

Vergütungsreform – im Zeitplan und aus den Fugen

Keine Vergütungsreform hat in den letzten Jahren so viel Streit hervorgerufen wie die Reform der ärztlichen Vergütung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Dabei geht es darum, die kopfpausschalenbasierte Vergütung, die zwar zu einer moderaten Ausgabenentwicklung für die ambulante ärztliche Versorgung aber zu erheblichen wettbewerblichen Verwerfungen zwischen den Krankenkassen geführt hat, endlich abzuschaffen und das Morbiditätsrisiko von den Ärzten weg hin zu den Krankenkassen zu verlagern. Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Schaffung der Kalkulationssicherheit für den einzelnen Arzt. Dies ist heute durch kaum durchschaubare regionale Honorarregelungen nur schwer möglich. Diese Ziele der Vergütungsreform werden sowohl von Ärzteseite als auch von Kassenseite befürwortet. Der Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V hat die Aufgabe, den Einstieg in die neue Vergütungswelt bis Ende August 2008 zu vereinbaren. Kurz vor der Zielgeraden droht jetzt ein Scheitern der Reform. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lässt Verhandlungstermine platzen und knüpft die Rückkehr an den Verhandlungstisch an milliardenschwere Bedingungen. Wenn die KBV ihre Verweigerungshaltung beibehält, müsste das BMG durch eine Ersatzvornahme die fristgerechte und mit der Einführung des Gesundheitsfonds parallele Einführung sicherstellen.*

■ Thomas Staffeldt

Streit ums Honorar

Erinnern wir uns: im Jahre 2006 ist das GKV-WSG auf den Weg gebracht worden. Für die ärztliche Vergütung wurden hier die Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) von 2004 abgelöst. Dies war aufgrund der Komplexität und widersprüchlichen Interpretierbarkeit sowie kaum realisierbarer Vorgaben nicht umsetzbar. Anstelle der §§ 85a-d SGB V traten nun kaum weniger komplexe Regelungen in den §§ 87 und 87a-c SGB V.

Ausgehend von einem Konzeptpapier der großen Koalition wurde, begleitet und nicht unbeeinflusst von Groß-Demonstrationen mit „Miet-Demonstranten“ und Praxisschließungen, letztlich ein Reformwerk geschaffen, in welchem zentrale Forderungen der Ärzteseite erfüllt wurden. Dabei wurde ein Vergütungsmechanismus konzipiert, der auf maximalen Honorarzuwachs ausgerichtet ist (vgl. Schauenburg, Behrend, Staffeldt 2007¹).

Thomas Staffeldt
Leiter Stabsbereich Vertragsanalyse
GKV-Spitzenverband
Berlin

Komplizierte gesetzliche Vorgaben....

Gegenstand der aktuellen Beratungen im Bewertungsausschuss ist die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben gemäß der §§ 87a, 87c sowie 87b SGB V. Bis Ende August 2008 muss ein gemeinsamer Beschluss stehen. Im einzelnen geht es um folgendes (vgl. auch Übersicht in Abbildung 1):

- **Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87c Abs. 1 SGB V bis Ende August 2008 für das Jahr 2009 einen Orientierungswert** als Grundlage für die Festlegung der regionalen Punktwerte im Rahmen der Euro-Gebührenordnung zu ermitteln. Dieser soll als Quotient aus der um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V gesteigerten Summe der Gesamtvergütungen 2008 einerseits und der voraussichtlichen Leistungsmenge 2008 nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, der Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen und der Berücksichtigung des Effektes der Anpassung des EBM in 2008 gebildet werden. Dadurch soll ein möglichst hoher Orientierungswert resultieren, der entsprechend in den **regionalen Euro-Gebührenordnungen** zu einem hohen Punktwert führt.
- **Auf Basis des vom Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswerts vereinbaren die regionalen Vertragspartner einen regionalen Punktwert.** Hierbei können regionale Besonderheiten der Kosten- und

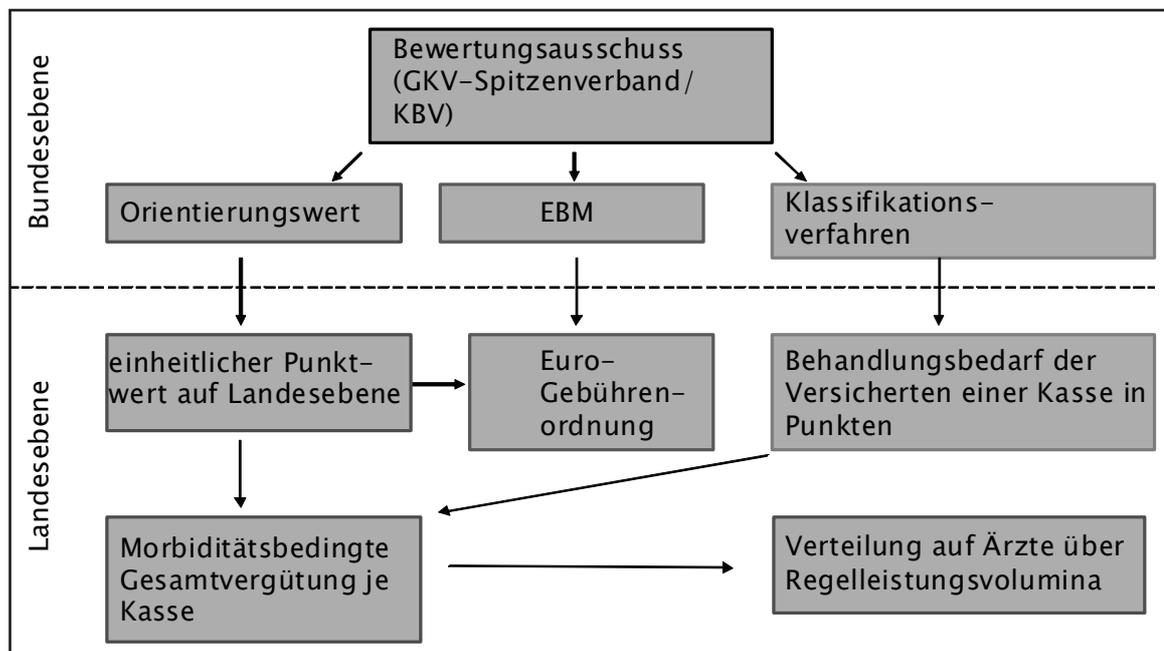
Versorgungsstruktur berücksichtigt werden, sofern der Bewertungsausschuss Vorgaben hierzu gemacht hat. Ab 2010 können *regionale Über- und Unterversorgungsab- bzw. -zuschläge* vereinbart werden.

- Bis zum 15.11.2008 soll gemäß § 87c Abs. 4 SGB V für jede Krankenkasse ein *durchschnittlicher Behandlungsbedarf je Versicherten* auf Basis der den Vertragspartnern vorliegenden Daten ermittelt werden. Dieser wird mit einer vom Bewertungsausschuss festgelegten *bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate* der morbiditätsbedingten Leistungsmenge erhöht und mit der voraussichtlichen Versichertenzahl 2009 multipliziert. Daraus ergibt sich dann die *morbiditätsbedingte Gesamtvergütung* nach § 87c Abs. 4 SGB V bzw. § 87a Abs. 3 SGB V.
- Ab 2010 wird zur Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ein sog. *diagnosebezogenes Klassifikationssystem*, ähnlich dem System für den Morbi-RSA, herangezogen.
- Sogenannter *nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Leistungsbedarf* soll im Nachhinein zu einer Anpassung der zu vergütenden Leistungsmenge führen.
- Als *Mengensteuerung* sollen nach Patientenalter gewichtete *arztindividuelle Regelleistungsvolumina* nach § 87b SGB V eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis verhindern. Das Regelleistungsvolumen überschreitende Mengen sind abgestaffelt zu vergüten. Die Vorgaben hierfür sind vom Bewertungsausschuss bis Ende August 2008 festzulegen.

...kosten den Beitragszahler Milliarden

Dass die Reform der ärztlichen Vergütung nicht beitragsneutral umgesetzt werden kann, ist spätestens dann klar geworden, als die Politik einen „Nachholbedarf“ in der Vergütung von 10% oder 2,5 Mrd. Euro signalisierte. Dies werten die Ärzte als Versprechen und fordern gleich das Doppelte. 4,5 Mrd. Euro sei der finanzielle Mehrbedarf, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Angesichts solcher kaum konsentierbarer Forderungen wurde von Krankenkassen und KBV der sog. Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen, der mit der Stimme eines unparteiischen Schlichters eine Entscheidung herbeiführen kann. Seit Anfang August liegt ein Schlichtervorschlag vom unparteiischen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses, dem Gesundheitsökonom Prof. Wasem von der Universität Duisburg-Essen auf dem Tisch. Dieser soll den Ärzten in 2009 gegenüber 2007 auf Kosten der Beitragszahler zusätzlich zu den bisher 27,4 Mrd. Euro Honorar noch 2,4 Mrd. Euro mehr bringen. Die KBV bricht daraufhin die Verhandlungen ab, weil ihre Erwartungen nicht erfüllt werden. Dabei sind mit dem Vorschlag des unparteiischen Vorsitzenden - neben den unstrittigen Zielen der Vergütungsreform des Übergangs des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, Orientierung der Vergütung auf den Behandlungsbedarf der Versicherten und bessere Planbarkeit des ärztlichen Einkommens – auch weitere wesentliche Forderungen der Ärzteschaft erfüllt: die KVen in den neuen Bundesländern haben Honorarzuwächse in zweistelliger Höhe zu verzeichnen ohne dass dieser Honorarzuwachs zu Lasten der alten Bundesländer ginge. Im Gegenteil: auch in Baden-Württemberg und insbesondere in Bayern würde gegenüber 2007 das Honorar angehoben.

Abbildung 1: Grundstruktur ärztliche Vergütung ab 2009



Ist die ambulante Versorgung gefährdet?

Allerdings sieht die KBV auch nach dem Schlichtervorschlag die Versorgung gefährdet und die Ärzte in finanziellen Nöten. Ein Blick auf die Fakten bestätigt dieses Bild nicht. Weder aus den eigenen Angaben der KBV noch aus Angaben des statistischen Bundesamtes lässt sich bspw. ableiten, dass sich die ärztliche Tätigkeit kaum mehr lohnt. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes beträgt der Ertrag einer durchschnittlichen Arztpraxis 126.000 Euro. Im internationalen Vergleich liegen die deutschen Vertragsärzte im guten Durchschnitt der Einkommensskala (vgl. BMG 2007)².

Auch die angeblich niedrigen Arzteinkommen in den neuen Bundesländern gibt es so nicht, jedenfalls nicht mehr. So ist der aus der Behandlung von GKV-Patienten erwirtschaftete Praxisertrag in den neuen Bundesländern mittlerweile nach Angaben der KBV sogar höher als derjenige im Westen (vgl. Bericht des Bewertungsausschusses an das BMG 2007).

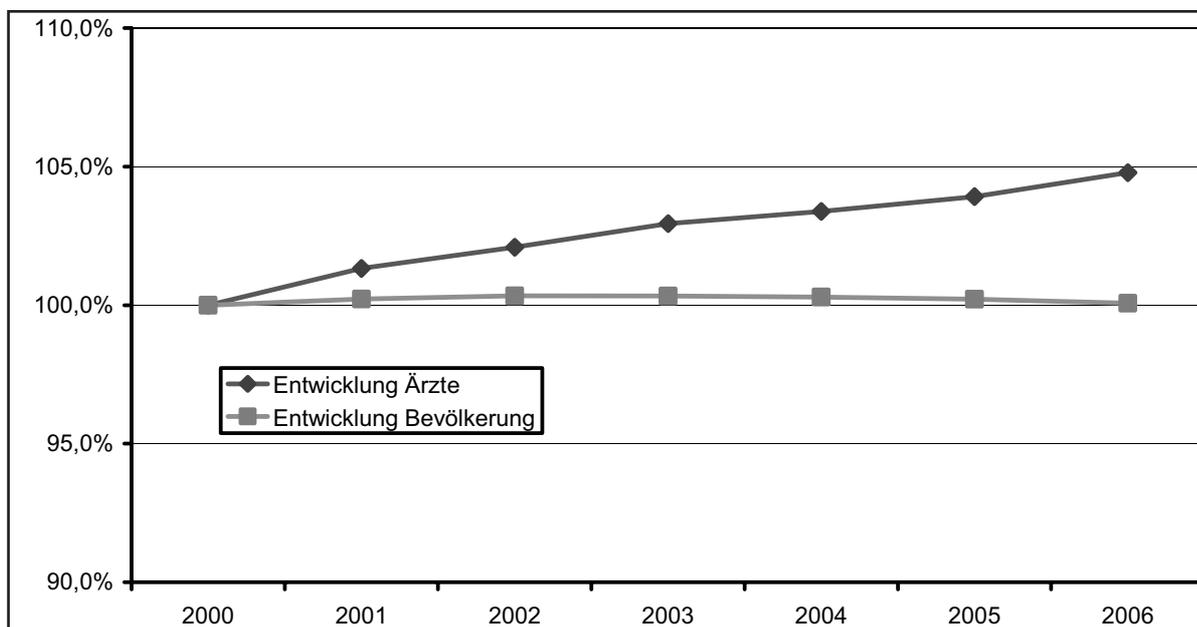
Auch ist die Zahl der niedergelassenen Ärzte, allen Unkenrufe über den aussterbenden Arztberuf zum Trotz, stetig und auch in jüngster Zeit angestiegen. In 2007 lag die Zahl der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte mit über 134.000 so hoch wie nie. Nicht in gleichem Maße gewachsen ist dagegen die zu versorgende Bevölkerung (vgl. Abbildung 2). Während die Zahl der Ärzte gegenüber 2000 um 5% angestiegen ist, ist die Bevölkerungszahl praktisch konstant geblieben.

Die von der Ärzteschaft stark problematisierte Unterversorgung ist bei näherem Hinsehen ein Problem von einigen wenigen ländlichen Regionen. Die überwiegende

Mehrzahl der Planungsbereiche ist ausreichend versorgt. So ist mit Stand von 2006 gerade mal ein Planungsbereich (von 395) bezüglich der hausärztlichen Versorgung unterversorgt (Versorgungsgrad <75%). Bei den fachärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten ist dies jeweils 1 Planungsbereich (Versorgungsgrad < 50%). Bei Frauenärzten ist kein Planungsbereich unterversorgt. Dagegen stehen jeweils eine Vielzahl von Regionen mit Überversorgung (Versorgungsgrad >110%)³. In den unterversorgten Regionen können die ab 2010 einzuführenden Zuschläge auf den Orientierungswert für unterversorgte Regionen Anreize zum Abbau der Versorgungsprobleme liefern.

Wie steht es mit der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung? Im derzeitigen Streit um die Vergütungsreform spielt dieses Thema kaum eine Rolle. Die Kritik an der wenig koordinierten und episodisch durchgeführten Versorgung insbesondere chronischer Erkrankungen durch niedergelassene Ärzte bleibt trotz verschiedener Instrumente zur Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich sowie der Einführung von DMP-Programmen berechtigt. An dieser Stelle sei deutlich gesagt: Es soll hier nicht die Versorgungsqualität in Deutschland mit allgemeinen Vergleichen und „gefühlter“ Qualität schlecht geredet werden. Es zeigt sich aber im internationalen Vergleich, dass bspw. die Sterblichkeit bei einer Reihe von Krankheiten in Deutschland höher als in Ländern mit vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen ist. Dies gilt für Diabetes, Schlaganfall und Herzkrankheiten (vgl. Lauterbach, Stock, 2001⁴). Bei der Behandlung des Bluthochdrucks, ein Standardfall der Hausarztpraxis, zeigte eine vergleichende Studie, dass in Deutschland der Anteil der unzureichend eingestellten Patienten mit knapp zwei Drittel der höchste unter den 16 verglichenen Ländern war⁵.

Abbildung 2: Entwicklung der Arzt- und der Bevölkerungszahlen in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Versorgung durch Selektivverträge als Alternative zur Regelversorgung

Die durch die aktuelle Vergütungsreform von den Versicherten aufzubringende Aufstockung der ärztlichen Einkommen in Höhe mehrerer Milliarden Euro bekommen die Versicherten nicht durch eine bessere Versorgung zurück. Angesichts dieser Aussichten drängt sich die Suche nach Alternativen auf. Hier könnten selektivvertragliche Versorgungsformen zu prüfen sein, wobei drauf zu achten ist, die Unabhängigkeit von einem Monopolisten nicht durch die Anhängigkeit von einem Neuen zu erkaufen. Zwar ist nicht per se zu erwarten, dass diese für die Krankenkassen finanziell günstiger zu gestalten sind; es bestehen aber bessere Chancen auf die Vereinbarung von Versorgungszielen und damit einer Steigerung der Behandlungsqualität im Interesse der Versicherten. Der Hausarztvertrag zwischen AOK und Hausärzten in Baden-Württemberg wird sich sicher auch für die teilnehmenden Ärzte rechnen; er enthält aber auch eine Reihe von Elementen, die für die Versicherten Vorteile bringen können. Welches Unbehagen die KBV angesichts solcher Modelle bekommt, wird aus der polemischen Stellungnahme der KBV gegen das Modell deutlich (vgl. Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, August 2008)⁶.

Verbindliche und faire Bereinigungsvorschriften sind erforderlich

Bedingung für die Einführung von selektivvertraglichen Versorgungsmodellen nach den §§ 73b (Hausarztversorgung), 73c (besondere ärztliche Versorgung) und 140d SGB V (integrierte Versorgung) sind verbindliche und faire Bereinigungen der Gesamtvergütung. Der Gesetzgeber hat die Bereinigung zwingend vorgeschrieben und in der Gesetzesbegründung auch konkreter gefasst. Diese Vorgaben reichen aber nicht aus, um für die Krankenkassen auch im Konfliktfall mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine sichere Bereinigung und damit die Finanzierung der selektivvertraglichen Versorgung zu ermöglichen. Insoweit ist die Klärung der Bereinigungsfrage eine wesentliche Bedingung für die wettbewerbliche Entwicklung der Versorgung im ambulanten Bereich. Daher sind hierfür verbindliche Verfahren einzuführen. Diese müssen abgestimmt sein auf die durch die Vergütungsreform eingeführten Mechanismen zur Ermittlung der Gesamtvergütung und des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach den Regelungen des § 87a SGB V und § 87c SGB V. Auch bei der Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V auf die einzelnen Praxen sind diese Bereinigungen der Gesamtvergütung zu berücksichtigen.

Derjenige Betrag soll bereinigt werden, „den die Erfüllung des selektiv-

vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrages bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte“ (vgl. z.B. Begründung

zu § 73b Abs. 6 SGB V). Bereinigt werden dürfen hierbei selbstverständlich nur solche Leistungen, die auch in der kollektivvertraglichen Versorgung abrechenbar sind.

Bereinigt wird auf der Gesamtvergütungsebene die für die Ermittlung des morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfs entscheidende Größe, der Behandlungsbedarf je Versicherten gemäß § 87c Abs. 4 SGB V. Dieser wird multipliziert mit der voraussichtlichen Anzahl der Versicherten einer Krankenkasse und bewertet mit dem regionalen Punktwert, der einheitlich für alle Leistungen und alle Krankenkassen gilt und damit eindeutig festgelegt ist. Damit konzentriert sich die Bereinigung auf die Bereinigung der Leistungsmenge, nämlich dem Produkt aus Versicherungszahl X Behandlungsbedarf je Versicherter.

Die Bereinigung muss einerseits a priori möglich sein, d.h. die entsprechenden zu bereinigenden Leistungsmengen müssen vorab vom morbiditätsbedingtem Behandlungsbedarf abgezogen werden können. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen ihr Geld erst einmal bei den KVen abgeben und sich dann „zurückholen“ müssen. Andererseits muss das Bereinigungsverfahren in einer laufenden Vergütungsperiode zeitnah angewendet werden können. Eine weitere Anforderung ergibt sich aus dem Gesetz: nach den Bereinigungsregelungen in den §§ 73b, c und 140d SGB V soll Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist eine Bereinigung der Leistungsmenge auf Basis des versichertenbezogenen historischen Leistungsbedarfs für den zu bereinigenden Versorgungsauftrag möglich⁷. Diese Grundfigur entspricht der Logik des Bereinigungsverfahrens der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V zwischen KBV und Spitzenverbänden. Auf Basis der den Krankenkassen vorliegenden versichertenbezogenen Abrechnungsdaten können für jeden Versicherten und für den entsprechenden Versorgungsauftrag – sei es die komplette ambulante ärztliche Versorgung, die Hausarztversorgung oder die Versorgung bestimmter Leistungssegmente – die entsprechenden Mengenanteile bereinigt werden. Diese Leistungsmengen stellen den zu erwartenden Leistungsbedarf für die Versicherten bzgl. des Versorgungsauftrags des Selektivvertrags dar. Es sei angemerkt, dass die „Schätzgüte“ dieses „historischen“ Verfahrens vorzüglich ist und mindestens so gut ist wie diejenige von diagnosebezogenen Klassifikationssystemen. Sollten der Krankenkasse für teilnehmende Versicherte keine Informationen vorliegen, kann ein Pauschalbetrag zur Bereinigung angesetzt werden.

Im laufenden Vertragsjahr sind neu in die selektivvertragliche Versorgung eintretende Versicherte in analoger Weise zu bereinigen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass in die zu bereinigende Menge auch die bei der Ermittlung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten eingegangene Veränderungsrate der Morbidität eingeht. D.h., dass der historische Leistungsbedarf des Versicherten mit der vom Bewertungsausschuss festgelegten Steigerungsrate angehoben werden muss. Ferner muss die

zu bereinigende Leistungsmenge mit der restlichen Dauer des Vertragsjahrs gewichtet werden.

Für Rückkehrer aus der selektivvertraglichen Versorgung in die Regelversorgung ist die zuvor bereinigte Netto-Leistungsmenge gesteigert mit der Morbiditätsrate und gewichtet mit der restlichen Verbleibzeit in der Regelversorgung dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf einer Krankenkasse wieder zuzuführen. Auch für die Bereinigung im lfd. Vertragsjahr kann, wenn keine versichertenbezogenen Informationen vorliegen, ein für die Krankenkasse ermittelter Pauschalbetrag angesetzt werden.

Die für die Bereinigung erforderlichen Daten sind gemäß der §§ 73b und c sowie 140d SGB V von den Krankenkassen bereitzustellen. Dazu gehören Informationen über die Teilnehmer am Selektivvertrag, den Versorgungsauftrag sowie den entsprechenden historischen Leistungsbedarf der Versicherten.

Fazit: Wettbewerb um die beste Versorgung ohne Doppelfinanzierung

Angesichts der massiven Forderungen der Vertragsärzte nach immer mehr Honorar ist zu prüfen, inwieweit selektivvertragliche Versorgungsmodelle zumindest partiell eine Alternative darstellen können. Die ambulante ärztliche Behandlung in selektivvertraglichen Modellen wird nicht zu geringeren Honoraren für die teilnehmenden Ärzte bzw. nicht zu niedrigeren Ausgaben für die Krankenkassen führen. Es besteht aber die Chance, jenseits des

Kollektivvertrags wettbewerbliche Strukturen aufzubauen, die stärker als bisher an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und an Versorgungszielen ausgerichtet sind. Durch das skizzierte Bereinigungsverfahren ist eine sichere und faire Vermeidung von Doppelfinanzierungen möglich.

Fußnoten:

* Zum Zeitpunkt des Druckes.

- 1 Schauenburg, B., Behrend, C. & Staffeldt, T. 2007. Honorare ohne Grenzen: die ärztliche Vergütung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2, 2007.
- 2 BMG-Papier 2006. Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft.
- 3 Klose, J. Rehbein, I., Uhlemann, T. (2007). Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn.
- 4 Lauterbach, KW, Stock, S. (2001). Medizinische Versorgung in Deutschland: Bedarfsgerecht und wirtschaftlich? In: Neue Antworten sind gefragt: versorgt uns die Medizin noch bedarfsgerecht?; Unter-, Über-, Fehlversorgung im Gesundheitswesen / Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn 2001.
- 5 Boersma E, Keil U, De Bacquer D et al.: Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. J Hypertension 2003; 21: 1831-1840.
- 6 Kassenärztliche Bundesvereinigung, August 2008: Die Rückseite des Bierdeckels, eine Information der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 13.08.2008, oder im Internet unter der KBV-Seite, Gesundheitspolitik 2008.
- 7 Ab 2010 ist das Bereinigungsverfahren auf den dann einzuführenden Mechanismus der Leistungsmengenermittlung mit dem Versichertenklassifikationssystem anzupassen.

Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht



Der medizinische Behandlungsfehler

Beiträge des 3. Deutsch-Türkischen Symposiums zum Medizin- und Biorecht

Herausgegeben von Prof. Dr. Henning Rosenau und Prof. Dr. Hakan Hakeri

2008, Band 1, 231 S., brosch., 58,- €, ISBN 978-3-8329-3694-5

Die ins Feinste verästelte zivilrechtliche Haftung für medizinische Behandlungsfehler bringt viele Probleme mit sich. Dem geht der Band nach und untersucht Alternativen zu dieser Arzthaftung, wie kollektive Schadensmodelle, Versicherungslösungen, Schlichtungsstellen und Reporting-Systeme sowie die Eingrenzung der Strafbarkeit bei medizinischen Behandlungsfehlern.



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de