

Boris von Maydell

Morbiditätskriterien im ambulanten Vergütungssystem

Ein Modell zur Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Nachdem die Selbstverwaltung 2008 die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs zur Vergütung der ambulant tätigen Ärzte umsetzen konnte, steht sie mit der Einführung der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschriebenen morbiditätsorientierten Vergütung zum Januar 2009 vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Diese Honorarreform wird durch die divergierenden Interessen der Vertragspartner erheblich erschwert. Das hier vorgestellte achtstufige Modell zeigt einen Weg zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG auf. Es beschreibt die Finanzflüsse zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2010. Der Selbstverwaltung steht als Instrument ein Patientenklassifikationssystem zur Verfügung, das ähnlich den Regelungen im morbiditätsorientierten RSA die Versicherten in Krankheitsgruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf gruppiert. Die Modellüberlegungen bauen darauf auf, dass das Klassifikationssystem nicht nur zur Ermittlung einer Steigerungsrate, sondern auch zur Bestimmung des individuellen Leistungsbedarfs einer jeden Krankenkasse verwendet wird.

Von der Kopfpauschale zur morbiditätsorientierten Vergütung Die Entwicklung der Honorarsystematik im ambulanten ärztlichen Bereich

Nachdem die Selbstverwaltung zum 1. Januar 2008 die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM 2008) zur Vergütung der ambulant tätigen Ärzte unter Einhaltung des Zeitplans umsetzen konnte, steht sie mit der Einführung der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschriebenen morbiditätsorientierten Vergütung zum 1. Januar 2009 vor einer zweiten, deutlich größeren Aufgabe. Während es bei der Neugestaltung des EBM durch die gesetzlichen Vorgaben noch teilweise deckungsgleiche Ziele zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab, wird die nun folgende weitaus bedeutsamere Honorarreform durch die unterschiedlichen Interessen der Vertragspartner erhebliche Konflikte hervorrufen,

die ihren Ursprung in den historisch entstandenen Fehlentwicklungen bei den Finanzströmen im ambulanten ärztlichen Bereich haben.

Spätestens seit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 ist die ärztliche Vergütung in Deutschland an eine stringente Budgetierung und an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden. Die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu zahlende Gesamtvergütung ist seitdem an die Einnahmeentwicklung, die so genannte Entwicklung der Grundlohnsumme, gekoppelt.

Weder das GKV-Neuordnungsgesetz aus dem Jahr 1997 noch die GKV-Gesundheitsreform des Jahres 2000 haben an dieser Budgetierung Entscheidendes geändert. Der politische Richtungswechsel kam erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004. In einem ersten Schritt sollten die Krankenkassen im Jahr 2005 an der Entwicklung der Honorarverteilungsverträge beteiligt werden. Ab dem Jahr 2007 sollte in einem zweiten Schritt die von den Krankenkassen an die KVen zu zahlende Gesamtvergütung auf der Basis der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten ermittelt werden.

Neben der Beendigung der ärztlichen Budgetierung bestand ein weiteres Hauptziel dieser Reform darin, die Verwerfungen zu beseitigen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen durch die Inkompatibilität des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit der ärztlichen Vergütung entstanden sind. Da die Ausgabenseite einer Krankenkasse durch die Höhe ihrer historisch entstandenen Kopfpauschalen und die Einnahmeseite durch den RSA nach Alter und Geschlecht definiert werden, besteht nur auf der Einnahmeseite ein tatsächlicher Bezug zur Leistungsanspruchnahme der Versicherten. Diese unterschiedlichen Berechnungsverfahren lassen Verwerfungen entstehen, die den Haushalt einer Krankenkasse um bis zu 0,5 Beitragssatzpunkte belasten können (vergleiche Jacobs et al. 2001).

Letztendlich gelang es der Selbstverwaltung wegen der divergierenden Interessen der Ärzteseite und Krankenkassen sowie der Krankenkassen

untereinander nicht, die Vorgaben des Gesetzgebers aus dem GKV-Modernisierungsgesetz zur morbiditätsorientierten Vergütung im Rahmen der gesetzlichen Fristen umzusetzen.

Mit dem im Jahr 2006 beschlossenen GKV-WSG hat der Gesetzgeber erneut Rahmenbedingungen zur Ermittlung der ärztlichen Honorare definiert, die inhaltlich in weiten Teilen den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes entsprechen. Die neu formulierten §§ 87ff SGB V regeln die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina und in § 87c SGB V die Sonderregelungen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010. Während die Angaben des § 87c SGB V für das Jahr 2009 noch relativ eindeutig formuliert sind, lässt die Ausgestaltung des § 87a SGB V ab dem Jahr 2010 der Selbstverwaltung erheblichen Spielraum. Das im Folgenden beschriebene Modell basiert auf den Vorgaben des GKV-WSG und regelt den Finanzfluss zwischen den Krankenkassen und den KVen ab dem Jahr 2010.

Zu den prioritären Zielen des GKV-WSG gehören aus Sicht der Ärzteschaft die Ablösung der bisherigen Budgetierung, die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen, die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, die Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten und die Rahmenbedingung, dass Kassenwechsler nicht mehr zu einem Honorarverlust führen dürfen, obwohl sich am zu leistenden Versorgungsumfang nichts geändert hat (siehe Begründung zum § 87a SGB V des GKV-WSG).

Aus Sicht der Krankenkassen steht bei der Honorarreform im Vordergrund, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleichbehandelt werden, dass Mehrleistungen, die durch statistische Effekte wie beispielsweise durch das Up- oder auch Right-Coding anfallen, nicht zusätzlich von den Krankenkassen vergütet werden sollen und dass die Finanzierung von zusätzlichen Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind (beispielsweise durch

angebotsinduzierte Nachfrage), vermieden wird (siehe Begründung zum § 87a, b SGB V des GKV-WSG).

Zur Umsetzung dieser Ziele steht der Selbstverwaltung als Instrument ein Patientenklassifikationssystem (PKS) zur Verfügung, das ähnlich zu den Regelungen im morbiditätsadjustierten RSA die Versicherten in Krankheitsgruppen mit einem ähnlichen Behandlungsbedarf eingruppiert. Für die Verwendung dieses durch die Selbstverwaltung bereits ausgewählten und für die praktische Anwendung noch anzupassenden Klassifikationssystems werden aktuell zwei verschiedene Varianten diskutiert.

Die nachfolgend beschriebenen Überlegungen bauen darauf auf, dass das Klassifikationssystem nicht nur zur Ermittlung einer Steigerungsrate zwischen den Gesamtvergütungen zweier Jahre, sondern zur Bestimmung des individuellen Leistungsbedarfs einer jeden Krankenkasse verwendet wird. Eine Diskussion um die potenzielle Alternative und die rechtliche Begründung für diese Verfahrensweise wird daran anschließend geführt.

Modell für ein morbiditätsorientiertes Vergütungssystem

Um die Berechnung der Gesamtvergütung des Jahres 2010 trotz der Komplexität der gesetzlichen Regelungen in einer komprimierten Form darstellen zu können, wird in dem vorgestellten Vergütungsmodell auf eine unnötige Variation der Einflussgrößen bei Versicherten, Krankenkassen oder Krankheiten verzichtet. In diesem Sinne geht das Modell von der Annahme aus, dass innerhalb der GKV nur zehn Versicherte existieren, die sich auf zwei Krankenkassen (Krankenkasse A und Krankenkasse B) verteilen. Auch das anzuwendende Patientenklassifikationssystem wurde stark vereinfacht und die Anzahl der Krankheitszuschläge auf drei (Asthma, Diabetes-Mellitus und Herzerkrankungen) und die Anzahl der Alterszuschläge auf zwei (Versicherte im Alter von unter und über fünfzig Jahren) reduziert.

Da es sich bei dem ausgewählten Klassifikationssystem um ein Zuschlagsverfahren handelt, stimmt die Anzahl der Versicherten nicht zwangsläufig mit der aufsummierten Anzahl aller Zuschläge überein. Jeder Versicherte erhält einen der beiden Alterszuschläge und entsprechend seines Morbiditätsstatus die jeweiligen Krankheitszuschläge. Bei dem Versicherten Nummer 4 liegen beispielsweise eine Herzerkrankung und Asthma vor (Wert „1“ in Tabelle 1).

Die in Tabelle 1 angegebenen Werte entsprechen dem Basisjahr (2009). Die Daten dieses Jahres liegen zum Zeitpunkt der ersten Zahlungen für das Jahr 2010 noch nicht vor. Da das Modell von Abschlags- und Restzahlungen, die auch noch im Jahr 2011 erfolgen, ausgeht, ist die zeitliche Perspektive zwar für die Prognosegenauigkeit der Abschlagszahlungen, nicht aber für die abschließende Ermittlung des notwendigen Behandlungsbedarfs relevant. Im Folgenden wird daher auf eine Diskussion über die notwendigen Datengrundlagen verzichtet und zur Vereinfachung angenommen, dass die Daten des Jahres 2009 am Anfang des Jahres 2010 bereits zur Verfügung stehen würden. Das Jahr 2009 steht somit für den letzten verfügbaren Informationszeitraum.

Schritt 1

Rückwirkende Ermittlung der Gesamtvergütung des Jahres 2009 je Krankenkasse als finanzielle Basis zur Berechnung der Gesamtvergütung 2010

In § 87c SGB V ist geregelt, dass die Honorarverteilungsmechanismen (Honorarverteilungsvertrag – HVV) und damit die abgestaffelten Punktmengen aus dem alten Honorarsystem in das neue Vergütungsmodell übernommen werden. Da mit diesem Schritt auch die Rationierungsdiskussion der Vergangenheit auf die neue Honorarwelt übertragen wird, wäre für die Zukunft eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen zu empfehlen, in der die Bewertung der ärztlichen Leistungen mit der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung in Einklang gebracht werden könnte.

Tabelle 1: Einzelfalldaten 2009

Krankenkasse	Versicherter	abgerechnete Punkte	Punkte nach HVV	Herzerkrankung	Diabetes	Asthma	Alter 0-50	Alter 50+	Zuschläge nach Regression
A	1	565	533	0	0	0	1	0	76
B	2	4.711	4.444	0	1	0	1	0	3.948
A	3	23.556	22.222	1	1	0	1	0	23.226
B	4	21.671	20.444	1	0	1	1	0	20.170
A	5	707	667	0	0	1	1	0	892
B	6	1.413	1.333	0	0	1	0	1	2.163
A	7	6.124	5.778	0	1	0	0	1	5.219
B	8	23.556	22.222	1	0	1	0	1	21.441
A	9	25.911	24.444	1	1	0	0	1	24.497
B	10	942	889	0	0	0	0	1	1.347
Summe		109.156	102.978	4	4	4	5	5	102.978
Summe der Krankenkasse A		56.863	53.644	2	3	1	3	2	53.909
Summe der Krankenkasse B		52.293	49.333	2	1	3	2	3	49.069

In dem vorliegenden Modell wird von einer HVV-Quote von sechs Prozent ausgegangen und dementsprechend die Leistungsmenge bei jedem Versicherten um diesen Prozentsatz gekürzt. In Tabelle 1 wird dieser Schritt durch die beiden Spalten „abgerechnete Punkte“ und „Punkte nach HVV“ dargestellt. Im weiteren Verlauf wird nur noch mit der Leistungsmenge nach Anwendung der HVV-Systematik gerechnet. Im Jahr 2009 wären für die zehn Versicherten 102.978 Punkte mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert im Rahmen der Euro-Gebührenordnung vergütet worden.

Nach der Anwendung des Patientenklassifikationssystems wird die Vielzahl der Diagnosen bei jedem Versicherten auf die drei Krankheitsgruppen

und eine der beiden Altersgruppen reduziert (Tabelle 1). Über eine Regressionsanalyse werden zu den Krankheits- und Altersgruppen die Zuschlagshöhen ermittelt. Aus Tabelle 2 sind die entsprechenden Werte je Zuschlag zu entnehmen.

Tabelle 2: Ausgaben je Krankenkasse (2009)

Jahr: 2009	Zuschlagshöhe in Punkten	GKV (10 Versicherte)		Kasse A (5 Versicherte)		Kasse B (5 Versicherte)	
		Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte		Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte		Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte	
Asthma	817	4	3.267	1	817	3	2.450
Diabetes	3.872	4	15.489	3	11.617	1	3.872
Herzerkrankung	19.278	4	77.111	2	38.556	2	38.556
Zuschlag Alter 0-50	76	5	378	3	227	2	151
Zuschlag Alter 50+	1.347	5	6.733	2	2.693	3	4.040
Punkte gesamt			102.978		53.909		49.069
Punkte je Versicherter			10.298		10.782		9.814
Abschlagszahlungen ¹⁾			102.010		43.127		58.883

¹⁾ unter Berücksichtigung des Krankenkassenwechsels des Versicherten Nummer 3

Schritt 2

Bestimmung der kassenindividuellen Gesamtvergütung (2009) über die GKV-Zuschläge

In der Spalte „Zuschläge nach Regression“ der Tabelle 1 wurden die Zuschläge mit den entsprechenden Krankheits- und Altersgruppen je Versicherten multipliziert, um den Betrag zu ermitteln, den die Krankenkassen für ihre Versicherten an die entsprechende KV zu zahlen hat. Für den Versicherten Nummer 3 ergibt sich somit die folgende Formel:

1×19.278 (Zuschlag Herzerkrankung) + 1×3.872 (Zuschlag Diabetes-Mellitus) + 0×817 (Zuschlag Asthma) + 1×76 (Alterszuschlag 0 - 50) + 0×1.347 (Alterszuschlag 50+) = 23.226 Punkte

Nach der Durchführung dieser Berechnung fallen insbesondere die für den Versicherten Nummer 1 ermittelten Beträge auf (siehe Tabelle 1, Spalte „Zuschläge nach Regression“). Obwohl der Versicherte Nummer 1 im Jahr 2009 533 Punkte verursacht hat, müsste eine Kasse für ihn bei gleicher Leistungsanspruchnahme und einem entsprechenden Krankheitsbild im Jahr 2010 nur 76 Punkte bezahlen. Dieser Effekt tritt ein, weil anscheinend keine Diagnosen vorliegen, die zu einem der drei Krankheitszuschläge geführt haben. Da es unwahrscheinlich ist, dass einzelne Krankenkassen systematisch durch dieses Problem benachteiligt oder bevorteilt werden und dieses Vorgehen genau den Prozessen des morbiditätsorientierten RSA und damit der Einnahmesituation einer Kasse entspricht, kann dieser Effekt bei einer Gesamtbewertung der Vergütungssystematik vernachlässigt werden.

Schritt 3

Ermittlung der Abschlagszahlungen (2010) anhand der aktuellen Versichertenzahlen und des kassenindividuellen Durchschnittsbetrages (2009)

In Tabelle 2 finden sich die kassenindividuellen Kennzahlen zur Berechnung der Abschlagszahlungen im Jahr 2010. Die Versicherten der Krankenkasse A haben im Jahr 2009 nach Anwendung des Patientenklassifikationssystems und der Ermittlung von Zuschlägen einen Leistungsbedarf von 53.909 Punkten. Dass die Versicherten tatsächlich 53.644 Punkte nach Anwendung des HVV (siehe Tabelle 1) verursacht haben, spielt für die weiteren Berechnungen keine Rolle. Über die Anzahl der Versicherten im Jahr 2009 lässt sich die durchschnittliche Punktmenge je Versicherten und Kasse ermitteln. In dem vorliegenden Modell differieren die beiden Beträge um etwa zehn Prozent (Krankenkasse A: 10.782 Punkte, Krankenkasse B: 9.814 Punkte).

Zur genauen Berechnung der monatlichen oder quartalsweisen Abschlagszahlungen müssen die aktuellen Versichertenzahlen mit dem Durchschnittsbetrag je Versicherten aus dem Vorjahr multipliziert werden. In dem Beispiel wechselt der Versicherte Nummer 3 von Krankenkasse A zur Krankenkasse B (zur Vereinfachung des Verfahrens am Anfang des Jahres 2010). Damit ergeben sich für Krankenkasse A im Laufe des Jahres 2010 Abschlagszahlungen in einer Gesamthöhe von 43.127 Punkten. Krankenkasse B muss mit nunmehr sechs Versicherten eine vorläufige Gesamtvergütung von 58.883 Punkten bezahlen (siehe Tabelle 2).

Schritt 4

Nach Abschluss des Vergütungszeitraumes – Gruppierung der GKV-Daten (2010) mit dem Patientenklassifikationssystem

Mitte 2011 liegen die Einzelfalldaten für das Jahr 2010 vollständig vor. Zu diesem Zeitpunkt lässt sich mit den Diagnosen der tatsächlich notwendige Leistungsbedarf dieses Jahres ermitteln. Der Gesetzgeber spricht in § 87a Absatz 3 SGB V von dem nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarf, den die Krankenkassen im Gegensatz zu den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes, das noch eine Vergütung von zehn Prozent dieser Leistungsmenge vorsah, zu 100 Prozent nachvergüten müssen.

Zur Ermittlung dieses Leistungsbedarfs könnte man die Diagnosen des Jahres 2010 mit dem Klassifikationssystem gruppieren und mit den Kosten des Jahres 2010 gewichten (siehe Tabelle 3, Spalte: „Ermittlung nach Kostengewichten 2010“). Diese Vorgehensweise würde aber nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechen (siehe Begründung zum § 87b Absatz 1 des GKV-WSG), da keine Trennung zwischen einer morbiditätsbedingten Steigerung der Leistungsmenge und einer Veränderung der Leistungsmenge aufgrund anderer Faktoren, beispielsweise dem Anstieg der Arztzahlen, vorgenommen werden kann. Nur durch diese Trennung unterscheidet sich das Vergütungsmodell nach § 87a SGB V von einem Einzelleistungsvergütungssystem. Bei allen Interpretationen

des Gesetzes muss daher überprüft werden, ob diese Abgrenzung praktisch umsetzbar ist.

In Tabelle 3 finden sich die Beträge des Jahres 2010 für die zehn Versicherten wieder. Geändert haben sich die Punktmengen, die über den EBM erbracht und in dem vorliegenden Beispiel willkürlich angepasst wurden. Weitere Änderungen bestehen in dem Wechsel des Versicherten Nummer 3 zur Krankenkasse B, dem neuen Diabetes-Mellitus-Zuschlag beim Versicherten Nummer 5 und dem neuen Asthma-Zuschlag beim Versicherten Nummer 10. Die durch die Ärzte nach Anwendung des HVV erbrachten Punktmengen sind von 102.978 im Jahr 2009 auf 108.427 im Jahr 2010 gestiegen (Differenz: 5.450 Punkte).

Tabelle 3: Vorläufige Einzelfalldaten 2010

Krankenkasse	Versicherter	Punkte nach HVV	Herzerkrankung	Diabetes	Asthma	Alter 0-50	Alter 50+	Ermittlung nach Kostengewichten 2009	Ermittlung nach Kostengewichten 2010
A	1	643	0	0	0	1	0	76	63
B	2	3.556	0	1	0	1	0	3.948	3.908
B	3	21.675	1	1	0	1	0	23.226	23.420
B	4	20.889	1	0	1	1	0	20.170	19.951
A	5	4.865	0	1	1	1	0	4.764	4.285
B	6	1.278	0	0	1	0	1	2.163	2.168
A	7	6.452	0	1	0	0	1	5.219	5.636
B	8	21.785	1	0	1	0	1	21.441	21.680
A	9	25.850	1	1	0	0	1	24.497	25.148
B	10	1.435	0	0	1	0	1	2.163	2.168
Summe		108.427	4	5	5	5	5	107.667	108.427
Summe der Krankenkasse A		37.810	1	3	1	2	2	34.556	35.132
Summe der Krankenkasse B		70.617	3	2	4	3	3	73.111	73.295

Schritt 5

Bestimmung der vorläufigen Gesamtvergütung (2010) für die GKV mit den Morbiditätsklassen aus dem Vergütungszeitraum (2010) und den Zuschlägen aus dem Vorjahr (2009)

Der wichtigste Schritt des gesamten Verfahrens besteht darin zu ermitteln, welcher Anteil der zusätzlichen 5.450 Punkte durch die beiden neuen Zuschläge der Versicherten Nummer 5 und 10 erklärt wird. Dies ist erforderlich, um die Entwicklung der Leistungsmenge von der Morbiditätsveränderung abgrenzen zu können. Zur Gewährleistung dieses Aspekts wurden in Tabelle 3 in der Spalte „Ermittlung nach Kostengewichten 2009“ die Zuschläge mit den Kostengewichten aus dem Jahr 2009 (siehe Tabelle 2) multipliziert. Durch dieses Verfahren konnte ermittelt werden, dass von den 5.450 neuen Punkten des Jahres 2010 (Summe 2010: 108.427 und Summe 2009: 102.978) sich 4.689 über die neuen Zuschläge (Diabetes-Mellitus und Asthma) und damit über eine Zunahme der kodierten Morbidität erklären lassen. Eine Begründung für die restlichen 761 Punkte (108.427 beziehungsweise 107.667) existiert nicht. Somit können diese durch die Krankenkasse nicht vergütet werden und müssten dementsprechend über die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V gekürzt werden.

Im Bereich Asthma und im Bereich Diabetes-Mellitus hat es zwischen den Jahren 2009 und 2010 in dem Modell erhebliche Steigerungsraten gegeben. Ob sich diese Steigerungsraten tatsächlich über einen Morbiditätsanstieg begründen lassen oder ob es sich um einen Up- oder Right-Coding-Effekt handelt, lässt sich mit einem Patientenklassifikationssystem nicht ermitteln. Konstruiert wurden diese Systeme ursprünglich zur Verteilung von bereits ausgehandelten Finanzvolumina. Ein Anwenderbeispiel zur Messung von Morbiditätssteigerungen bei ganzen Populationen, wie es der Gesetzgeber in dem deutschen Vergütungssystem vorgesehen hat, existiert weltweit bisher nicht. Aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, dass sich die Vertragsparteien in dem sechsten Schritt auf eine GKV-Steigerungsrate einigen.

Die Untauglichkeit des Patientenklassifikationssystems zur unreflektierten Messung von Morbiditätsentwicklungen könnte das beschriebene Verfahren einer nachträglichen Korrektur der Gesamtvergütung in Frage stellen. Dementsprechend wäre ein Verfahren zu präferieren, in dem die Gesamtvergütung prospektiv mit befreiender Wirkung bezahlt wird. Mit einem solchen Schritt hätte man aber das an dieser Stelle auftretende Problem der nicht objektivierbaren Morbiditätssteigerung nur um ein Jahr verschoben, da die Frage nach der tatsächlichen Morbiditätsentwicklung weiterhin ungeklärt ist. Gleichzeitig müsste man auf die Vereinheitlichung der Berechnungsmodalitäten bei den Krankenkassen verzichten und hätte keine Möglichkeit mehr, die Mengenentwicklung eindeutig von der Morbiditätsentwicklung zu trennen.

Schritt 6

Verhandlung zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die tatsächliche morbiditätsbedingte Veränderungsrate in der GKV und Bestimmung eines Korrekturfaktors

Eine Darstellung aller potenziellen Inhalte dieser Verhandlungen bedarf deutlich weiter reichender Überlegungen als hier möglich. Grundlage der Gespräche könnte die Entwicklung einzelner Morbiditätszuschläge sein. Diese Informationen müssen mit Ergebnissen aus dem Krankenhausbereich, dem Arzneimittelbereich oder auch mit der generellen Altersentwicklung abgestimmt werden. In dem konstruierten Beispiel hat sich eine höhere Leistungsmenge ergeben, als durch die Morbiditätssteigerung erklärbar war. Es wäre möglich, dass sich durch die Bewertung der Diagnosen 2010 mit den Kostengewichten 2009 eine höhere Leistungsmenge berechnen lässt, als von den Ärzten erbracht wurde. Dementsprechend müssten bei den Verhandlungen auch Mengenentwicklungen in beide Richtungen berücksichtigt werden. Am Ende dieser Verhandlungen muss eine Gesamtpunktzahl stehen, die für die tatsächliche und nicht nur für die dokumentierte Entwicklung der Morbidität angemessen ist.

In der Begründung zu § 87a Absatz 3 hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung aufgegeben, dem Vergütungssystem flankierende Instrumente zur Steuerung der Leistungsmenge (Plausibilitätsprüfungen) und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Wirtschaftlichkeitsprüfungen) zur Seite zu stellen. Auch die Ergebnisse dieser Maßnahmen können zur Überprüfung der ermittelten Morbiditätssteigerungen herangezogen werden.

Neben einer Diskussion um die Inhalte der Vergütungsverhandlungen zur Ermittlung der tatsächlich morbiditätsbedingten Veränderungsrate muss auch die Frage nach dem Zeitpunkt dieser Gespräche geklärt werden. In Schritt 4 wurde beschrieben, dass die Daten des Jahres 2010 erst Mitte 2011 vollständig vorliegen. Dieser Termin ist für eine erstmalige Aufarbeitung des Jahres 2010 zu spät. Da ohnehin zur Ermittlung der Abschlagszahlungen für 2011 bereits Ende 2010 erneute Verhandlungen anstehen, wäre eine zweimalige Überprüfung der Morbiditätsentwicklung (Herbst 2010 für das erste Halbjahr und Frühjahr 2011 für das zweite Halbjahr) zu empfehlen.

Im Sinne der anfänglich definierten Vereinfachung aller Einflussgrößen hat sich die KV in dem vorliegenden Beispiel mit den Verbänden der Krankenkassen für das Jahr 2010 darauf geeinigt, dass die Entwicklung im Bereich Diabetes-Mellitus sachgerecht ist und die Entwicklung beim Asthma auf einem Up-Coding-Effekt basiert.

Schritt 7

Bestimmung der GKV-Gesamtvergütung (2010) mit den Morbiditätsklassen aus dem Vergütungszeitraum (2010), den Zuschlägen aus dem Vorjahr (2009) und dem zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Korrekturfaktor

Tabelle 4: Vorläufige Ausgaben je Krankenkasse (2010)

Jahr: 2010	Zuschlagshöhe in Punkten	Anzahl der Zuschläge	zu zahlende Punkte	Anzahl der Zuschläge	zu zahlende Punkte	Anzahl der Zuschläge	zu zahlende Punkte
Asthma	817	5	4.083	1	817	4	3.267
Diabetes	3.872	5	19.361	3	11.617	2	7.744
Herzerkrankung	19.278	4	77.111	1	19.278	3	57.833
Zuschlag Alter 0-50	76	5	378	2	151	3	227
Zuschlag Alter 50+	1.347	5	6.733	2	2.693	3	4.040
Punkte gesamt			107.667		34.556		73.111

In Tabelle 4 ist die Anzahl und die vorläufige Höhe der Zuschläge für das Jahr 2010 ablesbar. Aus zwei Gründen können die dargestellten Werte noch nicht zur Berechnung der kassenindividuellen Restzahlungen herangezogen werden. Zum einen basiert die Höhe der Zuschläge noch auf der Leistungsmengenstruktur des Jahres 2009 und zum anderen wurde die Leistungsmenge noch nicht um den vereinbarten Up-Coding-Effekt bereinigt. Für die GKV berechnet sich das Punktzahlvolumen auf Basis der Diagnosen des Jahres 2010, bewertet mit den Zuschlägen des Jahres 2009 (107.667 Punkte) abzüglich des Up-Coding-Effektes (817 Punkte). Zusammengefasst lässt sich eine Gesamtvergütung von 106.850 Punkten für die GKV ermitteln.

Im Bereich Asthma wird kein Zuschlag abgezogen, da die Zuordnung des Up-Coding-Effektes zu einem Einzelfall nicht möglich ist. Sinngemäß wird davon ausgegangen, dass der Zuschlag im Jahr 2009 für Asthma zu hoch war und er im Jahr 2010 über die höhere Frequenz nach unten angepasst wird. Vergleicht man die Zuschlagshöhen für Asthma in den Tabellen 4 und 6, ist eine Absenkung von 817 auf 371 Punkte zu beobachten.

Schritt 8

Anpassung der erbrachten Leistungsmenge (2010) in der GKV an die notwendige morbiditätsabhängige Leistungsmenge (2010) zur Bestimmung der kassenindividuellen Gesamtvergütung 2010 und Berechnung der Restzahlung

Um die Zuschläge über den notwendigen morbiditätsabhängigen Bedarf berechnen zu können, muss einerseits eine Regressionsanalyse mit den Diagnosen und den Kosten des Jahres 2010 und andererseits eine Begrenzung auf die für das Jahr 2010 relevante Leistungsmenge (106.850 Punkte) durchgeführt werden. In Tabelle 5 wird bei jedem Versicherten die Leistungsmenge des Jahres 2010 um das Verhältnis zwischen dem morbiditätsabhängigen Leistungsbedarf (106.850 Punkte) und dem tatsächlichen Leistungsbedarf (108.427 Punkte) gekürzt.

Tabelle 5: Endgültige Einzelfalldaten 2010

Krankenkasse	Versicherter	Punkte nach HVV	Herzerkrankung	Diabetes	Asthma	Alter 0-50	Alter 50+	Zuschläge nach Regression
A	1	634	0	0	0	1	0	62
B	2	3.504	0	1	0	1	0	3.851
B	3	21.360	1	1	0	1	0	23.079
B	4	20.585	1	0	1	1	0	19.661
A	5	4.794	0	1	1	1	0	4.223
B	6	1.259	0	0	1	0	1	2.136
A	7	6.358	0	1	0	0	1	5.554
B	8	21.468	1	0	1	0	1	21.364
A	9	25.474	1	1	0	0	1	24.782
B	10	1.414	0	0	1	0	1	2.136
Summe		106.850	4	5	5	5	5	106.850
Summe der Krankenkasse A		37.260	1	3	1	2	2	34.621
Summe der Krankenkasse B		69.590	3	2	4	3	3	72.228

Mithilfe dieses korrigierten Ergebnisses können neue Zuschläge und damit eine neue Struktur ermittelt werden, die in der Gesamtsumme dem tatsächlichen morbiditätsabhängigen Leistungsbedarf des Jahres 2010 entspricht.

Über die an die Struktur 2010 und den Up-Coding-Effekt angepassten Zuschläge lassen sich aus Tabelle 6 die bereinigte Gesamtvergütung in Punkten und die Höhe der Restzahlung entnehmen. Krankenkasse A hat mit ihren Abschlagszahlungen das Jahr 2010 überzahlt, während Krankenkasse B erhebliche Nachzahlungen leisten muss. Dieser Effekt ist durch den Kassenwechsel des Versicherten Nummer 3 zu erklären. Durch die hohe Morbidität dieses Versicherten findet eine erhebliche Verschiebung des Leistungsbedarfs von Krankenkasse A zu Krankenkasse B statt, die mit der geringen Anzahl von Versicherten in dem Modell zu begründen ist.

Tabelle 6: Endgültige Ausgaben je Krankenkasse (2010)

Jahr: 2010 (endgültig)	Zuschlagshöhe in Punkten	Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte	GKV (10 Versicherte)		Kasse A (4 Versicherte)		Kasse B (6 Versicherte)	
			Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte	Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte	Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte	Anzahl der Zuschläge zu zahlende Punkte		
Asthma	371	5	1.856	1	371	4	1.485	
Diabetes	3.789	5	18.946	3	11.368	2	7.579	
Herzerkrankung	19.228	4	76.911	1	19.228	3	57.683	
Zuschlag Alter 0-50	62	5	310	2	124	3	186	
Zuschlag Alter 50+	1.765	5	8.826	2	3.530	3	5.295	
Punkte gesamt			106.850		34.621		72.228	
Abschlagszahlung			102.010		43.127		58.883	
Restzahlung			4.840		-8.506		13.346	

Klärung spezifischer Verfahrensprobleme anhand des beschriebenen Vergütungsmodells

Bei der Diskussion um die Anwendbarkeit eines Vergütungsmodells treten eine Vielzahl von Verfahrensproblemen auf, deren Lösung für die praktische Umsetzbarkeit unabdingbar ist.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 SGB V?

Mit dem beschriebenen Vergütungsmodell wird die Gesamtvergütung über die entsprechenden Abschlagszahlungen prognostiziert und nach Abschluss des jeweiligen Jahres an die tatsächliche Morbiditätsentwicklung angepasst. Mit dieser Verfahrensweise wird der nicht vorhersehbare Behandlungsbedarf im Nachhinein zu 100 Prozent vergütet. Das Vergütungsmodell wird somit von Kalkulations- und Prognosefehlern unabhängig, die im ärztlichen Bereich durch den zeitlichen Verzug bei den Datenlieferungen entstehen.

Wird die kassenindividuelle Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung bezahlt oder gibt es eine Einzelleistungsvergütung mit Höchstgrenze?

Eine Einzelleistungsvergütung mit Höchstgrenze führt dazu, dass Krankenkassen mit Versicherten, die weniger Leistungsmenge verursacht haben als ihnen das Klassifikationssystem zuweist, Kürzungen in entsprechender Höhe gegenüber den KVen vornehmen. Da gleichzeitig für die Versicherten, die mehr Leistungsmenge verursachen, kein erhöhter Betrag überwiesen wird, führt dieses Verfahren in der GKV zu einer zu niedrigen Gesamtvergütung. Dementsprechend sollte die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung und unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme bezahlt werden. Sollten Krankenkassen systematisch von diesem Verfahren benachteiligt werden, haben sie die Möglichkeit, die Versorgung ihrer Versicherten über Selektivverträge entsprechend der Leistungsanspruchnahme sicherstellen zu lassen. Voraussetzung hierfür ist die Existenz eines umsetzbaren Bereinigungsverfahrens.

Wie erfolgt eine Bereinigung von Versicherten, deren Leistungen teilweise oder vollständig durch Selektivverträge sichergestellt sind?

Durch die praktische Umsetzbarkeit von Bereinigungsverfahren wird ein entscheidender Schritt zur Stärkung des Vertragswettbewerbs in der GKV erzielt (Schulze und Schwinger 2008). Unter den Rahmenbedingungen des hier beschriebenen Vergütungsmodells könnte eine solche Bereinigung völlig unabhängig von der im Selektivvertrag gewählten Vergütungsform erfolgen, was zu einer zusätzlichen Stärkung des Vertragswettbewerbs führt.

Die Situationen, die eine Bereinigung der Gesamtvergütung erfordern, lassen sich in drei Kategorien unterteilen: erstens die vollständige Bereinigung des gesamten Leistungsbedarfs, zweitens die überwiegende Sicherstellung der Versorgung durch einen Selektivvertrag und drittens der Abschluss von kleineren Selektivverträgen bei gleichzeitiger Sicherstellung des hauptsächlichen Leistungsbedarfs über die Regelversorgung.

- Bereinigung des gesamten Leistungsbedarfes:
Versicherte, die nicht an der Regelversorgung teilnehmen, dürfen bei der Zählung zur Ermittlung der Abschlagszahlungen und Restzahlungen nicht berücksichtigt werden. Auch ihre Diagnosen und damit die Zuschläge dürfen nicht erfasst und bei der Berechnung der kassenindividuellen Zuschläge nicht verwendet werden. Damit entstehen keine Probleme bei Teilnehmern von Kostenerstattungstarifen oder Versicherten, bei denen das gesamte ambulante Leistungsspektrum über einen Selektivvertrag sichergestellt wird.
- Die Versorgung wird überwiegend durch einen Selektivvertrag individuell vereinbart, während kleinere Versorgungsbereiche (beispielsweise der Notdienst) weiterhin über die KVen sichergestellt werden:
Grundsätzlich gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie bei einem vollständigen Ausstieg aus der Regelversorgung. Die Krankenkassen berücksichtigen die entsprechenden Versicherten nicht bei der Gesamtvergütung, sondern erstatten beispielsweise den bei der KV entstandenen Aufwand über eine Einzelleistungsvergütung. Hierbei bietet

sich eine Finanzierung über den EBM ohne Mengenbegrenzung mit dem Orientierungspunktwert an.

- Die Versorgung der Versicherten erfolgt überwiegend über die Regelversorgung. Spezifische Bereiche werden über Selektivverträge durch die Krankenkassen sichergestellt:

In diesem Fall muss das Bereinigungsverfahren zwei Zielsetzungen erfüllen. Zum einen muss verhindert werden, dass eine Krankenkasse die gleiche Leistung zweimal (einmal an die KV und ein zweites Mal an den spezifischen Vertragspartner) vergüten muss und damit alle Selektivverträge im ambulanten ärztlichen Bereich bereits über die Regelungen im Kollektivvertrag ihrer Finanzierungsgrundlage beraubt werden. Zum anderen müssen an die KVen auch die Leistungen vergütet werden, die sie weiterhin im Rahmen des Kollektivvertrages erbringen müssen. Da die Ausgestaltung von Verträgen nach § 73c SGB V und anderen Rechtsgrundlagen in der Zukunft sehr unterschiedlich sein dürfte, muss ein Verfahren angewendet werden, das äußerst flexibel auf die unterschiedlichsten Leistungsbereiche angewendet werden kann.

Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, muss die in der Regelversorgung tatsächlich erbrachte Leistungsmenge für einen in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten mit der Leistungsmenge verglichen werden, die diesem Versicherten über das Klassifikationssystem zugewiesen wird. Hat der Versicherte mehr Leistungen in Anspruch genommen, entfällt die Bereinigung. Lassen sich jedoch über den Einzelleistungsnachweis weniger Leistungen als über das Klassifikationssystem zugewiesen ermitteln, darf die Krankenkasse den Differenzbetrag bereinigen.

Anzumerken ist, dass das Problem ohnehin nur bei Krankheiten existiert, die einerseits in der Regelversorgung dokumentiert und andererseits im Selektivvertrag behandelt werden. Erfolgt keine Dokumentation in der Regelversorgung, fällt automatisch kein Zuschlag an und dementsprechend entfällt die Notwendigkeit der Bereinigung. Damit die Krankenkassen keine Risikoselektion bei ihren Versicherten

betreiben und bei all denen, die Leistungsmengen unterhalb der Zuschlagssystematik verursachen, einen Selektivvertrag nicht im Nachhinein konstruieren, müssen sie nach § 87 Absatz 3f SGB V verpflichtet werden, Existenz, Ziel und die eingeschriebenen Versicherten an die KV im Voraus zu melden.

Wie werden neue Leistungen in die morbiditätsabhängige Gesamtvergütung einbezogen?

Um das Volumen von neuen Leistungen ermitteln und damit auch die Anpassung der Gesamtvergütung berechnen zu können, sollten diese Leistungen für den Zeitraum von mindestens einem Jahr außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der arztbezogenen Mengensteuerung finanziert und mit dem einheitlichen Orientierungspunktwert vergütet werden. Nachdem sich das Volumen einer neuen Leistung beziffern lässt, kann dieses bei der Ermittlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und damit bei der Berechnung der Zuschläge berücksichtigt werden. Sollte allerdings die neue Leistung zu einer Reduzierung der Leistungsmenge bei anderen bereits bestehenden Leistungen führen, ist eine entsprechende Bereinigung notwendig. Die Ermittlung dieses individuellen Bereinigungsbetrages kann nur durch eine spezifische Analyse und damit durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführt werden.

Welche Rolle erhält das in § 87a Absatz 5 SGB V genannte Patientenklassifikationssystem? Wird es nur zur Verwendung einer Steigerungsrate oder auch für die Zuweisung der morbiditätsorientierten Leistungsmenge zu einer Krankenkasse verwendet?

Das beschriebene Vergütungsmodell geht von der Grundidee aus, dass das in § 87a Absatz 5 SGB V genannte Klassifikationssystem nicht nur zur Berechnung einer kassenindividuellen Steigerungsrate, sondern auch zur Vereinheitlichung der Vergütungssystematik und damit zur Bestimmung des Leistungsbedarfes je Krankenkasse verwendet wird. Eine solche Verfahrensweise ist in der aktuellen Diskussion umstritten und muss daraufhin überprüft werden, ob sie durch die Formulierung des

SGB V abgedeckt ist und ob sich mit den entsprechenden Alternativen die formulierten Ziele des Gesetzgebers umsetzen lassen.

Während unter direkter Bezugnahme auf das Klassifikationssystem der § 87a Absatz 5 SGB V auf die Verwendung als Instrument zur Ermittlung einer Steigerungsrate schließen lässt, sprechen der § 87a Absatz 4 Nummer 1 und der § 87a Absatz 3 Satz 2, auf die der § 87a Absatz 5 SGB V verweist, von einer Morbiditätsstruktur und dem damit verbundenen Behandlungsbedarf. Letztendlich lässt sich nicht feststellen, ob der Gesetzgeber die Verwendung des Klassifikationssystems ausschließlich auf die Berechnung von Steigerungsraten beschränken oder ob er die Aufgaben des Klassifikationssystems weiter fassen wollte. Für eine Flexibilität spricht, dass der 14. Ausschuss die Neufassung des § 87a Absatz 5 wie folgt begründet hat: „Die Streichung in Satz 2 zweiter Halbsatz ist erforderlich, um die nähere Konkretisierung der Leistungsmenge, die als Parameter zur Bestimmung von Risikoklassen Verwendung findet, der Selbstverwaltung zu überlassen.“

Im Gegensatz zu der offenen Formulierung im Gesetz ist die Begründung zum § 87a Absatz 3 SGB V des GKV-WSG eindeutig: „Zu erwarten ist deshalb, dass zukünftig die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, auch höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten haben. Somit wird an der Zielsetzung der GMG-Vergütungsreform festgehalten, für eine gerechtere Aufteilung der finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Zudem wird verhindert, dass der Wechsel von Mitgliedern zu einer anderen Krankenkasse aus Sicht einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einem Honorarverlust führen kann, obwohl sich am zu leistenden Versorgungsumfang nichts geändert hat.“

In dem weiter oben beschriebenen Vergütungsmodell wird genau dieser Aspekt sichergestellt. Bei dem Versicherten 3, der zum Anfang des Jahres 2010 von Krankenkasse A zu Krankenkasse B wechselt, bleibt der

Betrag, der an die KV zu zahlen ist, gleich. Es bleibt die Frage offen, ob dieses Ziel auch erreicht werden kann, wenn das Patientenklassifikationssystem nur zur Ermittlung einer kassenindividuellen Steigerungsrate auf der Basis einer historisch entstandenen Leistungsmenge verwendet wird. Zur Klärung dieser Problemstellung sind in Tabelle 8 die Relativgewichte aus dem beschriebenen Vergütungsmodell je Krankheits- und Altersgruppe aufgelistet. Multipliziert man diese Relativgewichte mit dem in Tabelle 7 angegebenen GKV-Basisfallwert, ergeben sich die in Tabelle 2 genannten Zuschläge je Krankheitsgruppe.

Würde man das Patientenklassifikationssystem nur zur Ermittlung einer Steigerungsrate verwenden, würden die Kassenarten übergreifenden Relativgewichte und die kassenindividuellen Leistungsmengen zu unterschiedlichen Basisfallwerten bei den beiden Krankenkassen führen. Zur Ermittlung dieser Basisfallwerte (Tabelle 7) muss die individuelle Leistungsmenge 2009 je Krankenkasse durch die aufsummierten Relativgewichte geteilt werden.

Solange Versicherter 3 bei Krankenkasse A ist, berechnet sich der Leistungsbedarf aus der Addition der Relativgewichte (Diabetes-Mellitus, Herzerkrankung, Alter 0-50) multipliziert mit dem Basisfallwert von 10.247 Punkten zu einem Behandlungsbedarf von 23.112 Punkten. Bei dem Wechsel zu Krankenkasse B ändert sich für den Versicherten 3 der Basisfallwert und obwohl es keinerlei Veränderungen bei seiner Leistungsanspruchnahme gibt, steigt die an die KV zu zahlende Vergütung für diesen Versicherten um 239 auf 23.351 Punkte.

Da ein solches Verfahren, das nach dem Zufallsprinzip natürlich auch zu einem Honorarverlust führen kann, eindeutig gegen die Ziele des Gesetzgebers spricht, scheint die alleinige Verwendung des Klassifikationssystems zur Berechnung von Steigerungsraten ungeeignet. Würde sich die Selbstverwaltung auf diesen Verfahrensweg einlassen, dann würden nach kurzer Zeit erneut die oben beschriebenen Verwerfungen entstehen, die eigentlich durch das GKV-WSG beseitigt werden sollten.

Tabelle 7: Basisfallwerte und Behandlungsbedarfe bei Kassenwechslern

	Krankenkasse A	Krankenkasse B	GKV
Leistungsmenge 2009	53.644	49.333	102.978
Basisfallwert	10.247	10.353	10.298
Behandlungsbedarf des Versicherten 3	23.112	23.351	23.226

Tabelle 8: Relativgewichte für das Jahr 2009

	Relativgewichte
Asthma	0,0793
Diabetes	0,3760
Herzerkrankung	1,8720
Alter 0-50	0,0073
Alter 50+	0,1308

Fazit

Das Vergütungsmodell ist anspruchsvoll, entspricht jedoch im Aufbau und in der Wirkungsweise durchaus den komplexen Vorgaben des Gesetzgebers und gewährleistet eine Umsetzung der für die Kollektivversorgung definierten Ziele. Gleichzeitig werden durch ein einfaches Bereinigungsverfahren Selektivverträge und damit die Vertragsfreiheit in der GKV gestärkt. Folgt man der Perspektive, dass die Morbiditätsentwicklung der einzige Maßstab für die zukünftige Honorarentwicklung sein soll, erhält die Dokumentation von Diagnosen einen völlig neuen Stellenwert. Bei der neuen Honorarsystematik müssen daher

- die berechnete, von den Krankenkassen zu vergütende Morbiditätsentwicklung,
- die Steigerungen der Leistungsmenge, die nichts mit Morbidität zu tun haben (beispielsweise durch angebotsinduzierte Nachfrage),

- die Steigerungen bei der Anzahl der Diagnosen, die nichts mit Morbiditätsentwicklungen zu tun haben und im Kodierverhalten der Ärzte begründet sind,

voneinander abgrenzbar sein.

Mit dem vorgelegten Vergütungsmodell lassen sich die ersten beiden Punkte verwirklichen. Der dritte Punkt berührt nicht das Patientenklassifikationssystem. Hier muss die Selbstverwaltung andere Instrumente entwickeln, um die Ausgabenentwicklung im ambulanten ärztlichen Bereich angemessen und auch langfristig kalkulierbar zu gestalten. Eine Verhandlung, wie zuvor in Schritt sechs beschrieben, ist daher unabdingbar für die Ermittlung des tatsächlichen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

Durch die hohe finanzielle Relevanz der Honorarreform für die Ärzteseite und die unterschiedlichen Auswirkungen bei den Krankenkassen beziehungsweise den Kassenverbänden erschwert der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers eine für alle Seiten akzeptable Lösung. Da der Gesetzgeber jedoch die Ziele im Gegensatz zu dem Verfahren eindeutig formuliert hat und diese auch mit den Finanzierungsregelungen des GKV-WSG zum morbiditätsabhängigen RSA in Einklang stehen, sollte die Selbstverwaltung bei der Ausgestaltung der Honorarreform diese Ziele verfolgen.

Literatur

- Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel, J. Wasem, F. Buchner, S. Dudey, J. Janssen, A. Ryll, S. Steffen und P. Storz (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. www.iges.de/e1788/e1818/e1834/RSA-Gutachten2001_ger.pdf (15.09.04).
- Schulze, S., und A. Schwinger (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. In: Gesundheit und Sozialpolitik. Nummer 1. S. 34-45.