

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte

A. Problem

Nach geltendem Recht gibt es bei den verschiedenen Kassenarten unterschiedliche Verfahrensweisen bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen der Ärzte/Zahnärzte: Während die Verbände der Ersatzkassen die Gesamtvergütungen jeweils regional mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren, in deren Zuständigkeitsbereich Versicherte der Ersatzkassen wohnen („Wohnortprinzip“), vereinbaren die Primärkassen (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen) die Gesamtvergütungen über ihre Landesverbände jeweils mit der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Region die Kasse ihren Sitz hat („Kassensitzprinzip“). An diese Kassenärztliche Vereinigung wird die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung aller Versicherten der Krankenkasse gezahlt. Die anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Region Versicherte dieser Kasse wohnen, erhalten die Vergütung für die Behandlung dieser Versicherten im Rahmen des sog. Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ). Das Verfahren des FKZ ist mit einer Reihe von Problemen verbunden, die durch das in den vergangenen Jahren stark gestiegene Volumen der über den FKZ verteilten Vergütungen zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Kritisiert wird insbesondere, dass das Verfahren des FKZ nicht zu einer leistungsgerechten Verteilung der Honorare auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen führe.

Zudem schränkt das Kassensitzprinzip die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Regionen, in denen eine Krankenkasse nicht vertreten ist, erheblich ein und behindert insbesondere regionale Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Durch einen Antrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 14/4891) ist die Bundesregierung aufgefordert worden, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der das „Wohnortprinzip“ bei Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen in der ambulanten Versorgung für alle Kassenarten verbindlich vorschreibt.

B. Lösung

Generelle Einführung des Wohnortprinzips bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen der Ärzte/Zahnärzte im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Bund, Länder und Gemeinden werden nicht belastet.

E. Sonstige Kosten

Zusätzliche Leistungsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen nicht, da die Neuregelung nur eine andere regionale Verteilung der Gesamtvergütungen vorsieht. Die Regelung hat keinen Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzniveaus; sie hat auch keine Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau.

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (860-5)

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

1. Dem § 82 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit der Bundesknappschaft, der See-Krankenkasse und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen von § 83 Abs. 1 Satz 1 und von § 85 Abs. 1 abweichende Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge und zur Entrichtung der Gesamtvergütungen vereinbaren.“

2. § 83 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in ihrem Bezirk.“

3. § 85 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung.“

4. § 85 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der Gesamtvergütung für die Versorgung der Versicherten nach Absatz 1 wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart.“

5. In § 85 Abs. 3c wird das Wort „Mitglieder“ jeweils durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und folgender Satz 2 angefügt:

„Die Krankenkassen ermitteln hierzu monatlich die Zahl ihrer Versicherten, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, und melden diese nach dem in § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Verfahren.“

6. In § 85 Abs. 4 wird nach Satz 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen.“

7. In § 207 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Besteht in einem Land für eine Kassenart kein Landesverband, nimmt ein anderer Landesverband dieser Kassenart mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Aufgabe eines Landesverbandes in diesem Land wahr. Kommt eine Einigung der Beteiligten nicht innerhalb von 3 Monaten nach Wegfall des Landesverbandes zustande, nimmt der Bundesverband der Kassenart diese Aufgabe wahr.“

8. Dem § 217 wird nach Absatz 4 folgender Absatz angefügt:

„(5) Die Bundesverbände bestimmen mit Wirkung für ihre Mitglieder das Verfahren für die Beteiligung derjenigen Landesverbände am Abschluss von Vereinbarungen nach §§ 83 Abs. 1 und 85 Abs. 2, deren Mitglieds-kassen bei diesen Vereinbarungen von einem anderen Landesverband vertreten werden; Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dabei sind Kriterien zu bestimmen, nach denen die Zustimmung der Landesverbände nach Satz 1 zu den in Satz 1 genannten Vereinbarungen oder zu Teilen der Vereinbarungen vorzusehen ist.“

9. In § 291 Abs. 2 Nr. 1 werden die Wörter „einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat“ angefügt.

Artikel 2

Übergangsregelungen

§ 1

Für Gesamtvergütungen, die für das Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß Artikel 1 Nr. 2 vereinbart werden, sind die Veränderungen der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils auf einen Betrag zu beziehen, der sich durch Multiplikation folgender Faktoren ergibt:

1. des Betrages, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung sowie der Summe der sonstigen für das Jahr 2001 auf der Grundlage des Gesamtvertrages gezahlten Vergütungen durch die Zahl aller Versicherten der Krankenkasse ergibt,
2. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragsschließenden Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Zahl der Versicherten der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2001 zu bestimmen.

§ 2

Die in Artikel 1 Nr. 9 vorgesehene Änderung des Inhalts der Krankenversichertenkarte ist jeweils bei der Neuausstellung der Krankenversichertenkarte vorzunehmen; § 291 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 3

Besteht in einem Land zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes für eine Kassenart kein Landesverband, gilt Artikel 1 Nr. 7 entsprechend.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Berlin, den 8. Mai 2001

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln),
Rezzo Schlauch und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Wohnortprinzip für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte im System der gesetzlichen Krankenversicherung generell einzuführen. Das bedeutet, dass die Honorarvereinbarungen jeweils für die Region, in der die Versicherten wohnen, getroffen werden. Für die Ersatzkassen wurde bereits durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) die Vereinbarung der Gesamtvergütungen nach dem Wohnortprinzip eingeführt. Die vorgesehene Regelung betrifft vor allem die Betriebskrankenkassen, in geringerem Umfang auch die Orts- und Innungskrankenkassen. Nach dem Wohnortprinzip werden die Krankenkassen in den Verhandlungen jeweils von dem Landesverband vertreten, der für das jeweilige Vertragsgebiet zuständig ist.

Da diesem Landesverband nur die Krankenkassen mit Sitz in seinem Zuständigkeitsgebiet als Mitglieder angehören, muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen, die ihren Sitz außerhalb des Zuständigkeitsgebiets dieses Landesverbandes haben, ausreichende Möglichkeiten zur Mitgestaltung der Vertragsabschlüsse erhalten. Die Bundesverbände der Krankenkassen werden deshalb gesetzlich beauftragt, das Verfahren zur Beteiligung der „externen“ Landesverbände und damit der diesen Verbänden angehörenden Krankenkassen an den Vergütungsverhandlungen zu regeln.

In § 1 der Übergangsregelungen wird die Ausgangsbasis für die erstmalig im Jahr 2002 nach dem Wohnortprinzip zu führenden Honorarverhandlungen bestimmt. Die Regelung sieht vor, dass zur Bildung der Ausgangsbasis das von der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 2001 gezahlte Honorarvolumen entsprechend der Zahl der in den verschiedenen Versorgungsregionen wohnenden Versicherten der Krankenkasse rechnerisch auf diese Regionen aufgeteilt wird.

Für den dargestellten Handlungsbedarf sind bundesgesetzliche Regelungen erforderlich, da die Gesetzgebungskompetenz insoweit dem Bund zugeordnet ist (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Bundesgesetzliche Regelungen sind ferner erforderlich, weil bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für Vertragsbeziehungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden sollen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 82 Abs. 3)

Durch die Regelung soll den organisatorischen Besonderheiten der knappschaftlichen und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie der See-Krankenkasse bei der Vereinbarung der Gesamtverträge und der Verteilung der Gesamtvergütungen Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 2 (§ 83 Abs. 1)

Durch die Regelung wird unter Beibehaltung der kassenbezogenen Gesamtvergütungen das Wohnortprinzip für den Abschluss der Gesamtverträge und damit für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen für alle Kassenarten eingeführt. Im Unterschied zum geltenden Recht erhält der regional zuständige Landesverband der jeweiligen Kassenart die Verhandlungskompetenz für alle Versicherten der jeweiligen Kassenart mit Wohnort in seinem Zuständigkeitsgebiet, d. h. sowohl für die Versicherten seiner Mitgliedskassen (Kassen mit Sitz in seinem Zuständigkeitsgebiet) als auch für die Versicherten der „einstrahlenden“ Krankenkassen (Kassen, die Mitglieder anderer Landesverbände sind). Die Regelung hat zur Folge, dass der Fremdkassenzahlungsausgleich nach § 75 Abs. 7 Satz 2 wieder auf seine ursprüngliche Aufgabe zurückgeführt wird, einen Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für besondere Abrechnungsfälle, insbesondere für ärztliche Leistungen an Urlauber und Pendler, zu schaffen.

Das Verhandlungsergebnis, welches der regional zuständige Landesverband erzielt, hat bindende Wirkung für alle Krankenkassen der Kassenart, von denen Versicherte in der jeweiligen Vertragsregion, d. h. im Zuständigkeitsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung, mit der der Vertrag geschlossen wird, wohnen. Dadurch wird sichergestellt, dass jede Kassenärztliche Vereinigung, wie im geltenden Recht, pro Kassenart nur einen Verhandlungspartner für die Vergütungsvereinbarung hat.

Zu Nummer 3 (§ 85 Abs. 1)

Die Vereinbarung der Gesamtvergütungen ist Teil des Gesamtvertrages. Insofern handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 83 Abs. 1 Satz 1.

Zu Nummer 4 (§ 85 Abs. 2)

Folgeänderung zur Änderung von § 83 Abs. 1 Satz 1.

Zu Nummer 5 (§ 85 Abs. 3c)

Folgeänderung zur Änderung von § 83 Abs. 1 Satz 1: Beim Wohnortprinzip wird auf den Wohnort des Versicherten und nicht auf den Wohnort des Mitglieds abgestellt.

Die monatliche, nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen gegliederte Erhebung der Zahl der Versicherten ermöglicht eine zeitnahe Berücksichtigung der für die Anpassung der Gesamtvergütungen relevanten Veränderung der Versichertenzahlen.

Zu Nummer 6 (§ 85 Abs. 4)

Aufgrund der Einführung des Wohnortprinzips muss im Rahmen der Vergütungsverträge für jede Krankenkasse, deren Versicherte im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung wohnen, eine Gesamtvergütung vereinbart werden. Bei einem Teil dieser Gesamtvergütungen wird u. U. nur eine geringe Zahl von Versicherten erfasst. Wenn sich unter diesen Versicherten Patienten mit hohem Behand-

lungsaufwand befinden, könnte ein Risikoausgleich innerhalb der Gesamtvergütung aufgrund des geringen Volumens dieser Gesamtvergütung nicht gewährleistet sein. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung ist dies unproblematisch, da – bezogen auf die Summe der Gesamtvergütungen aller Krankenkassen einer Kassenart in ihrem Zuständigkeitsgebiet – i. d. R. ein Risikoausgleich gegeben sein wird. Für die einzelnen Ärzte könnte sich aber ein Problem ergeben, wenn die Kassenärztliche Vereinigung bei der Honorarverteilung für jede Krankenkasse einen spezifischen Punktwert zu Grunde legen würde. Die Regelung stellt deshalb sicher, dass die mit dem geringen Volumen einzelner Gesamtvergütungen verbundenen Risiken – starkes Absinken des rechnerischen Vergütungspunktwertes – nicht zu Lasten der Ärzte gehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben aber auch die Möglichkeit, wie bisher bei der Honorarverteilung kassenartenübergreifend Punktwerte in einheitlicher Höhe (sog. Primärkassen- bzw. Ersatzkassen-Punktwerte) zu Grunde zu legen, da auch bei einem kassenartenübergreifenden Punktwert für jede der betroffenen Kassenarten ein einheitlicher Punktwert gilt.

Die getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung nach § 85 Abs. 4 Satz 1 sowie weitere mögliche arztgruppenbezogenen Aufteilungen der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2c bleiben von der Regelung unberührt.

Zu Nummer 7 (§ 207 Abs. 4a)

Die Regelung soll sicherstellen, dass die Aufgaben eines Landesverbandes auch in den Fällen wahrgenommen werden, in denen zwar Versicherte einer Kassenart in einer Vertragsregion wohnen, in dieser Vertragsregion aber keine Krankenkasse dieser Kassenart ihren Sitz hat und somit auch kein Landesverband dieser Kassenart existiert. Die Regelung sieht vor, dass ein anderer Landesverband die Aufgabe eines Landesverbandes in diesem Land wahrnimmt, wenn die Aufsichtsbehörden der beteiligten Länder zustimmen. Für den Fall, dass eine Einigung zwischen den Aufsichtsbehörden und dem Landesverband nicht innerhalb von 3 Monaten zustande kommt, sieht Satz 2 vor, dass der Bundesverband der Kassenart die Aufgaben des Landesverbandes wahrnimmt. Hierdurch wird sichergestellt, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens nach Ablauf von 3 Monaten ein Vertragspartner für den Abschluss des Gesamtvertrages zur Verfügung steht.

Zu Nummer 8 (§ 217 Abs. 5)

Da ein Landesverband in den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ggf. auch Krankenkassen vertritt, die nicht Mitglied dieses Verbandes sind, muss eine Regelung getroffen werden, die diesen „externen“ Kassen die Möglichkeit gibt, auf die von einem „fremden“ Landesverband zu führenden Vertragsverhandlungen Einfluss zu nehmen. Deshalb wird der Bundesverband der jeweiligen Kassenart gesetzlich beauftragt, das Verfahren für die Beteiligung „externer“ Landesverbände – und damit der diesen Landesverbänden angehörenden Kassen – am Abschluss des Vertrages zu bestimmen. Insbesondere sind Kriterien festzulegen, aus denen sich ergibt, inwieweit und in welcher Weise eine Zustimmung der „externen“ Landesverbände zu den Vereinbarungen vorzusehen ist.

Zu Nummer 9 (§ 291 Abs. 2)

Der einzelne Arzt übermittelt bei der Abrechnung seiner Leistungen jeweils die Daten, die in der Krankenversichertenkarte seiner Patienten enthalten sind, an die Kassenärztliche Vereinigung. Durch die Angabe eines zusätzlichen Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, wird eine eindeutige Zuordnung der Abrechnungsdaten zu der Gesamtvergütung, aus welcher die einzelne Leistung zu bezahlen ist, bzw. zum Fremdkassenzahlungsausgleich gewährleistet.

Zu Artikel 2

Zu § 1

Die Regelung stellt klar, wie für die Krankenkassen, die die Gesamtvergütungen bislang nicht nach dem Wohnortprinzip vereinbart haben, in den einzelnen Vertragsregionen für das erste Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes die Basis für die Höhe der zu vereinbarenden Gesamtvergütungen zu ermitteln ist. Dabei wird für jede dieser Krankenkassen aus dem im Jahr 2001 für die Versorgung aller Versicherten gezahlten Honorarvolumen, einschließlich der außerhalb der Gesamtvergütungen nach Maßgabe des jeweiligen Gesamtvertrages gezahlten Vergütungen, ein bundesweiter Durchschnittsbetrag je Versicherten ermittelt, der mit der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnsitz in der jeweiligen Vertragsregion multipliziert wird. Dabei ist für die Gesamtvergütung der nach § 85 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Gesetzes vom 21. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) bereinigte Wert zu Grunde zu legen.

Die Regelung hat zur Folge, dass in allen Vertragsregionen, in den neuen Ländern ebenso wie in den alten Ländern, für die jeweilige Krankenkasse – auch für die sog. Erstreckungskassen, die in den vergangenen Jahren unterschiedliche Kopfpauschalen für Mitglieder in den alten und in den neuen Ländern gezahlt haben – ein Durchschnittsbetrag je Versicherten in gleicher Höhe als Ausgangsbasis für die Honorarverhandlungen für das Jahr 2002 zu Grunde zu legen ist.

Zu § 2

Die in Artikel 1 Nr. 9 vorgesehene Änderung der Krankenversichertenkarte soll jeweils anlässlich der Neuausstellung einer Krankenversichertenkarte erfolgen. Dadurch werden zusätzliche Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung vermieden. Es wird davon ausgegangen, dass in der Übergangszeit die Umsetzung des Wohnortprinzips und die damit verbundene Zuordnung der ärztlichen Abrechnungen zu den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen durch andere Verfahren sichergestellt wird. Das ist insbesondere mit Hilfe der Postleitzahl, die als Bestandteil der Adresse des Versicherten auf der Krankenversichertenkarte enthalten ist, möglich. Das Nähere zu dem Verfahren können die Spitzenorganisationen der Ärzte und Krankenkassen vertraglich regeln.

Zu § 3

Die Regelung stellt sicher, dass die in Artikel 1 Nr. 7 vorgesehene 3-Monats-Frist mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt in einem Land für eine Kassenart kein Landesverband besteht.

C. Finanzielle Auswirkungen

Zusätzliche Leistungsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen nicht, da die Neuregelung nur eine andere regionale Verteilung der Gesamtvergütungen vorsieht. Es wird davon ausgegangen, dass die Umstellung auf das Wohnortprinzip in einer Übergangsphase auch ohne den Austausch von Krankenversichertenkarten erfolgen kann.

Mehrkosten für Bund, Länder und Gemeinden sind mit den vorgesehenen Regelungen nicht verbunden.

D. Preiswirkungsklausel

Die Regelungen haben keinen Einfluss auf das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

