

01.04.09

Antrag

der Länder Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Punkt 16 der 857. Sitzung des Bundesrates am 3. April 2009

Der Bundesrat möge beschließen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 15 Nummer 5a - neu - und 5b - neu - (§ 87a Absatz 3 Satz 2a - neu - und § 87c Absatz 4 Satz 1, 5 und 6, Absatz 5 - neu - und 6 - neu - SGB V)

In Artikel 15 sind nach Nummer 5 folgende Nummern 5a und 5b einzufügen:

'5a. In § 87a Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

"In der Zeit vom 1. Oktober 2009 bis 31. Dezember 2010 gilt der bundesdurchschnittliche Behandlungsbedarf je Versichertem des ersten Halbjahres 2009 als Behandlungsbedarf je Versichertem nach Satz 2."

5b. § 87c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

...

aa) In Satz 1 werden die Wörter "das Jahr 2009" durch die Wörter "die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. September 2009" ersetzt.

bb) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

"Für die Zeit vom 1. Oktober 2009 bis 31. Dezember 2010 gilt als Behandlungsbedarf je Versichertem im Sinne von § 87a Absatz 3 der bundesdurchschnittliche Behandlungsbedarf je Versichertem des ersten Halbjahres 2009. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. August 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs ab dem Jahre 2011 unter Berücksichtigung der tatsächlichen Morbiditätsstruktur der Versicherten."

b) Folgende Absätze werden angefügt:

"(5) Das auf einen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung entfallende Gesamthonorarvolumen des Jahres 2008 darf im Jahre 2009 und in den folgenden Jahren nicht unterschritten werden. Dies ist durch einen entsprechenden bundesweiten Ausgleich bei der Honorarverteilung durch den Bewertungsausschuss sicherzustellen.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in den Jahren 2009 und 2010 abweichend von den gesetzlichen Vorgaben und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses die Honorarverteilung auf regionaler Ebene in eigener Zuständigkeit regeln. Dabei sind insbesondere regionale Strukturen und Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Insbesondere können innerhalb eines Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung über alle Facharztgruppen und Psychotherapeuten hinweg Ausgleichsregelungen für Härtefälle getroffen werden. Die Ausgestaltung muss einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, u. a. durch Regelleistungsvolumina, Rechnung tragen." '

Begründung:

Allgemein:

Ziel der Änderungen ist es, schwerwiegende Verwerfungen bei der vertragsärztlichen Vergütung zu vermeiden, damit die ambulante ärztliche Versorgung bundesweit flächendeckend gesichert ist.

Hierzu werden drei wichtige Vorschläge unterbreitet:

1. Vereinheitlichung des Behandlungsbedarfs ab 1. Oktober 2009,
2. keine Absenkung der ärztlichen Gesamtvergütung gegenüber 2008,
3. Rechtssicherheit für Härtefallregelungen in den Jahren 2009 und 2010.

Im Einzelnen:

Nach § 87a Absatz 3 Satz 1 soll die Festlegung des Behandlungsbedarfs nach einer Übergangsphase auf der Grundlage der tatsächlichen Morbiditätsstruktur der Versicherten erfolgen. Ein geeignetes Verfahren zur Bemessung der Morbidität für den ambulanten Behandlungsbedarf liegt derzeit noch nicht vor. Angesichts der Erfahrung aus der Honorarreform ist eine sorgfältige Analyse der Daten und der möglichen Verfahren notwendig. Eine kurzfristige Berücksichtigung der tatsächlichen Morbidität ist daher nicht zu realisieren.

Die Übergangsphase ist in § 87c SGB V geregelt. Allerdings hat sich das bisherige Verfahren zur Ermittlung des regionalen Behandlungsbedarfs für den Übergangszeitraum als willkürlich und wenig schlüssig herausgestellt. Es führt zu nicht begründbaren Unterschieden beim regionalen Behandlungsbedarf und ist daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu beenden. Mangels anderer geeigneter Kriterien ist in der Übergangsphase stattdessen davon auszugehen, dass die Morbidität bundesweit in etwa gleich verteilt ist und damit auch der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf weitgehend identisch ist. Daher soll bis zu einer Ermittlung des Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der tatsächlichen Morbidität auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen der auf der Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zu ermittelnde bundesdurchschnittliche Behandlungsbedarf je Versichertem für das Jahr 2009 zugrunde gelegt werden.

Zu Nummer 5a - neu - :

Für die Übergangszeit vom 1. Oktober 2009 bis 31. Dezember 2010 ist in den Verträgen auf der KV-Ebene bei der Festlegung des Behandlungsbedarfs der bundesdurchschnittliche Behandlungsbedarf je Versichertem zugrunde zu legen. Nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung bleibt den Vertragspartnern ausreichend Zeit zur Umsetzung zum 1. Oktober 2009.

Zu Nummer 5b - neu -:Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene Methode der Berechnung des Behandlungsbedarfs wird auf die Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. September 2009 beschränkt.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Die bisherigen Sätze 5 und 6 (Fehleinschätzungen nach...erforderlichen Daten) werden neu gefasst. Für die restliche Übergangszeit bis Ende 2010 ist der bundesdurchschnittliche Behandlungsbedarf je Versichertem zugrunde zu legen. Gleichzeitig wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, bis zum 31. August 2010 ein Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der tatsächlichen Morbidität der Versicherten festzulegen.

Zu Buchstabe b:Zu § 87c Absatz 5 - neu - SGB V:

Durch die Änderung wird in Bezug auf das in einem KV-Bezirk zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen zumindest eine sog. schwarze Null für die kommenden Jahre sichergestellt. Es handelt sich um eine Härtefallregelung bzw. um eine Maßnahme der Besitzstandswahrung, die garantiert, dass zukünftig das verfügbare Honorarvolumen, bezogen auf den jeweiligen KV-Bezirk, auf dem Mindestniveau des Jahres 2008 eingefroren wird. Dies ist sachgerecht, da in keinem KV-Bezirk ein Rückgang der Morbidität

festzustellen ist und die politisch gewollte Angleichung der ärztlichen Vergütung dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Zu § 87c Absatz 6 - neu - SGB V:

Diese Regelung schafft die erforderliche Rechtssicherheit, um die vom Erweiterten Bewertungsausschuss grundsätzlich eingeräumte Möglichkeit, auf regionaler Ebene Konvergenzregelungen zur Abfederung von Härtefällen in der Praxis zu vereinbaren, umsetzbar zu machen. Dazu ist es erforderlich, umfassende regionale Spielräume ohne jegliche bundesweit einheitlichen Vorgaben zu eröffnen. Um die durch die Gesamtvergütung begrenzten finanziellen Mittel gleichmäßig in ein Ausgleichverfahren einzubeziehen, muss die im Gesetz angelegte, starre arztgruppenspezifische Honorarverteilung, die eine der Hauptgründe für die untragbaren Verwerfungen in der Ärztehonorierung 2009 darstellt, für die Jahre 2009 und 2010 ausgesetzt werden. Um eine Wiederholung der Verwerfungen, wie Anfang 2009 geschehen, zu vermeiden, ist das Ziel der Steuerung über Regelleistungsvolumina bei der Ausgestaltung der Konvergenzregelungen zu beachten. Dies entspricht auch dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. Februar 2009 und der grundsätzlichen Zielrichtung einer Konvergenzphase.