

Einfach und verständlich

Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung

Thomas Staffeldt

Thomas Staffeldt ist Leiter Stabsbereich Vertragsanalyse im GKV-Spitzenverband

Gemäß § 87 Abs. 9 SGB V hatte der Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept zur Konvergenz der Vergütungen vorzulegen. Diese Regelung ist im Zuge des GKV-Finanzierungsstärkungsgesetzes (GKV-FinG) als Reaktion auf die, trotz immenser Honorarsteigerungen von mehr als 5 Mrd. Euro seit 2008, nicht enden wollenden Proteste der Vertragsärzte entstanden. Nach der Gesetzesbegründung soll ein „einfaches, verständliches Vergütungssystem“ mit Berücksichtigung „regionaler Besonderheiten“, welches „die Leistungen adäquat abbildet“, eingeführt werden. Diese Formel bleibt allerdings recht vage und lässt Spielraum für sehr unterschiedliche Interpretationen. Bereits die Frage, ob die von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung gemeint ist oder das Honorar der einzelnen Ärzte, bleibt offen. Verständlich wird die Regelung höchstens als Ableitung aus der Historie der Regelungen zur ärztlichen Vergütung und zu den Honoraren. Dies macht auch die Inkonsistenz der gesetzgeberischen Maßnahmen deutlich.

Umsetzung der Honorarreform des GKV-WSG: Ziele erreicht?

Startpunkt für die durchgeführten Reformen war das GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Die zentralen Ziele dieses sehr umfangreichen Regelungskranzes der §§ 87, 87a - 87c SGB V zur ärztlichen Vergütung und zur Honorierung der Vertragsärzte waren:

- die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen,
- der Abbau der Vergütungsverwerfungen zwischen den Krankenkassen aufgrund der Kopfpauschalen, die

nach der Ermittlung im Jahre 1992 bis 2008 nicht an veränderte Kas- senstrukturen und –morbidityen angepasst wurden,

- die Ermittlung der Veränderung der Gesamtvergütungen mit Hilfe eines sog. diagnosebasierten Klassifikationssystems,
- die Schaffung eines planbaren Einkommens für die Ärzte,
- die Einführung einer Eurogebührenordnung mit einheitlichen Preisen für alle Ärzte.

Diese Ziele erforderten eine hohe Regeldichte und ein hohes Arbeitspen-

sum für den hierfür zuständigen Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen zur Umsetzung dieser z.T. äußerst komplexen Regelungen. Aufgrund der naturgemäß sehr unterschiedlichen Interessen der Ärzte- und der Kassenseite konnten (Kompromiss)-Beschlüsse i.d.R. nur noch mithilfe eines Schlichtungsgremiums, dem Erweiterten Bewertungsausschuss, getroffen werden.

Trotzdem konnte eine Reihe von Zielen erreicht werden. So wurden die durch das starre Kopfpauschalensystem bewirkten wettbewerblichen (Preis)Verzerrungen der Vergütung der einzelnen Krankenkassen deutlich reduziert. Die Gesamtvergütung der Krankenkassen in 2009 wurde an der tatsächlichen nachgefragten Leistungsmenge der ärztlichen Behandlungen orientiert und auf der Basis eines einheitlichen – aus dem bundesweit vorgegebenen Orientierungswert abgeleiteten – regionalen Punktwertes im Rahmen einer Mengengrenze bewertet.

Dadurch wurden die durch die alte Kopfpauschalungsvergütung bedingten Verwerfungen z.T. drastisch „entzerrt“. Im Ergebnis sind die Preisunterschiede für die Vergütung der gleichen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definierten Leistung, welche zwischen den Krankenkassen existierten, nun deutlich geringer als vor der Reform. Für das Jahr 2010 wurde diese Orientierung an der nachgefragten Leistungsmenge noch einmal aktualisiert.

Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen wurden in 2009 gegenüber 2007 insgesamt um bundesdurchschnittlich 9,6% angehoben, davon entfielen 5,1% auf die sogenannte Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur (Morbi-Rate). Aufgrund des Fehlens eines Messkonzepts wurde diese Rate pauschal festgelegt. Begründet wurde die Anhebung mit sog. „nachzuholendem Morbiditätsbedarf“ und der Umsetzung weiterer Anpassungsfaktoren des § 87a Abs. 4 SGB V. Letztlich ist hiermit das Morbiditätsrisiko in Verbindung mit der Vergütung der tatsächlichen krankenkassenspezifischen Leistungsmenge auf die Krankenkassen übergegangen.

Durch die Regelungen zu den sog. arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen mit einer Reihe von regionalen Öffnungsklauseln konnte den

einzelnen Ärzten ein im Voraus planbares Honorar zugesichert werden. Durch die Eurogebührenordnung wurde sichergestellt, dass die an die Ärzte zu zahlenden Honorare zumindest auf einheitlicher Basis ermittelt werden können. Unterschiedlich gestaltete und vereinbarte regionale Regelungen schwächen die vereinheitlichende Wirkung der Eurogebührenordnung freilich ab.

Im Ergebnis ist also festzustellen, dass die vom GKV-WSG intendierten Ziele zum Teil erreicht wurden bzw. ein Schritt in die richtige Richtung gegangen wurde. Aus Sicht der Krankenkassen deutlich zu hoch war die Anhebung der Gesamtvergütungen. Insgesamt wurden von 2009 im Vergleich zu 2007 ca. 3,1 Mrd. Euro mehr an die Ärzte vergütet. In 2010 und 2011 kamen noch einmal jeweils ca. 1 Mrd. Euro hinzu. Diese von der Politik gewollten und vom Erweiterten Bewertungsausschuss gegen den Willen der Kassenseite administrierten Honorarzuwächse bedeuten seit 2008 bis 2011 insgesamt einen Zuwachs von fast 20% und sind historisch als einzigartig zu bezeichnen.

Warum sind die Vertragsärzte immer noch unzufrieden?

Umso überraschender ist das Ausmaß der Unzufriedenheit der Vertragsärzte, welches trotz bzw. mit dem milliarden-schweren Honorarplus erzeugt wurde. Der Zuwachs hat neben einer generellen Anhebung der von den Krankenkassen zu entrichtenden Vergütungen auch zu einer Reihe von Verschiebungen im ärztlichen Honorar geführt, welche von den Verlierern lautstark beklagt wurden. Hintergrund waren insbesondere sinkende Fallwerte und Fallwertunterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bei einigen Arztgruppen. Als Reaktion auf diese Probleme wurden vom Bewertungsausschuss weitere regionale Spielräume in der Honorarverteilung eingeführt.

Ein weiterer zentraler, auch in der politischen Diskussion relevanter Kritikpunkt, richtete sich gegen die aus den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschuss resultierenden unterschiedlichen Veränderungs-raten der regionalen Gesamtvergütungen. Warum sollte sich Baden-Württemberg mit einer Veränderungsrate von 3,7% (2010 vs.

2007) zufriedengeben, wenn doch Niedersachsen 19,2% mehr bekommt?

Die Politik machte sich die Argumentationen dieser „Neiddebatte“ zueigen und präsentierte im GKV-FinG das Konzept einer sog. asymmetrischen Anpassung der Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012. Durch den neuen § 87d SGB V sollte die Gesamtvergütung KV-spezifisch in unterschiedlichem Ausmaß angepasst werden. Inhaltlich-versorgungsbezogene Vorgaben oder Kriterien für die Anhebung wurden vom Gesetzgeber nicht aufgestellt. Letztlich sollte damit die Möglichkeit gegeben werden, bei den Vergütungssteigerungen der letzten Jahre vermeintlich „zu kurz gekommene“ Kassenärztliche Vereinigungen (KV) für das Jahr 2011 mit höheren Veränderungs-raten zu versehen. Zusätzlich zur asymmetrischen Anhebung sollte eine allgemeine, für alle KV-Regionen gültige Veränderungsrate für die Jahre 2011 und 2012 von 0,75% angewandt werden. Diese Rate wurde im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens auf 1,25% angehoben – mit der überraschenden Begründung, dass dies die Effekte der eigentlich gewollten asymmetrischen Zuwachsverteilung wieder ausgleichen sollte!

Durch eine weitere Regelung des GKV-FinG wurden die von den einzelnen Krankenkassen zu entrichtenden Vergütungen als versichertenbezogene Kopfpauschalen für die Jahre 2011 und 2012 eingefroren.

Sowohl die - ohne versorgungsbezogene Kriterien und ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Leistungsbedarfs durchgeführte - asymmetrische Anhebung der Vergütungen als auch das Einfrieren der Vergütungen in einer neuen nun versichertenbezogenen Kopfpauschale auf Basis historischer Verhältnisse konterkarieren die Ziele des GKV-WSG mit Blick auf die Einheitlichkeit von Vergütungen und Honoraren. Die von den Krankenkassen zu entrichtenden Preise für definierte Leistungen und auch die an die Ärzte ausgezahlten Punktwerte werden sich gegenüber dem schon erreichten Ausmaß der Angleichung wieder auseinanderentwickeln. Dies führt zu neuer Unzufriedenheit in der Honorarverteilung und zu neuen wettbewerblichen Verzerrungen zwischen den Krankenkassen, die eigentlich mit dem GKV-WSG überwunden werden sollten.

Eckpunkte der Koalition und Konvergenz

Vor diesem Hintergrund könnte man die Zielrichtung der Konvergenzregelung nach § 87 Abs. 9 SGB V prinzipiell als Aufforderung zur Korrektur der durch das GKV-FinG selbst herbeigeführten Unwuchten verstehen. Dass dies nicht das Verständnis der Politik und auch nicht der Vertragsärzte ist, versteht sich von selbst. Die Politik wird sich von dieser Regelung eine Beseitigung der Unzufriedenheit der Ärzte mit ihren Honoraren versprochen haben.

Mittlerweile liegen Eckpunkte eines Versorgungsgesetzes vor, aus denen die Schwerpunkte der Koalition bei der Reform der ärztlichen Honorare deutlich werden. Es wird eine Re-Regionalisierung der Honorarverteilung und die Rücknahme der Mitverantwortlichkeit der Krankenkassen für die Honorarverteilung angestrebt. Es liegt auf der Hand, dass Regionalisierung und bundesweit verordnete Konvergenz schwer zusammenpassen. Es liegt ferner auf der Hand, dass eine Honorarverteilung nach regionalen Kriterien in der Alleinverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen anstatt nach bundesweiten Vorgaben das Gegenteil von Vereinheitlichung von Honorar oder Punktwert bedeuten. Künftig wird die Honorarverteilung wieder nach fachgruppenspezifischen Mehrheitsverhältnissen in den Kassenärztlichen Vereinigungen mit allen damit zusammenhängenden Problemen ausgerichtet werden. Inwieweit dieser Rückfall in eine interessenorientierte Honorarverteilung die Unzufriedenheit der Ärzte beseitigt oder Versorgungsprobleme löst, mag dahingestellt sein. Verlierer werden hierbei wiederum kleine Fachgruppen sein.

Im Ergebnis jedenfalls werden für die gleiche nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definierte Leistung innerhalb und zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen je nach regionaler Honorarverteilung unterschiedliche Beträge vergütet werden. Insofern werden sowohl die Eurogebührenordnung als auch der einheitliche Bewertungsmaßstab zur Makulatur. Alles dies bedeutet das Gegenteil von Konvergenz und eine Abkehr von den Zielen des GKV-WSG.

Zwei Unterschiedliche Konzepte zur Konvergenz

Gleichwohl existiert der gesetzliche Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Umsetzung der Konvergenzregelung nach § 87 Abs. 9 SGB V. Die Selbstverwaltung sollte im Bewertungsausschuss bis zum 30. April 2011 ein gemeinsames Konzept zur Umsetzung der Konvergenz beschließen, welches dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Deutschen Bundestag vorgelegt wird. Es liegt auf der Hand, dass Ärzte und Krankenkassen unterschiedliche Vorstellungen haben und ein einheitliches Konzept bisher nicht beschlossen wurde.

Konzept der Ärzteseite: Gleiches Geld für gleiches Risiko = risikoadjustierte Vergütungen?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schlägt eine Konvergenz der Leistungsmengen vor. Nicht die Preise, sondern die zur Verfügung gestellten Leistungsmengen sollen auf Grundlage eines diagnosebezogenen Risikoklassifikationsmodells konvergieren. Nach einem bundesweiten und zentral von der Bundesebene umzusetzenden, diagnosebezogenen Aufteilungsmodell sollen den Kassenärztlichen Vereinigungen normierte Beträge nach den Risiken Alter, Geschlecht und Morbiditäten der Versicherten mit Wohnort in der jeweiligen KV-Region zugewiesen werden. Nach dem gleichen, statistisch höchst komplexen Verfahren, soll die einzelne Krankenkasse die Gesamtvergütung bereitstellen. Regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur sollen dabei nicht berücksichtigt werden. Jeder Kassenärztlichen Vereinigung soll unabhängig von den regional gewachsenen Strukturen (Arztdichte, Haus-Facharzt-Verhältnis, Facharztspektrum, Schnittstelle ambulante-stationäre) risikoadjustiert der gleiche Leistungsbedarf zugewiesen werden.

Entlehnt ist die Logik dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Vergütet werden nach den Vorstellungen der Ärzteseite nicht Leistungen, sondern Risiken („risikoadjustierte(!) Vergütung“). Dies hat einerseits zur Folge, dass die zentral normierten und geplanten Leistungsbedarfe nicht mit den tatsächlich notwendigen und abgerechneten Leistungsmengen

übereinstimmen. Die Folge sind entweder nicht ausgeschöpfte Regelleistungsvolumen wie bspw. in der KV Thüringen, überdurchschnittliche Punktwerte, oder bei Verkürzung von Veränderungs-raten bzw. Leistungsmengen ein weiter absinkender rechnerischer Preis, wie bspw. in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen. Als sinnvolle Konvergenz mit Blick auf die Ziele einer einheitlichen Vergütung, die Leistungen adäquat abbildet, ist dieses System schwerlich zu bezeichnen.

In der Risikofalle

Ein solches Vergütungsregime wird außerdem zum Verlust von Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen führen. Deren Gesamtvergütung richtet sich im Rahmen dieses Konzeptes nach zentral ermittelten bundesdurchschnittlichen Normwerten. Auswirkungen von kassenspezifischen Steuerungsmaßnahmen, die vergütungsrelevant sein sollten und wettbewerblich erwünscht sind, würden durch diese Normwerte weggebügelt. Stattdessen wird die logische Parallelisierung von Zuweisungen aus dem Morbi-RSA und zu leistenden Vergütungen der Krankenkassen tendenziell zu einem Ausgabenausgleich führen. Wenn Risiken zur Vergütung werden, wie im KBV-Aufteilungsmodell vorgeschlagen, und den Krankenkassen diese Risiken im Morbi-RSA zugewiesen werden, dann werden Risiken mit Risiken aufgerechnet. Die Tatsache, dass es sich dabei um Risiken handelt, die von den Vertragsärzten autonom (über die Kodierung von Diagnosen) bestimmt werden können, macht die Sache nicht besser.

Nebenbei geht es auch um eine ordnungspolitische Frage. Der Grundsatz, dass Krankenkassen Krankheitsrisiko versichern und Leistungen vergüten, wird in Frage gestellt. Durch die gedachte konzeptuelle Gleichschaltung von RSA-Zuweisungen an die Krankenkassen und „Risiko-“vergütungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, würde das Versicherungsrisiko praktisch an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergereicht. Die in den letzten Jahren von den Vertragsärzten immer wieder mehr oder wenig explizit vorgebrachte Forderung, praktisch direkten Zugriff auf die im einheitlichen Beitragssatz eingepreisten „Beitragsmittel für den vertragsärztlichen Bereich“

(ein Konstrukt, welches in Wirklichkeit gar nicht existiert) zu bekommen, zeigt diese implizite Zielsetzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die in ihren Positionspapieren bereits von regionalen „Mittelzuweisungen an die KVen“ (KBV, 12.04.2011) spricht. In neuesten Beschlüssen der Vertreterversammlung der KBV wird sogar gefordert, dass die „Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ Verhandlungsgrundlage für die regionalen Gesamtvertragspartner sein sollen (Berliner Beschluss der KBV-Vertreterversammlung, 17.05.2011, zitiert aus AMBULANT UND STATIONÄR AKTUELL 20-11, 20.05.2011).

Gesamtvergütung als Bedarfsplanung?

Ein zur Begründung der diagnosebezogenen Aufteilungslogik hervorgebrachte Argumentationsschiene bezieht sich auf die Versorgungssteuerung. Diese Argumentation funktioniert ungefähr folgendermaßen:

- Nur wenn via Gesamtvergütung hinreichend Geld in die (unterversorgten) Regionen gebracht wird, werden sich auch in für die Ärzte offensichtlich unattraktiven Regionen zusätzliche Ärzte ansiedeln.
- Nur wenn den überversorgten Regionen Geld aus der Gesamtvergütung entzogen wird bzw. Honorarzuwächse verhindert werden, wird sich quasi wie von selbst das Problem der Überversorgung lösen.

Dass diese bedarfsplanerische Funktion der Vergütung in die Irre geht bzw. wirkungslos bleibt, zeigt das tatsächliche Niederlassungsverhalten. Dies richtet sich in erster Linie nach anderen Faktoren als nur nach monetären Anreizen. Traditionell sind Praxen in den Großstädten beliebt, obwohl die Einkommensaussichten dort eher schlechter sind als auf dem Land. So ist das GKV-Einkommen je Arzt aufgrund der hohen Arztdichten in Hamburg oder Berlin unterdurchschnittlich, dasjenige in Flächenländern wie Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg mittlerweile stark überdurchschnittlich. Trotzdem scheint die Attraktivität einer Großstadtpraxis ungebrochen, auch wenn die Veränderungsrate der Gesamtvergütung der letzten Jahre für Berlin und

Hamburg unterdurchschnittlich waren. Andererseits nützt es den Versicherten im ländlichen Gartow im niedersächsischen Wendland wenig, dass die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen in den letzten Jahren exorbitante Steigerungsraten hatte. Trotzdem lässt sich dort (bis dato) kein Hausarzt nieder.

Seit 2009 ist die Gesamtvergütung in den neuen Bundesländern erheblich gesteigert worden, ohne dass dort die Ländarztprobleme gelöst worden wären. Wohlgermerkt, die Ärzte in den neuen Bundesländern liegen beim GKV-Umsatz je Arzt weit an der Spitze in Deutschland. Die Vorstellung, man könne durch bloßes Befruchten von ländlicher Erde mit Geld aus der großen Morbi-Gießkanne die Arztpraxen aus dem Boden wachsen lassen, ist nicht realistisch. Für eine effektive Bedarfsplanung sind andere spezifischere Instrumente erforderlich, bspw. eine bereits im Gesetz angelegte gezielte arztindividuelle pretiale Steuerung im Rahmen der Honorarverteilung. Die globale Anhebung oder Absenkung der Gesamtvergütung kann diese Funktion sicher nicht übernehmen.

Problem: Morbiditätsmessung mit Diagnosen – nachhaltige Ablehnung von Kodierrichtlinien durch die Vertragsärzte

Die morbiditätsorientierte Bemessung der Gesamtvergütung erfolgt im Konvergenzkonzept der Ärzteseite auf zweierlei Weise: Einerseits ist die Bestimmung der Größe des aufzuteilenden Vergütungskuchens gemeint, andererseits die Aufteilung dieses Kuchens. Neben der Vielzahl von konzeptionellen Schwierigkeiten, den Methoden- und Messproblemen bei der Berechnung einer diagnosenbasierten Veränderungsrate (bisher liegen hierzu keine fertigen Verfahren und Ergebnisse vor), ist ein weiteres gravierendes Problem die nicht gesicherte Qualität der kodierten Diagnosen. Gesetzlich gefordert sind nach § 295 SGB V Abs. 3 SGB V flächendeckend umzusetzende Kodierrichtlinien. Auch im Krankenhausbereich war die Einführung stationärer Kodierrichtlinien die Grundlage für die Einführung des DRG-Systems.

Die ambulanten Kodierrichtlinien wurden von den Partnern des Bundes-

mantelvertrags entwickelt und vereinbart und sollten zum 1. Januar 2011 eingeführt werden. Allerdings ist die Bereitschaft der Ärzte, die Kodierrichtlinien flächendeckend umzusetzen, überwiegend nicht vorhanden. Befürchtet werden ein hoher Zeitaufwand und ein Übermaß an Bürokratie. Fakt ist, dass die derzeitige Kodierqualität nicht hinreichend für eine Bemessung von Vergütungen ist. Diesem Umstand wurde auch in den Beschlussfassungen des erweiterten Bewertungsausschuss durch den Einbezug einer demographischen Veränderungsrate für die Gesamtvergütung 2010 und die komplette Aussetzung der diagnosebezogenen Veränderungsrate durch den Gesetzgeber im GKV-FinG Rechnung getragen. Die neueste Idee der Vertragsärzte, die Messung der Morbidität über eine Stichprobe von dafür bezahlten, freiwilligen „Kodierpraxen“ vorzunehmen, ist aberwitzig. Kurzum, Kodierrichtlinien werden von den Praxisärzten, anders als von den Krankenhausärzten, nicht akzeptiert. Schon allein deshalb ist einer diagnosebezogenen Veränderungsrate die Grundlage entzogen. Das Projekt der Bemessung der Gesamtvergütungen anhand von Diagnosen ist aus konzeptionellen und aus praktischen Gründen mit großen Fragezeichen zu versehen.

Kassenkonzept: Gleiche Vergütung für gleiche Leistung

Ein grundsätzlich anderes Verfahren zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung schlägt die Kassenseite vor, damit der vom GKV-WSG eingeschlagene Weg der Angleichung von Vergütungen und Honorar konsequent weiterbeschritten werden kann. Dabei soll am Ziel der gleichen Vergütung für gleiche Leistungen festgehalten werden. Nicht die Leistungsmengen, sondern die Preise sollen konvergieren. Die auch im Rahmen der Umsetzung der Regelungen des GKV-WSG verbliebenen Ungleichgewichte müssen weiter reduziert werden; die durch die Umsetzung der Regelungen des GKV-FinG bewirkten neuen Unwuchten müssen zurückgeholt werden. Hierbei ist ein einheitlicher Preis für die gleiche Leistung anzustreben. Dieser sollte innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen konvergieren, weil unterschiedliche

Preise im Kollektivvertragssystem für die gleiche Leistung wettbewerbsverzerrend wirken. Dieser Preis sollte auch - analog der Angleichung des Landesbasisfallwerts im Krankenhausbereich - zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen konvergieren. Wer argumentiert, dass einheitliche Preise kein politisches Ziel (mehr) sind, sollte erklären können, wodurch unterschiedliche Preise im Kollektivvertrag sinnvoll gerechtfertigt werden sollen.

Aufgrund der prospektiven Vereinbarung einer Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung ohne retrospektive Spitzabrechnung werden bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung rechnerisch nicht exakt die gleichen Preise von den Krankenkassen vergütet werden. Die Preisangleichung soll aber kontinuierlich durchgeführt werden. Damit werden im Abrechnungsergebnis eines Jahres aufgetretene Unterschiede im nächsten Vergütungsjahr wieder angeglichen.

Demografische Veränderungsrate und Grundlohnentwicklung

Das Vergütungssystem soll dabei insgesamt so gestaltet werden, dass die Veränderung der Morbidität der Krankenkassen, gemessen als KV-spezifische demographische Veränderung, berücksichtigt wird. Zur Berücksichtigung der Einnahmeentwicklung der Krankenkassen kann die demographische Rate mit der Rate der Grundlohnentwicklung kombiniert werden.

Ausgangspunkt für die Gesamtvergütungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen ist der jeweilige Leistungsbedarf der Versicherten einer KV-Region, der anteilig nach Inanspruchnahme auf die

einzelnen Krankenkassen aufgeteilt wird. So ist sichergestellt, dass regionale Besonderheiten in der Versorgungsstruktur (Arztzahlen, Schnittstelle ambulant - stationär) berücksichtigt sind und so ist auch gewährleistet, dass die Krankenkassen entsprechend dem Leistungsbedarf ihrer Versicherten an der Gesamtvergütung beteiligt werden.

Im Ergebnis finanzieren die Krankenkassen auch unter der Bedingung der befreienden Wirkung der Zahlung der Gesamtvergütung die medizinisch erforderlichen Leistungen zu einem einheitlichen Preis - unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in der Versorgungsstruktur. Die Anbindung an die demografische Veränderung sowie an die Grundlohnsummenentwicklung stellen sicher, dass die medizinisch notwendigen Leistungsmengen im Rahmen der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen bereitgestellt werden.

Das Vergütungsmodell der Krankenkassen kann Auswirkungen der Bedarfsplanung sinnvoll abbilden. Das Modell folgt der Bedarfsplanung und versucht nicht, wie das KBV-Modell, sie vorwegzunehmen. Getaktet ist der demographische Faktor, getaktet sind aber auch durch regionale Arztländerungen bedingte Mengenerwartungen.

Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs von zentraler Bedeutung für Vergütung und Honorare

Ein wesentlicher Bestandteil der Weiterentwicklung von Vergütung und Honoraren ist die Weiterentwicklung des

Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Da der tatsächliche Leistungsbedarf der Versicherten eine zentrale Rolle im Vergütungsmodell spielt, ist die verzerrungsfreie, wertmäßige Abbildung der unterschiedlichen Leistungen im EBM von hoher Bedeutung. Es gilt, auf Basis betriebswirtschaftlicher Kalkulationen eine für alle Einzelleistungen und für alle ärztlichen Fachgruppen leistungs- und aufwandsgerechte Bewertung herbeizuführen. Von noch größerer Bedeutung dürfte dies für die Honorierung der einzelnen Ärzte sein.

Sachgerecht, einfach, verständlich und regional

Das Vergütungsmodell der Krankenkassen ist sowohl einfach als auch verständlich und kann unmittelbar von den regionalen Vertragspartnern umgesetzt werden. Das Modell der Ärzteseite benötigt stattdessen, ähnlich wie bei der Umsetzung des Risikostrukturausgleichs, bundesweite Institutionen, bundesweit zusammengeführte Daten, diagnosebezogene Vergütungsnormwerte und Verfahrensvorgaben.

Auch werden im Kassenmodell, anders als beim diagnosebezogenen Aufteilungsmodell der Ärzteseite, regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur berücksichtigt. Ebenso wird der Forderung der adäquaten Abbildung von Leistungen Rechnung getragen. Das Modell der Krankenkassen ist daher nicht nur einfach und verständlich, sondern auch sachgerecht, weil eine leistungsgerechte Vergütung angestrebt wird. Diese einfache Formel ist Ziel eines jeden Vergütungssystems, ob ambulant oder stationär.