsgerechter gestaltet werden kann. Eine Möglichkeit wäre, dass die bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems zu vereinbarenden Gesamtvergütungen von den Krankenkassen für die Zahlung von Zuschlägen zum Abbau von Unterversorgung und /oder von Zuschlägen zur Vergütung besonderer Qualität <b>über die Veränderung im Rahmen der Grundlohnrate hinaus erhöht werden.</b>	Wenn solche Zuschläge extrabudgetär erfolgten, wäre dagegen nichts einzuwenden. Nachdem aber das Eckpunktepapier generell die Pflicht enthält, künftig die finanziellen Auswirkungen der politischen Ideen besonders auszuweisen (s. S. 15), kann man getrost unterstellen, dass daraus nichts wird bzw. diese Zuschläge zu Lasten der Budgets gehen werden.
<b>Seite 30</b>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>Anlage 2</b>	
<b>Maßnahmen zur Stärkung der integrierten Versorgung / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär im Falle seltener und hochspezieller Versorgungsprobleme (§ 116 b SGB V)</b>	
<b>I. Derzeitige Situation</b>	
a) Integrierte Versorgung	
<p>Bei der Registrierungsstelle sind derzeit 2.214 Verträge über eine integrierte Versorgung (IV) gemeldet. Zwar ist ein Trend zu erkennen, auch die Behandlung versorgungsrelevanter Erkrankungen im Rahmen der integrierten Versorgung zu organisieren (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention). Typisch für die bisher abgeschlossenen IV-Verträgen sind jedoch auf bestimmte medizinische Indikationen ausgerichtete Verträge (vor allem Hüft- und Knieendoprothesen) mit lediglich regionalem Bezug. Eine "bevölkerungsbezogene Flächendeckung", wie es im Koalitionsvertrag als Ziel formuliert ist, ist bisher allenfalls in Einzelfällen erreicht worden. Zudem wird mangelnde "Transparenz bei Angebot und Wirkung" der Verträge beklagt.</p>	<p>Man hätte hier präziser formulieren müssen: "Typisch für die bisher abgeschlossenen IV-Verträge sind <u>Mitnahmeeffekte</u>". Was war denn auch sonst zu erwarten? Das Konzept der integrierten Versorgung ist für das deutsche Gesundheitswesen wesensfremd. Es kommt aus dem ganz anders strukturierten amerikanischen System.</p> <p>Es ist einigermaßen verwunderlich (oder auch wieder nicht), mit welcher Unbekümmertheit man im deutschen Gesundheitswesen aus anderen Systemen Ideen herausklauben zu können meint, ohne zu prüfen, ob diese Ideen eigentlich zum deutschen Gesundheitswesen passen. Integrierte Versorgung ist so ein Konzept. Es funktioniert in den USA mit konsequenter und finanziell sanktionierter Einbindung der Patienten. In Deutschland schreckte bisher jede Regierung von Sanktionen gegenüber Patienten für mangelnde compliance ab. Die Ansätze, die sich dazu im Eckpunktepapier finden, sind bestenfalls zaghaft, vermutlich aber nur verzagt.</p>
b) Schnittstelle ambulant / stationär (§116 b SGB V)	
<p>Mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen für eine patienten-, bedarfsgerechtere und effizientere Versorgung zu ermöglichen, wurden im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Regelungen zur Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiterentwickelt. Relevant ist hier insbesondere die (einzelvertraglich den Krankenkassen ermöglichte) Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung bei bestimmten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V). Die Einzelvertragsoption nach § 116 b SGB V wurde bisher nicht genutzt.</p>	<p>Wer als Krankenhaus die Kriterien des § 116b Abs. 3 SGB V erfüllt, hat kaum Anreize, diesen Bereich ambulant abzudecken.</p>
<b>II. Beschlussvorschläge zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die IV / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär</b>	
a) <u>Verlängerung der sog. Anschubfinanzierung</u> (Förderung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung)	Das verlängert auch die Mitnahmeeffekte.
<b>Seite 31</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die bisherige sog. Anschubfinanzierung (bis zu 1 % der Gesamtvergütung)</li> </ul>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>sowie 1 % der Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen) wird verlängert soweit und solange die Vergütungen in der ambulanten und stationären Versorgung in Form von Budgets erfolgen. Integrationsverträge sollen auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgerichtet sein.</p> <p>Diese ist gegeben, wenn entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ in einer größeren Region (z.B. mehrere Land- oder Stadtkreise) die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanten Volkskrankheiten (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in der IV organisiert wird</li> <li>oder</li> <li>➤ in einer (auch kleineren) Region das gesamte Krankheitsgeschehen der versicherten Personen der vertragsschließenden Kasse in der IV versorgt wird.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darlegen.</li> </ul>	<p>Darauf darf man gespannt sein. Warum muss die Mittelverwendung eigentlich nur "plausibel" dargelegt werden, warum soll sie durch die Adressaten nicht überprüft werden dürfen?</p>
<p>b) <u>Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen etc. (§116 b SGB V) als erweiterte integrierte Versorgung</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeder Krankenkasse wird die Möglichkeit eröffnet, mit Krankenhäusern oder Vertragsärzten, die die erforderlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, in einem IV-Vertrag Leistungen nach § 116 b Abs. 3 SGB V zu vereinbaren. Krankenhäuser werden somit im Rahmen von IV-Verträgen über den bisherigen Umfang hinaus für die ambulante Versorgung geöffnet.</li> </ul>	<p>Das wird noch kleinere IV-Vertragsbezirke ergeben als bisher schon. Mit den im 1. Aufzählungszeichen der S. 31 genannten Zielsetzungen ist das nicht vereinbar. Aber es bietet Anreize für neue Mitnahmeeffekte.</p>
<p>c) <u>Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe</u></p>	
<p>Auch <b>nichtärztliche Heilberufe</b> sollen in die Versorgungskonzepte einbezogen werden. Mittel aus der sog. Anschubfinanzierung dürfen nicht zur Vergütung von Leistungen dieser Berufsgruppen eingesetzt werden. Dies gilt nicht für besondere Integrationsaufgaben (z. B. Koordinierung von Leistungen, Case-Management)</p>	<p>Das ist vernünftig, wenn es generell erlaubt wird, da Ärzte berufsrechtlich mit einer ganzen Reihe von Berufsgruppen kooperieren dürfen. Gespannt darf man darauf sein, wie der Gesetzgeber die Abgrenzung zur Heilkundeausübung und die Bezahlung dieser (neuen) Leistungen regeln wird.</p>
<p><b>Seite 32</b></p>	
<p>d) <u>Erhöhung der Transparenz</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Krankenkassen werden verpflichtet, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bereits auf freiwilliger Basis eingerichteten gemeinsamen Registrierungsstelle die <b>Inhalte ihrer IV-Projekte</b> of-</li> </ul>	<p>Warum nicht – wie bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser – gegenüber der Öffentlichkeit?</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006		Kommentierung Dr. Ratajczak
fen zu legen. Es wird kein Zertifizierungsverfahren eingeführt (zu hoher Verwaltungsaufwand).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Länderministerien einen Bericht über Inhalt und Umfang der IV-Projekte vorzulegen.</li> </ul>		
<u>e) Einbeziehung der Pflegeversicherung in die IV</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auch Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen werden in die IV einbezogen. Erforderlich ist die Einführung von §§ 140a ff. SGB V entsprechenden Regelungen im SGB XI und auch von zusätzlichen entsprechenden Finanzierungsregelungen. (vergleich: Beschlussvorschlag Nr. 3 zur Schnittstelle Rehabilitation und Pflege)</li> </ul>		
<u>f) Abweichung von der Arzneimittelpreisverordnung</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es werden Sonderregelungen für die Arzneimittelversorgung vorgesehen, wonach in der IV von Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung abgewichen werden kann.</li> </ul>		
<b>Seite 33</b>		
<b>Anlage 3</b>		
<b>Arzneimittelvertrieb: Öffnungsklauseln für Preisvereinbarungen (Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs)</b>		
<b>I. Bestehende Öffnungsklauseln</b>		
1. Fertigarzneimittel mit Preisbindung: Einzelverträge über <b>Rabatte</b> zwischen Krankenkassen und Hersteller; Ärzte und Apotheker, andere Leistungserbringer sowie Externe können einbezogen werden (§ 130a Abs. 8 SGB V).	Die im Medizinproduktebereich seit dem sog. Herzklappenskandal heiß diskutierte Frage der Rabatte wird im Arzneimittelbereich ganz leger angegangen. Von Rabatten sollen ggf. auch Apotheker und Ärzte profitieren. Einverstanden, aber dann bitte auch im Medizinproduktebereich.	
2. Fertigarzneimittel ohne Preisbindung: Verbandsverträge über Preise auf Landesebene: Landesapothekerverband jeweils mit einem Landesverband der Krankenkassen sowie mit dem VdAK für die Ersatzkassen (§ 129 Abs. 5 SGB V).		
<b>Nicht preisgebundene Arzneimittel in Arzneilieferverträgen</b>		
Sprechstundenbedarfs-AM	1,0 Mrd. Euro	
Impfstoffe	0,7 Mrd. Euro	
Röntgenkontrastmittel	0,3 Mrd. Euro	
Summe Arzneilieferverträge	2,0 Mrd. Euro	
Anmerkung: Harn- und Blutteststreifen sind nunmehr Medizinprodukte. Damit sind hierfür bereits Verträge mit einzelnen Anbietern möglich geworden. GKV-		



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006		Kommentierung Dr. Ratajczak
Umsatz: Der Markt ist intransparent. Oft geben Ärzte Geräte für Teststreifen kostenlos. Teuer sind dann die Teststreifen. Quelle: WidO		
3. Rezepturen und Arzneimittel, die ohne Änderung umgefüllt, abgefüllt, abgepackt oder gekennzeichnet werden. Feste Rezepturzuschläge nach der AMPPreisV mit der Option für eine Bundesvereinbarung mit Wirkung für alle Kassen und Apotheken ("Hilfstaxe"): § 4 Abs. 5 AMPPreisV.		
<b>Rezepturen</b>		
"Hilfstaxe"		
Zytostatika-Zubereitungen	0,8 Mrd. Euro	
Parenterale Lösungen, einschl. Methadon	0,2 Mrd. Euro	
Summe Hilfstaxe	1,0 Mrd. Euro	
Rezepturen nach AMPPreisV	0,2 Mrd. Euro	
Summe Rezepturen	1,2 Mrd. Euro	
Anmerkung: Anzahl der Apotheken, die Zytostatika-Rezepturen herstellen: 300		
<b>Seite 34</b>		
4. Ausländische Versandapotheken: keine Preisbindung, da die AMPPreisV nur für Apotheken mit Sitz im Inland gilt. Hierdurch haben inländische Versandapotheken Wettbewerbsnachteile.		
<b>II. Beschlussvorschlag</b>		
1. Die Arzneilieferverträge der Verbände und die bundeseinheitlichen Preisvereinbarungen für Rezepturen werden für abweichende Preisgestaltungen im Einzelfall geöffnet. Die Beteiligung der Apotheken ist freiwillig: Wie bisher erfolgt in der Regelversorgung keine Zuweisung von Versicherten zu Apotheken durch die Krankenkasse. Die freie Wahl der Apotheke bleibt erhalten. Bereits nach geltendem Recht ist eine Apotheken-Bindung in der integrierten Versorgung möglich. Krankenkassen können mit Apotheken die Versorgung von Arztpraxen mit Arzneimitteln vereinbaren, soweit dies nach den geltenden Vorschriften des Arzneimittelgesetzes vorgesehen ist, z.B. bei teuren Zytostatika-Zubereitungen. Es soll nach 2 Jahren überprüft werden, wie sich die gesamte Preisentwicklung darstellt und ob die Festbetragsregelung unterlaufen wird.		
2. Die <b>Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise</b> umgestellt. Jede Apotheke kann beim Bezug von Arzneimitteln niedrigere Preise vereinbaren und Preisvorteile an ihre Kunden weitergeben bzw. mit der Krankenkasse abrechnen.		Damit wird zwar der Wettbewerbsnachteil der deutschen Apotheken (s. o. 4.) beseitigt, zugleich aber – auch mit der weiteren Maßnahme in diesem Absatz – der Wettbewerbsdruck auf die deutschen Apotheken und damit der Rationalisie-



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
nen, sofern diese nicht bereits selbst günstigere Preisvereinbarungen abgeschlossen hat.	rungsdruck (Personalbereich) massiv erhöht.
Die Verträge von Apotheken für GKV-Arzneimittel sind gegenüber den Krankenkassen offen zu legen, damit eine angemessene Beteiligung der Kostenträger an Preisvorteilen erfolgt.	Auch das wird zu einem massiven Rationalisierungsdruck führen.
3. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit Arzneimittel auszuschreiben. Abweichende Preisgestaltungen sind nur für einzelne Präparate und Wirkstoffe, nicht aber für Listen und gesamte Sortimente von Pharmaunternehmen möglich.	Auch das führt zu weiterem Rationalisierungsdruck.
4. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2008 über die Auswirkungen von Rabattvereinbarungen insbesondere auf die Wirksamkeit der Festbetragsregelung.	
Seite 35	
<b>Anlage 4</b>	
<b>Erleichterung der Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken (Auseinzelung)</b>	Die Anlage 4 befasst sich im Detail mit der Frage, ob Tabletten auch einzeln abgegeben werden dürfen. Welche Probleme man damit verursacht, wenn man ansonsten alle Standards einhalten will, ist unten zu II.3 kommentiert. Dass es ein solches Detailproblem in ein Eckpunktepapier schafft, ist schon bemerkenswert.
<b>I. Handlungsbedarf</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte müssen nicht immer eine ganze Arzneimittel-Packung, sondern können nach geltendem Recht auch Einzelmengen, insbesondere einzelne Tabletten verordnen. Apotheken sind in diesen Fällen verpflichtet, die Einzelmengen entsprechend der Verordnung abzugeben.</li> <li>• Für die Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen besteht keine Regelung in der AMPreisV. Für die gesetzliche Krankenversicherung besteht die Vorgabe, dass die Preise für die Auseinzelung in einem Rahmenvertrag auf Bundesebene zu vereinbaren sind. Hierfür fehlt jedoch eine Preisvereinbarung in der Rahmenvereinbarung.</li> <li>• Unter den bisherigen Rahmenbedingungen führt die Auseinzelung zu Mehrkosten, da die Apotheker die Einzelmengen aus verfügbaren Packungen zu entnehmen und eine Kopie der Gebrauchsinformation an den Patienten auszuhändigen haben. Außerdem entstehen Kosten durch das Aufbewahren angebrochener Packungen, die ggfs. bei fehlenden Folgerezepten vernichtet werden müssen.</li> </ul>	
<b>II. Beschlussvorschlag</b>	
1. Die Abgabe von Einzelmengen führt zu Einsparungen, wenn hierfür spezielle	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>Großpackungen mit unverblisterten bzw. einzeln verpackten Tabletten u.ä. zu günstigen Preisen verfügbar sind. Pharmazeutische Unternehmen erhalten die Möglichkeit, diese Großgebilde den Apotheken zu liefern. Es sind Anreize für die Ärzte zu schaffen, Einzelmengen zu verordnen.</p> <p>2. Für die Vergütung der Apotheken wird eine Öffnungsklausel für die Abweichung von der bundeseinheitlichen Vereinbarung vorgesehen.</p>	
<p>3. Notwendig ist eine arzneimittelrechtliche Ersatzregelung für die Patienteninformation, so dass nicht für einzelne Tabletten eine vollständige Gebrauchsinformation ausgehändigt werden muss. Dabei soll der Patient aus Sicherheits- und Haftungsgründen bei erstmaliger Abgabe des Arzneimittels an [Seite 36] ihn die vollständige Information erhalten;</p>	<p>Das funktioniert nur, wenn der Patient immer dieselbe Apotheke aufsucht. Ansonsten wird diese Regelung zu eben dem Kostenaufwand, der unter I. im 3. Aufzählungszeichen auf dieser Seite noch beklagt wird. Wenn man das will, dann muss man die Patienten auf mündliche oder auf allgemein zugängliche Informationen verweisen, sprich auf das Internet.</p> <p>So aber ist schon abzusehen, dass informationsbedingter Fehlgebrauch die Haftungssituation für die Apotheker (und die verordnenden Ärzte) verschärfen wird.</p>
<p>dies gilt entsprechend bei Änderung der Information.</p>	<p>Das verschärft die haftungsrechtliche Situation und führt für die Apotheken dazu, jede entsprechende Informationsgabe patientenbezogen mit Datum und Inhalt festzuhalten, damit sie ggf. nachweisen können, sie seien dieser Pflicht nachgekommen.</p>
<p>4. Voraussetzung für die Lieferung von Bulkware ist eine Zulassung nach den Vorschriften des AMG. Das BfArM prüft derzeit die Zulassung von Großgebilden für einzelne Arzneimittel. Bei der Lieferung von Bulkware oder z.B. auch unverpackter Einzeltabletten an Apotheken sind folgende Sicherheitsgründe zu beachten: Es dürfen nur solche Mittel bezogen werden, die auch ohne Einzelverpackung stabil sind und bei längerer Lagerung und Transport im Bulk keine Sicherheitsrisiken bergen (z.B. Bruchfestigkeit und Reibungsverluste von Tabletten, Öffnen oder Aneinanderkleben von Kapseln, Reißen von Drageeüberzügen). Für Bulkware besteht derzeit nur eine Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz, jedoch keine Gefährdungshaftung nach dem AMG.</p>	<p>Das sollte man auch so belassen.</p>
<p>Seite 37</p>	
<p>Anlage 5</p>	
<p><b>Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel</b></p>	
<p><b>I. Handlungsbedarf</b></p>	
<p>Neue Arzneimittel werden häufig zu hohen Preisen in den Markt eingeführt. Ihre Verordnung erfolgt auch bei den Patienten, für die kein zusätzlicher Nutzen gegenüber etablierten Präparaten erkennbar ist. Es ist für den Arzt nicht ersichtlich, ob die Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zu dem therapeutischen Mehrnutzen stehen.</p> <p>Neue Wirkstoffe werden im Rahmen der Zulassung auf Wirksamkeit, Unbe-</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>denklichkeit und Qualität nur für eine kleinere Zahl von Patienten geprüft. Nicht zulassungsrelevant ist zudem, ob neue Wirkstoffe etablierten Substanzen hinsichtlich therapierrelevanter Parameter überlegen sind. Es ist sachgerecht, im Hinblick auf die Patientensicherheit neue Wirkstoffe kontrolliert und zurückhaltend anzuwenden. Die Anwendung muss auf die Patientinnen und Patienten konzentriert werden, bei denen eine therapeutische Verbesserung zu erwarten ist. Die kontrollierte Verordnung ist auch aus Kostengründen geboten. Hochpreisige Spezialpräparate mit neuen Wirkstoffen (die Durchschnittskosten liegen bei 370 Euro je Verordnung) haben den höchsten Kostenzuwachs in der Arzneimittelversorgung mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten. Sie haben einen Anteil von nur 2 % an den Verordnungen, verursachen aber 20 % der Arzneimittelausgaben. Der Kostenzuwachs wird sich in diesem Segment in den nächsten Jahren stark beschleunigen.</p>	
<p><b>II. Beschlussvorschlag</b></p>	
<p>1. Der bisherige gesetzliche Auftrag des IQWiG wird zu einer <b>Kosten-Nutzen-Bewertung</b> erweitert. Die zentrale Entscheidungsbefugnis verbleibt beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entscheidungen in einer angemessenen zeitlichen Frist zu treffen.</p>	<p>Das wird, wie schon dargelegt, eine hochinteressante Sache. Um Kosten-Nutzen abzuwägen, muss der Nutzen für das Projekt Gesundheit definiert werden können. Dazu wird man <b>Gesundheit in monetären Dimensionen</b> erfassen müssen. Davor hat sich die Politik bisher immer gedrückt.</p>
<p>2. <b>Der medizinische Zusatznutzen neuer Arzneimittel wird auf Antrag ermittelt und wirtschaftlich durch eine Kosten-Nutzenbewertung bewertet.</b> Diese ist Grundlage für die Festsetzung der Erstattungshöhe dieser Arzneimittel.</p>	<p>Auch darauf darf man sehr gespannt sein.</p>
<p>Neue, innovative Wirkstoffe bleiben festbetragsfrei. Ihr Anteil an der Versorgung wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. <b>Für sie werden angemessene, faire Erstattungshöhen in [Seite 38] der GKV ermittelt, welche die Leistungen der Unternehmen berücksichtigen und zugleich die Versicherten vor finanzieller Überforderung schützen.</b></p>	<p>Welchen Anreiz gibt das zur Entwicklung neuer Arzneimittel? Wie sollen vor allem kleinere mittelständische Unternehmen sich auf solche Vabanque-Spielereien einlassen, wie sie sich vor einem solchen Szenario in der Startup-Phase noch finanzieren können?</p>
<p>3. <b>Die Umsetzung der Kosten-Nutzenbewertung erfolgt durch sachgerechte Vergleiche nicht nur mit anderen Arzneimitteln, sondern auch mit anderen Behandlungsformen.</b></p>	<p>Damit kann man Legionen von Mitarbeitern über Jahre beschäftigen. Man denke nur einmal an die denkbaren Behandlungsmöglichkeiten des Bandscheibenvorfalles. Leider wird man die durch Regelung im Eckpunktepapier im gesamten Pharma- und Apothekenbereich überflüssig werdenden Mitarbeiter nicht für solche Untersuchungen einsetzen können.</p>
<p>4. Die Kosten-Nutzenbewertung berücksichtigt die Belange der Patienten, aber auch die der Kostenträger angemessen. Beim Patientennutzen werden insbesondere eine Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer berücksichtigt. Bei der wirtschaftlichen Bewertung werden neben dem Patientennutzen auch die <b>Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherten-</b></p>	<p>Genau darauf warten wir. Das lässt spannende Diskussionen erwarten, sofern sich jemand überhaupt in dieses Wespennest setzen wird.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006		Kommentierung Dr. Ratajczak
<p><b>gemeinschaft</b> angemessen berücksichtigt</p>		
<p>5. Die Verfahrensordnung für die Kosten-Nutzenbewertung wird dem internationalen Standard auf hohem Niveau entsprechen. Zu gewährleisten sind insbesondere hohe Transparenz, angemessene Beteiligung externen medizinischen Sachverständigen, der Patienten und der Industrie, Gewährleistung sachgerechter und international üblicher akzeptierter Standards für den Nachweis von Kosten und Nutzen.</p>		
<p>6. Es bleibt beim Grundsatz, dass neue Arzneimittel nach Zulassung und Markteinführung grundsätzlich zu Lasten der GKV ordnungsfähig sind. Die Erstattungsfähigkeit wird nicht zurück gestellt, bis eine Kosten-Nutzenbewertung vorliegt. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist keine "Vierte Hürde". Den Fachkreisen ist ausreichend Zeit einzuräumen, valide Erkenntnisse über neue Arzneimittel zu sammeln.</p>		
<p>7. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist Grundlage für Therapiehinweise und Verordnungseinschränkungen in den Arzneimittelrichtlinien.</p>		
<p><b>Seite 39</b></p>		
<p><b>III. Exkurs: Vergleich zwischen IQWiG und NICE</b></p>		<p>Was dieser Exkurs im Eckpunktepapier zu suchen hat, weiß ich nicht. Dass er enthalten ist, deutet darauf hin, dass der Vorsitzende des IQWiG Prof. Dr. Sawitzki hieran mitgearbeitet hat.</p>
<p>Arbeitsauftrag</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überwindung der Abwehrhaltung des staatlichen Gesundheitssystems NHS gegen neue, teure Arzneimittel. Da die regionalen Gesundheitsbehörden die Budgethaftung haben, versuchen diese, die Anwendung neuer, teurer Arzneimittel weitgehend abzuwehren.</li> <li>▪ Das Gesundheitsministerium kann aufgrund einer positiven NICE – Bewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neue Arzneimittel sind nach Zulassung und Markteinführung sofort erstattungsfähig. Wenn diese Mittel vom Außendienst gut eingeführt werden, können sie schnell eine hohe Verbreitung in der Versorgung finden und etablierte, bewährte Arzneimittel verdrängen.</li> <li>▪ Ansatz der Regelungen zur Nutzenbewertung ist, die Anwendung neuer</li> </ul>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006			Kommentierung Dr. Ratajczak
	den NHS verpflichten, die Kosten für die Arzneimittel zu übernehmen.	Arzneimittel auf die medizinisch notwendigen zweckmäßigen Fallgestaltungen zu konzentrieren. Der G-BA kann auf der Grundlage einer Nutzenbewertung die Verordnung von Arzneimittel wegen Unzweckmäßigkeit oder Unwirtschaftlichkeit einschränken oder ausschließen bzw. entsprechende Therapiehinweise geben.	
Staatliche Einflussnahme und Kontrolle	NICE untersteht dem Gesundheitsministerium (DOH). Seine Mitarbeiter, auch die Leitung, ist dem Ministerium dienstrechtlich verantwortlich. Das DOH entscheidet allein über die Umsetzung der Nutzenbewertung. Es hat daher dominierenden Einfluss auf die Beschlussgremien. Diese vermeiden eine Beschlussfassung gegen die Vertreter des DOH	Eine rechtliche oder auch faktische Einflussnahme des Ministeriums auf die Nutzenbewertung besteht nicht.	
<b>Seite 40</b>			
Entscheidungsstruktur	Bei der Beschlussfassung sind neben den Wissenschaftlern auch Patienten- und Indust-	Das Institut entscheidet über seine Bewertung in alleiniger fachlicher Verantwortung	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006		Kommentierung Dr. Ratajczak	
	<p>rievertreter beteiligt. Faktisch kontrolliert das DOH das Beschlussgremium.</p>		
<p>Beteiligung von Patienten und Industrie</p>	<p>Fünf Schritte jeweils mit Beschluss des Beschlussgremiums unter Beteiligung von Patienten- und Industrievertretern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgabe der relevanten Fragestellungen für den Berichtsauftrag</li> <li>• Bewertung vorliegender Erkenntnisse externer Betroffener "stakeholder" für den Berichtsauftrag</li> <li>• Berichtsauftrag</li> <li>• Vorbericht zur Anhörung</li> <li>• Auswertung der Anhörung; Abschlussbericht</li> </ul> <p>Entscheidung über Einsprüche; Endbericht</p>	<p>Zweistufiges Beteiligungsverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fakultative Anhörung Externer zu den relevanten Fragestellungen des Berichtsauftrags</li> <li>• Einholung von Stellungnahmen zum Vorbericht</li> </ul>	
<p>Evidenz</p>	<p>Valide klinische Studien, vorrangig kontrollierte, randomisierte klinische Studien; Studien niedrigerer Evidenz, Expertenvoten; Berücksichtigung vertraulicher Zulassungsunterlagen der</p>	<p>Vorrangig, randomisierte klinische Studien, wenn die Fragestellung dies erlaubt; Rückgriff auf Studien niedrigerer Evidenz möglich.</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006		Kommentierung Dr. Ratajczak
	Hersteller	
Ergebnisse der Bewertung	NICE hat bisher ca. 60 Arzneimittel bewertet. IQWiG hat erst zwei vom GBA beauftragte Arzneimittelbewertungen vorgelegt. Beide Institute haben das neu zugelassene inhalative Insulin in einem "Rapid Report" nicht zur Anwendung empfohlen.	
<b>Seite 41</b>		
<b>Anlage 6</b>		
<b>Verordnung spezieller Arzneimittel nur in Abstimmung mit besonders qualifizierten Ärzten</b>		
<b>I. Handlungsbedarf</b>		
<p>Neue Wirkstoffe werden im Rahmen der Zulassung auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität nur für eine kleinere Zahl von Patienten geprüft. Nicht zulassungsrelevant ist zudem, ob neue Wirkstoffe etablierten Substanzen überlegen sind. Es ist sachgerecht, im Hinblick auf die Patientensicherheit neue Wirkstoffe zurückhaltend anzuwenden und zwar für die Patientinnen und Patienten, bei denen eine therapeutische Verbesserung zu erwarten ist. Diese Beschränkung ist auch aus Kostengründen geboten.</p> <p>Hochpreisige neue Wirkstoffe haben den höchsten Kostenzuwachs in der Arzneimittelversorgung mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten. In nächster Zeit wird eine große Zahl sehr hochpreisiger Arzneimittel-Innovationen in die Versorgung drängen. Beispielsweise: neue Immuntherapeutika zur Behandlung von Krebserkrankungen mit Jahrestherapiekosten zwischen 20.000 bis 60.000 Euro pro Patient. Eine systematische Wirtschaftlichkeitsprüfung findet bei der Verordnung dieser Arzneimittel derzeit nicht statt, weil diese Präparate als Praxisbesonderheiten überwiegend bei den Richtgrößen-Prüfungen ausgenommen werden.</p> <p>(Eine ähnliche Problematik ergibt sich bei Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren, deren Anwendung aus Qualitäts- und Kostengründen gleichfalls besonderen Regeln unterworfen werden sollte.)</p>		
<b>II. Beschlussvorschlag</b>		
1. Die Verordnung von besonders teuren Wirkstoffen, die oft auch risikoreich sind, durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit fachlich besonders qualifizierten Ärzten erfolgen. Hochspezialisierte Diagnostika und besondere Hilfsmittel werden dabei einbezogen. Die <b>freie Wahl des Arztes bleibt erhalten.</b>		Davon wird eher keine Rede sein können. Wenn man sich die denkbaren Abstimmungsmöglichkeiten nach II 2. anschaut, wird man die telefonische Abstimmung, die auf eine Ferndiagnose und Ferntherapieempfehlung hinausläuft, als qualitativ ungeeignet ausscheiden müssen.



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>2. Die Einzelheiten für die Abstimmung zwischen den besonders spezialisierten Ärzten und den behandelnden Ärzten müssen durch die Selbstverwaltung bundeseinheitlich geregelt werden innerhalb eines vorzugebenden Zeitrahmens. Dies gilt ebenso für die Abgrenzung der betroffenen Arzneimittel sowie für die [Seite 42] Qualifikationsanforderungen, die an die Ärzte gerichtet werden: Voraussetzungen für die Verordnung, Indikationsstellung</p>	
<p>Mindestzahl von Patienten.</p>	<p>Das nennt man einen closed shop begründen. Auch hier wird wiederum ein Baustein des intendierten Zwangs zum Zusammenschluss zu größeren Praxiseinheiten ersichtlich. Nur diese werden im Zweifel in der Lage sein, die ausreichenden Patientenzahlen nachzuweisen. Der Weg zu dieser Entwicklung würde schon früh im Transplantationswesen beschritten und trifft so langsam viele vor allem kleinere Krankenhäuser im allgemeinen operativen Bereich.</p>
<p>3. Um die Qualitätsanforderungen zu gewährleisten, wird dies im Rahmen der Vorschriften für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen umgesetzt.</p>	<p>Qualität kann in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur in (aufwendigen) Einzelfallprüfungen überprüft werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung soll aber gerade weitgehend abgeschafft werden (s. S. 46 f.).</p>
<p>Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapien werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen innerhalb einer vorzugebenden Frist festgelegt. Diese besonders qualifizierten Ärzte oder Institutionen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niedergelassene Ärzte,</li> <li>- Krankenhausärzte,</li> <li>- oder Zentren für hochspezialisierte Leistungen</li> </ul>	
<p>5. Die Bestimmung der besonders qualifizierten Ärzte erfolgt durch die gemeinsame Selbstverwaltung mit Vorgabe einer Öffnungsklausel für einzelvertragliche Regelungen durch Krankenkassen für Fälle, in denen Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht in angemessener Frist zustande kommen und dies zu besseren Ergebnissen hinsichtlich Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit führt. Eine Konzentration auf wenige Schwerpunktpraxen für hochspezialisierte Leistungen sollen vermieden werden, damit Versorgungsengpässe ausgeschlossen sind.</p>	
<p>6. Die Umsetzung erfolgt zeitlich und regional flexibel. Die Umstellung auf das neue System wird erst dann wirksam, wenn eine genügende Anzahl zertifizierter Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapie in einer Region vorhanden ist.</p>	<p>Durch die Weigerung der Ärzte, mitzumachen, kann man das neue System also effektiv blockieren. Daran sollte man zu gegebener Zeit denken.</p>
<p>Seite 43</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>Anlage 7</b>	
<b>Schutz der Arzneiverordnungsdaten</b>	
<b>I. Handlungsbedarf</b>	
<p>Die Pharmazeutische Industrie beschäftigt rd. <b>15.000 Außendienstmitarbeiter</b> als Pharmaberater. Deren Aufgabe ist nach dem Arzneimittelgesetz, die Ärzte "fachlich zu informieren" (§ 75 Abs. 1 AMG). Die Pharmaunternehmen bezahlen ihre Pharmaberater nach Maßgabe der Verordnungen der von ihnen beratenden Ärzten. Damit steht ganz klar nicht die Information, sondern die Absatzförderung im Vordergrund, was vom Arzneimittelgesetz nicht gedeckt ist. Diese Praktiken unterlaufen auch die legitimen Steuerungsaufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung.</p> <p>Dieser <b>Missbrauch der Pharmaberater</b> zur Verordnungssteuerung der Ärzte wird möglich, weil die Industrie über Großhandels- und Apotheken-Umsatzdaten verfügt, die auf einzelne Vertragsärzte beziehbar sind.</p>	<p>15.000 Pharmaberater werden also beschäftigt zum Missbrauch der Verordnungssteuerung. Also schafft man die Pharmaberater am Besten gleich ganz ab. Macht nur 15.000 Arbeitslose mehr aus.</p>
<b>II. Beschlussvorschlag</b>	
<p>Der Schutz der Arzneimitteldaten wird verbessert. Die Aufbereitung von Umsatzdaten in einer Detailliertheit, dass die Verordnungen einzelner Vertragsärzte nachvollziehbar sind, durch Dritte, die nicht hierzu ausdrücklich gesetzlich befugt sind, wird datenschutzrechtlich unterbunden. Damit wird die Aufgabe des Pharmaberaters auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zurückgeführt, nämlich die Information des Arztes. Ein schützenswertes Recht der Pharmaunternehmen, das Ordnungsverhalten arztbezogen zu steuern, besteht nicht, wenn dies mit dem sozialstaatlich legitimierten Ziel einer strikten Bindung der Verordnungen ausschließlich an das Prinzip der Wirtschaftlichkeit kollidiert. Es wird gewährleistet, dass die arztbezogene Steuerung der ärztlichen Ordnungsweise ausschließlich durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgt.</p> <p>Ausnahmen für Forschungszwecke bleiben möglich.</p>	
<b>Seite 44</b>	
<b>Anlage 8</b>	
<b>Anwendungsbeobachtungen bei Arzneimitteln</b>	
<b>I. Handlungsbedarf</b>	
<p>Pharmazeutische Unternehmen zahlen Ärzten Geld für die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen. Anwendungsbeobachtung ist die Aufzeichnung und Analyse von Behandlungsmaßnahmen in der routinemäßigen Anwendung durch den Arzt unter Alltagsbedingungen. Diese können für jedes zugelassene</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>und auf dem bundesdeutschen Markt verfügbare Arzneimittel durchgeführt werden. Pharmazeutische Unternehmer sind gemäß § 67 Abs. 6 AMG verpflichtet, die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen u. a. den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Angabe von Ort, Zeit, Ziel der Anwendungsbeobachtung und der beteiligten Ärzte unverzüglich anzuzeigen. Nicht gemeldet werden muss die Höhe der Vergütung an den Arzt.</p> <p>Zwar enthält der gemeinsame Verhaltenskodex der Pharmaverbände aus gutem Grund einen eigenen Abschnitt zu Anwendungsbeobachtungen mit der Empfehlung, dass die "Vergütung so zu bemessen ist, dass dadurch kein Anreiz zur Verordnung eines Arzneimittels entsteht." Diese Formulierung ist jedoch unpräzise. Die Vereinbarung ist freiwillig und entfaltet deshalb keine Verbindlichkeit.</p>	
<p>Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verlautet, kaum eine der gemeldeten Anwendungsbeobachtungen habe versorgungsrelevante Fragestellungen. Anwendungsbeobachtungen sind keine Einzelfälle. Derzeit sind über 250 Anwendungsbeobachtungen gemeldet, die überwiegend bundesweit und jeweils mit Beteiligung einer größeren Zahl von Ärzten durchgeführt wird. Es ist nicht bekannt, wie viele Verordnung im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen erfolgen, möglicherweise sind dies Millionen von Verordnungen. <b>Transparency International behauptet, die Industrie zahle an Ärzte für Anwendungsbeobachtungen pro Jahr rd. 1 Mrd. € und stellt dies in die Nähe der Korruption. Diese Bewertung ist keine Einzelmeinung.</b></p>	<p>Man fragt sich bei Transparency International jedes Jahr erneut, mit welchem Recht (oder sollte man besser von Chuzpe reden?) diese Organisation den Anspruch vertritt, angeblich durch Korruption verursachte Schadenszahlen im deutschen Gesundheitswesen zu veröffentlichen. Transparent macht die Organisation die Quellen ihrer Erkenntnisse jedenfalls nicht.</p>
<p><b>II. Beschlussvorschlag</b></p>	
<p>1. Die <b>Meldepflicht der Industrie wird um die Angabe der gezahlten Vergütungen erweitert</b>, soweit es sich um Vertragsärzte handelt. Dabei sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten. Die Notwendigkeit ergänzender <b>[Seite 45]</b> Regelungen zur Information der Versicherten durch den Arzt über die Durchführung einer Anwendungsbeobachtung wird geprüft</p>	<p>Man darf gespannt sein, wie sich das auswirken wird.</p>
<p>2. <b>Die Prüfungsausschüsse werden verpflichtet, Stichprobenprüfungen bei teilnehmenden Ärzten durchzuführen</b>, um so zu vermeiden, dass Anwendungsbeobachtungen zu vermeidbaren Mehrkosten für die Solidargemeinschaft führen.</p>	<p>Es gibt also neue Arbeit für die Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung.</p>
<p><b>Seite 46</b></p>	
<p><b>Anlage 9</b></p>	
<p><b>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</b></p>	
<p><b>I. Handlungsbedarf</b></p>	
<p>Eckdaten zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arzneimitteln: Knapp 400 Mitar-</p>	<p>Daraus sollte man vielleicht besser bei der bisherigen Regelform der statistischen</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>beiter bundesweit sind in allen Geschäftsstellen beschäftigt. Die Personalkosten betragen geschätzt ca. 8-10 Mio. Euro/ Jahr bzw. rd. 0,1 % der Ausgaben für ärztliche Behandlung und für verordnete Arznei- und Heilmittel. <b>Die eingenommenen Regressbeträge dürften etwa die Kosten des Verfahrens decken.</b></p>	<p>Prüfung die Konsequenz ziehen, auf diese Art von Kontrolle zu verzichten. Im Prinzip trägt sich die Kontrolle selbst, erzeugt aber ansonsten offenbar keinen messbaren Benefit für das deutsche Gesundheitswesen: Bürokratie um der Bürokratie willen. Sie abzubauen, ist sicher sinnvoll. Aber die Ansätze im Eckpunktepapier deuten eher auf einen Aufbau der Bürokratie, auch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung hin.</p>
<p>Ein Ausgleich von Überschreitungen der vereinbarten Ausgabenziele (§ 84 Abs. 1 SGB V) durch Regresse ist damit aber nicht möglich. Die Anzahl der in Prüfungen einbezogenen Praxen erreicht je nach Fachgruppe bis zu 30 %. <b>Rechtskräftige Regresse werden für ca. 3 % – 5 % der Praxen mit einem durchschnittlichen Volumen von etwa 1.500 Euro je Praxis festgesetzt</b> (Schätzwerte auf Basis der Daten einer KV; eine bundesweite Statistik ist nicht verfügbar).</p>	<p>Interessante Feststellung. Entspricht aber nicht unseren Erkenntnissen.</p>
<p>Die Professionalisierung der Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse durch das GMG hat die Arbeitsfähigkeit der Prüfungsausschüsse verbessert. Der Antragsstau wird abgearbeitet. Dennoch besteht weiterer Handlungsbedarf zur Vereinfachung der Verfahrensabläufe. Die große Zahl von Einzelfallprüfungen wegen "sonstigem Schaden" (Arzneimittel, die aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind) belastet die Arbeit der Prüfungsausschüsse. Nach wie vor können Richtgrößen- und Zufallsprüfungen oft erst Jahre nach der Verordnung durchgeführt werden und daher keine steuernde Wirkung entfalten. Richtgrößenprüfungen scheitern vor den Sozialgerichten, weil die Richtgrößenvereinbarungen zu spät getroffen werden. Es werden zu viele Ärzte in die Prüfung einbezogen, wenn Praxisbesonderheiten erst im Laufe des eigentlichen Prüfverfahrens berücksichtigt werden. Da die Prüfungen gemeinsam und einheitlich durchgeführt werden, gefährden <b>Daten-Probleme einzelner Kassen</b> die gesamte Prüfung.</p>	<p>Wenn man bedenkt, mit welcher Akribie der Gesetzgeber seit 1989 die Datensammelmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert hat, obwohl seit Jahren geklagt wird, dass viele von ihnen mit den Daten nichts anzufangen wüssten, beeindruckt, dass das Problem als solches immerhin zur Kenntnis genommen wird. Wer Daten sammeln darf, sie aber nicht verwerten kann, braucht die Daten nicht. Braucht er sie nicht, darf er sie nicht sammeln. So müsste die Lösung lauten. Es geht schließlich um sensible Sozialdaten.</p>
<p><b>II. Beschlussvorschlag</b></p>	
<p>1. Abtrennung der Verfahren zum "Sonstigen Schaden" (Arzneimittel, die aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind) durch Zuweisung der Entscheidung an die Geschäftsstelle mit Klagemöglichkeit vor den Sozialgerichten. <b>Es handelt sich um Prüfungen des Leistungsanspruchs im Einzelfall.</b></p>	<p>Das ist im Grundsatz richtig, wird aber personalintensiv für die Prüfungsgremien – und arbeitsintensiv für die betroffenen Ärzte. Dokumentation ist hier die "ganze Miete".</p>
<p><b>Seite 47</b></p>	
<p>2. Das Verfahren für Richtgrößen- und Zufallsprüfungen wird gestrafft. <b>Die Geschäftsstelle entscheidet als erste Instanz.</b> Der Prüfungsausschuss, der aufgrund einer Besetzung mit ehrenamtlichen Vertretern der Selbstverwaltung nur begrenzte Kapazität hat, entscheidet als zweite Instanz über Widersprüche. <b>Der bisherige Beschwerdeausschuss entfällt.</b></p>	<p>Bisher hatte man die Verfahren im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung betrieben, weil man zu Recht glaubte, auf medizinischen Sachverstand, etwa bei der Beurteilung von Praxisbesonderheiten nicht verzichten zu können. Nun hält man das Ganze nur noch für eine Verwaltungsangelegenheit. Mehr Bürokratie wagen als Motto.</p>

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>3. Der Anteil der Ärzte, die wegen Richtgrößenüberschreitungen geprüft werden, wird gesetzlich auf etwa 5 % beschränkt. Dies wird die Vertragspartner davon abhalten, unrealistische Werte zu vereinbaren. <b>Außerdem wird erreicht, dass nur besonders unwirtschaftliche Ärzte geprüft werden.</b></p>	<p>Erreicht wird damit nur, dass diejenigen Ärzte überprüft werden, deren Abrechnungskennnisse nicht überdurchschnittlich sind. In großen Praxiseinheiten lässt sich das problemlos vermeiden.</p>
<p>4. Die gesetzlichen Vorgaben zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten werden vereinfacht. Arzneimittel, die pauschal anerkannt werden können, werden grundsätzlich vorab von den Verordnungskosten abgezogen. Weitere Praxisbesonderheiten werden auf Antrag des Arztes praxisindividuell ermittelt aus einer Stichprobe der Behandlungsfälle, die auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hochzurechnen sind. Dies erhöht die Rechtssicherheit, stellt Einzelfallgerechtigkeit her, vereinfacht und beschleunigt das Verfahren. Damit wird zugleich ausgeschlossen, dass fehlende Daten einzelner Kassen die Prüfung insgesamt gefährden.</p>	
<p>5. In den Fällen, in denen eine Richtgrößenprüfung zum Beispiel wegen verspätetem Zustandekommens einer Vereinbarung nicht durchgeführt werden kann, erfolgt die Prüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. <b>Der Prüfungsausschuss erhält hierfür die Möglichkeit, den Schwellwert für das Aufgriffskriterium von Überschreitungen abzusenken.</b></p>	<p>Das wird Anlass zu vielen Prozessen geben.</p>
<p>6. <b>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</b> sind innerhalb einer <b>Ausschlussfrist von zwei Jahren</b> nach dem Ende des Verordnungsjahres durchzuführen.</p>	<p>Damit wird die bisherige Praxis der BSG-Rechtsprechung (16 Quartale) korrigiert. Diese Korrektur ist zu begrüßen.</p>
<p><b>Seite 48</b></p>	
<p><b>Anlage 10</b></p>	
<p><b>Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittelreste</b></p>	
<p><b>I. Handlungsbedarf</b></p>	
<p>Entsprechend der Vorgaben des Koalitionsvertrags ist zu prüfen, wie eine Verwendung von nicht verabreichten Opiaten und anderen Medikamenten nach dem Tod eines Patienten in Hospizen und Heimen möglich wird.</p>	
<p><b>II. Beschlussvorschlag</b></p>	
<p><b>Es wird die Möglichkeit geschaffen, nicht benutzte Arzneimittel von Gemeinschaftseinrichtungen, die Arzneimittel zentral bevorraten, bei anderen Patienten zu verwenden.</b></p>	<p>Offenbar grundstürzende Neuregelung, die es zwingend erfordert, sowohl im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 als auch im Eckpunktepapier gesondert erwähnt zu werden und die man nicht einfach dem Fachministerium zur Regelung überlassen kann. Wirklich gravierende Probleme hat das Gesundheitswesen in Deutschland wohl doch nicht. Warum solche Details auf politisch höchster Ebene gelöst werden müssen, bleibt das Geheimnis der Verfasser.</p>
<p><b>Seite 49</b></p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<b>Anlage 11</b>	
<b>Schnittstelle Rehabilitation und Pflege</b>	
<p>Die Beseitigung der Schnittstellen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung mit dem Ziel, die Versorgung für die Versicherten zu optimieren, ist seit geraumer Zeit Gegenstand weit reichender Diskussionen. Dabei besteht vor allem in folgenden Bereichen Handlungsbedarf:</p>	
<p><b>1. Geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit</b></p>	<p>An dieser Stelle eine Verbesserung zu erzielen, ist sicher sinnvoll. Es sieht aber bei der angedachten Lösung ganz nach einem neuen Verschiebebahnhof zu lasten der GKV aus.</p>
<p><u>Beschlussvorschlag:</u></p>	
<p>Die ambulante und stationäre Rehabilitation wird für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessensleistung in eine Pflichtleistung umgewandelt. Der Vorrang der ambulanten vor der stationären Rehabilitation bleibt dabei uneingeschränkt erhalten; diesen Grundsatz durchzusetzen ist Aufgabe der Krankenkassen. In die Vorgaben für die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Abgrenzungskriterien und die Definition der geriatrischen Reha aufzunehmen. Durch eine zielgenaue Beschreibung der Leistungsvoraussetzungen wird eine Konzentration auf das medizinisch Notwendige erreicht. Damit wird sichergestellt, dass es zu keiner medizinisch unbegründeten Leistungsausweitung kommt.</p> <p>Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen gemeinsam und einheitlich Richtlinien für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit stationären Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation auf, insbesondere zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Versorgung.</p> <p>Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.</p>	
<p><u>Begründung:</u></p>	
<p>Nach dem Koalitionsvertrag soll die Finanzierung der Behandlungspflege im vollstationären Pflegebereich als Daueraufgabe bei der Pflegeversicherung verbleiben. Im Gegenzug sollen an der Nahtstelle von Kranken- und Pflegeversicherung Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit deutlich verbessert [Seite 50] werden. Gerade in der ambulanten und stationären Geriatrie sind Versorgungsmängel unbestritten. Die beklagte mangelhafte Umsetzung von Maßnahmen geriatrischer Rehabilitation wird u.a. auch auf die Ausgestaltung der Rehabilitation als Ermessensleistung in § 40 SGB V zurückgeführt.</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>Voraussetzung für die Erbringung stationärer Rehabilitationsleistungen zu Lasten der GKV ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Dies gilt auch, wenn eine Krankenhausabteilung in eine Rehabilitationsabteilung umgewidmet werden soll (siehe § 111 Abs. 6 SGB V). Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist, dass die Rehabilitationseinrichtung für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig ist.</p>	
<p><b>2. Verbesserung des Entlassungsmanagements und der Kooperation</b></p>	
<p><u>Beschlussvorschlag:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Das <b>Entlassungsmanagement</b> der Krankenhäuser ist so zu optimieren, dass die Anschlussversorgung möglichst weitgehend mit den vorhandenen Instrumenten erreicht werden kann.</li> </ul>	<p>Das ist sinnvoll, wird allerdings in vielen Kliniken längst gemacht.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bestehende Einrichtungen sowie Versorgungs-, Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote müssen besser miteinander kooperieren und eine bessere Vernetzung in der Versorgung der Patienten erreichen. Insbesondere sind die Leistungsangebote in der häuslichen Krankenpflege zu optimieren. Durch eine gezielte Erweiterung des Haushaltsbegriffs können entsprechende Leistungen auch dann beansprucht werden, wenn der Versicherte zwar nicht mehr stationärer Krankenhausbehandlung bedarf, aber vor einer Rückkehr in den eigenen häuslichen Bereich sich zunächst übergangsweise in anderen Wohnformen aufhält.</li> </ul>	
<p><u>Begründung:</u></p>	
<p>Es bestehen vermehrt Hinweise, dass Versicherte nach einer Krankenhausbehandlung noch nicht in eine Rehabilitationsphase wechseln können, aber auch noch nicht wieder in den eigenen Haushalt zurück können. Dies ist keine Folge der Einführung der DRGs, denn, die Versicherten sind nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig und bedürfen daher keiner Versorgung mehr in einem Akutkrankenhaus. Gründe hierfür sind vielmehr z.B. noch [Seite 51] bestehender hoher medizinisch-behandlungspflegerischer Bedarf, noch fehlende Rehabilitationsfähigkeit, die unzureichende Unterstützung durch Angehörige oder andere ambulante Hilfsangebote, aber auch die noch nicht in ausreichendem Maße wieder vorhandene Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung bzw. Eigenversorgung. Vielfach erfolgt dann ein Übergang unmittelbar vom Krankenhaus in eine vollstationäre (Dauer-) Pflegeeinrichtung, aus der in aller Regel keine Rückkehr mehr in die Häuslichkeit stattfindet (z.B. ist die Wohnung aufgelöst, das Pflegeheim hat einen neuen Kunden geworben), obwohl Potential für</p>	



Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
eine Vermeidung der dauerhaften Pflegebedürftigkeit besteht und/oder eine selbständige Lebensführung in der angestammten Häuslichkeit nach einer „Kräftigungsphase“ wieder möglich bzw. zumutbar wäre. Diese Übergangsprobleme müssen vermindert werden.	
<b>3. Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V</b>	
<u>Beschlußvorschlag:</u>	
Leistungen der Pflegeversicherung werden in die <b>integrierte Versorgung</b> einbezogen.	Das kann sinnvoll sein.
<u>Begründung:</u>	
<p>Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind wichtige Schwerpunkte der Integrierten Versorgung. Gerade geriatrische Patienten und Pflegebedürftige leiden häufig an chronischen Krankheiten und/oder an einer Vielzahl von weiteren gesundheitlichen Beschwerden. Nach den Erfahrungen aus der Praxis werden geriatrische Patienten und Pflegebedürftige jedoch bislang nicht oder nur in Ausnahmefällen in Integrierte Versorgungsansätze einbezogen.</p> <p>In der Integrierten Versorgung können auch Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden. Hierzu beziehen die Krankenkassen in die Verträge auch die Pflegekassen und deren Leistungserbringer ein. Die Kranken- und Pflegekassen haben jeweils ihre Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu finanzieren. Das Nähere zu den Pflegeleistungen und deren Erbringung regeln die Vertragspartner nach den Vorgaben SGB XI.</p>	
<b>Seite 52</b>	
<b>4. Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V – neue Wohnformen</b>	
<u>Beschlussvorschlag:</u>	
Der <b>Haushaltsbegriff</b> bei häuslicher Krankenpflege wird erweitert.	Das wird zu spürbaren Mehrausgaben in der GKV führen.
<u>Begründung:</u>	
<p>Betreute Wohnformen, die künftig nicht mehr den Vorschriften des Heimgesetzes unterliegen, und deren Bewohner ambulante Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, sollen verbesserte Angebote für ambulant Pflegebedürftige darstellen. In der gesetzlichen Krankenversicherung soll durch eine entsprechend definierte Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der Regelung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V dafür gesorgt werden, dass die Betroffenen hinsichtlich der Erbringung von häuslicher Krankenpflege gegenüber den konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden. Darüber hinaus sol-</p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>len für eng begrenzte Personengruppen ( z.B. Wachkomapatienten, dauerbeatmete Patienten ) eine sinnvolle Definition des Haushaltsbegriffs gefunden werden, die vorschnelle Krankenhauseinweisungen verhindert und eine umfassende Finanzierung der Versorgung gewährleistet.</p>	
<p><b>5. Schnittstellenprobleme zwischen GKV und Pflege in der Hilfsmittelversorgung</b></p>	
<p><u>Beschlussvorschlag:</u></p>	
<p>In § 33 SGB V wird klargestellt, dass im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gegenüber der GKV auch dann noch ein Anspruch auf Versorgung mit individuell benötigten Hilfsmitteln besteht, wenn die Rehabilitationsziele nur noch in erheblich eingeschränktem Umfang erreicht werden können. Die Rechtsänderung wird so eng einzugrenzt, dass es nicht zu <b>ungewollten Leistungsverchiebungen</b> zu Lasten der GKV kommt, sondern ausschließlich die durch die jüngere BSG-Rechtsprechung ausgeschlossenen am schwersten betroffenen Fälle wieder einen Leistungsanspruch erhalten.</p>	<p>Das wird dessen ungeachtet zu Mehrausgaben in der GKV führen.</p>
<p><b>Seite 53</b></p>	
<p><u>Begründung:</u></p>	
<p>An der Schnittstelle zur vollstationären pflegerischen Unterbringung hat die jüngere Rechtsprechung des BSG zur Hilfsmittelversorgung zu einer Problematik geführt, aus der sich politischer Handlungsbedarf ergibt. Das BSG hatte den Anspruch einer schwerst geistig behinderten Heimbewohnerin auf Ausstattung mit einem speziellen Lagerungsrollstuhl, der ihr noch eine passive Teilhabe am Gemeinschaftsleben im Heim ermöglicht hätte, mit der Begründung verneint, eine medizinische Rehabilitation im Sinne einer selbstbestimmten Teilhabe sei nicht mehr möglich. Die Versicherte sei zu einem reinen "Objekt der Pflege" geworden und die GKV daher nicht mehr leistungspflichtig. Im Ergebnis bedeutet die Entscheidung, dass entsprechende Hilfsmittel – soweit sie nicht vom Pflegeheim, das allerdings nur die sog. Grundausstattung des Heims und keine individuellen Hilfsmittel bereitzustellen hat, vorgehalten werden – nur auf eigene Kosten oder über die Sozialhilfe beschafft werden können. Geschieht dies nicht, bleiben die Versicherten unversorgt und sind damit von jeglicher Teilhabe am Gemeinschaftsleben vollständig und auf Dauer ausgeschlossen.</p>	
<p><b>Seite 54</b></p>	
	<b>Anlage 12</b>
<p><b>Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)</b></p>	
<p><u>Beschlussvorschlag</u></p>	

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006	Kommentierung Dr. Ratajczak
<p>1. Die Aufgaben des MDK werden den aktuellen Herausforderungen angepasst. Dabei sind u. a. zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung von Gutachten im Einzelfall zur Erwerbsfähigkeit von Beziehern von ALG II</li> <li>• Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung</li> <li>• Reduzierung des Prüfaufwandes in Bezug auf medizinische Vorsorge- und Rehaleistungen, indem die Krankenkassen deren Notwendigkeit nicht mehr generell vor der Bewilligung, sondern nur noch bei beantragter Verlängerung durch den MDK prüfen lassen müssen und im Übrigen die Einschaltung des MDK auf Stichprobenprüfungen beschränken können.</li> </ul>	
<p>2. Die Organisationsstruktur des MDK soll so gestaltet werden, dass sie auch bei <b>veränderten Organisationsstrukturen der Krankenversicherung</b> Bestand hat. Fusionen und Kooperationen sollen erleichtert werden.</p>	<p>Diese Passage ist deshalb interessant, weil man im Eckpunktepapier noch nicht von einer beabsichtigten Änderung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen ausgehen kann. In welche Richtung die Veränderung gehen könnte, ergibt sich aus der politischen Diskussion des letzten Jahres, die zwischen holländischem Modell und Einheitskasse pendelt.</p>
<p>3. Die Umlagefinanzierung des MDK wird für den Bereich der gutachtlichen Stellungnahmen/ Einzelfallprüfungen grundsätzlich beibehalten. In wettbewerbsrelevanten Beratungsfeldern werden generell die Nutzerfinanzierung und ein Wahlrecht der Krankenkassen, welchen MDK oder welchen anderen Gutachterdienst sie beauftragen, ermöglicht.</p> <p>4. Das Aufgabenspektrum des MDS wird entsprechend angepasst.</p>	