

# 100 Tage Gesundheitsreform

## Beitragssätze sinken

Krankenkassen mit knapp 13 Mio. Versicherten haben ihre Beitragssätze bereits zum 1. Januar 2004 gesenkt. Weitere Kassen mit ca. 12 Mio. Versicherten reduzierten ihren Beitragssatz zum 1. April 2004. Zum 1. Mai 2004 haben nochmals Kassen mit knapp 2 Mio. Versicherten Senkungen beschlossen. Damit haben bislang die meisten Ersatzkassen (bis auf die TK mit 13,7 %), die Bundesknappschaft, einige BKKen und IKKen sowie zwei von 17 AOKen (Bayern und Rheinland-Pfalz) Beitragssatzsenkungen durchgeführt bzw. beschlossen. Somit wird es schon im ersten Halbjahr 2004 für 38 Prozent der rund 70 Mio. gesetzlich Versicherten niedrigere Beitragssätze geben.

Bei einigen BKKen, insbesondere Wachstumskassen, die in der Vergangenheit häufig mit zu niedrigen Beitragssätzen um die Gunst der Versicherten geworben haben und z.T. in eine hohe Verschuldung geraten sind, waren auch Beitragssatzanhebungen unausweichlich.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der zum Jahreswechsel ohne die Reformmaßnahmen nach einem Defizit von 2,9 Mrd. € in 2003 nochmals deutlich angestiegen wäre, ging zum 1. Januar 2004 von 14,32 auf 14,27 v.H. zurück und wird zum 1. April 2004 voraussichtlich bei ca. 14,2 v.H. liegen.

Die vorsichtigen Schätzer der GKV haben sich am 10. März festgelegt: Sie erwarten nun einen durchschnittlichen Beitragssatz im Laufe des Jahres 2004, der deutlich unter 14 Prozent liegen wird.

## Praxisgebühr steuert

Nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die Zahl der Arztkontakte im Januar um fünf bis acht Prozent gesunken und im Februar um drei bis vier Prozent zurückgegangen. Konkrete Zahlen werden Ende April verfügbar sein.

Die Einführung der Praxisgebühr ist viel reibungsloser verlaufen als prognostiziert wurde. Eine Umfrage unter Ärzten ergab, dass 88 Prozent angaben, der organisatorische Ablauf habe „gut bis sehr gut“ funktioniert. Auch das Inkassorisiko ist sehr viel geringer als gemutmaßt wurde: Bei drei Mio. Fällen habe man nur bei ein paar hundert, also 0,1 Prozent mahnen müssen, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

## **Arzneimittelausgaben sinken**

Für das erste Quartal 2004 kann mit einem absoluten Rückgang der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen von über 1 Mrd. Euro gerechnet werden: Im Januar und Februar 2004 sanken die Ausgaben um rund 900 Mio. Euro gegenüber Jan./ Feb. 2003 bzw. um über 25 %. Die Zahlen für März 2004 liegen noch nicht vor.

Durch die neue Apothekenpreisverordnung sind die Preise für Arzneimittel mit einem Preis oberhalb von 28,50 Euro und einem Gesamtumsatz von rd. 17 Mrd. Euro gesunken, lediglich für einen Umsatz von rd. 1 Mrd. Euro wirkt sich die neue Apothekerhonorierung preiserhöhend aus. Damit wird auch den von Patientinnen und Patienten immer wieder vorgebrachten Klagen über die Verweigerung der Verschreibung von teuren innovativen Arzneimitteln der Boden entzogen.

## **Festbeträge auch für Analogpräparate**

Aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes können jetzt wieder patentgeschützte Analogarzneimittel in Festbeträge der Stufe 2 (Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen) einbezogen werden, wie bereits schon von 1989 bis 1995. Hiervon ausgenommen sind therapeutische Innovationen.

Der zuständige Unterausschuss Arzneimittel hat mit Datum vom 12. Dezember 2003 Vorschläge für fünf neue Festbetragsgruppen der Stufe 2 zur Anhörung versandt. Diese haben einen GKV-Umsatz von knapp 3 Mrd. Euro pro Jahr:

6. Mittel gegen erhöhte Blutfettwerte, so genannte Statine, z.B. "Sortis" von Pfizer, "Simvastatin" von Hexal) mit einem GKV-Umsatz von rund 1,2 Mrd. Euro pro Jahr.
7. Mittel gegen Magengeschwüre: sogenannte Protonenpumpenhemmer, z.B. Omeprazol) mit einen GKV-Umsatz von rund 850 Mio. Euro.
8. Mittel gegen Bluthochdruck, so genannte Sartane mit einen GKV-Umsatz von rund 670 Mio. Euro.
9. Migräne-Mittel, so genannte Triptane mit einen GKV-Umsatz von rund 60 Mio. Euro.
10. Bestimmte Antidiabetika; z. B. "Acarbose" mit einen GKV-Umsatz von
11. rund 50 Mio. Euro.

Die Preisunterschiede bei diesen jeweils therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln sind teilweise enorm: Bei den Cholesterinsenkern kostet eine Tablette beim teuersten Anbieter 1,68 €, beim billigsten weniger als 1/3 dieses Betrages, nämlich nur 50 Cent. Beide Hersteller bieten den gleichen Wirkstoff an, beide Produkte sind ordnungsgemäß zugelassen. Der Gemeinsame

Bundesausschuss wird voraussichtlich Mitte April 2004 die Gruppenbildung beschließen.

### **OTC-Richtlinien beschlossen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die OTC-Richtlinie am 16. März 2004 beschlossen. Diese wird vom Ministerium nicht beanstandet. Die Regelungen sind seit dem 1. April 2004 in Kraft.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Text der Richtlinien ins Internet eingestellt und zusätzlich ein Bürgertelefon eingerichtet. Dies ist eine neue und vorbildliche Informationspolitik der Selbstverwaltung. Damit ist eine rechtzeitige Information der Ärztinnen und Ärzte sowie der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

Die Richtlinien enthalten insgesamt rund 40 Positionen für Wirkstoffe, die Therapiestandard bei schwerwiegenden Erkrankungen sind. Beispiele:

- Acetylsalicylsäure (z.B. "Aspirin") in der Nachsorge des Herzinfarktes und des Schlaganfalles,
- Mineralstoff- und Vitaminpräparate in besonderen Fällen,

Antihistaminika (antiallergische Arzneimittel) bei Stichen bestimmter Insekten oder unstillbarem altersbedingtem Juckreiz.

Vier pflanzliche Arzneimittel sind enthalten:

- Mistel-Präparate in der Therapie von malignen Tumoren,
- Johanniskraut zur Behandlung mittelschwerer Depression,
- Ginkgo zur Behandlung der Demenz,
- Flohsamen (Wegerich-)schalen bei bestimmten Darmerkrankungen.

Homöopathika und Anthroposophika sind ebenfalls berücksichtigt: In allen Fällen, in denen nach der Richtlinie für eine bestimmte schwerwiegende Erkrankung ein bestimmtes OTC-Arzneimittel der „Schulmedizin“ verordnet werden kann, darf der Arzt auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen. Dabei muss die Anwendung dieser Arzneimittel dem Erkenntnisstand der jeweiligen Therapierichtung entsprechen.

Die Richtlinien regeln abschließend die Verordnungsfähigkeit von rezeptfreien Arzneimitteln. OTC-Präparate, die nicht aufgenommen sind, kann der Arzt nicht verordnen. Der Ausschuss hat zugesagt, die Richtlinien regelmäßig an neue Erkenntnisse anzupassen.

Halten sich die Ärzte an die Einschränkung der Verordnung auf die in den Richtlinien aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen, ist das Einsparziel (1 Mrd. Euro) erreichbar.

### **Heilmittel-Richtlinien neu gefasst**

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinien wird nicht beanstandet und tritt am 1. Juli 2004 in Kraft. Im Vorfeld waren die am 1. Dezember 2003 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Heilmittel-Richtlinien vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung mit zahlreichen Maßgaben versehen worden, um die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit den am 16. März 2004 beschlossenen Änderungen der Heilmittel-Richtlinien die geforderten Regelungen im Wesentlichen umgesetzt.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Neufassung der Heilmittel-Richtlinien beinhaltet folgende Änderungen:

- Längerfristige Verordnungen werden ermöglicht mit besonderer Begründung des Arztes ohne Bindung an maximale Verordnungsmengen und ohne Therapiepause (längerfristige Behandlung schwerwiegend Kranker, z.B. halbseitig gelähmte Patienten nach Schlaganfall).
- Hochsetzung der Altersgrenze von 12 auf 18 Jahre für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit zentralen Bewegungsstörungen mit einer speziell auf Kinder ausgerichteten

Krankengymnastik mit längeren Richtwerten für die Regelbehandlungszeit und einer höheren Qualifikation der Therapeuten gegenüber der Erwachsenenform der Krankengymnastik.

- Die Gesamtverordnungsmenge wird so bestimmt, dass die Versicherten nicht mit unverhältnismäßigen Zuzahlungen pro Verordnungsblatt belastet werden.

Es wird klargestellt, dass der Anspruch auf Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 30 SGB IX den Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln nur dann ausschließt, wenn die Leistung der Frühförderung tatsächlich erbracht wird.

### **Elektronische Gesundheitskarte im Zeitplan**

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung initiierten Arbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind voll im Zeitplan. Der Entwurf einer Rahmenarchitektur wurde am 22. Januar 2004 auf der Cebit Bundesministerin Ulla Schmidt übergeben und gleichzeitig veröffentlicht. Jetzt kann die Erprobung in Modellregionen ab Oktober diesen Jahres beginnen. Zwölf Bundesländer haben sich dafür beworben.

### **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform Herrn Rechtsanwalt Werner Nicolay zum Errichtungsbeauftragten für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bestellt. Dieser hat in Abstimmung mit Vertretern des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Satzung für die rechtsfähige Stiftung „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ entworfen, die am 16. März 2004 beschlossen wurde. Damit ist ein erster wichtiger Schritt zur Gründung des Institutes unternommen worden.

Die Selbstverwaltung hat für die Gründung des Institutes die gesetzlich vorgeschlagene Möglichkeit genutzt, eine unabhängige Stiftung zu gründen.

Dies gewährleistet weitmöglichst, dass die Arbeit des Institutes auf unabhängigem wissenschaftlichem Sachverstand beruhen wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat als Sitz der Stiftung Berlin vorgesehen; das Institut wird bis 31.12.2008 im Großraum Köln/Bonn, ggf. mit Außenstelle Berlin, anschließend vollständig in Berlin angesiedelt werden. Zur Zeit liegt der Satzungsentwurf der zuständigen Stiftungsaufsicht in Berlin zur Genehmigung vor.

Den Patientenvertretern sowie der Patientenbeauftragten der Bundesregierung wurde ein spezielles Beteiligungsrecht eingeräumt. Ihnen wird vor der Abgabe von Empfehlungen des Institutes zu Angelegenheiten, die unmittelbar die Patientenbelange tangieren, Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen einer Anhörung gegeben.

Nachdem die Stelle des Institutsleiters bzw. der Institutsleiterin in der „Zeit“ und der „FAZ“ öffentlich ausgeschrieben wurde, findet derzeit das Auswahlverfahren statt. Die Besetzung der Institutsleitung hat im Einvernehmen mit dem Ministerium zu erfolgen.

Es ist davon auszugehen, dass das Institut zum Juni bzw. Juli dieses Jahres seine Arbeit aufnehmen wird.

### **Patientenrechte gestärkt**

Erstmals gibt es mit der Berufung von Helga Kühn-Mengel am 02. Januar 2004 eine Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Damit werden die Patientenrechte wesentlich gestärkt. An die Patientenbeauftragte kann sich jede Bürgerin und jeder Bürger, jede Patientin und jeder Patient mit ihren oder seinen Anliegen, Wünschen und Vorschlägen wenden.

Erstmals sind Vertreter der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten. Das hat sich bereits bewährt. Die Patientenvertreter diskutieren im Plenum und in den Unterausschüssen intensiv und konstruktiv mit. Es zeigt sich, dass die stimmberechtigten Mitglieder in der Regel den Konsens mit den Patientenvertretern suchen.

In der Patientenbeteiligungsverordnung sind bestimmte Organisationen, allen voran der Deutsche Behindertenrat mit den darin vertretenen Mitgliedsverbänden sowie drei weitere Beraterinnen- und Beraterorganisationen, benannt worden.

Weitere können auf Antrag zugelassen werden. Einige Anträge liegen bereits vor. Über sie ist jedoch noch nicht entschieden worden.

### **Wettbewerb entfaltet sich**

Erstmals können die Krankenkassen Versicherte für gesundheitsbewusstes Verhalten belohnen. Sie können in ihren Satzungen Bonuslösungen für ihre Versicherten vorsehen, die an die regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder der Leistungsangebote der Krankenkasse zu primären Prävention geknüpft sind. Bei der Gestaltung der Bonuslösung ist die Krankenkasse frei. Inzwischen bieten viele Krankenkassen Bonusprogramme an.

Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten oder an der integrierten Versorgung teilnehmen, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen ermäßigen. Auch können die Krankenkassen Zusatzversicherungen anbieten und Selbstbehalte und Beitragsrückzahlung für freiwillig versicherte Mitglieder anbieten.

Damit haben die Krankenkassen viele Möglichkeiten, sich über den Beitragssatz hinaus im Wettbewerb zu profilieren und ihren Versicherten individuelle maßgeschneiderte Angebote zu machen.

Beispielhaft kann auf das Angebot der drittgrößten Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse, hingewiesen werden. Die TK bietet seit dem 1. Januar 2004 folgende Angebote an:

1. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten für die Teilnehmer an DMP-Programmen
3. Bonus für die Teilnahme an integrierter Versorgung
4. Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge
5. TK-Programm 240 für freiwillig versicherte Mitglieder (Modellvorhaben Solidarverträglicher Selbstbehalt)
6. Tarif mit Beitragsrückzahlung für freiwillig versicherte Mitglieder

## **Versandhandel jetzt möglich**

Erstmals können Patientinnen und Patienten apothekenpflichtige Arzneimittel im Versandhandel und über das Internet beziehen. Entgegen der bisher geübten Ablehnung des Versandhandels haben sich bisher rund 500 Apotheken für den Versandhandel entschieden. Die Anzahl ist steigend. Eine größere Anzahl von Präsenzapotheken haben bereits die dafür notwendige Betriebserlaubnis von den zuständigen Behörden erhalten. Ca. 10 Apotheken betreiben den Versandhandel in großem Umfang (Leistungen von über 1000 Versendungen pro Tag sind möglich). Eine Umfrage bei den Ländern hat ergeben, dass dort mit der Zulassung des Versandhandels keine Schwierigkeiten gesehen werden. Sie haben zudem für die Überwachungs- und Genehmigungsbehörden Leitlinien für ihr Handeln entwickelt.

Am 18. März 2004 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Bundesanzeiger Empfehlungen zum Versandhandel und elektronischen Handel mit Arzneimitteln veröffentlicht, da die Erarbeitung der hierfür vorgesehenen Verordnung sowie deren Erlass längere Zeit in Anspruch nimmt. Damit werden Empfehlungen für einen verantwortungsvollen Betrieb des Versandhandels einschließlich des elektronischen Handels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gegeben. Außerdem können somit schon jetzt Erfahrungen mit diesen Grundsätzen gesammelt werden, die für die Verordnung genutzt werden können. Damit werden die strengen Sicherheitsvorschriften des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes weiter konkretisiert.

## **Integrierte Versorgung**

Mit der Entbürokratisierung der Regelungen zur integrierten Versorgung und der nunmehr für drei Jahre vorgesehenen finanziellen Förderung in Form einer Anschubfinanzierung sowie der Möglichkeit, vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität abzuweichen, ist die integrierte Versorgung aus ihrem „Dornröschenschlaf“ erwacht: Derzeit wird überall intensiv über sektorenübergreifende Versorgungsgemeinschaften verhandelt. Die Konzepte reichen von hochspezialisierten, auf bestimmte Krankheitsbilder ausgerichteten Zusammenschlüssen bis hin zu umfassenden Versorgungsangeboten für Patientinnen und Patienten einer Region. Zum Teil haben Krankenkassen auch schon festgelegt, wie im einzelnen konkret Patientinnen und Patienten für die freiwillige Teilnahme an integrierter Versorgung belohnt werden.

## **Medizinische Versorgungszentren und Hausarztmodelle**

Erhebliche Aktivitäten sind auch zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren zu verzeichnen. Allerdings ist über Zulassungen bisher nichts bekannt. Eine breit angelegte Diskussion gibt es auch über Hausarztmodelle. Der Abschluss von Gesamtverträgen über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung ist bisher noch nicht erfolgt.

## **Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung**

Krankenhäuser können als Vertragspartner von Disease-Management-Programmen auch ambulante Leistungen vertraglich mit den Krankenkassen vereinbaren. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt außerhalb der Krankenhausbudgets, ist also eine zusätzliche Einnahmequelle. Derartige Verträge sind für Krankenhäuser insbesondere im Bereich Brustkrebs von Bedeutung, vor allem wenn Krankenhäuser als Kompetenzzentren teilnehmen. Eine noch weitergehende Ausweitung des ambulanten Leistungsspektrums wird mit der neuen Regelung über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser ermöglicht. Der gesetzliche Leistungskatalog ist vor kurzem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erweitert worden.

Weiter haben Krankenhausträger die Möglichkeit an der ambulanten Versorgung durch Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums teilzunehmen. Neu sind auch die erheblich erweiterten Möglichkeiten zur Teilnahme von Krankenhäusern an der integrierten Versorgung. Hier liegen bereits erste Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen vor.

## **Stand der qualitätsgesicherten Behandlungsprogramme (DMP)**

Im Februar 2004 waren ca. 214.000 Versicherte in zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben: ca. 4070 Patientinnen in zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme für Brustkrebs und ca. 210.000 Versicherte in die zugelassenen Programme für Diabetes mellitus Typ 2. Im März 2004 waren vom Bundesversicherungsamt (BVA) von insgesamt 3066 eingegangenen Anträgen 942 DMP-Zulassungen erteilt worden; 329 für Brustkrebs und 613 für Diabetes mellitus Typ 2.

In entsprechenden Änderungsverordnungen zur Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) sind gegenwärtig für vier Krankheiten die Anforderungen festgelegt, die strukturierte Behandlungsprogramme erfüllen müssen, damit sie durch das Bundesversicherungsamt zugelassen werden können. Diese Zulassung ist Voraussetzung dafür, dass die Programme über eine gesonderte Berücksichtigung der eingeschriebenen Versicherten im Risikostrukturausgleich (RSA) finanziell begünstigt werden können. Es handelt sich hierbei um die Krankheiten

- Diabetes mellitus Typ 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit und
- Diabetes mellitus Typ 1.

Darüber hinaus werden derzeit die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für die Krankheiten Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) durch den Unterausschuss DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses erarbeitet. Die Empfehlungen über die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme für COPD und Asthma bronchiale wird der Ausschuss voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2004 abgeben.

### **Vorstandsbezüge veröffentlicht**

Die Vorstände der Krankenkassen sowie die Vorstände der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben inzwischen ihre Vorstandsbezüge veröffentlicht. Mit dieser Offenlegung der Vorstandsgehälter ist ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz erfolgt.

Die Veröffentlichung muss bei den Ärzten und Zahnärzten Angaben über die Höhe der jährlichen Entschädigungszahlung einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen enthalten (§ 79 Abs. 5 SGB V). (Soweit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Angaben zur Höhe der Sitzungsgelder fehlen, die von der eindeutigen Regelung des § 79 Abs. 5 SGB V erfasst werden, wurde mit Schreiben vom 31. März 2004 gebeten, diese Angaben unverzüglich mitzuteilen.)

Für die Krankenkassen müssen die Veröffentlichungen die jährlichen Vergütungen einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen enthalten (§ 35 Abs. 6 SGB IV).

Zur Zeit gibt es 288 Krankenkassen. Alle 17 Ortskrankenkassen, alle 11 Ersatzkassen, 19 von 20 Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, die Seekrankenkasse und 114 von 229 Betriebskrankenkassen haben die Bezüge veröffentlicht (die neun Landwirtschaftlichen Krankenkassen wurden von der Veröffentlichung ausgenommen.)

### **Festzuschüsse beim Zahnersatz**

Die Neuordnung bei Zahnersatz ab dem 1. Januar 2005, bei der gesetzlich Versicherte zukünftig befundbezogene Festzuschüsse für eine medizinisch notwendige prothetische Regelversorgung erhalten, setzt voraus, dass die notwendigen Vorarbeiten durch die Selbstverwaltung im Jahr 2004 termingemäß erbracht werden. Die Selbstverwaltung ist hierbei auf einem guten Weg.

Der zuständige Unterausschuss „Richtlinien - Festzuschüsse“ im Gemeinsamen Bundesausschuss hat seine Beratungen zur Festsetzung der Befunde sowie der den jeweiligen Befunden zuzuordnenden Regelversorgungen aufgenommen. Erste wichtige Festlegungen wurden im Konsens erarbeitet. Das Ministerium erwartet, dass die Beratungsergebnisse des Unterausschusses fristgemäß bis zum 30. Juni 2004 vorliegen werden.

### **Reform des ärztlichen Vergütungssystems**

Die ärztliche Vergütung wird künftig nicht mehr primär an der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet, sondern an der Morbidität und damit dem Versorgungsbedarf der Patienten. Hierzu wird ab 2007 die ärztliche Gesamtvergütung durch Regelleistungsvolumina abgelöst und ärztliche Leistungen werden bis zu einer Obergrenze mit festen Punktwerten vergütet. Die entsprechende Umsetzung stellt eine hoch komplexe und innovative Aufgabe dar, die die Professionalität der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene weit mehr als bisher herausfordert.

Bereits im Jahr 2004 sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen wesentliche Elemente und Verfahrensschritte im Bewertungsausschuss sowie in Bundesmantelverträgen festzulegen.

Hierzu zählen insbesondere die Entscheidung über die Datengrundlagen zur Einführung der morbiditätsbezogenen Regelleistungsvolumina, die Mengensteuerung in den Honorarverteilungsmaßstäben sowie der neue einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM2000plus). Auf dieser Grundlage treffen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene noch in diesem Jahr ihre Honorarvereinbarungen und sorgen für professionelle und effiziente Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Konkret bedeutet das: In den nächsten Tagen und Wochen des ersten Halbjahres 2004 muss die gemeinsame Selbstverwaltung ihre Handlungsfähigkeit auch im Honorargeschäft konkret und ergebnisorientiert unter Beweis stellen und das Vertrauen, das der Gesetzgeber in sie gesetzt hat, rechtfertigen. Derzeit werden die ursprünglich geplanten Beschlüsse zur Mengensteuerung (Termin: 29.2.2004) vom Bewertungsausschuss überarbeitet und auf ihre Auswirkungen auf die Patientenversorgung eingehend untersucht. Auf diesen Grundlagen soll ein Beschluss des Bewertungsausschusses bis Mitte Mai erfolgen.

### **Präventionsgesetz**

Mit der Einbringung des Präventionsgesetzes ist im Herbst 2004 zu rechnen. Ziel des Vorhabens ist es, durch eine Bündelung der Kräfte und eine gemeinsame Zielausrichtung Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen.

### **Bund-Länder-Arbeitsgruppe**

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Zukunft des Risikostrukturausgleiches und zu weiteren Fragen des Organisationsrechts hat sich am 5. Februar 2004 konstituiert. Es haben bisher drei Sitzungen stattgefunden, weitere sind terminiert.

Quelle:

<http://www.die-gesundheitsreform.de>