

# Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

## – Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen

Seit der Gesundheitsreform 2007 ist bei Selektivverträgen eine Bereinigungspflicht für die vertragsärztliche Gesamtvergütung vorgesehen. Jedoch sind die gesetzlichen Vorgaben zum anzuwendenden Bereinigungsverfahren überaus offen gehalten. Ohne eine Konkretisierung des Verfahrens kann jedoch eine Einigung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über eine Kürzung der Gesamtvergütung als äußerst unwahrscheinlich angesehen werden. Dieser Beitrag stellt zwei mögliche Bereinigungsverfahren für die vertragsärztliche Vergütung im Detail vor. Die Verfahren werden im Hinblick auf die Genauigkeit des berechneten Bereinigungsbetrags sowie auf Verhandlungsanfälligkeit und technischen Umsetzungsaufwand diskutiert.

■ Sabine Schulze, Antje Schwinger<sup>1</sup>

### 1. Einleitung

Schon seit einigen Jahren stehen Kassen und Leistungs erbringern in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im vertragsärztlichen Bereich mehrere Optionen für selektive Verträge zur Verfügung. Die bestehenden Rahmenbedingungen werfen jedoch mitunter noch immer Schwierigkeiten für den Abschluss der Selektivverträge auf. Die sogenannte „Bereinigungsproblematik“ stellt dabei ohne Zweifel, v.a. für die Krankenkassen, eines der zentralen Hindernisse dar (SVR Gesundheit 2007; Cassel et al. 2006).

Die „Bereinigungsproblematik“ – genau genommen, das Problem der „Kürzung kollektivvertraglicher Vergütungsansprüche“ – entsteht durch die Verletzung der Grundlogik, dass untereinander im Beitragswettbewerb stehende Krankenkassen kein Interesse daran haben können, für bestimmte Versorgungsleistungen doppelte Vergütungsbeträge zu zahlen. Die Gefahr einer Doppelfinanzierung ist potenziell bei allen Versorgungsaufträgen gegeben, für die einerseits ein Selektivvertrag abgeschlossen wurde und für die andererseits unveränderte kollektiv-

vertragliche Vergütungsansprüche bedient werden müssen. Das ist in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der Gesamtvergütung der Fall.

Zur Verhinderung möglicher Doppelfinanzierungen, muss immer dort, wo Selektivverträge kollektivvertragliche Leistungen substituieren, eine konsequente Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütungsansprüche erfolgen. Unter dieser Bedingung würden Selektivverträge sowohl für Kassen als auch für Leistungserbringer an Attraktivität gewinnen. Die Bereinigung erhöht nicht nur die Anreize der Kassen zum Abschluss eines Selektivvertrags, sondern auch die der Leistungserbringer, da die Bereinigung den Kassen eine gesicherte Finanzierung der selektiven Verträge ermöglicht.

Dieser Beitrag setzt sich mit der Frage der technischen Möglichkeiten für eine Bereinigung der künftigen vertragsärztlichen Gesamtvergütung (ab 2009) auseinander<sup>2</sup>. Einführend werden die gesetzlichen Grundlagen kurz vorgestellt (Kapitel 2). Im Mittelpunkt des Beitrags steht die konkrete Auseinandersetzung mit technisch möglichen Bereinigungsverfahren (Kapitel 3). In Anschnitt 3.1 werden dazu Anforderungen an Bereinigungsverfahren aufgestellt und allgemeine Ansatzpunkte dargelegt. Darauf aufbauend können in Anschnitt 3.2 und 3.3 zwei Bereinigungsverfahren konkret entwickelt und bewertet werden. Der Beitrag endet mit einer Zusammenfassung zentraler Ergebnisse und einem Ausblick auf weitere For-

Sabine Schulze, wissenschaftliche Mitarbeiterin im wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Bonn;  
Antje Schwinger, wissenschaftliche Mitarbeiterin im IGES Institut GmbH, Berlin

schungsaufgaben und mögliche gesetzgeberische Erleichterungen zur Lösung der Bereinigungsfrage im vertragsärztlichen Bereich.

## 2. Die gesetzlichen Grundlagen für eine Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

Eine „Sonderlösung“ des Bereinigungsproblems besteht seit 2004 für die integrierte Versorgung. Durch die 1%-Anschubfinanzierung stehen dort noch bis Ende 2008 unmittelbar Finanzmittel für Selektivverträge zur Verfügung. Ohne Zweifel begründet das die derzeit hohe Vertragsdynamik. Trotzdem hat auch die Anschubfinanzierung klare Grenzen. Unmittelbar nach der volumenmäßigen und zeitlichen Ausschöpfung der 1%-Mittel wird daher die Bereinigungsfrage aufgeworfen. Zudem stellt eine pauschale Abzugsquote keine sachgerechte Bereinigungslösung dar. Denn ein Abzug erfolgt unabhängig davon, ob durch die Selektivverträge eine tatsächliche Leistungssubstitution im kollektivvertraglichen Bereich erfolgt.

Abgesehen von der Anschubfinanzierung, die allein der integrierten Versorgung vorbehalten ist, entsprechen sich die ansonsten bestehenden gesetzlichen Bereinigungsvorgaben weitestgehend bei den Vertragstypen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b SGB V), der besonderen ambulanten Versorgung (§ 73 c SGB V) und der integrierten Versorgung (§ 140 a ff. SGB V). Sie beinhalten die Pflicht der Vertragspartner der Gesamtverträge, die Gesamtvergütungen zu bereinigen. Ab 2009 ist dazu der Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 Satz 2 zu bereinigen, und zwar entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie nach dem im jeweiligen Selektivvertrag vereinbarten Versorgungsauftrag. Damit sind die unmittelbaren gesetzlichen Vorgaben für das anzuwendende technische Bereinigungsverfahren überaus offen gehalten. Die konkrete Ausgestaltung ist den Verhandlungen der Vertragsparteien überlassen. Die Gesetzesbegründung für § 73 b SGB V führt hierzu aus, dass weitgehend exakte und sachgerechte Verfahren zur Bereinigung der Gesamtvergütungen zu vereinbaren sind. Wird keine Einigung erzielt, kann das Schiedsamt angeufen werden.

Obwohl die gesetzlichen Vorgaben eine Bereinigungspflicht für die vertragsärztliche Gesamtvergütung enthalten, ist kaum zu erwarten, dass eine Bereinigung auf dem vorgesehenen Verhandlungsweg zwischen den Vertragspartnern der Gesamtvergütung zustande kommen wird. Die zentrale Problematik liegt u.a. darin, dass seitens der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) rationalerweise kein Interesse an einer Kürzung ihrer Gesamtvergütung bestehen wird. Deshalb ist zu vermuten, dass eine Bereinigung ggf. erst durch eine Schiedsamtentscheidung herbeigeführt werden kann. Schon bei der vom technischen Verfahren her recht klar vorgegebenen 1%-Anschubfinanzierung kommt es häufig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Rechtmäßigkeit des Mitelabzugs aus der Kollektivvergütung (Renzewitz 2007).

Umso wichtiger ist es daher, dass neben der Bereinigungspflicht auch die anzuwendenden Bereinigungsverfahren hinreichend durch den Gesetzgeber geklärt sind. Das wirft die Frage nach möglichen technischen Bereinigungsverfahren für die vertragsärztliche Gesamtvergütung auf.

## 3. Mögliche Bereinigungsverfahren für die vertragsärztliche Gesamtvergütung

Zur Einführung in eine Auseinandersetzung mit konkreten technischen Bereinigungsverfahren werden im Folgenden zunächst einige Grundanforderungen aufgestellt. Im Anschluss werden dann zwei konkrete Bereinigungsansätze für die vertragsärztliche Gesamtvergütung dargestellt und anhand dieser Anforderungen bewertet.

### 3.1 Allgemeine Anforderungen an technische Bereinigungsverfahren

Als allgemeine Anforderungen für mögliche Bereinigungsverfahren kann festgehalten werden:

*Anforderung 1: Das Bereinigungsverfahren muss eine möglichst exakte Schätzung dessen liefern, was der Versorgungsauftrag des jeweiligen Selektivvertrags in der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte (Cassel et al. 2006).*

Dieser Bereinigungslogik entspricht bereits die gesetzliche Vorgabe, wonach die Vertragspartner der Gesamtverträge verpflichtet sind „zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag, den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte.“ (Begründung des GKV-WSG zu § 73 b und zu § 73 c SGB V).

*Anforderung 2: Das anzuwendende Bereinigungsverfahren muss für die Akteure nachvollziehbar sein und darf nicht verhandlungsanfällig sein.*

*Anforderung 3: Das Bereinigungsverfahren muss möglichst einfach und mit geringem Aufwand umsetzbar sein.*

Neben diesen Anforderungen es sinnvoll, vorab zwei prinzipiell unterschiedliche Ansätze für technische Bereinigungsverfahren im vertragsärztlichen Bereich darzulegen. Sie ergeben sich aus der Konzeption der vertragsärztlichen Vergütung. Um die Bereinigungsansätze dieses Beitrags nachvollziehen und bewerten zu können, bietet es sich an, sich zuerst noch einmal die drei Ebenen der vertragsärztlichen Vergütung in Erinnerung zu rufen.

Auf der ersten Ebene des Vergütungssystems wird jede Kasse ab 2009 eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zahlen (§ 87 a SGB V). Dazu wird für jede Kasse ein Behandlungsbedarf in Punkten in Relation zur Zahl und Morbidität ihrer Versicherten definiert. Dieses Punktzahlvolumen wird zu festen Preisen (Punktwerten) vergütet. Auch wenn die mengenbegrenzende Gesamtvergütungsebene künftig eine dynamischere Form annimmt, bleibt sie grundsätzlich bestehen. Im neuen Vergütungssystem

besteht daher kein Automatismus, wonach eine Substitution von Leistungen des Kollektivsystems durch selektive Versorgungsverträge zugleich zu einer Reduzierung der Vergütungsansprüche der KVen führen würde. D.h., die Bereinigungsfrage ist nach wie vor zu lösen.

Auf der dritten Ebene des vertragsärztlichen Vergütungssystems befinden sich die Einzelärzte. Sie rechnen nach den Vorgaben des EBM Leistungen ab und bekommen diese ab 2009 zu festen Punktwerten vergütet (§ 87 SGB V). Die Summe der anfallenden Einzelabrechnungen wird jedoch auch künftig nicht dem prospektiv als Gesamtvergütung vereinbarten Behandlungsbedarf entsprechen. Daher ist weiterhin eine zweite Ebene zwischen Einzelärzten und Gesamtvergütung zwischengeschaltet; arztbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) sollen die Inkongruenz zwischen Gesamtvergütungs- und Einzelvergütungsebene auflösen (§87 b SGB V). Abbildung 1 zeigt eine Übersicht über die drei Ebenen des vertragsärztlichen Vergütungssystems.

Für die Berechnung des Bereinigungsbetrags ergeben sich vor diesem Hintergrund zwei Verfahren: Zum einen kann der Bereinigungsbetrag ausgehend von der Einzelarztelebene (dritte Ebene) ermittelt werden. Dieses Verfahren orientiert sich daran, welche Ausgaben für die selektivvertragliche Versorgung auf der Einzelarztelebene des Kollektivsystems angefallen sind. Zum anderen kann der Bereinigungsbetrag auf der Gesamtvergütungsebene (erste Ebene) ermittelt werden. Aufgrund der geschilderten Inkongruenz zwischen der ersten und dritten Vergütungsebene wird der Bereinigungsbetrag bei den beiden Ansätzen unterschiedlich ausfallen. Festzuhalten ist, dass sich die beiden Ansätze nur auf ein unterschiedliches Vorgehen zur Ermittlung des Bereinigungsbetrags beziehen. Der tatsächliche Abzug findet stets auf der Gesamtvergütungsebene (erste Ebene) statt. Bereinigt wird im-

mer die vertragsärztliche Gesamtvergütung der jeweiligen KV. Denn dort entfällt der Versorgungsauftrag, den die Kassen für ihre Versicherten nicht mehr über den Kollektivvertrag, sondern über Selektivverträge abdecken.

Für beide Verfahren kann unterschieden werden, ob die Selektivverträge alle vertragsärztlichen Leistungen<sup>3</sup> umfassen oder als indikationsspezifische Verträge nur Teile des Versorgungsbedarfs abbilden (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1: Die verschiedenen Fälle von Bereinigung**

Bereinigungsansatz Versorgungsauftrag des Selektivvertrags	„Einzel- arzt- ebene“	„Gesamt- vergütungs- ebene“
Alle Leistungen	A 1	B 1
Indikationsspezifisch	A 2	B 2

Quelle: eigene Darstellung

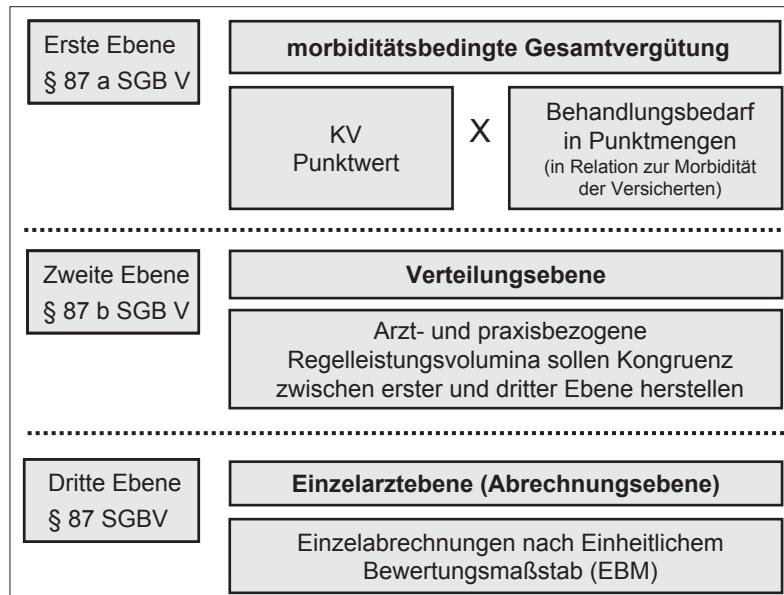
## 3.2 Ansatz I: Ermittlung des Bereinigungsbetrags auf Einzelarztelebene

### 3.2.1 Herleitung des Bereinigungsverfahrens „Einzelarztelebene“

Die Ermittlung des Bereinigungsbetrags auf der Einzelarztelebene orientiert sich daran, welche Leistungen bisher auf der Einzelarztelebene des vertragsärztlichen Kollektivsystems abgerechnet wurden. Das Verfahren basiert auf den individuellen, für die jeweiligen Versicherten bisher auf der Einzelarztelebene angefallenen Aufwänden.

Ein auf diesem Prinzip beruhender Ansatz wurde im Jahr 2000 für die integrierte Versorgung in der damals notwendige Rahmenvereinbarung nach § 140 d SGB V vereinbart. Die in der Rahmenvereinbarung ausgearbeiteten Berechnungen beschränkten sich auf Selektivverträge, bei denen ein Versicherter ganz aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidet (Feld A 1 in Tabelle 1). Für jeden teilnehmenden Versicherten sollte dazu ermittelt werden, welche intrabudgetären Punktmengen durchschnittlich in den letzten vier Quartalen vor der Einschreibung angefallen waren. Diese Punktmengen wurden dann preislich bewertet. Mit Hilfe des „Formblatts 3“ wurde der kassenspezifische Auszahlungspunktwert berechnet. Der Bereinigungsfaktor bestimmte sich durch die Multiplikation der ermittelten Punktmenge mit dem Auszahlungspunktwert zzgl. der durchschnittlichen Sachkosten je Versicherten. Dieser Betrag wurde mit der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten multipliziert und sollte im Zeitverlauf mit der für die Gesamtvergütung vereinbarten Veränderungsrate fortgeschrieben werden.<sup>4</sup> Seit der Entwicklung dieses Ansatzes haben sich zwar durch das GMG und insbesondere durch das GKV-WSG sowie durch Änderungen im Datenträgeraustausch<sup>5</sup> die Voraussetzungen ein-

**Abbildung 1: Die drei Ebenen des vertragsärztlichen Vergütungssystems**



Quelle: eigene Darstellung

wenig verändert, der in diesem Kapitel vorgestellte Bereinigungsansatz „Einzelarztabene“ kann jedoch, dessen ungeachtet, grundsätzlich auf dem damaligen Bereinigungsmodell aufbauen.

Das Bereinigungsverfahren „Einzelarztabene“ wird im Folgenden in vier Schritten dargestellt: (1) Abgrenzung der Leistungspositionen, (2) Ermittlung der Leistungsmengen, (3) monetäre Bewertung der Leistungsmengen und (4) Datenbasis.

### (1) Abgrenzung der Leistungspositionen

Damit der Bereinigungsbetrag dem entspricht, „was die Versorgung im Kollektivvertrag gekostet hätte“, muss im ersten Schritt ermittelt werden, welche Leistungen aufgrund des Selektivvertrags im Kollektivsystem entfallen. Dafür müssen die Versorgungsinhalte dargelegt werden, die vom Selektivvertrag abgedeckt sind. Das erfolgt anhand der Positionen des EBM<sup>6</sup>. Durch die Orientierung am EBM ist sichergestellt, dass sich die Bereinigung nur auf Leistungen bezieht, die ansonsten auch in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Zusatzleistungen des Selektivvertrags werden nicht bereinigt. Darüber hinaus sind bei einer Bereinigung grundsätzlich nur intrabudgetäre Leistungspositionen zu berücksichtigen<sup>7</sup>.

Bei einer Bereinigung des gesamten Leistungsbedarfs eines Versicherten (Feld A 1) gehen alle intrabudgetären Gebührenordnungspositionen in die Berechnung ein. Für Selektivverträge, die als indikationsspezifische Modelle lediglich einen Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassen (Feld A 2), müssen die Leistungen des Selektivvertrags definiert werden. Damit der Versorgungsauftrag eines indikationsspezifischen Selektivvertrags im Kollektivsystem „abbildbar“ bleibt, muss er den Strukturen des EBM folgen.

Auch der Gesetzgeber erachtet es als „zweckmäßig“ für „die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfanges des Bereinigungsvolumens (...) auf die einschlägigen Gebührenpositionen [des EBM] zurückzugreifen“ (Begründung zum GKV-WSG § 73 b zu Absatz 7). Hier stehen die Vertragspartner der indikationsspezifischen Selektivverträge in der Pflicht, die Versorgungsaufträge der Selektivverträge so zu formulieren, dass eine Zuordnung zu den Gebührenordnungspositionen des Kollektivsystems möglich ist. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die bei der hausärztlichen Versorgung anstehenden Änderungen des EBM mit einer stärkeren Pauschalisierung der Vergütung eine Bereinigung der Gesamtvergütung um Selektivverträge der hausarztzentrierten Versorgung künftig erleichtern dürfte.

### (2) Ermittlung der Leistungsmengen

Im nächsten Schritt muss bestimmt werden, in welcher Menge die in Schritt (1) identifizierten selektivvertraglichen Leistungen im Kollektivsystem entfallen. Da die punktgemäße Bewertung der Leistungen durch den EBM vorgeben ist, kann man sich auf die Ermittlung der

Häufigkeiten der abgerechneten Leistungen beschränken.

Die Abrechnungshäufigkeiten lassen sich aus den Einzelfallnachweisen (EFN) ermitteln. Sie sollten aus den letzten vier Abrechnungsquartalen stammen, die unmittelbar vor dem Wechsel des Versicherten in den Selektivvertrag liegen. Aus den Leistungen und deren Abrechnungshäufigkeiten ergibt sich die für einen Versicherten im Kollektivsystem angefallene Leistungsmenge in Punkten.

Sehr wahrscheinlich werden sich nicht alle Versicherten einmal im Jahr zu einem festen Stichtag in den Selektivvertrag einschreiben. Dementsprechend kann eine quartalsweise Bereinigung durchgeführt werden. Um dann die durchschnittliche Leistungsmenge pro Quartal zu erhalten, muss die ermittelte Leistungsmenge eines Versicherten durch vier geteilt werden. Diese unterjährigen Anpassungen entsprechen vom Prinzip her den heutigen Korrekturen der Gesamtvergütungsbeträge aufgrund von Veränderungen bei den Versichertenzahlen, die z.B. durch Sterbefälle oder Kassenwechsel entstehen. Es ist anzunehmen, dass es auch nach der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung weiterhin unterjährige Adjustierungen geben wird.

Ein Problem bei der Ermittlung der Bereinigungspunktsumme eines Versicherten, ergibt sich für diejenigen Versicherten, die vor ihrem Eintritt in die selektivvertragliche Versorgung gar nicht bei der jetzigen Kasse versichert waren und für die somit auch keine Leistungsdaten der letzten vier Abrechnungsquartale zur Verfügung stehen. Für diese Versicherten kann eine z. B. nach Geschlecht und Altersgruppen ermittelte durchschnittliche Bereinigungspunktsumme derjenigen eingeschriebenen Versicherten herangezogen werden, für die Leistungsdaten der letzten vier Abrechnungsquartale verfügbar waren.

Für die Folgeperioden einer Bereinigung entwickelt sich dann die gekürzte Gesamtvergütung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 87a SGBV fort. Jedoch muss auch abgebildet werden, inwieweit sich das im Selektivvertrag eingeschriebene Versichertenklientel verändert (Strukturkomponente). Für „Neuzugänge“ in den Selektivvertrag sowie für Versicherte, die den Selektivvertrag wieder verlassen, muss dazu jeweils der individuelle Leistungsbedarf – wie oben beschrieben – ermittelt werden. Nach einer „Erstbereinigung“ verringert sich die Gesamtvergütung in jeder Folgeperiode um die Punktmengen der Versicherten, die dem Selektivvertrag zusätzlich beitreten. Sie erhöht sich um die Punktmengen derer, die den Selektivvertrag verlassen.

### (3) Monetäre Bewertung der Leistungsmengen / Punktwerte

Die in Schritt (2) ermittelten „Bereinigungspunktsummen“ müssen nun im dritten Schritt preislich bewertet werden, um den Bereinigungsbetrag zu erhalten. Preisparameter der vertragsärztlichen Vergütung sind dabei die sog. Punktwerte.

Künftig wird für jede KV ein kassenartenübergreifender Punktwert vereinbart. Damit werden allerdings nur die Leistungsmengen vergütet, die ein Arzt innerhalb seines RLV erbringt. Darüber hinausgehende Leistungsmengen werden mit abgestaffelten Punktwerten vergütet (§ 87b (2) SGB V). Bei der Ermittlung der individuellen Leistungsmengen der Versicherten (siehe Schritt (2)) kann nicht differenziert werden, ob die auf Einzelarztelebene erbrachten Leistungen innerhalb oder außerhalb der RLV erbracht wurden. Daher kann zur preislichen Bewertung nicht der kassenartenübergreifend vereinbarte feste Punktwert der KV herangezogen werden. Die Leistungsmengen müssen weiterhin mit einem durchschnittlichen Auszahlungspunktwert bewertet werden. Dazu kann nach wie vor auf die sog. „Formblatt 3 Punktwerte“ zurückgegriffen werden. Sie ergeben sich als Division der intrabudgetären Punktmengen mit der gezahlten Gesamtvergütung der Kasse<sup>8</sup>. Der Gesetzgeber empfiehlt dieses Vorgehen in der Begründung der Bereinigungsvorgaben zu den §§ 73 b (7), 73 c (6) und 140 d (2) SGB V (Begründung des 14. Ausschusses zum GKV-WSG).

Nach der Bewertung der Bereinigungspunktsummen mittels der „Formblatt 3 Punktwerte“ ist der Bereinigungsbetrag bestimmt. Einen Überblick über die Schritte des Bereinigungsansatzes „Einzelarztelebene“ gibt Abbildung 2.

## (4) Datenbasis

Eine qualitativ angemessene und zwischen den Vertragspartnern konsentierte Datenbasis bildet eine wichtige Voraussetzung für die Berechnung des Bereinigungsbetrags. Dafür sind einige Voraussetzungen bereits vorhanden. Die Krankenkassen erhalten von den KVen im Zuge des Datenträgeraustauschs versichertenbezogene ambulante Abrechnungs- und Diagnosedaten. Im Rahmen der Umsetzung von § 87 a SGBV werden KVen künftig die für die Vereinbarung der Gesamtvergütung erforderlichen Versichertenstammdaten erhalten (§ 87a (6) SGB V). Die Kassen sind zudem verpflichtet, die „für das Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten“ (§ 73 b (7) SGB V) an die Gesamtvertragspartner zu übermitteln. Der Gesetzgeber geht somit davon aus, dass die für ein Bereinigungsverfahren notwendigen Datenlieferungen vereinbart werden können. Berücksichtigt man jedoch den Einwand, dass eine einvernehmliche Einigung über die Bereinigung kaum auf dem Verhandlungsweg zwischen den Vertragspartnern der Gesamtverträge zustande kommen wird

(Kapitel 2), kann auch über die zur Bereinigung notwendigen Datenlieferungen vermutlich nur schwer ein Konsens erzielt werden.

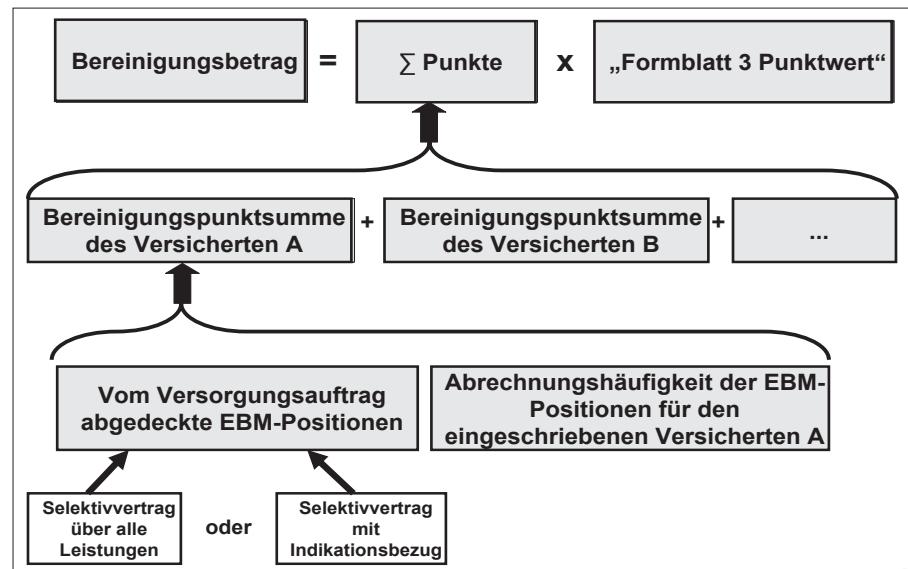
### 3.2.2 Bewertung des Bereinigungsverfahrens „Einzelarztelebene“

Im Folgenden wird der Bereinigungsansatz „Einzelarztelebene“ anhand der in Abschnitt 3.1 aufgestellten Anforderungen analysiert.

Anforderung 1 sieht vor, dass das anzuwendende Bereinigungsverfahren eine möglichst exakte Schätzung dessen liefern muss, was der Versorgungsauftrag des Selektivvertrags ansonsten in der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte. Der Bereinigungsansatz „Einzelarztelebene“ setzt zur Ermittlung des Bereinigungsbetrags bei den Leistungen und Leistungsmengen an, die in der Vergangenheit für die jeweiligen Versicherten tatsächlich angefallenen sind. Auch wenn ein rechnerisch ermittelter Punktwert zur Bewertung der entfallenden Leistungsmengen herangezogen wird, entspricht eine Berechnung des Bereinigungsbetrags nach diesem Verfahren grundsätzlich dem Betrag, den die selektiv vertragliche Versorgung „im Kollektivsystem gekostet hätte“.

Aufgrund der Inkongruenz zwischen der ersten und dritten Ebene des vertragsärztlichen Vergütungssystems (s.o.) entspricht der nach dem Einzelarztansatz ermittelte Betrag nicht dem Betrag, der bei der Kasse, im Rahmen der von ihr zu entrichtenden Gesamtvergütung, für diesen Versorgungsauftrag angefallen wäre. Der Bereinigungsbetrag des Ansatzes „Einzelarztelebene“ entspricht statt dessen dem, was die selektivvertragliche Versorgung innerhalb des KV-Budgets gekostet hätte. Diesen Unterschied – der Zugleich dem Unterschied zwischen den bei-

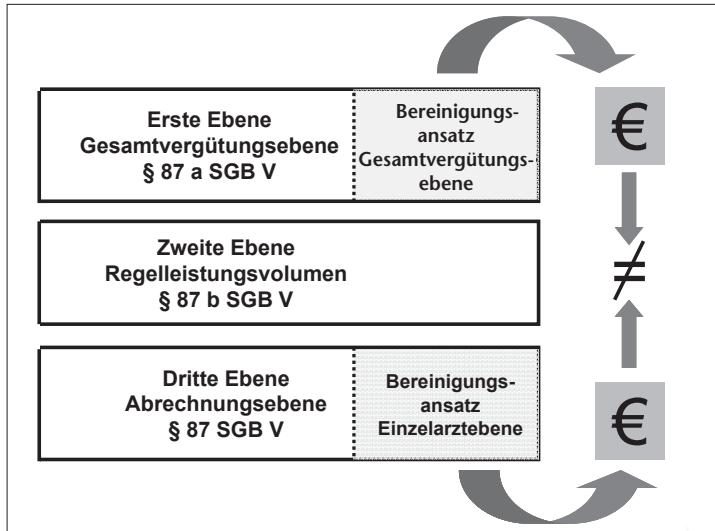
Abbildung 2: Bereinigungsansatz „Einzelarztelebene“



Quelle: eigene Darstellung

den Bereinigungsansätzen „Einzelarztabene“ und „Gesamtvergütungsebene“ entspricht – zeigt Abbildung 3.

**Abbildung 3: Unterschiede zwischen den Bereinigungsansätzen**



Quelle: eigene Darstellung

Problematisch beim Einzelarztansatz ist, dass allein Leistungsmengen und nicht die Morbidität der Versicherten aus der Berechnung der Gesamtvergütung entfernt werden. Da zukünftig die Morbidität der Versicherten ausschlaggebend ist für den Vergütungsanstieg im Kollektivsystem, kann dieser damit nach einer Bereinigung tendenziell zu hoch ausfallen. Dies wird insbesondere relevant, wenn große Teile der Versicherten nicht mehr über den Kollektivvertrag versorgt werden, sondern in Selektivverträgen eingeschrieben sind.

Anforderung 2 verlangt, dass das anzuwendende Bereinigungsverfahren für die Akteure nachvollziehbar sein muss und nicht „verhandlungsanfällig“ sein darf. Der vorgestellte Ansatz eines auf der Einzelarztabene ansetzenden Bereinigungsverfahrens würde nicht nur die derzeitigen gesetzlichen Bereinigungsvorgaben präzisieren, eine Vorgabe dieses Verfahrens würde auch dazu führen, dass im Streitfall die Handlungsfähigkeit der Schiedsämter deutlich erhöht würde. Dies gilt aber – ohne den weiteren Ausführungen vorwegzugreifen – auch für das im Anschluss vorgestellte Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“.

Verhandlungsanfälligkeiten ergeben sich beim Bereinigungsansatz „Einzelarztabene“ für die Abgrenzung derjenigen Leistungspositionen (EBM-Positionen), die der Versorgungsauftrag des Selektivvertrags umfasst. Die Definition des Versorgungsauftrags muss von den Kollektivvertragspartnern anerkannt werden. Auch bei den Rahmenvereinbarungen über die Qualitätssicherung der Datenbasis und die Berechnungshoheit über die Bereinigung können sich Verhandlungsanfälligkeiten ergeben, so dass diese Fragen ggf. nicht auf dem Verhandlungsweg geklärt werden können. Damit wird deutlich, dass zwar die Technik der Berechnung des Bereinigungs-

betrags beim Einzelarztansatz nicht verhandlungsfähig ist, dass aber die auszuhandelnden Rahmenbedingungen

- zur Leistungsabgrenzung sowie zu den Datengrundlagen – Probleme auftreten können. Um die Anwendung des Bereinigungsverfahrens zu verbessern, wäre eine Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben oder ggf. Vorgaben durch den Bewertungsausschuss in Hinblick auf diese Aspekte zu befürworten.

Nach Anforderung 3 muss ein Bereinigungsverfahren möglichst einfach und mit geringem Aufwand umsetzbar sein. Der Bereinigungsansatz „Einzelarztabene“ erfordert für jeden eingeschriebenen Versicherten eine individuelle Berechnung der bisher im Kollektivsystem angefallenen Leistungsmengen. Damit stellen sich hohe Anforderungen an die Datenbasis. Zudem ist die Berechnung des Bereinigungsbetrags verhältnismäßig aufwändig. Für Selektivverträge, die nur einen Teil des vertragsärztlichen Leistungsspektrums abdecken, kommt hinzu, dass die Daten unterhalb der Fallebene analysiert werden müssen. Daraus erwachsen hohe Anforderungen an die fachlichen, aber auch EDV-technischen Ressourcen. Außerdem muss ein rechnerischer Bereinigungspunktwert ermittelt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Bereinigungsverfahren, das auf der Einzelarztabene ansetzt, mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Alle notwendigen Daten stehen jedoch bereits heute zur Verfügung, wodurch dieser Ansatz prinzipiell praktikabel ist. Man sollte sich stets vergegenwärtigen, dass der mit diesem Verfahren ermittelte Bereinigungsbetrag nicht dem entspricht, was die entfallende kollektivvertragliche Versorgung die Kasse „gekostet hätte“, sondern dem, was sie auf Einzelarztabene innerhalb des KV-Budgets gekostet hätte.

### 3.3 Ansatz II: Ermittlung des Bereinigungsbetrags auf Gesamtvergütungsebene

#### 3.3.1 Herleitung des Bereinigungsverfahrens „Gesamtvergütungsebene“

Eine Ermittlung des Bereinigungsbetrags auf der Gesamtvergütungsebene orientiert sich im Gegensatz zum Ansatz „Einzelarztabene“ daran, welche Beiträge für den Versorgungsauftrag eines Selektivvertrags in der kollektivvertraglichen Versorgung auf der Gesamtvergütungsebene angefallen wären.

Ab 2009 werden die bisherigen Kopfpauschalen in Euro pro Mitglied auf der Gesamtvergütungsebene durch einen morbiditätsorientierten Leistungsbedarf in Punkten ersetzt. Dieser wird mit Hilfe eines Patientenklassifikationsverfahrens (PKS) ermittelt. 2005 wurde dazu vom Bewertungsausschuss das HCC-Verfahren der Firma Urix ausgesucht. Eine vollständige Anpassung des PKS sowie die Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Gesamtvergütung sind noch nicht erfolgt. Fest steht, dass

die Versicherten künftig anhand von Diagnoseinformationen und mit Hilfe des PKS in Morbiditäts- bzw. Risikoklassen gruppiert werden. Für jede Risikoklasse wird ein standardisierter Behandlungsbedarf in Form von Relativgewichten ermittelt<sup>9</sup>. Risikoklassen und Relativgewichte werden kassenartenübergreifend und bundesweit vom Bewertungsausschuss vorgegeben. Das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ baut auf diesem neuen Verfahren der vertragsärztlichen Gesamtvergütung auf. D.h., die Gesamtvergütung wird um die auf der Gesamtvergütungsebene entfallende und in Euro bewertete Morbidität bereinigt. Im Folgenden wird das Verfahren zunächst für jene Selektivverträge hergeleitet, die alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung umfassen (Feld B 1 in Tabelle 1). Anschließend wird das Verfahren für indikationsbezogene Selektivverträge (Feld B 2) dargestellt. Wie schon beim Bereinigungsverfahren „Einzelarztabene“ erfolgt die Herleitung in vier Schritten: (1) Abgrenzung der Leistungspositionen, (2) Ermittlung der Leistungsmengen, (3) monetäre Bewertung der Leistungsmengen und (4) Datenbasis.

### *3.3.1.1 Selektivverträge, die alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung umfassen*

#### **(1) Abgrenzung der Leistungspositionen**

Wenn der Versorgungsauftrag des Selektivvertrags alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung umfasst, kann die Bereinigung auf Gesamtvergütungsebene mithilfe der vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Relativgewichte durchgeführt werden. D.h., die Gesamtvergütung wird, wie vom Gesetzgeber formuliert, „um die Zahl und Morbiditätsstruktur“ der in den Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten bereinigt (§ 73 b (7), § 73 c (6) und § 140 d (2) SGB V). Eine Abgrenzung der Leistungspositionen ist dann für das Bereinigungsverfahren nicht notwendig.

#### **(2) Ermittlung der Höhe der Leistungsmengen**

Zur Berechnung des Bereinigungsbetrags nach dem Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ muss zunächst die durchschnittliche Morbidität der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten ermittelt werden. Dazu werden die Relativgewichte der eingeschriebenen Versicherten summiert und durch die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten dividiert<sup>10</sup>. Das Ergebnis ist ein durchschnittliches Relativgewicht bzw. der durchschnittliche Morbiditätsfaktor der in den Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten. Um einen Bereinigungsbetrag in Punkten zu erhalten, wird der durchschnittliche Morbiditätsfaktor mit einem standardisierten Leistungsbedarf pro Versichertem multipliziert<sup>11</sup>. Der standardisierte Leistungsbedarf pro Versichertem ergibt sich aus dem für die Gesamtvergütung vereinbarten Gesamtpunktzahlvolumen einer Kasse dividiert durch die Zahl ihrer Versicherten. Allerdings ergibt sich aus der Logik des § 87 c SGB V, dass die standardisierten Punktmengen je Krankenkasse unterschiedlich sein werden – im Gegensatz zu den bun-

desweit und kassenartenübergreifend einheitlichen Relativgewichten<sup>12</sup>.

Neben den prospektiv für das Folgejahr vereinbarten Punktmengen müssen die Kassen den KVn auch jene Leistungen vergüten, die sich „aus einem bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben“ (§ 87 a (3) Satz 4 SGB V). D.h., der für ein Jahr ursprünglich festgelegte Behandlungsbedarf pro Versichertem, kann sich am Ende des Jahres verändern. In diesem Fall wird auch der Bereinigungsbetrag retrospektiv angepasst werden müssen. Sobald der Bewertungsausschuss zu diesem Veränderungsfaktor genauere Vorgaben erlassen hat, kann das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ entsprechend adjustiert werden.

Für Versicherte, die unterjährig in Selektivverträge eingeschrieben sind, kann die Morbiditätszuweisung mit Hilfe des PKS erfolgen. Der jeweilige Behandlungsbedarf der Versicherten kann mithilfe der Einschreibungsquartale (oder -tage) gewichtet werden. Für Versicherte, für die keine Vorjahresdaten vorliegen, ergibt sich ein Problem, das nicht nur für die Bereinigung, sondern auch für die Vereinbarung der Gesamtvergütung relevant ist. Daher ist davon auszugehen, dass der Bewertungsausschuss für diese Versicherten ein anzunehmendes Relativgewicht vorgeben wird, das auch zur Ermittlung des Bereinigungsbetrags genutzt werden kann.

Auch beim Bereinigungsansatz „Gesamtvergütungsebene“ stellt sich die Frage der Fortschreibung der entfallenden Leistungsmengen. Eine Saldierung der Leistungsbedarfe der Wechsler, die neu in den Selektivvertrag wechseln oder ihn verlassen, ist beim Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ nicht notwendig. Die Strukturkomponente spielt, anders als beim Einzelarztaben, insofern keine Rolle, als dass der Bereinigungsbetrag beim Gesamtvergütungsansatz jährlich neu berechnet werden kann. Es werden nur die Diagnosen der eingeschriebenen Versicherten benötigt. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass die Diagnosen ebenso wie ggf. die Gebührenordnungspositionen allein schon zu Qualitätssicherungs- oder Controllingzwecken ohnehin im Selektivvertragsgeschehen dokumentiert werden und somit verfügbar sind.

#### **(3) Bewertung der Leistungsmengen / Punktwerthe**

Ab 2009 wird auf Bundesebene ein einheitlicher Orientierungswert für den Punktwert vorgegeben. Dieser wird mithilfe von Indikatoren, die die regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen widerspiegeln, angepasst und je KV als Punktwert vereinbart. Die Gesamtvergütung ergibt sich aus der Multiplikation des Punktwerths mit den als Behandlungsbedarf vereinbarten Punktmengen<sup>13</sup>. Für die Ermittlung des Bereinigungsbetrags wird beim Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ ganz analog vorgegangen. Die für die Bereinigung ermittelten Punktmengen werden mit diesem KV-Punktwert multipliziert<sup>14</sup>. Damit ist der Bereinigungsbetrag für Selektiv-

verträge, die alle vertragsärztlichen Leistungen umfassen, bestimmt. Einen Überblick über diese Schritte des Bereinigungsansatzes „Gesamtvergütungsebene“ gibt Abbildung 4.

**Abbildung 4: Bereinigungsansatz „Gesamtvergütungsebene“ Bereinigung um einen Selektivvertrag, der alle Leistungen enthält**



Quelle: eigene Darstellung

#### (4) Datenbasis

Eine adäquate Datenbasis ist auch für den Bereinigungsansatz „Gesamtvergütungsebene“ unerlässlich. Hier kann bei der Beschaffung der für eine Bereinigung notwendigen Daten überwiegend auf bundesweite Vorgaben und die in den Gesamtverträgen vereinbarten Punktsummen zurückgegriffen werden. Insofern sind die Anforderungen an die Datenbasis bei diesem Ansatz deutlich geringer als beim Ansatz „Einzelarztbene“. Lediglich die Diagnosen müssen für die eingeschriebenen Versicherten zur Verfügung stehen. Theoretisch liegen die erforderlichen Daten in Zukunft sowohl bei den Kassen als auch den KVEn vor, da die Diagnosen bereits im Datenträgeraustausch nach § 295 SGB V enthalten sind und die KVEn im Zuge der Umsetzung von § 87 ff. SGB V die Versichertenstammdaten erhalten.

Probleme können sich – wie für den Einzelarztansatz bereits dargelegt – insoweit ergeben, dass die Datenbasis sowohl von den Kassen und KVEn als bereinigungs begründend anerkannt werden muss. Die für das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ benötigte Datenbasis ist aber nicht nur für die Bereinigung, sondern auch schon für die künftige Vereinbarung der Gesamtvergütung unerlässlich. Daher ist davon auszugehen, dass eine einvernehmliche Anerkennung der Datenbasis bereits im Kontext der künftigen Gesamtvergütung erfolgen wird. Damit stünde zugleich eine konsentierte Datenbasis für das Bereinigungsverfahren zur Verfügung.

##### 3.3.1.2 Selektivverträge mit Indikationsbezug

Bei Selektivverträgen, die aufgrund ihres Indikationsbezugs nur Teile der vertragsärztlichen Versorgung umfassen, sind für die Ausgestaltung des Bereinigungsverfahrens „Gesamtvergütungsebene“ drei Möglichkeiten denkbar:

- (I) Bereinigung der Relativgewichte der Versicherten um diejenige Morbidität, die im Selektivvertrag versorgt wird
- (II) Neuberechnung der Relativgewichte
- (III) Beibehaltung der Relativgewichte, aber eine Neuermittlung des standardisierten Behandlungsbedarfs

#### (I) Bereinigung der Relativgewichte der Versicherten um diejenige Morbidität, die im Selektivvertrag versorgt wird.

Bei einer Bereinigung nach diesem Vorgehen würden alle Diagnosen, die über den Versorgungsauftrag eines Selektivvertrags abgedeckt sind, nicht zur Ermittlung der Morbidität auf Gesamtvergütungsebene herangezogen. Für einen Selektivvertrag, der bspw. die Versorgung von Diabetes Mellitus zum Inhalt hat, würden die entsprechenden Diagnosen der eingeschriebenen Versicherten nicht mehr in die Berechnung der Gesamtvergütung einfließen. Für diese Versicherten würde das Relativgewicht „Diabetes“<sup>15</sup> nicht vergeben. Die Gesamtvergütung würde folglich um diese Morbidität, sprich die hierfür definierten Punktmengen reduziert.

Dieses Vorgehen mag auf den ersten Blick sinnvoll erscheinen, jedoch ist es aus Sicht der Autoren nicht praktikabel. Da keine allgemein anerkannten Abgrenzungen dazu vorliegen, welche konkrete Versorgung bzw. Versorgungsleistungen sich hinter einzelnen medizinischen Diagnosen verbirgt, kann auch der Versorgungsauftrag eines Selektivvertrags nicht allein über Diagnosen beschrieben werden. Bei Selektivverträgen, die alle vertragsärztlichen Leistungen umfassen ergibt sich kein Problem, hier entfällt faktisch „die gesamte Morbidität“ für jeden eingeschriebenen Versicherten. So lässt sich ein Bereinigungsbetrag bestimmen (siehe 3.3.1.1). Bei indikationspezifischen Selektivverträgen müssten die relevanten „Teile der Gesamt morbidität“ der eingeschriebenen Versicherten abgegrenzt werden. D.h., die von einem Selektivvertrag abgedeckten Diagnosen müssten in ausreichendem Maße definieren, welche Versorgungsleistungen im Kollektivsystem entfallen. Dies ist nicht der Fall. Für eine klare Definition der Leistungsansprüche eines eingeschriebenen Versicherten<sup>16</sup> und für die Begründung eines Bereinigungsanspruchs sind Diagnoseangaben unzureichend.

#### (II) Neuberechnung der Relativgewichte

Alternativ könnten die Relativgewichte neuberechnet werden, so dass sie den Leistungsbedarf des indikationspezifischen Selektivvertrags widerspiegeln. Dazu müssten für eine Stichprobe – prinzipiell analog zum Vorgehen auf Einzelarztbene (Kapitel 3.2) – versichertenbezogen die vom Selektivvertrag abgedeckten Leistungsmengen ermittelt werden. D.h., es würde auf die Einzelarztbene zurückgegriffen. Über eine Regressionsrechnung könnten die Relativgewichte und auch der durchschnittliche Leistungsbedarf des Selektivvertrags und somit der Bereinigungsbetrag ermittelt werden. Dieses Vorgehen wäre aufgrund der Neubestimmung der Relativgewichte jedoch sehr aufwändig. Da der Ansatz letztlich auf die Einzelarztbene zurückfällt, birgt er zudem ähnliche Probleme wie das Bereinigungsverfahren „Einzelarztbene“ (s.o.).

### (III) Beibehaltung der Relativgewichte, aber Neu- ermittlung des standardisierten Behandlungs- bedarfs

Bei diesem Vorgehen würden die Relativgewichte der eingeschriebenen Versicherten nicht, wie in 3.3.1.1, mit dem gesamten standardisierten Leistungsbedarf bewertet, sondern nur mit dem indikationsspezifischen Leistungsbedarf des Selektivvertrags. Schließlich muss die Gesamtvergütung hier nicht um alle Leistungen, sondern nur um einen Teil der vertragsärztlichen Leistungen bereinigt werden. Dazu kann folgendermaßen vorgegangen werden:

Der Leistungsbedarf des Selektivvertrags kann mit Hilfe einer Stichprobe ermittelt werden. Für die Leistungen des Selektivvertrags muss dazu die Häufigkeit der Leistungspositionen ermittelt und mit den EBM Punktwerten bewertet werden. Anders als beim Bereinigungsansatz „Einzelarztabene“ handelt es sich jedoch hier nicht um die Punktmenge, die auf den Inanspruchnahmedaten der konkret eingeschriebenen Versicherten beruht, sondern auf Basis einer Stichprobenerhebung wird ein standardisierter Leistungsbedarf für den Versorgungsauftrag des Selektivvertrags berechnet.

Da der Leistungsbedarf, faktisch die Punktsumme, jedoch auf der Einzelarztabene ermittelt wird, entspricht das Ergebnis nicht dem tatsächlich standardisierten Leistungsbedarf, den der Selektivvertrag am Volumen der Gesamtvergütungsebene hat. Ursache ist die bereits erläuterte Inkongruenz zwischen den Leistungsabrechnungen auf der Einzelarztabene (dritte Ebene) und dem auf der Gesamtvergütungsebene bestimmten Behandlungsbedarf (erste Ebene). Um den Anteil zu berechnen, den der Versorgungsauftrag des Selektivvertrags an dem auf Gesamtvergütungsebene vereinbarten standardisierten Behandlungsbedarf pro Versicherten hat, muss die für den Selektivvertrag ermittelte Punktsumme noch durch die tatsächlich kollektiv (durch alle Einzelärzte) entstandene Gesamtpunktsumme geteilt werden.

Danach kann analog zur Bereinigung um alle Leistungen (Kapitel 3.3.1.1) vorgegangen werden: Die bundesweit vorgegebenen Relativgewichte der eingeschriebenen Versicherten werden ermittelt. Anstatt sie jedoch mit der für die Gesamtvergütung vereinbarten Punktmenge zu bewerten, erfolgt die Bewertung mit der Punktmenge des Versorgungsauftrags des indikationsspezifischen Selektivvertrags. Diese erhält man durch Multiplikation des standardisierten Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 SGBV mit dem im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Anteilswert des Selektivvertrags an der Gesamtpunktsumme (siehe Abbildung 5).

Bei diesem Vorgehen wird einerseits der standardisierte Behandlungsbedarf des Selektivvertrags herangezogen, andererseits aber – aufgrund der bundesweit

vorgegebenen Relativgewichte – die gesamte Morbidität der eingeschriebenen Versicherten berücksichtigt. Das führt zu Verzerrungen, da nicht die für den Selektivvertrag spezifische Morbidität der eingeschriebenen Versicherten berücksichtigt wird. Es ist zu prüfen, inwieweit dadurch Risikoselektionsanreize entstehen können.

Ein Problem der Risikoselektion kann immer dann auftreten, wenn die eingeschriebenen Versicherten insgesamt relativ gesund sind (niedriges Relativgewicht), aber für den Versorgungsbereich des indikationsbezogenen Selektivvertrags eine sehr hohe Morbidität aufweisen, oder wenn sie insgesamt relativ krank sind (hohes Relativgewicht), aber für den Versorgungsbereich des indikationsbezogenen Selektivvertrags eine sehr geringe Morbidität aufweisen. Letzteres ist bspw. der Fall, wenn z.B. ein Diabetiker (hohes Relativgewicht) in einen indikationspezifischen Vertrag zur Behandlung von Rückenerkrankungen eingeschrieben ist, aber keinerlei schwerwiegende Rückenerkrankungen hat (unterdurchschnittliche Morbidität für den Versorgungsauftrag des Selektivvertrags). Dieser Diabetiker würde bei einer Bereinigung mit seiner gesamten Morbidität (inkl. Diabetes) berücksichtigt, auch wenn damit seine spezifische Morbidität in einem Selektivvertrag zur Versorgung von Rückenleiden überschätzt würde. Insofern birgt das beschriebene Verfahren prinzipiell Anreize zur Risikoselektion.

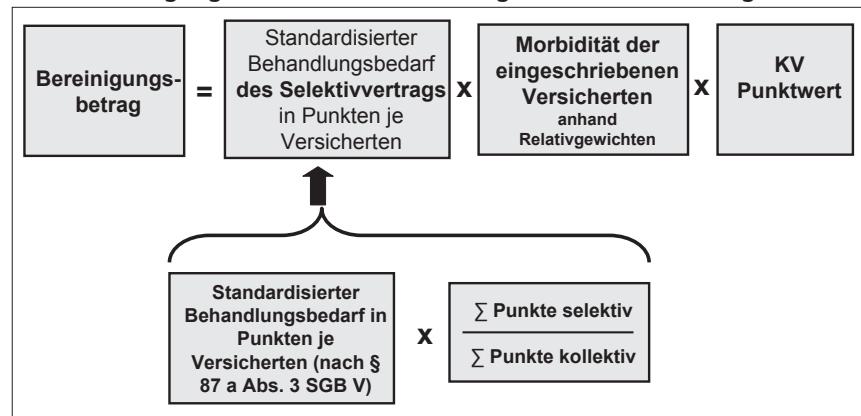
Die Selektionsanreize hängen jedoch ab vom Zusammenwirken

1. der Differenz zwischen der auf Gesamtvergütungsebene ermittelten Morbidität des Versicherten und seiner für den Selektivvertrag spezifischen Morbidität. Dabei gilt c.p.: Je höher die Differenz, desto größer der Anreiz.

und zugleich

2. der Höhe des Anteils, den der Leistungsbedarf des Selektivvertrags am standardisierten Gesamtleistungsbedarf hat. Hier gilt c.p.: Je höher der Anteil, desto größer der Anreiz.

**Abbildung 5: Bereinigungsansatz Gesamtvergütungsebene für die Bereinigung um einen Selektivvertrag mit Indikationsbezug**



Die Anreize zur Risikoselektion sollten nicht überbewertet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Selektivvertrag einen hohen Leistungsanteil am vertragsärztlichen Versorgungsgeschehen abdeckt, und dass gleichzeitig eine hohe Differenz zwischen der auf Gesamtvergütungsebene ermittelten Morbidität des Versicherten und seiner für den Selektivvertrag spezifischen Morbidität besteht, ist gering. Vielmehr ist davon auszugehen, dass mit zunehmendem Anteil, den der Leistungsbedarf des Selektivvertrags am standardisierten Gesamtleistungsbedarf hat, zugleich die Differenz zwischen der auf Gesamtvergütungsebene ermittelten Morbidität des Versicherten und seiner für den Selektivvertrag spezifischen Morbidität sinkt. Damit heben sich die beiden durch das Bereinigungsverfahren bedingten Selektionseffekte wieder auf, je umfassender der Versorgungsauftrag des indikationsspezifischen Selektivvertrags ist<sup>17</sup>. Zudem entstehen sie ohnehin in all jenen Fällen nicht, bei denen die auf Gesamtvergütungsebene ermittelte Morbidität des Versicherten weitgehend der für den Selektivvertrag spezifischen Morbidität entspricht (also z. B. bei einem Diabetiker in einem auf Diabetiker zugeschnittenen Selektivvertrag).

### 3.3.2 Bewertung des Bereinigungsverfahrens „Gesamtvergütungsebene“

Im Folgenden wird der Bereinigungsansatz „Gesamtvergütungsebene“ anhand der in Abschnitt 3.1 aufgestellten Anforderungen an technische Bereinigungsverfahren bewertet.

Nach Anforderung 1 muss das anzuwendende Bereinigungsverfahren möglichst exakt schätzen können, was der Versorgungsauftrag des Selektivvertrags in der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte. Beim Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ ist dies der Fall. Denn es ist eine versichertenindividuelle Ermittlung derjenigen Beträge möglich, die für den jeweiligen Versorgungsauftrag auf Gesamtvergütungsebene an die KVen entrichtet worden wären. Im Vergleich zum Verfahren „Einzelarztabene“ bereinigt dieses Verfahren die Gesamtvergütung wesentlich genauer um den Betrag, der tatsächlich von den Krankenkassen für die jeweilige Versorgung an das Kollektivsystem entrichtet worden wäre. Dies gilt in jedem Fall für eine Bereinigung der Gesamtvergütung um Selektivverträge, die die gesamte vertragsärztliche Versorgung umfassen. Aber auch für indikationsspezifische Selektivverträge oder Selektivverträge mit Facharztgruppen, kann das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ so ausgestaltet werden, dass eine möglichst exakte Ermittlung des Betrags möglich ist, der für den Versicherten in der Kollektivversorgung angefallen wäre.

Anforderung 2 verlangt, dass das anzuwendende Bereinigungsverfahren für die Akteure nachvollziehbar sein muss und nicht „verhandlungsanfällig“ sein darf. In diesem Zusammenhang liegt ein großer Vorteil des Bereinigungsverfahrens „Gesamtvergütungsebene“ in der engen Anbindung der zentralen Rechengrößen an das künftige System zur Ermittlung der Gesamtvergütung. Für die Be-

reinigung der Gesamtvergütung um Selektivverträge, die alle Leistungen umfassen (Feld B 1, Tabelle 1), werden die vorgegebenen Relativgewichte und die regional zwischen Kassen und KVen vereinbarten Behandlungsbedarfe in Punkten sowie die vereinbarten Punktwerte verwendet. Das macht den Bereinigungsansatz insoweit verhandlungsfest und für Kassen und KVen höchst transparent. Für Selektivverträge, deren Versorgungsauftrag nur einen Teil der vertragsärztlichen Versorgung umfasst (Feld B 2, Tabelle 1), muss für die Bereinigung nach dem Verfahren „Gesamtvergütungsebene“ eine Abgrenzung zur Kollektivversorgung erfolgen. Diese Abgrenzung des Versorgungsauftrags wird von den Vertragspartnern der Selektivverträge mithilfe der Gebührenordnungspositionen dargelegt und muss von den Vertragspartnern der Gesamtverträge entsprechend anerkannt werden. Diese Anerkennung durch die Vertragspartner der Gesamtverträge birgt insofern eine Verhandlungsanfälligkeit. Dieses Problem besteht analog beim Bereinigungsansatz „Einzelarztabene“ und liegt in der Natur der indikationsspezifischen Selektivverträge. Mit entsprechenden Vorgaben, wonach eine klare Darlegung der vom Selektivvertrag abgedeckten Gebührenordnungspositionen durch die Vertragspartner der Gesamtverträge anerkannt werden muss, kann die Verhandlungsanfälligkeit deutlich gemindert werden. Zudem würden durch diese Vorgaben auch ggf. nötige Schiedsgerichtsentscheidungen erleichtert.

Zur Erfüllung von Anforderung 3 muss das Bereinigungsverfahren möglichst einfach und mit geringem Aufwand umsetzbar sein. Das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ erfüllt diese Anforderung vor allem deshalb sehr gut, da sowohl für die Bereinigung der Gesamtvergütung um Selektivverträge, die alle Leistungen umfassen (Feld B 1), als auch für Verträge, die nur einen Teil der vertragsärztlichen Leistungen umfassen (Feld B 2), auf allgemeine Verhandlungsergebnisse aus der Aushandlung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zurückgegriffen wird. Es muss lediglich eine Klassifikation der eingeschriebenen Versicherten durchgeführt werden, aber es ist davon auszugehen, dass den Krankenkassen und KVen dafür sowohl die notwendige Patientenklassifikationssoftware als auch die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung stehen werden. Insofern ist zur Umsetzung des Bereinigungsansatzes „Gesamtvergütungsebene“ zwar ein gewisses EDV-technisches Know-How erforderlich, im Gegensatz zum Verfahren „Einzelarztabene“ ist jedoch der Aufwand zur Berechnungen des Bereinigungsbetrags deutlich geringer.

Für indikationsspezifische Selektivverträge ist beim Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ noch das tatsächliche Ausmaß möglicher Risikoselektionsanreize zu bestimmen. Dieser Beitrag konnte nur allgemeine Zusammenhänge bzw. Konstellationen aufzeigen, bei denen sich für indikationsspezifische Selektivverträge Risikoselektionsanreize ergeben könnten. Es wird erwartet, dass diese Konstellationen nur selten auftreten werden. Zudem sei noch einmal darauf verwiesen, dass dieser Aspekt nur bestimmte indikationsspezifische Selektivverträge betrifft.

## 4. Fazit und Ausblick

Auch wenn seit der Gesundheitsreform 2007 für die hausarztzentrierte, die besondere ambulante und die integrierte Versorgung eine Bereinigungspflicht besteht, kann eine Einigung der Vertragspartner der Gesamtverträge über die Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung auch künftig als äußerst unwahrscheinlich gesehen werden<sup>18</sup>. Um diesen Konflikt aufzulösen, müsste der Gesetzgeber den Vertragspartnern der Gesamtverträge und den Schiedsämtern wesentlich genauere Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung des anzuwendenden Bereinigungsverfahrens machen.

Für diesen Beitrag stellte sich damit die Frage nach möglichen technischen Bereinigungsverfahren. Es konnten unterschiedliche Ansätze für die vertragsärztliche Gesamtvergütung ausgemacht werden. Zum einen ein Bereinigungsverfahren, das auf der Gesamtvergütungsebene ansetzt, zum anderen ein Verfahren, das auf der Einzelarztelebene ansetzt. Beiden Ansätzen ist gemein, dass eine letztliche Bereinigung, also die tatsächliche Kürzung der Vergütungsbeträge, immer auf der Gesamtvergütungsebene stattfindet und damit die Budgets der KVen betrifft. Der entscheidende Unterschied der Verfahren liegt darin, auf welcher Ebene des vertragsärztlichen Vergütungssystems der Kürzungsbetrag bestimmt wird. Für beide Ansätze wurde dargelegt, wie ein Bereinigungsbetrag berechnet werden kann. Und zwar zum einen für Selektivverträge, die das gesamte vertragsärztliche Leistungsspektrum umfassen, und zum anderen für indikationsspezifische Selektivverträge, die nur Teile der vertragsärztlichen Versorgung abdecken.

Die vorgestellten Verfahren wurden jeweils anhand von drei zentralen Anforderungen (kurz: Exaktheit, Verhandlungsanfälligkeit, Aufwand) bewertet. Dabei zeigten sich für das Bereinigungsverfahren „Gesamtvergütungsebene“ deutliche Vorteile. Es profitiert sowohl im Hinblick auf die Genauigkeit des ermittelten Bereinigungsbetrags („was die selektivvertragliche Versorgung im Kollektivsystem gekostet hätte“) als auch bei der Verhinderung von Verhandlungsanfälligkeit sowie beim Umsetzungsaufwand von der starken Anbindung der Berechnung des Bereinigungsbetrags an die Logik des künftigen vertragsärztlichen Vergütungssystems.

Ohne Zweifel stellen die dargelegten Bereinigungsansätze noch ein weites Feld für künftige Forschungsarbeiten dar. Beide Ansätze müssten in einem nächsten Schritt z.B. einer empirischen Auswertung unterzogen werden, um u.a. Unterschiede im jeweils ermittelten Bereinigungsbetrag quantifizieren zu können. Gleichwohl konnte aber gezeigt werden, dass erstens eine Bereinigung der künftigen vertragsärztlichen Vergütung aufgrund der gesetzlichen Vorgaben schon weitgehend möglich ist – hier steht jedoch eine Konkretisierung der Bereinigungspflicht durch den Gesetzgeber aus. Zweitens wurde deutlich, dass eine Bereinigung auch technisch durchaus machbar scheint. Würden technische Bereinigungsverfahren zur vollständigen Praxisreife weiterent-

wickelt und dann vom Gesetzgeber an die Vertragspartner der Gesamtverträge für die Abwicklung des Bereinigungsprozesses vorgegeben (bzw. den Schiedsämtern als Entscheidungsgrundlage im Fall einer Nichteinigung über alternative Bereinigungsverfahren zur Verfügung gestellt), so würde ein entscheidender Schritt zur Stärkung des Vertragswettbewerbs in der GKV erreicht. Dann könnten Selektivverträge ohne die Gefahren einer Doppelfinanzierung von Versorgungsleistungen geschlossen werden.

## Literatur:

- Cassel, D./Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV – Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-BV, Juli 2006.
- Renzewitz, S. (2007): IV: Mehr Probleme als Verbesserungen?; in: krankenhaus umschau, Heft 6/2007, S. 504-507.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.

## Fußnoten

- 1 Für sehr wertvolle Anregungen bedanken sich die Autoren bei Prof. Dr. Jürgen Wasem und bei Dr. Klaus Jacobs. Für tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung des Manuskripts geht ein Dank an Dipl.-Sozialwiss. Katrin Macco.
- 2 Gegenstand des Beitrags ist dabei die Ermittlung des Bereinigungsbetrags, um den die vertragsärztliche Gesamtvergütung gekürzt wird. Die möglichen Effekte/Herausforderungen, die daraus für die Honorarverteilungsfunktion der kassenärztlichen Vereinigungen resultieren, würden den Rahmen dieses Beitrags sprengen.
- 3 Notfallleistungen sind als extrabudgetäre Leistungen ausgenommen.
- 4 Vgl. ausführlicher zu diesem Ansatz den Abdruck der Rahmenvereinbarung im Deutschen Ärzteblatt vom 8.12.2000, S. A 3366ff.
- 5 Mit dem GMG wurde in §295 SGB V die Datenübertragung der Leistungserbringer an die Kassen um die Diagnoseinformationen erweitert. Außerdem wird der Datenträgeraustausch nun auch versichertenbezogen und nicht mehr nur fallbezogen durchgeführt.
- 6 Zwar gibt es im EBM sowohl Leistungen, die als Punkte vorgegeben sind als auch Leistungen, die mit Eurobeträgen bewertet sind (Sachkosten). Im Folgenden wird – der Einfachheit halber – jedoch nur von Punktmengen gesprochen.
- 7 Bei extrabudgetären Leistungen führt ein Wegfall von Leistungen im Kollektivsystem „automatisch“ zu einer Reduzierung der Vergütungsausgaben der Krankenkassen.
- 8 Siehe hierzu auch Abdruck der Rahmenvereinbarung im Deutschen Ärzteblatt vom 8.12.2000, S. A 3366ff.
- 9 Eine Morbiditätsklasse mit durchschnittlichen Behandlungsbedarf erhält das Gewicht 1. Eine Morbiditätsklasse mit einem doppelt so hohem Leistungsbedarf das Gewicht 2 usw..
- 10 Da die gesetzlichen Rahmenbedingungen der künftigen Vergütung noch nicht abschließend umgesetzt sind, ist noch offen, ob die Ermittlung des Morbiditätsanstiegs ggf. nur mithilfe von Stichproben erfolgen wird. Dann lägen mit den Gesamtvergütungsvereinbarungen nicht für alle Versicherte Gruppierungsergebnisse und somit Relativgewichte vor. Da das PKS prinzipiell auch für Bereinigungs-zwecke verwendet werden kann, wäre es denkbar, dass es vom Bewertungsausschuss als Freeware Software veröffentlicht wird. So könnten die eingeschriebenen Versicherten explizit mit dem PKS gruppiert werden.
- 11 Der Bewertungsausschuss hat derzeit noch nicht festgelegt, wie das Punktzahlvolumen des „Behandlungsbedarfs“ nach §87 a (3) Satz 2 SGB V im Detail vereinbart werden soll. Die Autoren gehen davon aus, dass der „Behandlungsbedarf“ der einer jährlichen Morbiditätsanpassung unterliegen wird, nur intrabudgetäre Leistungen enthält. Extrabudgetäre Leistungen benötigen keine solche Anpassung, da ein

Morbiditysanstieg und daraus resultierender höherer Leistungsbedarf sich hier automatisch in höheren Vergütungssummen niederschlägt. Dies lässt sich auch aus der gesetzlichen Vorgabe schließen, wonach die Relativgewichte bei einer Ausgliederung von Leistungen in den extrabudgetären Bereich bereinigt werden sollen (§87a (5) Satz 4 SGB V).

12 § 87 c (4) Satz 2 SGB V legt fest, dass im Übergangsjahr 2008 für das Jahr 2009 je Krankenkasse der mit der „Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbunden Behandlungsbedarf“ aus den Leistungsmengen dieser Krankenkasse des Jahres 2008 bestimmt wird.

13 Sowie natürlich den Punktmenge, die sich ggf. noch aus einem nicht vorhersehbaren Morbiditätsanstieg ergeben.

14 Ab 2010 werden für die innerhalb der RLV erbrachten Leistungen drei unterschiedliche Punktwerte festgelegt, je nachdem, ob eine Unterversorgung nach § 100 (1) Satz 1 SGB V, eine Regelversorgung oder eine Überversorgung nach § 103 (1) Satz 1 SGB V festgestellt wurde. Wie diese auf Arztelebene differenzierten Punktwerte auf Gesamtvergütungsebene zusammengeführt werden, bleibt derzeit noch abzuwarten. Denkbar wäre es, dass die unterschiedlichen Punktwerte wieder zu einem nach Versorgungsgraden gewichteten KV-Punktwert zusammengeführt werden. Wenn hierzu für die

Gesamtvergütung eine Entscheidung getroffen ist, kann der Bereinigungsansatz „Gesamtvergütungsebene“ entsprechend angepasst werden.

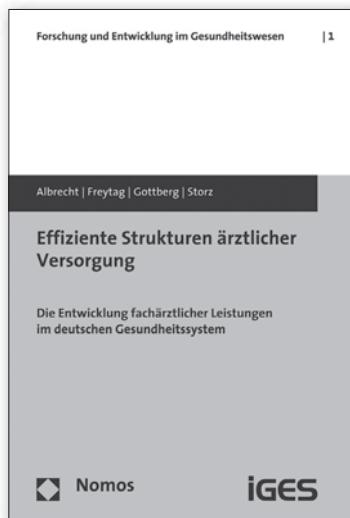
15 Das HCC Klassifikationsverfahren ist ein Zuschlagsmodell, d.h. die Versicherten erhalten je nach ihrer Morbidität mehrere Zuschläge (z.B. einen Zuschlag für Diabetes, einen weiteren Zuschlag für Hypertonie und noch einen für Asthma). Jeder Zuschlag erhält ein Relativgewicht.

16 Dies betrifft die Frage, welche Leistungen er in der selektiv- und welche er weiterhin in der Kollektivversorgung in Anspruch nehmen darf.

17 Allein schon aus Effizienzgesichtspunkten werden auch indikations-spezifische Selektivverträge eher größere Teile der vertragsärztlichen Versorgung abdecken und seltener sehr kleine Leistungsausschnitte der vertragsärztlichen Versorgung.

18 Die aktuellen Auseinandersetzungen zwischen der AOK in Baden-Württemberg und der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung um eine Bereinigung der Gesamtvergütung aufgrund eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung, unterstützen diese Vorbehalt gegenüber einem Verhandlungsmodell zur Lösung der Bereinigungsfrage sehr eindeutig.

## Die „doppelte Facharztschiene“ – ein Defekt des deutschen Gesundheitssystems?



### Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung

Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem

Von Dr. Martin Albrecht, Dr. Antje Freytag, Dr. Antje Gottberg und Philipp Storz, M.A., alle IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin  
2008, 114 S., brosch., 21,- €, ISBN 978-3-8329-3214-5  
(*Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen, Bd. 1*)

Regelmäßig wird behauptet, in Deutschland gäbe es zu viele Ärzte, insbesondere zu viele niedergelassene Fachärzte. Namentlich die „doppelte Facharztschiene“ in Klinik und Praxis sei ein wichtiger Grund für Ressourcenverschwendungen und Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitswesens, vor allem aufgrund von überflüssigen Doppeluntersuchungen. Empirische Belege für diese Thesen sind jedoch außerordentlich spärlich. Tatsächlich steigt die Zahl der Fachärzte stärker im stationären Bereich und etwaige fachärztliche Überkapazitäten sind eher im Krankenhaus zu vermuten. Die empirische Analyse dieser Studie zeigt darüber hinaus, dass das Problem unnötiger Wiederholungsuntersuchungen zumindest im ambulanten Bereich stark überschätzt wird. Die Autorinnen und Autoren stehen auf dem Standpunkt, dass – zumindest solange die Evidenzlage zur ärztlichen Versorgung so unzureichend ist, wie sie sich gegenwärtig darstellt – die Gesundheitspolitik gleiche Wettbewerbsbedingungen für die unterschiedlichen Versorgungsformen schaffen sollte.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung  
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43  
[www.nomos.de](http://www.nomos.de) | [sabine.horn@nomos.de](mailto:sabine.horn@nomos.de)

