

Überprüfung des Regulierungsrahmens für die vertragsärztliche Vergütung

Wilhelm F. Schröder, Stephanie Sehlen

Berlin 2011

AGENON

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH
Friedrichstr. 94 10117 Berlin Tel. 030-921.045-70 agenon@agenon.de

AGENON-Papier Nr. 11-05

Bearbeiter: Wilhelm F. Schröder, Dr. Stephanie Sehlen

Mitarbeit: Dr. Robert Paquet

Einleitung

Die medizinische Versorgung durch Vertragsärzte umfasst alle Leistungen, die von Vertragsärzten erbracht werden, soweit sie auf Grundlage des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergütet werden. Im Jahr 2009 waren in Deutschland 137.416 Vertragsärzte tätig.

Die Vergütung der Vertragsärzte besteht aus den Erlösen, die sie aus der gesetzlichen Krankenversicherung wie von Selbstzahlern erhalten. Sie resultierte im Jahr 2007 zu 71 % (Arztpraxen ohne MVZ) aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auf privatärztliche Tätigkeiten entfielen 25,9%, der verbleibende Rest auf sonstige ärztliche Tätigkeiten. Die Summe der Vergütung je Praxis belief sich 2007 auf 294T €; nach Abzug der Kosten verblieben als „Arztlohn“ 142T € als Reinertrag (vor Steuern).

In dieser Untersuchung werden als „vertragsärztliche Vergütung“ ausschließlich die Erlöse bezeichnet, die Vertragsärzte für ambulante Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erzielen. Nicht näher betrachtet werden also Erlöse aus privatärztlicher Tätigkeit sowie aus belegärztlicher oder honorarärztlicher Tätigkeit in der stationären Versorgung.

Der Regulierungsrahmen für die vertragsärztliche Vergütung umfasst alle Gesetze und die aus Gesetzen abgeleiteten untergesetzlichen Vorschriften, die regeln, welche Erlöse ein Vertragsarzt für seine ambulanten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhält.

Diese Vorschriften sind Teil der Regulierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, die sich nicht nur auf die Vergütung erstreckt, sondern auch auf die Steuerung der Qualität der Leistungen und der Angebotsstrukturen sowie auf die Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten.

Erstes Ziel des Vergütungssystems ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht die faire Vergütung der Leistungen, die die Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Dabei sind allerdings drei Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten:

- Es sind nur Leistungen zu vergüten, die medizinisch notwendig sind.
- Die Leistungen müssen wirtschaftlich erbracht werden.
- Die Entwicklung des Gesamtvolumens der Vergütung soll sich an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung orientieren, unter Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung und des medizinischen Fortschritts.

Seit vielen Jahren gibt es eine breite Diskussion darüber, dass diese Grundsätze nur umgesetzt werden können, wenn der Regulierungsrahmen weitergehende Möglichkeiten für die Wirkung des Wettbewerbs zulässt.

Grundlage für die Zahlung von Vergütungen sind Verträge zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden einerseits und den Ärzten und ihren

Organisationen (Leistungserbringer) andererseits. Die Wirkungen des Wettbewerbs können sich stärker entfalten,

- wenn die Berechtigung zum Vertragsabschluss sowohl auf der Seite der Krankenkassen und ihrer Verbände wie auf der Seite der Ärzte hinsichtlich der zugelassenen betrieblichen und verbandlichen Organisationen verbreitert wird und
- wenn die Möglichkeiten zur Gestaltung der Vergütung in diesen Verträgen ausgeweitet werden.

Zu beiden Fragen hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren in mehreren Schritten umfangreiche Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen beschlossen, die auch bereits erste Auswirkungen auf die Vergütung für die ambulante medizinische Versorgung gehabt haben. Deren Einfluss auf die Steuerung insgesamt ist jedoch bisher gering und wird sich voraussichtlich auch nur langsam ausweiten, obwohl mit dem GKV-Finanzierungsgesetz der Druck auf die gesetzlichen Krankenkassen erheblich verstärkt worden ist, die neuen vertraglichen Möglichkeiten zu nutzen. Die Hauptwirkung für die Steuerung wird noch über viele Jahre beim Kollektivvertragssystem liegen.

Ziel der Expertise

Die gegenwärtige Regierungskoalition hat vereinbart, dass die Honorarreform nach einer kritischen Überprüfung den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen wird:

„Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die Honorarreform unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen.“ In: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, Berlin 26.10.2009, S. 89

Die dort angesprochene Überprüfung ist auch das Ziel der vorliegenden Expertise, wobei der Schwerpunkt der Überprüfung auf dem Regulierungsrahmen für das Kollektivvertragssystem liegt.

An das Kollektivvertragssystem wird eine große Zahl von Anforderungen gestellt. Diese Anforderungen, die in den letzten Jahrzehnten immer weiter zugenommen haben, haben zu immer differenzierteren Regelungen geführt. In den letzten Jahren verstärkt sich – auch unter den Experten – der Eindruck, dass das Kollektivvertragssystem an die Grenzen seiner Administrierbarkeit gestoßen ist. Wichtiger ist allerdings noch, dass der Weg für die Berechnung der Vergütung für den einzelnen Arzt schon seit einigen Jahren kaum noch nachvollziehbar ist. So setzt allein das Verständnis des Regelleistungsvolumens die Kenntnis eines 80-seitigen Methodenpapiers voraus. Eine weitere Ursache für die hohe Komplexität des Regulierungsrahmens resultiert daraus, dass der Kollektivvertrag verpflichtend von allen gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam für alle Leistungserbringer in der ambulanten medizinischen Versorgung abgeschlossen werden muss. Daraus entstehen sehr hohe Anforderungen an die Justitiabilität der einzelnen Regelungen.

Gleichwohl werden fortlaufend neue zusätzliche Anforderungen an den Regulierungsrahmen für die vertragsärztliche Versorgung gestellt. So soll der medizinische Erfolg der Leistungen stärker berücksichtigt werden. Es sollen Anreize gesetzt werden, in unterversorgten Gebieten tätig zu werden. Den betriebswirtschaftlichen Besonderheiten in den neu entstehenden Betriebsformen der ambulanten Versorgung soll Rechnung getragen werden. Die Vergütung soll die sektorübergreifende Zusammenarbeit fördern. Viele weitere sinnvolle Vorschläge könnten hier aufgezählt werden. Zugleich soll das Vergütungssystem aber einfach und verständlich werden.

Ausgangspunkt dieser Expertise ist die Einschätzung, dass die notwendigen Anforderungen, die an den Regulierungsrahmen für das Kollektivvertragssystem gestellt werden, nicht dazu führen können, dass die Vorschriften grundsätzlich einfacher und verständlicher werden, einzelne eher kosmetische Verbesserungen ausgenommen. Die Alternative zum bestehenden Kollektivvertragssystem ist nicht ein anderes Kollektivvertragssystem, sondern die weitere Verbesserung des bestehenden Systems sowie seine teilweise Ablösung durch Einzelverträge.

Zum Regulierungsrahmen für die Einzelverträge werden hier keine Vorschläge entwickelt, gehört es doch zum Wesen der Einzelverträge, dass die Vertragspartner den großen Spielraum, den der Gesetzgeber gegeben hat, nutzen sollen, um effiziente Lösungen im Wettbewerb zu finden. Lediglich in zwei Punkten sind die Einzelverträge berührt: Die Dokumentation des Leistungsgeschehens soll einheitlich über die Einzel- und Kollektivverträge erfolgen, wozu die Leistungsdefinition im EBM dienen soll. Und schließlich betrifft das Bereinigungsverfahren die Abgrenzung der Vergütung zwischen Kollektiv- und Einzelverträgen. Die betriebswirtschaftlich faire Gestaltung dieses Verfahrens ist eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Entwicklung der wettbewerblichen Steuerungskomponente.

Vorgehen

Die grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen, die für die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung bedeutsam sind, werden im einleitenden Kapitel angesprochen. Im zweiten Kapitel wird das gegenwärtige Vergütungssystem in seinen Grundzügen dargestellt. Dabei werden die Aspekte in den Vordergrund gerückt, die in den letzten Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung besonders starken Veränderungen unterworfen waren. Die folgenden Vorschläge zur weiteren Entwicklung konzentrieren sich auf die Vergütung im Kollektivvertragssystem. Im dritten Kapitel werden die Vorschläge zur Weiterentwicklung des Preissystems erläutert. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Instrumente der Mengensteuerung werden im vierten Kapitel dargestellt.

Jede Änderung am Regulierungsrahmen für die vertragsärztliche Vergütung greift unmittelbar in zum Teil existentielle Interessen der Ärzte ein und ist somit eminent politisch, sodass sich bei jedem Vorschlag sofort die Frage der politischen Machbarkeit stellt. Dieses Kriterium ist in der vorgelegten Expertise allerdings den sachlogischen Argumenten nachgeordnet.

Zusammenfassung

Ziel der Expertise

Die gegenwärtige Regierungskoalition hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Honorarreform nach einer kritischen Überprüfung den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen wird. Die dort angesprochene Überprüfung ist auch das Ziel der vorliegenden Expertise, wobei die Überprüfung auf den Regulierungsrahmen der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im Kollektivvertragssystem der GKV fokussiert ist.

Entwicklung der Vertragsstrukturen und Verstärkung der wettbewerblichen Orientierung

Angesichts der sich vielfach noch im Entwicklungsstadium befindenden Vertragsalternativen ist der Vertragswettbewerb gegenwärtig vielerorts gar nicht oder nur schwach ausgeprägt. Es ist davon auszugehen, dass auch in mittlerer Zukunft der Kollektivvertrag das regionale Vertragsgeschehen dominieren wird. Wichtiger Gegenstand des Kollektivvertrags bleibt die kollektive Mengenbegrenzung.

In einem wettbewerblichen System ist aber auch der Kollektivvertrag nur noch eine der Möglichkeiten und muss an die Logik dieses Systems angepasst werden. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Wettbewerbsdrucks ist daher auch für die Ausgestaltung des kollektivvertraglichen Regulierungssystems der Vergütung die Prämisse leitend, den Akteuren Anreize zu vermitteln, sich so zu verhalten wie unter Wettbewerbsbedingungen. D.h. es sollen Anreize zu einer effizienten Verwendung der Ressourcen gesetzt werden. Wenn Produktivitätssteigerung der Versorgung das Ziel ist, gewinnen betriebswirtschaftliche Kalküle für alle Beteiligten an Bedeutung.

Entwicklungen der ambulanten Angebots- und des Leistungsstrukturen und ihre Berücksichtigung im Vergütungsverfahren

Die Veränderungen in den betrieblichen Formen für die Erbringung ambulanter Leistungen führen bei gegebenen Leistungen zu großen Veränderungen im Ressourceneinsatz, insbesondere im Einsatz ärztlicher Arbeitsleistungen. Für ein betriebswirtschaftlich ausgerichtetes Bewertungssystem einer Gebührenordnung sind solche Veränderungen zu berücksichtigen.

Auch die Veränderungen im Leistungsgeschehen müssen im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit des Kollektivvertrags Berücksichtigung finden. Dabei geht es nicht allein um die Frage, um wie viel sich insgesamt in Deutschland die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen maximal verändern dürfen, sondern vielmehr um die Fragen, wie sich diese Veränderung unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten auf die KV-spezifische Anpassung der Gesamtvergütung auswirkt; das gilt konsequenterweise auch für die auf den einzelnen Arzt bezogene Mengensteuerung.

Vorschläge zur Weiterentwicklung des Preissystems

1. Zur Weiterentwicklung des Verzeichnisses der Leistungen im EBM

Die Regelung des § 87 Abs. 2c SGB V zur Entwicklung von fachärztlichen diagnosebezogenen Pauschalen ist umzusetzen. Im Hinblick auf eine effiziente Ressourcenallokation sollte die Pauschalierung insbesondere auch der spezialfachärztlichen Leistungen konsequent vorangetrieben werden.

2. Zur Kalkulation der EBM-Bewertungen

Die EBM-Bewertungen sollen den tatsächlichen Ressourcenverbrauch widerspiegeln. Die EBM-Kalkulation hat dazu konsequent anstatt auf kalkulatorische Annahmen, z.B. zu den ärztlichen Zeitaufwänden und Abschreibungsdauern für Geräte, vorrangig auf eine Kostenträgerrechnung abzustellen, die auf Erhebungen zum tatsächlichen Aufwand basiert.

Ambulante Praxen (sog. Kalkulationspraxen) sollen verpflichtet werden, Selbstkostenrechnungen durchzuführen und dem Bewertungsausschuss zur Kalkulation des EBM zur Verfügung zu stellen.

Außerdem soll die EBM-Bewertung im Sinne der Leistungsgerechtigkeit über eine geeignete Abstufungsregelung explizit berücksichtigen, dass der durchschnittliche Ressourcenverbrauch wegen der zunehmenden Amortisation der Fixkosten mit steigender Fallzahl sinkt.

3. Zur Funktion des Punktwertes

Die Weiterentwicklung des Preissystems soll in erster Linie durch eine zeitnahe Anpassung der Bewertungsrelationen der einzelnen EBM-Positionen vorgenommen werden. Der Punktwert sollte nach Möglichkeit nicht verändert werden, es sei denn, es handelt sich um allgemeine, die Leistungen des EBM in gleicher Weise betreffende Entwicklungen in den Betriebs- und Investitionskosten, für die eine einheitliche Anpassung der Preise durch die Veränderung des Orientierungswertes betriebswirtschaftlich begründet wäre.

Die Steuerung des Angebots bzw. der Angebotsmenge in einer Region im Hinblick auf Unter- bzw. Überversorgung lässt sich zielgerichtet in erster Linie über eine differenzierte Festlegung der Mengengrenzungen erreichen (vgl. dazu Punkt 13). Soweit das Standortwahlverhalten niedergelassener Ärzte durch Preissignale nachhaltig beeinflusst werden kann, sollte dies jedoch auch weiterhin durch eine entsprechende Modifikation des Punktwertes geschehen können.

Soweit der Ressourceneinsatz in über- und unterversorgten Regionen unterschiedlich ist, z.B. weil die Wegekosten in ländlichen Räumen höher sind, sollten diese Unterschiede über entsprechend differenzierte Leistungspositionen der Gebührenordnung berücksichtigt werden.

4. Regulierung des Verfahrens der Kalkulation und Weiterentwicklung des EBM

Es sind Verfahrensregelungen zur kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung der EBM-Bewertungen zu formulieren. Diese beinhalten eine detaillierte Planung der Vorgehensweise sowie die Formulierung eines betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmodells.

Die Entwicklung des kalkulatorischen Arztlohns soll künftig im Vorfeld einer turnusmäßigen Anpassung des EBM explizit im Bewertungsausschuss verhandelt werden.

5. Der Geltungsbereich des EBM ist neu zu regeln

a - Krankenhäuser bzw. ihre Interessensvertretung sollen künftig beschränkt auf auch von Krankenhäusern abrechenbare Leistungen in die Verhandlungen des Bewertungsausschusses „Ärzte“ auf Seiten der Leistungserbringer einbezogen werden. Für die o.g. EBM-Kalkulation haben auch Krankenhäuser Kostenträgerrechnungen bereitzustellen.

b - Belegärztliche Leistungen sollen künftig als stationäre Leistungen auch über das Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen und nicht mehr über den EBM vergütet werden.

6. Einheitliches Preissystem für PKV und GKV

Analog zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen, für die das DRG-System unabhängig vom Kostenträger gilt, sollte grundsätzlich angestrebt werden, auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen nur ein Preissystem vorzugeben. Dieses staatliche Preissystem gilt, soweit – über Einzelverträge – nichts Abweichendes mit dem jeweiligen Kostenträger vereinbart ist.

Analog zu den Krankenhauswahlleistungen würden Vergütungen für „ambulante Wahlleistungen“ gesondert aufgeführt und (soweit sie Gegenstand eines privaten Voll- oder Zusatzversicherungstarifs sind) von einem PKV-Unternehmen erstattet werden.

Die Einführung eines einheitlichen Preissystems ist allerdings nur mittelfristig und unter besonderen Voraussetzungen möglich. Die zu erwartenden finanziellen Konsequenzen für die gesetzlichen Krankenkassen müssten durch die finanzielle Einbeziehung der Privatversicherten in die Finanzierungsbasis kompensiert werden. Die Einführung eines einheitlichen Preissystems muss deshalb an die Einführung eines die GKV und PKV umfassenden bzw. integrierenden Krankenversicherungssystems gekoppelt werden.

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Instrumente der Mengengrenzung bzw. -steuerung

7. Neuregelung der Vorgaben zur Bestimmung der jährlichen bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate

Die Berücksichtigung der beiden Ziele Beitragssatzstabilität und Orientierung an ausgabenseitigen Wirkungen soll operationalisiert werden, indem eine Zielrelation gesetzlich vorgegeben wird. Diese Zielrelation gibt der Selbstverwaltung vor, in welchem Verhältnis neben der Entwicklung der Einnahmenseite auch ausgabenseitig wirkende Veränderungen für die normative Festlegung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. Diese gesetzlich vorgegebene Zielrelation wird alle drei Jahre auf den Prüfstand gestellt.

Außerdem sollen die gesetzlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses, die er bei seinem Verfahren zur Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen zu beachten hat, präzisiert werden, sodass der gegenwärtige Interpreta-

tionsspielraum deutlich verringert wird (vgl. dazu die Empfehlungen unter Punkt 10).

Der Bewertungsausschuss ermittelt wie bisher die Veränderungsrate, die sich auf Bundesebene aus der Messung der ausgabenseitigen Veränderungen ergibt. Auf Basis dieses Ergebnisses zu den ausgabenseitigen Veränderungen und unter Verwendung der vom Bundesgesundheitsministerium bekannt gegebenen Grundlohnrate berechnet der Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgabe zur Zielgewichtung den entsprechend gewichteten Mittelwert aus den beiden Veränderungsraten.

Diese gewichtete bundesweite Veränderungsrate wird anschließend nach einem von dem Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren den einzelnen KV-Regionen und Kassen entsprechend ihrer spezifischen Veränderungen zugeordnet (vgl. Punkt 11). Diese KV-bezogene Veränderungsrate stellt die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V dar, die von den Gesamtvertragsparteien gem. dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist.

8. Bundeseinheitliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Neben der Verpflichtung zur Mengenbegrenzung ist zentral vorzugeben, für welche Leistungen überhaupt eine staatlich geregelte Mengensteuerung vorgenommen werden soll. Von dieser Vorgabe soll auf Regionalebene vom Grundsatz her nicht abgewichen werden dürfen. Das betrifft die Vorgabe zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Für Strukturverträge gem. § 73a SGB V, die von der KV mit einzelnen Kassen geschlossen werden, sind Ausdeckelungen nach einem adäquat geregelten Bereinigungsverfahren vorzunehmen.

Für die Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sollten vom Gesetzgeber Kriterien formuliert werden, nach denen – bundeseinheitlich – eine Ausdeckelung begründet werden kann. Die Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten auf Bundesebene hätte nach diesen Kriterien den Katalog der MGV-Leistungen zusammenzustellen.

Die Einbeziehung spezialfachärztlicher Leistungen in die Mengenbegrenzung der MGV hat zur Folge, dass sie, wenn diese Leistungen auch durch Krankenhäuser erbracht werden, auch dort einer Mengensteuerung unterliegen müssen.

9. Berücksichtigung der Krankenhäuser in der Mengensteuerung

Die gegenwärtigen Überlegungen zur grundsätzlichen Neuordnung der ambulanten Bedarfsplanung, für die eine Integration der Angebotskapazitäten über die Sektorengrenzen hinweg angestrebt wird, sollten auch die damit korrespondierende Frage einer „integrierten“ Mengenbegrenzung einbeziehen.

10. Zum Verfahren der Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen

Die gesetzlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses, die er bei seinem Verfahren zur Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen auf Bundesebene zu beachten hat, sollen präzisiert werden, mit dem Ziel, den gegenwärtigen Interpretationsspielraum für die Selbstverwaltung deutlich zu verringern. Zu messen sind dazu nicht die tatsächlichen Mengenentwicklungen, son-

dern die vor dem Hintergrund einer Mengensteuerung objektivierte bzw. akzeptierte Mengenentwicklung. Relevant sind die Veränderungen, die bereits jetzt in § 87a Abs. 4 SGB V für die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung genannt werden. Folgende Präzisierungen werden vorgeschlagen:

Der Bewertungsausschuss soll beauftragt werden, ein konsistentes Gesamtverfahren zu formulieren. In ihm soll für die Elemente des Vergütungssystems eine abgestimmte und sachgerechte Abbildung der Vielzahl der miteinander korrelierten Änderungen der Rahmenbedingungen und ihrer Ausgabenwirkung vorgenommen werden. Dazu hat der Ausschuss auch die (gem. § 87a Abs. 4 SGB V) noch fehlenden Berechnungsverfahren zu den vom Gesetzgeber in § 87a Abs. 4 SGB V genannten Veränderungen abschließend festzulegen.

Die morbiditätsbedingte Veränderung der ambulanten Ausgaben in Deutschland sollte über demographische Faktoren gemessen werden.

Neben den bereits in § 87a SGB V genannten Veränderungen sollte auch die Veränderung der Ausgaben für ärztliche Leistungen infolge einer (turnusmäßigen) Anpassung des EBM für die Ermittlung der bundesweiten Veränderung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen explizit berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die oben (in den Punkten 1 bis 4) genannten Anforderungen für ein leistungsrechtes, transparentes Preissystem erfüllt sind und die Weiterentwicklung des EBM wie beschrieben regelgebunden erfolgt. Weil die Umsetzung der genannten Vorschläge zum Preissystem erst mittel- bis langfristig denkbar ist, werden bis dahin auch die Veränderungen in der EBM-Bewertungen nicht im Rahmen einer Veränderung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden können.

11. Zu den Verfahren der Fortentwicklung der KV-bezogenen Gesamtvergütung und der Verteilung auf die Kassen

Die mit der Grundlohnentwicklung gewichtete ausgabenseitige Veränderungsrate im Bundesdurchschnitt wird nach einem vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren den einzelnen KV-Regionen und Kassen entsprechend ihrer spezifischen Veränderungen zugeordnet. Die Berechnung der regionalen Veränderungsrate wird vom Bewertungsausschuss bzw. seinem Institut durchgeführt. Dabei ist sicherzustellen, dass sich im Durchschnitt der regional berücksichtigten Veränderungen die bundesweite mit der Grundlohnentwicklung gewichtete ausgabenseitige Veränderungsrate ergibt.

Für die KV-Regionen sind dazu die Unterschiede in den Veränderungen der Morbiditätsstruktur, in den Veränderungen durch Verlagerung und in den Veränderungen durch die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Vergleich zu den entsprechenden Veränderungen im Bundesdurchschnitt festzustellen. Diese regionalen Unterschiede im Vergleich zum Bundesdurchschnitt werden in der Zuordnung berücksichtigt. Die morbiditätsbedingte Veränderung der Umsätze wird über die demographisch bedingte Veränderungsrate (Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur) bezogen auf die GKV-Versicherten in der Region ermittelt.

Die für die KV-Region als Ganzes für das kommende Vertragsjahr neu festgestellte Gesamtvergütung wird auf die Kassen mit Versicherten in dieser Region nach den aktuellen Anteilen der Kassen am Gesamtumsatz der KV (nach abge-

rechneten Punktzahlvolumina) aufgeteilt. Die Aufteilung auf die Kassen mit Versicherten in der KV-Region wird gemäß diesen Anteilen durchgeführt.

Mit diesem Verfahren schlagen sich Variationen in den aktuellen Abrechnungsmengen in den Ausgaben der Kassen für ärztliche Leistungen nieder. Im Unterschied zu früher lohnt es sich dann für Kassen, durch bestimmte Maßnahmen, z.B. durch Prävention, Einfluss auf die Mengenentwicklung der ärztlichen Leistungen zu nehmen. Effekte, die das gesamte GKV-Umsatzvolumen betreffen, sind über die Messung der auf die KV-Ebene bezogenen Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu quantifizieren. Zudem ist auf der Ebene der Kassen keine Morbiditätsadjustierung erforderlich.

12. Zum Verfahren der Ermittlung der KV- bezogenen Ausgangswerte für die Fortschreibung

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 wurde die Regelung aufgenommen, dass (gem. § 87 Abs. 9 SGB V) der Bewertungsausschuss einen Vorschlag entwickeln soll, wie die Vergütung der Vertragsärzte schrittweise regional angenähert werden soll.

Nach der Prämisse gleiche Vergütung für gleiche Leistungen wären regionale Besonderheiten bei den Leistungsbedarfen, wie sie etwa durch die Morbiditätsstruktur der Versicherten oder durch die Versorgungs- und Angebotsstruktur begründet werden können, welche sich u.a. in dem „Split“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor zeigen, zu berücksichtigen.

Die im Bewertungsausschuss verfügbaren bzw. nach den obigen Vorschlägen angepassten Berechnungsverfahren zur Messung der Veränderung für die Gesamtvergütung können vom Grundsatz her angewendet werden, um regionale Besonderheiten gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu erklären, sodass die KV-bezogenen Gesamtvergütungen ermittelt werden können. Zu den Einflüssen auf die regionalen Versorgungsstrukturen liegen noch keine belastbaren Forschungsergebnisse vor. Der Bewertungsausschuss sollte hierfür die erforderlichen Untersuchungen benennen und in Gang setzen.

13. Zum Verfahren der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Vom Bewertungsausschuss soll zum einen geprüft werden, ob die ihm zur Verfügung stehenden Instrumente zur Messung der Veränderungen im Leistungsgeschehen, auch zur Messung der für die einzelnen Arztgruppen relevanten Veränderungen verwendet werden können, mit dem Ziel auch die Arztgruppenanteile turnusmäßig anzupassen. Zum andern sollte geprüft werden, ob (entsprechend dem Vorschlag zur „objektivierten“ Ermittlung des KV-bezogenen Ausgangswerts für die Fortschreibung der Gesamtvergütung) auch die Ausgangswerte für die Arztgruppen-Anteile über die oben skizzierten differenzierten Verfahren zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten neu und objektiviert festgestellt werden können.

Die ärztlichen Regelleistungsvolumen sollten nach Über- bzw. Unterversorgung differenziert werden. Der Bewertungsausschuss hätte dazu die entsprechende Regelung gem. § 87b Abs. 3 S. 1 SGB V umzusetzen. Die finanziellen Konsequenzen hieraus sowie die Konsequenzen aus einer erwünschten Variation der

Anzahl der Praxissitze wären gleichmäßig auf alle Arztgruppentöpfe zu beziehen.

Um die Transparenz des Verfahrens für den einzelnen Arzt zu erhöhen, soll ihm die KV die Berechnung seines Regelleistungsvolumens in sämtlichen Berechnungsschritten darstellen.

14. Zum Bereinigungsverfahren

Wird im Rahmen eines Einzelvertrags eine nicht über die KV abgerechnete Vergütung vereinbart, ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung vorzunehmen. Dazu ist – bezogen auf den jeweiligen Leistungsumfang des Einzelvertrags – auf ein Verfahren abzustellen, das Morbiditätsstrukturunterschiede berücksichtigt.

Für Verträge der integrierten Vollversorgung und Primärarztverträge kann vom Grundsatz her das diagnosebasierte Klassifikationsverfahren, das dem Bewertungsausschuss für die im derzeitigen Regulierungsrahmen gem. § 87a SGB V definierte Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, angewendet werden.

Für die Bereinigung bei Einzelverträgen, die auf (spezial-)fachärztliche Leistungskomplexe oder die (spezial-)fachärztliche Behandlung von Indikationen abzielen, sollte dagegen das Bereinigungsverfahren weiter entwickelt werden. Für Strukturverträge einzelner Kassen mit der KV gem. § 73a SGB V sollte das gleiche Verfahren angewendet werden. Die Voraussetzungen dazu liefern die oben geforderten Maßnahmen einer stärker pauschalieren Definition insbesondere von spezialfachärztlichen Leistungen im EBM und einer konsequent ressourcenorientierten Kostenkalkulation.

Inhaltsverzeichnis

1	Konzeptioneller Ausgangspunkt der Gutachter.....	14
1.1	Entwicklung der Vertragsstrukturen und Verstärkung der wettbewerblichen Orientierung	14
1.2	Entwicklungen der ambulanten Angebots- und Leistungsstrukturen und ihre Berücksichtigung im Vergütungsverfahren.....	16
2	Grundzüge des gegenwärtigen Regulierungsrahmens für die vertragsärztliche Vergütung	18
2.1	Das Preissystem.....	18
2.2	System der Mengensteuerung.....	20
3	Weiterentwicklung des Preissystems.....	25
3.1	Zur Weiterentwicklung des Verzeichnisses der Leistungen im EBM.....	25
3.2	Zur Kalkulation der EBM-Bewertungen.....	26
3.3	Zur Funktion des Orientierungspunktwertes	28
3.4	Zum Verfahren der Kalkulation und Weiterentwicklung des EBM	29
3.5	Neuordnung des Geltungsbereichs des Preissystems.....	31
3.6	Einheitliches Preissystem für PKV und GKV	32
4	Weiterentwicklung der Instrumente der Mengenbegrenzung bzw. - steuerung.....	34
4.1	Zur Neuregelung der Vorgaben zur Bestimmung der jährlichen bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate	34
4.2	Bundeseinheitliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	36
4.3	Frage der Berücksichtigung der Krankenhäuser in der Mengensteuerung.....	38
4.4	Zum Verfahren der Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen	39
4.5	Zu den Verfahren der Fortentwicklung der KV-bezogenen Gesamtvergütung und der Verteilung auf die Kassen.....	42
4.6	Zum Verfahren der Ermittlung der KV- bezogenen Ausgangswerte für die Fortschreibung	46
4.7	Zum Verfahren der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumen ..	48
4.8	Zum Bereinigungsverfahren.....	51
	Literatur	55

1 Konzeptioneller Ausgangspunkt der Gutachter

1.1 Entwicklung der Vertragsstrukturen und Verstärkung der wettbewerblichen Orientierung

War zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung die einzelvertragliche Regelung zwischen Kasse und dem sog. Gebietsarzt bzw. den Gebietsärzten oder das Unterhalten von Eigeneinrichtungen der Krankenkasse üblich, wurde mit der Brüningschen Notverordnung von 1931 die kollektivvertragliche Regelung zur Zahlung einer Gesamtvergütung durch die Kassen an die neu gegründeten Kassenärztlichen Vereinigungen, als der staatlich legitimierten Vereinigung aller Vertragsärzte einer Region, vom Grundsatz für die GKV ausschließlich vorgegeben.

Dieser Kollektivvertrag wird heute von der KV mit allen Kassen gemeinsam und einheitlich geschlossen. Das Vergütungssystem ist zweistufig gegliedert: Die Krankenkasse entrichtet an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine normativ, unabhängig von aktuell abgerechneten Leistungen festgestellte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV (§ 85 Abs. 1 SGB V). Die KV verteilt die Gesamtvergütungen der Krankenkassen an die einzelnen Ärzte. Die Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Ausformulierung von Kalkulationsverfahren delegiert der Gesetzgeber an die Selbstverwaltung der Kassen- und Ärzteverbände, genauer an ihren sog. Bewertungsausschuss (gem. § 87 Abs. 3 SGB V).

Erst seit Ende der 1990er Jahre (beginnend mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Jahr 1997) haben die Krankenkassen mit jedem Reformgesetz mehr Möglichkeiten erhalten, außerhalb der Gesamtvergütung stehende Verträge mit Ärzten oder Arztgruppen abzuschließen.¹ Der Kollektivvertrag und die Vergütungsregelungen hierfür sind somit nicht mehr die alleinige Grundlage für die ambulante Leistungserbringung. Einzelverträge und die dort frei vertraglich geregelten Vergütungen stellen nun sowohl aus Sicht der Kassen (und Versicherten) als auch aus Sicht der Ärzte (in vielen Fällen) eine Alternative dar.

Angesichts dieser einzelvertraglichen Spielräume wird mit dem im Jahr 2009 eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in Kombination mit dem Gesundheitsfonds der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen in Richtung von mehr Vertragswettbewerb gelenkt (vgl. Cassel et al. 2008).

Im Falle eines funktionsfähigen Vertragswettbewerbs wäre auch der Kollektivvertrag in den Wettbewerb gestellt. Unter den Bedingungen eines funktionalen

¹ Hierzu zählen Modellvorhaben (§ 63 ff. SGB V), Strukturverträge (§ 73a SGB V), strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (§§73c und 137f SGB V), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), Verträge zur besonderen (fach-)ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V).

Vertragswettbewerbs werden sowohl Einzelvertrags- als auch Kollektivvertragspartner zur Realisierung von Effizienzreserven angespornt. In diesem Falle würde sich also das von den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Volumen im Kollektivvertrag mehr als bisher an den Entwicklungen im Einzelvertragsbereich messen können.²

Angesichts der gegenwärtig sich vielfach noch im Entwicklungsstadium befindenden Vertragsalternativen ist jedoch derzeit der Vertragswettbewerb vielerorts gar nicht oder nur schwach ausgeprägt. Es ist davon auszugehen, dass auch in mittlerer Zukunft der Kollektivvertrag das regionale Vertragsgeschehen dominieren wird (vgl. SVR-Gesundheit (2009 Tz. 900) und Monopolkommission (2010 Tz. 1137)). Unter diesen Bedingungen sind die über Vertragswettbewerb erhofften Effizienzsteigerungen wenn überhaupt nur sehr eingeschränkt erreichbar. Wichtiger Gegenstand des Kollektivvertrags bleibt es daher, die kollektive Mengenbegrenzung durch die normative Festlegung der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung und deren Aufteilung auf den einzelnen Arzt vorzunehmen. Anstelle der Steuerung durch Wettbewerb tritt hier die normativ „vorgegebene“ Knappheit einer kollektivvertraglich festgelegten Mengenbegrenzung, unter der Effizienzreserven zu erschließen sind (vgl. dazu SVR-Gesundheit 2001 S. 127).

Vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Mengensteuerung gerade für ambulante ärztliche Leistungen von großer Bedeutung. So haben zahlreiche gesundheitsökonomische Studien immer wieder gezeigt, dass Ärzte, wenn sie über die Möglichkeit zu einer sog. „angebotsinduzierten Nachfrage“ verfügen, bei der Festlegung der Nachfrage eigene (Einkommens-)Interessen verfolgen. (vgl. Breyer et al (2005), S. 334f.).

Die Überlegungen und Vorschläge zur Neuordnung des Regulierungsrahmens für die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen zielen darauf ab, keinen fundamentalen Unterschied mehr zwischen kollektiv- und einzelvertraglichen Regelungen zu machen. Im wettbewerblichen System werden diese unterschiedlichen Verträge grundsätzlich als gleichrangig betrachtet insofern, als auch der Kollektivvertrag im Wettbewerb steht. Für die Ausgestaltung des Systems der kollektivvertraglichen Vergütung ist vor diesem Hintergrund die Prämisse leitend, allen Akteuren Anreize zu vermitteln, sich so zu verhalten wie unter Wettbewerbsbedingungen, d.h. Anreize zu einer effizienten Verwendung der Ressourcen zu setzen. Für alle Beteiligten gewinnen damit betriebswirtschaftliche Kalküle deutlich an Bedeutung. Für die Neugestaltung der Regulierung der vertragsärztlichen Vergütung soll deshalb eine betriebswirtschaftliche Rationalität leitend sein.

Das kollektivvertragsärztliche Vergütungssystem soll die Entwicklung effizienter Formen von Einzelverträgen nicht bremsen, sondern tendenziell fördern. Das

² Im Unterschied zu dem sektorbezogenen Kollektivvertrag bieten Einzelverträge das geeignetere Instrumentarium, etwa durch Übertragung der Budgetverantwortung für verordnete und veranlasste Leistungen an ein Arztkollektiv, um über die Anreize zur Versorgungseffizienz nicht nur innerhalb des ambulanten Sektors, sondern auch über die Sektorengrenzen hinweg auf das Anbieterverhalten einzuwirken.

könnte im Idealfall dann erreicht werden, wenn sich der von den Kassen gemeinsam und einheitlich mit der KV geschlossene Kollektivvertrag auf der einen Seite und die einzelvertraglichen Aktivitäten der Kassen in Hinblick auf mehr Effizienz bzw. bessere Qualität auf der anderen Seite nicht grundsätzlich gegenseitig ausschließen. Hier stellt sich die Frage, ob bzw. wie sich von einzelnen Kassen eingesetzte Instrumente der Mengensteuerung in den Ausgaben einer Kasse für den Kollektivvertrag selbst niederschlagen können.

Neben einer Erhöhung der Versorgungseffizienz und -qualität beinhaltet ein funktionsfähiger Vertragswettbewerb auch Preiswettbewerb. Der Übergang zu selektiven Vertragsformen ist jedoch mit hohen Transaktionskosten verbunden (vgl. SVR-Gesundheit 2009 Tz 900), die insbesondere auf den hohen Aufwand für die Dokumentation und Bepreisung der Leistungsinhalte zurückzuführen sind. Diese Transaktionskosten und damit die Zugangsbarrieren von selektiven Vertragsformen zum Markt könnten gemindert werden, wenn staatlicherseits geeignete Grundlagen eines Preissystems geschaffen und den verschiedenen Vertragspartnern bereit gestellt werden. In dem jeweiligen Einzelvertrag können die Vertragspartner diese Grundlagen selbstverständlich (soweit erforderlich) für ihre Zwecke abwandeln. Diese Kalkulationsgrundlagen zur Bewertung ärztlicher Leistungen sollten deshalb nicht nur für den Kollektivvertrag, sondern auch für den Einzelvertragsbereich verwendbar sein.

1.2 Entwicklungen der ambulanten Angebots- und Leistungsstrukturen und ihre Berücksichtigung im Vergütungsverfahren

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren die Möglichkeiten stark erweitert, wie sich die Leistungserbringer der ambulanten ärztlichen Versorgung betrieblich organisieren können. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht, in denen – fächerübergreifend – beliebig viele zugelassene Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiten können, was in der herkömmlichen Arztpraxis nur eingeschränkt erlaubt war (und ist). Eigentümer eines MVZ können nun auch Nicht-Ärzte sein. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 definierte die rechtlichen Rahmenbedingungen grundsätzlich neu, unter denen Vertragsärzte tätig werden können. Neben der klassischen Niederlassung als Vertragsarzt ist nun auch die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, die Erteilung einer Teilzulassung als Vertragsarzt, das Eröffnen einer Zweigpraxis und die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und als Honorararzt im Krankenhaus möglich. Zudem wurden an der Schnittstelle zwischen ambulantem Sektor und stationärem Sektor die Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen bzw. ausgebaut, ambulante Leistungen zu erbringen.³

Auch die Leistungs- bzw. Versorgungsstrukturen sind erheblichen Veränderungen unterworfen: Gesamtwirtschaftliche Entwicklungen wie die Veränderung der Altersstruktur und der medizinisch technische Fortschritt führen zu einem

³ § 115b SGB V bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, bisher stationär durchgeführte Operationen ambulant durchzuführen. Mit der Einführung des § 116b SGB V wurden die Voraussetzungen hergestellt, dass Krankenhäuser unter bestimmten Bedingungen ambulant durchgeführte „hochspezialisierte“ Behandlungen abrechnen dürfen.

veränderten Leistungsgeschehen für ambulante ärztliche Leistungen an sich, infolge des medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritts können zudem ehemals vollstationäre Behandlungen in die ambulante Versorgung verschoben werden. Im Rahmen der ambulanten Versorgung kann es aber auch z.B. in Folge von Vertragswettbewerb zu Effizienzsteigerungen kommen.

Die Veränderungen in den betrieblichen Formen für die Erbringung ambulanter Leistungen führen bei gegebenen Leistungen zu großen Veränderungen im Ressourceneinsatz, insbesondere auch im Einsatz ärztlicher Arbeitsleistung. In einem betriebswirtschaftlich ausgerichteten Bewertungssystem einer Gebührenordnung sollten solche Veränderungen berücksichtigt werden.

Auch die Veränderungen im Leistungsgeschehen sollten im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit des Kollektivvertrags Berücksichtigung finden. Wegen der im Kollektivvertrag festgelegten Mengenbegrenzungen stellt dies eine große Herausforderung dar. Dabei geht es nicht allein um die Frage, um wie viel sich insgesamt in Deutschland die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen maximal verändern dürfen, sondern vielmehr um die Fragen, wie diese Veränderungen unter Beachtung der regionalen Besonderheiten durch eine sachgerechte KV-spezifische Anpassung der Gesamtvergütung und konsequenterweise auch durch eine sachgerechte Anpassung der auf den Arzt bezogenen Mengensteuerung verursachungsgerecht berücksichtigt werden können.

2 Grundzüge des gegenwärtigen Regulierungsrahmens für die vertragsärztliche Vergütung

2.1 Das Preissystem

2.1.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist das relative Preissystem für die vertragsärztlichen Leistungen. Im EBM werden erstens die Leistungen aufgeführt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber der GKV abrechnungsfähig sind. Sie werden auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben und Beschlüssen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Zweitens wird im EBM das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander in Form von Punktzahlen ausgedrückt. Die Festlegung der Punktzahlen bzw. der Bewertungsrelationen beruht – so lautet die gesetzliche Vorgabe – auf betriebswirtschaftlicher Basis und soll vom Grundsatz her den Ressourceneinsatz widerspiegeln (§ 87 Abs. 2 SGB V). Durch Multiplikation der EBM-Bewertungen mit einem Punktwert (vgl. Punkt 2.1.2) erfolgt die monetäre Bewertung der erbrachten Leistungen.

Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss vereinbart. Er ist von den Ärzten zur Abrechnung der kollektivvertragsärztlichen Leistungen anzuwenden.

Im EBM wird differenziert eine Reihe von Einzelleistungen aufgeführt, denen jeweils eine Bewertung zugeordnet ist. Andere Leistungen werden als Leistungskomplexe oder für einen Abrechnungsfall in einem Quartal zusammengefasst, denen dann insgesamt eine Bewertung zugeordnet ist. Damit werden die einzelnen Leistungsbestandteile pauschal vergütet (Pauschalvergütung). Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Pauschalierung der EBM-Leistungspositionen deutlich vorangetrieben: Im Jahr 2008 wurden die Hausarztpauschale sowie (fach-)arztgruppen-spezifische Grund- und Zusatzpauschalen eingeführt. Trotz der im Vergleich zu früher stärkeren Pauschalierung umfasst der EBM noch rund 1.500 Einzelpositionen. Im Jahr 2010 waren außerdem für den fachärztlichen Bereich zusätzlich arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen zu vereinbaren (§ 87 Abs. 2c SGB V).

2.1.2 (Orientierungs-)Punktwert

Die monetäre Bewertung der erbrachten Leistungen gemäß EBM erfolgt durch Multiplikation mit dem (Orientierungs-)Punktwert.

Der Orientierungswert wurde mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) (2007) erstmals für das Jahr 2009 eingeführt. Davor war es alleinige Aufgabe des Bewertungsausschusses, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festzulegen, der als Grundlage für den Honorarverteilungsmaßstab diente, nach dem die KV die Gesamtvergütungen aller Kassen auf die Ärzte verteilte. Die

Kassenärztliche Vereinigung legte (im Benehmen mit den Krankenkassen) den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) auf Grundlage des EBM fest. Nach diesem HVM wurde die Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte verteilt. Der für den einzelnen Arzt relevante (Auszahlungs-)Punktwert ergab sich in Konsequenz dieser Honorarverteilungsregeln. In der Regel war er nach Kassenarten differenziert.

Der (Orientierung-)Punktwert ist nun für alle Arztgruppen einheitlich anzuwenden. Es ist zudem einheitlich für sämtliche Leistungen des EBM, unabhängig davon, ob es sich um Leistungen handelt, die einer Mengenbegrenzung (der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) unterliegen oder ob es sich um extra-budgetäre Leistungen handelt. Er gilt zudem für den Arzt einheitlich für alle Patienten, unabhängig von deren Kassenzugehörigkeit.

Vom Grundsatz her ist ein für alle KV-Regionen einheitlicher Punktwert, der Orientierungswert, anzuwenden, der vom Bewertungsausschuss jährlich vorgegeben wird. Von diesem dürfen die regionalen Gesamtvertragspartner nur nach wiederum vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Kriterien – insbesondere in Fällen einer abweichenden regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur – durch einen einheitlich (auf alle EBM-Positionen und für alle Facharztgruppen) anzuwendenden Zu- bzw. Abschlag abweichen.⁴ In der Praxis hat sich erwiesen, dass sich auf der Ebene einer KV-Region im Vergleich zum Bundesdurchschnitt keine relevanten Unterschiede in der Kosten- und Versorgungsstruktur zeigen, weshalb der Orientierungswert i.d.R. auch in den Regionen angewendet wird. Mit der aktuellen Gesetzgebung des GKV-FinG wurde die Regelung zur regionalen Abweichung vom Orientierungswert für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt.

Für das Jahr 2010 sollte – wiederum nach Vorgabe des Bewertungsausschusses – eine Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden, d.h. nach dem Ausmaß der in den Planungsbereichen festgestellten Über- bzw. Unterversorgung erfolgen. Die jeweils vorgegebenen Abschläge (im Falle einer Überversorgung) und Zuschläge (im Falle einer Unterversorgung) sind wiederum für die Regionalebene bindend. Dadurch soll eine Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Ärzte erreicht werden (§ 87 Abs. 2e SGB V). Diese Preisdifferenzierung soll dazu beitragen, regional bestehende Versorgungsengpässe abzubauen. (Knieps, Leber (2008), S. 11). Mit der aktuellen Gesetzgebung des GKV-FinG wurde diese Regelung jedoch für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt.

Der regionale Punktwert findet neben der Vergütung des einzelnen Arztes auch Anwendung für die Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung (vereinbarter Behandlungsbedarf x regionaler Punktwert) (vgl. den noch folgenden Punkt 2.2.1).

⁴ Unter Verwendung des regionalen Punktwertes und des vom Bewertungsausschuss vorgegebenen EBM wird die regionale Euro-Gebührenordnung aufgestellt.

2.2 System der Mengensteuerung

2.2.1 Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf und Gesamtvergütung

Für die vertragsärztlichen Leistungen ist gesetzlich eine globale Mengensteuerung vorgegeben. Der Behandlungsbedarf stellt das vereinbarte (in EBM-Punkten ausgedrückte) Leistungsvolumen für die Versicherten einer Kasse mit Wohnort in der KV-Region dar, für die eine Vergütung der KV durch die Kassen erfolgt. Darüber hinausgehende Mengen werden nicht vergütet. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergibt sich durch Multiplikation des Behandlungsbedarfs mit dem regionalen Punktwert. Die regionalen Vertragspartner legen fest, welche Leistungen Gegenstand des Behandlungsbedarfs und damit der globalen Mengensteuerung sind. Vereinbarte Leistungen außerhalb dieses Behandlungsbedarfs werden in Abhängigkeit von der tatsächlich abgerechneten Leistungsmenge vergütet (extrabudgetäre Leistungen).

Der Gesetzgeber gibt mit den Regelungen zum Umstellungsjahr 2009 (gem. § 87c SGB V) die Ausgangsgrößen für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf vor. Hiernach leitet sich der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse ab aus der historisch t a t s ä c h l i c h abgerechneten Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Die gesetzliche vorgegebene Berücksichtigung von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen wird über eine einheitliche Quotierung dieser Ausgangsmengen realisiert. Für den Zeitraum danach ist die über den Behandlungsbedarf formulierte globale Mengenbegrenzung normativ an die Veränderungen der Rahmenbedingungen anzupassen. Dabei finden gerade die tatsächlichen Mengenentwicklungen keine Berücksichtigung.

Bei der turnusmäßigen Anpassung des Behandlungsbedarfs sind insgesamt folgende Veränderungen zu berücksichtigen (§ 87a Abs. 4 SGB V):

1. Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf eine Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses beruhen,
3. Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung.

Neben der Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten sieht § 87a Abs. 3 SGB V vor, dass „Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ ergeben, von den Krankenkassen ebenfalls nach der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind.

Der Bewertungsausschuss hat die Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs sowie das Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorher-

sehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs zu formulieren, gemäß derer die regionalen Gesamtvertragspartner ihren Vertrag zu schließen haben.

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf ist an die Veränderung der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten anzupassen. Der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung nach § 71 Abs. 1 SGB V, das bedeutet, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gilt, soweit sich Erhöhungen der Gesamtvergütung aufgrund von Morbiditätsveränderungen ergeben. Zur Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur sind gem. § 87a Abs. 5 SGB V unter anderem die ambulanten Diagnosen als Morbiditätsindikatoren zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat erstmals für das Jahr 2009 ein Verfahren zur morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs formuliert. Für die Jahre 2011 und 2012 hat der Gesetzgeber mit dem GKV-FinG bundeseinheitliche Veränderungsdaten vorgegeben.

Auf ein Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs wegen Leistungsänderungen aufgrund gesetzlicher bzw. satzungsmäßiger Regelung oder aufgrund von Beschlüssen des G-BA konnte sich der Bewertungsausschuss bisher noch nicht festlegen. Mit seinem Beschluss vom 2. September 2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss jedoch die Verfahrensweise zu § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2010 vorgegeben. Hiernach werden neue Gebührenordnungspositionen für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Während dieses Zeitraumes wird der Bewertungsausschuss prüfen, wann und ggf. wie diese Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden.⁵

Das Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verlagerung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, das erstmals zum 30. Juni 2009 zu beschließen war, liegt noch nicht vor. Verschiedene Vorschläge zu Kalkulationsmodellen werden derzeit geprüft. Ebenso liegt noch kein Verfahren zur Berücksichtigung der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven vor. Der Gesetzgeber hat diese Verfahren mit den jüngsten Vorgaben des GKV-FinG für die Jahre 2011 und 2012 außer Kraft gesetzt.

Die bereits vom Bewertungsausschuss formulierte Regelung zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wurde ebenfalls mit dem GKV-FinG für die Jahre 2011 und 2012 außer Kraft gesetzt.

2.2.2 Die Arzt-bezogenen Regelleistungsvolumina

Das arztbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) definiert die Leistungsmenge, die von einem Arzt bzw. einer Praxis zum regionalen Punktwert abgerechnet werden kann. Überschreitet der Arzt mit seinen abgerechneten Leistungen das Regelleistungsvolumen, bekommt er für den das RLV überschreitenden Teil nur noch einen abgestaffelten Punktwert vergütet. Der abgestaffelte Punktwert ist nicht „fest“ vereinbart, er floatet in Abhängigkeit von der Summe der die RLV überschreitenden Leistungen aller Ärzte in der KV.

⁵ Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 02.09.2009, Teil B, Abschn. 3 (www.institut-ba.de).

Jenseits der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen die extrabudgetären Leistungen auch nicht der Mengensteuerung auf der Ebene des einzelnen Arztes. Sie werden immer zum vollen Punktwert vergütet.

Die Arztbezogenen RLV beziehen sich auf die gesamten Leistungen eines Arztes im Rahmen der kollektivvertragsärztlichen Versorgung, d.h. sie beziehen sich – anders als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung – nicht auf die Patienten einer Kasse, sondern auf die Patienten aller gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Die RLV-Regelung gilt damit einheitlich für die Patienten der GKV.

Der Bewertungsausschuss hat das Verfahren zur Berechnung der RLV bis Ende August eines Jahres für das Folgejahr zu bestimmen. Die regionalen Gesamtvertragspartner stellen gemeinsam und einheitlich die „konkret anzuwendende Berechnungsformel“ (§ 87b Abs. 4 S. 3 SGB V) fest. Die RLV ändern sich quartalsweise und sollen den Praxisinhabern rechtzeitig vor Quartalsbeginn mitgeteilt werden.

Nach den aktuellen Vorgaben des Bewertungsausschuss⁶ ergibt sich das Regelleistungsvolumen des einzelnen Arztes in Abhängigkeit von seiner Vorjahresfallzahl.⁷ Diese Fallzahl wird mit dem arztgruppendurchschnittlichen Fallwert multipliziert.

Der arztgruppenspezifische durchschnittliche Fallwert leitet sich ab aus dem für eine Arztgruppe für die Regelleistungsvolumina zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, geteilt durch die Fallzahl der ganzen Arztgruppe im Vorjahresquartal. Das für die Regelleistungsvolumina zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen der Arztgruppe leitet sich wiederum ab aus der Summe der von den Kassen für ihre Versicherten an die KV entrichteten Gesamtvergütungen. Nach einem komplizierten Verfahren werden diese entsprechend historischer Vergütungsanteile zunächst auf die Versorgungsbereiche „hausärztliche Versorgung“ und „fachärztliche Versorgung“, danach weiter auf die einzelnen Arztgruppen verteilt.

Das Regelleistungsvolumen ist damit abhängig zum einen von der Höhe der Gesamtvergütungen an die KV und der Verteilungsquote für die Arztgruppe des Arztes und zum anderen von der Anzahl der Ärzte seiner Arztgruppe.

Das Arzt-bezogene Regelleistungsvolumen wird bezogen auf die individuellen Verhältnisse des Arztes differenziert nach

- seiner Fallzahl im Vorjahresquartal,
- der Altersstruktur der Patienten,
- dem Tätigkeitsumfang des Arztes für die vertragsärztliche Versorgung (lt. Zulassungsbescheid),

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010 (www.institut-ba.de).

⁷ Nach den aktuellen Beschlüssen wird als Bezugsbasis für das Regelleistungsvolumen von Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anstelle der Fallzahl des Vertragsarztes die Fallzahl der Einrichtung insgesamt gewählt, d.h. Überweisungen an einen anderen (Fach-)Arzt werden für das RLV der Einrichtung nicht gezählt. Als Ausgleich wurde eine pauschale Erhöhung des RLV je Arzt vorgenommen.

- dem Versorgungsbereich des Arztes (hausärztlich oder fachärztlich) sowie nach Arztgruppen – um den Besonderheiten der einzelnen Arztgruppe gerecht zu werden,
- ggf. vorhandenen Praxisbesonderheiten und
- der Qualifikation des Arztes (qualifikationsbezogenen Zusatzvolumina).

In bestimmten Fällen ist es nicht möglich, auf die historische Fallzahl der Praxis zu schließen, etwa im Falle von Praxisneugründungen. Hierzu sehen die RLV-Regelungen Sonderregelungen vor. Eine solche Sonderregelung betrifft auch die Berücksichtigung von Neueinschreibungen in Einzelverträge. Im Falle der neuen Teilnahme an Einzelverträgen wird das RLV des teilnehmenden Arztes um die aktuellen Neueinschreibungen abgesenkt.

Durch sukzessive Erhöhung der aktuellen Fallzahl kann der Arzt sein Regelleistungsvolumen in den Folgejahren erhöhen. Deshalb ist in den Berechnungsvorgaben des Bewertungsausschusses zusätzlich zu den RLV eine Fallzahlbegrenzungsregelung enthalten: Dazu wird die historische Fallzahl des Arztes ins Verhältnis gesetzt zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Überschreitet der Arzt um mehr als 50% die arztgruppenspezifische Fallzahl, so werden die überschießenden Fälle nur noch degressiv vergütet.⁸

2.2.3 Verfahren zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Einzelverträge

Wird im Rahmen eines Einzelvertrags eine nicht über die KV abgerechnete Vergütung vereinbart, ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung vorzunehmen, weil ansonsten eine Doppelfinanzierung erfolgen würde. Die Bereinigung ist erforderlich für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, also dem Teil der Gesamtvergütung, für den eine Mengenbegrenzung ex ante vorgegeben ist. Bezogen auf die extrabudgetären Leistungen braucht eine Bereinigung nicht vorgenommen werden, weil diese Leistungen 1: 1, also nicht mengenbegrenzt vergütet werden.

Der Bewertungsausschuss hat für die Jahre 2009 bis 2012 jeweils ein Bereinigungsverfahren formuliert, das Grundlage für die Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner ist. Kommt auf dieser Basis in der Region eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zu Stande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner dieser Verträge sind, das Schiedsamt anrufen.

⁸ Entsprechend der Abstufungsregelung errechnet sich das Regelleistungsvolumen wie folgt:
Fallzahlen bis 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe: 100 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
Fallzahlen von 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe: 75 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe: 50 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
Fallzahlen über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe: 25 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Die Gesamtvergütungen sind hiernach um den Betrag zu bereinigen, den die Erfüllung des entsprechenden Versorgungsauftrags des Einzelvertrags bezogen auf die selektivvertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglichen Leistungserbringung gekostet hätte (vgl. Begründung zum WSG zu § 73 b Abs. 7 SGB).

In dem vom Bewertungsausschuss formulierten Beschluss zur Bereinigung der Gesamtvergütung wird (erstmalig für das Jahr 2009) darüber hinaus auch ein Verfahren für die „Bereinigung“ der arztbezogenen Regelleistungsvolumen formuliert.

3 Weiterentwicklung des Preissystems

3.1 Zur Weiterentwicklung des Verzeichnisses der Leistungen im EBM

Problemstellung

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Pauschalierung der EBM-Leistungspositionen deutlich vorangetrieben. Durch eine Pauschalierung soll für die betreffenden Leistungen eine effizientere Ressourcenallokation erreicht werden.

Im Jahr 2010 waren vom Bewertungsausschuss entsprechend der Vorgabe des WSG für den fachärztlichen Bereich – analog zu den stationären DRGs – arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen zu vereinbaren (§ 87 Abs. 2c SGB V). Bisher wurden diese Pauschalvergütungen im fachärztlichen Bereich jedoch noch nicht festgelegt.

Empfehlungen:

Mit der Umsetzung der Regelung des § 87 Abs. 2c SGB V zur Entwicklung von fachärztlichen diagnosebezogenen Pauschalen sollte unverzüglich begonnen werden.

Im Hinblick auf eine effiziente Ressourcenallokation sollte die Pauschalierung insbesondere der spezialfachärztlichen Leistungen (darunter auch Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Kap. 31 des EBM) konsequent vorangetrieben werden. Für die Kalkulation dieser Pauschalen ist eine konsequent empirische Vorgehensweise von fundamentaler Bedeutung (vgl. den noch folgenden Punkt 3.4).

Solche Entwicklungsarbeiten sind mit einem hohen Zeit- und Ressourcenaufwand verbunden. Dazu sollte der Gesetzgeber realistische Vorgaben für die Einführung solcher Pauschalen formulieren.

Es stellt sich die Frage, ob auch die Pauschalierung im hausärztlichen Bereich noch stärker als bisher über Fallpauschalen vorangetrieben werden sollte. Hierzu ist zu sagen, dass sich die erwünschten Wirkungen dieser Vergütungsform erst dann entfalten können, wenn solche Pauschalen auch die anderen ärztlichen Leistungen, insbesondere die fachärztlichen Leistungen, und im Idealfall auch die sonstigen veranlassten und verordneten medizinischen Leistungen (Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Heil- und Hilfsmittel) umfassen, sodass der Arzt einen finanziellen Anreiz zur effizienten Kombination sowohl der eigenen als auch der veranlassten bzw. verordneten Leistungen erhält. Eine Pauschalierung, die sich nur auf die eigenen Leistungen bezieht, ermöglicht dem Arzt dagegen, die eigenen Leistungen zu minimieren und den Patienten weiter zu überweisen. Solche arzt- und gar sektorübergreifenden Instrumente sind

gegenwärtig jedoch nur im Einzelvertragsbereich und nicht in dem sektorbezogenen Kollektivvertrag möglich.

3.2 Zur Kalkulation der EBM-Bewertungen

Problemstellung

Einer Gebührenordnung wie dem EBM wird eine steuernde Wirkung im Hinblick auf die im Rahmen der ärztlichen Versorgung erbrachte Menge und Kombination der Leistungen zugesprochen. Bildet der EBM den Ressourcenverbrauch nicht adäquat ab, ergeben sich infolge der entsprechenden Fehlanreize ineffiziente Leistungsstrukturen und Qualitätsprobleme. Solche Fehlanreize ergeben sich etwa dann, wenn einzelne Leistungen im Vergleich zu anderen Leistungen schlechter bewertet werden, sodass eine Praxis hierfür ein zu geringes Einkommen erzielt. Dies kann in der Konsequenz dazu führen, dass solche Leistungen in einem zu geringen Umfang erbracht werden und dafür andere häufiger erbracht werden als beim optimalen Ressourceneinsatz erforderlich wäre. Eine Fehlallokation entsteht auch dann, wenn unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich hohe Vergütungen erzielen, die nicht über die Leistungsgerechtigkeit begründbar sind. Das hat die Folge, dass bestimmte Facharztgruppen für die Berufswahl weniger attraktiv sind als andere. Ist die Vergütung von Ärzten trotz gleichem Leistungsumfang und gleichen Leistungsinhalten in einzelnen Regionen niedriger als in anderen Regionen, hat dies entsprechende Konsequenzen für die Wahl des Standortes der Praxis.

Durch die WSG-Reform im Jahr 2009 wurden mit der Einführung eines einheitlichen Punktwertes, dem Orientierungswert, einheitliche Preise für die EBM-Leistungen geschaffen. Diese Einheitlichkeit gilt für die Versicherten aller Kassen und für alle Ärzte in einer KV-Region. Diese Angleichung wurde vom Grundsatz her ebenfalls über alle KV-Regionen hinweg hergestellt: Nur so weit regionale Abweichungen in der Kosten- und Versorgungsstruktur vom Bundesdurchschnitt festzustellen sind und diese Abweichungen deshalb nicht über den EBM abgebildet werden können, kann ein regionaler Zu- bzw. Abschlag vereinbart werden. Gleiche Preise für gleiche Leistungen stellen eine Grundvoraussetzung für ein leistungsrechtes Vergütungssystem dar.

Betrachtet man jedoch die im EBM enthaltenen Bewertungsrelationen, bestehen im Hinblick auf den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit noch erhebliche Mängel. Diese sind im gegenwärtigen Kalkulationsverfahren der EBM-Bewertungen begründet, in dem die tatsächlichen Ressourcenverbräuche sehr unzureichend abgebildet werden. So gehen in das Berechnungsmodell eine Reihe von Annahmen ein, etwa zur Arbeitszeit des Arztes und zu seinem Zeitaufwand für die einzelnen EBM-Leistungen. Bzgl. der technischen Leistungen fließen Annahmen zur Betriebsdauer und Abschreibung von Geräten ein u.s.w.. Die Praxis zeigt jedoch, dass die kalkulatorischen Annahmen des EBM die tatsächlichen Gegebenheiten nur begrenzt widerspiegeln. Die Abweichungen der EBM-Bewertung von den tatsächlichen Ressourceneinsätzen sind für die einzelnen Leistungen sehr unterschiedlich und haben entsprechend sehr unterschiedliche Konsequenzen für die Einkommenssituation der Ärzte und Arztgruppen.

Empfehlung:

Die EBM-Bewertungen sollen den tatsächlichen Ressourcenverbrauch widerspiegeln. Die Kalkulation muss dazu konsequent – statt auf kalkulatorische Annahmen – auf eine Kostenträgerrechnung abstellen, die auf Erhebungen zu den tatsächlichen Verbräuchen basiert.

Anders als bei der DRG-Weiterentwicklung, die auf der Kostenträgerrechnung von Kalkulationskrankenhäusern basiert, sind entsprechende Selbstkostenrechnungen von Praxen derzeit nicht verfügbar. Ein System von sog. Kalkulationspraxen sollte deshalb verpflichtend auch für die Vergütungsrelationen der ambulanten Leistungen eingeführt werden. Wie für das DRG-System wären dazu die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.

Für die Kalkulationsgrundlage ist folgendes zu beachten:

- Die gegenwärtig im EBM beschriebenen Leistungen stellen vom Grundsatz her die Kostenträger dar, denen im Rahmen der Kostenrechnung sämtliche Ressourcenverbräuche zuzuordnen sind. Im Falle von aggregierten EBM-Pauschalen ist eine geeignete Differenzierung nach Teilleistungen vorzunehmen, sodass die tatsächlichen Leistungsinhalte erfasst werden.
- Für die Zuordnung der Ressourcenverbräuche sind vor allem die Angaben zu den tatsächlichen Zeitaufwänden des Arztes zu berücksichtigen.
- Für eine realistische Darstellung der Fixkostenanteile müsste die Kostenrechnung **s ä m t l i c h e** Leistungen der Praxis berücksichtigen, d.h. auch Leistungen im Rahmen von Einzelverträgen, privatärztliche Leistungen (sog. Selbstzahler) und andere Leistungen (z.B. Gutachtertätigkeit).
- Soweit für ambulante Leistungen Arztpraxen mit Krankenhäusern im Wettbewerb stehen, sollen auch Krankenhäuser in die Kalkulationsgrundlage für die betreffenden EBM-Leistungen einbezogen werden.

Abgeleitet aus der Selbstkostenrechnung sind die Bewertungsrelationen des EBM festzulegen. Dazu ist folgendes zu beachten:

- Die EBM-Bewertung einzelner Leistungen sollte unabhängig von den unterschiedlichen Betriebsformen sein. Als Bewertungsgrundlage sind – über die verschiedenen Betriebsformen hinweg – maximal die Durchschnittskosten, in Einzelfällen (soweit möglich) die Minimalkosten heranzuziehen, um entsprechend Anreize für die Entwicklung effizienterer Betriebsformen zu setzen.
- Im Hinblick auf eine leistungsgerechte Bewertung soll die EBM-Bewertung explizit eine geeignete Abstufungsregelung enthalten, da die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche wegen der zunehmenden Amortisation der Fixkosten mit steigender Fallzahl sinken. Werden wie heute die Fixkosten z.B. für medizinische Geräte für jeden Behandlungsfall gleich vergütet, ergibt sich für die Ärzte ein finanzieller Anreiz zur Ausweitung der Leistungen mit hohen Fixkostenanteilen (ggf. zu Lasten anderer Leistungen). In § 87 Abs. 2, Satz 3, 2. Halbsatz SGB V wird gesetzlich die Möglichkeit einge-

räumt, im EBM eine Abstufungsregelung aufzunehmen. Sie wurde jedoch bislang nicht von dem Bewertungsausschuss aufgegriffen.⁹

Die Entwicklung einer nahezu vollständig auf Selbstkostenrechnungen basierenden Gebührenordnung kann nur mittelfristig angestrebt werden, weil die erforderlichen Grundlagen in den Kalkulationspraxen noch hergestellt werden müssen. Mit der zunehmenden Bedeutung von größeren Betriebseinheiten der ambulanten Leistungserbringung (MVZs, Gemeinschaftspraxen) wird eine solche betriebswirtschaftliche Orientierung jedoch leichter durchsetzbar sein.

Die Einführung eines leistungsgerechteren, auf tatsächlichen Ressourcenverbräuchen basierenden Vergütungssystems wird in den Umstellungsjahren zu merklichen Veränderungen der Einnahmen der Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen führen. Diese Effekte könnten gemildert werden, wenn für die Umstellung eine Konvergenzphase – wiederum vergleichbar mit der Einführung des DRG-Systems – von z.B. 3 Jahren vorgesehen wird.

3.3 Zur Funktion des Orientierungspunktwertes

Problemstellung

Nach Regelungen des WSG können Veränderungen der Betriebs- und Investitionskosten nicht nur durch eine Anpassung des EBM, sondern auch über die Anpassung des Punktwertes abgebildet werden (vgl. § 87 Abs. 2g SGB V). Über die Anpassung des Orientierungswertes ist jedoch die Berücksichtigung nur pauschal (d.h. einheitlich für alle EBM-Positionen) und nicht verursachungsgerecht (differenziert nach einzelnen EBM-Positionen) möglich. Veränderungen in den Betriebs- und Investitionskosten für die Leistungserstellung, die für einzelne Ärzte und Facharztgruppen entsprechend ihrem Leistungsspektrum sehr unterschiedliche Wirkungen haben können, spiegeln sich dabei nicht angemessen in der Vergütung wider. Die Anpassung des Punktwertes ist deshalb im Hinblick auf den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit einer Fortentwicklung der einzelnen Bewertungsrelationen unterlegen.

Die gesetzlichen Neuregelungen des WSG sehen normative Abweichungen vom bundeseinheitlichen Punktwert durch Zu- und Abschläge im Falle von Unter- bzw. Überversorgung mit dem Ziel vor, das Niederlassungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen. Nachteile im Falle einer Niederlassung in ländlichen, unterversorgten Regionen, die in den Problemen der Infrastruktur u.s.w. zu suchen sind, können jedoch durch die Anhebung des Punktwertes nicht ausgeglichen werden, sodass hieraus keine allein ausreichenden Beiträge zur Problemlösung zu erwarten sind. Zudem steht diese Veränderung des Punktwertes im Widerspruch zum Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung, nach dem gleiche Leistungen auch gleich zu vergüten sind.

⁹ Bei gegebener Dualität von vertragsärztlicher und privatärztlicher Abrechnung kann sich diese Abstufung allerdings nur auf die vertragsärztlichen Leistungsmengen beziehen.

Empfehlung:

Die Weiterentwicklung des Preissystems soll in erster Linie durch eine zeitnahe Anpassung der Bewertungsrelationen der einzelnen EBM-Positionen vorgenommen werden. Der Punktwert sollte nach Möglichkeit nicht verändert werden, es sei denn, es handelt sich um allgemeine, die Leistungen des EBM in gleicher Weise betreffende Entwicklungen in den Betriebs- und Investitionskosten, für die eine einheitliche Anpassung der Preise durch die Veränderung des Orientierungswertes betriebswirtschaftlich begründet wäre. Mit dem aktuellen GKV-Finanzierungsgesetz hat der Gesetzgeber die Anpassung des Orientierungswertes für die Jahre 2011 und 2012 bereits ausgesetzt.

Der EBM wird in großen Teilen allein aus Praktikabilitätsgründen nicht in kurzen Abständen mit dem empirischen Verfahren der Kostenrechnung an veränderte Gegebenheiten angepasst werden können. In den Zeiträumen zwischen zwei solchen EBM-Anpassungen könnten dann Veränderungen der Betriebs- und Investitionskosten pauschal über eine zeitlich befristete Anpassung des Orientierungswertes berücksichtigt werden.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-FinG für die Jahre 2011 und 2012 den Zu- bzw. Abschlag im Falle der Unter- bzw. Überversorgung ausgesetzt.

Soweit das Standortwahlverhalten niedergelassener Ärzte durch Preissignale nachhaltig beeinflusst werden kann, sollte dies auch weiterhin durch eine entsprechende Modifikation des Punktwertes (durch entsprechende Vorgaben des Bewertungsausschusses) geschehen können.

Soweit der Ressourceneinsatz in über- und unterversorgten Regionen unterschiedlich ist, z.B. weil die Wegekosten für den Arzt in ländlichen Räumen höher sind, sollten diese Unterschiede anstatt über eine Differenzierung des Punktwertes besser über entsprechend differenzierte Leistungspositionen der Gebührenordnung berücksichtigt werden (etwa durch die Berücksichtigung von Wegezeiten bei Hausbesuchen).

Mit dem WSG hat der Gesetzgeber die Bestimmung der Gesamtvergütung in zwei separate Schritte aufgeteilt: in die Festlegung des Preissystems und die Festlegung der Mengenbegrenzung. Somit wäre es konsistent, die Steuerung des Angebots bzw. der Angebotsmenge im Hinblick auf Unter- bzw. Überversorgung grundsätzlich über die Festlegung der Mengenbegrenzung anzustreben (vgl. Punkt 4.7).

Im Falle einer abweichenden regionalen Kostenstruktur sollen die Gesamtvertragspartner auch weiterhin nach vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Kriterien von dem Orientierungspunktwert abweichen können.

3.4 Zum Verfahren der Kalkulation und Weiterentwicklung des EBM**Problemstellung**

Die Festlegung der EBM-Bewertungsrelationen ist gegenwärtig im hohen Maße Gegenstand von Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene. Werden die Bewertungen der einzelnen Leistungspositionen jeweils einzeln verhandelt und werden Bewertungen vereinbart, die von den betriebs-

wirtschaftlich kalkulierten Kosten abweichen, ist die Gefahr einer Fehlallokation gegeben. Für Außenstehende, darunter auch für die Ärzte selbst, ist diese Verfahrensweise zudem in hohem Maße intransparent.

Weil die EBM-Positionen gegenwärtig zum Teil tatsächlich einzeln verhandelt werden, ist eine Aktualisierung der Bewertungen nur in größeren zeitlichen Abständen möglich. Mit der stärkeren Pauschalierung des EBM kommt jedoch der zeitnahen Fortentwicklung der EBM-Positionen eine deutlich größere Bedeutung zu: Anders als bei Einzelleistungen, bei denen Veränderungen im Leistungsgeschehen auch über Mengenänderungen abgebildet werden können, müssen Veränderungen im Leistungsgeschehen, die den Ressourceneinsatz im Rahmen einer Pauschale betreffen, explizit durch Änderung der EBM-Pauschale berücksichtigt werden. Eine zeitnahe und adäquate Anpassung der Bewertungen ist deshalb bei Pauschalvergütungen von großer Bedeutung.

Ein wesentliches Element für die Selbstkostenrechnung zur EBM-Bewertung ist auch der kalkulatorische Arztlohn. Er leitet sich gegenwärtig aus dem Referenzeinkommen anderer Berufsgruppen ab. Der kalkulatorische Arztlohn ist damit für sich genommen nicht Gegenstand der Verhandlungen über die Entwicklung der Arzteinkommen. Stattdessen wird gegenwärtig zum einen die Anpassung der Bewertungspositionen jeweils einzeln u.a. auch im Hinblick auf die Entwicklung der Arzteinkommen verhandelt, was die oben beschriebenen Allokationsprobleme zur Folge hat. Außerdem zielen die Verhandlungen zur Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Erhöhung der Arzteinkommen ab. Aus Sicht des einzelnen Arztes ist es jedoch nicht sachgerecht, die Einkommensentwicklung über die Variation des Behandlungsbedarfs zu verhandeln, weil eine hierüber verhandelte Umsatzerhöhung für den einzelnen Arzt überhaupt nur dann eine Relevanz haben kann, wenn er bereits sein Regelleistungsvolumen überschritten hat.

Vor der vergangenen Vergütungsreform bildete der Einheitliche Bewertungsmaßstab neben weiteren regionalen Festlegungen eine Grundlage für die Honorarverteilung innerhalb einer KV. Mit der durch das WSG initiierten Einführung des Orientierungswerts sowie den bundeseinheitlichen Vorgaben zu den RLVs hat die Bedeutung des EBM für die Vergütung des einzelnen Arztes deutlich zugenommen. Ziel des WSG war es gerade, hierdurch eine Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung zu bewirken. Angesichts der für den EBM nun angedachten Funktion hat der Gesetzgeber es jedoch versäumt – anders als bei dem neu eingeführten Element des Behandlungsbedarfs –, der neuen Funktion entsprechend angemessene Vorgaben für den Bewertungsausschuss zu formulieren, die er für die Weiterentwicklung des EBM zu beachten hat.

Das Verfahren einer strikt auf den tatsächlichen Selbstkosten basierten Kostenträgerrechnung für die EBM-Bewertung, wie es oben vorgeschlagen wird, ist wie das Bewertungsverfahren für die allgemeinen Krankenhausleistungen komplex. Der Organisations- und Kostenaufwand ist entsprechend erheblich. Eine detaillierte Planung der Vorgehensweise ist deshalb unerlässlich.

Empfehlung:

Es ist ein detailliertes Verfahren zur Weiterentwicklung bzw. Anpassung der EBM-Bewertungen zu formulieren. Klare Verfahrensregelungen, die eine detaillierte Planung der Vorgehensweise sowie die Formulierung eines betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmodells beinhalten, schaffen die notwendige Voraussetzung dafür, dass die EBM-Anpassungen zeitnäher erfolgen können.

Der Gesetzgeber kann den Bewertungsausschuss beauftragen, ein solches Verfahren zu entwickeln und zu beschließen. Die Anforderungen an das Verfahren sind gesetzlich vorzugeben. Das Verfahren ist zu veröffentlichen.

Die Entwicklung des kalkulatorischen Arztlohns soll künftig im Vorfeld einer turnusmäßigen Anpassung des EBM im Bewertungsausschuss explizit verhandelt werden. Veränderungen des kalkulatorischen Arztlohns können selbstverständlich nur dann zur sachgerechten Anpassungen der EBM-Bewertungen führen, wenn die Selbstkostenrechnung realistische ärztliche Zeitbedarfe abbildet.

3.5 Neuordnung des Geltungsbereichs des Preissystems

Problemstellung

Der Geltungsbereich der Regelungen zur ambulanten ärztlichen Vergütung ist bisher nicht adäquat abgegrenzt:

- EBM und regionaler Punktwert gelten jetzt schon für ambulante Leistungen von Krankenhäusern. Damit werden im Sinne der Zielvorstellung eines funktionsfähigen Anbieterwettbewerbs gleiche Leistungen – unabhängig von der Betriebsform der Leistungserbringer – auch gleich vergütet. In die Verhandlungen dazu sind die Krankenhäuser jedoch bisher nicht mit einbezogen.
- Im EBM sind zurzeit nicht nur für ambulante Leistungen, sondern auch für stationäre Leistungen, genauer für stationäre Leistungen, die durch Belegärzte (gem. § 121 SGB V) erbracht werden, Vergütungen festgelegt. Die Vergütungsregelungen für die Belegärzte sind damit nicht gleichgestellt mit denen für sonstige Honorarärzte des Krankenhauses, denn diese Ärzte werden aus der DRG-Pauschale, die das Krankenhaus erhält, vergütet. Gleiche Leistungen werden somit unterschiedlich vergütet. Dies widerspricht dem Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit, mit der Folge, dass Allokationsprobleme auftreten können.

Empfehlung:

Krankenhäuser bzw. ihre Interessensvertretung sollen bezogen auf die sie betreffenden EBM-Positionen künftig mit in die Verhandlungen des Bewertungsausschusses „Ärzte“ auf Seiten der Leistungserbringer einbezogen werden. Für die beschriebene EBM-Kalkulation haben auch die Krankenhäuser Kostenträgerrechnungen bereitzustellen. Im Hinblick auf einen „Wettbewerb“ an der ‚Sektorengrenze‘ ist es wichtig, dass auch die Kostenstruktur dieser Betriebsform in die Kalkulation des EBM mit eingeht. Ergäben sich hierdurch niedrigere Durchschnitts- bzw. Minimalkosten, wäre dies ein geeigneter Maßstab für die übrigen Betriebsformen.

Belegärztliche Leistungen sollten künftig als stationäre Leistungen über das Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen und nicht mehr über den EBM vergütet werden. Wie im Falle des Honorararztes wird das Krankenhaus den Belegarzt dann aus der Vergütung nach dem DRG-System vergüten. Auf der Grundlage gleicher Vergütung für gleiche Leistung könnten sich dann im Wettbewerb der Leistungserbringer effizientere Betriebsformen herausbilden. Die neuen Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bieten auch die Möglichkeiten einer engeren Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, sodass sich insoweit spezielle Vorgaben für „Belegärzte“ erübrigen.

3.6 Einheitliches Preissystem für PKV und GKV

Problemstellung

Zur Zeit werden ambulante Behandlungen für Privatversicherte und gesetzlich Versicherte nach unterschiedlichen Gebührenordnungen vergütet. Die Existenz des privatärztlichen Vergütungssystems wirkt sich dabei keinesfalls nur marginal und mittelbar auf die GKV-Patienten aus. Die Interaktion beider Systeme ist deutlich merkbar, weil es dieselben Ärzte sind, die den Anreizwirkungen beider Systeme ausgesetzt sind.

Weil somit gleiche Leistungen zu höchst unterschiedlichen Preisen honoriert werden, ist die Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung stark eingeschränkt. Die Preise beider Systeme können ihre Steuerungsfunktion in Bezug auf die Allokation der Ressourcen nicht ausreichend erfüllen, insbesondere werden Anreize gesetzt, Privatversicherte zu bevorzugen. Folgen können eine Fehl- und Überversorgung Privatversicherter und eine entsprechende Unterversorgung gesetzlich Versicherter sein (vgl. auch z.B. Augurzky u.a. (2010), S. 10).

Empfehlung:

Analog zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen, für die das DRG-System unabhängig vom Kostenträger gilt, sollte grundsätzlich angestrebt werden, auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen nur noch ein Preissystem für alle Patienten vorzugeben; das gilt soweit – über Einzelverträge – nichts Abweichendes mit dem jeweiligen Kostenträger vereinbart ist.

Das Preissystem für die ambulanten ärztlichen Leistungen umfasst sämtliche Leistungen des GKV-Leistungskatalogs entsprechend der gesetzlichen Vorgaben bzw. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ähnlich wie bei den Krankenhaus-Wahlleistungen werden Vergütungen für „ambulante Wahlleistungen“ gesondert aufgeführt. Soweit sie Gegenstand eines privaten Voll- oder Zusatzversicherungstarifs sind, würden sie von einem PKV-Unternehmen erstattet. Dabei wären die entsprechenden Mehrleistungen zu konkretisieren.

Die Einführung eines einheitlichen Preissystems für GKV- und PKV-Versicherte ist allerdings nur mittelfristig und unter besonderen Voraussetzungen möglich. Die zu erwartenden finanziellen Konsequenzen für die gesetzlichen Krankenkassen müssten durch die finanzielle Einbeziehung der Privatversicherten in die Finanzierungsbasis kompensiert werden. Die Einführung eines einheitlichen

Preissystems muss deshalb an die Einführung eines die GKV und PKV umfassenden bzw. integrierenden Krankenversicherungssystems gekoppelt werden.

4 Weiterentwicklung der Instrumente der Mengenbegrenzung bzw. -steuerung

4.1 Zur Neuregelung der Vorgaben zur Bestimmung der jährlichen bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate

Problemstellung

Im gegenwärtig durch den Kollektivvertrag dominierten Vergütungssystem für die ambulanten ärztlichen Leistungen ist grundsätzlich auch in Zukunft eine zentrale Mengensteuerung notwendig, um die Finanzierbarkeit des Systems sicherzustellen (vgl. Punkt 1.1). Dazu ist die Mengenentwicklung ambulanter ärztlicher Leistungen durch normative Vorgaben zu begrenzen.

Vor der Vergütungsreform im Jahre 2009 war nach dem strikten Grundsatz der Beitragssatzstabilität die Entwicklung der Beitragseinnahmen der GKV Grundlage für die Vereinbarungen zur Weiterentwicklung des Budgets. Durch die gesetzliche Neuregelung wurde im Hinblick auf die Veränderung der Versichertenmorbidity als Indikator für die Entwicklung der Ausgaben die Möglichkeit geschaffen, diesen Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) zu durchbrechen. Dadurch soll es möglich werden, flexibel auf unterschiedliche Entwicklungen der Leistungsmengen, insbesondere infolge der Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts zu reagieren. Dem Bewertungsausschuss wurde dazu die Aufgabe übertragen, Vorgaben und Berechnungsverfahren für die Regionalebene zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung zu formulieren.

Sämtliche unter den neuen Regelungen ergangenen Entscheidungen zur Fortentwicklung der Gesamtvergütung konnten nach einem langwierigen Verhandlungsprozess erst im Rahmen des Erweiterten Bewertungsausschusses, d.h. dem Schiedsgremium, getroffen werden.¹⁰ Im Vorfeld der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden regelmäßig Empfehlungen aus der Politik geäußert, die von einer breiten politischen Diskussion begleitet sind.

Hierdurch zeigt sich zum einen, dass die jetzigen gesetzlichen Vorgaben, insbesondere in Bezug auf die Messung der Morbiditätsänderung, der Selbstverwaltung einen erheblichen Interpretationsspielraum belassen, sodass hier eine Einigung über die Veränderung der Mengenbegrenzung nur über einen intensiven Verhandlungsprozess erreichbar ist.

Zum anderen wird deutlich, dass es letztendlich um die politische Entscheidung darüber geht, wie sich die Ausgaben für die vertragsärztliche Ver-

¹⁰ Kommen einvernehmliche Beschlüsse im paritätisch besetzten Bewertungsausschuss nicht zustande, wird der Ausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden sowie um zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (Erweiterter Bewertungsausschuss), und der Beschluss wird mit der Mehrheit der Stimmen herbeigeführt.

sorgung und damit für die medizinische Versorgung insgesamt im Verhältnis zur Einkommensentwicklung verändern sollen. In der Regelung des WSG hat der Gesetzgeber lediglich vorgegeben, dass auch ausgabenseitige Veränderungen, insbesondere die Entwicklung der Gesundheitsversorgung einer alternden Bevölkerung, zu berücksichtigten sind. Damit liegt jedoch auch die Entscheidung, in welchem Verhältnis die beiden konträren Ziele Beitragssatzstabilität und Orientierung an ausgabenseitigen Veränderungen zu verfolgen sind, beim Bewertungsausschuss.

Mit dem GKV-FinG hat der Gesetzgeber die Kompetenz zur Festlegung der Veränderungsrate zurückgeholt, indem er die oben genannte Regelung des WSG für die Jahre 2011 und 2012 außer Kraft gesetzt und stattdessen eine Steigerungsrate explizit vorgegeben hat (§ 87d SGB V i.d.F. GKV-FinG).

Empfehlung:

Die empfohlene gesetzliche Änderung umfasst zwei Vorschläge:

1. Die Berücksichtigung der beiden Ziele Beitragssatzstabilität und Orientierung an ausgabenseitigen Wirkungen soll operationalisiert werden, indem eine Zielrelation gesetzlich vorgegeben wird. Diese Zielrelation gibt der Selbstverwaltung vor, in welchem Verhältnis neben der Entwicklung der Einnahmenseite auch ausgabenseitig wirkende Veränderungen für die normative Festlegung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. Dadurch wird es möglich, dass die Vorgaben zur Veränderung der Gesamtvergütungen nicht mehr Gegenstand des politischen Tagesgeschäfts sind. Ein guter Kompromiss für die zum Startzeitpunkt gewählte Zielgewichtung wäre etwa die Relation 50 zu 50.

Diese gesetzlich vorgegebene Zielrelation wird alle drei Jahre auf den Prüfstand gestellt. Unter Berücksichtigung der Entscheidungen zur Ausstattung des Gesundheitsfonds bzw. zum Fondsbeitrag auf der einen Seite und der Veränderung des Verhältnisses der beiden berechneten Veränderungsraten (einnahmenseitige Veränderung und ausgabenseitige Veränderung) zueinander auf der anderen Seite kann das Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung die Zielrelation neu festsetzen.

2. Die gesetzlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses, die er bei seinem Verfahren zur Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen zu beachten hat, werden präzisiert mit dem Ziel, dass der gegenwärtige Interpretationsspielraum deutlich verringert wird. Insgesamt ist das Verfahren entsprechend weiter auszuformulieren und zu vereinfachen, sodass praktikable Entscheidungen des Bewertungsausschusses möglich werden.

Ein großer Spielraum besteht im Hinblick auf die Messung der Morbiditätsänderung gem. § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V. Die Morbiditätsänderung soll künftig über die demographischen Veränderungen erfasst werden. (vgl. dazu ausführlich Punkt. 4.4).

Entsprechend den nach dem obigen Vorschlag zu präzisierenden gesetzlichen Vorgaben ermittelt der Bewertungsausschuss wie bisher die Veränderungsrate, die sich auf Bundesebene aus der Messung der ausgabenseitigen Veränderun-

gen ergibt (vgl. dazu das im noch folgenden Punkt. 4.4 vorgeschlagene Verfahren).

Auf Basis dieses Ergebnisses zu den ausgabenseitigen Veränderungen und unter Verwendung der vom Bundesgesundheitsministerium bekannt gegebenen Grundlohnrate berechnet der Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgabe zur Zielgewichtung den entsprechend gewichteten Mittelwert aus den beiden Veränderungsraten.

Diese gewichtete bundesweite Veränderungsrate wird anschließend nach einem von dem Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren den einzelnen KV-Regionen und Kassen entsprechend ihrer spezifischen Veränderungen zugeordnet (vgl. dazu die Vorschläge unter Punkt 4.5). Diese KV-bezogene Veränderungsrate stellt wiederum die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V dar, die von den Gesamtvertragsparteien gem. dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist. D.h., diese Rate darf vom Grundsatz her nicht überschritten werden; eine Überschreitung ist zulässig zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Versorgung oder „wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden“ (§ 71 Abs. 2 SGB V).

4.2 Bundeseinheitliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Problemstellung

Werden staatlicherseits Mengenbegrenzungen mit dem Ziel der Ausgabensteuerung vorgegeben, erfordert dies gleichzeitig eine Festlegung, auf welche Leistungen sich die Mengenbegrenzung bezieht. Konsistenterweise hätte eine Mengensteuerung insbesondere dort zu erfolgen, wo – infolge eines fehlenden Vertragswettbewerbs und infolge von Einzelleistungsvergütung – für die Leistungserbringer ein hoher Anreiz zur Mengenausweitung gegeben ist. Eine solche Abgrenzung ist bisher gesetzlich nicht bzw. nur ansatzweise geregelt, z.B. werden gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen explizit vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausgeschlossen (§ 71 Abs. 1 SGB V).

Im Rahmen seiner Beschlüsse zur Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat der Bewertungsausschuss bestimmte Leistungen als extrabudgetär einsortiert, die regionalen Gesamtvertragspartner können aber in ihren Vereinbarungen hiervon abweichen. In den Gesamtverträgen wird gegenwärtig ein bedeutender Teil der vertragsärztlichen Leistungen extrabudgetär gestellt; diese Leistungen sind damit nicht Gegenstand einer Mengensteuerung. Dies betrifft insbesondere (spezial-)fachärztliche Leistungen, darunter ambulante Operationen, deren Leistungsmengen einer starken Dynamik unterliegen. Eine Vereinheitlichung in der MGV-Abgrenzung empfiehlt sich darüber hinaus aus Praktikabilitätsgründen, insbesondere wenn es darum geht, Berechnungen zu den Veränderungen durch Verlagerung und den Veränderungen durch die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven durchzuführen. Hier wäre es sinnvoll und wünschenswert, wenn die Berechnungen für alle KV-Regionen auf Basis des gleichen Berechnungsverfahrens durchgeführt werden könnten.

Auf der Regionalebene besteht noch eine weitere Möglichkeit, für den Kollektivvertragsbereich quasi eine Ausdeckelung zu erzielen: Im Rahmen von Strukturverträgen gem. § 73a SGB V können zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen vom EBM abweichende Vereinbarungen zu den Versorgungs- und Vergütungsstrukturen getroffen werden. Diese Regelung der Strukturverträge widerspricht in gewisser Weise der Neuregelungen zum Kollektivvertrag nach dem WSG:

Durch das WSG wurden im Rahmen der Neuregelung der Vergütung bisher bestehende Wettbewerbselemente aus dem Kollektivvertragssystem herausgenommen und strukturell dem Einzelvertragsbereich zugewiesen (vgl. auch Wassem/Walendzik 2008). So wurde die Verhandlungsposition der Kassenseite auf Regionalebene dadurch gestärkt und der Position der Ärzteseite gleich gesetzt, dass nun sämtliche Entscheidungen gemeinsam und einheitlich mit allen Kassen zu treffen sind. Die Regelung zum Strukturvertrag wurde dagegen nicht überdacht. Die Möglichkeit aus Sicht einer KV, jenseits des Kollektivvertrags mit einzelnen Kassen(verbänden) über § 73a SGB V abweichende Regelungen zu treffen, würde in der Konsequenz den staatlichen Vorgaben zur Gemeinsam- und Einheitlichkeit der Kassenseite zum Kollektivvertrag widersprechen. Allerdings sind auch im Hinblick auf die KV als Vertragspartner einzelvertragliche Aktivitäten möglich, die auf mehr Effizienz und bessere Qualität in der Versorgung abzielen. Unter den Bedingungen des Kassenwettbewerbs wird die vertragsschließende Kasse nur solche Verträge mit der KV schließen, für die sie die Realisierung der o.g. Ziele erwartet.

Empfehlung:

Neben der Verpflichtung zur Mengenbegrenzung ist einheitlich vorzugeben, für welche Leistungen eine geregelte Mengensteuerung vorgenommen werden sollte. Von dieser Vorgabe soll vom Grundsatz her im regionalen Kollektivvertrag nicht abgewichen werden dürfen. Das betrifft zum einen die Vorgabe zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Zum anderen dürften diese Vorgaben nicht durch abweichende – über Strukturverträge nach § 73a geregelte – Vergütungen für den Kollektivvertrag ausgehöhlt werden.

Für die Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sollten vom Gesetzgeber Kriterien formuliert werden, nach denen – bundeseinheitlich – eine Ausdeckelung begründet werden kann. Die Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten auf Bundesebene hätte nach diesen Kriterien den Katalog der MGV-Leistungen zusammenzustellen.

Dabei ist, wie schon angeführt, die Steuerungswirkung von Bedeutung. Wenn etwa über eine im EBM formulierte Vergütungspauschale bereits eine ausreichende Mengensteuerung erreicht wäre, könnte eine solche Leistung aus der Mengensteuerung der MGV herausgenommen werden.

Folgende Kriterien können bzw. sollen nicht mehr für eine Begründung der Ausdeckelung herangezogen werden:

- In der Vergangenheit wurden häufig neue Leistungen extrabudgetär gestellt, weil für sie eine hohe Anschubfinanzierung erforderlich war. Erst ab einer gewissen Marktdurchdringung kann hier eine adäquate EBM-Bewertung er-

folgen. Ist diese Startphase jedoch vorbei, wäre eine Ausdeckelung nicht mehr begründbar.

- In den vergangenen Jahren wurden auch stationersetzende Maßnahmen häufig außerbudgetär gestellt. Dabei war das Ziel ambulanten Leistungsangebote zu fördern, um teure Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Solche Verlagerungen sollen nun aber auch explizit zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führen. Liegen Verfahren zur Quantifizierung solcher Verlagerungen vor, könnte folglich auf eine Ausdeckelung solcher Leistungen verzichtet werden.
- Eine Ausdeckelung sollte schließlich nicht mit dem Ziel der Qualitätssicherung begründet werden. Hierzu wären andere Maßnahmen adäquater, z.B. eine ergänzende erfolgsorientierte Vergütung.

Eine Neuordnung der Leistungsinhalte der MGV ist mittelfristig anzustreben. Der Gesetzgeber sieht im aktuellen GKV-FinG die Verpflichtung der regionalen Gesamtvertragspartner vor, Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der ausgedeckelten vertragsärztlichen Leistungen zu ergreifen. Dabei soll die um 0,25% verminderte Grundlohnrate nicht überschritten werden (§ 87d Abs. 4 SGB V). Eine solche einfache Regelung wäre für die gesamte Übergangszeit vorzusehen, um insbesondere vor dem Hintergrund einer angekündigten Deckelung ein möglicherweise initiiertes Mengenwachstum im Vorfeld zu beschränken.

Im Hinblick auf den Abschluss von Strukturverträgen mit der KV ist ein adäquates Bereinigungsverfahren anzuwenden, mit dem – soweit erforderlich – die MGV sachgerecht korrigiert wird, sodass eine Aushöhlung der gesetzlichen Vorgaben begrenzt wird.

4.3 Frage der Berücksichtigung der Krankenhäuser in der Mengensteuerung

Problemstellung

Ambulante Leistungen, die durch Krankenhäuser erbracht werden,¹¹ werden gegenwärtig unmittelbar von den Krankenkassen und damit außerhalb des kollektivvertragsärztlichen Systems vergütet. Damit sind sie nicht Teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der globalen Mengenbegrenzung. Folglich kann für dieselbe Leistung in Abhängigkeit von der Betriebsform eine Mengenbegrenzung gelten oder nicht gelten, so dass einzelne Betriebsformen gegenüber anderen bevorzugt bzw. benachteiligt werden. Die Konsequenz ist eine Verzerrung im Anbieterwettbewerb (vgl. auch SVR-Gesundheit (2009), Tz. 576).

Mengenbegrenzungen sollen grundsätzlich auch für ambulante Leistungen durch Krankenhäuser gelten. Insbesondere dann, wenn nach obigem Vorschlag sämtliche Leistungen, insbesondere die spezialfachärztlichen Leistungen, bei

¹¹ Dies sind vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V, ambulante Operationen und andere stationersetzende Maßnahmen nach § 115b SGB V, ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen und Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 SGB V.

denen zum Teil eine erhebliche Mengenentwicklung stattfindet, in die Steuerung der Mengen einbezogen werden.

Dabei wären allerdings diese Leistungen auch im Rahmen der KV-Gesamtvergütung zu honorieren. Dies hätte allerdings zur Konsequenz, dass auch die Krankenhäuser in das Zulassungsverfahren und in die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung integriert werden müssten, um auch in diesem Bereich die Kontrolle der Angebotskapazitäten zu ermöglichen.

Empfehlung:

Die gegenwärtigen Überlegungen zur grundsätzlichen Neuordnung der ambulanten Bedarfsplanung, für die eine Integration der Angebotskapazitäten über die Sektorengrenzen hinweg angestrebt wird (vgl. z.B. den Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder¹²), sollten auch die damit korrespondierende Frage einer „integrierten“ Mengenbegrenzung einbeziehen.

4.4 Zum Verfahren der Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen

Problemstellung

Entsprechend Punkt 4.1 sollen die gesetzlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses, die er bei seinem Verfahren zur Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen auf Bundesebene zu beachten hat, präzisiert werden, mit dem Ziel, den gegenwärtigen Interpretationsspielraum für die Selbstverwaltung deutlich zu klären.

Zu messen sind nicht die tatsächlichen Mengenentwicklungen, sondern die vor dem Hintergrund einer Mengensteuerung objektivierte bzw. akzeptierte Mengenentwicklung. Dazu sind die objektiv feststellbaren Einflussfaktoren und ihre Wirkungen auf die Leistungsmengen bzw. Ausgaben zu messen.

Im Wesentlichen sind dies die Einflussfaktoren, die bereits in der gegenwärtigen gesetzlichen Grundlage gem. § 87a SGB V gefordert werden: Dazu gehört etwa die Veränderung der Ausgaben durch Änderung der Zahl und Morbidität der GKV-Versicherten, die Veränderung der Ausgaben durch Verlagerungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, die Veränderung der Ausgaben durch neue Leistungen gem. gesetzlicher Neuregelung oder Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Veränderung der Ausgaben durch die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Der Bewertungsausschuss hat allerdings bisher zu den Veränderungen der Ausgaben durch Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven noch keine Verfahren formuliert.

Das Verfahren nach § 87a SGB V weist außerdem gegenwärtig die folgenden Mängel auf:

¹² Vgl. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010)

- Für die Messung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden gemäß gesetzlicher Grundlage die von den ambulanten Ärzten selbst dokumentierten Abrechnungsdiagnosen herangezogen. Die Nutzung dieser Diagnosen ist vom Grundsatz her für den oben genannten Zweck nicht zu empfehlen: Eine Veränderung im Dokumentationsverhalten wird gem. § 87a SGB V grundsätzlich als Morbiditätsänderung interpretiert. Die Aussagekraft einer auf diese Weise ermittelten Veränderungsrate ist damit erheblich eingeschränkt (vgl. auch Wasem (2006)). Die von Ärzten dokumentierten ambulanten Diagnosen werden zwar auch für den morbiditätsorientierten RSA verwendet, dort regelt die Morbiditätsorientierung jedoch lediglich die (nachträgliche) Umverteilung zwischen Krankenkassen, sodass sich eine Änderung im Dokumentationsverhalten nicht in einer Veränderung der Ausgaben selbst niederschlägt.
- Aktualisierungen der EBM-Bewertungen werden gegenwärtig verfahrensmäßig nicht für die Anpassung des im Punktzahlvolumen ausgedrückten Behandlungsbedarfs und damit der Gesamtvergütung berücksichtigt. Das hat zur Konsequenz, dass nach gegenwärtiger Regelung durchgeführte EBM-Anpassungen (anders als eine mögliche Anpassung des Punktwertes) für sich genommen dazu führen, dass sich die Anreizwirkung der Mengengrenzung für die KV insgesamt und für den einzelnen Arzt verändert. Im Falle einer Erhöhung von EBM-Bewertungsrelationen etwa können von den Ärzten weniger Leistungen (hier: Gebührenordnungspositionen) unterhalb der Mengengrenzung abgerechnet werden.¹³
- Der Bewertungsausschuss hat bisher kein konsistentes Gesamtverfahren formuliert, in dem über die Elemente des Vergütungssystems eine sachgerechte und in sich stimmige Abbildung der Vielzahl der miteinander korrelierten Änderungen der Rahmenbedingungen vorgenommen wird. Die Verhandlungen im Bewertungsausschuss konzentrieren sich dagegen auf Einzelnormen. Infolgedessen ist die Gefahr groß, dass Überschneidungen von Veränderungen der Rahmenbedingungen nicht erkannt, analysiert und entsprechend nicht separiert werden und dass daraus ggf. eine Mehrfachberücksichtigung in der Vergütung resultiert.

Empfehlung:

Folgende Präzisierungen der gesetzlichen Vorgaben werden vorgeschlagen.

Zur Messung der ausgabenseitig wirkenden Veränderungen auf Bundesebene soll der Bewertungsausschuss beauftragt werden, ein konsistentes Gesamtverfahren zu formulieren. In ihm soll für die Elemente des Vergütungssystems eine abgestimmte und sachgerechte und in sich stimmige Abbildung der Vielzahl der miteinander korrelierten Änderungen der Rahmenbedingungen und ihrer Aus-

¹³ Gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Leistungsänderungen aufgrund gesetzlicher bzw. satzungsmäßiger Regelung oder aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu formulieren. Nach dem Wortlaut bezieht sich die gesetzliche Grundlage also nur auf neue Leistungen, nicht aber auch auf Leistungen, für die nur eine Anpassung der Bewertung erfolgt.

gabenwirkung vorgenommen werden. Dazu hat der Ausschuss auch die (gem. § 87a Abs. 4 SGB V) noch fehlenden Berechnungsverfahren zu den vom Gesetzgeber in § 87a Abs. 4 SGB V genannten Veränderungen abschließend festzulegen. Im Vorfeld sollte vom Bewertungsausschuss abgeschätzt werden, ob in Abhängigkeit von den konkreten Vergütungsregeln die hier genannten Veränderungen eine empirische Relevanz haben. Dies betrifft insbesondere die Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (vgl. Schröder / Sehlen (2009)).

Für die Jahre 2011 und 2012 hat der Gesetzgeber bereits Veränderungsdaten vorgegeben. Für das Jahr 2013, d.h. mit Verfügbarkeit des Gesamtverfahrens im Sommer 2012, sollten die Verfahren zur Abbildung der verschiedenen Veränderungen derart aufeinander abgestimmt sein, dass eine Doppelerfassung vermieden wird.

Die morbiditätsbedingte Veränderung der ambulanten Ausgaben in Deutschland soll über demographische Faktoren gemessen werden. Die Orientierung an der Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur ist für diesen Zweck hinreichend. Aus gesamtdeutscher Sicht – dies gilt vom Grundsatz her auch für eine einzelne KV-Region – hat die Ausgabenentwicklung infolge der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung eine große Relevanz, Ausgabenvariationen infolge einer durch Zu- und Abwanderung möglichen Selbstselektion können dagegen vernachlässigt werden. Eine über die Messung der demographischen Veränderung hinausgehende Differenzierung ist deshalb nicht erforderlich. Werden die von den ambulanten Ärzten dokumentierten Diagnosen für die Messung der Morbiditätsänderung nicht verwendet, dann ist der gegenwärtige Spielraum, dass hier über unterschiedliche Methoden sehr unterschiedliche Ergebnisse berechnet werden können, nicht mehr gegeben. Der Bewertungsausschuss kann sich unter diesen Rahmenbedingungen stärker auf die fachliche Arbeit zur Konzeption konsistenter Berechnungsverfahren konzentrieren und sich hier auch ohne die ständige Notwendigkeit der Entscheidung der Unabhängigen (bzw. des Vorsitzenden) auf ein Verfahren einigen.

Sobald mittelfristig validierte Zahlen zu Veränderungen in den Behandlungsprävalenzen wichtiger chronischer Krankheiten vorliegen, können die gesetzlichen Vorgaben dahingehend angepasst werden, dass auch solche Morbiditätsänderungen, welche über die demographische Änderung nicht hinreichend abgebildet werden, berücksichtigt werden. Als nicht-vorhersehbare Morbiditätsänderungen sollen nur solche ärztliche Mehrleistungen gewertet werden, die im engeren Sinne nicht vorhersehbar waren, z.B. Leistungen, die bei einer Epidemie anfallen¹⁴.

Neben den bereits in § 87a SGB V genannten Veränderungen sollte auch die Veränderung der Ausgaben für ärztliche Leistungen infolge einer Anpassung der EBM-Bewertungen für die Ermittlung der bundesweiten Veränderung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die in Abschn. 3 beschriebenen Anforderungen

¹⁴ Vgl. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 343.

für ein leistungsrechtes, transparentes Preissystem erfüllt sind und die Weiterentwicklung des EBM wie beschrieben regelgebunden erfolgt. Insoweit Produktivitätsverbesserungen in den Arztpraxen zu einer Absenkung von EBM-Bewertungen führen, wäre dies auch durch entsprechend Absenkung der Begrenzung für die Leistungsmengen zu berücksichtigen. Weil die Umsetzung der genannten Vorschläge zum Preissystem erst mittel- bis langfristig denkbar ist, werden bis dahin auch die Veränderungen in der EBM-Bewertungen nicht im Rahmen einer Veränderung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden können.

Die Vorgehensweise wäre dann wie folgt: Zu berechnen wäre die Ausgabenänderung, die sich im Falle einer EBM-Neubewertung ergäbe, bezogen auf die relativen Anteile der relevanten Leistungspositionen an den Gesamtvergütungen. Für neue EBM-Leistungen sind zusätzlich Prognosen zur Entwicklung der Leistungsmengen vorzunehmen, die ggf. auf Expertenbefragungen basieren.

4.5 Zu den Verfahren der Fortentwicklung der KV-bezogenen Gesamtvergütung und der Verteilung auf die Kassen

Problemstellung

Der Bewertungsausschuss hat entsprechend dem Vorschlag unter Punkt 4.1 ein geeignetes Verfahren zu formulieren, nach dem die mit der Grundlohnentwicklung gewichtete Veränderungsrate des vertragsärztlichen Behandlungsbedarfs im Bundesdurchschnitt auf die einzelnen KV-Regionen und auf die Kassen zu verteilen ist. Um Akzeptanz der Beteiligten zu finden, muss diese Verteilung fair und sachgerecht erfolgen.

a) Notwendigkeit der Berücksichtigung regionaler Unterschiede

Relevant sind hier die vom Gesetzgeber (in § 87a SGB V) bereits formulierten Veränderungen. Insbesondere die Veränderung der Morbidität weist strukturelle Unterschiede bezogen auf die Versichertenstruktur der einzelnen KV-Region sowie der einzelnen Krankenkasse auf. Diese müssten deshalb über das Verfahren regional- und kassenspezifisch gemessen und berücksichtigt werden. In den ca. 15 Jahren vor der Neuregelung durch das WSG wurden die unterschiedlichen Veränderungen in den Versichertenbeständen der einzelnen Kassen für die Fortentwicklung der Gesamtvergütung nicht berücksichtigt. Die Gesamtvergütung veränderte sich hier – neben der Grundlohnänderung – lediglich bezogen auf die Mitgliederzahl. Das hatte zur Folge, dass sich unterschiedliche Entwicklungen nicht in den gezahlten Gesamtvergütungen, sondern in Unterschieden der rechnerischen Punktwerte, also der impliziten Preise, der KV-Regionen und Kassen niederschlugen. Aus Sicht der Kassen führte deshalb die fehlende Berücksichtigung der unterschiedlichen Morbiditätsstrukturänderung in den Kassenbeständen (vor dem Hintergrund des Nebeneinanders von regional tätigen und überregional tätigen Kassen) zu einer Verzerrung des Kassenwettbewerbs vor Ort. Wenn sich durch regionale Zu- oder Abwanderung die Altersstruktur der GKV-Versicherten in einer KV-Region merklich verändert hatte, ergaben sich zudem Konsequenzen für das Vergütungsniveau einer solchen KV-

Region insgesamt.¹⁵ Die fehlende Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur bei der Fortschreibung der Gesamtvergütung hatte aus Sicht der Ärzte in solchen Regionen eine merkliche Beeinträchtigung der Leistungsgerechtigkeit im überregionalen Vergleich der Vergütung zur Konsequenz.

Im aktuell beschlossenen GKV-Finanzierungsgesetz gibt der Gesetzgeber bundeseinheitliche Veränderungsdaten für die Morbiditätsentwicklung vor, nach denen die (auf den tatsächlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2008 basierenden) für das Jahr 2010 vereinbarten Behandlungsbedarfe für die Jahre 2011 und 2012 anzupassen sind. Eine lineare Fortschreibung des tatsächlichen Leistungsumfangs aus dem Jahr 2008 bis zum Jahr 2012, also um vier Jahre, wird allerdings die aktuellen Morbiditätsstrukturunterschiede, insbesondere der Kassen aber auch der KV-Regionen, nur unzureichend widerspiegeln.¹⁶ Dies ähnelt der Entwicklung in den 1990er Jahre, und es drohen erneut die Wettbewerbsprobleme, die gerade mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz gelöst werden sollten und zunächst auch behoben wurden.

b) Notwendigkeit der Berücksichtigung der tatsächlichen Leistungsentwicklung aus Kassensicht

Für die Gesamtvergütung der KV soll das Instrument der Mengenbegrenzung erreichen, dass Mengenentwicklungen, die die normativ festgelegte Veränderungsrate für die Gesamtvergütung übersteigen, nicht vergütet werden. Infolge der normativen Vorgaben zur „erlaubten“ Mengenentwicklung ist damit das System auch invariant gegenüber den erwünschten Mengenentwicklungen infolge der „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“. Im Rahmen der normativen Anpassung der Gesamtvergütungen hat deshalb hierzu eine entsprechende explizite Korrektur zu erfolgen, um zu erreichen, dass die Realisierung der Wirtschaftlichkeitsreserven für die Versicherten beitragswirksam werden kann.

Mit dem WSG wurde das Instrument der globalen Mengenbegrenzung kassenübergreifend definiert, weil nun der Kollektivvertrag mit der KV gemeinsam und einheitlich mit allen Kassen zu schließen ist.¹⁷ Danach ist seit 2009 vom Grundsatz her der Leistungsinhalt der MGV sowie der Punktwert bezogen auf alle in der Region wohnenden GKV-Versicherten einheitlich.¹⁸ Wenn das GKV-

¹⁵ Vgl. Jacobs et al. (2002), S. 59ff.

¹⁶ Finanziell relevant ist dies insbesondere für Krankenkassen, die z.B. in Folge der Einführung eines Zusatzbeitrags anderer Krankenkassen einen merklichen Mitgliederzuwachs erhalten. Weil vornehmlich junge und gesunde Mitglieder ihre Krankenkasse wechseln, wird eine solche Kasse zwar wegen der niedrigen Versichertenmorbidity vergleichsweise geringe Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erhalten, sie hat jedoch auch für diese Versicherten den versichertendurchschnittlichen Behandlungsbedarf zu vereinbaren, der die tatsächlichen Ausgaben dieser Versicherten merklich übersteigen dürfte. Solche Verwerfungen ergeben sich auch auf KV-Ebene z.B. in einigen Ost-KVen, in denen die Abwanderung nach wie vor groß ist. Hier wird der vereinbarte Behandlungsbedarf (im Versichertendurchschnitt) gegenüber dem tatsächlichen zurückbleiben, weil vornehmlich junge Versicherte abwandern.

¹⁷ Vor der WSG-Neuregelung wurde von der KV mit jedem Landesverband einer Kassenart ein einzelner Gesamtvertrag geschlossen.

¹⁸ Verunreinigungen können sich noch dadurch ergeben, dass einzelne Kassen(-verbände) mit der KV Strukturverträge nach § 73a SGB V schließen und darüber erreichen, dass ein-

Volumen für die KV-Region insgesamt normativ fortgeschrieben werden kann, sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Gesamtvergütung jeder einzelnen Kasse nicht mehr zwingend normativ und damit unabhängig von der tatsächlichen Leistungsentwicklung fortgeschrieben werden muss, sondern dass nun unterhalb der KV-Ebene kassenspezifische Variationen der tatsächlichen Leistungsvolumina berücksichtigt werden können. Auf diese Weise könnten etwa auch kassenspezifische Variationen in Hinblick auf das Versorgungsmanagement und die hierdurch bewirkten Konsequenzen für die Leistungsanspruchnahme der jeweiligen Kassenmitglieder Berücksichtigung finden. Allerdings sind Effekte, die das gesamte GKV-Umsatzvolumen betreffen, über die Messung der auf die KV-Ebene bezogenen Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu quantifizieren.

Für eine solche Verteilung nach den tatsächlichen Leistungsmengen wäre konsequenterweise nicht nur die KV-bezogene Veränderungsrate aufzuteilen; auch die KV-bezogene Summe der Gesamtvergütungen des Vorjahres, die um die Veränderungsrate erhöht wird, wäre entsprechend der aktuellen Anteile der Kassen neu aufzuteilen. Würden hier die historischen Proportionen zwischen den Kassen fortgeschrieben, ergäben sich in der aktuellen Situation im Hinblick auf den Kassenwettbewerb nicht begründete Vor- und Nachteile.

Empfehlung:

a) Verfahren der morbiditätsbedingten Fortschreibung der KV-bezogenen Gesamtvergütung

Die mit der Grundlohnentwicklung gewichtete Veränderungsrate im Bundesdurchschnitt wird nach einem vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren den einzelnen KV-Regionen entsprechend ihrer spezifischen Veränderungen zugeordnet. Die Berechnung der regionalen Veränderungsrate wird vom Bewertungsausschuss bzw. seinem Institut durchgeführt. Dabei ist sicherzustellen, dass sich im Durchschnitt der regional berücksichtigten Veränderungen die mit der Grundlohnentwicklung gewichtete bundesdurchschnittliche Veränderungsrate ergibt.¹⁹

Für die KV-Regionen sind dazu die Unterschiede in den in Abschnitt 4.4 genannten ausgabenseitigen Veränderungen im Vergleich zu den entsprechenden Veränderungen im Bundesdurchschnitt festzustellen.²⁰ Diese regionalen Unterschiede im Vergleich zum Bundesdurchschnitt werden in der Zuordnung zur KV-Region berücksichtigt.

zelne Leistungen faktisch außerhalb der MGV über gesonderte, nicht im EBM enthaltene Sonder-Gebührenordnungspositionen vergütet werden.

¹⁹ In der Regel wird die vom Ministerium für den Bundesdurchschnitt normativ festgelegte Veränderungsrate von den empirisch im Bundesdurchschnitt festgestellten Veränderungen abweichen. Diese Abweichung ist für die Berechnung der KV-spezifischen Veränderung herauszurechnen.

²⁰ Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen durch neue EBM-Leistungen gem. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses oder EBM-Neubewertungen keine regionale Spezifität aufweisen.

Für die KV wird die morbiditätsbedingte Veränderung der Umsätze über die demographische Veränderungsrate ermittelt. Die Veränderungen werden auf Basis der KM6-Statistik zeitnah, d.h. z.B. im Herbst vor dem Vertragsjahr, festgestellt. Unter Verwendung dieser regional festgestellten Veränderungsrate wird – ausgehend von der für das Vorjahr vereinbarten Gesamtvergütung für die KV als Ganzes – die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des kommenden Vertragsjahres gemeinsam und einheitlich mit allen Kassen vereinbart. Im Folgenden wird die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die in der Summe von den Kassen für die Versorgung der GKV-Versicherten mit Wohnort in der Region zu entrichten sind, als KV-Gesamtvergütung bezeichnet.

Für die Berechnungen ist eine bundesweite Datengrundlage erforderlich. Sobald diese sowie die Verfahren zu den in Abschnitt 4.4 genannten ausgabenseitigen Veränderungen vorliegen, kann das Verfahren umgesetzt werden.

b) Verfahren der Verteilung auf die Kassen

Die für die KV-Region und die GKV-Versicherten in dieser Region insgesamt für das kommende Vertragsjahr neu festgestellte Gesamtvergütung, die oben definierte KV-Gesamtvergütung, wird auf die Kassen mit Versicherten in dieser Region nach den aktuellen Anteilen der Kassen am Gesamtumsatz der KV (in Punkten) aufgeteilt.

Dieser Umsatz-Anteil und damit die Gesamtvergütung einer Kasse wird berechnet auf Basis der der Kasse für ihre Versicherten tatsächlich in Rechnung gestellten EBM-Leistungen (welche Gegenstand der MGV sind) in Relation zum Gesamtumsatz der KV für alle GKV-Versicherten. Für ein Vertragsjahr wird jeweils auf die verfügbaren Abrechnungsdaten abgestellt. Es ist auch denkbar, allein für den Zweck der Aufteilung auf die Kassen eine nachträgliche Spitzabrechnung durchzuführen, indem auf die aktuellen Abrechnungsdaten des Vertragsjahres selbst abgestellt wird.

Eine unterjährige Korrektur der Gesamtvergütung einer Kasse erfolgt ggf. noch dann, wenn in Konsequenz eines Vertrages der Kasse mit Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern (ggf. auch der KV selbst gem. § 73a SGB V) bestimmte Leistungen ausgedeckelt werden, die fortan Gegenstand eines Einzelvertrags sind (vgl. dazu Punkt 4.8). Die KV-Gesamtvergütung des Folgejahres sowie die dann erfolgende Aufteilung auf die Kassen setzt auf die im Vorjahr bereinigte KV-Gesamtvergütung sowie auf den entsprechend veränderten Umsatzanteilen der Kassen auf.²¹

Die Aufteilung auf die Kassen mit Versicherten in der KV-Region wird einvernehmlich von den regionalen Vertragspartnern durchgeführt. Den Kassen sind die erforderlichen Informationsgrundlagen zu übermitteln.

Mit dem beschriebenen Verfahren schlagen sich Variationen in den aktuellen Abrechnungsmengen in den Ausgaben der Kassen für ärztliche Leistungen nieder. Im Unterschied zu früher lohnt es sich dann für Kassen, durch bestimmte

²¹ Wird nicht im Rahmen einer Schlussabrechnung auf die aktuellen Umsatzanteile der Kassen abgestellt, sind die Konsequenzen einer Bereinigung auf die Umsatzanteile der Kassen kalkulatorisch vorzunehmen.

Maßnahmen, z.B. durch Prävention, Einfluss auf die Mengenentwicklung der ärztlichen Leistungen zu nehmen. Wird auf die aktuellen Umsatzanteile der Kasse abgestellt, kann die Kasse den Erfolg realisieren, der sich im Vergleich zu den Konkurrenten vor Ort ergibt.²² Ist ein durch Steuerungsmaßnahmen innerhalb der durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanzierten Leistungserbringung bedingter Rückgang der Leistungsmengen festzustellen, ist eine entsprechende Kürzung der Leistungsmengen auf KV-Ebene vorzunehmen.

Morbiditätsunterschiede schlagen sich in Leistungsmengenunterschieden nieder, sodass mit der Orientierung an den aktuellen Leistungsvolumina der Kassen Morbiditätsstrukturunterschiede differenziert abgebildet werden. Morbiditätsunterschiede müssen also in diesem Verfahren nicht explizit berücksichtigt werden. In den tatsächlichen Umsatzanteilen der Kassen drücken sich schließlich auch Unterschiede aus, die Konsequenz von Verlagerung sind. Auch zur Berücksichtigung von Verlagerung ist kein gesondertes Verfahren auf Kassenebene erforderlich. Wie bereits oben ausgeführt gilt dies auch für Veränderungen infolge der Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Insgesamt handelt es sich hier um ein deutlich einfacheres Verfahren als das Verfahren, das gegenwärtig in § 87a SGB V mit der vorgesehenen Anwendung der diagnosenbasierten Morbiditätsklassifikation auf Ebene der KV-Region und Ebene der Kassen vorgegeben ist. Dennoch sollten vom Bewertungsausschuss neben den Berechnungsvorgaben an sich weitere Verfahrensregeln formuliert werden, die z.B. ausreichende Kontrollmöglichkeiten sicherstellen.

Das Verfahren soll kurzfristig umgesetzt werden, auch wenn eine KV-spezifische Anpassung noch nicht vorgenommen wird, um die Probleme der jetzigen Regelung für die Jahre 2011 und 2012 im Hinblick auf den Kassenwettbewerb möglichst zu begrenzen.²³

4.6 Zum Verfahren der Ermittlung der KV- bezogenen Ausgangswerte für die Fortschreibung

Problemstellung

Die je KV-Region vereinbarten Behandlungsbedarfe stellen nach geltender Regelung ab auf historische Leistungsmengen (Punktzahlvolumina) der Versicherten des Jahres 2008. In dieser tatsächlichen Leistungsanspruchnahme der Versicherten spiegeln sich zunächst Besonderheiten der Morbiditäts- und Versorgungsstruktur wider. Regionale Besonderheiten in der Versorgungs- bzw.

²² Selbstverständlich wären die Effekte, die für den KV-Bereich insgesamt zu Veränderungen führen, entsprechend dem obigen Vorschlag für die KV insgesamt zu werten.

²³ Mit der Orientierung an den tatsächlichen Abrechnungsvolumina der Kassen für die Jahre 2009 (auf Basis der Abrechnungen des Jahres 2007) und 2010 (auf Basis der Abrechnungen des Jahres 2008) war bereits eine Orientierung an den Einzelumsätzen der Kassen gegeben. Dies war jedoch entsprechend dem gegenwärtigen Regulierungssystem (gem. § 87c SGB V) nur erforderlich für die Umstellungsphase (genauer für die Umstellung des Jahres 2009 und einer auf Basis aktuellerer Daten des Jahres 2008 vorgenommenen Korrekturrechnung mit Wirkung für das Jahr 2010).

Angebotsstruktur sind dabei Konsequenz einer regionalspezifischen Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen medizinischen Gebieten sowie insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Regionale Unterschiede in den Leistungsvolumina sind aber auch Ergebnis der früheren regionalen Besonderheiten der Honorarbegrenzungsregelungen und Abrechnungspunktwerte sowie der regionalen Versorgungsdichte. Das gegenwärtige Fortschreibungsverfahren stellt damit auf historische, aus dem Abrechnungsverhalten der Ärzte erwirkte Vor- und Nachteile ab und schreibt diese in die Zukunft fort. Im Hinblick auf die aktuelle Mengensteuerung sind solche Variationen nicht begründbar. Für sich genommen wird es nicht möglich sein, die Konsequenzen der regional unterschiedlichen Abrechnungsgewohnheiten auf die historischen Punktzahlvolumina zu quantifizieren, sodass die Basiswerte entsprechend korrigiert werden können.

Für eine gesetzlich vorgegebene globale Mengenbegrenzung wären KV-Bereichs-spezifische Unterschiede in den Grenzen, die nicht durch die oben genannten Einflussfaktoren erklärt werden können, ungerechtfertigt und sollten deshalb vermieden werden.

Der Gesetzgeber hat im GKV-FinG (§ 87d Abs. 2 SGB V) die Vorgabe für KV-bezogene Anpassungsfaktoren in den Jahren 2011 und 2012 mit dem Ziel vergleichbarer regionaler Leistungsbedarfe formuliert, die vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 5. bzw. 11. Oktober 2010 konkretisiert worden sind.²⁴ Hiernach werden allerdings für die Festlegung vergleichbarer regionaler Leistungsbedarfe regionale Besonderheiten in den Morbiditäts- und Versorgungsstrukturen nicht berücksichtigt. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 wurde gleichsam die Regelung aufgenommen, dass (gem. § 87 Abs. 9 SGB V) der Bewertungsausschuss einen Vorschlag entwickeln soll, wie die Vergütung der Vertragsärzte schrittweise regional angenähert werden soll.

Die für den Bewertungsausschuss nun verfügbaren bzw. nach den obigen Vorschlägen verbesserten Berechnungsverfahren zur Quantifizierung der Unterschiede in Bezug auf Morbidität, Verlagerung und Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Kap 4.5) ließen es jedoch nicht nur zu, im Hinblick auf die Fortschreibung der Gesamtvergütungen für eine KV-Region die Unterschiede zum Bundesdurchschnitt zu ermitteln. Diese regionalen Unterschiede könnten auch für die Ausgangsgröße sachgerecht festgestellt werden. Auf diese Weise ließen sich die relevanten Einflussfaktoren auf das Abrechnungsvolumen für die regionale Ausgangsbasis feststellen. Diese Verfahren könnten also herangezogen werden, um die durch nicht objektivierbare Einflüsse bewirkten Unterschiede in den KV-bezogenen Abrechnungsvolumina zu begrenzen.

Allerdings liegen zu den Einflussgrößen der regionalen Angebots- bzw. Versorgungsstrukturen nur marginale Forschungsergebnisse vor.

²⁴ Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 (www.institut-ba.de).

Empfehlung

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 wurde die Regelung aufgenommen, dass (gem. § 87 Abs. 9 SGB V) der Bewertungsausschuss einen Vorschlag entwickeln soll, wie die Vergütung der Vertragsärzte schrittweise regional angelehert werden soll.

Nach der Prämisse gleiche Vergütung für gleiche Leistungen wären regionale Besonderheiten bei den Leistungsbedarfen, wie sie etwa durch die Morbiditätsstruktur der Versicherten oder durch die Versorgungs- und Angebotsstruktur begründet werden können, welche sich u.a. in dem „Split“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor zeigen, zu berücksichtigen.

Die im Bewertungsausschuss nun verfügbaren bzw. nach den obigen Vorschlägen angepassten Berechnungsverfahren zur Messung der Veränderung für die Gesamtvergütung können vom Grundsatz her angewendet werden, um regionale Besonderheiten gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu erklären, sodass die KV-bezogenen Gesamtvergütungen ermittelt werden können. Zu den Einflüssen auf die regionalen Versorgungsstrukturen liegen noch keine belastbaren Forschungsergebnisse vor. Der Bewertungsausschuss sollte hierfür die erforderlichen Untersuchungen benennen und in Gang setzen.

Nach Vorliegen entsprechender Ergebnisse wäre wie folgt vorzugehen: Auf Basis der Daten desselben Ausgangsjahres wie bisher (2008) wäre entsprechend der skizzierten Vorgehensweise der Ausgangsbetrag je KV-Region zu berechnen und neu festzusetzen. Die KV-spezifischen Fortschreibungen hätten sich auf diesen neuen Ausgangswert zu beziehen. Die Effekte wären auf die Kassen entsprechend ihrer Umsatzanteile zu verteilen. Infolge einer Umstellung auf eine andere Ausgangsgröße für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung werden sich insbesondere regionale Verschiebungen im MGV-Volumen ergeben. Diese Effekte sollten gemildert werden, indem im Rahmen einer Konvergenzphase von z.B. 3 Jahren das neue Regime für die MGV erst sukzessive finanzwirksam wird.

4.7 Zum Verfahren der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Problemstellung

Die arztbezogenen Regelleistungsvolumina erfüllen vom Grundsatz her zwei Funktionen:

Erstens stellen sie die Regel dar, nach der die budgetierte Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte verteilt wird (Verteilungsfunktion). Für die Verteilung und damit für das arztbezogene Regelleistungsvolumen ist die regionale Versorgungsdichte relevant. Im Hinblick auf diese Rahmenbedingungen hat die Verteilung aus Sicht der Ärzte gerecht zu erfolgen, um akzeptiert zu sein.

Zweitens haben sie für den einzelnen Arzt eine mengensteuernde Funktion. Innerhalb des Kollektivvertrags ist das freie Kontrahieren von Krankenkassen und einzelnen Ärzten bzw. Arztnetzen ausgeschlossen, sodass hierüber eine Steuerung hin zu wirtschaftlicher arbeitenden Anbietern und Anbietern mit hö-

herer Versorgungsqualität nicht erreichbar ist. Über RLV-Regelungen könnten und sollten analoge Anreize im Leistungserbringerwettbewerb gesetzt werden.

a) Zur Verteilungsfunktion

Eine Orientierung an den aktuell erbrachten Leistungen wäre vom Grundsatz her leistungsgerecht, allerdings wäre hier für den einzelnen Arzt ein großer Anreiz gegeben, seinen Anteil an der Gesamtvergütung durch die Ausweitung der Leistungsmenge zu erhöhen (sog. Hamsterradeffekt). Deshalb wird für jeden Arzt unabhängig von seiner aktuellen Leistungsmenge ein normativ festgelegtes Regelleistungsvolumen vorgegeben. Für ein faires Verteilungssystem müssen diese Vorgaben jedoch die unterschiedlichen zu erwartenden Leistungsvolumina differenziert abbilden. In dem Zwangssystem der KV ist der Anspruch an eine differenzierte Abbildung besonders hoch.

Aus Gründen der Praktikabilität wird es kaum möglich sein, dass die RLV-Regelungen allen strukturellen Unterschieden in den Praxen gerecht werden. Folglich werden sich immer einzelne Gruppen von Ärzten benachteiligt fühlen.

Im gegenwärtigen RLV-System ist die Verteilung vor allem in einem speziellen Punkt nicht fair geregelt: Der Anteil der Erlöse, den Ärzte aus privatärztlicher Tätigkeit erhalten, ist – selbst innerhalb einer Arztgruppe und einer Region – sehr unterschiedlich. Diese Unterschiede finden jedoch keine Berücksichtigung in der Regelung zur Fallzahlbegrenzung, wie sie das RLV-System vorsieht. Diese Regelung ist deshalb aus Sicht eines einzelnen Arztes unfair. Eine Lösung dieses Problems ist jedoch erst nach der Auflösung des Dualismus von GKV und PKV denkbar.

Die historischen, auf Basis einer ehemals vorliegenden tatsächlichen Verteilung festgelegten Vergütungsanteile der Arztgruppen werden im gegenwärtigen Verfahren nicht unter Verwendung eines rationalen Berechnungsmodells an Veränderungen im Leistungsgeschehen angepasst, sodass sich im Zeitverlauf eine unfaire Verteilung ergeben kann. Eine objektivierte und damit begründete Beschreibung von arztgruppenspezifischen Veränderungen wäre unter Berücksichtigung wiederum die in Abschnitt 4.4 genannten ausgabenseitigen Veränderungen, welche nun arztgruppenspezifisch festzustellen wären. Diese Veränderungen sind zwar gem. gegenwärtiger gesetzlicher Grundlage für die Fortschreibung der KV-bezogenen Gesamtvergütung insgesamt heranzuziehen, nicht aber bezogen auf Arztgruppen. Die KV-bezogenen Veränderungen werden gegenwärtig gleichmäßig auf alle Arztgruppen verteilt, obwohl erwartet werden kann, dass solche Veränderungen nicht nur im Vergleich der KVen unterschiedlich ausfallen, sondern dass auch innerhalb einer KV die einzelnen Arztgruppen in unterschiedlicher Weise betroffen sein können.

Die für die RLV herangezogenen arztgruppendurchschnittlichen Fallwerte leiten sich in der jeweiligen KV aus den historischen Leistungsanteilen der Arztgruppe an der Gesamtvergütung ab. Im Vergleich der einzelnen KV-Regionen gelten höchst unterschiedliche Aufteilungsquoten für die Arztgruppen. In gleicher Weise wie das Abrechnungsvolumen einer KV insgesamt können diese Anteile Ergebnis der früheren regionalen Besonderheiten in den Honorarbegrenzungsregelungen und Abrechnungspunktwerten sein. Die Berücksichtigung von solchen

Unterschieden in den aktuellen Aufteilungsquoten wäre aus Sicht der betroffenen Ärzte unfair.

Hier stellt sich zum einen die Frage, ob die dem Bewertungsausschuss zur Verfügung stehenden Instrumente zur Messung der Veränderungen im Leistungsgeschehen, die gegenwärtig für die Anpassung der Gesamtvergütung einer KV-Region genutzt werden, konsequenterweise auch zur Messung der für die einzelnen Arztgruppen relevanten Veränderungen verwendet werden können, mit dem Ziel auch die Arztgruppenanteile turnusmäßig anzupassen. Zum andern stellt sich die Frage, ob (entsprechend dem Vorschlag in Punkt 4.6 zur „objektivierten“ Ermittlung des KV-bezogenen Ausgangswerts für die Fortschreibung der Gesamtvergütung) auch die Ausgangswerte für die Arztgruppen-Anteile an der Gesamtvergütung über die oben skizzierten differenzierten Verfahren zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten neu und objektiviert festgestellt werden können. Ein solches Verteilungsverfahren wäre deutlich fairer als das Gegenwärtige.

b) Zur Funktion der Mengensteuerung

Die Funktion der Mengensteuerung wirkt nach gegenwärtiger Ausgestaltung der RLV in der Weise, dass die kollektiv vorgegebene Mengengrenzung an die Ärzte übertragen wird und den Anreiz setzt, nicht notwendige Leistungen zu unterlassen. Eine darüber hinausgehende Steuerung, etwa mit dem Ziel, besser wirtschaftende Anbieter zu fördern, erfolgt nicht. Mit den neu eingeführten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ist allerdings eine gewisse Verbesserung erreicht worden, indem für Ärzte mit bestimmten Qualifikationen Sondervolumina bereitgestellt werden.

Bereits jetzt eröffnet der Gesetzgeber die Möglichkeit der Differenzierung nach dem Versorgungsgrad (§ 87b Abs. 3 S. 1 SGB V). Es besteht also die Möglichkeit, für jeden Arzt bezogen auf die Planungsregion, in der er seinen Sitz hat, sowie in Bezug auf seine Arztgruppe den Grad der Über-/Unterversorgung für die Festlegung der RLV zu berücksichtigen. Eine solche Regelung würde es ermöglichen, dass in unterversorgten Regionen relativ zum KV-Durchschnitt mehr bzw. in überversorgten Regionen entsprechend weniger abgerechnet wird. Diese Möglichkeit wurde jedoch bisher vom Bewertungsausschuss nicht aufgegriffen.

Die gegenwärtigen RLV-Regelungen schreiben historische Anteile der Arztgruppen an der KV-Gesamtvergütung für die Zukunft fort. Im Zeitverlauf stattfindende Veränderungen in den Versorgungsstrukturen, darunter auch die erwünschten Entwicklungen, finden somit verfahrensmäßig keine Berücksichtigung in diesen Arztgruppenanteilen. Wenn künftig über die RLV eine gewisse Versorgungssteuerung erreicht werden soll, wären die Zu- und Abschläge nicht auf den jeweiligen Arztgruppentopf zu beziehen, sondern auf die Gesamtvergütung der KV-Region als Ganzes, d.h. die finanziellen Effekte verteilen sich gleichmäßig auf alle Arztgruppentöpfe. Kommt es in den über- bzw. unterversorgten Regionen zu einer erwünschten Variation der Arztzahlen, wären auch diese finanziellen Konsequenzen gleichmäßig auf alle Arztgruppen aufzuteilen.

Das gegenwärtige Verfahren ist, wie schon erwähnt, sehr komplex; der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 umfasst

bereits 81 Seiten. Eine über die oben skizzierte Verteilung der Gesamtvergütungen hinausgehende Modifikation der RLV mit dem Ziel, eine zusätzliche Mengensteuerung zu initiieren, würde erfordern, dass das System noch komplizierter wird, obwohl grundsätzlich eine Vereinfachung gewünscht wird, um insbesondere die Transparenz des Verfahrens für die Ärzte zu verbessern. Weitere Änderungen sind deshalb nicht sinnvoll.²⁵

Empfehlung:

Vom Bewertungsausschuss soll zum einen geprüft werden, ob die ihm zur Verfügung stehenden Instrumente zur Messung der Veränderungen im Leistungsgeschehen, die gegenwärtig für die Anpassung der Gesamtvergütung einer KV-Region genutzt werden, auch zur Messung der für die einzelnen Arztgruppen relevanten Veränderungen verwendet werden können, mit dem Ziel auch die Arztgruppenanteile turnusmäßig anzupassen. Zum andern sollte geprüft werden, ob (entsprechend dem Vorschlag in Punkt 4.6 zur „objektivierten“ Ermittlung des KV-bezogenen Ausgangswerts für die Fortschreibung der Gesamtvergütung) auch die Ausgangswerte für die Arztgruppen-Anteile über die oben skizzierten differenzierten Verfahren zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten neu und objektiviert festgestellt werden können.

Die ärztlichen Regelleistungsvolumen sollten nach Unter- bzw. Überversorgung differenziert werden. Der Bewertungsausschuss hätte dazu die entsprechende Regelung gem. § 87b Abs. 3 S. 1 SGB V umzusetzen. Die finanziellen Konsequenzen hieraus sowie die Konsequenzen aus einer erwünschten Variation der Anzahl der Praxissitze wären gleichmäßig auf alle Arztgruppentöpfe zu beziehen.

Um die Transparenz des Verfahrens für den einzelnen Arzt zu erhöhen, soll ihm die KV die Berechnung seines Regelleistungsvolumens in sämtlichen Schritten darstellen.

4.8 Zum Bereinigungsverfahren

Problemstellung

Wird im Rahmen eines Einzelvertrags eine nicht über die KV abgerechnete Vergütung vereinbart, ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung vorzunehmen. Damit soll eine Doppelfinanzierung vermieden werden. Anders als für die Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezogen auf die Versicherten mit Wohnort in einer KV-Region ist hier – ebenso wie für die Berechnung der Veränderungen bezogen auf die einzelnen Kassenbestände – ein differenzierteres Verfahren zur Messung der Risikostrukturunterschiede anzustreben, um die durchaus stattfindende Versichertenselektion in den Teilkollektiven

²⁵ In Rahmen von Einzelverträgen können diese Regelungen deutlich einfacher sein, weil hier der Arzt frei entscheiden kann, ob er dem Einzelvertrag zu den entsprechenden Konditionen beitrifft oder nicht. Dies gilt im Übrigen auch für die unternehmensinterne Verteilung in den höher aggregierten Betriebsformen der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung. Im Rahmen des Kollektivvertrags sind hierzu jedoch keine grundsätzlichen Alternativen denkbar.

der Einzelverträge angemessen zu berücksichtigen. Wird die Morbiditätsstruktur der Teilnehmer nicht hinreichend gut für die Bereinigung berücksichtigt, entsteht ein Ausgabenrisiko sowohl für die Kasse als auch für die KV.

Eine solche Morbiditätsadjustierung ist für die Bereinigung von Einzelverträgen erforderlich, die unter Voraussetzung der Einschreibung die gesamte oder mindestens die hausärztliche Versorgung der eingeschriebenen Versicherten umfassen. Für Einzelverträge dagegen, die bestimmte Leistungen oder Leistungskomplexe zum Inhalt haben und möglicherweise auch für Verträge, die auf die Versorgung einer spezifischen Indikation ausgerichtet sind, werden die Leistungsumfänge und damit der erforderliche Bereinigungsbetrag für die definierten Leistungen bereits durch die im EBM definierten Leistungsbewertungen beschrieben.

Der Bewertungsausschuss hat für die Jahre 2009 bis 2012 jeweils ein Bereinigungsverfahren für die Gesamtvergütung festgelegt. Im Zeitverlauf haben diese Verfahren, insbesondere im Rahmen der Hausarztverträge mehr und mehr praktische Anwendung gefunden.

Für das Jahr 2010 (das Folgende gilt im Grundsatz auch für das Jahr 2009) basiert der Bereinigungsbetrag auf dem tatsächlichen Punktzahlvolumen der von den Teilnehmern im Jahr 2008 in Anspruch genommenen Leistungen, die zum Leistungsinhalt des jeweiligen Einzelvertrags gehören. Die Bereinigungsbeträge wurden um eine Reihe von bundeseinheitlichen Faktoren angepasst, darunter um die für den Zweijahres-Zeitraum 2008 bis 2010 geschätzte bundesdurchschnittliche Morbiditätsänderungsrate.²⁶ Wie die Behandlungsbedarfe des Jahres 2010 (vgl. dazu Punkt 4.5) weisen auch die Bereinigungsbeträge des Jahres 2010 eine Morbiditätsorientierung auf.

Im aktuell vom Bewertungsausschuss für die Jahre 2011 und 2012 beschlossenen Bereinigungsverfahren leiten sich die Bereinigungsbeträge (analog zur Vorgehensweise bei der Berechnung der für die Jahre 2011 und 2012 zu vereinbarenden Gesamtvergütung) ab aus den tatsächlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2008 für die Eingeschriebenen (wiederum bezogen auf den Leistungsumfang des Einzelvertrags), also aus der Inanspruchnahme von vor drei bzw. vier Jahren. Wie die Gesamtvergütung wird damit auch der Bereinigungsbetrag in 2011 und noch mehr in 2012 die Morbiditätsstruktur der betrachteten Versichertenkollektive nur unzureichend widerspiegeln. Weil die Bereinigungsbeträge deshalb überdurchschnittlich morbide Teilkollektive nicht hinreichend abbilden können, haben Kasse entsprechende Mehrausgaben zu erwarten, wenn sie gerade für solche Kollektive Einzelverträge abschließen. Denn die (zur KV-Vergütung alternative) Vergütung im Rahmen des Einzelvertrags hätte fairerweise das überdurchschnittliche Morbiditätsrisiko der teilnehmenden Versicherten zu berücksichtigen. Die Kasse könnte dies jedoch in Folge der unzureichenden Morbiditätsadjustierung nur teilweise aus der Bereinigung der KV-Gesamtvergütung finanzieren. Um zu verhindern, dass es zu einem Angebots-

²⁶ Die Berechnung des Bereinigungsbetrags entspricht damit der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung desselben Jahres. Dadurch ist gewährleistet, dass die berechenbaren Bereinigungsbeträge in der Summe aller Versicherten der Kasse wiederum die Gesamtvergütung ergibt.

hemmnis für Einzelverträge kommt, die auf kostenträchtige Versicherte abzielen, wäre es daher wichtig, dass möglichst bald eine differenziertere Berücksichtigung der Morbidität erfolgt.

Im Hinblick auf eine differenzierte Berücksichtigung der Morbiditätsunterschiede ist auf ein Adjustierungsverfahren abzustellen, das sowohl für die Übergänge vom Kollektivvertrag in den Einzelvertrag als auch für Übergänge „zurück“ in den Kollektivvertrag angewendet werden kann. Sonst besteht die Gefahr der Manipulation des Verfahrens. Für den Rückgang in den Kollektivvertrag wäre es nicht sachgerecht, auf die Ausgaben z.B. im Vorjahreszeitraum, also auf Ausgaben im Einzelvertragszeitraum abzustellen, weil das Ausgabeniveau im Einzelvertrag vom Ausgabeniveau im Kollektivvertrag abweichen wird. Die „Eindeckelung“ in die Gesamtvergütung hätte sich entsprechend am Ausgabeniveau im Kollektivvertrag zu orientieren.

Vom Grundsatz her liegt mit dem diagnosebasierten Verfahren, das dem Bewertungsausschuss für den im derzeitigen Regulierungsrahmen gem. § 87a SGB V definierten Zweck der Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, ein hinreichend differenziertes Verfahren vor, nach dem eine Morbiditätsadjustierung bezogen auf die Teilnehmer in Primärarztverträge oder in einer hausarztzentrierten integrierte Vollversorgung der Versicherten durchgeführt werden kann (vgl. auch Schwinger / Nolting (2010), S. 45).

Vor dem Hintergrund des in Punkt 4.5 vorgeschlagenen Verfahrens der Verteilung der KV-bezogenen Gesamtvergütung auf die Kassen entsprechend ihrer tatsächlichen Leistungsvolumina können Kassen Initiativen zur Mengensteuerung unternehmen, die sich auch im Rahmen des Kollektivvertrags auf ihre zu zahlende Gesamtvergütung auswirken können. Solche einzelvertraglichen Aktivitäten und eine KV-bezogene globale Mengensteuerung schließen sich hier nach – anders als unter gegebenen Rahmenbedingungen – nicht mehr aus. Für etliche Einzelverträge, insbesondere zu Hausarztmodellen oder zur hausarztzentrierten integrierten Vollversorgung, die auf eine Mengensteuerung im Hinblick auf veranlasste Leistungen (nun auch inkl. vertragsärztlicher Leistungen) abzielen, könnten dann die finanziellen Erfolge bei der vertrags(fach)ärztlichen Mengenentwicklung auch innerhalb des Vergütungssystems mit der KV realisiert werden (vgl. Punkt 4.5). Damit solche Erfolge für die Kasse finanzwirksam werden, müsste sie bei gegebenen Rahmenbedingungen zwingend eine Bereinigung der Gesamtvergütung anstreben. Das vorgeschlagene Verfahren innerhalb der MGV-Vergütung sichert die Wirtschaftlichkeitsanreize der Einzelvertragspartner auf der einen Seite. Auf der anderen Seite ergibt sich infolge der Lösung innerhalb des Kollektivvertrags keine Selektion von Teilbeständen; damit stellt sich die Frage der Adjustierung erst gar nicht.

Vor dem Hintergrund eines möglichen Preiswettbewerbs ist aber denkbar, dass Kassen mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge (etwa auf Grundlage von § 73c SGB V) schließen, die bestimmte Leistungen zu niedrigeren Preisen als im EBM anbieten. Unter den oben skizzierten neuen Rahmenbedingungen wird in Bezug auf Bereinigung hier der Schwerpunkt zu sehen sein. Anders als für versichertenbezogene Bereinigungsverfahren (Hausarztverträge oder Ver-

träge zur hausarztzentrierten integrierten Vollversorgung) gelten für leistungsbezogene Bereinigungen andere Berechnungsgrundlagen. Hier sind der über den EBM definierte Leistungskatalog und die auf Basis von Kostenträgerrechnung ermittelten EBM-Bewertungen für die Bereinigung heranzuziehen.

Empfehlung:

Für die Bereinigung von außerhalb der KV erfolgenden Vergütungen im Einzelvertrag ist – bezogen auf den jeweiligen Leistungsumfang des Einzelvertrags – auf ein Verfahren abzustellen, das die Morbiditätsstrukturunterschiede differenziert berücksichtigt.

Für Verträge der integrierten Vollversorgung und Primärarztverträge kann vom Grundsatz her das diagnosebasierte Klassifikationsverfahren, das dem Bewertungsausschuss für die im derzeitigen Regulierungsrahmen gem. § 87a SGB V definierte Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, angewendet werden.

In dem obigen Verfahrensvorschlag zur Berechnung und Aufteilung der KV-Gesamtvergütung für die GKV-Versicherten in der Region wird zum einen die KV-Gesamtvergütung bereinigt sowie der Umsatzanteil der Kasse neu berechnet. Weil in diesem in 4.5 beschriebenen Verfahren eine Verteilung der regionalen KV-Gesamtvergütung auf die einzelnen Krankenkassen nach Umsatzanteilen (in Abrechnungspunkten) vorgenommen wird, können die wirtschaftlichen Erfolge aus zusätzlichen Aktivitäten des Versorgungsmanagements der Kasse im Hinblick auf die vertrags(fach)ärztlichen Mengenentwicklung auch innerhalb des Vergütungssystems mit der KV realisiert werden. Unter den gegebenen Bedingungen ist der wirtschaftliche Erfolg aus Sicht der Kasse nur dann realisierbar, wenn eine Bereinigung angestrebt wird.²⁷

Für die Bereinigung bei Einzelverträgen, die auf (spezial-)fachärztliche Leistungskomplexe oder die (spezial-)fachärztliche Behandlung von Indikationen abzielen, sollte dagegen das Bereinigungsverfahren weiter entwickelt werden. Für Strukturverträge einzelner Kassen mit der KV gem. § 73a SGB V sollte das gleiche Verfahren angewendet werden. Grundlage für die Fortentwicklung liefert die in Punkt 3.1 vorgeschlagene Festlegung von leistungsbezogenen (spezial-)fachärztlichen Pauschalen sowie eine Kalkulation entsprechend der unter Punkt 3.2 geforderten Selbstkostenrechnung. Die entsprechende EBM-Bewertung solcher Leistungspositionen wäre Berechnungsgrundlage sowohl für die Ein- als auch für die Ausdeckelung.²⁸

²⁷ Effekte, die das gesamte GKV-Umsatzvolumen betreffen, sind über das Messinstrument der auf die KV-Ebene bezogenen Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu quantifizieren.

²⁸ Für die Bereinigung ist festzulegen, welche Mengen der betreffenden EBM-Leistungen für die Korrektur der Gesamtvergütung herangezogen werden sollen. Konsequenterweise müsste hier dasselbe Verfahren angewandt werden wie für die Korrektur infolge eines Strukturvertrags gem. § 73a SGB V mit der KV. Abzustellen wäre also auf historische Leistungsmengen der Kasse, allerdings nicht bezogen auf die gesamte KV, sondern nur auf die am Einzelvertrag teilnehmenden Ärzte.

Literatur

- Augurzky B, Felder S, Krolop S, Schmidt CM, Wasem J (2010): Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm, rwi-Positionen Nr. 38 vom 24. September 2010
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005): Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (Hg) (2008): Vertragswettbewerb in der GKV, Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Wido Eigenverlag, Bonn
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2010): Beschlüsse der 83. GMK am 1. Juli 2010 in Hannover (www.gmkonline.de)
- Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 140, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden;
- Knieps F, Leber C (2008): Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung - Darstellung und Zielsetzung der gesetzlichen Regelungen, Thesenpapier für die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht (www.dg-kassenarztrecht.de/Veroeffentlichungen/thesenpapiere2008_1_1.html)
- Monopolkommission (2010): Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009, BT-Drucksache 17/2600 (www.monopolkommission.de)
- Schräder WF, Sehlen S (2009): Verlagerung der Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor - Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs nach §87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V, AGENON-Papier 09-07
- Schwinger A, Nolting H-D (2010): Wie viel Morbiditätsorientierung braucht das vertragsärztliche Vergütungssystem? – Ein vorläufiges Fazit, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, H. 5, S. 40-46
- SVR-Gesundheit (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, www.svr-gesundheit.de
- SVR-Gesundheit (2001): Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bundestags-Drucksache Drucksache 14/6871
- Wasem J (2006): Zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, Die BKK Sonderausgabe 06/2006, S. 20-22
- Wasem J, Walendzik A (2008): Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung? In: Wirtschaftsdienst, H. 10, S. 640-647