

15.02.01

G - Fz - In - K

Antrag

der Länder

Baden-Württemberg, Thüringen

**Entschließung des Bundesrates zur Aufhebung der sektoralen
Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Staatsministerium Baden-Württemberg
Der Ministerialdirektor

Stuttgart, den 15. Februar 2001

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsident
Kurt Beck

Sehr geehrter Herr Prsident,

die Regierungen des Landes Baden-Württemberg und des Freistaates Thüringen haben
beschlossen, dem Bundesrat die als Anlage mit Begründung beigelegte

**Entschließung des Bundesrates zur Aufhebung der sektoralen
Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung**

zuzuleiten.

Ich bitte, gemäß § 36 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Bundesrates die Beratung der
Entschließung in den Ausschüssen zu veranlassen, mit dem Ziel, die Plenarsitzung des
Bundesrates am 9. März 2001 zu erreichen.

Mit freundlichen Gren



Rudolf Bhmmler

Entschießung des Bundesrates zur Aufhebung der sektoralen Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundesrat möge beschließen:

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der

1. die verbindliche Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch arztgruppenspezifische, budgetablösende und intelligente Richtgrößen vorsieht,
2. bei der vertragsärztlichen Vergütung die Budgets und die floatenden Punktwerte durch Regelleistungsvolumina ersetzt und die Arzthonorare der neuen Bundesländer stufenweise an diejenigen der alten Bundesländer angleicht sowie
3. die Deckelung der Krankenhausbudgets spätestens mit der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems aufhebt.

Begründung:

Allgemein

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz hat zum 1. Januar 1999 in den wichtigsten Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung sektorale Budgets eingeführt. Dabei wurden bei der Berechnung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen die Aufwendungen des Jahres 1997 zu Grunde gelegt und um die Grundlohnsteigerungen 1998 und 1999 erhöht; für Strukturverträge wurde ein Zuschlag in Höhe von maximal 0,6 % zugelassen. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wurden Obergrenzen für die Gesamtvergütungen im Jahr 1999 einschließlich Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung vorgegeben, die sich am Ausgabenvolumen des Jahres 1997 orientierten. Für den Arznei- und Heilmittelbereich wurde ebenfalls eine

Ausgabenbegrenzung auf der Basis des Budgets des Jahres 1996 festgelegt, verbunden mit einer Kollektivhaftung der Ärzteschaft im Falle der Budgetüberschreitung. Die Budgets der Krankenhäuser sind seit dem 1. Januar 1993 mit in Kraft treten des "Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung" gedeckelt. Ausgehend vom Budget 1992 wurden die Budgets der Folgejahre grundsätzlich nur noch erhöht um die Veränderungsrate fortgeschrieben.

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat im Ergebnis diese sektoralen Budgetierungen fortgeführt. Die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung sind bei der Vereinbarung von Vergütungen an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen gebunden (§ 71 SGB V) und können daher letztlich nur die Budgets des Vorjahrs fortschreiben. Für das Jahr 2000 war die Steigerungsrate auf höchstens 1,43 %, für 2001 ist sie auf höchstens 1,63 % begrenzt.

Die gegenwärtigen Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung verdeutlichen, dass derartige Ausgabenbegrenzungen ihr Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, nicht erreichen. Budgets bilden keine Anreize zu wirtschaftlicher Versorgung, sondern bewirken in vielen Fällen das Gegenteil. So werden wegen der Arznei- und Heilmittelbudgets Patienten vom Hausarzt zum Facharzt und von diesem ins Krankenhaus überwiesen; statt preiswerte Medikamente zu verordnen, werden teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen durchgeführt. Außerdem können die Budgets schon deshalb keine Steuerungsfunktionen entfalten, weil den Akteuren zeitnahe Informationen über die Budgetsituation fehlen.

Auf Grund der Fortschritte in der Medizin findet seit Jahren eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich statt - vom ambulanten Operieren über die ambulante Dialyse bis hin zur ambulanten Chemotherapie. Diese Entwicklung ist gewollt, denn im SGB V gilt der Grundsatz "ambulant vor stationär". Zugleich verhindert das Budgetprinzip einen sachgerechten Ausgleich zwischen den verschiedenen Sektoren. So ist es – trotz aller Bemühungen der Vertragspartner – kaum möglich, das kostengünstige und patientenschonende ambulante Operieren angemessen zu honorieren. Es sind Regelungen notwendig, die wirtschaftliche Behandlungsmethoden gezielt fördern und sicherstellen, dass das Geld der Leistung folgt. Die Zusammenar-

beit zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und Leistungserbringern ist so zu regeln, dass Anreize zu qualitätsgesicherter und wirtschaftlicher Leistungserbringung geschaffen werden.

Zu 1.:

Die Budgetierung führt vor allem bei der Arznei- und Heilmittelversorgung zu spürbarer Rationierung und bahnt den Weg in die Zweiklassenmedizin. Eine im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) durchgeführte Studie stellt Versorgungsdefizite in zahlreichen Indikationsgebieten, u.a. in der Onkologie, bei der Schmerztherapie und bei Osteoporose fest. Im Indikationsgebiet Alzheimer erhalten ca. 88 % der Patienten, die für innovative Medikamente geeignet sind, keine entsprechenden Präparate. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden 87 % der therapiegeeigneten Patienten mit koronarer Herzkrankheit nicht oder nicht ausreichend mit präventiven Lipidsenkern behandelt. 75 % der geeigneten Herzinsuffizienz-Patienten erhalten keine Betablocker. Im Indikationsgebiet Schizophrenie werden nur 10 % mit modernen Antipsychotika behandelt. Diabetikern werden die zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels notwendigen Blutzuckerteststreifen vorenthalten. Zahlreiche Patienten müssen völlig auf notwendige Arzneimittel verzichten, vor allem aber werden überwiegend keine innovativen Medikamente mehr verordnet.

Eine weitere im Auftrag des VFA durchgeführte repräsentative Umfrage hat ergeben, dass bei rund 10 % der Versicherten die Verordnung eines Arzneimittels abgelehnt oder verschoben wurde; bei den chronisch erkrankten Patienten erhöht sich dieser Anteil auf nahezu 20 %. Weiter zeigt diese Umfrage, dass etwa zwei Drittel der Bevölkerung Versorgungsdefizite als Folge des Arzneimittelbudgets befürchtet und die Budgetierung deshalb abgelehnt wird.

Auch ist es dem einzelnen Arzt, der bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet hat, nicht zumutbar, im Kollektiv für eine Überschreitung des Arznei- und Heilmittelbudgets zu haften. Im Hinblick auf die Grundrechte aus Artikel 12 GG (Berufsausübungsfreiheit) und 3 GG (Gleichbehandlungsgebot) erscheint der Kollektivregress zumindest für diese Ärzte verfassungswidrig.

Diese negativen Auswirkungen erfordern eine völlige Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets. Es ist zu den im 2. GKV-Neuordnungsgesetz enthaltenen Regelungen zurückzukehren. Diese sahen eine intelligente Steuerung in Form von bedarfsgerechten, arztgruppenbezogenen Richtgrößen vor und eine Abschaffung der ärztlichen Kollektivhaftung.

Zu 2.:

Auch die Budgets bei der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung dürfen nicht länger Bestand haben, sondern müssen - wie im 2. GKV-Neuordnungsgesetz vorgesehen - durch Regelleistungsvolumen mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert ersetzt werden. Hierdurch wird Transparenz, Leistungsgerechtigkeit und Kalkulierbarkeit im Honorarbereich hergestellt. Die Vertragspartner (Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigung) könnten dann auf der Grundlage von Fallwerten und Fallzahlen arztgruppenspezifische Praxisvergütungen für das Volumen der vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren. Arztgruppenspezifisch bedeutet, dass für Hausärzte und für die jeweiligen Facharztgruppen unterschiedliche Regelleistungsvergütungen festgelegt werden können. Dabei wäre auch eine Berücksichtigung besonderer Qualifikationen innerhalb der Facharztgruppen möglich.

Die Regelleistungsvolumen sind mit Abstaffelungen zu kombinieren, damit (jenseits des Regelvolumens) Anreize zur Mengenexpansion verhindert werden. Gleichzeitig müssen auch Ausnahmen von dieser Abstaffelung möglich sein, vor allem bei förderungswürdigen Leistungen wie z.B. Wochenend- oder Notdiensten, die auch zur Vermeidung teurer Krankenhausaufenthalte beitragen.

Die Ärzte in den neuen Ländern streben seit geraumer Zeit eine Verbesserung ihrer Vergütung an. Diese Forderung ist berechtigt, denn die Vergütung der Ärzte in den neuen Bundesländern ist im Vergleich zum Westen zu niedrig. Vor allem für Facharztpraxen kann sich die darüber hinaus vom Gesetzgeber vorgesehene Trennung der Honoraranteile für Haus- und Fachärzte existenzbedrohend auswirken. Zwar dürfen sich im Osten Vergütungsvereinbarungen entsprechend der gesamtdeutschen Grundlohnentwicklung verändern, aber eine Annäherung der erheblich niedrigeren ostdeutschen Gesamtvergütung an die Westhonorare ist damit ausgeschlossen. Um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte auf

Dauer zu gewährleisten, sollte deshalb eine stufenweise Angleichung der ärztlichen Gesamtvergütung in den neuen Bundesländern, auch vor dem Hintergrund der annähernd gleichen Kosten, an die durchschnittlichen Gesamtvergütungen in den alten Bundesländern ermöglicht werden.

Zu 3.:

Im Krankenhausbereich schließlich sieht das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vor, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage der international bereits eingesetzten Diagnosis Related Groups (DRG) zum 1.1.2003 einzuführen ist. Ein neues vollpauschalierendes Entgeltsystem, das auf Rationalisierung abzielt und auch zu Wettbewerb führt, ist mit einer fortgesetzten Budgetierung nicht vereinbar. Es besteht die Gefahr so genannter floatender Punktwerte, wie sie im niedergelassenen Bereich seit langem beklagt werden. Beim floatenden Punktwert wird die Basiskostenbewertung (Base-Rate) so festgelegt, dass das Gesamtbudget nicht überschritten wird. Steigende Fallzahlen führen also zu immer geringerer Vergütung für die gleiche Leistung. Das neue Preissystem darf nicht auf ein Instrument der bloßen Budgetverteilung reduziert werden. Es erscheint sinnwidrig, über Jahre hinweg Anstrengungen zu unternehmen, um Preise für bestimmte Leistungen zu ermitteln, die dann letztlich gar nicht bezahlt werden. Deshalb ist auch im Krankenhausbereich das Budgetprinzip spätestens mit der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems aufzugeben.