

Begrüßung

Anlässlich des
9. Bundeskongress der
niedergelassenen Chirurgen
In Nürnberg



Auswirkungen des
Wettbewerbsstärkungsgesetz
auf uns niedergelassene Fachärzte

besser:
Wettbewerbsverhinderungsgesetz



Das verspricht uns
unsere Regierung:

Mit der
Gesundheitsreform
geht einfach
alles aufwärts!



Wir meinen:
Das stimmt!
Sehen Sie selbst...

Alles geht **RAUF** ...

Bürokratie

Mehrwertsteuer auf z.B. sämt-
liche Arznei- und Hilfsmittel

Ihr Beitrag zur
Krankenversicherung

Ihre Aufzahlung
für einige Arzneimittel

Entfernung zum nächsten Arzt,
Apotheker und Krankenhaus

Wartezeiten

Ulla Schmidt:

- Deutscher Ärztetag Mai 2006:
 - Vorlage einer neuen Gebührenordnung in Euro und Cent. Dann würde diese umgesetzt!
 - Wir machen Reformen mit und nicht gegen die Beteiligten im Gesundheitswesen
- Morbiditätsrisiko zurück zu den Krankenkassen geht
- Fairen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern

Angela Merkel 2003 im Rahmen des außerordentlichen deutschen Ärztetages als CDU/CSU Vorsitzende:

- ... es gibt keine Alternative zur Therapiefreiheit, zur freien Arztwahl, zum Wettbewerb der Krankenkassen...

SPD Vorsitzende Kurt Beck:

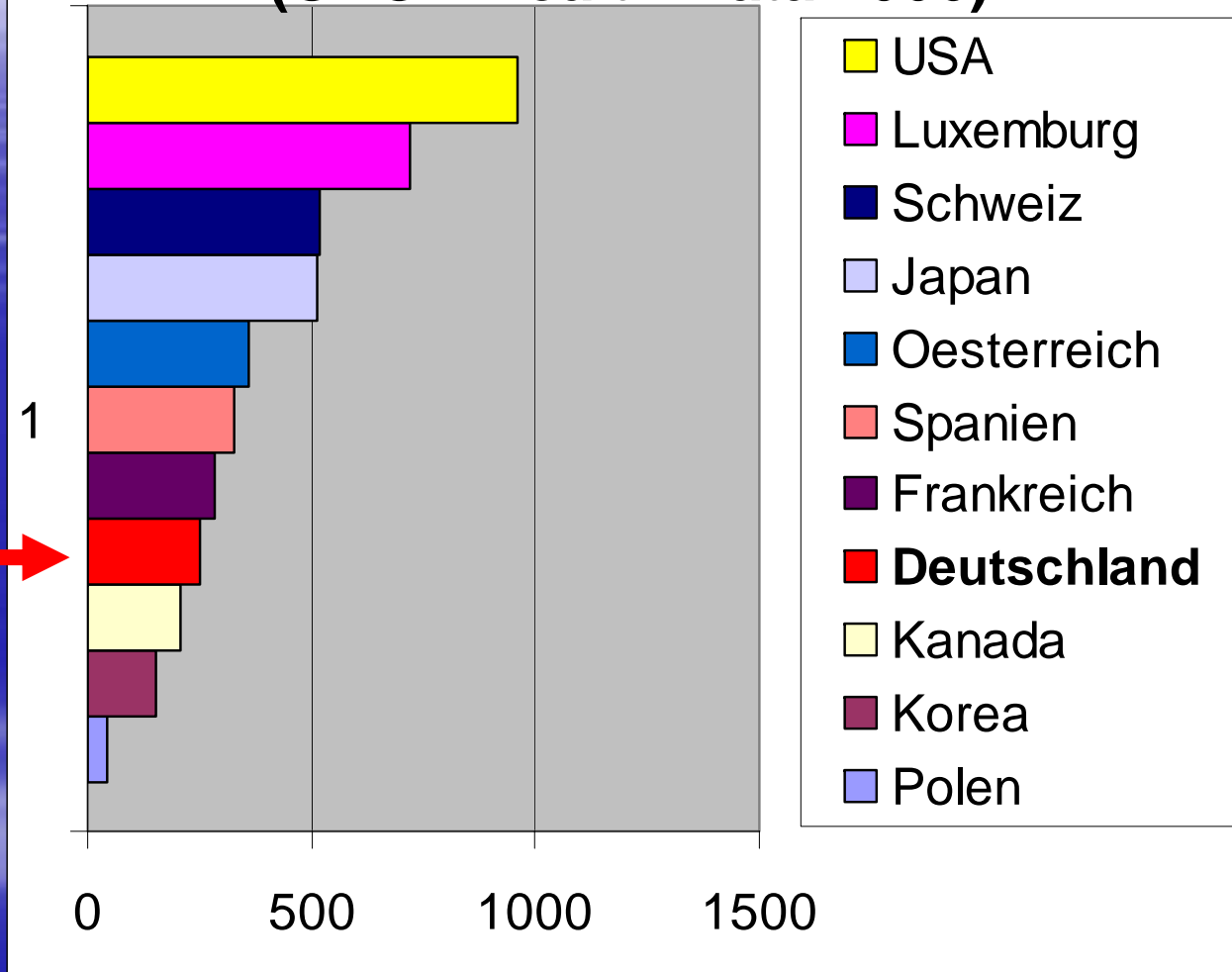
- Erstmals haben wir eine Gesundheitsreform ohne zusätzliche Belastungen der Versicherten erreicht

Märchenstunde im Gesundheitssystem:

- Gutachten SVR 2001:
 - Über-, Unter-, und Fehlversorgung
- Wir zahlen Mercedes, fahren aber Golf
(Karl Lauterbach)

Amb.
Situation
BRD
weltweit
im
Vergleich

Kosten amb. Versorgung (OECD Health Data 2006)



Fakten im deutschen Gesundheitssystem

- Peter Sawicki: (IQWiG)
 - „Wir fahren Mercedes und werden glauben gemacht im reparaturbedürftigen Golf zu fahren“ (Köln 2005)
- Fritz Beske (IGSF): Deutschland ist Spitze!
 - Umfänglicher Leistungskatalog
 - Geringste Wartezeiten
 - Umfassender Zugang

Realität ab 2007:

- Der Staat macht alle Vorgaben!
- Kein richtiger Wettbewerb unter Kassen
 - Einziges Wettbewerbselement ist eine Rückvergütung oder der 1 % Zusatzbeitrag
- Die Wähler werden für dumm verkauft! Über 80 % der Bürger lehnen diese Reform nach wie vor ab!
- 20 % verstehen sie nicht, und haben deshalb keine Meinung
- Ebenso wie 99,9 % der Bundestagsabgeordneten

Realität ab 2007:

- Gesundheitsfonds = Kombination der Nachteile beider Parteienkonzepte (Gesundheitsprämie bzw. Bürgerversicherung)
- GKV Beitragssteigerungen = politisch verursacht, minus 6 Milliarden Euro im GKV System
- keine Entkoppelung der Arbeitskosten von den Gesundheitskosten
- Dieses Gesetz = Sondersteuer der Versicherten zur Konsolidierung des maroden Haushalts

Einführung der Staatsmedizin!

- Weiterhin Budgetierung, da Gesamtvergütung letztendlich festgeschrieben wird
- Rationierung in der GKV wird durch weitere Einführung medizinischer Leistungen verschärft
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung forciert
- Zerschlagung der fachärztlichen Versorgung gefördert, da Hausärzte und Psychotherapeuten in einem Naturschutzgebiet
- Einheitskrankenkasse bundesweit



Grundlegende Änderungen im WSG

1. Einführung der Krankenversicherungspflicht für alle
2. Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenstrukturen
3. Reform der Finanzierungsordnung
4. Reform der privaten Krankenversicherung

1. Einführung einer Krankenversicherungspflicht

- Versicherungspflicht f. alle ab dem 01.01.09
- Versicherungspflicht f. GKV-Versicherte ab 01.04.07
- Wer den Versicherungsschutz verloren hat kehrt in seine letzte Versicherung zurück
- Ehemals PKV – Versicherte sind ohne Risikoprüfung und Risikozuschläge wieder privat zu versichern.
- Zunächst im Standardtarif, ab 1.1.09 im Basistarif
- Es gilt: Kontrahierungszwang, kein Risikozuschlag, Sicherstellung der Versorgung



2. Reform der Versorgungsstrukturen und Kassenstrukturen

- Öffnung der Krankenhäuser (für AIDS – oder Krebspatienten) – (§116b)
- Palliativmedizinische Versorgung wird verbessert (durch palliativ care teams) (§132d)
- Rechtsanspruch auf Rehabilitation (müssen von den Krankenkassen bezahlt werden)
- Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege für ältere Menschen in Wohngemeinschaften od. anderen Wohnformen
- Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen (§132e)

Versicherte (1)

- Bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit wie Komplikationen bei Schönheitsoperationen, Tätowierung, Piercing, hat die Kasse die Versicherten in angemessener Höhe zu beteiligen
- Medizinische Früherkennung und Vorsorgeleistungen soll für die Gruppe der 45- bis 55 jährigen durch Vorsorgecheckhefte gesteigert werden

Laut Politik: Mehr Kassenwettbewerb!?

Mehr Wettbewerb mit weniger Bürokratie.

- Nur noch ein Spitzenverband auf Bundesebene (Monopol?)
- Bürokratieabbau:
 - Prüfverfahren werden entschlackt
 - überflüssige Kontrollen abgebaut
 - notwendige Dokumentations- und Verwaltungsanforderungen entbürokratisiert

Versicherte (2)

- Alle Kassen müssen zukünftig Hausarztmodelle anbieten, nur mit Überweisung zum Facharzt
- Ausnahme: Augenärzte und Frauenärzte
- Integrierte Versorgung wird weiter ausgebaut, Pflegeversicherung und nichtärztliche Heilberufe können integriert werden. Die Anschubfinanzierung wird verlängert.
- Wahltarife mit Selbstbehalt möglich

Abschaffung der KV - Strukturen

- § 73b hausarztzentrierte Versorgung
 - KV: hierfür keine Sicherstellung
- § 73c besondere ambulante ärztliche Versorgung (auch ohne KV möglich)
- § 140b Integrierte Versorgung
- Massiver Geldentzug (Verwaltungskosten) aus den KVen
- KV: Restärzte - Sicherstellungsauftrag
Qualitätskontrolle
- Mosaikstruktur der ärztlichen Versorgung

Abschaffung der niedergelassenen Fachärzte

- Lauterbach: Doppelte/strukturierte Facharztschiene
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Tätigkeit (§116b) zu Lasten der Gesamtvergütung
- Öffnung von MVZ an Krankenhäusern = massiver Verdrängungswettbewerb
- Ambulantes Operieren am Krankenhaus (Querfinanzierung aus den stationären Bereich, bei Subventionierung durch unsere Steuerabgaben)

Krankenkassen

- Beitragserhebung:
 - Beiträge werden einkommensabhängig erhoben
 - Alle Kassen ein einheitlicher Beitragssatz



- Die Kassen erhalten die Beitragsmittel in Form einer Grundpauschale und einem alters- und risikoadjustiertem Zuschlag aus dem Fonds zurück.

Krankenhäuser (1)

- ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus (z.B. hoch spezialisierte Leistungen) wird konsequenter umgesetzt. Zulassungs- und Vergütungsregelungen werden konkretisiert.
- Zur Förderung der ambulanten Erbringung hoch spezialisierter Leistungen am KH wird eine Anschubfinanzierung bereitgestellt

Krankenhäuser (2)

- Ordnungspolitischer Rahmen/Finanzierung:
 - Eine Sonder GMK wird sich 2007 mit dem finanziellen und ordnungspolitischen Rahmen für die Zeit nach Abschluss der DRG Konvergenzphase 2008 befassen
 - Pauschale Sanierungsbeteiligung in Höhe von 0,8 % der Budgets (Landesbasisfallwerte).
 - Die vorgesehene Subventionierung des GKV System wird auf 250 Millionen reduziert

3. Reform der Finanzierungsordnung

- Weiterhin Budgetierung und Abstufung
- Im GMG hatte man uns eine Aufhebung für 2007 versprochen mit festen Euro-Werten
- 20 – 30 % unserer Leistungen werden weiterhin nicht bezahlt

Ärztliche Vergütung (1)

Wir sollen bekommen:

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab:
 - Hausärzte: Versichertenpauschale
 - Fachärzte: Grund- und Zusatzpauschalen, evtl. Einzelleistungen
 - Psychotherapeuten: angemessene Vergütung je Zeiteinheit
 - wenn Versicherte einen Arztwechsel im Quartal vornehmen, dann Kürzungen möglich

Ärztliche Vergütung (2)

- Für alle Kassen gelten gleiche Preise für gleiche Leistungen
- Erarbeitung der Vergütungsreform wird professionalisiert (Neues Institut oder mehrere!)
- Im Zusammenhang mit der neuen GO der GKV als auch der PKV sollen für vergleichbare Leistungen vergleichbare Vergütungen bezahlt werden.

Ärztliche Vergütung (3)

- Basistarif der PKV werden über die KV abgerechnet
 - Vergütung mindestens so wie bei Ersatzkassen
 - Abrechnung nach GOÄ,
 - Physikalische Therapie und Röntgen bis 1,38 - facher Multiplikator
 - Ärztliche Leistungen: bis 1,8 -facher Multiplikator

Orientierungswerte (§87)

- Im EBM sind jährlich bis zum 31.08. jeweils einheitliche Punktwerte in Euro festzulegen
 - Für den Regelfall
 - Bei Feststellung v. Unter- bzw drohender Unterversorgung
 - Bei Feststellung von Überversorgung
 - Differenziert nach Altfällen und Neufällen (Arztzulassung vor oder nach OW – Einführung)
- Bewertungsausschuss legt Indikatoren fest über regionale Besonderheiten, Kosten- u. Versorgungsstruktur
 - Abweichung regionaler Investitions- und Betriebskosten

Regionale Euro-Gebührenordnung morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- Ab 01. Januar 2009 werden jährlich auf der
 - Vereinbarung von Punktwerten in Euro für Folgejahr erstmals bis zum 31.10.2008 (Basis: OW)
 - Zuschlag oder Abschlag kann vereinbart werden
 - Regionale Besonderheiten sind zu berücksichtigen
 - Insbes. Kosten- und Versorgungsstruktur
 - Keine Differenzierung nach Arztgruppe oder Kasse
 - Bei morbiditätsbedingten Anstieg der Leistung ggf. Nachzahlungen



Vergütung der Ärzte (§87b)

- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes:
 - Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina
 - In Euro, darüber abgestaffelte Preise
 - Werte für RLV sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgrad festzulegen
 - Morbiditätskriterien: Alter und Geschlecht
 - Bis 30.11.2008 Mitteilung der KV über die Höhe des RLV an die Ärzte

Vergütung der Ärzte (§87b)

- Gesamtvergütung in Euro für 2009 wird
 - um die Veränderungsrate für BRD erhöht
- Für die Gesamtvergütung gelten
 - Die vertragsärztlich abgerechneten Leistungen
 - Vermindert um sachlich-rechner. Richtigstellung
 - Und unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen
 - = wir werden wieder einmal um unsere Leistungen betrogen! (20 – 30 % wurden im HVV bereits gekürzt)



Honorarreform

- Erst ab 2011 abgeschlossen
- Ab dann Fallpauschalen für Fachärzte
- Keine Honorarabschläge für überversorgte Gebiete
- Aber Honorarzuschläge für unterversorgte Gebiete
- Erleichterung der Kostenerstattung

4. Private Krankenversicherung (1)

- Zukünftige GOÄ: ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zur GKV
- Steigerungssätze innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens bleiben weiterhin möglich
- Die PKV wird künftig verpflichtet, einen Basistarif anzubieten. Dieser enthält folgende Elemente
 - Leistungsumfang der GKV – über die KVen abzurechnen
 - Kontrahierungszwang **ohne** individuelle Risikoprüfung und –zuschlag, sowie **ohne** Leistungsausschluss
 - Bezahlbare Prämien
 - Portable Altersrückstellung



Grundlagen Basistarif (1)

- Muss von den PKVen im Rahmen des Standardtarifes ab 2007 angeboten werden
- Höhe: Durchschnitt der GKV - Mitgliedsbeiträge
- Keine Risikozuschläge, jedoch
- Alter und Geschlecht berücksichtigend
- Versicherungspflicht, keine Kündigung möglich
- Nichtversicherte bereits ab 2007 Eintritt möglich

Grundlagen Basistarif (2)

- Altkunden dürfen ab 2009 in den ersten sechs Monaten in den Basistarif wechseln
- Danach nur noch über 55 jährige oder Bedürftige
- nur in der Versicherung in der sie versichert sind
- Ärzte werden verpflichtet, Patienten zu behandeln die im Basistarif versichert sind.
- Es gilt der 1,8 fache GOÄ Satz, wenn sich KBV und Kassen nicht auf einen anderen Satz einigen können

Kostenerstattung?

- § 13 SGB V :

Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten die nicht von der Krankenkasse übernommen werden von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem LE schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, ... den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

Konsequenzen des WSG (1):

- Der dieses Gesetz beschossen, hat beschlossen
 - Rationierung und Unterversorgung
 - Beendigung der freien Arztwahl
 - Ärztemangel in weiten Teilen Deutschland
 - Zahlreiche Arztpraxen werden in den Konkurs gehen
- drohender Untergang der Fachärzte

Konsequenzen des WSG (2):

- Einführung der Planwirtschaft:
 - Den Krankenkassen wird die Finanzhoheit entzogen
 - Bundesregierung legt den für alle geltenden Beitragssatz fest
 - Limitierung des Zusatzbeitrages auf 1% des Haushaltseinkommen



staatliches Globalbudget

Konsequenzen des WSG (3):

- Die KVen werden
 - In eine, die Ärzte drangsalierende Behörde umgewandelt
 - Diese legt nach staatlichen Vorgaben den Leistungskatalog fest und die wesentlichen Inhalte des Bundesmantelvertrages.
 - Darin geregelt:
 - Qualitätssicherung
 - Bedarfsplanung (ab 2011 Aufhebung)
 - Verordnungsfähigkeit



Staatsmedizin und Planwirtschaft



Sachverständigenrat im November 2006 Jahresgutachten

- „Ein politisches Armutszeugnis, dass mit einer satten Betragserhöhung die Reform begonnen werde, obwohl die Koalition anderes beabsichtigte.“ (Prof. Rürup)
- Die geplante Reform sei als „mislungen“ und der Gesundheitsfonds in der geplanten Form eine „Missgeburt“

Meine Prognose:

- WSG tritt in letzter Konsequenz erst im Jahre 2009 in Kraft.
- Ab 2010 wieder eine neue Reform notwendig, da das Finanzierungsproblem nicht gelöst wurde!
- Es ist fraglich, ob die Politik es schafft das Junktim RSA – Gesundheitsfonds fertig zu stellen
- 2009 sind wieder Bundestagswahlen!
- Wir werden unsere Patienten, die Wähler mobilisieren um diesen Schwachsinn nicht in Kraft treten zu lassen.



Die Berufsverbände fordern:

- Begrenztes Geld bedingt begrenzte Leistungen
- Leistungskatalog muss reduziert werden und nicht weiter ausgebaut
- Ablehnung des Basistarifes zu Lasten der Ärzte
- Die Unterfinanzierung muss endlich von der Politik anerkannt und beseitigt werden
- Abschaffung der Budgets
- Uneingeschränkte Einführung der Möglichkeit der Kostenerstattung
- Ab sofort Vergütung in Euro und Cent



Kranke werden von Ärzten
behandelt und nicht von Politikern
Politiker denken nur in
Legislaturperioden
Ärzte kämpfen für ihre Patienten
-ein Praxisleben lang-

Deshalb werden wir auch den
längeren Atem haben

