

Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006

Gesundheitsfonds und Beitragssatzerhöhungen – Einstieg in die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Kinder-Mitversicherung

Die Spitzen der Großen Koalition haben sich Anfang Juli nach zähem Ringen auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ verständigt, die sowohl auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite strukturelle Änderungen beinhalten. Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds sollen „Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen“ geschaffen werden.

Nicht mehr die Krankenkassen bestimmen über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, sondern der Staat per Gesetz. Die Kassen dürfen die Beiträge auch nicht mehr selbst einziehen, dies übernimmt in Zukunft der Fonds als Geldsammel- und Verteilungsstelle.

Steuern für Kinderversicherung

Mit dem Einstieg in eine partielle Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus dem Bundeshaushalt soll die gesetzliche Krankenversicherung langfristig auf eine „stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis“ gestellt werden. Zu diesem Zweck sollen im Haushaltsjahr 2008 zunächst 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2009 drei Milliarden Euro aus dem Bundesetat zur Finanzierung der Mitversicherung von Kindern bereitgestellt werden.

Die Mittel würden in den darauf folgenden Jahren sukzessive auf den Gesamtbetrag von 16 Milliarden Euro erhöht werden, der zur Finanzierung der Kinderversicherung in der GKV derzeit veranschlagt wird. Zusätzliche Steuern sollen nicht erhoben werden. Den von der SPD geforderten „Gesundheitssoli“ zum

Aufbau einer dritten Säule der GKV-Finanzierung wird es nicht geben. CDU/CSU und vor allem die Ministerpräsidenten der Unionsregierten Länder hatten sich strikt gegen die Einführung einer solchen Sondersteuer ausgesprochen.

Das voraussichtliche Defizit der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2007 von annähernd 7 Milliarden Euro – einige Koalitionspolitiker sprechen auch von 8 Milliarden Euro – soll durch eine einmalige Erhöhung der Krankenkassenbeiträge um rund 0,5 Prozentpunkte gesenkt werden. Nach dieser Erhöhung sollen die Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern „gesetzlich fixiert“ werden.

Die Regierungsparteien erkennen an, dass aufgrund der demografischen Entwicklung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich sein wird. Die Koalition bleibt aber die Antwort darauf schuldig, wie dieser Mehrbedarf finanziert werden soll. Anerkannt wird auch die Innovationskraft und ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens für den Standort Deutschland. Der Gesundheitsversorgung wird eine hohe Qualität im internationalen Vergleich attestiert.

Nach der letzten Verhandlungsrunde wurde nicht mehr von einer grundlegenden Reform, sondern nur noch von einer Reform der Finanzierungsstrukturen gesprochen. Mit der Finanzierungsreform werde sichergestellt, „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“. Unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt

und die demografische Entwicklung sollen in einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess zuerst über den aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln und dann erst von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen werden.

Forderungen der Ärzte aufgegriffen

Die Koalition hebt ausdrücklich die Bedeutung einer hochwertigen und flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung hervor. Im Vergleich zu anderen Ländern spielten Wartezeiten und Leistungseinschränkungen keine nennenswerte Rolle, wird eine Sechs-Länder-Studie aus dem Jahr 2005 zitiert. Zur Optimierung der Versorgung und besseren Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und den verschiedenen Arztgruppen sollen jedoch weitreichende Änderungen erfolgen, die Forderungen der Ärzteschaft entsprechen:

- Die sektoralen Budgets sollen überwunden werden, damit das Geld der Leistung folgen kann.
- Die Krankenhäuser sollen konsequenter als bisher hoch spezialisierte Leistungen auch ambulant erbringen können; eine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung ist aber nicht vorgesehen.
- Regelungen zur Qualitätssicherung sollen entbürokratisiert und auf das Wesentliche konzentriert werden.
- Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik der Vertragsärzte wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst.
- Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen.

- Ein verpflichtendes Primärarztmodell wird abgelehnt.
- Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Ordnungsquartal begrenzt.
- Die Transparenz über Inhalte von Integrationsverträgen soll verbessert werden; Kassen müssen plausibel darlegen, warum sie Mittel einbehalten haben.
- Prävention wird zur eigenständigen Säule ausgebaut.
- Gesetzliche Vorgaben zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten werden vereinfacht.

Darüber hinaus sieht das Eckpunktetpapier eine Reihe von Einzelmaßnahmen vor, die sich mit Forderungen der Ärzteschaft decken:

- Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel in Gemeinschaftseinrichtungen;
- bessere Vergütung der Palliativversorgung/ unbürokratische Abrechnungsmodalitäten;
- kein Einsatz des Medizinischen Dienstes zur Einzelfallsteuerung;
- Stärkung von Eigenverantwortung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (z.B. nach Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen).

Kritische Punkte

Die politischen Intentionen zur Einführung der Euro-Gebührenordnung für Vertragsärzte sind kritisch zu hinterfragen. Denn mit der Euro-Gebührenordnung wird dem Vertragsarzt nicht nur eine Leistungsvergütung in festen Preisen in Aussicht gestellt, diese Vertragsgebührenordnung soll offensichtlich auch die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ersetzen.

Wörtlich heißt es: „Ziel muss 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.“

Selbst wenn Steigerungssätze innerhalb des privatärztlichen Gebüh-

renrahmens vorerst noch möglich bleiben, so wäre damit doch der GOÄ als Gebührentaxe eines freien Berufes und damit auch der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung die Grundlage entzogen, zumal auch von einem PKV-Basistarif mit Leistungsumfang der GKV die Rede ist.

Für die PKV könnte sich auch die von der Koalition geforderte Portabilität der individuellen Altersrückstellungen beim Wechsel zwischen den Systemen – die GKV hat dafür keine Mittel – als ausgesprochen geschäftsschädigend erweisen. Unklar ist auch, woher die Mittel für die Altersrückstellungen innerhalb des neuen PKV-Basistarifs kommen sollen. Offensichtlich setzt die Koalition darauf, dass dafür Mittel aus den bestehenden Rückstellungen generiert werden – was letztlich einer Enteignung der PKV-Versicherten gleichkäme. Gleichzeitig wurde ein Wechsel von der GKV zur PKV erheblich erschwert: Er soll künftig erst möglich sein, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze (heute: 47.250 Euro) in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten wird.

Offene Fragen

In einer Reihe von Punkten sind die „Eckpunkte“ interpretationsbedürftig. Erst die gesetzliche Ausgestaltung der genannten Zielvorgaben wird Aufschluss darüber geben, wie die Koalition hier konkret vorgehen wird:

- Den Arzneimittelherstellern wird künftig die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneverordnungsdaten untersagt;
- Bildung eines einheitlichen Spitzenverbandes der GKV für so genannte wettbewerbsneutrale Aufgaben;
- alters- und risikoadjustiertes Zuweisungssystem im Gesundheitsfonds;
- einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme;
- vereinfachter und zielgenauer Risikostrukturausgleich einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.

*Bundesärztekammer/
berlin aktuell/RhÄ*

Verschreibungspflicht von Arzneimitteln: Zurück zu mehr Praxisnähe

Die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung hatte überwiegend zu Unverständnis über diesen praxisfernen „Bürokratieaufbau“ geführt (wie in Heft 2/2006, Seite 16 und Heft 5/2006, Seite 8 des Rheinischen Ärzteblattes berichtet). Mit einer „Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung“ vom 27.06.2006 sind seit 1. Juli 2006 folgende Änderungen in Kraft getreten:

1. Die Angabe der Darreichungsform eines Arzneimittels ist nicht mehr nötig, wenn das Fertigarzneimittel durch die Bezeichnung eindeutig festgelegt ist.
2. Apotheker können in dringenden Fällen wieder fehlende Angaben ergänzen wie
 - das Datum der Ausfertigung,
 - die Darreichungsform,
 - die Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen,
 - sowie das Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist.
3. In dringenden Fällen kann ein Arzt den Apotheker, insbesondere fernmündlich, über die Verschreibung und deren Inhalt unterrichten, wobei sich der Apotheker über die Identität der verschreibenden Person Gewissheit zu verschaffen hat. Der Arzt muss dem Apotheker in schriftlicher oder elektronischer Form die Verschreibung unverzüglich nachreichen.
4. Für den Eigenbedarf eines Arztes bedarf eine Verschreibung nicht der schriftlichen oder elektronischen Form. Jedoch muss auch hier der Arzt dem Apotheker die Verschreibung in schriftlicher oder elektronischer Form unverzüglich nachreichen.

Anmerkungen: Damit kann ein Arzt wieder durch Vorlage seines Arztausweises verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Apotheke erhalten, insbesondere für den Eigenbedarf. Das geforderte unverzügliche Nachreichen der betreffenden Verschreibungen in schriftlicher oder elektronischer Form mag für Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen von Relevanz sein, bei einer rein privaten Kostenübernahme ist der Sinn dieses Nachreichens nicht ganz nachvollziehbar.

Die unverändert gültigen Paragraphen der Verschreibungsverordnung vom Dezember 2005 können unter oben genannten Textstellen im Rheinischen Ärzteblatt nachgelesen werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2006; 151: 100-103

Dr. Günter Hopf/ÄkNo