

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006

1. Zur grundsätzlichen Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen

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.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen wettbewerbsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird hierzulande als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass

- die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt,
- die Qualität der Versorgung erheblich variiert und
- Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen suboptimal eingesetzt werden.

Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, muss das Gesundheitswesen jedoch ständig weiterentwickelt 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.

2. Strukturelle Reformen im Ausgabenbereich

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

- die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht,
- die Stellung der Patienten als Nutzer des Gesundheitssystems gestärkt,
- die Zusammenarbeit der Sektoren im Gesundheitswesen verbessert und
- den Wettbewerb der Leistungserbringer ausgeweitet.

Die Praxisgebühr hat die erwünschten Steuerungsfunktionen entfaltet. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke können die Qualität der Versorgung verbessern. Mit Medizinischen Versorgungszentren wurden neue ambulante Betriebsformen bundesweit zugelassen.

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 Krankenkassen Schulden auf. Mit dem Gesetz über die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) soll ein weiterer überproportionaler Anstieg der Arzneimittelausgaben gebremst werden.

Die Zielsetzungen dieser Politik, also

- die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,
- die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern,
- die Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen,
- die Verminderung des bürokratischen Aufwands

müssen noch stringenter verfolgt werden.

Deswegen haben sich die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung auf folgende Eckpunkte verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden.

- ⇒ 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 Wahltarife, 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

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.

- ⇒ Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds 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.
- ⇒ Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben 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.
- ⇒ Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert. 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.

3. Ambulante ärztliche Versorgung

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.

a) Optimierte Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Hausärzte und Fachärzte sowie in besonderen Fällen 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.

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.

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.

b) Leistungsgerechte Honorierung

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 Versorgungsbe- reich 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 ent-

gegengewirkt; die Leistungssteuerung wird dadurch verbessert. Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems sind:

- Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung
- Honorarzuschläge für besondere Qualität
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize
- Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform

Die genauen Vorgaben für die Vergütungsreform sind als Anlage 1 beigefügt.

c) Abbau von Über- und Unterversorgung

Mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz 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.

Das Zusammenwirken dieser Maßnahmen bietet die Perspektive, die Bedarfszulassung im Sinne von Zulassungssperren abzulösen und die Bedarfsplanung auf eine Versorgungsplanung, die auch sektorenübergreifend sein sollte, zu konzentrieren.

d) Besondere Versorgungsformen

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.

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

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.

Die näheren Einzelheiten werden in der Anlage 2 ausgeführt.

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.

e) Vergütung bei gleichen Leistungen im ambulanten und stationären Sektor

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

f) Vergütung bei vergleichbaren Leistungen in GKV und PKV

Die privatärztliche Gebührenordnung ist veraltet. Sie bedarf dringend der Novellierung. 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 Abweichungen innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) bleiben weiterhin möglich. Die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) werden präzisiert.

Bei besonderer Qualität können auch innerhalb der GKV Zuschläge vereinbart werden.

4. Ambulante zahnärztliche Versorgung

Mit dem GMG wurde die Versorgung mit Zahnersatz auf ein völlig neues System (befundorientierte Zuschüsse) umgestellt. Berichte über Erfahrungen in der Praxis zeigen keinen akuten gesetzgeberischen Handlungsbedarf, wohl aber einen Bedarf nach Klärstellungen 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 werden.

5. Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation

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.

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 Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann, zu klären. Dieser Umstieg hätte eine Übernahme der Investitionskosten durch die GKV zur Folge. Daraus resultierende Kostenbelastungen der Krankenkassen müssten kompensiert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht bei diesen Fragen kein Handlungsbedarf.

Soweit Krankenhäuser durch bestehendes Recht für die ambulante Versorgung geöffnet sind, wird die Anwendung dieser Möglichkeiten erleichtert (siehe 3.a.)

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

Die Qualität der stationären Rehabilitation soll für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden. Dazu sind Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig unabhängig zu zertifizieren. Für die Zertifizierung sind gemeinsame Qualitätsstandards der GKV und der GRV zu Grunde zu legen. Beim Vertragsabschluss ist auf Trägervielfalt zu achten.

Versicherte 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.

6. Arzneimittelversorgung

Die Kosten für die Arzneimittelversorgung haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten dynamischer als die Einnahmen der GKV und die Kosten anderer Leistungsbe- reiche 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:

a) Flexible Preisvereinbarungen

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 Apotheker niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind in angemessener Höhe an die Versicherten bzw. Krankenkassen weiterzugeben.

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.

Einzelheiten siehe Anlage 3.

b) Auseinzelung

Die Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken wird erleichtert.

Einzelheiten siehe Anlage 4.

c) Kosten-Nutzen-Bewertung

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

Einzelheiten siehe Anlage 5.

d) Verordnung mit Zweitmeinung

Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die näheren Bestimmungen zu den Ver-

fahren und die Auswahl der zu konsultierenden Ärzten erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten.

Einzelheiten siehe Anlage 6.

e) Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit

Zur Sicherung einer von ökonomischen Interessen der Hersteller freien Arzneimittelauswahl wird den Herstellern die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt.

Außerdem werden besondere Anforderungen an durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen gestellt.

Einzelheiten siehe Anlagen 7 und 8.

f) Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Die Ärzte werden von bürokratischen Auflagen entlastet. Das Prüfungsverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.

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.

g) Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel

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

Einzelheiten siehe Anlage 10.

7. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

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.

8. Fahrtkosten

Um den überproportionalen Ausgabenanstieg bei Fahrtkosten zu kompensieren, werden Ausgabenabschläge in Höhe von 3% vorgenommen. In diese Abschläge sind auch Rettungsfahrten einzubeziehen.

9. Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege

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:

- Bei Entlassung aus Krankenhäusern ist eine sachgerechte Anschlussversorgung sicherzustellen. Dazu bedarf es einer besseren Vernetzung der Leistungsangebote und eines verbesserten Entlassungsmanagements.
- Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen (z. B. Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.
- 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

eine Pflichtleistung umgewandelt. Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.

- Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei der Hilfsmittelversorgung werden gelöst.

Einzelheiten siehe Anlage 11.

- 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.

10. Transparenz und Bürokratieabbau

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:

- Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung
- vergleichbare Vergütung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen
- verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer
- verbesserte Transparenz der Entscheidungen in Selbstverwaltungsgremien
- Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser
- Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen

- einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs)
- vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs

11. Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten

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

- des Arztes und der stationären Einrichtung
- zwischen den Versicherungssystemen PKV und GKV (vgl. Punkt 16)
- 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.
- der Kostenerstattung. Die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung muss entbürokratisiert und flexibler gestaltet werden. Krankenkassen können die Kostenerstattung auch als Wahltarif anbieten. 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.
- von fakultativen Selbstbehalten in begrenzter Höhe. Selbstbehalte dürfen 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.

- der besonderen Versorgungsformen (z. B. hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Chronikerprogramme, Modellvorhaben)
- neuer Versorgungsformen (z. B. Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer einschließlich der veranlassten Leistungen)

12. Prävention

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.

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.

Darüber hinaus soll die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt, die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Selbsthilfeförderung verbessert werden.

13. Leistungskatalog und Zuzahlungen

Der Umfang des Leistungskataloges und die Zuzahlungen einschließlich der Überforderungsregelungen bleiben im wesentlichen unverändert.

In den Leistungskatalogs werden zusätzliche Leistungen (z. B. geriatrische Reha und Palliativversorgung) aufgenommen.

Impfungen, sofern von der STIKO empfohlen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt.

Bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten - zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen - müssen in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.

Finanzwirksame Leistungen, die durch Entscheidungen oder Maßnahmen Dritter zu Lasten der GKV beschlossen werden, müssen künftig besonders ausgewiesen werden (z. B. in Gesetzentwürfen).

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.

14. Reform der Institutionen

Die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens müssen so reformiert werden, dass sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen erfüllen können.

a) Öffnung und Gründung von Krankenkassen

- Grundsätzlich sollten zu einem bestimmten Stichtag alle Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet werden. Für heute geschlossene BKKen sollte eine Ausnahmeregelung geschaffen werden.
- Bis zum Inkrafttreten eines weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs wird das bestehende Öffnungsmoratorium für heute geschlossene BKKen verlängert.
- Es bleibt bei der Möglichkeit, unter den geltenden Bedingungen neue BKKen und IKKen zu gründen.

b) Verbesserte Kooperation der Krankenkassen

- 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.

c) Sondersysteme:

- Bundesknappschaft und Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt.
- Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler), ihren Sonderstatus bis zur Regelung dieser offenen Fragen.

d) Kassenfusionen

Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren.
Fusionen sollen aber weiterhin in einem geordneten Rahmen erfolgen.

Das heißt

- Fusionen bedürfen weiterhin der Zustimmung der vor der Fusion zuständigen Aufsichtsbehörden
- 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.
- Aus einer Neuordnung der Versorgungsaufsicht ist kein (erweitertes) Eingriffsrecht im Rahmen der Fusionen bisher nicht zuständiger Aufsichtsbehörden abzuleiten.
- Ein Staatsvertrag ist nicht erforderlich.
- Zur Vermeidung einer Monopolstellung und zur Verhinderung von Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bedarf es der An-

wendung 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.

- 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.

e) Straffung der Entscheidungsstrukturen

- 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 Spitzenverband. 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:
 1. Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung.
 2. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbands beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen).

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 alle Krankenkassen jeweils von einem entsprechenden gemeinsamen Landesverband vertreten.

- Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden. Kassen können sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen oder wettbewerbsfähige Verhandlungspositionen zu erlangen.
- 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.

f) Haftungsfragen

- Die Haftungsregelungen werden den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst.
- Dabei ist sicherzustellen, dass bis zum Stichtag grundsätzlich alle Kassen schuldenfrei sind. Gegebenenfalls vorhandene Verbindlichkeiten werden innerhalb der heute geltenden Strukturen vertraglich abgesichert.
- Zur Verbesserung von Transparenz und Effizienz soll die Rechnungslegung nach dem HGB eingeführt werden. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit das Insolvenzrecht in einer wettbewerblich orientierten GKV Anwendung finden sollte.

- Um zu verhindern, dass Kassen sich mittels Fusionen bestehender Haftungsverpflichtungen entziehen, wird eine zeitlich zu begrenzende nachfolgende Haftung eingeführt.

g) Gemeinsame Selbstverwaltung

- Die Entscheidungsgremien im GemBA werden von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Deren Amtszeiten sind auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt. An der Patientenbeteiligung wird in der bisherigen Form festgehalten.
- 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. Werden 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.
- Um Doppelstrukturen (z. B. in der Qualitätssicherung) zu vermeiden, können Institutionen und Gremien außerhalb des GemBA in dessen Aufgaben- und Arbeitsstruktur integriert werden.

h) Zusammensetzung der Verwaltungsräte

Bei Fusionen und bei der Schaffung neuer Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in der Selbstverwaltung.

i) Zuständigkeiten der Aufsichtsbehörden

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.

j) Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen

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 Hauptaufgaben der KVen werden künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen. Sie werden darüber hinaus vermehrt als Dienstleister für ihre Mitglieder tätig werden können.

k) Medizinischer Dienst:

In einem neuen wettbewerblichen Ordnungssystem müssen Organisation, Aufgaben und Finanzierung des Medizinischen Dienstes den aktuellen Herausforderungen angepasst werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes 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

15. Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds

a) Fondsmodell generell

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.

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.

b) Ausgleich der Einkommensunterschiede und der Risiken

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

- einem Einkommensausgleich zu 100%,
- einem zielgenaueren Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht sowie
- der Abschaffung des Ausgleichs zwischen den Kassen durch Verlagerung in den Fonds. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfänger-Kassen.

c) Beiträge

Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9%. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.

d) Beitragseinzug

Durch Verlagerung von den Einzelkassen auf regional organisierte Einzugsstellen 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.

e) Ergänzende Steuerfinanzierung

Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig stabilere, 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.

Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. 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.

f) Zusatzbeitrag, Zu- und Abschläge

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.

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, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen.

Damit erhalten die Versicherten klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkasse. Das Fondsmodell zwingt damit das Management der Kassen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven intensiv zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Dies ist eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten durch erweiterte Wahlmöglichkeiten zugute kommt.

16. Verhältnis der PKV zur GKV

- 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.
- Um den Wettbewerb sowohl innerhalb der privaten Krankenversicherung als auch zwischen den Systemen GKV und PKV zu ermöglichen, wird die Portabilität

der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen gesetzlich geregelt.

- 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 Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif.
- Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente: Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung.
- Um die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten, wird der PKV-Basistarif auch für alle freiwillig Versicherten geöffnet.
- Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention in Deutschland beteiligt. Damit leistet sie in diesem für alle Bürger wichtigen Bereich einen erforderlichen solidarischen Beitrag.
- Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.
- Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung (mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze)). (s.3. f der Eckpunkte).

Ergebnisse der AG Vergütungsfragen (Fachebene) am 17. Mai 2006

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** in überschaubarer Zahl kombiniert **mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen** sowie **Abstaffelungsregelungen** vorsieht. Dadurch gewinnt das Vergütungssystem erheblich an **Transparenz** und die Ärzte erhalten weitgehende **Kalkulationssicherheit**. Durch die Komplexierung wird zudem dem heute systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entgegengewirkt; die **Leistungssteuerung** wird dadurch **verbessert**.

Budgetierung wird beendet

Die **bisherige Budgetierung** durch Anknüpfung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an die Grundlohnsumme **wird beendet**, d.h. den Ärzten ist für zusätzliche Leistungen, die aus einem **Anstieg der Morbidität** der Versicherten herrühren, **mehr Honorar** zur Verfügung zu stellen. Die **Kosten- und Mengensteuerung** erfolgt **durch** entsprechende **vertragliche Vereinbarungen im künftigen Vergütungssystem**.

Schaffung einer neuen Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung

Auf Bundesebene werden die Rahmenvorgaben für die Ausgestaltung einer **Euro-Gebührenordnung** festgesetzt: Dazu werden auf Grundlage sachgerechter Stichproben bei Arztpraxen auf betriebswirtschaftlicher Basis bundeseinheitliche Bewertungsgrundlagen für vertragsärztliche Leistungen sowie bundeseinheitliche Orientierungswerte (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 **Bundes-Preisniveau** (in Euro) ermittelt.

Die Vertragspartner **auf der Landesebene (KVen, Krankenkassen)** können in jährlich stattfindenden kassenartenübergreifenden **Verhandlungen Zu- oder Abschläge** von diesem Preisniveau vereinbaren, um insbesondere landesbezogene Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Diese Zu- und Abschläge dürfen **nicht nach Arztgruppen differenziert** werden, d.h. die o.a. bundeseinheitlichen Bewertungsgrundlagen können auf der Landesebene nicht unterlaufen werden. Das Ergebnis dieser regionalen

Vereinbarungen ist eine **Euro-Gebührenordnung**, die **den Ärzten vorab bekannt zu geben** ist und auf deren Grundlage die vertragsärztlichen **Leistungen** in der Region **grundsätzlich zu vergüten** sind.

Auf Bundesebene sind unter Berücksichtigung von Grenzkostenaspekten darüber hinaus Regelungen vorzugeben, nach denen die Leistungen einer Praxis ab einer bestimmten Leistungsmenge (Break-even-point), ab welcher die Fixkosten einer Standardpraxis gedeckt sind, mit **abgestaffelten Preisen** 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 Grenzkosten decken¹. Diese Abstufungsregelungen beziehen sich auf das von einer Arztpraxis insgesamt erbrachte Leistungsvolumen. In jedem Fall sind sie **auf betriebswirtschaftlicher Grundlage zu ermitteln und auf regionaler Ebene zwingend umzusetzen**, d.h. die regionalen (sehr stark unterschiedlich ausgestalteten) **Honorarverteilungsregelungen (HVV) entfallen**. Zudem sind die Abstufungen Bestandteil der **dem Arzt vorab bekannt zu machenden Euro-Gebührenordnung**.

Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen

Das neue Vergütungssystem wird in ein **vorab** auf der Landesebene **zu vereinbarendes Finanzvolumen (Gesamtvergütung)** eingebettet. Es muss grundsätzlich gewährleistet bleiben, dass morbiditätsbedingter Mehrbedarf durch die Krankenkassen zu den vorab bekannten Preisen vergütet wird. Das vertraglich vereinbarte Finanzvolumen müsste dann sowohl die Leistungen, die zu Festpreisen vergütet werden als auch die Leistungen, die abgestaffelt vergütet werden, umfassen und morbiditätsbedingte Mehrleistungen müssten von den Kassen zusätzlich arztindividuell vergütet werden. Wie dies im einzelnen zu gewährleisten ist (sich dadurch ergebende Preisabschläge etc.), ergibt sich durch die Konkretisierung der Systemausgestaltung. Leistungen und Vergütungen bei Einzelverträgen sind mit der Gesamtvergütung zu verrechnen. Zusätzliche Leistungen und Vergütungen sind außerhalb der Gesamtvergütung zu finanzieren.

Unstrittig ist, dass das Finanzvolumen auf der Grundlage sachgerechter und mit dem RSA kompatibler Morbiditätskriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Anzahl der Versicherten) jährlich angemessen fortentwickelt werden muss². 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.

¹ Bei dieser Regelung handelt es sich somit um **kein Praxisbudget**.

Nichtmorbiditybedingte Fallzahlausweitung bei den Leistungserbringern

Das künftige **Vergütungssystem enthält** auf verschiedenen Ebenen **Anreizmechanismen**, **die** einer über das medizinisch notwendige hinausgehenden **Mengenausweitung** der ärztlichen Leistungen **entgegenwirken**, z.B.: weitgehende Komplexierung der Leistungen, Überweisungsvorbehalte zur Vermeidung der Abrechnung von „Doppelpauschalen“, Abrechnungsausschlüsse, Regelungen zur Aufteilung der Pauschale bei Überweisung an einen anderen Arzt, Plausibilitätsprüfungen, **mengen- und/oder praxisbezogene Preisabstaffelungen**.

Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten

Wie unter 2. bereits ausgeführt, werden die regional unterschiedlich ausgestalteten Honorarverteilungsregelungen durch bundesweite Rahmenvorgaben (s.o.) ersetzt. D.h. alle für die Ärzte relevanten Vergütungsregelungen finden sich in der jeweils geltenden Euro-Gebührenordnung. Falls es **auf Landesebene Abweichungen** von den bundesweiten Richtpreisen gibt (zu vereinbarende Zu- und Abschläge s.o.), **gelten** diese Abweichungen mit Ausnahme der Zu- und Abschläge bei Über- und Unterversorgung **für alle Arztgruppen**. D.h. durch die Zu- und Abschläge ist keine unsachgemäße Bevorzugung einzelner Arztgruppen möglich.

Die auf Bundesebene zu entwickelnde grundlegende Systematik der Euro-Gebührenordnung (s.o.) ist so auszugestalten, dass die **ärztlichen Leistungen weitgehend in einigen wenigen Komplexgebühren getrennt nach Haus- und Fachärzten abgebildet** werden. Dabei sind jeweils die der Kalkulation zu Grunde gelegten **typischen** – soweit möglich qualitätsgesicherten - **Leistungsinhalte** offen zu legen.

Für die **hausärztlichen Leistungen** sind ggf. nach Alter und Geschlecht differenzierte **Versichertenpauschalen** (pro Quartal) vorzusehen, ggfs. ergänzt um Einzelleistungen für besonders förderungswürdige Leistungen (z.B. Hausbesuche, Präventionsleistungen).

Die fachärztlichen Leistungen werden **nach Arztgruppen differenziert** vergütet. Dies erfolgt auf der Grundlage von Grund- und Zusatzpauschalen, wobei die Zusatzpauschalen anhand besonderer **Leistungs-, Struktur- und/ oder Qualitätsmerkmale der Praxen** (Praxisbesonderheiten von einer Arztpraxis nachgewiesene besondere Zusatzqualifikation etc.) differenziert werden können. Ergänzt wird dies um **bis zu 20 diagnosebezogene Pauschalen je Facharztgruppe** bei Diagnosen, die einen **erheblichen therapeutischen Aufwand**

² Sofern man sich auf andere RSA-Kriterien einigt, sind diese analog bei der Fortentwicklung des Finanzvolumens zu berücksichtigen.

erfordern und damit **hohe Kosten** verursachen. 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.)

In jedem Falle sind sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich **Einzelleistungsvergütungen nur noch in streng einzugrenzenden Ausnahmefällen** (sehr seltene, auf jeden Fall zu fördernde und/oder sehr teure Leistungen) vorzusehen.

Bei der Ausgestaltung der Komplexgebühren sind auch Regelungen zu treffen, die einer **Abschiebung von „zu teuren“ Patienten entgegenwirken** (z.B. Honorarabschläge bei Überweisungen innerhalb der gleichen Arztgruppe).

Für ambulante Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung (niedergelassene Praxis oder Krankenhaus) **gelten gleiche Preise**.

Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung

Im neuen Vergütungssystem **zahlt jede Krankenkasse** unabhängig von ihrer Kassenart **grundsätzlich den gleichen Preis** 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 **Preisdifferenzierungen**, die bei den regionalen Vereinbarungen jeweils bestimmt werden können (s.o. unter Punkt 2.), **gelten jeweils gleichermaßen für alle Krankenkassen**, deren Versicherte von Ärzten in dieser Region betreut werden. Auch hier ist also die Gleichbehandlung der Kassen gewährleistet.

Diese Bedingung muss grundsätzlich auch dann gewährleistet sein, wenn das neue Vergütungssystem mit einer Steuerung über ein vorab zu vereinbarendes regionales Finanzvolumen arbeitet (s. Punkt 3). In diesem Fall muss das jeweilige Finanzvolumen auf der Grundlage gleicher und sachgerechter Kriterien weiterentwickelt werden.

Honorarzuschläge für besondere Qualität

Die **Zuschläge bei besonderer Qualität** sind in den **bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben** 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

Qualitätskriterien durch Zuschläge ergänzt werden. Die Überprüfung, ob eine Arztpraxis die Kriterien zur Abrechnung dieser Qualitätszuschläge im Einzelfall erfüllt, erfolgt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens durch die KV.

Prüfauftrag: Es soll geprüft werden, ob im Vergütungssystem bei mangelhafter Ergebnisqualität Abschläge vorgesehen werden können.

Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize

In den **Rahmenvorgaben der Bundesebene** zur Ausgestaltung der Gebührenordnungen sind **nach Versorgungssituation differenzierte Zu- und Abschläge zum Abbau von Über- und Unterversorgung** vorzusehen. Über die Zu- und Abschläge ist von der Regionalebene im Rahmen der angepassten Bedarfsplanung zu entscheiden. Die in der heutigen Bedarfsplanung enthaltene Bedarfszulassung kann ggf. entfallen.

Zu- und Abschläge gelten für Alt- und Neufälle: Bei Altfällen wird dazu eine Übergangsregelung mit angemessenen Zeiträumen vorgesehen.

Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform

Um die o.g. Aufgaben zu erfüllen, hat der Bewertungsausschuss einen unabhängigen externen Berater (z.B. InEK) 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).

Übergangsregelungen

Die neuen Regelungen sollen spätestens bis zum 1. Januar 2009 in Kraft treten. Mit Inkrafttreten des neuen Vergütungssystems entfällt die bisherige Budgetierung.

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 über die Veränderung im Rahmen der Grundlohnrate hinaus erhöht werden.

Maßnahmen zur Stärkung der integrierten Versorgung / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär im Falle seltener und hochspezieller Versorgungsprobleme (§ 116 b SGB V)

I. Derzeitige Situation

a) Integrierte Versorgung

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.

b) Schnittstelle ambulant / stationär (§116 b SGB V)

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.

II. Beschlussvorschläge zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die IV / Optimierung der Schnittstelle ambulant/stationär

a) Verlängerung der sog. Anschubfinanzierung (Förderung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung)

- Die bisherige sog. Anschubfinanzierung (bis zu 1 % der Gesamtvergütung 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.

Diese ist gegeben, wenn entweder

- 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

oder

- in einer (auch kleineren) Region das gesamte Krankheitsgeschehen der versicherten Personen der vertragsschließenden Kasse in der IV versorgt wird.

- Die Kassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darlegen.

b) Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen etc. (§116 b SGB V) als erweiterte integrierte Versorgung

- 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.

c) Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe

Auch nichtärztliche Heilberufe 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)

d) Erhöhung der Transparenz

- 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 Inhalte ihrer IV-Projekte offen zu legen. Es wird kein Zertifizierungsverfahren eingeführt (zu hoher Verwaltungsaufwand).
- Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Länderministerien einen Bericht über Inhalt und Umfang der IV-Projekte vorzulegen.

e) Einbeziehung der Pflegeversicherung in die IV

- 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)

f) Abweichung von der Arzneimittelpreisverordnung

- Es werden Sonderregelungen für die Arzneimittelversorgung vorgesehen, wonach in der IV von Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung abgewichen werden kann.

Arzneimittelvertrieb: Öffnungsklauseln für Preisvereinbarungen (Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs)

I. Bestehende Öffnungsklauseln

1. Fertigarzneimittel mit Preisbindung: Einzelverträge über Rabatte zwischen Krankenkassen und Hersteller; Ärzte und Apotheker, andere Leistungserbringer sowie Externe können einbezogen werden (§ 130a Abs. 8 SGB V).
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).

Nicht preisgebundene Arzneimittel in Arzneilieferverträgen

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-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.

Rezepturen

"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

4. Ausländische Versandapotheken: keine Preisbindung, da die AMPreisV nur für Apotheken mit Sitz im Inland gilt. Hierdurch haben inländische Versandapotheken Wettbewerbsnachteile.

II. Beschlussvorschlag

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 Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise umgestellt. Jede Apotheke kann beim Bezug von Arzneimitteln niedrigere Preise vereinbaren und Preisvorteile an ihre Kunden weitergeben bzw. mit der Krankenkasse abrechnen, sofern diese nicht bereits selbst günstigere Preisvereinbarungen abgeschlossen hat. Die Verträge von Apotheken für GKV-Arzneimittel sind gegenüber den Krankenkassen offen zu legen, damit eine angemessene Beteiligung der Kostenträger an Preisvorteilen erfolgt.
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.
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.

Erleichterung der Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken (Auseinzelung)

I. Handlungsbedarf

- 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.
- 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.
- 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.

II. Beschlussvorschlag

1. Die Abgabe von Einzelmengen führt zu Einsparungen, wenn hierfür spezielle 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.
2. Für die Vergütung der Apotheken wird eine Öffnungsklausel für die Abweichung von der bundeseinheitlichen Vereinbarung vorgesehen.
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

ihn die vollständige Information erhalten; dies gilt entsprechend bei Änderung der Information.

4. Voraussetzung für die Lieferung von Bulkware ist eine Zulassung nach den Vorschriften des AMG. Das BfArM prüft derzeit die Zulassung von Großgebinden 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.

Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel

I. Handlungsbedarf

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.

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 hinsichtlich therapierelevanter 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.

II. Beschlussvorschlag

1. Der bisherige gesetzliche Auftrag des IQWiG wird zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. Die zentrale Entscheidungsbefugnis verbleibt beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entscheidungen in einer angemessenen zeitlichen Frist zu treffen.
2. Der medizinische Zusatznutzen neuer Arzneimittel wird auf Antrag ermittelt und wirtschaftlich durch eine Kosten-Nutzenbewertung bewertet. Diese ist Grundlage für die Festsetzung der Erstattungshöhe dieser Arzneimittel. Neue, innovative Wirkstoffe bleiben festbetragsfrei. Ihr Anteil an der Versorgung wird in den nächsten Jahren stark zunehmen. Für sie werden angemessene, faire Erstattungshöhen in

der GKV ermittelt, welche die Leistungen der Unternehmen berücksichtigen und zugleich die Versicherten vor finanzieller Überforderung schützen.

3. Die Umsetzung der Kosten-Nutzenbewertung erfolgt durch sachgerechte Vergleiche nicht nur mit anderen Arzneimitteln, sondern auch mit anderen Behandlungsformen.
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 Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt.
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 akzeptierte Standards für den Nachweis von Kosten und Nutzen.
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
7. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist Grundlage für Therapiehinweise und Verordnungseinschränkungen in den Arzneimittelrichtlinien.

III. Exkurs: Vergleich zwischen IQWiG und NICE

	NICE	IQWiG
Arbeitsauftrag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Das Gesundheitsministerium kann aufgrund einer positiven NICE – Bewertung den NHS verpflichten, die Kosten für die Arzneimittel zu übernehmen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Ansatz der Regelungen zur Nutzenbewertung ist, die Anwendung neuer 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	<p>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.</p>	<p>Eine rechtliche oder auch faktische Einflussnahme des Ministeriums auf die Nutzenbewertung besteht nicht.</p>

Entscheidungsstruktur	Bei der Beschlussfassung sind neben den Wissenschaftlern auch Patienten- und Industrievertreter beteiligt. Faktisch kontrolliert das DOH das Beschlussgremium.	Das Institut entscheidet über seine Bewertung in alleiniger fachlicher Verantwortung.
Beteiligung von Patienten und Industrie	<p>Fünf Schritte jeweils mit Beschluss des Beschlussgremiums unter Beteiligung von Patienten- und Industrievertretern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgabe der relevanten Fragestellungen für den Berichtsauftrag • Bewertung vorliegender Erkenntnisse externer Betroffener "stakeholder" für den Berichtsauftrag • Berichtsauftrag • Vorbericht zur Anhörung • Auswertung der Anhörung; Abschlussbericht • Entscheidung über Einsprüche; Endbericht 	<p>Zweistufiges Beteiligungsverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fakultative Anhörung Externer zu den relevanten Fragestellungen des Berichtsauftrags • Einholung von Stellungnahmen zum Vorbericht
Evidenz	Valide klinische Studien, vorrangig kontrollierte, randomisierte klinische Studien; Studien niedrigerer Evidenz, Expertenvoten; Berücksichtigung vertraulicher Zulassungsunterlagen der Hersteller	Vorrangig, randomisierte klinische Studien, wenn die Fragestellung dies erlaubt; Rückgriff auf Studien niedrigerer Evidenz möglich.
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" <i>nicht</i> zur Anwendung empfohlen.	

Verordnung spezieller Arzneimittel nur in Abstimmung mit besonders qualifizierten Ärzten

I. Handlungsbedarf

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.

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.

(Eine ähnliche Problematik ergibt sich bei Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren, deren Anwendung aus Qualitäts- und Kostengründen gleichfalls besonderen Regeln unterworfen werden sollte.)

II. Beschlussvorschlag

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 freie Wahl des Arztes bleibt erhalten.
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

Qualifikationsanforderungen, die an die Ärzte gerichtet werden:

Voraussetzungen für die Verordnung,

Indikationsstellung,

Mindestzahl von Patienten.

3. Um die Qualitätsanforderungen zu gewährleisten, wird dies im Rahmen der Vorschriften für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen umgesetzt.
4. 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:
 - niedergelassene Ärzte,
 - Krankenhausärzte,
 - oder Zentren für hochspezialisierte Leistungen.
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.
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.

Schutz der Arzneiverordnungsdaten

I. Handlungsbedarf

Die Pharmazeutische Industrie beschäftigt rd. 15.000 Außendienstmitarbeiter 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.

Dieser Missbrauch der Pharmaberater zur Verordnungssteuerung der Ärzte wird möglich, weil die Industrie über Großhandels- und Apotheken-Umsatzdaten verfügt, die auf einzelne Vertragsärzte beziehbar sind.

II. Beschlussvorschlag

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 Verordnungsverhalten 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 Verordnungsweise ausschließlich durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgt.

Ausnahmen für Forschungszwecke bleiben möglich.

Anwendungsbeobachtungen bei Arzneimitteln

I. Handlungsbedarf

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 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.

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.

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 Verordnungen im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen erfolgen, möglicherweise sind dies Millionen von Verordnungen. 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.

II. Beschlussvorschlag

1. Die Meldepflicht der Industrie wird um die Angabe der gezahlten Vergütungen erweitert, soweit es sich um Vertragsärzte handelt. Dabei sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten. Die Notwendigkeit ergänzender

Regelungen zur Information der Versicherten durch den Arzt über die Durchführung einer Anwendungsbeobachtung wird geprüft.

2. Die Prüfungsausschüsse werden verpflichtet, Stichprobenprüfungen bei teilnehmenden Ärzten durchzuführen, um so zu vermeiden, dass Anwendungsbeobachtungen zu vermeidbaren Mehrkosten für die Solidargemeinschaft führen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

I. Handlungsbedarf

Eckdaten zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arzneimitteln: Knapp 400 Mitarbeiter bundesweit sind in allen Geschäftstellen 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. Die eingenommenen Regressbeträge dürften etwa die Kosten des Verfahrens decken. 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 %. Rechtskräftige Regresse werden für ca. 3% - 5% der Praxen mit einem durchschnittlichen Volumen von etwa 1.500 Euro je Praxis festgesetzt (Schätzwerte auf Basis der Daten einer KV; eine bundesweite Statistik ist nicht verfügbar).

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 Daten-Probleme einzelner Kassen die gesamte Prüfung.

II. Beschlussvorschlag

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. Es handelt sich um Prüfungen des Leistungsanspruchs im Einzelfall.

2. Das Verfahren für Richtgrößen- und Zufallsprüfungen wird gestrafft. Die Geschäftsstelle entscheidet als erste Instanz. Der Prüfungsausschuss, der aufgrund einer Besetzung mit ehrenamtlichen Vertretern der Selbstverwaltung nur begrenzte Kapazität hat, entscheidet als zweite Instanz über Widersprüche. Der bisherige Beschwerdeausschuss entfällt.
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. Außerdem wird erreicht, dass nur besonders unwirtschaftliche Ärzte geprüft werden.
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.
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. Der Prüfungsausschuss erhält hierfür die Möglichkeit, den Schwellwert für das Aufgriffskriterium von Überschreitungen abzusenken.
6. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Ende des Verordnungsjahres durchzuführen.

Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittelreste

I. Handlungsbedarf

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.

II. Beschlussvorschlag

Es wird die Möglichkeit geschaffen, nicht benutzte Arzneimittel von Gemeinschaftseinrichtungen, die Arzneimittel zentral bevorraten, bei anderen Patienten zu verwenden.

Schnittstelle Rehabilitation und Pflege

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:

1. Geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

Beschlussvorschlag:

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.

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.

Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.

Begründung:

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

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.

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.

2. Verbesserung des Entlassungsmanagements und der Kooperation

Beschlussvorschlag:

- Das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser ist so zu optimieren, dass die Anschlussversorgung möglichst weitgehend mit den vorhandenen Instrumenten erreicht werden kann.
- 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.

Begründung:

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

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 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.

3. Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V

Beschlußvorschlag:

Leistungen der Pflegeversicherung werden in die integrierte Versorgung einbezogen.

Begründung:

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.

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.

4. Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V - neue Wohnformen

Beschlussvorschlag:

Der Haushaltsbegriffs bei häuslicher Krankenpflege wird erweitert.

Begründung:

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 sollen 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.

5. Schnittstellenprobleme zwischen GKV und Pflege in der Hilfsmittelversorgung

Beschlussvorschlag:

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 eingegrenzt, dass es nicht zu ungewollten Leistungsverchiebungen zu Lasten der GKV kommt, sondern ausschließlich die durch die jüngere BSG-Rechtsprechung ausgeschlossenen am schwersten betroffenen Fälle wieder einen Leistungsanspruch erhalten.

Begründung:

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. Grundausrüstung 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.

Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Beschlussvorschlag

1. Die Aufgaben des MDK werden den aktuellen Herausforderungen angepasst. Dabei sind u. a. zu berücksichtigen:
 - Erstellung von Gutachten im Einzelfall zur Erwerbsfähigkeit von Beziehern von ALG II
 - Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung
 - 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.

2. Die Organisationsstruktur des MDK soll so gestaltet werden, dass sie auch bei veränderten Organisationsstrukturen der Krankenversicherung Bestand hat. Fusionen und Kooperationen sollen erleichtert werden.

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.

4. Das Aufgabenspektrum des MDS wird entsprechend angepasst.