

Stellungnahme der KBV zum 4. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG

Wertung der Änderungen im Überblick

Im vierten Arbeitsentwurf sind an den für vertragsärztliche Versorgung maßgeblichen Themen praktisch keine Änderungen gegenüber dem dritten Arbeitsentwurf vorgenommen worden.

Die Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am zweiten Arbeitsentwurf ist somit lediglich für den dritten Arbeitsentwurf teilweise berücksichtigt worden. Es bestehen jedoch gravierende Probleme fort, deren weitere inhaltliche Bearbeitung im aktuellen Entwurf nicht erkennbar ist.

Im Widerspruch zu den Ankündigungen maßgeblicher Vertreter der Regierungsparteien sind nach wie vor nicht schlüssig umgesetzt:

1. Reform der vertragsärztlichen Vergütung/Einführung einer Gebührenordnung
2. Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Vertragswettbewerb

Auf diese beiden Themen konzentriert sich die nachfolgende Stellungnahme.

Das Wichtigste in Kürze

1. Reform der vertragsärztlichen Vergütung/Einführung einer Gebührenordnung

Die konsequente Einführung einer Gebührenordnung ist mit dem vierten Arbeitsentwurf noch nicht gelungen. Vielmehr sind in den Regelungen zahllose Budgetmechanismen versteckt, die die von der Politik beabsichtigte Wirkung konterkarieren. *Vgl. die ausführliche Anlage zu diesem Thema (Anlage 1).*

Die Budgetmechanismen müssen systematisch durch eine konsequente Leistungssteuerung in der Gebührenordnung ersetzt werden. *Hierzu liegt ebenfalls als Anlage ein alternativer Formulierungsentwurf der KBV vor (Anlage 2)*

2. Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Vertragswettbewerb

Die Wettbewerbskonzeption des Arbeitsentwurfs ist in Bezug auf die KVen keineswegs transparent und bleibt in diesem Punkt hinter dem ersten Arbeitsentwurf zurück.

- Es ist nicht ersichtlich, warum KVen Dienstleistungsgesellschaften gründen dürfen, denen aber der Abschluss von Sonderverträgen gemäß §§ 73b, c und 140b versagt ist.
- Es ist sachlich nicht ersichtlich, warum die KV Verträge gemäß § 73c (besondere fachärztliche Versorgung oder durch Zentren) nicht aber gemäß § 73b (hausärztliche Versorgung) schließen darf, während ihr gleichzeitig als neue Aufgabe die Sicherstellung der gesamten ambulanten Versorgung der im Basistarif PKV-Versicherten überantwortet wird.
- Es ist nicht ersichtlich, warum KVen oder deren Dienstleistungsgesellschaften trotz der zunehmenden Förderung sektorenübergreifender Versorgung (siehe Zusammenlegung der Qualitätssicherungsvorgaben im Bundesausschuss; Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bei MVZ und 116b; Populationsbezug in

IV-Verträgen; Einbeziehungsmöglichkeit der Pflege in IV-Verträge) keine Beteiligungsmöglichkeit erhalten, sondern in dem durch Budgetvorgabe und durch Bereinigungsregeln definierten, zunehmend begrenzten Zuständigkeitsbereich verharren müssen.

- Das gegenwärtige Konzept ist ein Programm zur Abschaffung der KVen. Es gibt ihnen keine Möglichkeiten der Bewahrung und Weiterentwicklung, um ihrer Funktion der Interessenvertretung auch künftig gerecht werden zu können. *Die KVen müssen diese selbst oder durch Dienstleistungsgesellschaften in Form des Abschlusses von Verträgen auch für Wahltarife wahrnehmen können.*
- Die KBV fordert ein, dass KVen auch künftig Gelegenheit erhalten, ihren Mitgliedern die Funktion der Interessenvertretung wirksam anzubieten. Die Reform muss den KVen ein verständliches und sinnvolles Konzept für ihre künftige Rolle der KVen im Vertragswettbewerb bieten, um sich der Mitwirkung der KVen z.B. bei der Umsetzung des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes (VÄndG), bei der Einführung der Gebührenordnung, bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und der Sicherstellung der Versorgung eines Basistarifs versichern zu können.

Die desaströsen Auswirkungen dieser Regelungen auf die ambulante Versorgungsstruktur sind in der **Anlage 3** näher dargestellt.

Anlage 1: Reform der vertragsärztlichen Gebührenordnung

Im vierten Arbeitsentwurf beschränkt sich die Bearbeitung der §§ 85 – 87 auf reine Formalien und Änderungen der Interpunktion. Wenn damit angedeutet werden soll, dass dieser Teil des Arbeitsentwurfes als abgeschlossen betrachtet wird so ist dies in höchstem Maße bestürzend, denn nach wie vor wird die *Budgetierung nicht beendet*.

Die Funktion der Gebührenordnung wird vielmehr durch budgetähnliche Maßnahmen konterkariert. *Sie kann so nicht umgesetzt werden*.

In den Eckpunkten wird klipp und klar formuliert, dass das Budget abgeschafft und eine Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen eingeführt wird. Diese Ankündigung kann durch eine klar strukturierte Gebührenordnung mit Fallpauschalen umgesetzt werden. Die befürchtete Mengenausweitung ist durch die fixkostenbezogene Preisabstaffelung in der Gebührenordnung, durch Regelungen zur Fallzahlausweitung und durch Plausibilitätsprüfungen kontrollierbar.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert die Regierungsparteien auf, zu ihren Ankündigungen zu stehen. Die jetzige Regelung schafft weder das Budget ab, noch wird eine angemessene Vergütung eingeführt, noch ist die Regelung einfach und transparent, noch wird auf dieser Grundlage eine sinnvolle Preissteuerung möglich sein. Dies wird im Folgenden erläutert.

Probleme:

A. Gebührenordnung, Preisbildung und Bewertungsausschuss

1. *Beitragsneutralität bei der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte (§ 87 Abs. 2c):* Die Orientierungspunktwerte bilden den Korridor für regionale Preisvereinbarungen. *Die Berechnungsvorschrift hierzu setzt die bisherige Budgetierung in die Zukunft fort.* Anstatt Bezug zu nehmen auf die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss bereits beschlossenen Kalkulationspunktwert gibt die Regelung vor, dass die Orientierungspunktwerte aus den dem zu den bisherigen Budgetbedingungen erbrachten Leistungsvolumen zu berechnen sind.

Somit sind alle, auch die in den bisherigen Honorarverteilungsmaßstäben nicht berücksichtigten Leistungen einzubeziehen. Dieses Leistungsvolumen beträgt zwischen 20% und 30%. Nach diesem Verfahren wird der Orientierungspunktwert weniger als 66% des Kalkulationspunktwerts betragen.

Es wird folglich ein Preisverfall für ärztliche Leistungen vorprogrammiert. Die Kalkulationsgrundlage für die Pauschalen wird verlassen. Damit fehlt auch die notwendige stabile Kalkulationsgrundlage für eine angemessene fixkostenbezogene Preisabstaffelung. Eine verlässliche Kalkulationsgrundlage ist auch Basis für die Überlegung Qualität und Niederlassung durch Zu- und Abschläge zu steuern.

2. *Weiterentwicklung der Preise (Orientierungswerte) nach Maßgabe der allgemeinen Kostenentwicklung (§ 87 Abs. 2c Nr. 1):*
Diese Vorgabe erinnert an die sachfremde Bezugregelung des § 71 SGB V. Es ist nicht ersichtlich, warum Bezug auf die allgemeine Kostenentwicklung genommen wird. Maßgeblich sollte vielmehr die Entwicklung bei den für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten sein. Diese können vom Institut des Bewertungsausschusses und anhand amtlicher Indikatoren erhoben werden. Veränderungen im Leistungsspektrum können zu erheblichen Abweichungen dieser Indikatoren gegenüber der allgemeinen Kostenentwicklung führen.

3. *Gegenfinanzierung der Preisaufschläge in unterversorgten Regionen durch Preisabschläge in überversorgten Regionen (§ 87 Abs. 2b):*

Diese Regelung entstammt komplett dem Budgetierungsprinzip. Sie etabliert künftig interregionale Budgets und führt zu Verteilungs- statt zu Vergütungslogik.

Sie widerspricht der Trennung der Vergütungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, die durch den vierten Arbeitsentwurf nicht aufgehoben wurde. Bei einheitlichen, d.h. versorgungsbereichsübergreifenden Punktwerten bewirken die regionalen Zuschläge für eine Arztgruppe auch nicht sachgerechte Abschläge bei anderen Arztgruppen.

Die Regelung ist nicht mit der Gebührenordnungslogik vereinbar, wenn sie zu nicht kostendeckenden Preisen in überversorgten Regionen führt, obwohl Praxen in überversorgten Regionen gerechtfertigt einen weiten Einzugsbereich haben. Es ist zu fragen, in welcher Höhe finanzielle Anreize zur Ansiedlungspolitik erforderlich sind. Diese sind zumeist erheblich. Hierfür müssen Standorte massiv benachteiligt werden, an die Patienten ihrerseits über Planungsbereichsgrenzen reisen.

Diese regionale Budgetierung kann weder mit dem heutigen Instrumentarium der Bedarfsplanung umgesetzt werden noch ist sie sachgerecht. Wenn wie in der hausärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern einem überversorgten städtischen ansonsten ländliche Planungsbereiche mit drohender Unterversorgung gegenüberstehen, wird der Spielraum für notwendige Verbesserungen der Anreizstrukturen in unterversorgten Regionen unnötig eingeschränkt oder die Kostendeckung anderer Standorte gefährdet. Eine sinnvolle gesetzliche Regelung erfordert Verzicht auf das Prinzip der Gegenfinanzierung.

4. *Kürzung der Versichertenpauschalen bzw. der fachärztlichen Grundpauschalen bei Arztwechsel des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums (§ 87 Abs. 2a):*

Diese Maßnahme wirkt wie ein virtuelles Budget, in welchem dem Arzt die Verantwortung für das Verhalten des Patienten übertragen wird. Es muss sichergestellt sein, dass diese Regelung nicht bei Überweisungen gilt. Im Übrigen ist dies eine willkürliche Preiskürzung, da der Arzt auf das Verhalten des Versicherten keinen Einfluss hat. Die Verhaltenssteuerung vielmehr muss über erhöhte Zuzahlungen des Versicherten geregelt werden.

5. *Sehr weitgehende Ersatzvornahmefugnisse des Ministeriums für Entscheidungen des Bewertungsausschusses; vom Systemzuschlag abweichende Finanzierungsregel von Maßnahmen, die das Institut des Bewertungsausschusses oder beauftragte Dritte zur Vorbereitung von Ersatzvornahmen des Ministeriums oder aufgrund von Ersatzvornahmen leisten müssen (§ 87 Abs. 6):*

Der Bewertungsausschuss wird seiner Funktion als Vertragsausschuss des Bundesmantelvertrags durch sehr weitgehende Möglichkeiten für staatliche Eingriffe enteignet. Auch wenn dies politisch so gewollt ist, ist es systematisch nicht korrekt, dass diese staatlichen Anordnungen sämtlich durch Haushaltsmittel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände finanziert werden müssen. Auch hier muss konsequenter Weise ein Systemzuschlag eingesetzt werden.

B. Arztbezogene Regelleistungsvolumen

6. *Arztbezogene Regelleistungsvolumen (§ 85b) passen systematisch nicht zu einer Gebührenordnung.* Die Regelung konterkariert die Prinzipien der Gebührenordnung und ist nicht umsetzbar.

Die Regelung widerspricht den Prinzipien der Einfachheit und Transparenz der Gebührenordnung. Zum einen besteht ein Widerspruch zur Pauschalierung. Die Mengensteuerung nutzt die gleichen Kriterien (Alter und Geschlecht), die zur Bildung der Grundpauschale oder der Versichertenpauschale (§ 87 Abs. 2a) dienen. Der Arzt

muss also die Pauschale ansetzen und deren Leistungen pflichtgemäß erbringen; er muss zugleich aber eine Kürzung des Preises akzeptieren, die jedoch aus ganz anderen, sachfremden Überlegungen hergeleitet ist, als die Preisbildung für die Pauschale. Diese Kürzung erfolgt z.B. aufgrund des Arztlisikos. Eine separate, externe Mengensteuerung muss auch entfallen, da eine widerspruchsfreie Umsetzung neben der fixkostenbezogenen Abstufungsregel in der Gebührenordnung (§ 87 Abs. 2) oder der Zu- und Abschläge für die Niederlassungssteuerung unmöglich ist.

Die arztgruppenbezogene Ausgestaltung steht zudem im Widerspruch zur Flexibilisierung durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG) und der in diesem Zuge erforderlichen Unterscheidung des bisherigen Behandlungsfalls in einen Arztfall und einen Betriebsstättenfall (mit unterschiedlichen arztgruppenübergreifenden Kooperationsmöglichkeiten). Der Arztfall kann kein anderes RLV erhalten wie der Betriebsstättenfall.

Arztbezogene Regelleistungsvolumen müssen ersatzlos entfallen. Die gewünschte Steuerung kann durch Regelungen in der Gebührenordnung zur Verhinderung übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit unter Berücksichtigung des Zulassungsumfangs und der nach Zeitprofilen anzunehmenden Kapazitätsgrenze erreicht werden.

7. *Übernahme des Arztlisikos durch die KV (§ 85b Abs. 4):*

Die Übertragung des Arztlisikos an die KV ist Bestandteil von Budgetierungsmaßnahmen, die mit festen Preisen und einer transparenten Euro-Gebührenordnung nicht vereinbar sind.

Angesichts der Flexibilisierung durch das VÄndG ist diese Regelung auch nicht mehr sachgerecht. Mittels der Mengensteuerung auf Arztelebene soll die KV eine eventuelle Arztlisikozunahme durch Mengenregulierung der Praxen ausgleichen – wohlgemerkt bei konstanten Preisen, die gemäß § 85a Abs. 2 nicht nach Arztgruppen differenziert werden dürfen. Trotzdem führt die Abstufungsregel des §85b zwangsläufig zu arztgruppenbezogenen Preisdifferenzierungen, weil z.B. in zunehmenden Arztgruppen Preise bereits gemäß § 85b abgestuft werden, obwohl bei weitem keine Fixkostendeckung erreicht worden ist. Die Kooperationsmöglichkeiten des VÄndG und die für Kooperationsformen wiederum extra zu kalkulierenden Pauschalen führen zu einer undurchsichtigen Wechselwirkung unterschiedlicher Abstufungsgrenzen und/oder Rücklagenerfordernissen. Diese Maßnahmen dürften die Transparenz der Preisbildung erheblich beeinträchtigen.

C. Vereinbarung regionaler Preise und Gesamtvergütung

8. Die Gesamtvergütung wird nach Vereinbarung regionaler Preise (§ 85a Abs. 2) durch *Festlegung einer Punktzahlmenge je Krankenkasse* festgelegt. Daraus resultieren zahlreiche Budgetwirkungen:

- a. Leistungen, die über dieses Punktzahlvolumen hinausgehen, können nur dann voll vergütet werden, wenn *Kriterien* erfüllt sind, nach denen diese Leistungen aufgrund einer nicht vorhersehbaren Morbiditätsentwicklung erbracht worden sind. Leistungen, die nicht durch Morbiditätsentwicklung begründbar sind, werden nicht vergütet (§ 85a Abs. 3):

Die Regelung widerspricht der politisch angekündigten Abschaffung der Budgets. Die Konkretisierung der geforderten Kriterien wird extrem strittig umzusetzen sein und vermutlich maßlose Bürokratiefolgen nach sich ziehen, wenn Krankenkassen - wie im Überschreitungsfall zu erwarten - in eine Einzelfallprüfung der Behandlungsdiagnosen einsteigen. Angesichts der weitgehenden Pauschalierung der Leistungen ist diese Budgetierungsregelung aber völlig sachfremd. Sie stammt aus einem Regelungskontext, in dem Mittels Regel-

leistungsvolumen bei einer weit weniger pauschalierten Vergütungsstruktur Mengenvereinbarungen getroffen werden sollten. Die Vorgabe eines Punktzahlvolumens muss bei Einführung einer Euro-Gebührenordnung entfallen.

- b. Da die *Gesamtvergütung im Voraus nach Zahl und Morbidität der Versicherten vereinbart* werden muss, sind Annahmen über Versichertenzahl und Leistungsstrukturveränderungen (z.B. Verlagerung zwischen stationärem und ambulanten Sektor) zu treffen (§ 85a Abs. 3):
Die Regelung widerspricht der politisch angekündigten Abschaffung der Budgets. Das Risiko für Fehleinschätzungen trägt die Vertragsärzteschaft; Korrekturen sind jeweils erst für die Folgeperiode erlaubt. Wie sollte also auf unterjährige Fehleinschätzungen reagiert werden: Preiskorrekturen am Quartalsende, Aufnahme von Schulden durch die KV, Bildung von preismindernden Rücklagen im Vorfeld? Fazit: Der hier beabsichtigte Budgetierungsmechanismus widerspricht den Prinzipien fester Preise und einer transparenten Euro-Gebührenordnung.
- c. *Bezugnahme auf einen bundesdurchschnittlichen Leistungsbedarf je Patient und Morbiditätsklasse bei der erstmaligen Vereinbarung des Punktzahlvolumens* (§ 85a Abs. 3):
Damit wird bereits bei der erstmaligen Berechnung regionaler Gesamtvergütungen das Risiko erhöht, dass es zu Abweichungen zwischen Ist- und Soll-Punktzahlvolumen kommt. Das Budgetproblem besteht fort.
- d. Die *Neuregelung des Fremdkassenzahlungsausgleichs* durch das Prinzip „Preis am Leistungsort“ (§ 85a Abs. 7) leidet darunter, dass auch hierfür Vorberechnungen der Fremdinanspruchnahme im Rahmen der Gesamtvergütungsvereinbarung zu treffen sind (§ 85a Abs. 3 in Verbindung mit § 85b Abs. 3 S. 2 Nr. 2). Anders als bei einer unmittelbaren Anerkennungsregelung, d.h. einer direkten Vergütung durch die Krankenkasse des Versicherten, trägt die KV trägt zunächst das finanzielle Risiko des Zahlungsausgleichs

Fazit:

Von der Einführung einer transparenten Gebührenordnung ist vierte Arbeitsentwurf weit entfernt, ebenso von festen Euro-Preisen. Von der Abschaffung der Budgets kann keine Rede sein.

Eine Alternative hierzu liefert ein alternativer Formulierungsvorschlag der KBV (Anlage 2).

Anlage 2:

Alternativer Formulierungsvorschlag zur Reform der vertragsärztlichen Vergütung

(Bezugbasis: 2. Arbeitsentwurf)

Stand: 12.09.2006

§ 73b

a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 eingefügt:

„Der Versorgungsauftrag der hausarztzentrierten Versorgung umfasst die gesamte hausärztliche Behandlung eines gemäß Absatz 3 teilnehmenden Versicherten.“

b) In Absatz 4 Satz 1 wird nach Nr. 3 eingefügt:

„4. Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a“

c) In Absatz 4 wird ein Satz 4 angefügt:

„Die Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an einem Vertrag nach Absatz 4 teilnehmen, über den im Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.“

d) In Absatz 7 wird Satz 1 wie folgt geändert:

„Die Vertragspartner der Gesamtverträge gemäß § 83 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Absatz 2 im hausärztlichen Vergütungsanteil gemäß § 85 Absatz 4 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Versorgungsauftrag für die hausarztzentrierte Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Absatz 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert.“

e) In Absatz 7 wird Satz 2 wie folgt geändert:

„ Ab dem 1. Januar 2009 vermindert sich der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Absatz 2 um die Leistungen, die von den an Verträgen nach

Absatz 4 teilnehmenden Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten erbracht werden.

f) In Absatz 7 wird Satz 4 wie folgt ergänzt:

Nach den Worten „den zuständigen Vertragspartnern“ werden die Worte „nach Satz 1“ eingefügt.

§ 73c

g) In Absatz 3 Satz 1 wird nach Nr. 3 eingefügt:

„4. Kassenärztliche Vereinigungen oder deren Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a“

h) In Absatz 4 wird ein Satz 4 angefügt:

„Die Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an einem Vertrag nach Absatz 3 teilnehmen, über den im Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.“

i) In Absatz 6 wird Satz 2 wie folgt geändert:

„ Ab dem 1. Januar 2009 vermindert sich der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Absatz 2 um die Leistungen, die von den an Verträgen nach Absatz 3 teilnehmenden Vertragsärzten für die nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten erbracht werden.“

j) In Absatz 6 wird Satz 4 wie folgt ergänzt:

Nach den Worten „den zuständigen Vertragspartnern“ werden die Worte „nach Satz 1“ eingefügt.

§ 77a wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird nach Nr. 5 eingefügt:

„6. Abschluss und Durchführung von Verträgen nach §§ 73b, 73c und § 140b.“

§§ 85a bis 85 d werden wie folgt gefasst:

„§ 85a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Gesamtvergütung

(1) Abweichend von § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3, erstmals bis zum 31. Oktober 2008, danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten, die sich aus den für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten in einem Bundesland und der regionalen Fallzahlentwicklung ergeben, zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2g Sätze 6 und 7 anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten landeseinheitlichen Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl der Preis für den Regelfall, als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen. § 89 Abs. 1 gilt.

(3) Die regionale Gebührenordnung nach Absatz 2 gilt jeweils für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, in welchem die vertragsärztliche Leistung erbracht wird. Die Krankenkassen vergüten vertragsärztliche Leistungen unabhängig vom Wohnort der Versicherten nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung am Leistungsort.

(4) Die von den Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85 Absatz 1 zu zahlende Gesamtvergütung ist die

Punktzahlsumme der im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabs gemäß §87 Abs. 2b bis 2f, die mit Punktwerten entsprechend der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 und nach Absatz 3 zu vergüten ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober das Verfahren der Abschlagszahlung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich stellen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften sicher, dass die Abschlagszahlung 95 v.H. des zu erwartenden Finanzvolumens eines Kalendervierteljahres nicht unterschreitet. Die Abschlagszahlung ist jeweils bis zum dritten Werktag des Kalendervierteljahres zu leisten.

(5) Die Zuweisung der Gesamtvergütung nach Absatz 4 und die Mitteilung der jeweils geltenden regionalen Preise an die Vertragsärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Widerspruch und Klage gegen die Vergütungsfestsetzung der Kassenärztlichen Vereinigung haben keine aufschiebende Wirkung. Die Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, Bestimmung von Abrechnungsfristen und –belegen sowie von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben zu treffen.

§ 85b wird gestrichen

§ 85c wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

§ 85c

Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2007

- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst

"Für Krankenkassen, die im Jahr 2007 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren:

1. des Betrags, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2006 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt,

2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragsschließenden Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2006 zu bestimmen."

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst

Abweichend von § 71 Abs. 3 erhöhen die Vertragsparteien der Gesamtverträge gemäß § 83 die Gesamtvergütungen im Jahr 2007 bis für den im Verteilungsmaßstab gemäß § 85 Absatz 4 anzuwendenden Verteilungspunktwert ein Punktwert erreicht ist, der der im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10.12.2003 für die Kalkulation von Leistungen im Bewertungsmaßstab festgelegten Kalkulationsgrundlage entspricht, jedoch nicht um mehr als 10 v.H.

§ 85d wird wie folgt gefasst

„§85d

Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2008"

Abweichend von § 71 Abs. 3 erhöhen die Vertragsparteien der Gesamtverträge gemäß § 83 auf der Grundlage der Gesamtvergütung von 2007 die Gesamtvergütungen im Jahr 2008 bis für den im Verteilungsmaßstab gemäß § 85 Absatz 4 anzuwendenden Verteilungspunktwert ein Punktwert erreicht ist, der der im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10.12.2003 für die Kalkulation von Leistungen im Bewertungsmaßstab festgelegten Kalkulationsgrundlage entspricht, jedoch nicht um mehr als 10 v.H. Nur wenn der Punktwert nach Satz 1 bereits in 2007 erreicht worden ist, gilt die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3.

§ 87 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§87
Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab,
bundeseinheitlicher Orientierungswert“

b) In Absatz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund " ersetzt.

c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.

d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen."

bb) Satz 3 und 4 wird wie folgt gefasst:

"Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen insgesamt so festzulegen, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); dabei ist die Anzahl der in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte angemessen zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Bestimmung der Abstaffelungsregelungen nach Satz 3 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; dabei ist Satz 2 zweiter Halbsatz auch bei der Bestimmung der Abstaffelungsregelung zu berücksichtigen."

e) Absatz 2a wird durch folgende Absätze 2a bis 2h ersetzt:

"(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen.

(2b) Die Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die gesamten üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen sind entsprechend der Morbiditätskriterien nach Absatz 2f zu differenzieren. Für Versicherte, die nicht an einer besonderen Versorgungsform nach § 73b, oder 73c oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137g teilnehmen, können die Pauschalen abweichend von Satz 4 übergangsweise nach den Kriterien Alter und Geschlecht differenziert werden, um die mit dem altersüblichen Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl unterschiedlicher Versichertenpauschalen ist zur Wahrung der Einfachheit und Übersichtlichkeit zu begrenzen.

(2c) Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch als Versichertenpauschalen abzubilden; Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Die Pauschalen entsprechend der Morbiditätskriterien nach Absatz 2f zu differenzieren. Soweit nicht anders möglich, können die Leistungen einer Arztgruppe zur Vergütung der Behandlung von Versicherten, die nicht an einer besonderen Versorgungsform nach § 73b, oder § 73c oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137g teilnehmen, abweichend von Satz 1 als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden. Mit den Grundpauschalen nach Satz 4 werden die überwiegend von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Abweichend von Satz 3 können die Grundpauschalen arztgruppen-

spezifisch nach den Kriterien Alter und Geschlecht differenziert werden, um die mit dem altersüblichen Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 4 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich in besonderen Behandlungsfällen aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt.

(2d) Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Versichertenpauschalen festzulegen, die dem Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. Im Übrigen gelten die Regelungen nach Absatz 2c.

(2e) Es sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass der obligatorische Leistungsinhalt der in den Absätzen 2b, 2c und 2d genannten Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2d die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen auf der Grundlage von § 135 Abs. 2 sowie an gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringende Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. Zudem sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b bis 2d sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 4 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt. Die Regelungen nach Absatz 2a, bis Absatz 2e sind erstmalig bis zum 31. August 2008 zu treffen.

(2f) Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Morbiditätskriterien, die zur Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b bis 2d sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 4 verwendet werden, diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind das Alter und Geschlecht der Versicherten und die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die tatsächlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Die Beschlüsse zur Anwendung des Klassifikationsverfahrens zur Differenzierung der Pauschalen nach Satz 1 sind erstmalig bis zum 31. Dezember 2007 zu treffen.

(2g) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. im Regelfall,
2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie
3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

festzulegen. Die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 sollen den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 sollen den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 können nach Versorgungsgraden differenziert werden. Bei der Festlegung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 dürfen die durchschnittlichen Investitions- und Betriebskosten je Fall jedoch nicht unterschritten werden. Die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 sind im Rahmen einer fünfjährigen Übergangsregelung danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind, den Anwendungszeitraum sowie den Zeitpunkt, zu dem ihre Wirkung zu überprüfen ist. Zudem legt der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten nach § 85a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Satz 1 abgewichen werden kann. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur dienen ausschließlich Indikatoren der für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten. Der Bewertungsausschuss kann hierzu eigene Erhebungen durchführen.

(2h) Die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte sowie der Indikatoren nach Absatz 2g erfolgt für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008. Dabei richtet sich der Orientierungswert nach Absatz 2g Satz 1 Nr. 1 nach dem zur Kalkulation ärztlicher Leistungen gemäß Absätzen 2b bis 2f verwendeten Punktwert. Maßgeblich ist der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10.12.2003, korrigiert um die bis zum 31. Dezember 2007 eingetretenen Veränderungen der für den Beschluss maßgeblichen Faktoren. In den Folgejahren

legt der Bewertungsausschuss jährlich die Veränderungen der Orientierungswerte nach Absatz 2g fest, wobei er insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen hat:

1. die Veränderung des durchschnittlichen Arztlohnes der Kalkulationsgrundlage gemäß Satz 2
2. die Veränderung der für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten.
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese noch nicht durch die Abstufungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist.
5. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkungen der Orientierungswerte gemäß Absatz 2g Satz 1 Nr. 2 und 3.

f) Die bisherigen Absätze 2b bis 2d werden Absätze 2i bis 2k.

g) In Absatz 3 wird die Angabe "7" durch die Angabe "3" sowie die Wörter "je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

h) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a bis 3g eingefügt:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils zum 31. Dezember einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vor; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts bestimmen.

(3b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 31. Januar 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben gemäß Absätzen 2a bis 2h unterstützt. Wird das Institut bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise gegründet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Verbände zur Errichtung des Instituts verpflichten oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend,

wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder das Institut aufgelöst wird. Abweichend von Satz 1 können die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen.

(3c) Zur Finanzierung der Kosten des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Zuschlag für jeden Behandlungsfall (BA-Systemzuschlag). Die Vereinbarung muss sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeiträge ausschließlich zur Umsetzung der Aufgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 3b verwendet werden. Das Nähere der Weiterleitung der Einnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen an den Auftragnehmer des Bewertungsausschusses nach Absatz 3b vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2006 nicht zustande, entscheidet das Bundesschiedsamt gemäß § 89 Abs. 4 bis zum 31. Januar 2007.

(3d) Über die Ausstattung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut oder den beauftragten Dritten entscheidet der Bewertungsausschuss; Absatz 6 gilt entsprechend. Die innere Organisation ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.

(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die Vorbereitung der Beschlüsse durch das Institut oder den beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Vorbereitung der Beschlüsse trifft.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3f) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erfassen jeweils nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz erforderlichen Daten arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. Die Daten nach Satz 1 werden jeweils von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an ihren Spitzenverband ü-

bermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Datenerhebungen und -auswertungen durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. Für die Annahme, Aufbereitung und Verwaltung der Daten nach Satz 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 1 ist vom Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen.

(3g) Die Regelungen der Absätze 3a bis 3f gelten nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss."

i) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe "4" durch die Angabe "2" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter "werden zwei Mitglieder" durch die Wörter "wird ein Mitglied" sowie die Wörter "gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See" durch die Wörter "vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

j) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 1 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem zuständigen erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

k) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse, des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b sowie der von diesen jeweils gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen; ihm sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zusammen mit den den Be-

schlüssen zugrunde liegenden Beratungsunterlagen und den für die Beschlüsse jeweils entscheidungserheblichen Gründen vorzulegen; es kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden."

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 2 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

cc) In Satz 3 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter dem Spitzenverband Bund" ersetzt.

dd) In Satz 5 zweiter Halbsatz werden die Wörter "Satz 1 bis 3" durch die Wörter" Satz 1 bis 4" ersetzt.

l) Folgender Absatz wird angefügt:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2b Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann."

§ 140b wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird nach Nr. 5 eingefügt:

„6. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten.“

Anlage 3

Auswirkungen der Wettbewerbskonzeption des 4. Arbeitsentwurfs auf die ambulante Versorgung

Folgt man dem 4. Arbeitsentwurf, dann droht dem Gesundheitswesen eine mehr als dramatische Veränderung. Sie ist, gleichbedeutend mit der Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens. An seine Stelle würde ein System mit zwei Sektoren treten: einem weitgehend verstaatlichten Sektor und einem Sektor der Sonderverträge.

1. Der verstaatlichte Sektor

Den gesetzlichen Krankenkassen wird durch den Gesundheitsfonds die Beitragssatzhöhe genommen. Die Beitragshöhe wird künftig staatlich festgelegt; die Höhe des Zusatzbeitrags ist limitiert. Dieses Einnahmenbudget wird auf der Ausgabenseite durch eine vereinheitlichte Verbandsstruktur verwaltet, die - zumindest in der vertragsärztlichen Versorgung - einheitliche Kollektivverträge schließt. Maßgeblich ist die oben beschriebene Budgetierung. Die Krankenkasse hat keinen individuellen Einfluss auf die Vertragsinhalte.

Der Leistungskatalog und wesentliche Inhalte des Bundesmantelvertrags, wie z.B. die Steuerung der verordneten Leistungen (z.B. Arzneimittel), Qualitätssicherung, Bedarfsplanung, werden künftig durch eine Behörde vorgegeben, in der vom Gesundheitsministerium bestellte hauptamtliche Vertreter stellvertretend für die Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen entscheiden.

2. Der Sektor der Sonderverträge

Als einziger Wettbewerbsparameter, in dem Krankenkassen künftig noch Gestaltungskompetenz behalten, gelten Wahltarife.

Die Krankenkassen können ihren Versicherten künftig Geldprämien anbieten, wenn diese sich für Wahltarife entscheiden. Dafür müssen sich die Versicherten bei einzelnen Haus- oder Fachärzten, Versorgungszentren oder Krankenhäusern einschreiben und sich verpflichten, sich mindestens ein Jahr nur durch diese Stelle behandeln oder weiter überweisen zu lassen.

Sonderverträge soll es geben für die hausärztliche Versorgung (§ 73b), die fachärztliche Versorgung (§ 73c) oder die integrierte Versorgung (§ 140b). Die Ärzte, Versorgungszentren oder Krankenhäuser unterzeichnen unmittelbar individuelle Verträge mit der jeweiligen Krankenkasse. Die Kassenärztliche Vereinigung wird von diesem Teil der Versorgung ausgeschlossen, mit Ausnahme des Teils der Sonderverträge nach § 73c. Dass hier den Kassenärztlichen Vereinigungen – wohl eher als Verlegenheitslösung – diese „Restaufgabe“ eingeräumt wurde, ändert nichts an der verfehlten Grundkonzeption: die Ärzte verlassen mit ihren Patienten die vertragsärztliche Vereinigung. Mit einer Ausnahme: Auf Wunsch der Beteiligten soll die Kassenärztliche Vereinigung aber den kostenintensiven Notdienst sicherstellen.

3. Bewertung

Für die Patienten wird dies zur Folge haben, dass ein längst vergangen geglaubtes Phänomen der 1960er Jahre wiederersteht: Man wird den Arzt vorher anrufen müssen, ob er für die Behandlung überhaupt zu Verfügung steht. Damals gab es den AOK-Arzt und den Ersatzkassen-Arzt. Künftig wird es wohl wieder so sein.

Es ist offenkundig, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, die gleichermaßen für jeden Versicherten zur Verfügung steht, durch diese Sonderverträge durchlöchert werden wird. Je attraktiver die Wahltarife desto unwichtiger wird die Kassenärztliche Vereinigung als Funktion in der Versorgung werden. In den Innenstadtbereichen wird bald eine KV-freie Zone existieren. Auf dem Land, in strukturalarmen Gebieten hingegen oder zu allen Feiertags- und Nachtzeiten, soll die Kassenärztliche Vereinigung einspringen.

Diese Politik verkennt, dass Kassenärztliche Vereinigungen Selbstverwaltungsorganisationen sind, die aus den Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert werden. Die Kombination aus einer Budgetierung für Kollektivverträge und Sonderverträgen, die KVen vollständig ausschließen, wird die Mitgliedschaft in der KV zunehmend uninteressanter machen. Ein „Exodus“ der Mitglieder in Sonderverträge würde die Verwaltungskosten steigen lassen und damit die Attraktivität der KV weiter senken.

Der Ausschluss der KV von dem wesentlichen Teil der Sonderverträge dürfte außerdem dazu führen, dass nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb entsteht. Warum z.B. sollte ein ärztlicher Berufsverband, der in der Region über eine geschlossene Gefolgschaft und eine monopolartige Position verfügt, sich auf Dauer mit den Budgetvorgaben des Kollektivvertrags abgeben?