

GKV-Reform: Das kommt auf Vertragsärzte zu

Der Bundesrat hat am 16. Februar 2007 dem vom Bundestag am 2. Februar 2007 beschlossenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zugestimmt. Damit ist der Weg frei für das Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. April 2007. Die für Vertragsärzte wesentlichen Bestimmungen dieses Gesetzes fassen wir nachfolgend zusammen.

GKV-Honorar

Zum 1. Januar 2009 wird es eine regionale Gebührenordnung in Euro geben. Die einzelnen Schritte bis zu dieser Euro-Gebührenordnung sehen folgendermaßen aus:

- Bis zum 31. Oktober 2007 ist auf der Grundlage des derzeitigen EBM ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab zu entwickeln. Dieser gilt dann ab 1. Januar 2008. In diesem neuen EBM sollen die hausärztlichen Leistungen überwiegend pauschaliert werden. Für besonders förderungswürdige Leistungen, zum Beispiel Hausbesuche, soll es eine Einzelleistungsvergütung geben können; auch Qualitätszuschläge sind möglich.
- Bis zum 31. August 2008 wird auf Bundesebene ein sogenannter Orientierungspunktwert vereinbart. Basis dieses Punktwertes sind die Gesamtvergütung der Krankenkassen und die voraussichtliche Leistungsmenge in Punkten im Jahre 2008.
- Dieser Orientierungspunktwert ist bis zum 15. November 2008 in den regionalen KVen unter Berücksichtigung von Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur anzupassen. Aus den regional vereinbarten Punktwerten und der Leistungsbewertung im EBM wird dann für jede einzelne Leistung die ab 1. Januar 2009 geltende regionale Euro-Gebührenordnung entwickelt. Ab 2010 soll es Zuschläge auf den Punktwert bei Unterversorgung und Abschläge bei Überversorgung geben.
- Die Krankenkassen zahlen auch ab 2009 weiterhin eine Gesamtvergütung. Neu ist jedoch, dass diese Gesamtvergütung künftig an die Morbidität angepasst wird. Mit anderen Worten: Bei zusätzlichem Behandlungsbedarf, beispielsweise einer Grippe, müssen die Krankenkassen die Mehrleistungen bezahlen. Auch die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten in Arztpraxen sind zu berücksichtigen. Die Anpassung der Gesamtvergütung an die Entwicklung der Beitragseinnahmen entfällt.
- Für den einzelnen Arzt gibt es aber auch weiterhin ein Budget als Instrument der Mengenbegrenzung.

**Ab 2009 regionale
Gebührenordnung
in Euro**

**Ab 2009 mor-
biditätsbezogene
Gesamtvergütung**

Ab 2009 Regelleistungsvolumina

■ Ab 2009 erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen arztbezogener Regelleistungsvolumina. Nur bis zur Höhe dieser Regelleistungsvolumina werden die Leistungen mit den in der Gebührenordnung enthaltenen Euro-Beträgen vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden abgestaffelt.

PKV-Honorar

Standardtarif wird 2009 durch Basis-tarif abgelöst

Der bisherige Standardtarif der PKV wird zum 1. Januar 2009 abgelöst durch einen Basistarif, der sich am Leistungskatalog der GKV orientiert und den jeder Privatversicherer anbieten muss. Wie beim Standardtarif gelten Höchstsätze für die GOÄ-Abrechnung, von denen aber durch Vereinbarung zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgewichen werden kann. Um zu verhindern, dass Ärzte eine Abrechnung nach dem Basistarif ablehnen, erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag für diesen Basistarif. Möglicherweise erfolgt auch die Abrechnung über die KV.

Impfungen

STIKO-Empfehlungen werden bindend

Impfungen sind derzeit freiwillige Satzungsleistungen der Kassen. Jede Kasse konnte deshalb bisher frei entscheiden, ob und gegebenenfalls wann die Empfehlungen der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) in eine regionale Impfvereinbarung mit der KV übernommen werden. Künftig müssen die Krankenkassen die von der STIKO empfohlenen Impfungen als Pflichtleistung bezahlen.

Arzneimittelversorgung

Neu eingeführt wird ein Zweitmeinungsverfahren bei der Verordnung von kostenintensiven Arzneimitteln und Arzneimitteln mit hohem Risikopotenzial. Derartige Arzneimittel soll der behandelnde Arzt künftig nur in Abstimmung mit fachlich besonders qualifizierten Ärzten verordnen können.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Versicherte künftig einen Anspruch auf Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen klinischer Studien.

Fazit

Keine totale Abkehr von Budgets

Ohne Budgets kommt auch diese Gesundheitsreform nicht aus. Allerdings wird das Honorar durch die Euro-Gebührenordnung kalkulierbarer. Positiv ist auch, dass die Krankenkassen künftig die morbiditätsbedingten Mehrausgaben übernehmen müssen, und zwar unabhängig von der Entwicklung der Einnahmen. Die Auswirkungen auf das PKV-Honorar werden im Wesentlichen davon abhängen, wie viele Privatversicherte in den Basistarif wechseln werden.

GKV-Reform

Die neuen Tarife in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung

Mit der GKV-Reform kommt auch Bewegung in die Tariflandschaft der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Ab 1. April 2007 werden die meisten gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der neuen gesetzlichen Möglichkeiten und Vorgaben ihr Tarifangebot deutlich ausweiten. Auch die privaten Krankenversicherer müssen ab 2009 einen neuen Tarif, den sogenannten Basistarif, anbieten (siehe vorherigen Beitrag). Nachfolgend ein erster Überblick über die zu erwartende Tarifvielfalt.

Tarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen konnten zwar schon bisher besondere Tarife (Selbstbehalt; Beitragsrückerstattung) anbieten, allerdings beschränkt auf freiwillig versicherte Mitglieder. Mit der GKV-Reform ist diese Beschränkung auf freiwillig Versicherte entfallen; auch Pflichtmitgliedern stehen nun diese Tarife offen. Daneben können wie bisher Bonuszahlungen bei gesundheitsbewusstem Verhalten, zum Beispiel bei regelmäßiger Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen geleistet werden.

Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

Neu ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten ab April 2007 Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen anbieten müssen. Hierzu zählen

- Integrierte Versorgung,
- besondere ärztliche Versorgung,
- Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen (DMP),
- Modellvorhaben,
- Hausarztzentrierte Versorgung.

In diesen Tarifen erhalten die Versicherten entweder eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen. Fast alle Krankenkassen bieten derartige Tarife bereits an.

Wahltarife

Folgende weitere Tarife (Wahltarife) **können** die gesetzlichen Krankenkassen anbieten:

1. Tarif für Nichtinanspruchnahme von Leistungen

Der Versicherte und seine Familienangehörigen nehmen mindestens ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch. Im Gegenzug erhält er eine Prämie von maximal ein Zwölftel seines Jahresbeitrages.

Besondere Tarife nun auch für Pflichtmitglieder

Pflichtangebote der GKV ab 1. April 2007

Beitragsrückerstattung

	2. Selbstbehalttarif Der Versicherte trägt einen Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten selbst. Im Gegenzug erhält er eine Prämie.
Patient tritt als Selbstzahler auf	3. Kostenerstattungstarif Der Versicherte und seine Familienangehörigen treten gegenüber dem Arzt als Selbstzahler (Privatpatient) auf und erhalten eine Rechnung auf GOÄ-Basis. Der Tarif legt fest, in welcher Höhe die Kostenerstattung erfolgt. Gegebenenfalls muss der Versicherte zusätzlich eine Prämie zahlen.
	4. Tarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Der Versicherte hat bei diesem Tarif Anspruch auf Verordnung der von der Regelversorgung ausgeschlossenen Arzneimittel (Naturheilmittel, Homöopathika und Anthroposophika). Für diesen Anspruch zahlt er eine zusätzliche Prämie.
Patient ist drei Jahre an Wahltarife gebunden	Entscheidet sich ein Versicherter für einen dieser Wahltarife, ist er daran drei Jahre gebunden. Bei den Tarifen für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen gilt diese Mindestbindungsfrist nicht.
	Tarife in der Privaten Krankenversicherung
Ab 2009 Zugang zum Basistarif für alle	In der PKV bleibt zunächst alles beim Alten. Erst zum 1. Januar 2009 müssen alle privaten Krankenversicherer einen sogenannten Basistarif, der den bisherigen Standardtarif der PKV ersetzt, anbieten. In diesen Basistarif können nicht nur die bisher Privatversicherten wechseln; auch allen bisher freiwillig in der GKV oder nicht versicherten Personen steht dieser Basistarif offen. Wie in der GKV gilt der sogenannte Kontrahierungszwang: Die privaten Krankenversicherer müssen jeden Versicherten aufnehmen. Versicherte, die im Standardtarif versichert sind, können diesen beibehalten (Bestandsschutz).
	Leistungsumfang des Basistarifs Der Leistungsumfang des Basistarifs entspricht dem Leistungsangebot in der GKV – er muss also den Kriterien „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig“ genügen.
Maßgröße ist der durchschnittliche GKV-Höchstbeitrag	Höhe des Beitrags im Basistarif Die Höhe des Beitrags darf sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers richten. Risikoausschlüsse oder -zuschläge sind ausgeschlossen. Die Beitragshöhe ist begrenzt auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der zurzeit etwa 500 Euro beträgt. Dieser Betrag gilt aber nur für Einzelpersonen. Damit ist der Basistarif eigentlich nur für gut verdienende Alleinversicherte interessant.
	Basistarif auch für Beamte Vergleichbare Tarife mit anteiliger Erstattung müssen auch für Beamte angeboten werden.

Höhe der Vergütung im Basistarif

Die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen für Versicherte des Basistarifs müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherer vereinbaren. Im Gesetz sind jedoch Höchstsätze vorgegeben, die dann gelten, wenn keine davon abweichende Vereinbarung getroffen wird.

KBV und PKV vereinbaren Höhe der Vergütungen

Die Steigerungssätze im Vergleich

	Der neue Basistarif ab 1. Januar 2009	Derzeitiger Regelhöchstsatz	Der bisherige Standardtarif
Abschnitt M sowie Nr. 437 GOÄ	1,16	1,15	1,10 *
Abschnitte A, E und O GOÄ	1,38	1,80	1,30
übrige Leistungen	1,80	2,30	1,70

* nicht für Nr. 437 GOÄ

Auswirkungen der neuen Tarifvielfalt in der GKV

Die neue Tarifvielfalt wird nicht spurlos an der Hausarztpraxis vorübergehen. Viele gesetzlich Versicherte werden sich beispielsweise mit der Frage, ob sich für sie ein Selbstbehalt lohnt, an ihren Hausarzt wenden. Vom Hausarzt wiederum kann man nicht verlangen, alle Details und Fallstricke der Tarifbedingungen von 374 Krankenkassen (Stand: Dezember 2006) zu kennen. Hinzu kommt, dass der Versicherte an einen Wahltarif mindestens drei Jahre gebunden ist.

Weiter ist zu erwarten, dass die neuen Wahltarife im Wesentlichen von jungen und gesunden Versicherten abgeschlossen werden. Damit fehlen in der Hausarztpraxis die sogenannten Verdünnerfälle.

Bald wohl weniger „Verdünnerfälle“

Auswirkungen des Basistarifs in der PKV

Nach einer aktuellen Studie der Stiftung Gesundheit erzielen Hausärzte etwa 18 Prozent des Umsatzes mit Privatpatienten. Würden alle privat Versicherten in den Basistarif wechseln, resultiert daraus auf der Grundlage der im Gesetz genannten Höchstsätze ein Honorarverlust von etwa 20 bis 25 Prozent des Privathonorars. Es wird aber auch für gut verdienende GKV-Versicherte interessant sein, in den Basistarif zu wechseln, um sich die Vorteile einer Privatbehandlung zu sichern. Allerdings liegen derzeit keine verlässlichen Schätzungen über die Attraktivität des Basistarifs und damit über die Zahl von GKV-Versicherten, die zum Basistarif der PKV wechseln könnten.

Prognosen zur Zeit kaum möglich

Positiv ist jedoch hervorzuheben, dass ein Forderungsausfall bei Versicherten des Basistarifs praktisch ausgeschlossen ist. Für die Behandlung im Basistarif haften Versicherter und Private Krankenversicherung gegenüber dem Arzt gesamtschuldnerisch. Mit anderen Worten: Zahlt der Patient die Rechnung nicht, kann sich der Arzt das Honorar von der Privaten Krankenkasse holen.

Keine Forderungsausfälle bei Versicherten des Basistarifs

Übersicht – Wichtige Termine

- **2. Februar 2007:** Ab diesem Tag ist ein Wechsel von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten in die PKV nur noch möglich, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren überschritten wurde und auch zu Beginn des folgenden Kalenderjahres darüber liegt.
- **1. Juli 2007:** Nichtversicherte, die früher in der PKV versichert waren oder dieser zugerechnet werden (zum Beispiel Selbstständige), können sich wieder im Standardtarif der PKV (der später zum Basistarif wird) versichern. Die Aufnahme in diesen Tarif muss ohne Risikoprüfung erfolgen.
- **1. Januar 2009:** Es gilt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Bei der PKV wird ein Basistarif eingeführt, in den auch die bestehenden Standardtarife überführt werden. Der Leistungsumfang wird mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Neukunden können die Alterungsrückstellungen aus diesem Tarif bei einem späteren Wechsel des Versicherers „mitnehmen“. Der Basistarif muss ohne Zuschläge angeboten werden. Es besteht Kontrahierungszwang, das heißt, die Versicherung muss den Kunden aufnehmen. Altkunden der privaten Krankenversicherer sollen bis zum 30. Juni 2009 in die Basistarife der PKV wechseln können.