

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV WSG)**

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes

**Zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deut-
schen Bundestages**

Gliederung:

1. Sonderverträge – Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V) und Wahltarife (§ 53 SGB V)	3
1.1. Hausarztzentrierte Versorgung und Besondere ambulante ärztliche Versorgung	3
1.1.1 Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)	3
1.1.2. Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)	3
1.1.3. Umsetzungsregelungen von §§ 73b und 73c SGB V	3
1.2. Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)	4
1.3. Krankenkassentarife (§ 53– Wahltarife SGB V)	5
1.4. Bewertung:	5
2. Neuordnung und Organisation der ärztlichen Selbstverwaltung	7
2.1. Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 77a SGB V)	7
2.2. Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (§§ 77 ff. SGB V)	7
2.3. Bewertung	7
3. Neuordnung und Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung	8
3.1. Bewertungsausschuss	8
3.2. Gemeinsamer Bundesausschuss – Organisation/Neue Aufgaben	9
3.3. Bewertung	9
4. Vergütung und Honorar §§ 85a 85b und 87 SGB V	10
4.1. Bundeseinheitlicher Punktwert (Orientierungswert)	10
4.2. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	11
4.3. Regionale Euro-Gebührenordnung	11
4.4. Arztbezogene Regelleistungsvolumina (RLV)	11
4.5. Bewertung	12

1. Sonderverträge – Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V) und Wahltarife (§ 53 SGB V)

1.1. Hausarztzentrierte Versorgung und Besondere ambulante ärztliche Versorgung

1.1.1 Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)

Diese Versorgungsform wird noch stärker dem Wettbewerb unterstellt (keine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. ihrer Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a SGB V) und löst die Regelungen des mit dem GMG eingeführten § 73b SGB V ab. Jede Krankenkasse muss ihren Versicherten eine „hausarztzentrierte Versorgung“ in Verbindung mit einem gesonderten (Hausarzt-) Tarif (§ 53 Abs.3 SGB V) anbieten.

Verträge nach § 73b SGB V müssen mindestens folgende „Teilnahmevoraussetzungen“ enthalten:

- „Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren“
- Behandlung nach „evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“
- Erfüllung der Fortbildungspflicht durch Teilnahme an hausarzt-spezifischen Fortbildungskursen
- Einführung eines einrichtungs-internen und hausarztpraxis-spezifischen Qualitätsmanagements.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist ein „Einschreibemodell“ mit freiwilliger Teilnahme der Versicherten. Der teilnehmende Versicherte wählt für die Dauer von mindestens 12 Monaten einen Hausarzt; Facharztzugang nur noch mit Überweisung durch Hausarzt. Näheres hat die Krankenkasse in ihrer Satzung zu regeln.

1.1.2. Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)

Auch diese schon seit dem GMG bekannte Versorgungsform wird erweitert, jedoch mit dem systemwidrigen Unterschied, dass hier – ohne nachvollziehbaren Grund – Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner der Kassen sein können. Verträge nach § 73c SGB V zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich entweder indikations- oder regionsbezogen definieren. Eine Krankenkasse kann die Versorgung indikationsbezogen oder als Gesamtversorgung einer bestimmten Region oder eines bestimmten Stadtteils anbieten.

1.1.3. Umsetzungsregelungen von §§ 73b und 73c SGB V

Beide Versorgungsformen (§§ 73b und c SGB V) können abgeschlossen werden zwischen der Krankenkasse (oder Gemeinschaften derselben) und entweder den vertragsärztlichen Leistungsbringern (oder Gemeinschaften derselben) oder Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch Hausärzte anbieten.

In § 73c SGB V sind die Kassenärztliche Vereinigungen als Vertragspartner der Kassen zugelassen. Darüber hinaus normiert der § 73b SGB V im Gegensatz zu § 73c SGB V besondere Qualitätsvoraussetzungen für die teilnehmenden Leistungserbringer.

Die Kasse muss die Verträge nach §§ 73b und c SGB V „unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausschreiben“.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztliche Vereinigung ist für die in die Sonderverträge eingeschriebenen Versicherten eingeschränkt. Damit geht der Sicherstellungsauftrag insoweit über auf die Krankenkassen und umfasst auch den Notdienst. Gegebenenfalls kann der Notdienst im Rahmen solcher Verträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung gegen Entgelt in Auftrag gegeben werden.

Die Verträge dürfen vom gesamten Vertragsarztrecht abweichen und auch Leistungen vorsehen, die nicht vom GemBA abgelehnt wurden

Die Finanzierung erfolgt über eine verpflichtende Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 73b und § 73c SGB V) wie folgt

- bis einschließlich 2008 Bereinigung der Gesamtvergütung – und zwar der gesamten Gesamtvergütung - nach Leistungsbedarf im Sinne des § 295 Abs.2 SGB V.
- ab 2009 Bereinigung des „Behandlungsbedarfs (§ 85a Abs. 3 SGB V)“ entsprechend Zahl und Morbiditätsstruktur.
- bei Nichteinigung über die Bereinigung entscheidet das Schiedsamt

1.2. Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)

Die Integrierte Versorgung wird mit den Erfahrungen der letzten 3 Jahre weiterentwickelt und weiter gefördert (§ 140d i.d.F. des VAÄG) und ist künftig nur noch möglich bei einer „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“. Die Anschubfinanzierung (§ 140d SGB V) ist auf Verträge beschränkt, die diese Voraussetzung erfüllen (Verträge, die vor dem 01.01.2007 abgeschlossen sind, sind hiervon nicht betroffen). Die Frist für die Anschubfinanzierung wird um zwei Jahre auf Ende 2008 verlängert.

Weitere Änderungen zur Integrierten Versorgung sind:

- Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen können zukünftig an der Integrierten Versorgung teilnehmen.
- Krankenhausleistungen nach § 116b Abs.3 SGB V (Hochspezialisierte Leistungen, etc.) dürfen im Rahmen der Integrierten Versorgung ambulant erbracht werden.
- Die für die ambulante Versorgung notwendige Arzneimittelversorgung soll im Rahmen der Integrierten Versorgung durch Rabattverträge (§ 130a Abs. 8 SGB V) der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern erfolgen.

- Die Krankenkassen müssen den Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäusern darlegen, wie die Anschubfinanzierung verwandt wurde, um eine eventuelle Rückzahlungsverpflichtung überprüfen zu können.

1.3. Krankenkassentarife (§ 53– Wahltarife SGB V)

Die Krankenkassen müssen Sondertarife anbieten für Teilnahme an Integrierter Versorgung, Modellvorhaben, hausarztzentrierter Versorgung, fachärztlicher Versorgungsauftrag und DMP (§ 53 Abs. 3 SGB V).

Die Krankenkassen können zukünftig mit einer Bindungsfrist von drei Jahren:

- einen Selbstbehalt-Tarif anbieten (§ 53 Abs. 1 SGB V)
- bis zu einer Monatsprämie im Jahr zurückerstatten bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V)
- Tarife für Kostenerstattung anbieten (§ 53 Abs. 4 SGB V)
- gegen zusätzliche Zahlungen der Versicherten „Krankengeldtarife“ anbieten
- Tarife anbieten, in denen sie Leistungen beschränkt (§ 53 Abs. 6 SGB V).

1.4. Bewertung:

Der Deutsche Hausärzteverband befürwortet grundsätzlich die Neuregelungen zur Stärkung des Vertragswettbewerbes, insbesondere in Gestalt der §§ 73b, 73c, 140a ff i.V.m. § 53 (Wahltarife) SGB V.

Die Förderung und Stärkung der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern außerhalb der Gesamtverträge ist zweifellos der richtige Schritt zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Die gilt insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung bis hin zu den hieraus veranlassten Leistungen. Um hier einen wirklichen Wettbewerb auf der Vertragsebene zu gewährleisten, ist es zwingend notwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und / oder die neu zu gründenden Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a SGB V) von den vorgenannten Vertragsformen als Vertragspartner ausgenommen werden. Konsequenterweise muss dies also auch für die Verträge nach § 73c SGB V gelten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits durch ihren körperschaftlichen Status (Zwangsgliedschaft) einen erheblichen Wettbewerbsvorteil gegenüber sog. freien Vertragspartnern der gesetzlichen Krankenkassen. Würden sie, wie von ihnen vehement gefordert, direkt oder mittelbar über ihre Dienstleistungsgesellschaften Vertragspartner im Rahmen der vorgenannten Sonderverträge sein können, würde der von der jetzigen Bundesregierung gewollte Wettbewerb auf ein Mindestmaß zurückgeführt.

Aus Sicht des Deutschen Hausärztesverbandes sind die grundsätzlich zu befürwortenden gesetzlichen Neuregelungen, insbesondere in den §§ 73b und 73c SGB V zu konkretisieren, damit der gewollte Wettbewerb nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch möglich ist.

Insofern müssen insbesondere im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V Regelungen aufgenommen werden, die das Verhältnis der bisherigen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu denen ab dem 01.04.2007 der Art regeln, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, binnen einer bestimmten Frist (Ende 2007) ihren Versicherten einen sog. Hausarzttarif auf der Grundlage eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V i.d.F. des GKV-WSG anzubieten.

Weiterhin gilt es, die Ausschreibungspflicht zu überdenken. Die Frage der Ausschreibungspflicht für Sonderverträge (§ 73b und c, § 140a ff SGB V) beantwortet sich nach nationalem und/oder gemeinschaftsrechtlichem Wettbewerbsrecht. Deshalb bedarf es hier keiner sozialrechtlichen Wettbewerbsregelung sui generis, so wie es gegenwärtig auch für den Bereich der Integrierten Versorgung geregelt ist.

In diesem Zusammenhang sei schließlich auch daran erinnert, dass die bisherigen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach §§ 73 SGB V i.d.F. des GMG, die ohnehin nicht entsprechend dem gesetzlichen Auftrag umgesetzt wurden, trotz gesetzlicher Verpflichtung nicht öffentlich ausgeschrieben wurden.

Von wesentlicher Bedeutung für eine erfolgreiche Umsetzung der Verträge nach §§ 73b und 73c SGB V sind praktikable Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen. Ausgehend davon, dass die Preisgestaltung in den Sonderverträgen nach § 73b und § 73c SGB V nicht identisch sein wird – und auch nicht soll - mit der dann jeweils gültigen Gebührenordnung (EBM), muss zumindest bis zum Ende des Jahres 2008 entgegen dem ursprünglichen gesetzgeberischen Willen eine pauschalierte Bereinigung i.S. einer Anschubfinanzierung, wie sie aus der Integrierten Versorgung bekannt ist (§ 140d SGB V), zulässig sein, und zwar in Höhe von jeweils mindestens 5 %.

Um die Verpflichtung der Kassen ab 01.04. 2007 hausarztzentrierte Verträge nach § 73b SGB V abzuschließen, versorgungsrelevant umzusetzen, müssen die Kassen gesetzlich verpflichtet werden, mindestens 5 % ihres Anteils an der Gesamtvergütung dafür bereitzustellen.

Wettbewerb kann nur dann funktionieren, wenn die Vertragspartner der Sonderverträge, insbesondere im Bereich der Vereinbarung der vertraglichen Vergütungen für die Leistungen der Vertragsärzte (Hausärzte und / oder Fachärzte) frei sind. Schafft man hier über gesetzliche Regelungen, wie sie derzeit im § 73b Abs. 8 SGB V verankert sind, eine unauflösbare Bindung an die Gebührenregelungen bzw. Gebührenordnungspositionen wie sie derzeit im EBM festgelegt sind, könnte dies zwangsläufig zu unüberwindbaren Schwierigkeiten bei der Berechnung der Bereinigung der Gesamtvergütung führen.

Wie wichtig gerade in der Anfangsphase eine einfache praktikable Regelung zur Finanzierung neuer Versorgungsformen ist, hat sich deutlich im Bereich der Integrierten Versorgung gezeigt. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber im Rahmen des GMG die Vorschriften zur Anschubfinanzierung und Be-

reinigung der Gesamtvergütungen deutlich vereinfacht und nur deshalb sind in der Folgezeit zahlreiche Integrationsverträge abgeschlossen und auch umgesetzt worden.

Die Regelungen zur Erweiterung der Integrierten Versorgung werden durch den Deutschen Hausärzterverband grundsätzlich unterstützt. Hervorzuheben sind insbesondere die gesetzliche Verpflichtung zur Flächendeckung und die Einbindung der Pflegekassen, die eine Integration der Hausärzte in die Versorgung mit Pflegeleistungen ermöglicht.

2. Neuordnung und Organisation der ärztlichen Selbstverwaltung

2.1. Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 77a SGB V)

Die neue Vorschrift gestattet Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung sog. Dienstleistungsgesellschaften zur Beratung der Mitglieder zu gründen.

Die Gesellschaften dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ausgeschlossen (§ 77 Abs. 3 SGB V).

2.2. Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (§§ 77 ff. SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht im zweiten Titel des zweiten Abschnitts des 4. Kapitels keine Neuregelungen zu Organisation und Aufgaben der Kassenärztliche Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor.

Somit fehlt also die gesetzliche Festschreibung eines eigenständigen Verhandlungs- und Abschlussmandats für Hausärzte (§§ 77, 79, 80 und 81 SGB V), und zwar sowohl für den Bereich der Kassenärztliche Vereinigungen als auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Davon betroffen sind damit auch die Besetzung, Zuständigkeiten und Kompetenzen in den Bundesausschüssen, insbesondere aber dem Bewertungsausschuss).

2.3. Bewertung

Den Regelungen zu den Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a SGB V) steht der Deutsche Hausärzterverband neutral gegenüber.

Der Deutsche Hausärzterverband fordert mit Nachdruck die Stärkung und Sicherung eines eigenständigen hausärztlichen Verhandlungs- und Abschlussmandates in der ärztlichen Selbstverwaltung, was alleine durch die im Rahmen des letzten Gesetzgebungsverfahrens getroffenen Neuregelungen zum verbindlichen Verhältniswahlrecht (§ 80 Abs. 2 SGB V) nicht gewährleistet ist!

Auch wenn durch die neuen Versorgungsformen in Gestalt der Sonderverträge, hier insbesondere des § 73b SGB V, hausärztliche Versorgung zukünftig nicht mehr ausschließlich im Gesamtvertragssystem

tem stattfinden wird, bedarf es gleichwohl der Festschreibung eines eigenständigen Verhandlungs- und Abschlussmandates für Hausärzte in den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften. Der Deutsche Hausärzteverband fordert:

- Hausärztliche Vertreter müssen paritätisch in den Vertreterversammlungen von Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten sein; dies ist gesetzlich festzuschreiben.
- Hausärztliche Mitglieder der Vertreterversammlungen werden nur von Vertragsärzten, die an der hausärztlichen Versorgung (§ 73 Abs.1a SGB V) teilnehmen, gewählt.
- Es gibt nur noch zweiköpfige Vorstände in den Kassenärztliche Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zwar je einen Hausarzt und einen Facharzt.
- In allen Angelegenheiten der hausärztlichen Versorgung entscheiden alleine die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung bzw. der hausärztliche Vorstand!
- Lediglich in versorgungsebenübergreifenden Angelegenheiten entscheiden die vorgenannten Gremien bzw. Organe im Wege gemeinsamer Beschlussfassungen.

Es muss gewährleistet sein, dass Hausärzte für Hausärzte ihre eigenen Belange regeln und nicht durch fachfremde Interessenvertreter dominiert werden. Alleine die Regelungen der Fachausschüsse bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztliche Vereinigungen sind insoweit nicht ausreichend, was die Vergangenheit eindrucksvoll bewiesen hat.

Es ist ebenfalls nicht ausreichend, wenn hausärztliches „know how“ in Gestalt von schriftlichen Stellungnahmen des hausärztlichen Fachausschusses zu den die hausärztliche Versorgung wesentlichen Angelegenheiten lediglich berücksichtigt werden muss, wie es derzeit im § 79 c Satz 4 i.V.m. § 79 b Satz 5 bis 8 SGB V geregelt ist. Vielmehr müssen demokratisch legitimierte Vertreter der hausärztlichen Versorgungsebene die wesentlichen Entscheidungen im gesamten hausärztlichen Versorgungsbereich, insbesondere im Bereich der Gesamtverträge, der hausärztlichen Vergütung, der Qualitätssicherung, des Leistungsrechtes und der Bundesausschüsse insbesondere im Bewertungsausschuss unmittelbar treffen können.

3. Neuordnung und Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung

3.1. Bewertungsausschuss

Angesichts der steigenden Bedeutung, die der Bewertungsausschuss für die Honorierungs- und Vergütungsstruktur auf der gesamtvertraglichen Ebene erhalten wird, ist die Repräsentanz der einzelnen Arztgruppen ungenügend. Alleine die Neuregelungen in § 87 Abs. 3a bis 3g SGB V zu den Aufgaben und Organisation des Bewertungsausschusses einschließlich des von ihm zu beauftragenden Institutes enthalten keine diesbezüglichen Regelungen.

3.2. Gemeinsamer Bundesausschuss – Organisation/Neue Aufgaben

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der Krankenkassen Bund bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss.

Der gemeinsame Bundesausschuss soll zum 01.01.2008 neu organisiert werden, der unparteiische Vorsitzende soll bis zum 31.01.2008 bestellt sein, die Bildung des Beschlussgremiums bis zum 31.03.2008 abgeschlossen sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, die gemeinsam von den Verbänden vorgeschlagen werden, bei Nicht-einigung benennt das Bundesministerium für Gesundheit drei gemeinsam von Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung vorgeschlagenen Mitglieder und drei von dem Spitzenverband Bund vorgeschlagene Mitglieder.

Das neue Beschlussgremium trifft alle Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere Richtlinienbeschlüsse.

Das Bundesministerium kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln zu:

- Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder und Patientenvertreter
- Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Abs. 3 SGB V)

Weitere Rahmenregelungen sind eine Verfahrensordnung und eine Geschäftsordnung (§ 91 Abs. 4 SGB V). Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Das Bundesministerium für Gesundheit übt Aufsicht aus (§ 91 Abs. 10 SGB V). Der Rechtsrahmen des Beanstandungsrechts wird gestärkt (§ 94 Abs. 2 SGB V).

3.3. Bewertung

3.3.1. Bewertungsausschuss

Um zu gewährleisten, dass die Belange der hausärztlichen Versorgungsebene ausreichend Berücksichtigung im einheitlichen Bewertungsmaßstab finden, ist eine institutionalisierte Mitbestimmung von Hausärzten in diesem Gremium notwendig.

Es muss sichergestellt sein, dass die Vertreter der Kassenärztliche Bundesvereinigung die Versorgungsebenen gemäß § 73 SGB V angemessen repräsentieren. Von den sieben (ab 01.01.2008: drei) von der Kassenärztliche Bundesvereinigung bestellten Vertretern müssen mindestens drei (ab 01.01.2008: einer) aus der hausärztlichen Versorgungsebene und vier (ab 01.01.2008: zwei) aus der fachärztlichen Versorgungsebene kommen. Von den Vertretern der fachärztlichen Versorgungsebene muss mindestens ein Vertreter aus dem Kreis der psychologischen Psychotherapeuten oder psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kommen. Die Vertreter der Versorgungsebe-

nen verhandeln und entscheiden alleinverantwortlich die ihre Berufsgruppe betreffenden Fragen im Bewertungsausschuss. Sie werden im Einvernehmen mit den jeweiligen Fachausschüssen bestimmt. Dazu ist eine obligatorische Einverständniserstellung von dem jeweils für die Versorgungsebene zuständigen Vorstand der Kassenärztliche Bundesvereinigung und jeweiligem Fachausschuss bei der Besetzung notwendig.

Korrespondierend mit den o.g. vorgeschlagenen Regelungen müsste der § 79 c Satz 2 (neu) SGB V wie folgt ergänzt werden:

“Er bestellt im Einvernehmen mit dem für die hausärztliche Versorgung zuständigen Vorstand der Kassenärztliche Bundesvereinigung die drei (ab 01.01.2008: einer) hausärztlichen Vertreter im Bewertungsausschuss.“

3.3.2. Bundesausschuss

Angesichts der steigenden Bedeutung, die der Bundesausschuss für die Versorgung erhalten wird, ist die Repräsentanz der einzelnen Arztgruppen ungenügend.

Insbesondere die Sichtweise der betroffenen Sektoren in den Entscheidungsprozessen muss durch eine entsprechende Regelung der Beteiligung an den Entscheidungsstrukturen gewährleistet werden. Dies kann für die hausärztliche Versorgungsebene durch die Einrichtung eines gesetzlich vorgeschriebenen Unterausschusses „Hausärztliche Versorgung“ gelöst werden. Dieser Ausschuss ist durch Vertreter der hausärztlichen Versorgungsebene zu besetzen und ist in allen den hausärztlichen Versorgungsbereich betreffenden Angelegenheiten einzubeziehen. Hält der Unterausschuss „Hausärztliche Versorgung“ einen Beschlussvorschlag für nicht sachgerecht, kann er dem Beschlussgremium einen eigenen Beschlussantrag unterbreiten. Das Beschlussgremium muss diesen Vorschlag bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen.

4. Vergütung und Honorar §§ 85a 85b und 87 SGB V

4.1. Bundeseinheitlicher Punktwert (Orientierungswert)

Ausgangspunkt für die Berechnung der zukünftigen ärztlichen Vergütung werden in Zukunft bundesweit einheitliche Orientierungswerte sein. Es werden drei unterschiedliche Orientierungswerte vorgegeben – im Regelfall, im Falle der Unter- und im Falle der Überversorgung. Der Einfachheit halber wird im folgenden nur von einem Orientierungswert ausgegangen.

Der Orientierungswert für das Jahr 2009 wird erstmalig bis zum 31.08. 2008 auf der Grundlage der bundesweiten Punktzahlmenge 2008 und der bundesweiten Gesamtvergütung 2008 plus einer Schätzung zur Morbiditätsentwicklung im Jahre 2009 festgelegt (§ 87 (2g) SGB V), und zwar so, dass es zu keinen Beitragserhöhungen kommt. Es wird dazu die Gesamtmenge der abgerechneten Punkte – also

unabhängig davon, ob sie unterhalb eines Budgetdeckels fallen oder nicht vergütet wurden – zur Grundlage gemacht.

4.2. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Bewertungsausschuss soll bis zum 31. Oktober 2007 einen Hausarzt- und einen Facharzt EBM beschließen (§ 87 (2b) bzw. (2c) SGB V). Der neue EBM soll bereits zum 01.01.2008 eingeführt werden.

Die Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen durch Versichertenpauschalen abgebildet werden, zusätzlich können Leistungskomplexe und Einzelleistungen sowie Qualitätszuschläge beschlossen werden.

4.3. Regionale Euro-Gebührenordnung

Der auf dem Status quo basierende Orientierungswert und der vom Bewertungsausschuss beschlossene EBM ergeben die Grundlage für die Verhandlungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die regionalen Verhandlungspartner (Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen) können von den Orientierungswerten abweichen, wenn die regionale Kosten- und oder regionale Versorgungsstruktur vom Bundesdurchschnitt abweichen. Bei Abweichung sind die Kriterien des Bewertungsausschusses zwingend vorgeschrieben. Die regionalen Punktwerte werden kassenarten- und arztgruppenübergreifend vereinbart (§ 85a (2) SGB V).

Die Leistungsmenge (Behandlungsbedarf) wird kassenspezifisch gemäß der Zahl und Morbiditätsstruktur verhandelt/festgelegt. Erstmals wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 31.10.2008 festgelegt (§ 85a (3)) SGB V.

Grundlage ist der Behandlungsbedarf jeder Krankenkasse 2008 plus der vom Bewertungsausschuss geschätzten bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate für 2009 (bundesdurchschnittliche Morbiditätsveränderung + Art und Umfang der Leistungen + Verlagerungen ambulant-stationär+/- Wirtschaftlichkeitsreserven). Der so vereinbarte Leistungsbedarf gilt als „notwendige medizinische Versorgung“ (§ 71 (1) SGB V), d.h. auch bei Leistungsmengensteigerung gilt die Beitragssatzstabilität nicht.

Regionaler Punktwert und Gesamtvergütung ergeben die Regionale Euro – Gebührenordnung. Es werden feste Punktwerte innerhalb des vereinbarten Behandlungsbedarfs gezahlt. Bei morbiditätsbedingtem höherem Leistungsbedarf wird ebenfalls in Euro bezahlt (§ 85a (3) SGB V).

4.4. Arztbezogene Regelleistungsvolumina (RLV)

Der Bewertungsausschuss bestimmt bis zum 31.09.2008 das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der arztbezogenen RLV. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Kran-

kenkassen bestimmen nach den Kriterien des Bewertungsausschusses die Berechnungsformel nach der den Vertragsärzten ihre RLV zugewiesen werden.

Die RLV bestimmen für den Vertragsarzt das Volumen der in Euro abrechenbaren Leistungen. Bei Überschreitungen werden (nur) die überschreitenden Leistungen abgestaffelt (§ 85 (2) SGB V). Bei Anstieg der Morbidität sind die KK verpflichtet durch Nachzahlungen die Erhöhung der RLV zu gewährleisten.

4.5. Bewertung

Da bei der Berechnung des bundesweiten Ausgangspunktwertes der gesamten Leistungsmenge keine notwendigen zusätzlichen Finanzmittel berücksichtigt wurden, wird der resultierende bundesweite Punktwert (Orientierungswert) dramatisch absinken. In der Konsequenz werden die ärztlichen Leistungen in der darauf aufbauenden Euro Gebührenordnung nicht ausreichend vergütet.

Die Mengenbegrenzungsregeln im neuen Vergütungssystem (EBM, gesamtvertragliche Regelungen und arztbezogenes Regelleistungsvolumen) sind unsystematisch angelegt und stehen in einem unklaren Verhältnis zueinander. Selbst wenn eine Mengenkontrolle auf der Ebene des Bewertungsmaßstabes gewünscht wäre, würde damit die Morbiditätsorientierung auf regionaler Ebene konterkariert, so dass gerade der regionale morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf nicht ausreichend berücksichtigt werden kann. In der Konsequenz entsteht für die Vertragsärzte eine hohe Intransparenz.

Der Bewertungsausschuss muss im EBM Regelungen treffen, die eine unvorhersehbare Morbiditätsentwicklung, die durch die pauschalierte Vergütung nicht abgedeckt ist, berücksichtigen.

Angesichts der Tatsache, dass die Zuweisung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfond nicht mehr die Wirtschaftskraft der unterschiedlichen Regionen bzw. Versichertenstruktur der Kassen berücksichtigt, ist eine Abweichung von den bundesweiten Orientierungswerten nicht notwendig. Das Kriterium der „Wirtschaftskraft“ der Regionen, das hilfsweise herangezogen werden soll, ist damit obsolet. Um die unterschiedliche Kostenstruktur zu berücksichtigen wäre höchstens ein schmaler Korridor sachgerecht, innerhalb dessen die Gesamtvertragspartner bei der Festlegung des regionalen Punktwertes von den Orientierungswerten abweichen können.

Folge der morbiditätsspezifischen Leistungsmengenfestlegung auf Gesamtvertragebene ist, dass bei einer Fehleinschätzung der Morbiditätsentwicklung erst nach Ablauf eines Jahres die Leistungsmenge und damit die Gesamtvergütung an die Morbidität angepasst werden kann. Damit wird ggf. eine ungerechtfertigte Vorfinanzierung von Leistungsmenge durch die Ärzte in Kauf genommen

Die Möglichkeiten einer morbiditätsbedingten Ausweitung der Regelleistungsvolumina (gemessen am Punktzahlvolumen) werden kaum genutzt werden können, angesichts der geplanten starken Pauschalierung der hausärztlichen Leistungen. Sie können nur zur Finanzierung der Fallvermehrung (Grippe-welle) geltend gemacht werden. Deswegen müssen, wie oben ausgeführt, Regelungen vom Bewertungsausschuss im EBM getroffen werden, die unvorhergesehene Morbiditätsentwicklungen berücksichtigen.

Auch wenn in der Begründung ausgeführt wird, dass die Bundesvorgaben durch den Bewertungsausschuss dazu dienen sollen, die heute zu beobachtenden nicht begründbaren regionalen Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu verhindern, bleibt bei den regionalen Vertragspartnern ein nicht unerheblicher Spielraum bei der Festlegung der Regelleistungsvolumina durch die notwendige Hinzuziehung regionaler Daten. Die entscheidende Rechenformel zur Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Ärzte wird letztlich auf regionaler Ebene bestimmt.

Um die oben dargestellten Fehlentwicklungen zu korrigieren, fordert der Deutsche Hausärzteverband eine bundeseinheitliche Gebührenordnung für Hausärzte, die eine angemessene Honorierung (75,- € Quartal/Patient) sicherstellt. Für die Hausärzte ist eine solche Gebührenordnung entwickelt und berechnet, diese kann daher zum 01.07.2007 in Kraft treten.