

Gesetzentwurf

der Fraktion der CDU/CSU

Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Budgetaufhebungsgesetz)

A. Problem

Nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 hat die Bundesregierung mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz die 1997 auf Initiative der CDU/CSU-Bundestagsfraktion abgeschafften sektoralen Budgets wieder eingeführt. Es hat sich in den zwei Jahren insbesondere bei den Arznei- und Heilmittelausgaben gezeigt, dass die Budgetierung einerseits zu keiner Kostenbegrenzung führt, andererseits die Versorgung der Patienten dramatisch verschlechtert.

- Die Arzneimittelausgaben sind 1999 gegenüber dem Vorjahr um 8,4 % von 32,8 Mrd. DM auf rd. 35,5 Mrd. DM angestiegen. Auch in 2000 ist ein überproportionales Ausgabenwachstum zu erwarten.
- Studien belegen, dass die von der CDU/CSU vorhergesagte Rationierung jetzt für jedermann sichtbar wird. Die Ärzte gehen angesichts des Budgetdrucks von der schon seit Jahren herrschenden stillen Rationierung zur offenen Rationierung über. Patienten, die eine hochpreisige Arzneimitteltherapie benötigen, haben es zunehmend schwerer, einen Arzt zu finden, der sie noch behandelt. Wenn diese Patienten sich wie Bittsteller vorkommen, obwohl sie versichert sind, dann ist etwas nicht mit dem System in Ordnung. Ein Krankenversicherter vertraut im Krankheitsfall auf den Schutz und die Hilfe seiner Krankenkasse. Er erlebt die Verordnungswirklichkeit aber als „Sparkassenmitglied“.

B. Lösung

Die aufgezeigten Probleme lassen sich nur beseitigen, wenn die Budgets in allen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung wieder abgeschafft werden. Ein erster Schritt ist die Aufhebung der Arznei- und Heilmittelbudgets. An ihre Stelle treten die bereits im 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 vorgesehenen arztgruppenspezifischen Richtgrößen. Bei den ärztlichen Honoraren werden anstelle der Budgets wieder die im 2. GKV-Neuordnungsgesetz vorgesehenen Regelleistungsvolumina mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert eingeführt. Spätestens mit der flächendeckenden Einführung der Fallpauschalen (DRGs) müssen auch im stationären Sektor die Budgets abgeschafft werden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden werden mit Haushaltsausgaben nicht belastet.

E. Sonstige Kosten

Da die Selbstverwaltungspartner den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten haben, ist nicht davon auszugehen, dass durch die Einführung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen und Regelleistungsvolumina mit einem festen Punktwert zu einer Anhebung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung führen wird.

Entwurf eines Gesetzes zur Abschaffung der Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Budgetaufhebungsgesetz)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt neu gefasst:

„Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel“

b) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln getrennt zu vereinbaren. Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel auch gemeinsam festgesetzt werden. Bei der Vereinbarung von Richtgrößen sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen zu berücksichtigen.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Budget“ in Satz 1 und Satz 3 wird gestrichen und durch das Wort „Richtgrößen“ ersetzt. In Satz 1 wird vor die Wörter „nicht versichertenbezogen“ das Wort „arztbezogen“ und nach „arztbezogen“ ein Komma eingefügt.

d) Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Richtgrößen nach Absatz 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Folgevereinbarungen.“

2. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung wird auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach vereinbarten Punktwerten festgesetzt. In der Vereinbarung nach Satz 2 werden Werte für das arztgruppenbezo-

gene Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt bestimmt. Das Regelleistungsvolumen wird bestimmt nach den Kriterien Fallwert, Fallzahl, bedarfsgerechte Versorgung, Zahl und Altersstruktur der Versicherten sowie Kriterien zur Begrenzung der Menge der erbrachten Leistungen auf das medizinisch notwendige. Die Arztgruppen werden bestimmt unter Berücksichtigung der Gebiete und Teilgebiete des Weiterbildungsrechts; dies gilt entsprechend für die nach § 135 Abs. 2 zu vereinbarenden Qualifikationsnachweise sowie für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) des Weiterbildungsrechts, sofern der umfasste Leistungsbereich einen Praxisschwerpunkt in der vertragsärztlichen Versorgung darstellt. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, wird der vereinbarte Punktwert bei der Vergütung dieser Mehrleistungen abgestaffelt; für einen besonderen medizinischen Versorgungsbedarf kann hiervon abgewichen werden. Die Vereinbarung nach Satz 2 bestimmt die Stufen und die Höhe der Abstufung. Für Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung sind die Werte für das Regelleistungsvolumen zusammenzufassen; die Bildung ärztlicher Zusammenschlüsse ist zu unterstützen. Abweichend von Satz 2 kann die Gesamtvergütung als Festbetrag, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Die Sätze 3 bis 8 und 11 gelten nicht für Vertragszahnärzte.“

b) Absatz 2a wird aufgehoben.

c) Absatz 2b wird zu Absatz 2a und Absatz 2c zu Absatz 2b.

d) Absatz 3c wird wie folgt neu gefasst:

„(3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde gelegte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von der tatsächlichen Veränderungsrate ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen; eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen ist ebenfalls zu berücksichtigen.“

- e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 7 und 8 werden gestrichen.
 - bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz angefügt:
„Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.“
3. § 106 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2a wird gestrichen.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:
„(3) Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Die Vereinbarung für die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 hat einen vom Hundertsatz der Überschreitung vorzusehen, ab dem Prüfungen ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen vom Hundertsatz der Überschreitung, ab dem der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.“
 - c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
„(5) Der Prüfungsausschuss entscheidet auf Antrag der Krankenkasse, ihres Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigung, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztliche

Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Krankenkasse oder ihr Verband kann vor Stellung eines Antrages nach Satz 1 den Vertragsarzt mit seiner Zustimmung über die veranlassten Leistungen, deren Kosten und über wirtschaftliche Alternativen informieren. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).“

- d) Absatz 5a wird wie folgt gefasst:

„(5a) Abweichend von Absatz 5 werden bei einer Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ohne Antragstellung durchgeführt; bei einer Überschreitung um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 2

Inkrafttreten

1. Artikel 1 Nr. 1 und 3 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2001 in Kraft.
2. Artikel 1 Nr. 2 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 6. Februar 2001

Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Allgemeines

Nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 hat die Bundesregierung mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz die Budgetierung wieder eingeführt. Es hat sich in den zwei Jahren insbesondere bei den Arznei- und Heilmittelausgaben gezeigt, dass die Budgetierung nicht zur erwarteten Kostenbegrenzung führt. Die Arzneimittelausgaben sind 1999 gegenüber dem Vorjahr um 8,4 % von 32,8 Mrd. DM auf rd. 35,5 Mrd. DM angestiegen. Auch in 2000 ist ein überproportionales Ausgabenwachstum zu erwarten. In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Arznei- und Verbandmittelsbudgets überschritten worden. Für die Überschreitung der Budgets haften die Ärzte einer ganzen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam, unabhängig von ihrem persönlichen, individuellen Verordnungsverhalten (Kollektivhaftung).

Die Koalition aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat seit ihrer Regierungsübernahme 1998 die Ablösung der Budgets durch Richtgrößen verhindert. Vielmehr gelten nun Budgets und Richtgrößen nebeneinander. Im Ernstfall führt dies dazu, dass ein Arzt sowohl über die Richtgröße individuell als auch kollektiv in einem KV-Bereich zu einem Regress herangezogen werden kann. Damit muss jeder Arzt ein doppeltes Fallbeil befürchten. Dass eine derartige Politik die verordnenden Ärzte in ein ethisches Dilemma zwischen ihrem Heil Auftrag und dem Budgetzwang stürzt, steht außer Frage.

Verschiedene Analysen, u. a. der KV Hessen, zeigen, dass die Ärzte bei umstrittenen Arzneimitteln große Einsparbemühungen geleistet haben. Die Ausgaben für so genannte umstrittene Arzneimittel sind in den letzten 6 Jahren kontinuierlich von 9,5 Mrd. DM auf etwa 3 Mrd. DM (9 % der Arzneimittelausgaben) zurückgegangen. Auf der anderen Seite stellt die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt einen rasant wachsenden Kostenfaktor dar. So hat sich in den letzten 40 Jahren die Zahl der Diabetes-Kranken verdoppelt, die Zahl der Asthma-Kranken verdreifacht. Innerhalb der letzten 15 Jahre ist die Zahl der Dialyse-Patienten von fast Null auf über 50 000 und der HIV-Patienten von Null auf 40 000 gestiegen. Deren Behandlung ist besonders teuer. Dies trifft auch auf Krankheiten, wie bestimmte Krebskrankheiten, die Hepatitis oder Multiple Sklerose zu, für die seit kurzem innovative Medikamente zur Verfügung stehen. Die erfolgreiche Behandlung von früher nicht oder nur unzureichend behandelbaren Krankheiten ermöglicht den betroffenen Patienten heute oftmals ein längeres und erträgliches Leben. Dies alles kostet Geld, das nicht alleine durch Einsparungen an anderer Stelle erwirtschaftet werden kann.

Das Ergebnis verschiedener Studien, z. B. des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und Anhörungen von Patientenschutzverbänden belegen eindrucksvoll, dass die Rationierung sichtbar wird. Die Ärzte gehen von der schon seit Jahren herrschenden stillen Rationierung zur offenen Ratio-

nierung über. Patienten, die eine hochpreisige Arzneimitteltherapie benötigen, haben es zunehmend schwerer einen Arzt zu finden, der sie noch behandelt. Wenn diese Patienten sich wie Bittsteller vorkommen, obwohl sie versichert sind, dann ist etwas nicht mit dem System in Ordnung. Ein Krankenversicherter vertraut im Krankheitsfall auf den Schutz und die Hilfe seiner Krankenkasse und erlebt die Verordnungswirklichkeit als „Sparkassenmitglied“.

Laut einer aktuellen Emnid-Umfrage im Auftrag des VFA werden chronisch Kranken in 15 Prozent der Fälle mit Hinweis auf die Budgets Arzneimittel verweigert. Nach einer Langzeitstudie der Universität Bremen und der GEK wird sogar jedem vierten Patienten ein Arzneimittel aus Budgetgründen nicht verordnet.

Die Deutsche Rheuma-Liga berichtet, dass die Budgets zu erheblichen Problemen führen. Patienten und Ärzte seien gleichermaßen verunsichert, das Arzt-Patienten-Verhältnis leide unter den ständigen Budgetdiskussionen. Was an Medikamenten gespart würde, führe in der Regel zu stärkerer Unbeweglichkeit der Patienten und größeren Schmerzen und durch Krankenhauseinweisungen zu höheren Folgekosten.

Laut der Frauenselbsthilfe nach Krebs werden dringend notwendige Heilmittel wie z. B. Lymphdrainage und Krankengymnastik nicht mehr verordnet. Belastendere und kostspieligere Behandlungen seien die Folge. Nur noch 10 Prozent der Tumorpatienten erhalte eine adäquate Schmerztherapie.

Die Deutsche Parkinson-Vereinigung weist darauf hin, dass häufig in langwierigen stationären Aufenthalten medikamentös gut eingestellten Patienten vom ambulanten weiterbehandelnden Arzt aus Budgetgründen Medikamente vorenthalten werden. Heilmittel würden so gut wie gar nicht mehr verordnet.

Auch Kinder zählen bereits zu den Opfern der Budgets. Der Bundesverband für Logopädie, der Verband der Ergotherapeuten und der Berufsverband für Pflegeberufe weisen auf die zunehmende Verordnungszurückhaltung der Ärzte hin. Die Folgen seien Entwicklungsstörungen der Kinder mit schwerwiegenden Spätfolgen.

Die Multiple-Sklerose-Gesellschaft berichtet, dass von 60 000 Patienten, bei denen eine Therapie mit Interferon (Kosten pro Jahr: 25 000 bis 30 000 DM) indiziert ist nur 15 000 behandelt werden. Dies läge an den Budgets.

Diese Beispiele zeigen deutlich: Nicht die Ablösung von Budgets, sondern das Festhalten an ihnen führt in die Zwei-Klassen-Medizin. Dann werden teure Behandlungen tatsächlich zum Privileg derer, die sich diese Behandlungen finanziell leisten können.

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz knüpft außerdem den Zuwachs der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in 1999 an den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied, getrennt nach Ost und West. Dabei wird bei der Berechnung der Steigerung der Gesamtvergütungen die Gesamtvergütung des Jahres 1997 zugrunde gelegt, ergänzt um die Grundlohnsteigerung 1998 und 1999 sowie erhöht um einen Zuschlag in Höhe

von maximal 0,6 % für Strukturverträge. Aufgrund der Deckelung der ärztlichen Honorare sind viele Ärzte, besonders in den neuen Ländern, nicht mehr in der Lage, ihre Praxis wirtschaftlich zu führen. Die existentielle Gefährdung der ärztlichen Praxen geht insbesondere in den neuen Ländern mit einer Gefährdung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung einher.

Arzneimittelbudgets müssen durch Richtgrößen ersetzt werden. Im Gegensatz zur Kollektivhaftung, die alle Ärzte einer KV unabhängig vom individuellen Ordnungsverhalten für eine Überschreitung der Budgets in die Verantwortung nimmt, setzen die Richtgrößen am Ordnungsverhalten des einzelnen Arztes an. Damit werden gezieltere Anreize für eine wirtschaftlichere Verordnung von Arznei- und Heilmitteln geschaffen, die sich am medizinischen Bedarf orientiert. Bei Überschreitung der Richtgrößen um 15 % sind fachliche Beratungen der Ärzte vorzusehen, bei Überschreitung um 25 % sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzuleiten. Dabei ist von Regressen dann abzusehen, wenn der einzelne Arzt hohe Arzneimittelkosten durch Praxisbesonderheiten (z. B. hohe Anteile von AIDS- oder Krebspatienten) vorweisen kann. Dies ist eine gerechte Lösung, die den medizinischen Bedarf berücksichtigt und die nicht den einzelnen Arzt durch willkürliche Vorgaben unter Druck setzt.

Mit den vorgesehenen Änderungen wird die verbindliche Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets rückwirkend zum 1. Januar 2001 vorgenommen. An ihre Stelle sollen ebenfalls rückwirkend zum 1. Januar 2001 arztgruppenspezifische Richtgrößen treten. Dabei können entweder bereits geltende Richtgrößen zugrunde gelegt werden oder sind neue Richtgrößen sobald wie möglich gemeinsam und einheitlich von allen Kassenarten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren. Diese Vereinbarung ist schiedsstellenfähig. Dabei können Richtgrößen entweder getrennt oder auch gemeinsam für Arznei- und Heilmittel vereinbart werden. Die Richtgrößen sind dann die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Da die Richtgrößen am Verhalten der einzelnen Ärzte ansetzen, kann diese Regelung zu einer Stärkung der Verantwortlichkeit der einzelnen Ärzte für ihren Verordnungsumfang führen. Dies kann somit einen stärkeren ausgabendämpfenden Effekt haben als die Anonymität kollektiver Regresse.

Die zweite wichtige neue Regelung betrifft die ärztliche Vergütung. In der vertragsärztlichen Versorgung wird anstelle der bisher üblichen Gesamtvergütungen mit „floatendem Punktwert“ ein „Regelleistungsvolumen“ mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert eingeführt. Dadurch werden Transparenz und Leistungsgerechtigkeit bei der Vergütung ärztlicher Leistungen erhöht und der „Hamsteradeffekt“ vermieden, der bei drastisch sinkendem Punktwert für die einzelne ärztliche Leistung viele Ärzte dazu veranlasst, diesen Punktwertverfall durch Ausweitungen der Leistungsmengen zu kompensieren. Vertragsärzte, die keine Ausweitung der Leistungsmengen praktizieren, müssen im Rahmen der jetzt praktizierten Gesamtvergütung z. T. existenzbedrohende Honorareinbrüche hinnehmen.

Die Vertragspartner (Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigung) sollten auf der Grundlage von Fallwerten und Fallzahl arztgruppenspezifisch Praxisvergütungen für das Volumen der vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren. Arztgruppenspezifisch bedeutet dabei, dass für

Hausärzte und die jeweilige Facharztgruppe unterschiedliche Regelleistungsvergütungen vereinbart werden sollten. Dabei sollten auch innerhalb der Facharztgruppen besondere Qualifikationen berücksichtigungsfähig sein.

Im Falle einer Überschreitung dieser Regelleistungsvergütung sollten die Vertragspartner für darüber hinausgehende Leistungen eine Vergütungsabstaffelung vorsehen, die Anreize zur Mengenexpansion verhindern sollte. Gleichzeitig sollten aber auch Ausnahmen von dieser Abstaffelung vorgesehen werden, vor allem bei förderungswürdigen Leistungen, wie z. B. Wochenend- oder Notdiensten, die auch zur Vermeidung teurer Krankenhausaufenthalte beitragen können.

II. Kosten

1. Kosten der öffentlichen Haushalte

Die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden werden mit Haushaltsausgaben nicht belastet.

2. Sonstige Kosten

Da die Selbstverwaltungspartner den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten haben, ist nicht davon auszugehen, dass die Einführung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen und Regelleistungsvolumina mit einem festen Punktwert zu einer Anhebung der Beiträge in der GKV führen wird.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 Nr. 1

Zu Buchstabe a

Die Beendigung der Budgetierung der Arznei- und Heilmittel soll bereits in der Überschrift Ausdruck finden.

Zu Buchstabe b

An die Stelle der Budgets treten Richtgrößen, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Bei der Vereinbarung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen sollen Zahl und Altersstruktur der Versicherten, Veränderungen der Preise von Verband-, Arznei- und Heilmitteln, bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, Innovationen und Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

Die Regelung schafft Rechtssicherheit bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung.

Zu Artikel 1 Nr. 2

Zu Buchstabe a

Aufhebung der budgetierten Gesamtvergütung und Wiedereinführung von Regelleistungsvolumina mit vertraglich vereinbarten festen Punktwerten.

Zu Buchstabe b

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen außerhalb der Gesamtvergütung ist nach dem Wegfall der Budgetierung nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung von Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

Maßstab für die zu vereinbarende Gesamtvergütung sind die Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen. Aus diesem Grunde sind sie und nicht nur die tatsächliche Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum für die Feststellung des Veränderungsbedarfs und damit für eine Anpassung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Budget zeitraumrelevant.

Zu Buchstabe e

Regelleistungsvolumina werden nicht mehr als Steuerungsinstrumente innerhalb der budgetierten Gesamtvergütungen eingesetzt. Der neu eingefügte Satz 7 soll sicherstellen, dass eine nach dem Bedarf ausgerichtete Verteilung der Vergütungen stattfindet.

Zu Artikel 1 Nr. 3**Zu Buchstabe a**

Deregulierung und Entbürokratisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu Buchstabe b

Begrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf den notwendigen Umfang und damit Ausdruck der Achtung vor dem zu überprüfenden Arzt. Ermöglichung einer effektiven Wirtschaftlichkeitsüberprüfung bei gleichzeitiger Möglichkeit des betroffenen Arztes die Überschreitung der Richtgröße mit Praxisbesonderheiten zu rechtfertigen.

Zu Buchstabe c

Im Vordergrund von Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen sollten nicht Sanktionen, sondern eine gezielte Beratung des betroffenen Arztes stehen, damit er sein Verhalten künftig besser an den Erfordernissen ausrichten kann.

Zu Buchstabe d

Bei Überschreitung der Richtgrößen um 15 v. H. sind automatisch Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung einzuleiten. Bei einer Überschreitung von mehr als 25 v. H. werden automatisch Regresse möglich, es sei denn, der einzelne Arzt kann die von ihm veranlassten Arzneimittelkosten durch Praxisbesonderheiten begründen.

Zu Artikel 2 Nr. 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Abschaffung der Budgets bei den Arznei- und Heilmittelausgaben und das Inkrafttreten der arztgruppenspezifischen Richtgrößen.

Zu Artikel 2 Nr. 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Regelleistungsvolumina anstelle von Budgets bei den ärztlichen Honoraren.

