

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

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 (Drucksache 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.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, den 22. Juni 2001

022 (312) – 811 00 – Kr 9/01

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages

11011 Berlin

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

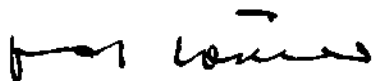
mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 765. Sitzung am 22. Juni 2001 gemäß Artikel 76
Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2
ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates wird
unverzüglich nachgereicht.



Anlage 1

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

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist
gleichlautend mit dem Text auf den Seiten 3 bis 7 der
Bundestagsdrucksache 14/5960.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 765. Sitzung am 22. Juni 2001 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nr. 0 – neu –** (§ 75 Abs. 7 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 1 folgende Nummer voranzustellen:

„0. § 75 Abs. 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,
2. in Richtlinien bis spätestens zum 30. Juni 2002 die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind, und
3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungswerte ist zulässig. Wird die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 nicht spätestens zum 1. Juli 2002 in Kraft gesetzt, erlässt sie das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2002.“

Begründung

Die bisherigen Sätze 1 und 3 des § 75 Abs. 7 werden unverändert als Nummer 1 und 3 in den neuen Satz 1 übernommen, der bisherige Satz 2 wird in veränderter Fassung zu Satz 1 Nr. 2.

Die Einführung des Wohnortprinzips löst nicht das Problem der Fremdfälle, d. h. der Fälle, in denen der Versicherte Leistungen eines Vertrags(zahn)arztes in Anspruch nimmt, dessen Sitz außerhalb des Bezirks der für den Wohnort des Versicherten zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung liegt. Von dieser Problematik sind insbesondere die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Stadtstaaten betroffen, deren Vertrags(zahn)ärzte in erheblichem Umfang Leistungen für im Umland wohnende Pendler erbringen, aber auch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen in typischen Urlaubsregionen.

Da der so genannte Fremdfallausgleich nicht in allen Bereichen der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung funktioniert, wird die Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung, Richtlinien zur überbezirk-

lichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich hierfür zu erlassen, durch die Ergänzung des bisherigen Satzes 2 und die Fristsetzung verdeutlicht.

Satz 2 stellt klar, dass die Richtlinien den Grundsatz „Geld folgt Leistung“ zu beachten haben und dass dies auch bei der Anwendung eines bundesdurchschnittlichen Verrechnungswertes zutrifft.

Satz 3 sieht eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall vor, dass die Richtlinien nicht fristgerecht erlassen werden.

2. **Zu Artikel 1 Nr. 1** (§ 82 Abs. 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 1 sind in § 82 Abs. 3 nach den Wörtern „können mit“ die Wörter „den Verbänden der Ersatzkassen für nicht bundesunmittelbare Ersatzkassen,“ und nach dem Wort „Gesamtvergütungen“ die Wörter „sowie von § 291 Abs. 2 Nr. 1a abweichende Kennzeichen“ einzufügen.

Begründung

Entgegen Absatz 1 des Allgemeinen Teils der Begründung wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 die Vereinbarung der Gesamtvergütung nach dem Wohnortprinzip nur für die bundesunmittelbaren Ersatzkassen eingeführt. Daneben gibt es jedoch auch landesunmittelbare Ersatzkassen, die ihre Gesamtverträge und Gesamtvergütung weiterhin mit den für den Kassensitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Diese regional eingebundene Vertragsgestaltung hat sich bewährt und sollte beibehalten werden können.

Die nach § 82 Abs. 3 zulässigen abweichenden Verfahren zur Vereinbarung der Gesamtverträge und zur Entrichtung der Gesamtvergütungen können auch Abweichungen von dem gesetzlich vorgesehenen Wohnortprinzip vorsehen. In diesem Fall müssen die Vereinbarungen auch Regelungen darüber enthalten können, welche Kennzeichen zur zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 2 anzubringen sind.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 2, 3 bis 5 und 9** (§ 83 Abs. 1 Satz 1, § 85 Abs. 1, 2 Satz 1, Abs. 3c Satz 1 und 2, § 291 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) und zu **Artikel 2** (§ 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und Satz 2 – Übergangsregelungen –)

In Artikel 1 Nr. 2 ist in § 83 Abs. 1 Satz 1 das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Mitglieder“ zu ersetzen.

Als Folge

sind Artikel 1 und 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Artikel 1 Nr. 3 ist in § 85 Abs. 1 das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Mitglieder“ zu ersetzen.

- b) In Artikel 1 Nr. 4 ist in § 85 Abs. 2 Satz 1 das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Mitglieder“ zu ersetzen.
- c) Artikel 1 Nr. 5 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Der Einleitungssatz:
- „In § 85 Abs. 3c wird das Wort „Mitglieder“ jeweils durch das Wort „Versicherten“ ersetzt und folgender Satz 2 angefügt:“
- ist durch den Einleitungssatz:
- „In § 85 Abs. 3c wird folgender Satz 2 angefügt:“
- zu ersetzen.
- bb) In § 85 Abs. 3c Satz 2 ist das Wort „Versicherten“ jeweils durch das Wort „Mitglieder“ zu ersetzen.
- d) In Artikel 1 Nr. 9 sind in § 291 Abs. 2 Nr. 1 die Wörter „der Versicherte“ durch die Wörter „das Mitglied“ zu ersetzen.
- e) In Artikel 2 ist in § 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und Satz 2 das Wort „Versicherten“ jeweils durch das Wort „Mitglieder“ zu ersetzen.

Begründung

Durch die beabsichtigte Änderung in § 83 Abs. 1 Satz 1 soll die zu vereinbarende Gesamtvergütung auf Grundlage einer Kopfpauschale je Versicherten und nicht mehr, wie bisher, auf der Grundlage einer Kopfpauschale je Mitglied erfolgen.

Die Mitgliederbewegungen zwischen den Krankenkassen in Kombination mit den Budgetierungsvorschriften haben zu Verwerfungen bei den Kopfpauschalen geführt. Dieses Problem wird mit einer Umstellung von Mitglieder- auf Versicherten-Kopfpauschalen nicht gelöst. Warum eine Umstellung auf Kopfpauschalen je Versicherten im Zusammenhang mit der Einführung des Wohnortprinzips vorgenommen werden sollte, ist deshalb nicht nachvollziehbar, zumal die möglichen finanziellen Auswirkungen derzeit nicht absehbar sind. Mit der Einführung des Wohnortprinzips bei den Honorarvereinbarungen soll eine gerechte Verteilung der Honorare auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenhang mit den Wanderungsbewegungen der Mitglieder zu bundesweit geöffneten Betriebskrankenkassen hergestellt werden. Die Umstellung auf Kopfpauschalen je Versicherten sollte zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen eines schlüssigen Gesamtkonzeptes der vertragsärztlichen Vergütung erfolgen.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 2, 3, 5 und 10 – neu –** (§ 83 Abs. 1 Satz 1a – neu –, § 85 Abs. 1 Satz 2 – neu –, § 85 Abs. 3c Satz 2, § 291 Abs. 2 Nr. 1a – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 ist in § 83 Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz 1a einzufügen:
- „Sofern sich die abgegrenzte Region im Sinne des § 143 Abs. 1 oder der Bezirk einer Krankenkasse nicht über mehr als ein Land erstreckt, schließen abweichend von Satz 1 die für die abgegrenzte Region

oder den Bezirk zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtverträge mit dem für die Krankenkasse zuständigen Landesverband.“

- b) In Nummer 3 ist in § 85 Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz 2 anzufügen:

„Abweichend von Satz 1 entrichtet die Krankenkasse, für die Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 Satz 1a geschlossen sind, mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung an die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.“

- c) In Nummer 5 sind in § 85 Abs. 3c Satz 2 die Wörter „Die Krankenkassen“ durch die Wörter „Krankenkassen, für die Gesamtverträge mit mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 83 Abs. 1 Satz 1 abgeschlossen wurden,“ zu ersetzen.

- d) Nach Nummer 9 ist folgende neue Nummer einzufügen:

„10. In § 291 Abs. 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:

„1a. Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat, sofern für die Krankenkasse Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 Satz 1a geschlossen sind, ist für Mitglieder, die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, das Kennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigung zu verwenden, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Vereinbarung der Gesamtverträge der regional begrenzten Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Die Zahl der Mitglieder dieser Krankenkassen mit Wohnsitz außerhalb der Region ist in der Regel vernachlässigbar. Den regional begrenzten Krankenkassen ist der bei Durchführung des Wohnortprinzips notwendige Verwaltungsaufwand für die Abwicklung von bis zu 45 Gesamtverträgen (22 Kassenärztliche Vereinigungen, 23 Kassenzahnärztliche Vereinigungen) nicht zumutbar, weil er in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Ergebnis einer konsequenten Durchführung des Wohnortprinzips steht.

Durch die Konzentration auf Gesamtverträge mit den regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen wird zudem die Teilhabe und Einflussnahme auf regionale Modelle und Versorgungsstrukturen und eine einheitliche Versorgung der überwiegenden Zahl der Mitglieder besser gewährleistet.

Der neu eingefügte Satz 1a entfaltet seine Wirkung für diejenigen Krankenkassen, die einen einheitlichen abgegrenzten Bereich abdecken (Allgemeine Ortskrankenkassen sowie auf ein Land begrenzte Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen). Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Bezirke sich über mehrere – und mög-

licherweise nicht aneinander angrenzende – abgegrenzte Regionen im Sinne von § 143 Abs. 1 erstrecken, ist die Umsetzung des Wohnortprinzips ehe zuzumuten.

Zu den Buchstaben b und c

Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Satz 1a in § 83 Abs. 1.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Satz 1a in § 83 Abs. 1.

Für die Mitglieder, die bei regional begrenzten Krankenkassen außerhalb der Region wohnen, soll das Wohnortprinzip durch das Kassensitzprinzip ersetzt werden. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkasse und die Kassenärztlichen Vereinigungen, der durch die Betreuung einer jeweils nur geringfügigen Zahl von Mitgliedern unverhältnismäßig steigen würde, wesentlich verringert.

5. Zu Artikel 2 (§ 1 Satz 1 Nr. 1 – Übergangsregelungen –)

In Artikel 2 ist § 1 Satz 1 Nr. 1 wie folgt zu fassen:

„1. des Betrages, der sich ergibt, wenn der Anteil an der Gesamtvergütung für das Jahr 2001, der für budgetierte Leistungen entrichtet wurde, durch die Zahl aller Mitglieder der Krankenkasse geteilt wird.“

Begründung

Die Gesamtvergütung ist bei der überwiegenden Mehrheit der abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen in Vergütungsanteile für budgetierte und für nicht budgetierte Leistungen gegliedert. Der Umfang der nicht budgetierten und somit nach dem Leistungsaufkommen vergüteten Leistungen unterscheidet sich – in Abhängigkeit von den mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Vereinbarungen – teilweise erheblich. So kann es vorkommen, dass nur die Mitglieder im Einzugsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung, die für den Sitz der Krankenkasse zuständig ist, die in Frage kommenden nicht budgetierten Leistungen in Anspruch nehmen konnten, weil die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen über diese Leistungen keine Vereinbarung geschlossen und die Ärzte sie daher nicht erbracht haben.

Bei der Bildung einer Kopfpauschale, die auch den Anteil der für nicht budgetierte Leistungen gezahlten Gesamtvergütung in den Ausgangswert einbezieht, würde dieser Anteil auch den Ärzten derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen zugute kommen, die niemals derartige Leistungen angeboten haben.

Durch die in Artikel 2 § 1 vorgesehene Pauschalierung der Gesamtvergütung unter Einbezug der nicht pauschalisierten Leistungen wird den Krankenkassen und insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen das Interesse genommen, Vereinbarungen über neue Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgung, Modellvorhaben) abzuschließen.

6. Zu Artikel 2 (§ 1 Satz 1a – neu – Übergangsregelungen –)

In Artikel 2 ist in § 1 nach Satz 1 folgender Satz 1a einzufügen:

„Für Krankenkassen, die bisher getrennte Gesamtvergütungen für Mitglieder im Beitrittsgebiet und im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 entrichtet haben, wird die Ermittlung des Betrages nach Satz 1 für diese Gebiete getrennt vorgenommen.“

Begründung

Durch die in Artikel 2 § 1 vorgesehene Ermittlung einer einheitlichen Kopfpauschale auch für die sog. Erstreckungskassen, die in den vergangenen Jahren unterschiedliche Kopfpauschalen für Mitglieder in den alten und in den neuen Ländern gezahlt haben, würden den West-Kassenärztlichen Vereinigungen für die Mitglieder von bundesweit tätigen Krankenkassen, die in ihrem Bereich wohnen, im Vergleich zur bisherigen, auf einer Kopfpauschale-West basierenden Gesamtvergütung zusätzliche Finanzmittel entzogen, die zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt noch nicht identifiziert werden können.

Warum im Zusammenhang mit der Einführung des Wohnortprinzips eine Anpassung der Kopfpauschalen in den alten und neuen Ländern erfolgen soll, ist, auch vor dem Hintergrund, dass andere Bereiche in den neuen Ländern nicht auf Westniveau angeglichen werden, nicht nachvollziehbar.

Eine Anpassung der Kopfpauschalen in den alten und neuen Ländern im Rahmen der Einführung des Wohnortprinzips bei den Honorarvereinbarungen erfolgt ausschließlich für den Bereich der bundesweit geöffneten Betriebskrankenkassen sowie einiger Innungskrankenkassen. Die Niveauunterschiede bei anderen Kassenarten, z. B. Ortskrankenkassen, bleiben weiterhin bestehen.

7. Zu Artikel 2 (§ 1 Satz 1b und 1c – neu – Übergangsregelungen –)

In Artikel 2 sind in § 1 nach Satz 1a – neu – folgende Sätze 1b und 1c einzufügen:

„Die Partner der Gesamtverträge haben dabei sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen im Bereich der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder jeweils das durchschnittliche Vergütungsniveau der jeweiligen Kassenart ausgedrückt in Punktwerten in diesem Gebiet erreichen. Die Anhebung kann über drei Jahre verteilt werden; § 85 Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt insoweit nicht.“

Begründung

Die gezahlte Vergütung für Mitglieder in den 5 neuen Ländern weist bei den Erstreckungskassen im Betriebskrankenkassenbereich zum Teil ein sachlich nicht gerechtfertigtes niedriges Volumen im Verhältnis zum durchschnittlichen Vergütungsniveau Ost auf. Hierüber werden bereits seit längerem Gespräche zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Betriebskrankenkassen-Bundesverband geführt. Mit der Regelung soll für eine entsprechende Verhandlungslösung die notwendige Rechtsgrundlage geschaffen werden.

8. Zu Artikel 2 (§ 1a – neu – Satz 1 – Übergangsregelungen –)

In Artikel 2 ist nach § 1a – neu – Satz 1 einzufügen:

„§ 1a

Abweichend von § 85 Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung (§ 28 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder für die Jahre 2002 und 2003 die maßgebliche Veränderungsrate (§ 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) um höchstens 2 Prozentpunkte überschritten werden.“

Begründung

Die tatsächlichen Versorgungsaufwendungen für die ambulante ärztliche Vergütung liegen in den 5 neuen Ländern im statistischen Durchschnitt bei 77 % des Durchschnittswertes in den alten Ländern. Dabei sind jedoch deutliche Unterschiede festzustellen. Um den Vertragspartnern auf der KV-Ebene die Möglichkeit zu geben, bestehende Verwerfungen trotz der Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität zu beseitigen, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzt auf zwei Kalenderjahre gelockert.

9 **Zu Artikel 2** (§ 1a – neu – Satz 2 – Übergangsregelungen –)

In Artikel 2 ist in § 1a – neu – nach Satz 1 folgender Satz 2 anzufügen:

„Anhebungen der Gesamtvergütung nach § 1 Satz 1b und 1c sind dabei anzurechnen.“

Begründung

Die Angleichung der Vergütung Ost an das durchschnittliche Vergütungsniveau Ost der jeweiligen Kasernenart soll nicht kumulativ zu der möglichen Anhebung der Vergütung in den 5 neuen Ländern nach Artikel 2 § 1a – neu – erfolgen. Mit dieser Regelung wird den Vertragsparteien jedoch die Möglichkeit eröffnet, bei krassen Abweichungen vom Durchschnittsniveau höhere Überschreitungen der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zu vereinbaren.

10. **Zum Gesetzentwurf insgesamt**

Der Bundesrat begrüßt die Einführung des Wohnortprinzips bei den Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen. Verhandlungen und Vereinbarungen sind damit künftig dort angesiedelt, wo die Versicherten leben und die Vertragsärzte ihre Leistungen erbringen.

Das Problem der unterschiedlichen Kopfpauschalen in Ost und West wird hiermit jedoch noch nicht gelöst. Die getrennten Rechtskreise in der vertragsärztlichen Vergütung sind Regelungen von grundsätzlich begrenzter Dauer. Der Bundesrat unterstützt deshalb Bemühungen zur stufenweisen Angleichung der Vergütungen der Vertragsärzte entsprechend der Angleichung der Lebensverhältnisse in den neuen und alten Ländern.

