

Honorare ohne Grenzen: die ärztliche Vergütung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die Reform der ärztlichen Vergütung ist eines der dringlichsten Themen im aktuellen Gesundheitsreformprozess. Einerseits sind die den KVen zu entrichtenden Vergütungen nicht der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versicherten einer Kasse angepasst, was zu erheblichen Ungleichgewichten im Vergütungsaufkommen geführt hat. Andererseits haben Budgetierung und schwer durchschaubare Honorarverteilungsregeln bei gleichzeitiger Zunahme von Arztzahl und -dichte das Einkommen für den einzelnen Arzt nur schwer kalkulierbar gemacht. Die Verwerfungen bei Honoraraufbringung und -verteilung bedürfen einer schnellen Korrektur.

■ Birgit Schauenburg, Corinne Behrend, Thomas Staffeldt

Die Selbstverwaltung hatte mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz gemäß den §§ 85a-d SGB V den Auftrag bekommen, mit der Einführung einer morbiditätsorientierten Gesamtvergütung diese Probleme zu lösen. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelungen sind allerdings aufgrund ihrer Komplexität und widersprüchlichen Interpretierbarkeit sowie kaum realisierbarer Vorgaben nicht fristgerecht umgesetzt worden.

Die ärztliche Vergütung ist deshalb im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) neu geregelt und dabei nach Einschätzung des Gesetzgebers deutlich vereinfacht worden. Von der Zielrichtung her grundsätzlich positiv zu beurteilen sind dabei die Abschaffung der mitgliederbezogenen Kopfpauschalen durch eine kassenindividuell anzupassende Gesamtvergütung auf Basis gleicher Preise und die Fortschreibung der Gesamtvergütung nach dem versichertenbezogenen Behandlungsbedarf.

Allerdings ist das Gesetzgebungsverfahren nicht unbeeinflusst von den Ärzteprotesten der letzten Monate und von effektiver Lobbyarbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geblieben. Im vorliegenden Beitrag wird im ersten Abschnitt die Entwicklung der ärztlichen Vergütungsregelungen vom Eckpunktepapier der großen Koalition bis zum aktuellen Stand des GKV-WSG nachgezeichnet. Dabei wird deutlich, dass mit Lobbypolitik und auch Druck durch öffentliche Demonstrationen einige zentrale Forderungen der Ärzteschaft letztlich mit Erfolg

im Gesetz festgehalten worden sind. Im zweiten Abschnitt wird gezeigt, welche Ausgabenrisiken durch diese Regelungen entstanden sind.

1 Die ärztlichen Vergütung im Spiegel des GKV-WSG oder: Lobbyarbeit lohnt sich doch!!!

1.1 Das Konzept der KBV und das Eckpunktepapier der großen Koalition

Im Sommer 2005 legt die KBV ihrer Vertreterversammlung das Konzept zu einer neuen Vertragsgebührenordnung vor. Damit will sie nach eigenen Aussagen die Chance nutzen, parallel zur Arbeitsgruppe Gesundheit der Koalition ein eigenständiges Reformkonzept vorzulegen.

Kernpunkte dieses Konzepts sind

- die Ablösung des Honorarbudgets
- die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- eine Euro-Gebührenordnung
- nach Alter und Geschlecht differenzierte Grundpauschalen für die Hausärzte
- morbiditätsgewichtete bzw. indikations- und diagnose-spezifische Fallpauschalen für die Fachärzte auf der Grundlage eines Basisfallwertes je Arztgruppe
- Qualitäts- und Qualifikationszuschläge
- Zu- bzw. Abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung
- die sockelwirksame Erhöhung der regionalen Gesamtvergütungen um 10 % als Einstieg in das neue Vergütungssystem mit zusätzlichen Ausgabenbelastungen für die Krankenkassen von 4,5 bis 5 Mrd. Euro

Birgit Schauenburg, Corinne Behrend, Thomas Staffeldt, BKK-Bundesverband, Essen

- Kostensteuerung ausschließlich über die Vertragsgebührenordnung (durch stringente Pauschalierung und Einführung einer fixkostenorientierten Abstufung, Einführung veranlasserbezogener Vergütungsregelungen für bestimmte, überweisungsabhängige Leistungen).

Die KBV-Vertreterversammlung findet das Papier allerdings noch nicht entscheidungsreif. Dafür präsentiert die Koalition in einer von vielen noch folgenden langen Nächten am 3. Juli 2006 die Eckpunkte der Gesundheitsreform. Diese enthalten – wie bereits von der Gesundheitsministerin anlässlich des Deutschen Ärztetages 2006 zugesagt – Vorgaben für eine grundlegende Neuorientierung bei der ärztlichen Vergütung.

Die große Ähnlichkeit der Eckpunkte zum KBV-Konzept ist nicht überraschend. Insbesondere die in einer Anlage zu den Eckpunkten aufgeführten konkreten Regelungen und Ziele sollten bei den Ärzten eigentlich die Erwartung bekräftigen, sie seien am Ziel ihrer Wünsche: nach mehr als einem Jahrzehnt wird das verhasste Honorarbudget abgeschafft. Doch die Ärzteschaft sieht dies nicht so.

Zwar enthalten die Eckpunkte die Kernforderungen der ärztlichen Standesvertreter, nämlich den Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen sowie die Einführung einer Euro-Gebührenordnung. Jedoch hat das Koalitions-Konstrukt in den Augen der Ärzte einen Schönheitsfehler: das neue Vergütungssystem soll in ein auf der Landesebene zu verhandelndes **Finanzvolumen (Gesamtvergütung)** eingebettet sein. Auch die Krankenkassen sehen das Vergütungskonzept aufgrund der zu erwartenden finanziellen Belastungen kritisch.

1.2 Der erste Entwurf des GKV-WSG

Nach der Verabschiedung der Eckpunkte Anfang Juli dauert es einige Wochen, bis am 17. August 2006 der erste Arbeitsentwurf eines GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes der Öffentlichkeit präsentiert wird.

Unbemerkt von den großen Themen der Gesundheitsreform, die die allgemeine Öffentlichkeit bewegen, wie der Gesundheitsfonds oder die Einbindung der privaten Krankenversicherung, hat in den Gesetzentwurf ein bürokratisches Monster von Regelungen zur ärztlichen Vergütung Eingang gefunden. Seitenweise wird filigran ein komplexes Honorarsystem ausgebreitet, das weder eine Ausgabensteuerung, noch Transparenz, noch eine innerärztliche Gerechtigkeit schafft.

Darüber hinaus werden die Vergütungsfragen entgegen dem Anspruch des Gesetzstitels weitestgehend dem Wettbewerb entzogen. Nach dem ersten Entwurf soll ein neu zu schaffender Spitzenverband Land mit der KV die Vergütungsvereinbarung auf der Basis von **zentralen Vorgaben** durch den Bewertungsausschuss verhandeln. Dieser soll **Orientierungswerte** für

- die regionalen, kassenartenübergreifenden Punktwerte im Regelfall sowie bei Über- und Unterversorgung,

differenziert nach Altfällen (bereits zugelassene Ärzte) und Neufällen (neu zugelassene Ärzte)

- die Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur sowie zur erstmaligen Festlegung der Leistungsmengen
- die Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

festlegen.

Die regionalen Vertragspartner können Zu- oder Abschläge von den bundeseinheitlichen Orientierungswerten vereinbaren, um insbesondere regionalen Besonderheiten, die sich aus Abweichungen der regionalen Wirtschaftskraft und der regionalen Fallzahlen von den Bundeswerten ergeben, Rechnung zu tragen.

Aus dem vereinbarten landeseinheitlichen Punktwert und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab ergibt sich die **regionale Gebührenordnung in Euro**. Mit diesen Preisen soll der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf bewertet werden. Daraus abgeleitet wird dann die von den Krankenkassen zu zahlende **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**.

Die im Rahmen des vereinbarten Behandlungsbedarfs von den Ärzten erbrachten Leistungen werden zu 100% vergütet, ebenfalls die Leistungsmengen, die sich aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität ergeben. Es erfolgt also – anders als bisher und anders als bei den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (s.u.) – keine Abstufung der Leistungsmenge. Aus all dem resultiert ein erhebliches Risiko von Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen. Regelmäßig Konflikte um die Feststellung und Bemessung des als „morbiditätsbedingt“ zu definierenden Mehrbedarfs sind vorprogrammiert.

Immerhin wird in dieser ersten Entwurfsfassung der für die Krankenkassen so bedeutsame **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** noch insoweit hoch gehalten, als er bei der jährlich festzulegenden Veränderungsrate der Orientierungswerte zu berücksichtigen ist.

1.3 Weiterentwicklung der Vergütungsregelungen bis zur Verabschiedung des GKV-WSG: Etappen auf dem Weg zum Erfolg der Ärzteschaft

In den dem 1. Arbeitsentwurf des GKV-WSG folgenden Gesetzentwürfen und im Kabinettsentwurf werden nur wenige Änderungen in Bezug auf das Vergütungssystem vorgenommen. Wesentlich ist jedoch, dass bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs der bisherige Bezug zur Beitragssatzstabilität gestrichen wird und damit Mengen- und Ausgabensteigerungen Tür und Tor geöffnet wird.

Im Übrigen bleibt die Vertragskompetenz der Landesverbände der Krankenkassen grundsätzlich erhalten; im Gegensatz zur Bundesebene wird es doch nicht – wie ursprünglich vorgesehen – einen Spitzenverband Land ge-

ben. Allerdings bleibt die Landesebene weitgehend an die Vorgaben der Bundesebene gebunden.

Die niedergelassenen Ärzte jedoch sehen ihre Erwartungen in Bezug auf das Vergütungssystem bzw. die Vergütungshöhe nach wie vor nicht erfüllt und protestieren heftig gegen die ihrer Meinung nach immer noch bestehenden Budgetzwänge. Von Groß-Demonstrationen mit „Miet-Demonstranten“ über Aktionstage bis hin zu Praxisschließungen in ganzen Regionen wird das volle Programm an Protestaktionen durchgeführt. Die verfasste Ärzteschaft droht, sich der Umsetzung des Gesetzes total zu verweigern. Diese Drohungen verhalten offensichtlich nicht ungehört. Natürlich wird es auch andere Bemühungen gegeben haben, die Ziele der Ärzte deutlich zu machen.

Als schließlich die Regierungsfractionen Anfang Januar ihre Änderungsanträge vorlegen, wird deutlich, dass sich die Lobbyarbeit gelohnt hat. Werden diese Änderungen Gesetz, sind die Ärzte ihren Wunschvorstellungen von festen Honoraren ohne Obergrenze ein großes Stück näher gekommen. Für die Krankenkassen stellen diese Änderungen allerdings einen Schlag ins Kontor dar: Sowohl das Gebot der Kostenneutralität als auch das der Beitragsstabilität ist komplett entfallen. Einzelne Regelungen im Zusammenhang mit dem neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – die betriebswirtschaftliche Abstufung der Bewertungen bzw. die Begrenzung der Abrechnung der Pauschalen auf einen Arzt – sollen in Kann-Regelungen umgewandelt werden.

Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen für die Fachärzte wird auf 2011 verschoben. Der den regionalen Punktwerten zugrundeliegende Orientierungswert wird auf Basis einer durch Anwendung honorarbegrenzender Regelungen reduzierten Leistungsmenge künstlich „hochgerechnet“.

Zusätzlich sind Änderungen vorgesehen, die mehr Spielraum für zusätzliche Vergütungen schaffen sollen:

- Es werden mehr Einzelleistungen neben den Pauschalen ermöglicht.
- Es können mehr Leistungen extrabudgetär bzw. außerhalb der Regelleistungsvolumina (z.B. Prävention) vereinbart werden.
- Die Sonderregelungen für psychotherapeutische Leistungen werden fortgeschrieben.
- Es erfolgt eine Anbindung der Punktwertentwicklung an die für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten.
- Die Verpflichtung zur Vorgabe einer kostenneutralen Kalkulation der Punktwerte bei Über- und Unterversorgung wird aufgehoben.
- Morbiditätsveränderungen werden bundesweit festgelegt.
- Die Honoraraufschläge als finanzieller Anreiz für Ärzte in unterversorgten Gebieten müssen nicht durch Honorarabschläge in überversorgten Regionen finanziert werden.
- Die bisher je zur Hälfte von den KVen und den Kassen aufgebrachten Sicherstellungszuschläge in unterver-

sorgten Gebieten sollen in den Jahren 2007 bis 2009 allein von den Kassen finanziert werden.

Der letzte Coup der KBV ist ein Änderungsantrag zu § 121 SGB V, der den Bewertungsausschuss verpflichtet, ab 1. April 2007 im EBM Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen zu treffen. Damit hat die KBV noch geschickt eine Verteidigungsstrategie platziert, um die drohende Offensive der Verlagerung der belegärztlichen Versorgung in den Krankenhaussektor abzuwehren.

Reaktion – zumindest der KBV – ist kurz nach Bekanntwerden der letzten Gesetzesänderungen ein Signal, sich doch auf die Reform einlassen zu wollen und die Totalablehnung aufzugeben. Bleibe es bei den jetzt bekannt gewordenen Änderungen im Honorar- und Vergütungsbereich, dann wolle die KBV diese Chancen im Interesse der niedergelassenen Haus- und Fachärzte nutzen, heißt es. Auch führende Köpfe aus dem Bundesgesundheitsministerium lassen verlauten, dass „es aufwärtsgehen wird mit den ärztlichen Honoraren“. Und das ist sicherlich wort-wörtlich zu sehen!

Fragt sich, ob die ostdeutschen Kassenärzte es wenige Tage vor der Bundestagsabstimmung über die Gesundheitsreform auch noch schaffen, ihre Forderung nach deutlich mehr Geld für die ambulante Versorgung in den neuen Ländern durchzusetzen. Andernfalls sei ein Anstieg der Erkrankungszahlen und der Frühsterblichkeit zu befürchten, schreibt die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer in einem Brief an die Mitglieder von Bundesrat und Bundestag. Das Bundesgesundheitsministerium hatte bisher eine solche Forderung wegen Nichtfinanzierbarkeit abgelehnt.

Eine weitere zentrale Forderung der Ärzte soll jetzt noch in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung parallel zum Gesetzgebungsverfahren verhandelt werden: Die KBV will im Bewertungsausschuss bzw. im erweiterten Bewertungsausschuss eine Neubewertung der ärztlichen Leistungen aufgrund der Tarifierhöhungen im Krankenhausbereich und aufgrund der Mehrwertsteuererhöhung durchsetzen und dies durch eine Empfehlung an die regionalen Vertragspartner flankieren, die Gesamtvergütungen zum 01. Januar 2007 um 10% zu erhöhen. Damit will die KBV die nach ihrer Auffassung bestehende „Deckungslücke“ schließen und auf diesem überhöhten Niveau dann die Verhandlungen über den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf und seine Weiterentwicklung auf Basis von diagnosebasierten Klassifikationen sowie über die Orientierungswerte für die Preise der Euro-Gebührenordnungen führen – und das alles ohne ein Regulativ in Bezug auf die Einnahmeseite der Krankenkassen. Da wünscht sich mancher Insider, der die „alten Zeiten“ noch erleben durfte, die simple Berechnung der Vergütung auf der Basis von Einzelleistungen zurück. Das war zumindest einfacher, transparenter, weniger Verwaltungsaufwändig und beinhaltete wahrscheinlich für die Kassen zumindest auch kein höheres Risiko von Ausgabenerhöhungen.

2 Vergütungsmechanik nach GKV-WSG: alle Ventile auf maximalen Durchlauf

Von den Kassen befürchtet wird eine Ausgabensteigerung im ärztlichen Bereich um ca. 4–6 Mrd. Euro, was einer Beitragssatzerhöhung um 0,4–0,6 Prozentpunkte entspräche, würde sie nicht durch die gleichzeitige Einführung des Gesundheitsfonds kaschiert. Zwar gehört es zu den Ritualen, mit großen Zahlen Politik zu machen und furchterregende Szenarien von Beitragssatzerhöhungen an die Wand zu malen. Allerdings enthalten die gesetzlichen Neuerungen u.E. in der Tat einiges an Treibkraft für den ärztlichen Vergütungskuchen. Dies wird im folgenden genauer betrachtet.

2.1 Reform des EBM führt zu Mengenausweitungen

Die weitere Zusammenfassung von Leistungen zu Vergütungseinheiten (Gebührenordnungspositionen) im neuen EBM – im hausärztlichen Bereich versichertenbezogen zu „Versicherten“pauschalen, im fachärztlichen Bereich leistungsbezogen zu arztgruppenspezifischen Grund- und Zusatzpauschalen – läßt sich mit einer administrativen Vereinfachung der Abrechnung begründen. Allerdings wird dabei auch die Überprüfbarkeit des Abrechnungsgeschehens eingeschränkt und die Bildung, Revision und Vermittlung von Bewertungsrelationen für die Gebührenordnungspositionen im EBM weiter erschwert.

Die Mengensteuerungsfunktion der Pauschalierungen ist im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens jedoch aufgeweicht worden: so sind die Soll-Regelungen, welche die Abrechenbarkeit von Versicherten- bzw. Grundpauschalen für einen Patienten auf einen Arzt pro Abrechnungszeitraum beschränken bzw. eine Kürzung dieser Pauschalen bei einem Arztwechsel vorgeben, inzwischen zu Kann-Regelungen mutiert und wurde der Auseinanderbarkeit von Leistungen insbesondere im fachärztlichen Bereich Vorschub geleistet. Insbesondere im hausärztlichen Bereich sind damit Anreize zur Ausweitung der Fallzahlen gesetzt. Auch die ursprünglich vorgesehene Mengensteuerung über Abstufung der Leistungsbewertung nach Erreichen eines betriebswirtschaftlich zu ermittelnden Schwellenwerts ist mittlerweile nicht mehr Vorgabe, sondern nach dem Motto „Aufgeschoben ist nicht aufgehoben“ zukünftige Möglichkeit. Dass es nicht im Ansinnen der Ärzteschaft ist, sich die EBM-Gestaltung und -Leistungsbewertung und insbesondere das Aufsetzen auf Vorhandenem wie dem Standardbewertungssystem (STABS) aus der Hand nehmen zu lassen, zeichnet sich bereits ab; mit § 87 Abs. 3b SGB V entsprechend den Änderungsanträgen zum GKV-WSG wird sie darin inzwischen gesetzlich unterstützt. Dass sich die Ärzte „Schritt für Schritt zu späteren Zeitpunkten“ auf die Umsetzung von Regelungen zur Mengensteuerung einlassen werden, bleibt dahingestellt.

Zwar soll über arztbezogene Regelleistungsvolumina gemäß GKV-WSG den Fallzahlsteigerungen ein Riegel vorgeschoben werden. Insoweit jedoch die über die Regelleistungsvolumina hinausgehende und abgestaffelt zu

vergütende Menge der vertragsärztlichen Leistungen in toto als morbiditätsbedingter Behandlungsmehrbedarf geltend gemacht wird und durch die Kassen zu 100% zu erstatten ist, wäre die Regelung im Sinne eines Steuerungsmechanismus nur Makulatur.

Auch muss insbesondere die Pauschalierung im hausärztlichen Bereich hinsichtlich ihrer Steuerungseffekte hinterfragt werden, wenn sie, wie gesetzlich vorgesehen, nicht im Sinne eines – ggf. morbiditätsbezogenen – Risikoteilungsinstrumentes eingesetzt wird und die einzelnen Ärzte keine Finanzverantwortung für die von ihnen veranlassten und verordneten Leistungen übernehmen müssen. Ein negativer Anreiz, den eine solche Pauschalierung setzt, ist die Minimierung der je Fall eingesetzten Ressourcen – d.h. von Leistungsintensität und/oder Kosten. Dies wird insbesondere bei schwerer erkrankten bzw. multimorbiden Patienten zu vermehrten Überweisungen möglicherweise auch in den stationären Bereich führen.

2.2 Ermittlung von Orientierungswert und Leistungsmenge im Einführungsjahr

Der Bewertungsausschuss hat erstmalig für das Jahr 2009 einen Orientierungswert als Grundlage für die Festlegung der regionalen Punktwerte im Rahmen der Euro-Gebührenordnung zu ermitteln. Dieser soll als Quotient aus der um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V gesteigerte Summe der Gesamtvergütungen 2008 einerseits und der voraussichtlichen Leistungsmenge, hochgerechnet aus der Leistungsmenge 2008 nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen andererseits gebildet werden. Explizites Ziel ist die Ermittlung eines möglichst hohen Orientierungswertes, der entsprechend in den regionalen Euro-Gebührenordnungen zu einem hohen Punktwert führt. Auch den von den regionalen Vertragspartnern zu vereinbarenden Leistungsmengen für 2009 ist die gleiche Mengendefinition zugrunde zu legen, so dass prinzipiell eine Äquivalenz zwischen erhöhtem Punktwert und zu vereinbarender reduzierter Leistungsmenge existiert. Bei Nicht-Überschreitung der (begrenzten) Leistungsmenge würde die Einführung der neuen Vergütungsregelungen – zumindest theoretisch – kostenneutral erfolgen.

Die von den Vertragsparteien vereinbarte voraussichtliche Leistungsmenge für 2009 soll aber zusätzlich um eine vom Bewertungsausschuss festgelegte bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge erhöht werden. Schon deshalb wird das erste Jahr der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht mehr kostenneutral sein. Durch eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate, die allen Kassen aufgestülpt wird, dürfte es außerdem kassenindividuell zu drastischen Verschätzungen der Morbiditätsentwicklungen und damit zu neuen Verzerrungen zwischen den Gesamtvergütungen der Krankenkassen kommen.

Ein größeres Risiko von Ausgabensteigerungen für die GKV birgt aber die vorprogrammierte Überschreitung des

auf Basis der gekappten Leistungsmenge vereinbarten Behandlungsbedarfs. Von der Ärzteschaft wird eine Überschreitung grundsätzlich zu 100% als medizinisch notwendig geltend gemacht werden und damit voll zu vergüten sein. Auch das Bundesministerium für Gesundheit argumentiert in diese Richtung.

Die arztindividuellen Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V werden als Steuerungsmechanismus, wie im vorigen Abschnitt beschrieben, ins Leere laufen.

2.3 Fortschreibung von Orientierungswert und Leistungsmenge

Für die Entwicklung von Leistungsmenge und Gesamtvergütung über das Einführungsjahr hinaus ist die Frage entscheidend, welche Leistungsmenge der Bemessung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur zugrunde gelegt wird. Dies soll gemäß GKV-WSG auf Basis von diagnosebezogenen Risikoklassen – Versichertenklassifikationssystematik – und dem versichertenbezogenen Leistungsbedarf erfolgen. Noch im Regierungsentwurf war definiert, dass als Grundlage für die Veränderung der Morbiditätsstruktur der „tatsächlich erbrachte Leistungsbedarf“ heranzuziehen sei. Dies ist mit den Änderungsanträgen gestrichen worden und im GKV-WSG nicht mehr konkretisiert.

Folgerichtig (im Sinne der Passung von Preis und Menge) wäre, auch hier den Leistungsbedarf nach Anwendung honorarbegrenzender Maßnahmen heranzuziehen. Dies ist einerseits bei Anwendung eines Versichertenklassifikationssystems aus methodischen Gründen problematisch, da Leistungsbedarf in nicht systematischer Art und Weise ausgeblendet bzw. gestutzt wird, so dass auch die abgebildete Morbiditätsverteilung des Behandlungsbedarfs verzerrt ist. Andererseits wird die Ärzteschaft fordern, die tatsächlich erbrachte Leistungsmenge in die Klassifikationssystematik mit einfließen zu lassen. Würde dementsprechend bei der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Leistungsbedarfs via Klassifikationssystem die tatsächlich erbrachte Leistungsmenge maßgebend, ergäbe dies in Kombination mit den „hoch“-gerechneten Punktwerten enorme Leistungszuwächse und entsprechenden Vergütungsforderungen.

Damit führte die neue Gesamtvergütungslogik dazu, dass das bisher erbrachte Versorgungsniveau zu einem deutlich höheren Preis zur Verfügung stünde als vorher. Es geht also nicht nur um mehr Geld für zusätzliche morbiditätsbedingte Leistungen, wie vom Gesetzgeber begründet, sondern auch um mehr Geld für den Status quo.

Die Fortschreibung der bundesweiten Orientierungswerte, auf deren Basis die regionalen Punktwerte gebildet werden, stellt einen wichtigen Mengen- und Ausgabenkontrollmechanismus dar. Laut GKV-WSG soll eine Anpassung dieser Werte nur dort erfolgen, wo die Bewer-

tungsrelationen des EBM veränderte Kostenstrukturen der vertragsärztlichen Leistungserbringung noch nicht widerspiegeln. Dabei wird das erste der Anpassungskriterien unter § 87 Abs. 2g SGB V – die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten – absehbar meist mit einer positiven Fortschreibungsrate einhergehen. Die drei weiteren Kriterien unter § 87 Abs. 2g SGB V dagegen – Möglichkeiten der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte – sind eher darauf ausgelegt, sich negativ auf die Fortschreibungsrate auszuwirken. Eine gewisse Volatilität der Rate ist ohnehin zu erwarten. Wenn nun in der Summe der negative Einfluss der drei letztgenannten Kriterien den positiven der Kostenentwicklung im ärztlichen Bereich überwiegt, sollte folgerichtig auch eine Abwertung der Orientierungswerte und damit der regionalen Punktwerte erfolgen. Wie auf eine solche Abwertung seitens der Ärzteschaft und politisch reagiert und der Kontrollmechanismus auszuhebeln versucht werden wird, muss sich herausstellen.

2.4 Versichertenklassifikationssysteme sind als Maßstab für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Leistungsbedarfs untauglich

Der für die Anwendung des Versichertenklassifikationssystems gesetzlich vorgegebene Fokus auf eine Messung von Veränderungen der Morbidität ist dem eigentlichen Zweck von Versichertenklassifikationssystemen – der morbiditätsgerechten (Um-)Verteilung eines vorgegebenen Budgets – diametral entgegengesetzt. Die Entwickler von Versichertenklassifikationssystemen warnen sogar explizit davor, ihre Systeme dazu zu verwenden. Auch die insbesondere nach Einführung von Versichertenklassifikationssystemen zu beobachtenden Case-Mix-Erhöhungen durch Right- und Up-Coding sowie vermehrte Diagnostik können nicht als Morbiditätssteigerungen interpretiert werden. Eine Unterscheidung von Kodiereffekten und Morbidität ist aus der Logik des Systems heraus nicht möglich. Die Anwendung des Versichertenklassifikationssystems zur Bestimmung von Morbiditätsveränderungen würde allein dazu führen, dass Volumensteigerungen Mengensteigerungen immer als morbiditätsbedingt begründet werden können.

2.5 EBM-Pauschalierung und Morbiditätsbezug der Gesamtvergütung ist widersprüchlich

Eine weitere methodische Problematik bei der Anwendung des Versichertenklassifikationssystems entsteht durch die weitgehende Pauschalierung der Abrechnung insbesondere im hausärztlichen Bereich. Eine solche führt dazu, dass die für einen Versicherten dokumentierten Diagnosen von seinem tatsächlichen Behandlungsbedarf und dem erbrachten Leistungsaufwand weitgehend entkoppelt sind und sich die versichertenbezoge-

nen Behandlungsbedarfe unabhängig von der Diagnose und dem Krankheitschweregrad stark angleichen werden, noch stärker als durch die bisherigen Pauschalierungen im EBM.

Zusammen mit dem für die Ärzte kaum mehr vorhandenen Anreiz zu exakter Diagnose-Kodierung wird dadurch die Differenzierungsfähigkeit der Diagnosen stark eingeschränkt. Letztlich werden sich die unterschiedlichsten Diagnosen in bezug auf die Höhe des Behandlungsbedarfs kaum mehr unterscheiden. Damit wird das Versichertenklassifikationssystem, welches ja gerade den Zweck hat, diagnosebezogen nach versichertenindividuellem Leistungsbedarf zu differenzieren, in seiner Funktionsfähigkeit stranguliert. Als differenzierende Merkmale bleiben die versichertenbezogenen Kontakthäufigkeiten. Inwieweit diese aber im Hausarztbereich die Differenzierungsfähigkeit erreichen, die den Einsatz eines Versichertenklassifikationssystems nützlich erscheinen lassen, ist fraglich.

2.6 Alternative zum Klassifikationssystem:

Fortschreibung der bedarfsgerechten Leistungsmenge durch demographische Faktoren

Es erscheint außerdem unsinnig, Morbiditätsveränderungen für die Fortschreibung der Gesamtvergütung nach einem komplexen klinisch-ökonomisch konstruierten Versichertenklassifikationssystem zu ermitteln, wenn sich diese Komplexität in der Vergütung der einzelnen Ärzte nicht widerspiegelt. Als Alternative dazu könnte eine Veränderungsrate der Morbidität als Fortschreibungskriterium der Vorjahresleistungsmengen auch mit demographischen Faktoren wie Alter und Geschlecht bzw. den Faktoren des aktuellen Risikostrukturausgleichs ermittelt werden. Dies wäre eine bedarfsgerechte und einfach umzusetzende Lösung, insbesondere da auch die im EBM vorgenommene Pauschalierung nicht diagnoseorientiert ist und die Regeistungsvolumina nach § 87b SGB V im hausärztlichen Bereich wenn überhaupt nur nach Alter und Geschlecht gestaffelt sind.

2.7 Weitere ausgabentreibende Faktoren des GKV-WSG

Neben der grundsätzlichen Vergütungsmechanik werden sich auch eine Reihe weiterer Regelungen des GKV-WSG ausgabentreibend auswirken. Zu nennen sind hier die prinzipiell versorgungspolitisch sinnvollen Untervergütungszuschläge, die allerdings erst ab 2010 eingeführt

werden sollen. Entgegen den ersten Entwurfsversionen sollen diese nicht mehr aus Überversorgungsabschlägen finanziert werden. Weiterhin werden die bei der Ermittlung des Punktwertes für die Euro-Gebührenordnung zu berücksichtigenden regionalen Besonderheiten (praxis-kostenrelevante Faktoren) von Ärzteseite ausschließlich vergütungserhöhend interpretiert werden. Außerdem können noch Qualitätszuschläge bzw. Leistungs- und Strukturzuschläge zu Buche schlagen.

Die Möglichkeiten, neben der Gesamtvergütung nach § 87a SGB V und außerhalb der arztbezogenen Regelleistungsvolumina gemäß § 87b SGB V Leistungen zu vereinbaren, sind noch einmal deutlich erweitert worden. Während die Regelung in § 85a SGB V (alt) quasi eine abschließende Liste von außerhalb der Gesamtvergütung und ohne Mengensteuerung zu vergütenden Leistungen vorsah, ist dies gemäß § 87a Abs. 2c SGB V grundsätzlich für alle Leistungen möglich, soweit diese besonders förderungswürdig oder medizinisch erforderlich – was man prinzipiell ja jeglicher ärztlicher Tätigkeit am und mit dem Patienten unterstellen können sollte – sind. Auch diese Regelung werden die Ärzte vergütungserhöhend zu nutzen wissen.

3 Fazit: Mehr Geld ohne bessere Versorgung

Die ärztliche Vergütungsreform gemäß GKV-WSG geht einige drängende Probleme der ärztlichen Vergütung an. Ohne eine effektive Mengensteuerung oder eine finanzielle Obergrenze wird sie aber zwangsläufig mit erheblichen beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen einhergehen, ohne dass dabei gesichert wäre, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Die schlichte Anmerkung zum Verzicht auf eine beitragsatzneutrale Einführung der neuen Vergütung in der Gesetzesbegründung, der Spielraum der Selbstverwaltung werde ja erhöht, ist u.E. zu einfach gegriffen, wenn alle Parameter der Vergütungsmechanik im Sinne einer preis- und mengenerhöhenden Logik gestellt werden. Die KBV ist jedenfalls mit den Spielräumen zufrieden und sieht durch die Siebstruktur der Ausgabenbegrenzungsregelungen im GKV-WSG gute Chancen für ein besseres Honorar. Von Verbesserungen der Versorgung wird in diesem Zusammenhang nicht gesprochen. Ob es den Krankenkassen gelingt, in Verträgen nach § 73c SGB V für sie unter Ausgaben- und Versorgungsgesichtspunkten günstigere Konditionen zu vereinbaren, wird sich erweisen.