

Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

– Eine Zwischenbilanz

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) bzw. ihre seit Jahresbeginn 2009 sich abzeichnenden Auswirkungen haben heftige und teilweise sogar für Patienten unmittelbar spürbare Reaktionen in der Ärzteschaft ausgelöst und zu einer zugespitzten politischen Diskussion geführt. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Ziele der Reform und den bis Ende März 2009 erreichten Stand der Umsetzung. Dabei wird auch dezidiert dargestellt, welche Reformelemente bzw. Umsetzungsentscheidungen den Hintergrund für die öffentlich vorgetragene Kritik an der Reform bilden. Anschließend wird der bisher erreichte Stand der NVV im Hinblick auf die Reformziele diskutiert und ein Ausblick auf die noch ausstehenden Umsetzungsschritte gegeben. Den Abschluss bildet eine Einordnung der NVV in den Gesamtkontext der Entwicklung der GKV.

■ Hans-Dieter Nolting, Antje Schwinger

1 Einleitung

Die mit Beginn des Jahres 2009 schrittweise in Kraft getretene Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) hat Proteste ungeahnten Ausmaßes auf Seiten der Ärzte ausgelöst, die im Vorfeld des Superwahljahrs teilweise auf straff gespannte politische Resonanzböden treffen. Galt den Kritikern zunächst nur die Umsetzung der Reform durch die Beschlüsse der zuständigen Selbstverwaltungsgremien (Bewertungsausschuss bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss) bzw. die nachgelagerte Landesebene (KVn, Landesverbände der Krankenkassen) als unzulänglich, so wurde schon bald der gesamte im GKV-WSG formulierte Reformansatz verworfen und schließlich sogar ein kompletter Systemwechsel mit Abschaffung der KVn als Körperschaften usw. gefordert.

Wie konnte es zu dieser nahezu revolutionär anmutenden Situation bei einer Reform kommen, die von den Vertragsärzten selbst maßgeblich vorangetrieben und in ihrer Ausgestaltung beeinflusst worden ist? Sind die Ziele der Reform fragwürdig, werden die Ziele durch die technische Umsetzung verfehlt, sollte die Reform rückgängig gemacht werden?

Um diese Fragen zu beantworten, umreißt der vorliegende Beitrag zunächst die Ausgangssituation, also das bis Ende 2008 geltende Vergütungssystem. Darauf bezogen werden die Ziele der Reform sowie die gesetzlichen Maßnahmen zu deren Erreichung dargestellt. Anschließend wird der Weg in das neue Vergütungssystem bis zum März 2009 nachgezeichnet. Im Hinblick auf die Ursachen der aktuellen Verwerfungen und Proteste sei bereits an dieser Stelle vorweggenommen, dass sie zu einem erheblichen Teil in den Maßnahmen begründet liegen, mit denen die Umstellung von der alten auf die neue Vergütungswelt bewerkstelligt werden. Diese Umstellungsmaßnahmen und ihre Konsequenzen werden erläutert, um eine genauere Zuordnung der unterschiedlichen und in der öffentlichen Darstellung oft vermischten Klagen und Kritikpunkte zu ermöglichen.

Abschließend wird die bisherige Umsetzung der Vergütungsreform mit Blick auf die ursprünglichen Ziele des Gesetzgebers im Sinne eines Zwischenfazit diskutiert und bewertet. Ein Gesamtfazit ist noch nicht möglich, da die Reform noch nicht abgeschlossen ist. Der Beitrag schließt mit einer Einordnung der Vergütungsreform in den Gesamtkontext der Entwicklung der GKV.

Hans-Dieter Nolting und Antje Schwinger, IGES Institut GmbH, Berlin

2 Vergütungssystematik bis Ende 2008 und Ziele der Reform

Es hat sich bewährt, bei der Darstellung des Systems der vertragsärztlichen Vergütung zwischen drei Ebenen zu unterscheiden (Abbildung 1 zeigt das bis Ende 2008 geltende Vergütungssystem in dieser Form).

Auf der **Finanzierungsebene** geht es um die Frage, wie die Finanzmittel für die ambulante Versorgung von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, also um die Gesamtvergütung (bis 2008) bzw. die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung (ab 2009) und deren Fortentwicklung.

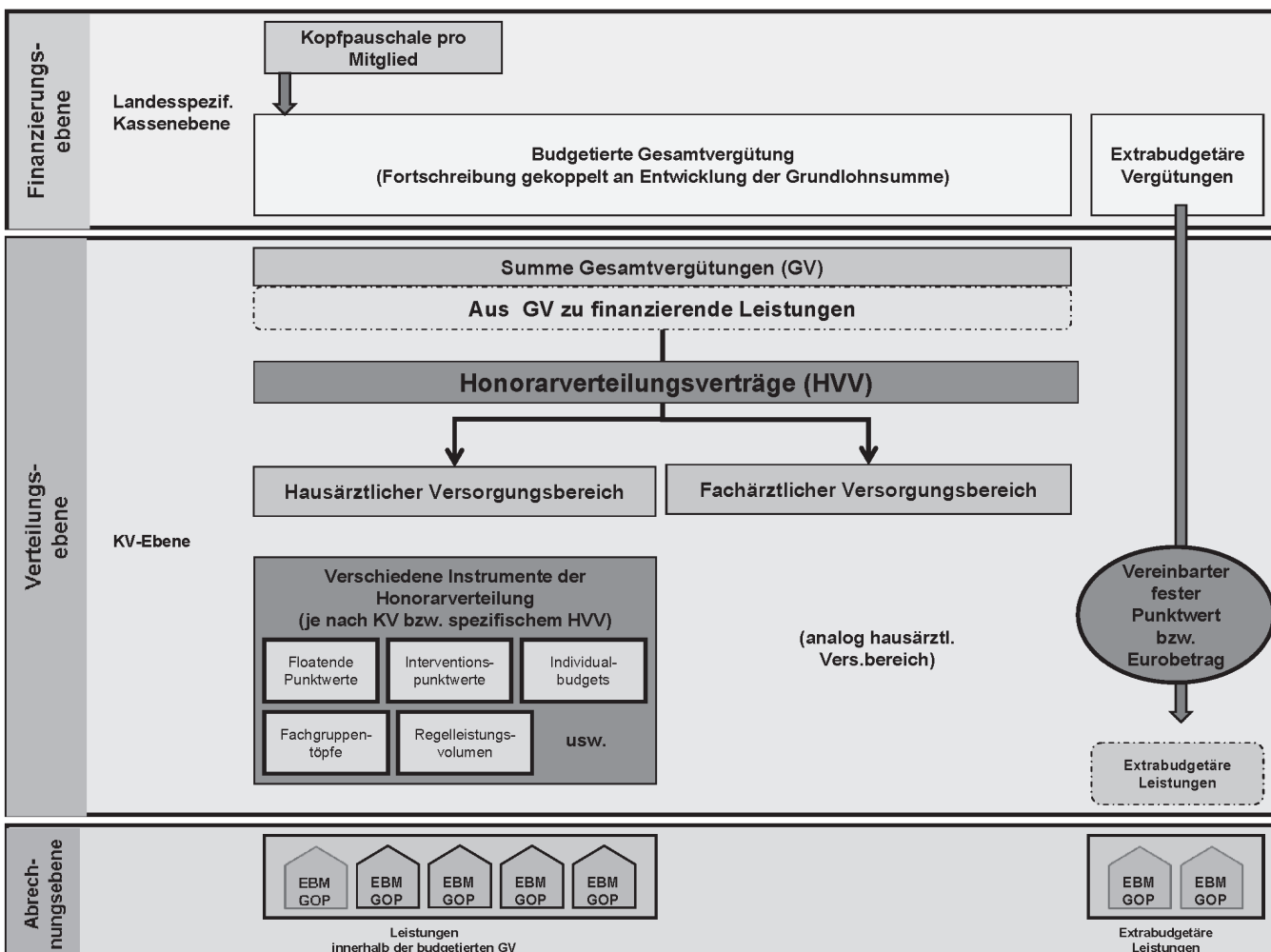
Auf der **Verteilungsebene** geht es darum, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Mittel aus der Gesamtvergütung auf die verschiedenen Arztgruppen verteilen und um die Maßnahmen, die ergriffen werden, um die verfügbaren Finanzmittel und die von den Ärzten zur Abrechnung vorgelegten Leistungsmengen in ein akzeptables Verhältnis zu bringen.

Auf der **Abrechnungsebene** geht es um die Frage, wie die einzelnen ärztlichen Leistungen definiert und abgegrenzt sowie im Hinblick auf die Vergütung relativ zueinander bewertet werden. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit den in Punkten ausgedrückten Bewertungsrelationen repräsentiert diese Ebene.

Vor der Reform zahlten die Kassen auf der **Finanzierungsebene** an die KVn für die Versorgung ihrer Versicherten in der betreffenden KV-Region eine budgetierte Gesamtvergütung „mit befreiender Wirkung“, d.h. mit der Gesamtvergütung waren alle Vergütungsansprüche für die ärztlichen Leistungen abgegolten (vgl. § 85 (1) SGB V). Die tatsächlich von den Ärzten erbrachte Leistungsmenge war aus Sicht der Kassen somit nicht weiter relevant. Hiervon ausgenommen waren die sog. extrabudgetären Leistungen, die nach spezifisch zwischen Kassen und KVn vereinbarten Preisen bezahlt wurden und i.d.R. keinen Mengenbegrenzungen unterlagen.

Die budgetierten Gesamtvergütungen wurden von den Kassen als mitgliederbezogene und kassenindividuell

Abbildung 1: Überblick Vergütungssystem bis Ende 2008



Quelle: IGES

unterschiedliche Kopfpauschalen gezahlt (siehe Abbildung 2). Die Höhe der Kopfpauschale einer Kasse war historisch bedingt, d.h. sie wurde bei der Einführung dieses Systems im Jahr 1993 (Gesundheitsstrukturgesetz) festgelegt und danach grundsätzlich gemäß der Grundlohnentwicklung der GKV fortgeschrieben (vgl. § 85 (3) SGB V).

Die vor der Kassenwahlfreiheit auf geschlossene Versichertenpopulationen bezogenen Vergütungsunterschiede wurden damit auch nach Einführung der Wahlfreiheit und einer stärkeren Durchmischung der Versichertenbestände fortgeschrieben. Aus diesem Grund hatte die Kopfpauschale keinen unmittelbaren Bezug zur Morbidität oder Inanspruchnahme der Versicherten der Kasse, sie stand wegen des Mitgliederbezugs noch nicht einmal in einem Verhältnis zur Versichertenzahl. Insbesondere bei Mitgliederwechseln hin zu Krankenkassen mit geringeren Kopfpauschalen resultierten Einnahmeverluste für die KVn.

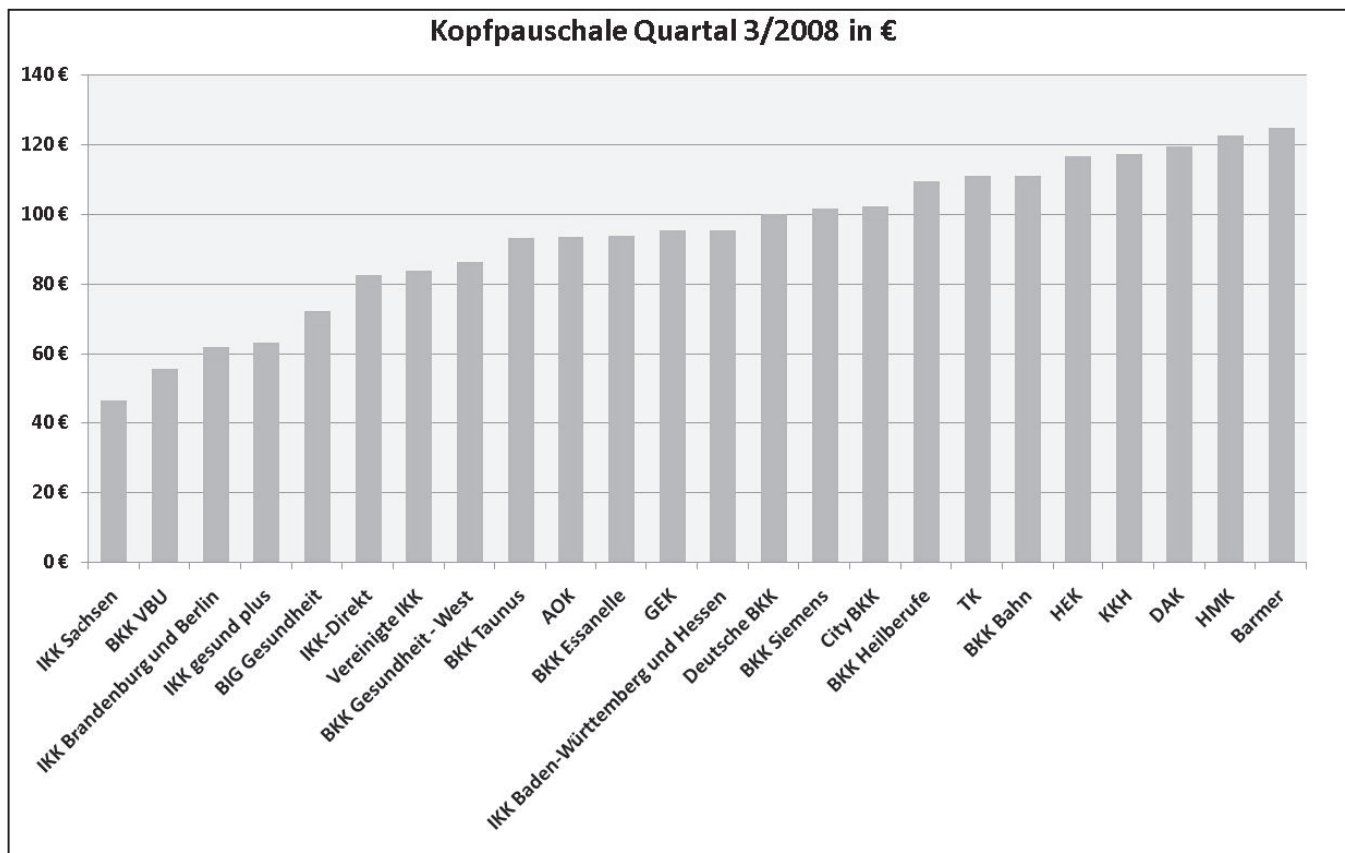
Aber auch aus Kassenperspektive führte die Kopfpauschalenfinanzierung in Kombination mit dem Risikostrukturausgleich zu Verzerrungen: Kassen, die historisch bedingt Kopfpauschalen zahlten, die unter den RSA-Beitragsbedarfen für die ambulante Versorgung lagen,

konnten einen „RSA-Gewinn“ erzielen, auch wenn die tatsächliche Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten nicht unterdurchschnittlich war. Ferner profitierten Kassen mit einer höheren Mitversichertenquote gegenüber Wettbewerbern mit gleicher Mitgliederzahl, da sie für jeden Versicherten Zuweisungen aus dem RSA für deren ambulante Versorgung erhielten, aber nur für ihre Mitglieder Zahlungen an die KVn zu entrichten hatten.

Darüber hinaus waren die Finanzmittel bis 2008 budgetiert, d.h. die Kopfpauschalen bzw. Gesamtvergütungen wurden entsprechend der Entwicklung der Grundlohnsomme fortgeschrieben, um die Beitragsstabilität zu gewährleisten (§ 71 SGB V). Diese Kopplung der Vergütung an die Grundlohnentwicklung wurde als Verlagerung des Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen auf die Ärzte kritisiert, da erhöhte Versorgungsbedarfe z.B. aufgrund einer alternden Bevölkerung oder aufgrund neuer Behandlungen (bzw. aus anderen Sektoren in den ambulanten verlagerten Leistungen) unberücksichtigt blieben.

Die skizzierten Defizite auf der Finanzierungsebene führen unmittelbar zu zwei wesentlichen Zielen der Vergütungsreform:

Abbildung 2: Kopfpauschalen je Mitglied der KV Berlin



Quelle: eigene Darstellung, nach KV Berlin (2008)

* Übersicht enthält Kopfpauschalen ausgewählter gesetzlicher Krankenkassen in Berlin. Die Kopfpauschale der AOK Berlin enthält Stützungsbeträge bestimmter Leistungen. Die Kopfpauschalen (vorläufig) der Ersatzkassen enthalten Beträge zur Stützung der Psychotherapie.

1. Der bisher fehlende Zusammenhang zwischen der Leistungsinanspruchnahme der Versicherten und der von der Kasse zu entrichtenden Gesamtvergütung soll hergestellt und damit auch die Inkompatibilität des Vergütungssystems mit dem RSA beseitigt werden.

Die Finanzierung durch Kopfpauschalen wurde daher abgeschafft zugunsten einer Bemessung auf Basis eines prospektiv festgestellten „Behandlungsbedarfs“ (i.e. Punktzahlvolumen auf Basis des EBM) der Versicherten einer Kasse (vgl. § 85a (3) SGB V) (siehe auch Abbildung 3). Weitere, vom Gesetzgeber explizit intendierte, Konsequenzen dieser Maßnahme sind die Vermeidung von Honorarverlusten für die KV durch Kassenwechsler sowie die Ermöglichung eines sachgerechten Verfahrens der Bereinigung der Gesamtvergütung bei der Verlagerung von Teilen der Versorgung in Selektivverträge nach §§ 73b, 73c, 140d SGB V (vgl. BT-Drucksache 16/3100, S. 120).

2. Die bestehende Budgetierung soll abgelöst und die damit verbundene Verlagerung des Morbiditätsrisikos soll rückgängig gemacht werden.

Um dies zu erreichen wurde zum einen die Möglichkeit geschaffen, einen „unvorhergesehenen“ – also bei der prospektiven Feststellung des Behandlungsbedarfs nicht erkennbaren – Morbiditätsanstieg nachträglich zusätzlich zu vergüten (vgl. § 87a (3) Satz 4 SGB V). Wichtiger ist jedoch, dass die Anpassung des Behandlungsbedarfs und damit der Gesamtvergütung nicht mehr an die Grundlohnentwicklung gekoppelt ist, sondern – neben einer Reihe von weiteren Kriterien – an die Veränderung der Morbiditätsstruktur (und der Zahl) der Versicherten einer Kasse. Wegen der Ableitung aus dem Behandlungsbedarf sowie der Fortschreibung dieses Bedarfs entsprechend der Veränderung der Morbiditätsstruktur führt das GKV-WSG den Terminus der „morbiditybedingten Gesamtvergütung“ (MGV) ein.

Was die „Ablösung der bisherigen Budgetierung“ betrifft, so sei darauf hingewiesen, dass damit die beiden genannten Maßnahmen gemeint sind, aber keineswegs der generelle Verzicht auf eine Obergrenze der von den Kassen zur Verfügung gestellten Finanzmittel. Die Kassen zahlen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund ihres prospektiv vereinbarten Behandlungsbedarfs. Eine nachträgliche Erhöhung dieser Leistungsmenge ist nur bei Vorliegen eines unvorhergesehenen Morbiditätsanstiegs vorgesehen, der jedoch auf Ereignisse wie z.B. eine „Grippeepidemie“ reduziert ist (vgl. BT-Drucksache 16/3100, S. 120). Faktisch ändert sich damit wenig gegenüber der früheren Situation: Die MGV ist das „Budget“, das die Kasse der KV für ein Quartal zur Verfügung stellt. Maßnahmen zur Kontrolle der Mengenentwicklung sind somit weiterhin unverzichtbar (vgl. dazu unten).

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stellt die **Abrechnungsebene** des Vergütungssystems dar (siehe Abbildung 1). Der EBM definiert die einzelnen ärztlichen Leistungen und bewertet diese in Punkten. Durch das GKV-WSG wurde bereits 2008 eine stärkere Pauschalierung des EBM eingeführt (vgl. § 87 (2a-d) SGB V), welche aber an

dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden soll. Wichtig ist jedoch, dass ein wesentlicher Kritikpunkt der Ärzte am alten System an der EBM-Ebene ansetzt, da die monetäre Bewertung der durch sie erbrachten EBM-Leistungsmengen erst ex post von der KV ermittelt wurde. Da die preisliche Bewertung der Punktemengen – d.h. die Punktwerte – auf Grund der weiter unten erläuterten Wirkungen schwankten (floatende Punktwerte), gab es aus Sicht der Ärzte eine unzureichende Planbarkeit von Erlösen.

Als drittes Ziel der Vergütungsreform ist somit zu nennen:

3. Die Ärzte sollen eine Gebührenordnung mit festen Euro-preisen und einer Mengensteuerung erhalten.

Seit 2009 muss daher auf KV-Ebene eine regionale Euro-Gebührenordnung erstellt werden, die sich aus der Multiplikation der EBM-Bewertung einer Leistung in Punkten mit dem regional vereinbarten und im neuen System nicht mehr „floatenden“, sondern für alle Kassen und über alle EBM-Leistungen einheitlichen Punktwert ergibt (siehe auch Abbildung 3). Auf die hiermit eng verknüpfte Mengensteuerung wird weiter unten (Verteilungsebene) eingegangen.

Die regionalen Punktwerte sind aus einem jährlich auf Bundesebene von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) als Bestandteil des EBM vereinbarten Orientierungswert zu entwickeln (§ 87 (2e) SGB V).

Von dem durch die Orientierungswerte bundesweit vorgegebenen Preisniveau darf bei den regionalen Punktwertvereinbarungen nur abgewichen werden, wenn die regionalen Investitions- und Betriebskosten oder die Fallzahlentwicklung vom Bundesdurchschnitt abweichen. Die Messung bzw. Operationalisierung dieser Tatbestände wird auf Bundesebene in Form von Indikatoren vorgegeben (§ 87 (2f) SGB V), die von den regionalen Vertragspartnern „zwingend“ anzuwenden sind.

Der Punktwert gilt sowohl für Leistungen innerhalb der neuen morbiditätsorientierten – und damit mengenbegrenzten – Gesamtvergütung als auch für Leistungen, die besonders gefördert werden und deshalb außerhalb der MGV – analog den vormals extrabudgetären Leistungen – im Sinne einer Einzelleistungsvergütung erstattet werden (siehe § 87 a (3) Satz 5 SGB V).

An den Regelungen zum Orientierungswert bzw. den regional zu vereinbarenden Punktwerten zeigt sich ein zentrales implizites Ziel der Vergütungsreform:

4. Die zuvor bestehenden großen regionalen Unterschiede in der Vergütung derselben Leistungen sollen verschwinden. Stattdessen sollen die ärztlichen Leistungen nach bundesweit einheitlichen bzw. nur noch aufgrund objektiver regionaler Unterschiede variierenden Preisen vergütet werden.

In der Gesetzesbegründung wird die „Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten“ als ein Kennzeichen des neuen Vergütungssystems genannt.

Die Vereinheitlichung der Preise durch die enge Kopplung der regionalen Punktwerte an den bundesweiten Orientierungswert lässt sich in diesem Zusammenhang sehen. Darüber hinaus sind weitere Aspekte der Vergütungsreform auf dieses Ziel zu beziehen (z.B. die Annäherung der Vergütungen zwischen alten und neuen Ländern).

Ein weiteres Ziel der Reform ist

5. der Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize („pretiale Versorgungssteuerung“).

Ab 2010 wird es daher drei Orientierungswerte geben: Neben dem Regelfall wird je ein Orientierungswert für über- bzw. unterversorgte Regionen definiert, mit dem Ziel, dadurch Anreize hinsichtlich des Niederlassungsverhaltens der Ärzte zu setzen (vgl. § 87 (2e) SGB V). Im Gesetz wird ausdrücklich gefordert, dass die Spreizung der Orientierungswerte so groß sein muss, „dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten“. Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe ist derzeit noch nicht erfolgt, die erstmalige Vereinbarung der Über- und Unterversorgungspunktwerte wird erstmals zum 31.10.09 (für 2010) erfolgen.

Die Einführung der festen Preise für die ärztlichen Leistungen ist eng verknüpft mit der Neuordnung der Mengensteuerung des Systems (siehe Ziel 3 weiter oben). Diese wird auch als **Verteilungsebene** bezeichnet und ist im mittleren Teil von Abbildung 1 und 3 dargestellt. Im alten Vergütungssystem wurden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den KVen Honorarverteilungsmaßstäbe bzw. -verträge (HVV) vereinbart (vgl. § 85 (4) SGB V). Die HVV sollten sicherstellen, dass es bei der Gegenüberstellung der von den Ärzten zur Abrechnung vorgelegten Leistungsmengen (EBM-Punktevolumen) und der verfügbaren Mittel (Summe der von den Kassen gezahlten Gesamtvergütungen) aufgrund von Mengenausweitungen nicht zu extrem variablen Punktwerten oder zu Verwerfungen zwischen den Arztgruppen kam.

Deshalb wurden zum einen Mechanismen der vorgängigen Aufteilung der Honorarmittel nach Haus- und Fachärzten sowie weiteren Subgruppen installiert. Zum anderen wurden verschiedene Verfahren zur Begrenzung der zu vergütenden Leistungsmengen eingeführt, d.h. Teile der angeforderten Leistungsmengen wurden nur mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Beide Mechanismen zusammengenommen sollten jeder Arztpraxis ein einigermaßen vorhersehbares Honorarvolumen sichern.

Die konkrete Ausgestaltung der Verteilungsebene wurde jedoch in den jeweiligen KVn mit sehr unterschiedlichen Instrumentarien und Regelwerken gehandhabt, welche jedoch an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden sollen. Dies führte aber vereinfacht gesagt dazu, dass es KVn gab, bei denen „nach HVV“ höhere Leistungsmengen resultierten, mit der Folge eines entsprechend niedrigeren Auszahlungspunktwertes und dass es solche gab, bei denen ein höherer Punktwert erzielt wurde, weil striktere Mengengrenzungen wirksam waren.

Im neuen Vergütungssystem ist die Verteilungsebene nun durch eine bundesweite gesetzliche Vorgabe geregelt: Die Ärzte bzw. Arztpraxen erhalten von der KV ein Regelleistungsvolumen (RLV) zugewiesen. Das RLV ist die in einem bestimmten Zeitraum (i.d.R. Quartal) abrechenbare Leistungsmenge, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird.

Darüber hinaus gehende Leistungsmengen werden nur mit abgestaffelten Preisen vergütet (siehe auch Abbildung 3). Explizites Ziel der RLV ist „die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes“ (§ 87b (2) SGB V).

Die Einführung der Regelleistungsvolumina ist notwendiger Bestandteil des Reformziels der Einführung einer Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen: Feste Preise und eine Finanzierungsobergrenze (MGV, faktisch ein „Budget“) sind nur miteinander vereinbar, wenn man eine funktionsfähige Mengengrenzung installiert.

Das genaue Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Arzt-RLVs wurde im August 2008 beschlossen und steht im Mittelpunkt der seit Jahresbeginn anschwellenden ärztlichen Protestwelle. Dafür dürften im Wesentlichen die verfahrensbedingt bei einem Teil der Ärzte aufgetretenen Verwerfungen, aber sicherlich auch Missverständnisse und Fehlinformationen bezüglich des Anteils des RLV-Honorars am Gesamthonorar (inklusive Leistungen außerhalb der RLV) beigetragen haben.

3 Umsetzung der Ziele und Einstieg in das neue Vergütungssystem

Die Übergangsphase vom alten zum neuen System ist durch einen eigenen Paragraphen im Gesetz geregelt (§ 87c SGB V). Darüber hinaus sind im Zuge der Einführung des neuen Vergütungssystems zahlreiche gesetzliche Vorgaben durch den Bewertungsausschuss (besetzt durch Vertreter der Kassen und Ärzteseite) weitergehend zu operationalisieren bzw. verfahrensmäßig auszugestalten. Für eine Bewertung der Reform ist es sinnvoll, die wichtigsten bislang getroffenen Operationalisierungsentscheidungen bzw. deren Auswirkungen nachzuvollziehen, um in der Diskussion genauer zwischen Reformintentionen und technischer Umsetzung differenzieren zu können.

Für den Einstieg in das neue Vergütungssystem mussten vor allem folgende drei Schritte verfahrensmäßig ausgestaltet werden: (a) die Berechnung des bundesweiten Orientierungswertes, (b) die Berechnung des Behandlungsbedarfs der Versicherten je Kasse und Region und (c) die Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina.

(a) Berechnung des bundesweiten Orientierungswertes

Die ersten beiden Schritte hängen eng zusammen, weil sie beide auf der gleichen Leistungsmenge aufsetzen: Für die Berechnung des Orientierungswertes wurde die Summe der 2007 bundesweit gezahlten Gesamtvergütungen durch

die Summe der im gleichen Zeitraum abgerechneten Leistungsmengen (EBM-Punkte bzw. in Punkte umgerechnete Eurobeträge) dividiert. Zuvor wurden im Zähler und Nenner eine Reihe von besonders förderungswürdigen – und damit außerhalb der MGV zu vergütenden – Leistungen abgezogen (z.B. Früherkennung, belegärztliche Leistungen und ambulantes Operieren). Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (§ 87c (1) SGB V) wurden ferner im Nenner die Leistungsmengen nach Anwendung „honorarwirksamer Begrenzungsregelungen“ (HVV-Quote) angesetzt. Weitere Anpassungen der Leistungsmenge betrafen insbesondere die Auswirkungen des 2008 in Kraft getretenen neuen EBM. Im Zähler wurde die Vergütungssumme 2007 um die Grundlohnsteigerungen 2008 und 2009 gesteigert sowie eine Anpassung zur Berücksichtigung weiterer offener Positionen aus den alten Gesamtverträgen vorgenommen (vgl. 7. bzw. 8. EBA, Beschlussteil A).

Im Ergebnis resultiert für das Jahr 2009 ein Orientierungswert von 3,5001 Cent. In allen KV-Regionen wurde dieser Wert als regionaler Punktwert vereinbart, weil der Bewertungsausschuss zu der Feststellung gekommen ist,

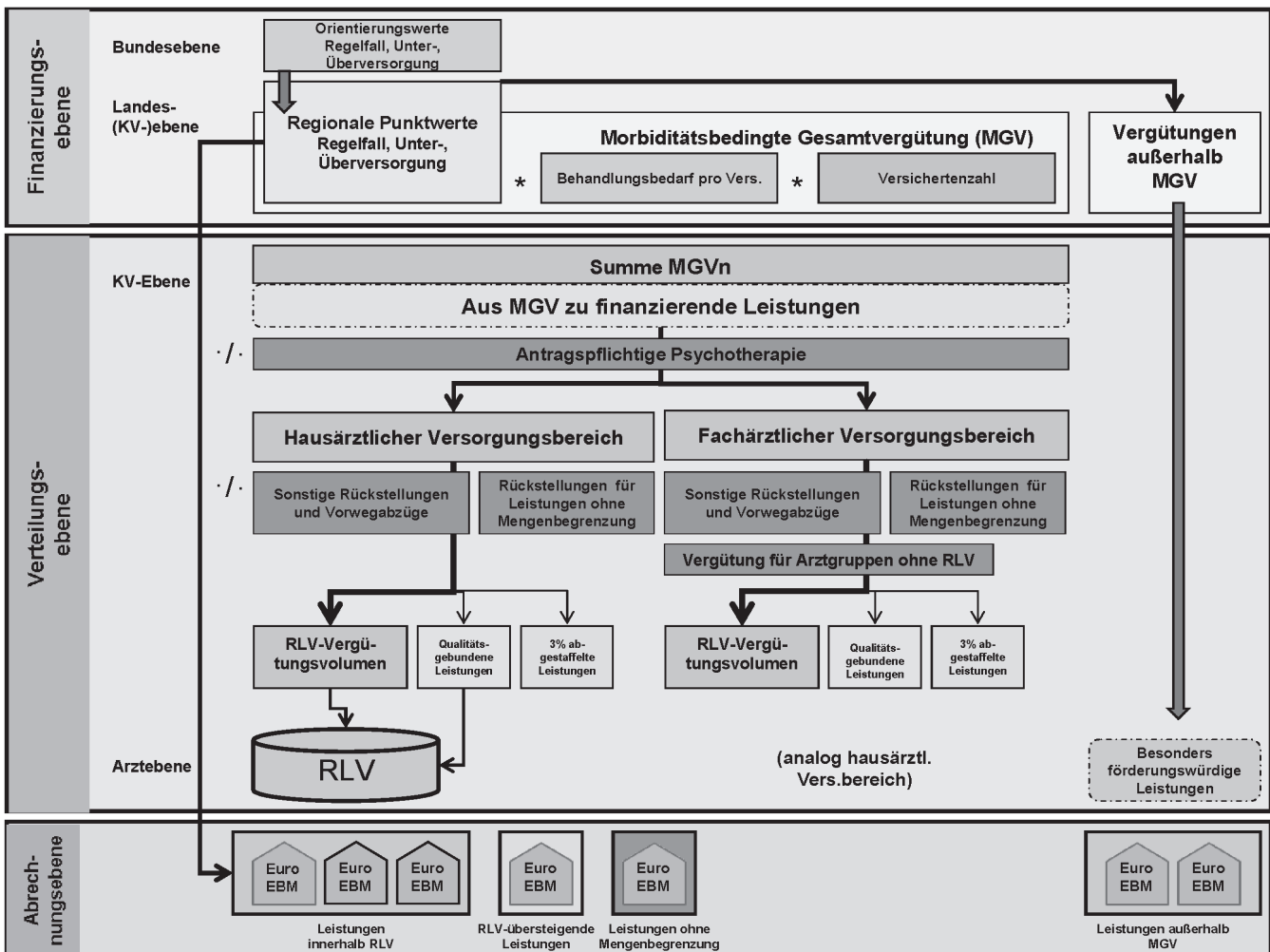
dass sich keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Kosten- oder Versorgungsstruktur definieren lassen, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte rechtfertigen würden (vgl. 7. EBA, Beschlussteil C).

(b) Berechnung des Behandlungsbedarfs der Versicherten je Kasse und Region

Was die Berechnung des Behandlungsbedarfs betrifft, so wurde im Prinzip die gleiche – aus den Leistungen des Jahres 2007 abgeleitete – Leistungsmenge zugrunde gelegt, wie auch für die Berechnung des Orientierungswertes. Neben den dort bereits beschriebenen Anpassungen wurde ferner eine Erhöhung der Leistungsmenge 2009 gegenüber 2008 um 5,1 % als „Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge“ beschlossen (vgl. 7. bzw. 8. EBA, Beschlussteil B).

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Orientierungswert und zum Behandlungsbedarf führt zu einer stärkeren bundesweiten Vereinheitlichung

Abbildung 3: Überblick Vergütungssystem ab 2009



Quelle: IGES

der Vergütungssystematik und damit zum Auftreten von „Anpassungssprüngen“. Zum anderen wurde auf dieser Ebene die politisch gewollte Anpassung der Vergütungsniveaus zwischen alten und neuen Bundesländern bzw. KVn realisiert.

Das Problem sprunghafter Veränderungen aufgrund der Umstellung von zuvor stark regional variierenden auf bundesweit vereinheitlichte Regulierungsparameter lässt sich in ein Mengen- und ein Preisproblem zerlegen. Zunächst zum Mengenproblem: Bei beiden Berechnungen sind die Leistungsmengen 2007 „nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen“ zugrunde gelegt worden. Das bedeutet konkret, dass nicht die „angeforderten Leistungsmengen“ (vgl. Abbildung 1), sondern die entsprechend den Honorarverteilungsverträgen (HVV) gekürzten Leistungsmengen berücksichtigt wurden. Nun waren aber sehr unterschiedliche HVV-Instrumentarien implementiert, die zu unterschiedlichen HVV-Quoten – also den Anteilen der vollständig vergüteten Leistungsmenge – führten. Der Bewertungsausschuss hatte in seinem ursprünglichen Beschluss (7. EBA) eine bundeseinheitliche HVV-Quote von 0,9059 festgelegt, d.h. 9,41 % der angeforderten Leistungen sollten gekürzt werden.

Bei der Berechnung des Behandlungsbedarfs wurde allen KVn in den alten Bundesländern ursprünglich einheitlich diese auch bei der Berechnung des Orientierungswerts zugrunde gelegte HVV-Quote zugewiesen. Die HVV-Quote aller KVn in den neuen Bundesländern wurde einheitlich auf den Wert 0,9544 festgesetzt, d.h. in den Ost-KVn wurde eine erheblich geringere Kürzung der angeforderten Leistungsmengen vorgenommen und die Gesamtvergütungen damit entsprechend erhöht.

Neben den – durchweg positiv empfundenen – „Anpassungssprüngen“ in den neuen Ländern führte die einheitliche HVV-Quote bei den West-KVn auch zu negativen Konsequenzen: KVn, die im alten System das Modell „hohe Auszahlungspunktwerte durch strikte Mengenkontrolle“ verfolgten, wurde der Punktwert auf 3,5 Cent abgesenkt, gleichzeitig wurden die in der KV unterproportionalen Leistungsmengen aber fortgeschrieben und vice versa.

Aufgrund der heftigen Proteste der betroffenen KVn (und ihrer landespolitischen Unterstützer) wurde daher der ursprüngliche Beschluss korrigiert. In seiner 8. Sitzung legte der Erweiterte Bewertungsausschuss für alle KVn der alten Länder eine individuelle HVV-Quote fest (zwischen 0,8954 in Bayern und 0,9176 in Schleswig-Holstein). Das mit der bundesweiten Vereinheitlichung verbundene „Mengenproblem“ wurde damit vermindert. Für die Ost-KVn wurde eine HVV-Quote von einheitlich 0,9517 beschlossen, die Verbesserung der Vergütungssituation in den neuen Ländern also beibehalten (vgl. 8. EBA, Beschlussteil B).

Besonders kennzeichnend für das neue Vergütungssystem ist die Erstellung der Euro-Gebührenordnungen für die EBM-Leistungen. Damit verbunden ist nicht nur eine bundesweite Angleichung der Preisniveaus für die ärztlichen Leistungen, die für 2009 sogar einer Vereinheitli-

chung entspricht, da in allen Regionen der Orientierungswert zum Punktwert wurde. Die Euro-Gebührenordnung führt auch dazu, dass Leistungen, die bis 2008 außerhalb der budgetierten Gesamtvergütungen mit in der Regel deutlich höheren (aber regional differierenden) Punktwerten bezahlt wurden, nunmehr mit dem regionalen Punktwert zu bewerten sind.

Der Konsequenz eines deutlichen Honorarverfalls für einige der betroffenen – häufig von allen Beteiligten als besonders förderungswürdig anerkannten – Leistungen wurde entgegengewirkt, indem die Bewertungen dieser Leistungen im EBM angepasst wurden (z.B. Früherkennung, ambulantes Operieren) (vgl. 8. EBA, Beschlussteil H). Aber auch dieses Vorgehen – das man auch als einen systemwidrigen Eingriff in den EBM ansehen kann, da die Bewertungen der Leistungen auf betriebswirtschaftlicher Basis erfolgen müssen (§ 87 Abs. 2 SGB V) – kann regionale „Anpassungssprünge“ nicht vermeiden: In Regionen, in denen die betreffenden Leistungen vorher mit sehr hohen Punktwerten vergütet wurden, kommt es auch nach Anpassung der EBM-Bewertung noch zu Honorarverlusten (umgekehrt vermutlich auch zu Gewinnen, da die Anpassungsfaktoren der EBM-Bewertungen sich am durchschnittlichen Vergütungsniveau orientiert haben dürften).

Die Selbstverwaltung hat dieses „Preisproblem“ gesehen und in den entsprechenden Beschluss eine Art „Öffnungsklausel“ aufgenommen: Den regionalen Verhandlungspartnern wird empfohlen, die neuen Vergütungshöhen bei diesen Leistungen unter Berücksichtigung der alten Preise zu überprüfen. Falls „zur Sicherung einer angemessenen Vergütung ergänzende Regelungen erforderlich“ sein sollten, könnten „leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert vereinbart werden.“ (7. E-BA, Beschlussteil H, Nr. 5).

Diese „Öffnungsklausel“ ist im weiteren Verlauf in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt, weil sie in offensichtlichen Widerspruch zu dem Reformziel der Beseitigung von regionalen Preisunterschieden steht (außer den gesetzlich vorgesehenen, aber für 2009 nicht zur Anwendung kommenden Zu- und Abschlägen gem. § 87a Abs. 2 SGB V). Das BMG hat gegenüber der Selbstverwaltung in mehreren Stellungnahmen klargestellt, dass eine Erhöhung des Punktwerts für einzelne Leistungen nicht rechtskonform ist, das Gesetz vielmehr vorschreibt, dass alle Leistungen – auch die außerhalb der MGV – mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Als Ausweg wurde jedoch auf die Möglichkeit verwiesen, Zuschläge im Sinne der „Öffnungsklausel“ aus Rückstellungen zu finanzieren, die die KVn per Vorwegabzug von der MGV bilden müssen und die sie u.a. auch „zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten“ verwenden können (§ 87b Abs. 3 S. 5 SGB V).

Faktisch ist es zunächst nur in wenigen KV-Regionen zu solchen Aufschlägen gekommen bzw. entsprechende Begehren der KVn sind von den Landesschiedsämtern zurückgewiesen worden. Aufgrund der vermeintlich fortbestehenden Unterfinanzierung der betreffenden Leistungen in manchen KV-Regionen hat die KBV die

Thematik jedoch auf ihre Agenda zur Nachbesserung der Vergütungsreform gesetzt. In seiner 11. Sitzung am 17. März 2009 ist der Erweiterte Bewertungsausschuss der Argumentation der KBV gefolgt und hat mit Bezug auf belegärztliche sowie Leistungen des ambulanten Operierens folgendes beschlossen: Falls die für 2009 nach EBM-Anpassung resultierende Vergütung einer Leistung die im Jahr 2008 gezahlte Vergütung unterschreitet, ist die Differenz durch einen leistungsbezogenen Zuschlag zum Punktwert der Euro-Gebührenordnung auszugleichen.

(c) Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina

Die Protestwelle der Ärzteschaft nach In-Kraft-Treten der Vergütungsreform knüpft vor allem an den dritten Umsetzungsschritt der Vergütungsreform an, die Berechnung der Regelleistungsvolumina (RLV) sowie die damit zusammenhängenden Maßnahmen. Dabei speist sich ein Teil der vorgetragenen Klagen aus Missverständnissen bzw. verkürzten Darstellungen der Sachlage: Die von den KVn kurz vor Beginn des ersten Quartals 2009 jedem Vertragsarzt zugewiesenen RLV stellen für die Mehrheit der Ärzte nur einen Teil der Vergütung dar. Je nach Fachgruppe kommen teilweise weitere Vergütungen aus Leistungen außerhalb der MGV hinzu. Ferner werden auch Mittel aus Vorwegabzügen für z.B. den organisierten Notfalldienst, die Zuschläge für qualitätsgebundene Leistungen, einzelne gekennzeichnete EBM-Leistungen, Leistungen von Arztgruppen ohne RLV sowie für die RLV-überschreitenden Leistungen, die mit einem abgestaffelten Punktwert zu vergüten sind, wieder an die Ärzte ausgeschüttet.

Sieht man von diesen Fehlinterpretationen ab, dann bleibt auch bei der Berechnung der RLV im Kern eine Problematik von „Anpassungssprüngen“ infolge einer teilweisen bundesweiten Vereinheitlichung der Berechnungs- und Steuerungsparameter übrig, wie sie in analoger Weise bereits für Orientierungswert und Behandlungsbedarf beschrieben wurde: Das RLV eines Arztes ergibt sich im Wesentlichen aus dem Produkt der durchschnittlichen Leistungsmenge seiner Fachgruppe (arztgruppenspezifischer Fallwert) und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Bei stark überdurchschnittlichen Fallzahlen (ab 150%) eines Arztes wird das RLV für die übersteigenden Fälle gekürzt, es sei denn es liegen Ausnahmetatbestände vor. Ferner erfolgt eine grobe Anpassung des RLV nach der Altersstruktur der Patienten.

Soweit für Außenstehende erkennbar, resultieren die Verwerfungen auf der Arzzebene aus der Kollision der bundesweit durch den Bewertungsausschuss festgelegten Berechnungsvorschriften für die RLV mit den zuvor regional sehr unterschiedlich gestalteten Mechanismen bzw. Steuerungswirkungen der früheren Honorarverteilungsverträge. Aus den öffentlichen Verlautbarungen lässt sich folgendes Bild ableiten: Es gab Ärzte, deren Umsatz durch wenige Fälle mit einer hohen Leistungsintensität zustande kam und umgekehrt. Ärzte des ersten Umsatztyps verlieren durch das Verfahren der RLV-Bestimmung, weil ihre

hohen Fallwerte auf das Durchschnittsniveau ihrer Fachgruppe abgesenkt werden und als Multiplikator nur ihre unterdurchschnittliche Vorjahresfallzahl herangezogen wird. Ärzte des zweiten Typs werden durch das Verfahren dagegen besser gestellt. Die Wirkzusammenhänge der alten sowie neuen Honorar-Instrumente sind für den Außenstehenden aufgrund fehlender empirischer Analysen jedoch nur beschränkt diskutierbar.

Als Reaktion wurde im 9. bzw. 10. Erweiterten Bewertungsausschuss den KVn die Möglichkeit eröffnet, durch eine knapp 2-jährige Konvergenzphase die neuen RLV-Regelungen nun schrittweise einzuführen. Darüber hinaus wurden auch grundsätzlich geplante Veränderungen der RLV-Ermittlung beschlossen bzw. angekündigt (vgl. 11. E-BA).

4 Diskussion

Der vorliegende Aufsatz berücksichtigt den bis Mitte März 2009 erreichten Stand der Vergütungsreform. Anlass für den Versuch eines Zwischenfazit sind die öffentlichen Diskussionen nach Inkrafttreten wesentlicher Reformelemente zum 1. Januar 2009, die bis zu Forderungen nach Rückabwicklung der Reform und zur Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen reichten. Die vielerorts verkürzten und irreführenden Darstellungen zeigen, dass weder die Hintergründe und Ziele der Reform, noch die inzwischen getroffenen Regelungen zur Operationalisierung der gesetzlichen Vorgaben leicht nachvollzogen werden können. Der Erläuterung der Zusammenhänge zwischen den Insuffizienzen des alten Vergütungssystems, den Zielen der Reform sowie den Lösungsansätzen des GKV-WSG bzw. der untergesetzlichen Regelungen wurde daher breiter Raum gegeben.

Im Sinne eines Zwischenfazit soll nun diskutiert werden, inwieweit die zentralen Ziele der Vergütungsreform durch die bislang getroffenen Maßnahmen erreicht werden bzw. welche offenen Fragen durch die noch ausstehenden Reformschritte zu lösen sind.

Ein erheblicher Teil der aktuellen Kritik an den Auswirkungen der Reform lässt sich darauf zurückführen, dass die Realisierung der Reform mit einer Reduktion der Unterschiede, Heterogenitäten und Gestaltungsspielräume einhergeht, die zuvor zwischen Krankenkassen/Kassenarten, Regionen/KVn sowie zwischen den Arztgruppen bestanden (Wasem & Walendzik, 2008). Den Abschluss des Beitrags bildet eine Einordnung der Vergütungsreform in den größeren ordnungspolitischen Kontext der Entwicklung der GKV, der u.E. eine Homogenisierung des Vergütungssystems im kollektivvertraglichen Bereich zur Notwendigkeit macht.

Adäquate Verteilung der Finanzierungslasten auf die Krankenkassen

Die Bewertung des Ziels der adäquateren Verteilung der Finanzierungslasten auf die Krankenkassen ist noch nicht

abschließend möglich, da bis heute lediglich die für das Übergangsjahr 2009 bestehenden Regelungen umgesetzt wurden (vgl. § 87c (4) SGB V).

In das neue Vergütungssystem sind die einzelnen Kassen mit Behandlungsbedarfen gestartet, die aus ihren faktischen Leistungsmengen des Jahres 2007 abgeleitet wurden. Diese Mengen wurden für das Umstellungsjahr 2009 zum morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf erklärt. Ab dem Jahr 2010 muss der Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten bestimmt werden.

Diese soll mit Hilfe eines Patientenklassifikationsverfahrens (PKS) ermittelt werden, indem „diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbaren Behandlungsbedarfen“ gebildet werden (vgl. § 87a (5) Satz 2 SGB V). Die Versicherten werden Risiko- oder besser „Morbiditäts“-klassen zugeordnet. Je Morbiditätsklasse wird mit Hilfe statistischer Methoden – vereinfacht gesprochen – der durchschnittliche Behandlungsbedarf ermittelt.

Für die Frage der künftigen Verteilung der Finanzierungslasten auf die Krankenkassen wird es von Bedeutung sein, ob man die im Umstellungsjahr 2009 als Behandlungsbedarf angesetzt – unter den Rahmenbedingungen des alten Vergütungssystems entstandenen – Leistungsmengen als Basis beibehält und künftig nur die Veränderung mit Hilfe des PKS ermittelt oder ob zuvor eine Neubemessung der Behandlungsbedarfe entsprechend der mit dem PKS gemessenen Morbidität der jeweiligen Versichertenpopulationen erfolgt.

Durch letztere Vorgehensweise würden heute bestehende, nicht morbiditätsbedingte kassen(arten)spezifische Unterschiede – und je nach Differenzierung des Verfahrens auch regionale Unterschiede – in der Höhe des Behandlungsbedarfs nivelliert. Dies wäre mit Umverteilungen der Finanzierungslasten der Krankenkassen verbunden und birgt daher das Risiko der Induzierung weiterer Turbulenzen um die ambulante Vergütungsreform. Auf der anderen Seite haben die in Abschnitt 3 beschriebenen Anpassungsprobleme bei der Umstellung auf das neue Vergütungssystem gezeigt, dass die faktischen Leistungsmengen unter dem alten Vergütungsregime u.a. durch das Management der Verteilungsaufgaben durch die KVn geprägt wurden. Aufgrund z.T. kassenartenspezifischer Aufteilungsquoten zum hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbe- reich sowie kassenartenspezifischer Auszahlungspunktwerte – aber auch aufgrund kassenspezifischer extrabudgetärer Leistungen – sind hier weitere Effekte zu vermuten.

Die Einzelheiten des Verfahrens ab 2010 zur Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs müssen durch den Bewertungsausschuss bis zum 30.06.2009 festgelegt werden, eine Beurteilung dieses wesentlichen Teils der Reform ist somit derzeit (Ende März 2009) noch nicht möglich.

Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen

Was das Reformziel der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen betrifft, so sind mit den gesetzlichen Bestimmungen zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie den Regelungen zum unvorhergesehenen Morbiditätsanstieg lediglich die ersten Voraussetzungen geschaffen worden. Eine tatsächliche Ermittlung des Morbiditätsanstiegs mit Hilfe des PKS hat noch nicht stattgefunden, die für 2009 vereinbarte Anpassungsrate von 5,1 Prozent stellte eine Verhandlungsgröße, keine empirische Größe dar.

Kritisch zu hinterfragen ist, ob und wie es gelingen kann, allein den tatsächlichen Morbiditätsanstieg zu messen, nicht aber Mengenausweitungen als solchen zu interpretieren. Eine entscheidende Rolle werden dabei die ebenfalls am 30.06.2009 durch den Bewertungsausschuss zu verabschiedenden Verfahren spielen, mit denen die Morbidität der Versicherten gemessen werden soll (vgl. § 87 a (5) SGB V).

Bereits im Zusammenhang mit den – in der Praxis nie umgesetzten – Bestimmungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zur Reform der vertragsärztlichen Vergütung ist intensiv diskutiert worden, welchen Stellenwert direkte Morbiditätsindikatoren (insbes. Diagnosen) bzw. darauf rekurrierende Patientenklassifikationssysteme bei der Bemessung und Verteilung der Vergütung haben sollten. Im Mittelpunkt steht dabei das Problem, dass die Ärzte durch die Vergabe von Diagnosen unmittelbar Einfluss auf das Vergütungsvolumen nehmen könnten, wenn man die Bemessung oder Fortschreibung der Vergütungsvolumina an eine diagnosebasiert gemessene „Morbidität“ knüpft. Nicht nur Vertreter der Krankenkassen (Staffeldt et al. 2006), sondern auch Wissenschaftler (Wasem 2006) haben sich daher seinerzeit eindeutig gegen eine solche Vorgehensweise ausgesprochen und stattdessen dafür plädiert, bei der „Anpassung der Gesamtvergütungen demographische Merkmale zugrunde zu legen“ (Wasem 2006, S. 22).

Der Gesetzgeber ist im GKV-WSG diesen Empfehlungen nicht gefolgt und verlangt bei der Anpassung der Gesamtvergütungen den Einsatz eines auf vertragsärztliche Diagnosen und Leistungsmengen – ggf. ergänzt um weitere, mit dem geltenden RSA vereinbare Merkmale – gestützten Patientenklassifikationsverfahrens. Inwieweit es gelingen wird, im Zuge der bis zum Sommer 2009 zu bewältigenden Ausgestaltung dieser Vorgabe, die skizzierten Risiken durch ergänzende Maßnahmen (z.B. Kodiervorschriften, Plausibilitätsprüfungen, Diagnosevalidierungen usw.) zu vermindern, bleibt abzuwarten.

Feste Preise für ärztliche Leistungen sowie eine transparente Mengensteuerung

Die Etablierung der Euro-Gebührenordnungen mit Mengensteuerung sowie damit verbunden die Beseitigung von nicht begründbaren regionalen Vergütungsunterschieden

für identische Leistungen hat – insbesondere was die Mengensteuerung in Gestalt der Regelleistungsvolumina betrifft – den stärksten öffentlichen Widerspruch ausgelöst. Lässt man die radikalen Forderungen einiger Kritiker außer Betracht, dann werden vor allem Veränderungen beim Verfahren der Zuweisung der RLV sowie eine Erweiterung der regionalen Gestaltungsspielräume verlangt. Zunächst zu den regionalen Spielräumen:

Die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit zur Vereinbarung regional vom Orientierungswert abweichender Punktwerte konnte für 2009 nicht genutzt werden, weil auf der Regionalitätsebene der KVn keine Indikatoren definiert werden konnten, die eine Differenzierung rechtfertigen. Das Problem dürfte kurz gesagt darin bestehen, dass ganze KVn ein ungeeignetes Regionalkonzept sind, weil die Unterschiede der Versorgungs- und Kostenstrukturen zwischen Planungsbereichen innerhalb einer KV größer sein werden als zwischen den KVn.

Der naheliegende Vorschlag einer Neubestimmung der regionalen Bezugsebene für die Vereinbarung regionaler Punktwerte (gem. § 87 Abs. 2f SGB V) sollte im Zusammenhang mit den noch ausstehenden Beschlüssen zu den Orientierungswerten für über- und unterversorgte Regionen (gem. § 87 Abs. 2e SGB V) untersucht werden, da Interaktionen zwischen beiden Steuerungsansätzen auftreten werden.

Die Forderung nach Zulassung größerer regionaler Gestaltungsspielräume zielt jedoch offenbar weniger auf die Punktwerte als Grundlage der Euro-Gebührenordnung, als vielmehr auf die Möglichkeit diskretionärer Eingriffe zur Stützung der Vergütung spezifischer Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert („Öffnungsklausel“, vgl. 7. E-BA, Beschlussteil H, Satz 5). Letztlich ist es zwar nachvollziehbar, dass es aufgrund der bundesweiten Vorgaben regional zu niedrigeren Vergütungen kommen kann, jedoch nicht, warum diese Vergütungshöhen als unangemessen gelten sollen.

Trotzdem hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 11. Sitzung für bestimmte Leistungen beschlossen, dass etwaige Differenzen zum Vergütungsniveau des Jahres 2008 durch leistungsbezogene Zuschläge auf den Punktwert auszugleichen sind. Die Zuschläge sollen zwar aus den Rückstellungen zur Verhinderung überproportionaler Honorarverluste finanziert werden, die Krankenkassen müssen aber die Gesamtvergütung um den für die Finanzierung der Zuschläge erforderlichen Betrag erhöhen.

Rein formal betrachtet könnte man das Reformziel der Etablierung einer Euro-Gebührenordnung auf Basis eines regional einheitlichen Punktwertes noch als gewahrt ansehen. Faktisch kann es damit jedoch auch im neuen Vergütungssystem wieder zu regional unterschiedlichen Preisen für identische Leistungen kommen. Angesichts der Tatsache, dass damit ein kennzeichnendes Element der Reform bereits kurz nach Inkrafttreten schon wieder in Frage gestellt wird, wünschte man sich eine detailliertere Darlegung der tatsächlichen Vergütungssituationen bzw.

der daraus vermeintlich resultierenden Folgen für die Versorgung, die dieses Vorgehen begründen sollen.

Im Hinblick auf die Verfahren zur Bestimmung der Regelleistungsvolumen fällt eine Bewertung besonders schwer, weil – abgesehen von den formalen Prozeduren der Berechnung und zahlreichen Presseberichten – keine empirischen Informationen über die tatsächlichen Auswirkungen auf die Versorgungsrealität zugänglich sind. Aus Sicht der Patienten ist die Bemessung der praxisbezogenen RLV sicherlich der sensibelste Teil des gesamten Vergütungssystems, weil er sich unmittelbar auf das alltägliche Versorgungsangebot der eigenen Ärzte auswirken kann.

Die ursprünglich gewählten Verfahren der Festlegung der RLV über arztindividuelle Fallzahlen und arztgruppenbezogene Durchschnittswerte in Verbindung mit einer groben Altersgewichtung haben sich offenbar als ungeeignet erwiesen, um der Variabilität innerhalb der Arztgruppen gerecht zu werden. In der öffentlichen Diskussion wurden vor allem Ärzte mit kleinen Fallzahlen, aber hoher Leistungsintensität pro Fall genannt, die verfahrensbedingt eine deutlich geringere Leistungsmenge erhalten als vor der Reform. Wenn diese Ärzte besonders schwer erkrankte und daher leistungsaufwendige Patienten versorgen, dann liegt eine gravierende Fehlsteuerung vor.

In der auf das GMG zurückgehenden alten Gesetzesfassung war noch vorgesehen, die RLV sowohl auf der Ebene der Arztgruppen, als auch des einzelnen Arztes unter Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der jeweils behandelten Versicherten zu bestimmen (§ 85a bzw. § 85b SGB V i.d.F. des GMG). Das GKV-WSG hat den direkten Morbiditätsbezug an dieser Stelle aufgegeben und nur auf der Finanzierungsebene beibehalten. Es wird eine zentrale Frage der künftigen Evaluation der Vergütungsreform sein, ob diese Zuordnung sinnvoll war.

Die Vergütungsreform im Gesamtkontext der GKV-Modernisierung

Die bereits vollzogenen und eventuell noch folgenden „Nachbesserungen“ bei der Reformumsetzung zeigen, dass die Etablierung eines nach bundesweiten Vorgaben stärker vereinheitlichten Vergütungssystems mit vielen offenen Fragestellungen und Problemen behaftet ist.

Angesichts der Komplexität und hochgradigen Intransparenz des Systems der vertragsärztlichen Vergütung ist sehr früh schon die Frage gestellt worden, warum die zu erwartenden Anpassungssprünge nicht durch eine längere Phase des Umstiegs auf das neue System, vergleichbar der Konvergenzphase bei der Einführung der Fallpauschalenvergütung im Krankenhausbereich, abgemildert wurden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat durch die Beschlüsse vom 15.01. und 27.02.2009 immerhin nachträglich für die Verteilungsebene die Möglichkeit geschaffen, regionale Konvergenzphasen durchzuführen.

Für den Verzicht des Gesetzgebers auf eine längere Umstellungsphase lassen sich eine Reihe von politischen und

praktischen Gründen anführen. Nicht zuletzt dürfte wohl auch der übergeordnete Reformkontext des GKV-WSG (sowie auch der Vorgängergesetze) eine wichtige Rolle gespielt haben, vor dessen Hintergrund eine weitere Verlängerung der Lebensdauer der alten Vergütungssystematik nicht mehr tragbar erschien.

Die stärkere bundesweite Vereinheitlichung der Vergütungssystematik folgt insofern der ordnungspolitischen Entwicklungslogik des GKV-Systems: Bereits mit Einführung des Risikostrukturausgleichs durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1993) wurden die Versicherten der einzelnen Kassen einnahmeseitig zu zwei übergreifenden GKV-Versichertenkollektiven (alte und neue Bundesländer) vereinigt. Mit der endgültigen Rechtsangleichung wurde 2007 auch die Trennung nach alten und neuen Ländern beseitigt. Der Gesundheitsfonds setzt diese Entwicklung im Prinzip fort, indem er die letzten, aufgrund des zuvor unvollständigen Grundlohnenausgleichs noch bestehenden, Reste kassen- und regionalspezifischer Einnahmeunterschiede beseitigen soll. (Nur „im Prinzip“ weil mit den Regelungen in § 272 SGB V eine zusätzliche Berücksichtigung von länderbezogenen Transferwirkungen neu eingeführt wurde, die der Systemlogik eigentlich fremd ist.)

Damit sind regionale Unterschiede in der Höhe der Vergütung identischer Leistungen durch Rekurs auf die Wirtschaftskraft eines Bundeslandes nicht mehr begründbar. Unterschiede in den regionalen Kostenstrukturen können dagegen auch auf der neuen gesetzlichen Basis abgebildet werden.

Für eine Vereinheitlichung der Vergütungssystematik spricht ferner die ebenfalls lange vor dem GKV-WSG eingeleitete Entwicklung zum Ausbau des Vertragswettbewerbs in der GKV. Die Ausweitung der selektivvertraglichen Versorgung wurde lange gehemmt, weil die Bereinigung der Gesamtvergütungen um einzelvertraglich vereinbarte Versorgungsaufträge unter den alten Bedingungen nicht vernünftig darstellbar war. Im neuen Vergütungssystem sind die Voraussetzungen für die Bereinigung deutlich besser, wobei gegenwärtig zum Teil noch Auffassungsunterschiede bzgl. der Umsetzung bestehen, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann (vgl. Beschlüsse des 168. BA sowie des 9. EBA).

Mit der Verbesserung der Bereinigungsfähigkeit sind grundsätzliche Voraussetzungen für eine stärkere Ausdifferenzierung der ambulanten Versorgung im Sinne einer Parallelität von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung geschaffen. In einer solchen Konstellation kommt dem kollektivvertraglichen Vergütungssystem die Funktion eines Referenzsystems mit bundesweit einheitlich geregelten Vergütungshöhen zu. In der stärker wettbewerblich gesteuerten selektivvertraglichen Versorgung können sich dagegen kassen-, vertrags- oder regionalspezifische Unterschiede in der Vergütung der jeweils erfassten Leistungen bzw. Ärzte herausbilden.

Resümierend lässt sich somit festhalten, dass die bisher vollzogenen Schritte zur bundesweiten Vereinheitlichung

der ambulanten Vergütungssystematik in klarem Zusammenhang zur Entwicklungslogik des GKV-finanzierten Gesundheitssystems stehen.

Literatur

168. BA: Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 168. Sitzung. *Deutsches Ärzteblatt*, Januar 2009, PP, Heft 1, 40-43.
7. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008. *Deutsches Ärzteblatt*, 19. September 2008, Jg. 105, Heft 38, A1988-A1998.
8. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008. *Deutsches Ärzteblatt*, 28. November 2008, Jg. 105, Heft 48, A2602-A2604.
9. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009. *Deutsches Ärzteblatt*, März 2009, PP, Heft 3, 138-140.
10. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009. *Deutsches Ärzteblatt*, 20. März 2009, Jg. 106, Heft 12, A574-A575.
11. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 11. Sitzung am 17. März 2009.
- BT-Drucksache 16/3100: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/3100.
- KV Berlin (2008): Höhe der Kopfpauschalen im 3. Quartal 2008. http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/10gesamtverguetung/10kopfpauschale/kopfpauschale_quartal/index.html (Zugriff 26.03.2009)
- Staffeldt, T., Schauenburg, B. und Schönbach K.-H. (2006): Diagnosebezug der Regelleistungsvolumina nicht praktikabel – demographischer Faktor als Alternative. Die BKK Sonderausgabe 06/2006, S. 6-10.
- Staffeldt, T. (2006): Aufbringung und Verteilung der ärztlichen Vergütung: von ökonomischen (Un)Sinnigkeiten und empirischen Evidenzen. Die BKK Sonderausgabe 06/2006, S. 16-19.
- Wasem J. (2006): Zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Die BKK Sonderausgabe 06/2006, S. 20-22.
- Wasem J., Walendzik, A. (2008): Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung; Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung? *Wirtschaftsdienst* 2008 (10), 640-647.