

Umbau des Gesundheitswesens:

Was ändert sich 2004?

Mit diesem Beitrag wird zunächst nur ein Überblick über die vielen Aspekte der auf unser Fachgebiet hereinbrechenden Veränderungen und Einflüsse geschaffen. Zum Zeitpunkt der Drucklegung waren viele Details noch nicht geklärt, da insbesondere das GMG (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz) zur Klärung vieler Fragen zu wenig Vorlaufzeit geboten hat. Ferner kann eine detaillierte Darstellung an dieser Stelle aus Platzgründen nicht erfolgen. Der BDA wird in Kürze in einem gesonderten Druckwerk und über eine jeweils aktualisierten Ausarbeitungen auf seiner Homepage weiteres Informationsmaterial zur Verfügung stellen.

Zuzahlungen

Aus überwiegend zwei Gründen werden die meisten unserer Patienten in Zukunft für Leistungen im Gesundheitswesen zuzahlen müssen: Zum einen soll so eine zusätzliche Finanzierungsbasis des angeschlagenen Gesundheitssystems geschaffen werden, und zum zweiten sollen Patientinnen und Patienten davon abgehalten werden, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht unbedingt notwendig sind.

Bei ambulanter Behandlung muss der Patient (ab dem 18. Lebensjahr, bis dahin von Zuzahlung befreit) grundsätzlich beim ersten "Leistungserbringer" eine Zuzahlung von 10 € leisten. Wenn dieser dem Patienten eine Überweisung für die weitere Behandlung ausstellt, fällt die Zuzahlung dann nicht mehr an. Dies gilt nicht für die Überweisung eines Zahnarztes an einen Anästhesisten zur Narkose, da es sich hier um unterschiedliche Leistungssektoren handelt. Ob eine Quittung eines zugelassenen psychologischen (nicht: ärztlichen) Psychotherapeuten über die gezahlte Zuzahlung ausreicht, wird derzeit noch konträr diskutiert.

Ebenfalls bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus hat der Patient die Zuzahlung zu leisten. Dies gilt für alle Behandlungsfälle, also Notfälle, Behandlung durch Ermächtigte, ambulantes Operieren nach § 115b SGB V usw., wenn keine Überweisung vorliegt.

Sowohl für den niedergelassenen Anästhesisten als auch für den Ermächtigten, aber auch für das Krankenhaus stellt sich die Frage, wie die Umsetzung der Zuzahlungsregelung gegenüber dem Patienten erfolgen soll. Für viele Kolleginnen und Kollegen ist es gewöhnungsbedürftig, beim Patienten "die Hand aufzuhalten". Natürlich wird man versuchen, durch Pflege der Überweisungswege das Einziehen der "Praxisgebühr" zu umgehen, jedoch ist es unzulässig, darauf zu verzichten, wenn der "Einzugstatbestand" dies vor-

schreibt. Dies ist beispielsweise auch dann der Fall, wenn eine Überweisung im abgelaufenen Quartal ausgestellt wurde, der Patient aber den Anästhesisten als ersten Arzt im Folgequartal aufsucht. Man wird also nicht umhin kommen, sich die notwendige Logistik zum Kassieren und Quittieren (Vordruck der KV!) der 10 € zu beschaffen. Wer mit dem Gedanken spielt, sich ein Lesegerät für EC-Karten anzuschaffen, um diese für ein Einzugs- oder Lastschriftverfahren zu nutzen, sollte berücksichtigen, dass bei der Identifizierung von Karten bzw. Kontoinhabern ab 2005 neue Standards vorgeschrieben sind, die einige Altgeräte nicht erfüllen können.

Die Umsetzung der Zuzahlung im Rettungsdienst ist noch nicht abschließend geklärt.

Grundsätzlich besteht keine Rückzahlungsverpflichtung an den Patienten, wenn dieser nachträglich eine Überweisung bzw. Zuzahlungsbefreiung vorlegt. Wenn ein Patient die Zahlung verweigert und deshalb kein Rezept zu Lasten der GKV ausgestellt wird, kann dem Patienten eine Verordnung auf einem Privatrezept angeboten werden. Dieses wird allerdings später von der Krankenkasse nicht erstattet.

Bei stationärer Behandlung zahlt der Patient 10 € je Tag (zu 28 Tage/a) zu.

Medikamentenversorgung / Heil- und Hilfsmittel / Häusliche Krankenpflege

Patienten zahlen in der Apotheke bei jeder Verordnung 10% des Abgabepreises, mind. jedoch 5 €, höchstens 10 € bis zum Abgabepreis zu. Befreit sind hier von Verordnungen bei Kindern bis 12 Jahren, in Ausnahmefällen bis 18 Jahren.

Bei Krankengymnastik / häusliche Krankenpflege zahlt der Patient 10% der einzelnen Leistung und 10 € je Verordnung zu.

Von der Verordnungsfähigkeit grundsätzlich ausgeschlossen sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente ab dem 12. Lebensjahr.

Darüber hinaus sind Mittel, die der "Verbesserung der privaten Lebensführung" dienen, ausgeschlossen. Gemeint sind hier Medikamente zur Potenzsteigerung, zur Gewichtsregulierung, zum Nikotinentzug etc.

Bis Ende des ersten Quartals 2004 werden die Krankheiten und Medikamente, bei denen eine Ausnahme-regelung zum Tragen kommt, definiert sein. Bei nicht verschreibungspflichtigen preisgünstigen Medikamen-ten kann es für Patienten günstiger sein, sich diese (auf Empfehlung des Arztes) selber zu kaufen, als die

Zuzahlung für eine Verordnung auf einem Kassenrezept zu leisten, da die Apotheken in Zukunft ein "Abgabehonorar" von 8,10 € je Packung aufschlagen müssen. Die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente werden in der Preisgestaltung dem freien Wettbewerb überlassen.

Über die Verordnungsfähigkeit nicht verordnungspflichtiger Medikamente im Rahmen des Sprechstundenbedarfs ist noch keine abschließende Entscheidung getroffen.

Belastungsgrenze / Zuzahlungsbefreiung

Alle Zuzahlungen werden addiert, bis der Patient seine "Belastungsgrenze" erreicht hat. Ab diesem Zeitpunkt kann er sich (für den Rest des Kalenderjahres) von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Achtung: Alle vor dem 01.01.2004 ausgestellten Zuzahlungsbefreiungen sind ungültig.

Die individuelle Belastungsgrenze des Patienten beträgt 2% des Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken 1%.

Leistungsausschlüsse

(Diese Leistungen sind ausgeschlossen und fallen damit nicht unter die Härtefallregelung bzw. Belastungsgrenzen der Zuzahlung).

Fahrkosten

Fahrkosten werden bei ambulanter Behandlung grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen. Dies gilt auch für den Transportkostenanteil im Rettungsdienst, wenn der Patient nicht stationär aufgenommen wird, und für Verlegungen zwischen Krankenhäusern. Wie weit unsere Bemühungen, hier z.B. für ambulante Operationen und chronisch schmerzkranken Patienten eine generelle Ausnahmeregelung ohne die im Gesetz vorgesehene vorherige Zusage der jeweiligen Krankenkasse durchzusetzen, Erfolg haben werden, ist noch nicht abzusehen.

Bei genehmigten Transporten Zuzahlung 10% mind. 5 €, höchstens 10 €, nicht mehr als die Gesamtkosten.

Sterilisation / IVF

Ab 2004 werden grundsätzlich keine Leistungen im Rahmen der Sterilisation von Patientinnen und Patienten mehr übernommen. (Ausnahme ist die "medizinisch notwendige" Sterilisation.) Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Leistungserbringung. Die in diesem Rahmen erbrachten Leistungen müssen also bei ambulanter Durchführung vom Anästhesisten jeweils nach GOÄ mit dem Patienten abgerechnet werden.

Leistungen im Rahmen der In-vitro-Fertilisation (IVF) werden nur noch zur Hälfte für maximal drei Versuche übernommen. Die Form der Abrechnung bei IVF, die

in dieser Form mit den Regelungen des EBM inkompatibel ist, wird derzeit noch geklärt.

Weitere Leistungsausschlüsse

Weitere Leistungsausschlüsse wie Zahnersatz, Sehhilfen etc. werden hier nicht behandelt.

Patientenquittung

Bei ambulanter und stationärer Leistungserbringung hat der Patient einen Anspruch darauf, die von ihm verursachten Kosten in Erfahrung zu bringen: Auf Wunsch muss ihm jeder, der bei ihm eine ambulante oder stationäre Leistung erbracht hat, einen schriftlichen Beleg über die abgerechneten Leistungen zuschicken. Hierfür darf eine Gebühr von 1 € zuzüglich Porto erhoben werden.

Änderung der Behandlungsstrukturen

Krankenhäuser

Neben den Problemen mit der Umsetzung der DRGs, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann, besteht für viele Anästhesieabteilungen akuter Handlungsbedarf, sich mit der ambulanten Leistungserbringung zu befassen: Praktisch in jedem Krankenhaus wird dieser Sektor einen Zuwachs erfahren, wenn er nicht durch kurzsichtige Fehldisposition ganz wegbleibt. Zunehmen werden auch die Bemühungen, ambulante Leistungen des Krankenhauses "outzousuren". Der "alte" § 115b des SGB V wurde durch das GMG nicht geändert, so dass die rechtlichen Grundlagen für krankenhausambulantes Operieren unverändert gleich bleiben. Die neuen Dreiseitigen Verträge, die am 01.01.04 in Kraft treten, bringen jedoch eine wesentliche Neuerung: Der "Zwangskatalog", welcher die Eingriffe definiert, die nur noch in Ausnahmefällen stationär erbracht werden dürfen, wird bei diesen Eingriffen dem MDK eine Grundlage liefern, die die Häuser, die die Entwicklung nicht mitmachen, massiv unter Druck zu setzen. Dieser Katalog ist zwar nicht sachgerecht zustande gekommen, nichtsdestoweniger derzeit die rechtlich verbindliche Grundlage.

Im Jahr 2004 ist für den Bereich des § 115b mit der Einführung von Fallpauschalen zu rechnen. Darüber hinaus wird der Zugang zur ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus erheblich erweitert: Für Patienten, die innerhalb eines Disease-Management-Programmes (DMP) behandelt werden, besteht nach Abschluss Zweiseitiger Verträge (zwischen Krankenhaus und Krankenkasse) die Zulassung zur ambulanten Behandlung wie auch zur Behandlung seltener Krankheiten oder Verläufe und zur Erbringung "hochspezialisierter Leistungen".

Bei der Behandlung von chronisch Schmerzkranken könnte dies eine neue Möglichkeit sein, die Kontinuität der Patientenversorgung zu gewährleisten.

Medizinische Versorgungszentren

Diese Neukonstruktion in der Versorgungslandschaft kann in Zukunft sowohl für Krankenhäuser als auch für freiberuflich tätige Anästhesisten eine interessante Gestaltungsmöglichkeit bieten, vor allem in Zusammenhang mit der Integrationsversorgung. Medizinische Versorgungszentren fallen allerdings vollständig unter das Zulassungsrecht.

Integrationsversorgung

Die Integrationsversorgung meint eine sektorübergreifende Behandlung der Patienten. Mit sektorübergreifend kann sowohl die ambulant/stationäre Betreuung in einem System als auch die fachübergreifende gemeint sein. Da der Gesetzgeber in diesem Bereich von einem erheblichen Einsparpotential ausgeht, hat er hierfür eine "Anschubfinanzierung" vorgesehen.

Strukturverträge / Modellversuche

Die Möglichkeiten, Verträge nach diesen Regelungen abzuschließen, bestehen nach wie vor. Auf Grund des GMG gibt es also keine Gründe für die Krankenkassen, solche Verträge zu kündigen.

EBM

Nachdem das Bundesschiedsamt den Arztlohn mit 46 €/h festgelegt hatte, wird der EBM 2000plus aller Wahrscheinlichkeit nach zum 01.07.2004 in Kraft treten. Die Legendierung dieses EBM wurde zwischen der KBV und der EBM-Kommission des BDA abgestimmt. So wurde beispielsweise eine eigene Ziffer zur Analgosedierung eingeführt. Unsere Vorschläge zur Schmerztherapie wurden zunächst angenommen, sind in der Endfassung jedoch völlig ignoriert. Zur Untermauerung der sog. "Technischen Leistung" konnten wir hervorragendes Datenmaterial liefern, welches auch in den EBM eingebracht wurde.

Dennoch führt der extrem niedrige Ansatz des Arztlohns zu einer massiven Abwertung des Anästhesiekapitels: Ein typischer Standardfall (Mitglied/Familienangehöriger mit der kürzesten Narkosezeit inkl. zwei Stunden Aufwachraum) ist in der Punktsumme gegenüber dem EBM 96 um 32% gesenkt worden. Dies kann nie und nimmer über einen höheren Punktwert aufgefangen werden!

Mit diesem EBM werden wir nicht leben können, egal ob als Niedergelassene, Ermächtigte oder als Krankenhäuser, die über § 115b ihre Leistungen abrechnen.

RKI-Richtlinien

Neben den vielen anderen auf uns einströmenden Regularien werden die Vorschriften zum Aufbereiten von Sterilgut (Medizinproduktebetreiberverordnung) vor allem für den reisenden Anästhesisten einschneidende Änderungen mit sich bringen: Viele kleinere

operative Praxen werden diesen Vorschriften nicht Folge leisten können und die notwendigen Investitionen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht tätigen. Dadurch kann ein wesentlicher Leistungsbereich wegfallen.

Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat in Anbetracht der wachsenden Zahl in ITN durchgeführter Zahnarztbehandlungen in einer Protokollnotiz nochmals klargestellt, dass dies ein Ausnahmetatbestand sei, der nur zutreffe, wenn keine "andere Art der Schmerzausschaltung" möglich sei. Die Narkoseleistung zu Lasten der GKV wird dadurch noch stärker als bisher darauf hin überprüft werden, ob eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Andererseits bietet sich hier die Möglichkeit, dem Patienten die Narkose als Wunschleistung in Rechnung (GOÄ) zu stellen.

Kostenerstattung

Der Beginn einer Ablösung des Sachleistungsprinzips bei den gesetzlich Krankenversicherten zugunsten des Kostenerstattungsprinzips ist im GMG durch Ausweitung dieser Möglichkeit auf alle Versicherten zu sehen: Zwar hat die Krankenkasse ein Beratungsrecht, und der Patient muss sich an die Kostenerstattung für ein Jahr binden, aber durch die Tatsache, dass dies auch nur für die ambulante Behandlung möglich ist, bieten sich hier neue Perspektiven: Der Patient darf sich bei allen zugelassenen Leistungserbringern gegen GOÄ-Liquidation behandeln lassen und bekommt von der Krankenkasse so viel erstattet, wie nach EBM an Kosten angefallen wäre. Es entsteht also eine Differenz zu Ungunsten des Patienten. Hierfür werden in absehbarer Zeit private Zusatzversicherungen angeboten werden.

Verpflichtung zur Fortbildung

Alle Vertragsärzte, Ermächtigte und in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte müssen regelmäßig im Abstand von fünf Jahren gegenüber der KV nachweisen, dass sie ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungsverpflichtung nachgekommen sind. Dieser Nachweis ist erstmals zum 30.06.2009 zu leisten, d.h. die Fünf-Jahres-Frist beginnt Mitte 2004. Es werden nur von den Landesärztekammern anerkannte Veranstaltungen gewertet. Es sind 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung wird im ersten Jahr eine Honorarkürzung um 10%, im zweiten um 25% durchgeführt. Diese Verpflichtung wird auch in noch auszustaltender Weise für angestellte Krankenhausärzte gelten.

Elmar Mertens, Aachen