

Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Modernisierungsgesetz – kurz GMG)

1	Problem und Ziel.....	2
2	Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung.....	3
2.1	Patientenzuzahlung	3
2.2	Auswirkungen auf die Leistungserbringer.....	3
2.2.1	Hersteller.....	3
2.2.2	Apotheke.....	4
2.2.3	Großhandel.....	4
3	Auswirkungen auf die Ambulante Versorgung.....	5
3.1	Praxisgebühr.....	5
3.2	Heilmittel und häusliche Krankenpflege.....	5
3.3	Fahrtkosten.....	5
3.4	Haushaltshilfen	5
3.5	Ärztliche Vergütung.....	5
3.6	Zahnärztliche Versorgung	6
4	stationäre Behandlung	7
5	Reform der Versorgungsstrukturen	8
5.1	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	8
5.2	Gesundheitszentren.....	8
5.3	Integrierte Versorgung	8
5.4	Hausarztmodell.....	8
6	Qualitätsmanagement.....	9
6.1	Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit.....	9
6.2	Fortbildungspflicht und Qualitätsmanagement für Ärzte	9
6.3	Elektronische Gesundheitskarte.....	9
7	Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung.....	10
7.1	Leistungskürzungen.....	10
7.2	Versicherungsfremde Leistungen.....	10
7.3	Krankengeld.....	10
7.4	Verwaltungskosten.....	10

1 Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist mit ihren Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung ein Modell, das eine umfassende medizinische Versorgung gewährleistet. Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter, Geschlecht, und Einkommen. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, muss das Sozialsystem grundlegend reformiert werden.

Der medizinische Fortschritt, die zunehmende Zahl älterer Menschen und die mangelnde Effektivität und Qualität bei der Behandlung der großen Volkskrankheiten führt zu einem Ausgabenanstieg, hinter dem die Entwicklung der Einnahmen zurückbleibt. Diese Finanzierungslücke kann nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen finanziert werden, denn dies erhöht die Arbeitskosten und trägt zu einer steigenden Arbeitslosigkeit bei.

Ziel ist es ein hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch in Zukunft zu gewährleisten. Dies wird mit einem Bündel von Maßnahmen gewährleistet.¹

¹ vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525, 2003, S. 1

2 Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung

Folgende strukturelle Veränderungen im Bereich der Arzneimittelversorgung sind im GMG enthalten:

- ↵ die Ermöglichung des Versandhandels unter bestimmten Bedingungen,
- ↵ der begrenzte Apothekenmehrbesitz,
- ↵ neue vertragliche Regelungen bei der integrierten Versorgung,
- ↵ die Einbindung von Krankenhausapotheken in die ambulante Arzneimittelversorgung,
- ↵ sowie der weitgehende Ausschluss von apothekenpflichtigen Selbstmedikations- – Arzneimitteln aus der GKV – Erstattung

Die Auswirkungen dieser GMG – Maßnahmen auf die Versicherten sowie die Leistungserbringer sollen nachfolgend in den wesentlichen Punkten erläutert werden.

2.1 Patientenzuzahlung

Ab dem 01. Januar 2004 ergeben sich folgende Änderungen:

- ↵ Grundsätzlich wird künftig für alle Arzneimittel eine Zuzahlung von 10 % der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Liegen die Kosten unter 5 Euro, wird der tatsächliche Preis gezahlt.² **BEISPIEL:** Bei einem Medikament für 80 Euro zahlt ein Patient 8 Euro zu. Bei einer Salbe für 7 Euro werden dagegen nicht 70 Cent, sondern 5 Euro fällig. Ein sehr teures Medikament für 150 Euro kostet den Patienten dagegen statt 15 Euro nur 10 Euro. Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln bei Inkontinenz), ist die Zuzahlung auf 10 Euro im Monat beschränkt.³
- ↵ Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch Kranke gilt eine Grenze von 1 % der Bruttoeinnahmen. Auf Familien wird durch Kinderfreibeträge zusätzlich Rücksicht genommen. Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. (Diese Grenzen gelten inkl. Arztkosten, Krankenhausaufenthalt, Heilmittel etc.)
- ↵ Befreiungsbescheide verlieren am 31.12.2003 ihre Gültigkeit. Neue Bescheide stellt die Kasse aus, wenn der Nachweis für das Erreichen der Belastungsgrenze erbracht ist.
- ↵ Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.
- ↵ Nicht verschreibungspflichtige Over the Counter – Arzneimittel (OTC-Mittel) werden weitestgehend nicht mehr erstattet. **AUSNAHMEN:** Kinder bis zum 12. Lebensjahr, Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr, Standard – Therapeutika bei ernsthaften Erkrankungen. Eine entsprechende Liste wird bis zum 31.03.2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (KBV, KZBV, GKV, DKG, Patienten) erarbeitet.

2.2 Auswirkungen auf die Leistungserbringer

2.2.1 Hersteller

Die pharmazeutischen Hersteller müssen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, vom 01. Januar an 16 % Rabatt an die Kassen zahlen (bisher 6 %). Bei den OTC - Arzneimitteln bleibt es bei 6 %.

² vgl. Keller, Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die Arzneimittelversorgung, 2003, S. 2-7

³ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 - Alle Zuzahlungen für Patienten auf einen Blick, 2004, S.1

2.2.2 Apotheke

Bei den Apotheken wird die bisherige degressiv gestaffelte, preisunabhängige Arzneimittelpreisverordnung für den Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel durch ein so genanntes Kobimodell ersetzt, d.h. auf den Apothekeneinkaufspreis gibt es einen 3-prozentigen Aufschlag sowie einen preisunabhängigen Festaufschlag in Höhe von 8,10 Euro. Pro Packung muss der GKV ein Abschlag in Höhe von 2,00 Euro gewährt werden.

Ab dem 01. Januar 2004 kann ein Apotheker neben seiner Hausapotheke bis zu drei Filialapotheken besitzen, die im gleichen oder benachbarten Kreis liegen müssen. Es gibt für die Haupt- und Filialapotheken nur eine einheitliche Betriebserlaubnis. Die apothekenrechtliche Verantwortung für die Filialen verbleibt beim Betreiber der Hauptapotheke.

Ab dem 01. Januar 2004 ist in Deutschland der Versandhandel aus einer öffentlichen Apotheke, mit in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln, zu den Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung unter Sicherheitsauflagen, erlaubt. Das Gesetz sieht fachliche Anforderungen an die Apotheke, den Versand sowie die Patienteninformation vor.

2.2.3 Großhandel

Die Großhandelsmarge bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird zum 1. Januar 2004 in etwa halbiert.⁴

⁴ vgl. Keller, Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf die Arzneimittelversorgung, 2003, S. 2-7,

3 Auswirkungen auf die Ambulante Versorgung

3.1 Praxisgebühr

Für einen Besuch beim Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder dem Psychotherapeuten müssen Erwachsene seit dem 1. Januar 2004 eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro bezahlen. Fällig wird die Praxisgebühr bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes in einem Quartal.

Die Praxisgebühr entfällt bei Überweisungen durch einen anderen Arzt innerhalb des laufenden Quartals. Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt, Schutzimpfungen und zwei jährliche Zahnarztvorsorge – Untersuchungen sind gebührenfrei.

3.2 Heilmittel und häusliche Krankenpflege

Bei Heilmitteln, wie zum Beispiel Krankengymnastik, Ergotherapie oder Massage, müssen Patienten 10 % der Kosten selbst tragen. Hinzu kommen zehn Euro pro Rezept. Das heißt: Wer vom Arzt sechs Therapieeinheiten verordnet bekommt, der zahlt 10 % der gesamten Behandlungskosten plus einmalig 10 Euro. Bei den Behandlungskosten werden jetzt auch die Kosten berücksichtigt, die durch einen Hausbesuch entstehen.

10 Euro Ordnungsgebühr und zehn Prozent Eigenbeteiligung an den Kosten gelten auch für die häusliche Krankenpflege zum Beispiel, wenn ein Patient nach einer Operation zu Hause von einem Pflegedienst versorgt wird, damit er das Krankenhaus schneller verlassen kann. Bei der häuslichen Krankenpflege bleibt die Zuzahlung aber auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme begrenzt.

3.3 Fahrtkosten

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernimmt die GKV nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung. Dazu zählen z.B. Fahrten zur Dialyse oder die von Krebspatienten zur Chemo- und Strahlentherapie. Ausnahmen gibt es auch für Gehbehinderte und Blinde. 10 % der Kosten - mindestens 5 und höchstens 10 Euro - müssen aber auch diese Patienten zuzahlen.

3.4 Haushaltshilfen

Familien mit Kindern, die eine Haushaltshilfe brauchen zum Beispiel, weil die Mutter im Krankenhaus liegt - müssen pro Tag 10 % der Kosten selbst übernehmen. Dabei beträgt die tägliche Zuzahlung wie bei Medikamenten und Fahrtkosten mindestens fünf, höchstens aber 10 Euro.⁵

3.5 Ärztliche Vergütung

Bis 2007 soll die bisherige Gesamtvergütung für niedergelassene Ärzte mit veränderlicher Vergütung der einzelnen Leistung durch pauschalisierte Behandlungsleistungen abgelöst werden. Bleiben die Gesamtausgaben einer Facharztgruppe in einem bestimmten Rahmen (Regelleistungsvolumina) erhält jeder Arzt für eine gewisse Leistung einen festen Betrag. Die Höhe der ärztlichen Vergütung soll sich mehr als bisher an der tatsächlichen Krankheits-schwere und -häufigkeit der Menschen orientieren (morbidityorientierte Vergütung).

Bisher wird der Wert einer ärztlichen Leistung mit Punkten bewertet. In diesem Honorarverteilungs-System ist der Punktwert für eine bestimmte ärztliche Behandlung veränderlich (floatender Punktwert). Erbringen zum Beispiel die Ärzte einer bestimmten Facharztgruppe in

⁵ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 - Alle Zuzahlungen für Patienten auf einen Blick, 2004, S. 1 - 3

einem Quartal mehr Leistungen als erwartet, sinkt der Punktwert für die einzelne Leistung. Durch den Systemwechsel auf pauschalierte Behandlungsleitungen sind die Preise für die fest kalkulierbar.⁶

3.6 Zahnärztliche Versorgung

Der Zahnersatz (etwa Brücken, Kronen, Prothesen) wird erst ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Erst dann zahlen Versicherte an ihre Krankenkasse einen zusätzlichen Beitrag von wahrscheinlich weniger als 10 Euro im Monat. Dieser Betrag wird bei allen gesetzlichen Kassen gleich sein und schließt nicht erwerbstätige Familienangehörige ein. Er deckt den Teil der Kosten für Zahnersatz ab, den die Krankenkassen auch bisher schon übernehmen.

Niemand muss also von sich aus aktiv werden und extra eine Zusatzversicherung abschließen. Auf Wunsch kann der Zahnersatz auch bei einer privaten Krankenkasse abgesichert werden. Deren Leistung muss aber nachweislich genauso gut sein wie die der gesetzlichen Krankenkassen.

Wichtig: Das Bonusheft für den Zahnarzt bleibt auch 2004 gültig. Wer regelmäßig zur Zahnvorsorge geht, erhält weiterhin höhere Zuschüsse, falls Zahnersatz mal nötig wird. Insgesamt zwei Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt kosten keine Praxisgebühr, wenn sich nicht unmittelbar eine Behandlung anschließt.⁷

⁶ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Neuregelung der ärztlichen Vergütung, 2004, S.1

⁷ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Das ändert sich beim Zahnarzt, 2004,S.1

4 stationäre Behandlung

Wer im Krankenhaus behandelt wird oder in einer Rehaklinik untergebracht wird zahlt 10 Euro pro Tag zu. Die Zuzahlung ist auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Das heißt: Niemand muss mehr als maximal 280 Euro zuzahlen.

Auch für eine Mutter/Vater-Kind-Kur beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag, allerdings ohne zeitliche Beschränkung.⁸

⁸ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 - Alle Zuzahlungen für Patienten auf einen Blick, 2004, S. 1-3

5 Reform der Versorgungsstrukturen

5.1 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Krankenhäuser erhalten mehr Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung. Zum Beispiel im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management Programme - DMP) oder für hochspezialisierte Leistungen. Dazu zählen unter anderem Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Aids, Tuberkulose, Krebs, Multipler Sklerose oder außerordentlich schweren rheumatischen Beschwerden.

Gibt es in einer Region nicht ausreichend niedergelassene Fachärzte für einen Bereich, dürfen Krankenhäuser sich für den Zeitraum dieser Unterversorgung und für dieses Fachgebiet grundsätzlich an der ambulanten Versorgung beteiligen.

5.2 Gesundheitszentren

Die bisherige Beschränkung von Gesundheitszentren auf die neuen Bundesländer wird aufgehoben. Bundesweit sollen die an die Polikliniken in der ehemaligen DDR angelehnten Zentren den Patienten ambulante Versorgung aus einer Hand anbieten. Dabei sollen ärztliche und nichtärztliche Heilberufe interdisziplinär kooperieren.

Die Krankenkassen können mit diesen Gesundheitszentren individuelle Leistungsverträge abschließen.

5.3 Integrierte Versorgung

Um die Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu verbessern, gibt es von 2004 bis 2006 ein festes Budget für Konzepte zur integrierten Versorgung. Es umfasst jeweils ein Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung (220 Mio. Euro) und ein Prozent der Krankenhausbudgets (460 Mio. Euro).

Die Umsetzung wird einfacher: Krankenkassen und Arztgruppen können Verträge zur integrierten Versorgung seit dem 1. Januar 2004 auch ohne Einverständnis der Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen.⁹

5.4 Hausarztmodell

Der Hausarzt ist für die meisten Patienten der erste und wichtigste Ansprechpartner in Sachen Gesundheit. Deshalb soll seine Stellung in unserem Gesundheitswesen deutlich aufgewertet werden. Unter anderem durch das Hausarzt-Modell.

Das heißt: Die gesetzlichen Krankenkassen können und sollen ihren Versicherten eine so genannte hausarzt-zentrierte Versorgung anbieten. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Wer mitmacht, verpflichtet sich für mindestens ein Jahr, im Krankheitsfall immer erst zu seinem Hausarzt zu gehen. Für die Behandlung beim Facharzt ist eine Überweisung nötig.¹⁰

⁹ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Reform der Versorgungsstrukturen, 2004, S. 1-2

¹⁰ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Hausarztmodell, 2004, S. 1-2

6 Qualitätsmanagement

6.1 Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen) gründen eine staatsunabhängige Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die Bewertung von Behandlungsleitlinien für die wichtigsten Krankheiten, die Abgabe von Empfehlungen zu Disease Management Programmen sowie die Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln.

Auf die ursprünglich vorgesehene Kosten-Nutzen-Berechnung bei der Zulassung von Medikamenten hat die Bundesregierung verzichtet.

6.2 Fortbildungspflicht und Qualitätsmanagement für Ärzte

Arztpraxen müssen ein internes Qualitätsmanagement einführen. Niedergelassene Ärzte sind zu regelmäßiger Fortbildung verpflichtet. Ansonsten drohen Vergütungsabschläge oder Entzug der Zulassung.

In der ärztlichen Versorgung wird ein Qualitätswettbewerb um das „beste Versorgungskonzept“ in Gang gesetzt. Dazu können Krankenkassen im Bereich der integrierten Versorgung Direktverträge mit Ärztinnen und Ärzten abschließen.¹¹

6.3 Elektronische Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte soll bis spätestens 2006 eingeführt werden. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung der jetzigen Versichertenkarte. Die effizientere, elektronische Kommunikation soll die aufwendige und kostspielige „Zettelwirtschaft“ im Gesundheitswesen ablösen, vor allem aber die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Anders als die jetzige Versichertenkarte soll die neue Karte Gesundheitsdaten speichern können, z.B. Blutgruppe, Allergien oder die Unverträglichkeit von Arzneimitteln. Dadurch kann zum Beispiel verhindert werden, dass verschiedene Ärzte unterschiedliche Medikamente verschreiben, die sich nicht vertragen. Durch den leichten Zugriff auf vorhandene Behandlungsdaten weiß der behandelnde Arzt, welche Untersuchungen bereits gemacht wurden. Das spart Zeit und Geld.

Welche Daten auf seiner Gesundheitskarte gespeichert werden, entscheidet immer der Patient. Nur Ärzte und Apotheker erhalten einen elektronischen Schlüssel, mit dem sie die Daten des Patienten abrufen können. Dieses Gegenstück zur Patientenkarte wird als "Professional Health Card" bezeichnet.¹²

¹¹ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Qualität der medizinischen Versorgung, 2004, S. 1-2

¹² vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Elektronische Gesundheitskarte, 2004, S. 1

7 Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung

7.1 Leistungskürzungen

- ↪ Entbindungsgeld ist zum 1. Januar 2004 gestrichen worden.
- ↪ Sterbegeld wird seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr bezahlt.
- ↪ Sterilisationen bei Männern und Frauen dürfen die Krankenkassen nur noch bezahlen, wenn sie medizinisch notwendig sind, wenn zum Beispiel eine Schwangerschaft die Mutter gefährden würde.
- ↪ Bei der künstlichen Befruchtung darf die Krankenkasse nur noch die Hälfte der Kosten für maximal drei Versuche übernehmen (bisher vier). Die andere Hälfte müssen die Betroffenen selbst bezahlen. Außerdem gilt jetzt eine Altersgrenze: bei Frauen von 25 bis 40 Jahren und bei Männern von 25 bis 50 Jahren.¹³

7.2 Versicherungsfremde Leistungen

Versicherungsfremde Leistungen werden nicht mehr von der Gemeinschaft der Krankenversicherten finanziert. Gemeint sind Aufgaben, die in erster Linie im allgemeinen Interesse des Staates liegen, zum Beispiel Leistungen rund um die Schwangerschaft, Mutterschaftsgeld oder das Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes.

Diese Leistungen kauft der Staat jetzt gewissermaßen für seine Bürger bei den Krankenkassen ein. Das heißt: Die Leistungen werden nicht gestrichen, sondern nur anders finanziert. Die gesetzliche Krankenversicherung erhält 2004 erstmals eine pauschale Summe von einer Milliarde Euro. Für 2005 sind 2,5 Mrd. Euro und für 2006 und die Folgejahre zunächst jeweils 4,2 Mrd. Euro eingeplant. Um das finanzieren zu können, erhöht die Bundesregierung die Tabaksteuer bis Mitte 2005 in drei Schritten um insgesamt 4,5 Cent pro Zigarette.¹⁴

7.3 Krankengeld

Ab 1. Januar 2006 müssen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer das Krankengeld alleine finanzieren. Nur noch bis Ende 2005 finanzieren die Arbeitgeber diese Leistung je zur Hälfte mit.

Die Ausgaben der Krankenkassen für das Krankengeld machen zurzeit etwa 1 % des Krankenkassenbeitrages aus. Deshalb steigt der Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer ab 2006 um 0,5 %. Bei einem Bruttoeinkommen von 2.000 Euro sind das zehn Euro pro Monat.

An der Leistung selbst ändert sich nichts. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Krankengeld ab 2006 wie gewohnt, wenn die tarifliche Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ausläuft.¹⁵

7.4 Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen werden von 2004 bis 2007 an die Entwicklung der Löhne und Gehälter in Deutschland gekoppelt. In 2004 dürfen die Verwaltungskosten demnach um 0,17 % steigen. Die Veränderungsrate wird jedes Jahr vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berechnet. Basis sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen im zweiten Halbjahr 2002 und ersten Halbjahr 2003 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum.

¹³ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Leistungskürzungen, 2004, S. 1

¹⁴ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – versicherungsfremde Leistungen, 2004, S.1

¹⁵ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Krankengeld, 2004, S. 1

Liegen die Verwaltungsausgaben einer Krankenkassen 10 % über dem entsprechenden Durchschnittswert aller Kassen, darf der Verwaltungsetat dieser Kasse im Folgejahr nicht steigen. Diese Regelung gilt rückwirkend für das Jahr 2003 bis einschließlich 2006.¹⁶

¹⁶ vgl. AOK – Bundesverband, Gesundheitsreform 2004 – Neuregelungen für Krankenkassen, 2004, S. 1